

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

FLEXIBILIDAD COGNITIVA EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Autor: María Florencia Martínez Cerino

Tutor: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específicos.	3
3. Marco teórico.....	4
3.1 Autismo.....	4
3.1.1 Recorrido Histórico	4
3.1.2 Concepción actual.....	5
3.1.3 Teorías neuropsicológicas explicativas del TEA.....	7
3.2 Funciones Ejecutivas y TEA. Flexibilidad cognitiva.....	12
3.3 Modelos de intervención en TEA.....	16
3.3.1 La intervención en un Centro Educativo Terapéutico.....	18
3.3.2 Análisis de conducta aplicado (ABA).....	19
3.3.3 Programa Teacch.....	20
4. Metodología.....	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	24
5.1 Breve descripción del caso.....	24
5.2 Descripción de déficit de flexibilidad cognitiva presentes en el caso clínico.....	25
5.3 Intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva.....	28
5.4 Cambios percibidos en cuanto a flexibilidad cognitiva luego de 9 meses de tratamiento.....	32
6. Conclusión.....	33
6.1 Resumen del desarrollo.....	33
6.2 Limitaciones.....	34

6.3 Aporte personal.....	35
6.4 Perspectiva crítica.....	36
7. Referencias bibliográficas.....	38

1. Introducción

El siguiente trabajo se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V, la misma se llevó a cabo en un Centro Educativo Terapéutico que se dedica al tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista y diferentes patologías del desarrollo, dicha institución trabaja desde un marco interdisciplinario con un abordaje de tratamiento cognitivo conductual.

Se concurrió a la institución hasta completar un total de 280 horas, de lunes a viernes en el turno de la mañana. Las funciones desempeñadas en el centro fueron principalmente de observación de casos clínicos y las distintas intervenciones de los terapeutas en sala, en ocasiones participando de la dinámica de la sala auxiliando al orientador a cargo.

El tema del trabajo surgió a partir de la evidencia de conductas rígidas y estereotipias presentes en el niño elegido para la observación, las cuales llevaron a interrogantes en cuanto a las intervenciones convenientes para el tratamiento de la flexibilidad cognitiva en un niño con TEA.

El siguiente trabajo final integrador tiene como objetivo describir las intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva en un niño de 13 años. Para ello, se ha observado e indagado al equipo interdisciplinario del Centro Educativo Terapéutico que asiste al niño diariamente.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Describir las intervenciones que se realizan en un niño de 13 años con Trastorno del Espectro Autista y déficit en la función ejecutiva en flexibilidad cognitiva, que asiste a un Centro Educativo Terapéutico.

2.2 Objetivos específicos:

1. Describir los déficit de la función ejecutiva en flexibilidad cognitiva presentes en un niño de 13 años con Trastorno del Espectro Autista al momento de ingresar al Centro Educativo Terapéutico.
2. Describir las intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva en un niño de 13 años con Trastorno del Espectro Autista que asiste a un Centro Educativo Terapéutico.
3. Describir los cambios en cuanto a flexibilidad cognitiva que se observan en la conducta de un niño de 13 años con Trastorno del Espectro Autista luego de 9 meses de intervenciones en un Centro Educativo Terapéutico.

3. Marco Teórico

3.1 Autismo

3.1.1 Recorrido Histórico

El término autismo proviene del griego “*autos*” y significa “*si mismo*”, opuesto a “otro”. El Dr Bleuer lo utilizó por primera vez en 1911 en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* y lo refirió como el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, al punto de escindirse de la realidad exterior, llevando a graves dificultades o imposibilidad de comunicación con otras personas (Garrabé de Lara, 2012). Bleuer utilizaba el término como una manifestación asociada a la esquizofrenia y, de esta manera, se expandió rápidamente en la bibliografía médica europea ya que coincidía con el modelo aceptado a principio del siglo xx (Artigas Pallares & Paula Pérez, 2017).

Tres décadas más tarde, surgieron las primeras publicaciones donde se describía el autismo como trastorno. Kanner y Asperger, uno en Viena y el otro en Austria, fueron los pioneros en intentar explicar la alteración y ambos coincidieron en la descripción de muchas de sus características (Frith, 1991).

Se puede afirmar entonces, que el autismo como entidad surgió en el año 1943, a partir de la descripción que hizo el Dr. Kanner de un grupo de once niños que observó en su consultorio, y que luego plasmó en su artículo "Los trastornos autistas del contacto afectivo" (1943) dicho documento empezaba con estas palabras: "Desde 1938, nos han llamado la atención varios niños cuyo cuadro difiere tanto y tan peculiarmente de cualquier otro conocido hasta el momento, que cada caso merece (...) una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades" (p.217). Tales características parecían ser comunes a todos los niños observados: extrema soledad autista; deseo obsesivo de invarianza ambiental; excelente memoria; expresión inteligente y ausencia de rasgos físicos; hipersensibilidad a los estímulos; mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea (Martos, 2011). A su vez, expuso que el trastorno podía darse desde el nacimiento o dentro los primeros 30 meses de vida del niño como, así también, lo calificó como un síndrome único y separado de otros trastornos de la infancia (Wing, 1996)

Casi en paralelo, en 1944 el Dr. Asperger (1944) publicaba en una revista de Viena el documento titulado *Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*, allí hablaba en términos de psicopatía autista y al igual que Kanner, en su descripción de casos, hizo hincapié en las dificultades de contacto social y comunicación que mostraban sus pacientes y destacó en ellos la presencia de movimientos estereotipados (Frith, 1991).

Asperger brindó una definición más amplia de autismo, ya que incluyó en sus escritos casos de pacientes que bordeaban la normalidad con casos severos, brindando un enfoque único en la comprensión del trastorno, ya que intentó relacionar la conducta autista con variables de rasgos de personalidad e inteligencia típicos (Frith, 1991)

En 1979, Wing y Gould propusieron el término espectro autista para abarcar, en un solo concepto, la dimensionalidad del trastorno y presencia opcional de discapacidad intelectual. Tras realizar una investigación en un barrio de Londres con niños menores de quince años, seleccionaron una muestra de 173 para estudiar en profundidad, estos debían tener cualquier tipo de discapacidad física o intelectual o anomalías de conductas leves o graves. Las principales conclusiones del estudio fueron en primer lugar, que los síndromes descritos tanto por Asperger como por Kanner eran subgrupos de un extenso conjunto de trastornos que influían en la interacción y en la comunicación social, también afirmaron que esos déficit se podían relacionar con cualquier nivel de inteligencia y que, a menudo, estaban relacionados con algún trastorno físico o de desarrollo. Por último, dejaron claro que, aunque con frecuencia, se presentaban juntas, las dificultades de aprendizaje podían darse independientemente de un trastorno autista asociado (Wing, 1996).

3.1.2 Concepción actual

En 1943 Kanner describió las peculiaridades de aquellos niños de modo tan penetrante y preciso que su definición del autismo es, en esencia, la que se sigue empleando actualmente (Riviere, 1997). Se puede afirmar que en los últimos sesenta años no se han encontrado varianzas en cuanto a las alteraciones conductuales por las cuales se identifica un trastorno autista en determinadas personas y, en la actualidad, son consensuadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5) realizado en el 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE

10) publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1992, lo que permite a los profesionales de la salud realizar una detección y diagnóstico acertado (Gutiérrez, 2006).

Cabe destacar que la última versión DSM 5 introduce un cambio relevante estableciendo de manera formal el término Trastornos del Espectro Autista (TEA), de esta manera, al definirse el autismo como un conjunto de comportamientos, se representa mejor como una única categoría diagnóstica que se adapta a la presentación clínica de cada paciente, incluyendo características asociadas y especificaciones clínicas (Martos, 2014).

Según el DSM-5 (A.P.A, 2013) el TEA se caracteriza por dos categorías de síntomas:

En primer lugar si el niño presenta déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas actuales o pasados: Déficit en reciprocidad socio-emocional, conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social y déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

En un segundo orden, deben presentar patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos, dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados: Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos, insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado, intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco, e hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Estos síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas). A su vez, causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual. Por último estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo.

3.1.3 Teorías neuropsicológicas explicativas del TEA

Riviere (1997) diferenció tres etapas por las cuales han pasado las teorías explicativas sobre el TEA desde que Kanner publicara su primer artículo sobre el autismo infantil precoz.

En la primera época de investigación sobre autismo predominaron los enfoques de tipo psicodinámico, hasta 1963 se creía que el autismo era un trastorno emocional, donde el niño presentaba una respuesta de inhibición frente a un ambiente familiar hostil y distante (Wing, 1996). Esas respuestas daban lugar a que la personalidad del niño no se conformara o bien, se produjera una alteración grave en el desarrollo del niño. Estas falsas creencias se han instalado en el imaginario popular y, aun hoy, luego de años de avances e investigaciones, siguen vigentes (Riviere, 1997). En ese tiempo, las intervenciones clínicas se daban en instituciones y estaban orientadas a resolver los conflictos emocionales del niño apartándolo del entorno por considerarlo nocivo y dañino para él (Gutiérrez, 2006).

El segundo momento se extendió por los siguientes veinte años y se caracterizó por la aparición de modelos explicativos que se basaron en la idea de que existía algún tipo de alteración cognitiva que justifique las dificultades en cuanto a relaciones sociales, flexibilidad cognitiva y comunicación y lenguaje, dejando atrás, la hipótesis de los padres culpables. Aquí, es donde comenzaron las investigaciones empíricas que dieron respaldo a las ideas propuestas, se modificaron las intervenciones en la clínica, dando lugar a la educación como tratamiento principal del autismo. Dos factores fueron fundamentales para que esto suceda: la creación de centros educativos especiales para tratar el autismo y el desarrollo de técnicas de modificación de conducta que demostraron la posibilidad de controlarla fomentando procesos de aprendizaje de conducta funcionales y la extinción o disminución de aquellas que eran disfuncionales al medio como, así también, dieron pie a la creación de programas eficaces para potenciar el desarrollo del lenguaje, promover la autonomía y aumentar las capacidades cognitivas de las personas autistas (Riviere, 1997).

La última etapa que postula Riviere (1997) comprende desde 1985 hasta la actualidad y se la nombró como cognitiva-interaccionista ya que surgieron modelos que

se basaron tanto en modelos cognitivos como afectivos. Por otro lado, se comenzó a entender al autismo como un trastorno del desarrollo e impulsó a los investigadores a indagar acerca de cuáles eran los procesos mentales que se desarrollaban en la primera infancia y que, al verse alterados, derivaban en un TEA. Las teorías psicológicas explicativas más relevantes surgen en este período y son: Teoría de la Mente, Teoría de la Coherencia Central y Teoría de la Función Ejecutiva. Es importante destacar que estas hipótesis no son excluyentes entre sí.

La Teoría de Mente es la teoría explicativa del primer criterio (A) sintomatológico del DSM-5 (APA, 2013) e intenta explicar las deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social de las personas con TEA.

Premack y Woodruff (1978) utilizaron por primera vez el término Teoría de la Mente en sus investigaciones con chimpancés para referirse a la capacidad de representar e inferir estados mentales, tanto propios como ajenos. Lo estipularon como teoría, ya que esos estados mentales no son observables sino que deben ser inferidos a partir de acciones que en un futuro llevarán a poder predecir conductas de otras personas (Tallis, 2005). Es decir, la mera lectura de conductas físicas no alcanza para decodificar la realidad, sino que son los pensamientos los que convierten a las personas en seres sociales (Gimenez, 2014).

En cuanto al plano mental, el aporte científico que marcó el inicio de una etapa cognitivista (centrada en estudiar lo que ocurre en la mente de una persona con TEA) fue el artículo de Barón Cohen, Leslie y Frith en 1985, en el que estudiaron la capacidad metarrepresentacional y donde desarrollaron la hipótesis que postulaba que, los niños con TEA, presentaban dificultades para atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás. (Valdez, 2005). Los autores expusieron en ese entonces, que habría un déficit en el desarrollo de la Teoría de la Mente, por lo que los pacientes encontrarían dificultades para inferir, anticipar o ponerse en el lugar del otro (Grañana, 2014).

En el trabajo, utilizaron el paradigma de la falsa creencia y mostraron los resultados de un estudio realizado con tres grupos de niños, unos con TEA, otros con Síndrome de Down y un tercero por chicos sin ningún trastorno. A cada niño se le presentaba una viñeta con “La historia de Sally y Ann”, a modo de historieta, el niño veía que Sally escondía una bolita en su canasta y luego se iba, a continuación se veía a

Ann escondiendo la misma bolita pero en su propia caja. La pregunta clave del test era ¿Dónde va a buscar Sally la bolita? Baron Cohen encontró que el 85% de los niños con síndrome de down y el 86% de los niños sin ningún trastorno, de más de 4 años de edad, afirmaron que Sally buscaría en su canasta al creer, erróneamente, que la bolita estaría ahí guardada, mientras que el 80% de los niños con autismo respondieron incorrectamente (Baron Cohen, 1995). El mecanismo mental que los niños necesitaban para superar esta prueba, es la capacidad de elaborar una Teoría sobre lo que la otra persona siente, conoce o piensa, acerca de su mente (Martos, 2011). Según Baron Cohen, Leslie y Frith, este déficit mostrado no estaba relacionado con el retraso mental sino que se atribuye a un déficit cognitivo independiente (Valdez, 2006).

El mecanismo de La Teoría de la Mente se desarrolla durante la infancia y se completa al entrar en la adolescencia. Progresivamente los niños comienzan a distinguir que el otro puede pensar, sentir o creer de manera diferente ya que tiene otra mente (Grañana, 2014). Se observó que alrededor de los 2 años, el niño ya habla de emociones y deseos en frases que incluyen palabras como: quiero, espero, estoy contento, triste y también va desarrollando la capacidad de crear ficciones, más tarde hará referencia a soñar, recordar o pensar aumentando las referencias a los estados psíquicos propios. Pero es alrededor de los 4 años cuando el niño adquiere la capacidad de comprender que lo mental no es la realidad misma sino es una construcción que se hace a partir de interpretar la realidad (Tallis, 2005). Las representaciones llevan el mundo a la mente y el niño va desarrollando la capacidad de hacer representaciones acerca de las representaciones, es decir, metarrepresentaciones de los acontecimientos de la vida cotidiana (Frith, 1989).

La Teoría de la Mente, entonces, se presenta como uno de los modelos explicativos más fuertes cuando se habla de autismo, los déficit en el juego simbólico, el lenguaje y bajo manejo de destrezas mentalistas serian el resultado de una disfunción en el módulo metarrepresentacional (Ibáñez Barassi, 2005).

Otro modelo explicativo de gran relevancia es la Teoría de Coherencia Central, Frith (1989) fue la primera en proponer una teoría que explique aquellas deficiencias del TEA que no pudieron ser explicadas a partir de la Teoría de la Mente, como la percepción fragmentada de la realidad, la carencia de esquemas o dificultad para

organizar secuencias en función de metas que se traducen en acciones sin sentido de la actividad (Martos Perez & Paula Perez, 2011).

Frith (1989) definió Coherencia Central como la compulsión de organizar los estímulos en patrones coherentes. Diversas pruebas demostraron que los niños con TEA procesaban la información de forma inusual ya que prestaban más atención a los elementos específicos que a las estructuras globales de los patrones estimulares. Eso justificaría su mayor desempeño en la memorización de palabras sueltas frente a la memorización de frases completas con un significado global (Gómez Echeverry, 2010).

A las personas con TEA se les dificulta comprender las situaciones a partir de la lectura de las intenciones de los otros, de los movimientos oculares o de las manos, o por las pistas que brinda el contexto en el cual se suceden las situaciones, lo que los llevaría a formular interpretaciones descontextualizadas. Esto afirmaría que hay un problema anterior a la metarrepresentación y es la dificultad de integrar aspectos de una situación en un todo coherente (Martos, 2011).

Este déficit en el desarrollo de la coherencia central, deriva en dificultades para entender las situaciones sociales, la generalización de los aprendizajes, focalizar en detalles irrelevantes, y la aparición de conductas inapropiadas (Grañana, 2014).

En la actualidad, se ha propuesto reemplazar la expresión coherencia central débil para referirse a un .estilo cognitivo, de esta manera, no se lo considera una alteración sino una característica de la población con TEA (Martos, 2011).

Una de las habilidades mentalistas más fascinantes del ser humano es la de poder atribuir estados mentales y emocionales a los demás, poder intuir, saber sus motivaciones, sus intenciones, y así, poder anticipar sus comportamientos. Esta capacidad se torna imprescindible a la hora de relacionarse con otros y vivir en un mundo social, pero para que eso suceda, deben desarrollarse procesos ejecutivos de los cuales dependerá el buen desempeño social de la persona, como tener un plan propio, representarse mentalmente el plan del otro para poder intuirlo o conocerlo y, finalmente, evaluar las consecuencias de dichos planes. En resumen, las habilidades mentalistas necesitan de procesos cognitivos asociados a las funciones ejecutivas. Normalmente se evalúa la teoría de la mente mediante tareas de falsa creencia, pero el resultado final no dependerá solamente de la capacidad de atribuir estados mentales o emocionales a los

demás, sino que están implicadas tareas de habilidades ejecutivas tales como inhibición de respuestas, generación de pensamiento no preestablecido por la información, la memoria de trabajo, etc. (Martos Perez & Paula Perez, 2011).

Desde mediados de la década del noventa, los déficit ejecutivos como explicación fundamentalmente neuropsicológica del TEA, vienen destacándose in crescendo, considerándose más que una deficiencia en la estructuración del síndrome y ,al parecer, juegan un papel esencial en el conjunto de la sintomatología autista (Ibáñez Barassi, 2005).

Las funciones ejecutivas pueden considerarse un constructo, que está compuesto por varias funciones que trabajan en conjunto y se relacionan con la organización de la acción y el pensamiento, tales como la memoria de trabajo, la planificación, inhibición y control de los impulsos, generatividad, iniciación y autorregulación de la acción, span atencional y flexibilidad (Martos Perez & Paula Perez, 2011). Estas funciones dependen del buen funcionamiento del lóbulo frontal, Cukier (2005) afirma que se observan síntomas muy similares a los que presentan las personas con TEA en aquellos pacientes que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal, confirmando la existencia de una alteración global que compromete su actividad normal.

La Teoría de la Disfunción Ejecutiva intenta explicar los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados de las personas con TEA, vinculando el modelo neuropsicológico con ciertas funciones cerebrales que comprenden la capacidad de afrontar el mundo y su problemática de un modo flexible (Valdez, 2005)

Esta hipótesis tomo relevancia cuando Ozonoff, Pennington y Rogers (1991) publicaron *Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals:Relationship to Theory of Mind*, dos estudios en los cuales establecieron la relación entre el rendimiento en funciones ejecutivas y la teoría de la mente. En el primer estudio, la hipótesis era que el grupo de autistas presentaría más alteraciones en tareas de teoría de la mente frente al grupo control, sin embargo, hallaron que los déficit en funciones ejecutivas y en tareas de teoría de la mente de segundo orden, eran significativamente mayor en los grupos de jóvenes con TEA que en el grupo control. En el segundo estudio, dividieron el grupo de autistas en dos, por un lado los que tenían

Síndrome de Asperger y, por otro, los autistas de alto nivel, ambos fueron comparados con el grupo control. El único aspecto en el que ambos grupos mostraron deficiencias fue en la función ejecutiva. Años más tarde, Rusell (1997) compiló trabajos que señalaron que la disfunción ejecutiva está en la base de la sintomatología del TEA. Se encontró una fuerte similitud y relación entre el funcionamiento ejecutivo y la presencia de conductas que denotan la falta de control de los impulsos, la dificultad para iniciar acciones o cambiar de tarea y la necesidad de invarianza en el ambiente. Asimismo, estas se ven alteradas por diversas variables como la edad, el nivel intelectual y la gravedad del cuadro (Nieto & Huertas, 2011).

En cuanto al déficit característico de la función ejecutiva, se observa que los pacientes con TEA experimentan una alteración grave y temprana de la planificación de conductas complejas generada por un déficit severo en la memoria de trabajo que, a su vez, afecta la adquisición y uso de conceptos necesarios para la integración de información. Por otro lado, se observaron otros indicadores de alteraciones en el lóbulo frontal, tales como la ausencia de empatía, la escasa espontaneidad y afectividad, las intensas reacciones emocionales, conductas estereotipadas, perseveraciones e intereses restringidos (Calderón, Congote, Richard, Sierra & Velez, 2012).

3.2.1 Funciones Ejecutivas y TEA. Flexibilidad Cognitiva

Las funciones ejecutivas representan un módulo de habilidades mentales que contienen los mecanismos orientados a la resolución de problemas novedosos (Ozonoff et al., 1991)

La evidencia actual refleja que una significativa proporción de pacientes con TEA presenta alteraciones que revelan déficit en funciones ejecutivas (Grañana, 2014), incluyendo la planificación el control de impulsos, la inhibición de respuestas inadecuadas, la búsqueda organizada y la flexibilidad de pensamiento y acción (Nieto & Huertas, 2011). Estas funciones son imprescindibles tanto para el desarrollo de una acción motora como para planificar y ejecutar razonamientos e intenciones complejas como programar las actividades de la semana (Ibañez Barassi, 2005)

La función ejecutiva se evalúa normalmente mediante test neuropsicológicos como el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Grant & Berg, 1948) y la Torre de Hanoi (Welsh, Pennington & Groisser, 1991), y existe amplia evidencia del bajo

rendimiento de las personas con TEA en esos test (Etchepareborda, 2005). Así como también problemas para utilizar estrategias flexibles en actividad cognitiva (Riviere, 2002).

La conducta de las personas con TEA generalmente es rígida e inflexible, llegando a mostrar ansiedad ante cambios en el entorno e insistencia en continuar con sus rutinas, a menudo se muestran perseverantes, con intereses limitados o conductas estereotipadas que realizan repetitivamente. Muchos trabajos desarrollados en la actualidad sugieren que la flexibilidad cognitiva de distintos tipos (cambios de criterio, cambio de foco de atención) está claramente comprometida en personas con TEA (Martos, 2011).

La flexibilidad cognitiva es un proceso ejecutivo que comprende la capacidad de flexibilizar una conducta y la habilidad de alternar una estrategia que está siendo utilizada con otra más eficiente de acuerdo a los cambios del ambiente. Cuando falla la flexibilidad, la respuesta es perseverativa (Richaudeau, 2014).

Es necesario hacer referencia al desarrollo de los sistemas de flexibilidad ya que, la conducta flexible, es un complejo logro evolutivo: Desde el nacimiento, el bebé ya viene programado con una serie de conductas fijas que se disparan ante determinados estímulos y que tienen una funcionalidad manifiesta como, por ejemplo, los reflejos de succión, que servirán al niño para alimentarse. En la medida en que el sistema neurológico, el sensitivo y el motor del niño vayan madurando, esos reflejos irán desapareciendo. En ese proceso, al llegar a los 6 meses y hasta el año de vida, el bebé comenzará a mostrar movimientos repetitivos y estereotipados, algunos especialistas le llamaron *ritmos motores* por su frecuencia en el movimiento. Estos pueden ser balanceos de cabeza, de cuerpo, chuparse los dedos, los pies, dar patadas o morderse los labios. Diversos estudios han demostrado que estas conductas cumplen una función muy importante para la adquisición de la madurez y el control del sistema motor. Cuando el niño llega a cierto nivel de desarrollo del sistema motor, los movimientos repetitivos dan paso al control voluntario de las acciones dando lugar a que ya pueda responder intencionalmente con sus músculos, gestos y miradas, es decir, se va volviendo más flexible y adaptable (Nieto & Huertas, 2005).

Paradójicamente, luego de ese momento y hasta los cinco años aproximadamente, el niño parece mostrar mayor interés por los ambientes estables y, es rígido en cuanto a sus preferencias y sus juegos. Como si producir o elegir respuestas invariantes o conductas repetitivas o ritualizadas le garantizaran la estabilidad del entorno (Nieto & Huertas, 2005).

Pasados los cinco años, las funciones cognitivas más complejas y evolucionadas ya se han ido construyendo y consolidando, se desarrolla el lenguaje y la simbolización, las funciones de control ejecutivo y las capacidades emocionales, afectivas y mentalistas así como también la flexibilidad para adaptarse a los cambios, crearlos, comprenderlos, anticiparlos e imaginarlos (Nieto & Huertas, 2005).

Wing (1996) manifestó que la conducta del niño autista es un intento de generar orden en su mundo caótico. Así mismo, afirmó que hay que aceptar que las personas con TEA necesitan de la rutina comportamental y ambiental, entonces, el objetivo debe ser la reducción más que la eliminación, ya que esa rigidez, ese patrón monótono parece ser un aspecto básico del autismo y, en la práctica, un rasgo muy difícil de eliminar completamente. Riviere (2002) mencionó, al respecto, una doble perspectiva en cuanto a la falta de flexibilidad de las personas con TEA, por una parte, por la necesidad de asumir que tienen un “derecho a la inflexibilidad” que, por el momento, es imposible de eliminar pero que tiene que ser negociado y, por otro lado, asumir que vivir con una persona autista implica también convivir con su inflexibilidad.

Así pues, resulta fundamental reconocer los límites en los cuales las rutinas y las pautas de resistencia a los cambios interfieren con las posibilidades de aprendizaje y relación de las personas e intervenir sobre ellas (Wing, 1996). El patrón de conductas inflexibles puede expresarse en el niño de diversas maneras, dependiendo de la severidad de su trastorno y de las capacidades cognitivas que posea, por lo tanto, en una persona que tiene una grave limitación en su funcionamiento intelectual, es muy posible que predominen estereotipias motoras, en cambio, en una persona que puntuó alto en los test psicométricos de inteligencia, es muy probable que prevalezcan pensamientos obsesivos (Riviere, 2002).

Wing (1996) señaló, con respecto a las conductas repetitivas, que si el niño con TEA no gozaba con actividades que implicaban imaginación y flexibilidad, ni con el

intercambio de pensamientos con otras personas, ni lograba comprender a los demás, ni se interesaba por ellos y no podía planificar un futuro ya que le era imposible integrar las experiencias pasadas y presentes, lo único que le quedaba era asegurarse la tranquilidad repitiendo las actividades que le proporcionaban placer. Se trata de ver la conducta autista como la otra cara de la moneda de la imaginación. Por ejemplo: Ver videos ha tenido un marcado efecto en la conducta de los niños con TEA, probablemente porque un video repite las mismas situaciones cada vez y se ve sin la más mínima variación (la diversión ideal para un niño con TEA). También, la música puede ser el foco de una conducta repetitiva. A la mayoría de los niños con TEA le fascinaba la música y podían poner las mismas canciones o discos una y otra vez (Wing, 1996).

Las intervenciones que han demostrado eficacia en la reducción de rutinas se basan en un principio de estrategia de negociación de las mismas y reducción progresiva. Empleando procedimientos semejantes a los de la desensibilización sistemática, de forma lenta y gradual se van haciendo pequeños cambios que generen reducciones en las rutinas, siempre en situaciones en las cuales el niño se encuentre bien emocionalmente (Riviere 2002).

La terapia debe apuntar a aumentar la independencia, naturaleza y flexibilidad de la acción, su funcionalidad y eficacia. Para lograrlo, es primordial reducir la inflexible adherencia a rutinas, rituales, estereotipias así como también, acciones compulsivas y contenidos obsesivos de pensamientos. La inflexibilidad limita el amplio y complejo repertorio de la conducta humana y limita su libertad (Riviere, 2002).

El impacto que produce el déficit de función ejecutiva en las habilidades del niño, requiere que el profesional que trabaje con él, goce de conocimiento, comprensión y paciencia, incluso mucho más de la que se precisa para trabajar otras dificultades de aprendizaje (Martos Perez, 2005).

3.3 Modelos de intervención en TEA

En los apartados anteriores se desarrollaron las principales teorías neuropsicológicas explicativas del TEA, haciendo mayor énfasis en la Teoría de la

Disfunción Ejecutiva y flexibilidad cognitiva. En el presente apartado se expondrán los modelos de intervención utilizados en un CET para el abordaje del TEA.

Una intervención es cualquier acto terapéutico diseñado para apoyar a las personas con TEA a reducir o aliviar los síntomas nucleares, optimizar los recursos para mejorar las habilidades adaptativas de la vida diaria, disminuir las conductas problemáticas, incrementar el desarrollo cognitivo de aptitudes académicas y laborales y mejorar la calidad de vida (Grañana, 2014b).

No existe unanimidad en cuanto al método de intervención más efectivo, ya que este debe adaptarse al entorno del niño y sus características individuales. La intervención en los TEA debe ser multidisciplinar e involucrar no solo a los diversos profesionales sino también a la familia del paciente, a su entorno y a la comunidad (Mulas et al., 2010).

Existen varios enfoques y modelos de tratamiento para la intervención de los individuos con TEA, estos pueden ser clínicos o educativos. Los modelos educativos están enfocados a incrementar habilidades mediante una enseñanza estructurada y se caracterizan por realizar análisis de conducta. El tratamiento en sí, es una forma de desarrollar en el niño, a través de enseñanza explícita, aquellas funciones que están alteradas y que no se han podido constituir durante el desarrollo normal y disminuir aquellas anomalías emocionales o conductuales inherentes al trastorno. Gracias a los avances terapéuticos de los últimos años, las personas con TEA tienen acceso a vivir experiencias más significativas, equilibradas, flexibles y placenteras en su día a día (Martos Pérez, 2005).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es un enfoque terapéutico que combina el rol de los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en la conducta. En relación con el TEA, esta terapia se centra en identificar aquellos comportamientos y emociones no funcionales para trabajar después técnicas de modificación de conducta y técnicas de flexibilidad cognitiva (Calderón et al., 2012). Los programas basados en la psicología conductual, han demostrado eficacia en pacientes con TEA. En ella se estudia cómo aprende el individuo en relación al ambiente y se trabaja en aprendizaje estructurado con condicionamiento operante, esto es, fragmentar en pequeñas unidades

los objetivos y luego dar una recompensa como reforzador de la conducta (Grañana, 2014b).

Todos los programas enfatizan en la importancia de iniciar el tratamiento lo más temprano posible, incluso antes de los 3 años. El inicio precoz ha demostrado un aumento significativo en las habilidades de lenguaje, comunicación, interacción social, independencia y disminución de conductas inapropiadas (Grañana, 2014b).

En cuanto a la intervención en flexibilidad, Nieto y Huertas (2005) propusieron considerar los problemas de la flexibilidad como partes de un todo y no como un elemento aislado característico del niño. Tal como plantea Riviere (2001) en el Inventario de Espectro Autista (IDEA) junto con la flexibilidad, se encuentran las capacidades de anticipación y sentido de la actividad que, también, se relacionan con el desempeño de los lóbulos frontales y que, a su vez, funcionan como causa y consecuencia de la conducta flexible. Por lo tanto resulta fundamental considerarlos a la hora de intervenir en flexibilidad.

Si surgen cambios, estos deben manifestarse en lo rutinario, en lo accesible y anticipable. Estructurar el mundo permitirá estructurar los cambios y las mejores herramientas son el lenguaje y la comunicación, para poder explicar los imprevistos, dar sentido y lugar al futuro y esto es llevado a cabo a través del trabajo con pictogramas en un ambiente organizado que, permitirá explicar el porqué de los actos presentes y pasados, e informar de los futuros. Con este soporte, será posible enseñarle al niño a incluir otras opciones novedosas que implicarán una elección. También al informar los cambios o variaciones en la rutina diaria se estará dotando al niño con TEA de un control sobre el contexto, que hará que el ambiente en el cual se rodea sea más predecible. El comportamiento inflexible de las personas autistas es, en cierta manera, idiosincrático, ellos necesitan de la invarianza ambiental y es partir de esa rutina, que pueden aprender, estas secuencias de acciones rutinarias son agradables al niño por su carácter predecible y controlable (Nieto & Huertas, 2005).

3.3.1 La intervención en un Centro Educativo Terapéutico. El rol del terapeuta.

El autismo es un trastorno que requiere aplicación diaria intensiva en distintos ambientes dada su alta dependencia. En el centro terapéutico, si se trabaja en grupo, estos deben ser reducidos, incluso si está integrado por pares de acuerdo con la edad y objetivos planteados. Así también resulta indispensable la formación específica en autismo de los profesionales, los terapeutas deben ser supervisados individualmente por especialistas certificados que integren equipos de trabajo interdisciplinarios (Grañana, 2014b).

En cuanto al rol del terapeuta en el Centro Educativo Terapéutico, una de las principales actitudes que debería desarrollar es la capacidad de observación e interpretación, para poder descifrar qué pautas de conducta están utilizando los niños a la hora de comunicar algo, estar atentos a la relación causa-efecto que se genera entre las conductas y su consecuencia inmediata. Otra de las cualidades a tener en cuenta es la paciencia, los tiempos de aprendizaje son lentos y complejos en la mayoría de los casos. Además, es muy importante que el terapeuta adopte una actitud afectiva, propiciar interacciones mediante juegos circulares, imitación de alguna de sus rutinas, contacto, de modo que el niño perciba que se están estableciendo lazos afectivos y de confianza. Por último otra actitud a destacar es la colaboración, es importante rodearse de personas que puedan acompañar y servir de apoyo en algún momento del proceso educativo que se desarrolle en la sala (Murillo-Bonilla & Vazquez-Uceda, 2006)

Desde el punto de vista educativo terapéutico, se exponen en este apartado dos modelos de intervención: *Análisis de la Conducta Aplicada* (ABA) y el modelo TEACCH (abreviación en inglés de *Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados*), ambos tienen como objetivo facilitar el desarrollo académico y de la vida diaria, fomentar la socialización y reducir la manifestación de conductas inapropiadas. Así como también brindar apoyo y psicoeducación a las familias de los niños (Montalva, Quintanilla & Del Solar, 2012).

3.3.2 Análisis de conducta aplicado (ABA)

El método ABA (*Applied Behavior Analysis*) es una intervención en la que se aplican los principios de la teoría del aprendizaje, de forma sistemática y medible, con la finalidad de incrementar, conservar, disminuir o generalizar conductas en el paciente (Mulas et al., 2010).

Los antecedentes de la terapia ABA datan de principios del siglo XX, con los aportes de diferentes autores como Thorndike (1913) quien realizó estudios sobre aprendizaje por *causa y efecto*, Pavlov (1927), quien definió la fórmula Estimulo-Respuesta (E-R), Watson (1913), como fundador del conductismo y los principios de condicionamiento para el aprendizaje en niños y Skinner (1954), quien expuso los principios del condicionamiento operante (Montalva et al., 2012).

En 1989, Lovaas publicó un trabajo donde demostró una mejoría significativa en el aprendizaje formal y la comunicación, trabajando cuarenta horas semanales de forma intensiva con los pacientes de forma individual demostrando también reducción en conductas inapropiadas agresivas, ritualistas, estereotipias e inflexibilidad. Trabajos posteriores evidenciaron que 20 horas semanales individuales son adecuadas, de esta forma desarrolló una estructura específica para TEA en la Universidad de California, Los Ángeles (Grañana, 2014).

El primer paso del enfoque ABA consiste en el análisis de las conductas y habilidades del niño con el cual se va a trabajar, teniendo en cuenta la particularidad de cada uno y respetando su propio ritmo de trabajo. Creando diversas y repetidas situaciones en las cuales se propiciará que el niño practique las diferentes habilidades que ha ido adquiriendo, así mismo, se busca que a medida que van aprendiendo y consolidando las conductas funcionales, el niño vaya logrando autonomía del terapeuta (Piñeros-Ortiz & Toro-Herrera, 2012).

Este modelo utiliza el método *ensayo discreto* como base del condicionamiento operante y consiste en dividir la tarea a enseñar en pequeñas unidades llamadas estímulo. Se indica la realización de una tarea específica de forma clara y precisa y cada resolución correcta que da el niño va seguida de un refuerzo o consecuencia, puede ser una felicitación o algo de acuerdo a sus gustos y que le permita asociar el aprendizaje con una experiencia agradable. Esto opera en el niño un efecto reforzante que

incrementará la probabilidad de que esa conducta o respuesta se repita en el niño (Grañana, 2014).

La acción de reforzar se denomina *refuerzo positivo* y su efectividad aumenta si se aplica inmediatamente después de la conducta que se busca aumentar. Ante una falta de respuesta o respuesta incorrecta, la consecuencia que se le brinda al niño es un *no informativo* y una nueva oportunidad para que responda, si no lo hace, se lo modela, es decir, se le muestra la respuesta adecuada para que la reitere, y cuando la ejecuta, es reforzado. En principio, se utilizan reforzadores primarios junto a sociales (por ejemplo, una de sus galletitas preferidas asociado a un “muy bien”) y luego, solamente sociales (Matos & Mustaca, 2005).

Este programa constituye la base esencial del diseño de intervención, al que luego se asociaron otros programas. Sostiene que es imprescindible tener en cuenta que no modifica el origen neurobiológico del TEA y hace énfasis en la importancia de generalizar y usar estos aprendizajes en distintos ambientes (Grañana, 2014b)

3.3.3 Programa Teacch

Otro Programa de intervención efectiva es el Modelo TEACCH, este modelo de intervención fue fundado en 1966 por el Dr Schopler, en la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos y es hoy en día el programa de educación especial más utilizado en todo el mundo (Mulas et al., 2010).

Este programa enfatiza el aprendizaje en múltiples ámbitos, y está orientado a mejorar las áreas de comunicación, cognición, percepción, imitación y habilidades motoras, basándose en cinco componentes: el aprendizaje estructurado, el uso de estrategias visuales, aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes y signos, aprendizaje de habilidades pre académicas (colores, números, etc.) y el trabajo de los padres como co-terapeutas usando en casa los mismos materiales y técnicas (Mulas et al., 2010).

Un aspecto que lo hizo diferencial y altamente operativo fue la minuciosidad en la adaptación del entorno, que proporciona ayudas físicas para la comprensión temporal, de acciones y actividades complejas con el objetivo de brindar al niño accesibilidad e independencia en las actividades que se realizan en un entorno determinado (Martin

Rodríguez, 2006). Esta estrategia de trabajo que propone el modelo se denominó Enseñanza Estructurada, y consistió en adecuar la práctica educativa a las diferentes formas de pensar, entender y aprender de las personas con TEA (Montalva et al, 2012).

Los componentes de la Enseñanza Estructurada son, en primer lugar, la estructura física de entorno, es decir, establecer límites físicos y visuales claros de modo que el niño entienda donde se llevará a cabo cada actividad en la sala, implementación de agendas visuales y horarios individuales, con el propósito de brindarle al alumno información acerca de “qué”, “dónde” y “cuándo” se harán las actividades del día. En cuanto a los sistemas de trabajo estos deben establecerse como una forma sistemática y visual para responder a las preguntas: ¿qué hago?, ¿Cuánto lo hago?, ¿Cuándo termino? Y ¿Qué hago cuando termino? Cada tarea debe ser visualmente estructurada para minimizar la ansiedad e incrementar lo máximo posible la comprensión del niño (Montalva et al., 2012).

Brindar al niño un ambiente estructurado pero cálido y amoroso a la vez, en el cual se respeten sus intereses y se fortalezcan sus habilidades comunicativas, es una de las mejores formas para favorecer su educación (Martos Pérez, 2005).

Para terminar, Callahan, Shukla-Mehta, Magee y Wie (2010) estudiaron si había una preferencia por parte de los educadores, terapeutas y padres, en modelos de intervención tan dispares como el ABA y el TEACCH, y se ha comprobado que estos modelos aplicados en el contexto escolar tienen un alto grado de validez social, pero esa validez se incrementa significativamente cuando se combinan ambas técnicas, llevando a la conclusión de que no son invalidantes entre sí, por el contrario, aumenta la posibilidad de poder emplear más intervenciones en función de las singularidades de cada niño y sus familias (Salvadó-Salvadó, Palau-Baduel, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho & Hernandez-Latorre, 2012).

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2 Participantes

Se trató el caso de O, un niño de trece años, que fue diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista en la infancia temprana.

Al momento de la observación era hijo único y vivía solo con su madre, de profesión abogada, ya que su padre había fallecido dos años atrás. Ambos residían en el Barrio de Palermo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

O asistió al Centro, bajo la modalidad de jornada simple. En el mismo compartía sala con otro niño de 12 años. Además del trabajo en el aula, O participó de clases grupales de educación física tres veces por semana, y tuvo sesiones de terapia ocupacional orientada a Integración Sensorial dos veces por semana de manera individual.

O no tomaba medicación, hacía dieta libre de gluten y lácteos, usaba sal marina y azúcar moscabo, libre de aditivos y conservantes. No controlaba esfínteres, usaba pañales, aun así, en ocasiones pedía ir al baño mediante el uso de pictogramas.

No poseía lenguaje verbal, para comunicarse, tendía al gesto instrumental, comunicación mediante intercambio de imágenes y algunos gestos, era muy sensible auditivamente, en situaciones de enojo o de desborde se tapaba los oídos y emitía sonidos guturales.

Una de las características de O era el apego que tenía con sus rosarios de plástico, los cuales siempre llevaba en su mano y desplegaba en superficies planas haciendo movimientos estereotipados con ellos. A nivel cognitivo representaban una gran rigidez cognitiva e interferían atencionalmente en sus actividades diarias.

O estuvo a cargo de una Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, de 30 años de edad, que trabajaba en la institución como Terapeuta y Orientadora

de Sala. Su tarea en la institución constaba de asistencia integral del niño, trabajando con el niño bajo el abordaje de terapia cognitivo conductual.

El tratamiento de O era supervisado a diario por el director del centro educativo, un psicólogo de 43 años, recibido con veinte años de experiencia en la temática del TEA, y por una pediatra de 42 años especialista en trastornos del desarrollo, la misma asistía a la institución una vez por semana, y se encargaba de llevar el control médico de los niños que asistían al centro y evaluar a los niños durante las entrevistas de admisión al mismo.

4.3 Instrumentos

1. Observación participante en sala de lunes a viernes durante dos horas en el turno de la mañana.
2. Entrevistas semi-dirigidas: se entrevistó al director, a la médica pediatra y a la Orientadora de Sala. En todos los casos tuvieron una duración de treinta minutos aproximadamente. Los ejes de la entrevista fueron: en el caso del director, lineamientos generales del tratamiento de O, diseño de programas personalizados basados en Terapia Cognitiva Conductual, intervenciones, supervisión terapéutica de O, el rol del psicólogo en un centro, el rol de la familia. En la entrevista con la pediatra el eje fue: como fue la admisión de O en el centro y su primera evaluación diagnóstica, cómo fue el seguimiento del caso y se profundizó acerca de la sintomatología del TEA en O. Con la Orientadora de Sala se indagó acerca de las intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva en O, su trabajo en sala y en las distintas actividades desde el ingreso, como así también perspectivas subjetivas de avances en cuanto a conductas flexibles en O.
3. Acceso a lectura de historia clínica y de desarrollo del niño.
4. Acceso a la lectura del informe de Terapia Cognitiva Conductual de la Orientadora de Sala.

4.4 Procedimiento

Se observó a un niño de 13 años con TEA en el centro de lunes a viernes cuatro horas diarias, durante el turno mañana, principalmente en actividades de sala pero también en las diferentes áreas en la cuales el niño se desarrolló, tales como educación física y terapia ocupacional, como así también en los espacios de esparcimiento y almuerzo con sus pares. La observación se extendió desde mediados de Agosto hasta Diciembre. Se realizaron tres entrevistas, al director de la institución, a la pediatra y a la orientadora de sala con el fin de poder recolectar información sobre la sintomatología TEA y conductas rígidas presentes en O, como así también se indagó en el proceso de diseño de tratamiento, intervenciones orientadas a flexibilidad y supervisión del mismo.

5. Desarrollo

5.1 Breve descripción del caso.

O es un niño que nació a los 8 meses de gestación por parto natural, en su desarrollo presentó retraso madurativo a partir de los 5 meses de edad. En la historia clínica se indicó que pudo sentarse solo a los 9 meses, gatear a los 15 meses y caminar recién a los veintitrés meses. Fue diagnosticado con TEA a los tres años y desde los 7 meses estuvo bajo tratamiento dado su retraso madurativo. En la primera infancia tuvo muchas dificultades en el planeamiento motor y al momento de la observación las conservaba, manifestando problemas de coordinación motriz si se ponía ansioso.

O se mostró como un niño dulce y afectuoso, destacándose por su sonrisa social, por su calidez y la intensidad del contacto visual que establecía con otras personas de su entorno más cercano.

Ingresó como alumno al centro luego de asistir 4 años a otra institución y el cambio fue promovido por la necesidad de brindarle a O un tratamiento más estructurado.

En cuanto a su rutina diaria, O ingresaba al centro a las 9 de la mañana y se retiraba a las 12:30 hs, era llevado y retirado por un transportista especializado en discapacidad en un vehículo utilitario que siempre era el mismo, (esta aclaración vale ya que O no ingresaba a otros vehículos alternativos). A comienzos del día se le presentaba

una agenda con fotografías de los espacios que transitaría, terminada esta actividad, se dirigía al gimnasio para asistir a la clase de educación física por 45 minutos, una vez en la sala se llevaba a cabo el desayuno para luego realizar diversas actividades académicas programadas y estructuradas siguiendo el modelo de trabajo TEACCH y del Método ABA , poniendo especial énfasis al desarrollo de lenguaje y comunicación, motricidad fina, autovalimiento y conducta. La modalidad de trabajo era grupal e individual. O almorzaba en la institución como última actividad del día para luego esperar en una sala con sus compañeros el ser retirado de la institución.

5.2 Descripción de déficit de flexibilidad cognitiva presentes en el caso clínico

Si se consideran los criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5 (A.P.A., 2013) en sus dos categorías de síntomas, O cumpliría con prácticamente todas las características allí descritas. En cuanto a comunicación e interacción social, si bien era un niño que se mostró afectuoso con su terapeuta y compañero de sala, también presentó escasa disposición por compartir intereses, emociones y afecto con otras personas que no sean de su entorno cotidiano, en la entrevista su orientadora de sala afirmó que O solo obedecía consignas dadas por ella, mostrándose ofuscado si otra persona de la institución se dirigía a él con ese fin. También la pediatra de la institución comentó que en la primera entrevista de admisión, el niño no se separó de su madre y fue muy difícil lograr su atención para poder evaluarlo. Estas características presentes en el niño ocasionaron que el proceso de adaptación al nuevo espacio educativo fuera paulatino y durara más tiempo de lo habitual (dos meses) dada la rigidez cognitiva y la dificultad para adecuarse a un nuevo espacio que presentaba O.

Con respecto a la segunda dimensión del DSM-5 (A.P.A., 2013) donde se hace mención a la presencia de patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, era donde O presentaba mayor severidad ya que estas interferían marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas, ocasionando gran malestar y dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta. Resulta pertinente hacer énfasis en este punto ya que la teoría de la disfunción ejecutiva intentó explicar estos patrones vinculándolos con diferentes funciones cerebrales que favorecen afrontar el mundo y sus problemáticas de un modo flexible (Valdez, 2005).

Los déficits en flexibilidad cognitiva en O pudieron identificarse a lo largo de toda observación y en los distintos espacios con sus respectivas actividades dentro del centro.

Con respecto al trabajo en el aula, la orientadora de sala refirió en la entrevista que O había aprendido con suma rapidez la secuencia y orden en el que se presentaban las actividades diarias, pero solía quedar apegado a ellas, como consecuencia de su rigidez cognitiva, esto lo llevaba a angustiarse y desorganizarse conductualmente frente a cualquier cambio, e implicaba la aparición de comportamientos disfuncionales e inadecuados como el acrecentamiento de su deambular en el espacio, el aumento de movimientos de brazos y manos, la vocalización de sonidos guturales o el morderse las manos. Estas conductas se relacionaron con la descripción brindada por Martos (2011) en el marco teórico, donde se planteó el aumento de la ansiedad de estos niños ante cambios en el entorno y la insistencia por continuar con sus rutinas. Un ejemplo claro se evidenció cuando surgían festejos de cumpleaños en el centro, eventos que alteraban significativamente la rutina diaria, en esas instancias O se mostraba muy ansioso y le costaba quedarse quieto en su silla, levantándose reiteradas veces para ir a manipular sus rosarios en algún lugar alejado de sus compañeros. O bien, cuando faltaban los profesores de educación física y su día en el centro no comenzaba en el gimnasio realizando dicha actividad como solía ser su rutina, O solía enojarse e insistir en acudir al espacio del gimnasio que se encontraba un piso más arriba de la sala donde trabajaba con su terapeuta y su compañero. Con respecto a estas reacciones, quedó en evidencia, como señaló Richaudeau (2014) que cuando fallaba la flexibilidad, la respuesta conductual era perseverativa ya que fallaba la habilidad de alternar estrategias eficaces de acuerdo a los cambios en el ambiente.

Con respecto a los patrones repetitivos e intereses restringidos se pudo observar que O ingresaba todas las mañanas con un manojo de rosarios plásticos en su mano, los cuales llevaba consigo a todos los espacios del centro y en reiterados momentos se disponía a interactuar con ellos de modo estereotipado, es decir, los agitaba, los separaba, los arrojaba en forma vertical al piso y se frotaba las manos en él, repitiendo estas acciones una y otra vez. Al indagar al coordinador terapéutico, este afirmó que el niño posee un excesivo apego con ellos que data de tiempos anteriores a su ingreso a la institución y que se estaba diseñando un programa especial de intervención para

disminuir los momentos de manipulación y así poder evitar que interfiera en su atención a la hora de realizar las actividades del día (esta intervención se describirá en el segundo objetivo del presente trabajo). Tal como afirmó Wing (1996), resulta fundamental reconocer los límites en los cuales las rutinas y la resistencia a los cambios interfieren con las posibilidades de aprendizaje del niño e intervenir en consecuencia.

Wing (1996) manifestó que la conducta del niño autista es un intento de generar orden en su mundo caótico. De la observación participante, se infirió en O la necesidad de acudir a sus rosarios y manipularlos en aquellos momentos en los cuales su ansiedad aumentaba, producto de un aumento en el ambiente de estímulos visuales o auditivos o ante variaciones imprevistas en su rutina que derivaban en cambios en el ambiente.

Otro de los espacios donde se observaron comportamientos que manifestaron déficits en cuanto a flexibilidad fue en uno de los espacios favoritos de O, el parque del centro, lugar donde se realizaban los recreos. En ese sector se lo observó jugar solo con sus rosarios o bien correr por el parque dando vueltas sin una dirección precisa. Cada tanto buscaba interactuar con su compañero de sala acercándose y tomándolo de la mano para correr. Se observaron aquí también conductas de enojo cuando la orientadora de sala le indicaba que el tiempo de estar en el patio había terminado, el niño mostraba su enojo de forma clara, tapándose un oído y emitiendo sonidos guturales, resistiéndose a abandonar el espacio. En la entrevista, la terapeuta comentó que era una conducta habitual en el niño cuando el tiempo de recreo se extendía o por algún imponderable debía retirarlo minutos antes de lo acordado.

Con respecto al espacio del comedor, durante el almuerzo abundaban las conductas estereotipadas. O tomaba los objetos dispuestos para el almuerzo como los vasos y los platos y los hacía rebotar y girar en la mesa una y otra vez, si se le observaba que dejara de hacerlo o se los retiraba de mesa, O expresaba su enojo mediante sonidos guturales y tendía a la desorganización conductual levantándose de la mesa en reiteradas ocasiones y disminuyendo su tolerancia a los tiempos de espera. Se infiere de la observación que uno de los motivos podría deberse al exceso de estímulos en el ambiente, ya que compartía el espacio del almuerzo con 4 niños más dos orientadoras que los asistían. El director del centro, al ser entrevistado enfatizó en la importancia de brindarle al niño un ambiente organizado y con la menor cantidad de estímulos posible,

en concordancia con la actividad propuesta, esperando que O pueda compartir espacios comunes sin desregularse conductualmente.

Hasta aquí se han descrito las conductas del niño observado en los distintos espacios del centro, que evidencian un déficit en cuanto a flexibilidad cognitiva. A continuación se expondrán las intervenciones llevadas a cabo por la orientadora de sala con el fin de disminuir o aliviar los síntomas de rigidez cognitiva y favorecer el desarrollo cognitivo en dicha área (Grañana, 2014b).

5.3 Intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva

Las intervenciones que se describirán a continuación fueron abordadas desde el modelo de intervención educativo, dado el ámbito donde se realizaron las observaciones para la realización del presente trabajo. Estos modelos están enfocados a incrementar habilidades mediante la enseñanza estructurada, desarrollando en el niño aquellas funciones que están alteradas (Martos Pérez, 2005).

En la entrevista realizada al coordinador, este destacó la importancia de diseñar los objetivos de intervención teniendo en cuenta la individualidad de cada niño, la necesidad de establecer un vínculo empático con él para favorecer las instancias de aprendizaje y conocer sus gustos y motivaciones para que la intervención sea efectiva.

Mulas et al. (2010), coincidieron al afirmar que las intervenciones debían adaptarse al entorno del niño y sus características individuales, así como también involucrar a la familia del niño, su entorno y a la comunidad.

La programación de O ha sido diseñada poniendo especial énfasis al desarrollo y fortalecimiento del lenguaje y la comunicación, tomando como punto de partida la anticipación, elecciones y organización del ambiente, aspectos esenciales a la hora de trabajar flexibilidad.

Se comenzará describiendo el contexto en el cual se trabajó con O durante más de tres horas diarias: el aula donde trabaja con su compañero y su terapeuta.

De la observación participante en sala se pudo advertir la organización del aula siguiendo los parámetros del modelo de intervención TEACCH, en cuanto a la

estructura física del entorno, se observó una organización espacial con una delimitación muy clara que constaba de una mesa con dos sillas para el desayuno y las actividades grupales y un escritorio destinado al trabajo independiente. Las paredes eran blancas libres de estímulos visuales y en uno de los laterales se disponían cajas rotuladas con imágenes correspondientes a la actividad a la cual estaba destinada, por ejemplo “sensorial” o “jugar”, de modo de que sea visualmente estructurada la tarea y se logre minimizar la ansiedad y favorecer la comprensión del niño (Montalva et al., 2012). También se distinguió un espacio de descanso compuesto por puff o una colchoneta, y al lado de la puerta de entrada, en el suelo se advirtió una caja contenedora identificada con un dibujo de un rosario. Por último, y también próximo a la salida de la sala, se observó el sector de agendas adheridas a la pared, estas contenían los espacios físicos por los que transitarían los niños a lo largo del día y las actividades que harían en cada bloque de trabajo en la sala. Estas agendas visuales brindan al niño información acerca de “qué”, “dónde” y “cuándo” se harán las actividades del día (Montalva et al., 2012).

Una de las dificultades de O consistía en el apego excesivo a las rutinas diarias, llegando a desorganizarse conductualmente si se presentaba alguna variación imprevista. La intervención que llevó a cabo la orientadora de sala estuvo dirigida a enfatizar la anticipación y a su vez ofrecerle a niño otras opciones alternativas dentro de las actividades de la rutina diaria. A comienzos del día se le presentaba una agenda con fotografías de los espacios que transitaría, O completaba la agenda con su orientadora de sala, con el fin de favorecer la organización temporo-espacial en el niño así como la anticipación y duración de la tarea (Martín Rodríguez, 2006). De esta forma, se lo dotaba de un control sobre el contexto, posibilitando que el ambiente en el cual se rodeaba sea más predecible (Nieto & Huertas, 2005).

En esa instancia se incorporaron paneles de elecciones, de modo que el niño pudiera participar y decidir entre las distintas actividades que eran de su agrado. Por ejemplo, O contaba con un display de comunicación para elegir donde realizar su descanso, pudiendo optar entre puff o colchoneta, también se le presentaba otro display al momento de elegir que música deseaba escuchar al terminar las actividades académicas, ahí podía optar entre 4 bandas musicales que previamente su madre había sugerido al coordinador terapéutico, colaborando activamente e involucrándose en la intervención (Mulas et al., 2010). Se aprovechó esa actividad que era de mucha

motivación para él y, a su vez, cumplía la función de reforzador secundario para fortalecer las conductas adecuadas en la sala, como la de trabajar en mesa sin levantarse y deambular. La toma de decisiones se consideró una conducta que implicó cierto grado de flexibilidad (Nieto & Huertas, 2005). La terapeuta de O comentó que de esta forma se trabajaba conjuntamente flexibilidad con lenguaje y comunicación, las capacidades de anticipación, elección y en consecuencia la organización del ambiente. También enfatizó en la importancia de ir incorporando las novedades de forma paulatina, debido al apego que tenía a las rutinas, esto es semana a semana y evitando los cambios de forma abrupta (Nieto & Huertas, 2005).

Con respecto a su negación a abandonar el espacio del parque en los momentos de recreo, se implementó un sistema para anticipar la duración del tiempo de descanso en el recreo utilizando un cronometro para informarle de forma visual el tiempo estipulado para sus recreos, aumentando los tiempos de permanencia paulatinamente.

O requería de un ambiente controlado y organizado, libre de estímulos distractores para favorecer su aprendizaje y disminuir las conductas disfuncionales. En la entrevista la orientadora de sala comentó que el abordaje de las conductas disfuncionales se realizaba en dos direcciones: Cuando O se desregulaba, se optaba por reducir los estímulos del ambiente, y se hacía uso de música suave y masajes a presión. Otra opción era proponerle actividades de motricidad fina sencillas, como por ejemplo, encastres o enhebrados, que también resultaban eficaces para reorganizar su conducta.

Con respecto al apego a los rosarios plásticos que presentaba O, se llevó a cabo un programa de intervención orientado a la reducción de los momentos de manipulación, trabajando en la conducta de dejar el rosario en una caja. Wing (1996) afirmó que hay que aceptar que las personas con TEA necesitan de la rutina comportamental y ambiental, entonces el objetivo debe ser la reducción más que la eliminación. En este sentido Riviere (2002) sugirió llevar a cabo estas intervenciones generando pequeños cambios que generen reducciones en las rutinas, siempre en situaciones en las que el niño se encuentre bien emocionalmente.

Para este fin se emplearon cajas forradas de color verde donde el niño depositaba sus rosarios, el coordinador terapéutico explicó que era una herramienta para brindarle estructura mental ya que el niño lograba así, hacer una lectura del contexto y sabiendo

que la caja le daba la seguridad de que sus rosarios estaban a resguardo. Como mencionan Montalva et al. (2012) se trata de estructurar visualmente la tarea para minimizar la ansiedad y aumentar la comprensión de niño. Se observó que en un primer momento la terapeuta le presentó la caja en la sala, ubicándola estratégicamente en la entrada de la misma junto a un pictograma de un rosario, e invitándolo a depositar sus rosarios ahí al momento de ingresar, cuando el niño accedía, se lo reforzaba felicitándolo y ofreciéndole pasas de uva (que eran de mucho agrado para el niño), de modo que, tal como mencionó Grañana (2014) el niño pudiera asociar esa conducta con una experiencia agradable a la vez que ese efecto reforzante incrementara la probabilidad de que el niño repita la acción. Cuando O incorporó a su rutina el dejar sus rosarios en la caja al ingresar a la sala, se procedió a generalizar ese aprendizaje en los demás espacios del centro, para esto, se fueron colocando cajas en el gimnasio, en la sala de terapia ocupacional y en el comedor. Tal como indica Grañana (2014b) es de vital importancia para el enfoque ABA el generalizar y usar los aprendizajes en distintos ambientes. Se le permitió optar por jugar con sus rosarios en los momentos de recreación. El director al ser consultado afirmó que se apuntaba a que pueda desenvolverse de este modo por períodos cada vez más prolongados de tiempo.

Para el momento del almuerzo y con el fin de disminuir la estereotipia de rebotar y girar los platos y vasos de sus compañeros, se procedió a aumentar las claves visuales presentes en el salón comedor para favorecer la comprensión temporo-espacial de O (Montalva et al., 2012), con este propósito, la terapeuta pegó en la base de la mesa dos manos de papel a tamaño real, con el fin de señalar al niño la posición en la cual debía poner sus manos en los momentos en los que no manipulaba el tenedor para alimentarse. Paralelamente se hizo énfasis en la utilización de individuales en los cuales se delimitó el espacio donde debían apoyarse los utensilios y se reforzó la conducta adecuada. También se buscó una mayor estructuración del espacio siguiendo el modelo TEACCH por lo que se le designó una mesa individual para evitar que acceda a los vasos y platos de sus compañeros con el fin de rebotarlos y se buscó aumentar la tolerancia a la espera dividiendo su vianda en tres tandas, favoreciendo también la comunicación ya que debía avisar y pedir más cada vez que terminaba su plato. Una vez terminado el almuerzo, se le permitía descansar con sus rosarios en un sillón mientras esperaba que el transportista lo retirara del centro.

5.4 Cambios percibidos en cuanto a flexibilidad cognitiva luego de 9 meses de tratamiento

Grañana (2014b) expresó que el TEA es un trastorno que requiere aplicación diaria intensiva dada su alta dependencia, y si bien los tiempos de aprendizaje son lentos y complejos (Murillo Bonilla & Vazquez Uceda, 2006), a lo largo de la observación se han podido identificar cambios significativos en O.

Se advirtió la disminución de conductas rígidas. A partir de la implementación de un cronograma de horarios claro y constante, se logró bajar la ansiedad que significaba enfrentarse a un cambio en la rutina diaria. Gradualmente, se fueron incluyendo otras opciones novedosas que implicaron una elección (Nieto & Huertas, 2005) y bajo esa estructura logró adaptarse favorablemente a situaciones imprevistas como cumpleaños, faltas de profesores especiales o cambios en los horarios de desayuno. De este modo, las instancias de desregulación fueron cada vez más esporádicas, lo que supuso un incremento de su flexibilidad cognitiva y adaptación al medio. En el trabajo en sala, pudo sostener el trabajo en mesa junto con su terapeuta el tiempo que este demandaba sin interrupciones de ansiedad o desregulación.

En cuanto al apego a los rosarios y su intervención específica para disminuir sus tiempos de manipulación, se observó luego de 9 meses de intervenciones constantes, que O logró incorporar en su rutina diaria, la acción de depositar los rosarios en las cajas dispuestas para tal fin en cada uno de los espacios por donde transitaba: salón comedor, sala, sala de terapia ocupacional y gimnasio. Esto favoreció notablemente las instancias de aprendizajes porque significó un incremento en su atención y, mediante los sistemas de comunicación, pudo pedir a la terapeuta que se los entregara en los momentos de descanso. Aún quedaba pendiente al momento de la observación generalizar esta conducta al espacio del parque de la institución, lugar donde permanecía en los espacios de recreo. En la entrevista la terapeuta comentó que ese espacio se tornaba más dificultoso para la implementación dado sus grandes dimensiones, acompañado de excesivos estímulos.

Los rosarios representaban su lugar seguro, como si producir o elegir respuestas invariantes o conductas repetitivas o ritualizadas le garantizaran la estabilidad del entorno (Nieto & Huertas, 2005). Se trabajó entonces para que esa seguridad se traslade

a los demás ambientes que transite en el centro, esto a través de estructuración del ambiente, claves visuales y, sin lugar a dudas, un ambiente estructurado pero cálido y amoroso a la vez, en el cual se respeten sus intereses y se fortalezcan sus habilidades comunicativas para favorecer su educación (Martos Pérez, 2005). En la entrevista, el director comentó que el objetivo terapéutico consistía en que las cajas paulatinamente empezaran a desaparecer de los ambientes y que O, en un futuro, lograra dejar sus rosarios en una caja cuando ingresara a la institución y se los llevara cuando se retirara.

Han disminuido notablemente las conductas inadecuadas durante el almuerzo, pudiendo llegar a la instancia de compartir la mesa con sus compañeros, aunque delimitando el espacio para evitar el acceso a los vasos. O ya no necesitó de trabajo 1 a 1 durante el almuerzo sino que pudo participar del espacio sin desorganizarse, esperar sentado su comida y levantar su plato, se siguió trabajando a fin de que pueda aumentar su tolerancia durante los tiempos de espera.

Los cambios identificados reflejaron también un cambio en la dinámica con su compañero ya que al incrementar su flexibilidad, mejoraron significativamente atención, tiempo de espera y los episodios de ansiedad fueron cada vez de menor intensidad y duración.

6. Conclusion

6.1 Resumen del desarrollo

El presente trabajo es resultado de la Práctica y Habilitación Profesional de la Universidad de Palermo, realizada en un centro de la Ciudad de Buenos Aires. La elección de la institución surgió del interés personal de la autora acerca de la psicología clínica en niños y adolescentes y del desafío personal de explorar la temática del TEA.

Se ha optado por desarrollar el caso clínico de un niño de 13 años que asiste a la institución al identificar las dificultades que presentaba en cuanto a flexibilidad cognitiva, la presencia de patrones repetitivos y restringidos, especialmente el apego a un manojito de rosarios plásticos, interpelaron a la autora acerca de las intervenciones pertinentes para disminuir esas conductas.

A lo largo del desarrollo se han podido cumplir con los objetivos específicos planteados desde un principio, haciendo uso de la observación participante, historia clínica brindada por la institución y entrevistas realizadas a la pediatra, coordinador terapéutico y orientadora de sala y/o terapeuta del niño.

En el primer objetivo se describieron los déficits en cuanto a flexibilidad cognitiva presentes en O al momento de ingresar al centro. Se han podido identificar, en el caso los síntomas descritos en los criterios diagnósticos según el DSM-5 (A.P.A., 2013), en sus dos dimensiones, así como también reconocer conductas rígidas y estereotipadas presentes en el niño y descritas por Nieto y Huertas (2005). El cumplimiento de este objetivo ha significado un aporte significativo para la autora ya que ha podido observar y reconocer sintomatología específica del TEA, como así también considerar los aspectos que resultaban problemáticos en cuanto a flexibilidad y que impactaban en el desarrollo de la vida diaria del niño.

En cuanto al segundo objetivo cumplido, se logró describir las intervenciones orientadas a aumentar la flexibilidad cognitiva en O. Se pudo reconocer los diferentes modelos de intervención que se llevaban a cabo en el CET, tanto TEACCH como ABA y, al mismo tiempo, ser testigo del proceso de diseño e implementación de un programa de intervención específico orientado a disminuir conductas rígidas presentes en el niño observado. Haber llevado a cabo la descripción y observación de las intervenciones significó para la autora un acercamiento a la práctica ya que logró involucrarse activamente colaborando en la implementación.

Finalmente, se llevó a cabo el tercer objetivo, donde se describieron los cambios percibidos en cuanto a flexibilidad cognitiva en el comportamiento del niño, luego de 9 meses de tratamiento. Si bien debe considerarse para la eficacia, un tratamiento a largo plazo, se ha podido observar, a partir de las intervenciones empleadas, una tendencia marcada hacia la reducción de conductas rígidas y estereotipadas que han significado, a su vez, un avance en materia de aprendizaje ya que O logró disminuir sus estados de ansiedad y aumentar su atención en la sala a partir de la estructuración temporo-espacial brindada para ese fin.

6.2 Limitaciones

En relación a las limitaciones del trabajo propuesto, hubiera sido un aporte significativo para este trabajo haber podido entrevistar a la madre de O, para obtener información acerca de cómo comenzó el apego a los rosarios, así como también acerca del desempeño del niño en otros ámbitos fuera del centro y cómo se intervenía en el manejo con sus rosarios. Por motivos de privacidad no fue posible acceder a dicha entrevista. Por otro lado, no se observó comunicación fluida entre los equipos interdisciplinarios que trabajaban con O en el ámbito domiciliario y los profesionales que lo asistían en el centro, lo que hubiera sido un gran aporte a la hora de unificar criterios y sumar datos para el eficaz abordaje de la problemática.

Podría ser considerado para futuros estudios, la posibilidad de analizar cómo se llevan adelante los déficits en flexibilidad en el contexto familiar, donde los imponderables son más difíciles de anticipar y cómo impacta en la vida de los demás integrantes del grupo familiar.

En cuanto a la institución, la sala que O compartía con su compañero y su orientadora de sala era de escasas dimensiones, al ser habitual las desorganizaciones conductuales en ambos niños, en varias ocasiones se optó por suspender la observación y abandonar la sala, con el fin de brindar un espacio de mayor tranquilidad y eliminar estímulos presentes, factores necesarios para favorecer su regulación.

Por último, si bien, abunda la bibliografía que aborda la temática del TEA, fue dificultoso acceder a la misma acerca de intervenciones específicas en flexibilidad pudiéndose identificar solo dos autores que abordaron el tema.

6.3 Aporte personal

Cabe destacar que, al momento de escribir el presente trabajo, la autora se encontraba trabajando en el CET como orientadora de sala de O, lo cual ha considerado un aporte significativo ya que el trato diario con el niño significó de gran ayuda a la hora de describir los modelos de intervención que se han aplicado para aumentar la flexibilidad cognitiva en el niño, así como también favoreció a la comprensión de sus conductas y su posterior análisis.

En cuanto al aporte profesional que ha significado la temática elegida, se considera oportuno en este apartado citar a Riviere (2002), quien invito a asumir que las personas con TEA tienen un “derecho a la inflexibilidad” que es imposible de eliminar pero que puede ser negociado, y afirmó también que vivir con una persona con TEA implica también vivir con su inflexibilidad. Este pasaje ha invitado a la reflexión y a indagar acerca de ¿hasta qué punto se puede intervenir en flexibilidad? ¿Dónde está el techo? ¿Qué pasa si no hay un otro ordenando el mundo en rutinas para facilitar su comprensión? Entender ese valor especial que le asignan a lo rutinario solo es posible si se logra cambiar la perspectiva, proponiéndose ver, pensar y sentir desde el lugar del niño con TEA. En el mundo de las personas que no tienen la condición del TEA, muchas veces la estructura representa más estructura aún, en el universo TEA la estructura es la base para poder alcanzar mayor flexibilidad. Por eso resulta importante brindar psicoeducación a las familias con respecto a las características de los niños con TEA a fin de disminuir el estrés familiar y promover modos de vinculación a medida de las necesidades especiales del niño.

Por último, a partir de la elaboración de este trabajo y junto con la asistencia diaria al centro, la autora pudo vivenciar una etapa que representó un gran aprendizaje en cuanto a formación profesional ya que pudo fusionar la teoría con la práctica y descubrir un nuevo ámbito de trabajo. Así como también un punto de partida para seguir la formación académica en cursos de capacitación profesional referente a la temática.

A su vez, el acercamiento a la temática del TEA acarrió un crecimiento personal que permitió reconocer las propias fortalezas y debilidades e implicó la revalorización de aspectos de la vida cotidiana que se encontraban naturalizados, como una mirada, un abrazo y hasta la misma salud.

6.4 Perspectiva crítica

Hubiera sido conveniente, al comenzar la observación en la institución, contar con lectura previa acerca del TEA, se considera que comenzar las observaciones en carácter de aprendiz ha significado la pérdida de datos que quizás eran relevantes a la temática y no fueron registrados debidamente.

En la misma línea, resultó en un principio dificultoso no contar con el conocimiento del desarrollo evolutivo típico de los niños, para reconocer las

alteraciones presentes en los niños con TEA. Aunque se considera parte del proceso de aprendizaje, hubiera sido atinado concurrir a la institución con el material bibliográfico específico ya estudiado.

Por otro lado, y a nivel profesional, a la hora de trabajar con esta población ha sido un punto a mejorar en la autora, el combinar directividad y flexibilidad en el justo equilibrio a la hora de intervenir, para poder transmitir al niño de forma clara qué es lo que se esperaba de él, como así también entender al niño en contexto, y no aislado de su condición.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Artigas Pallares J., & Paula Pérez I. (2017). Deconstruyendo a Kanner. *Revista de Neurología*, 64 (1), 9-15.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, Londres: *The Mit Press*. Recuperado de <http://www.cep.ucsb.edu/papers/Languageeyes.pdf>
- Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*, 5 (1), 77-90.
- Callahan, K., Shukla-Mehta, S., Magee, S., & Wie, M. (2010). ABA Versus TEACCH: The Case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. *J Autism Dev Disord* 40, 74-88. Doi: 10.1007/s10803-009-0834-0
- Etchepareborda, M.C. (2005). Funciones Ejecutivas y Autismo. *Revista de Neurología*, 41 (1), 155-162.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35 (3), 257-261.
- Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia cognitiva, teoría de la mente y autismo. *Pensamiento psicológico*, 8 (15), 113-124.
- Grañana, N. (2014). ¿Qué es el autismo? En N. Grañana (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. (pp.39-86). Buenos Aires: Paidós.

- Grañana, N. (2014b). Programas de intervención. En N. Grañana (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. (pp.89-127). Buenos Aires: Paidós.
- Gimenez, M. (2014). Habilidades sociales En N. Grañana (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. (pp.391-430). Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez, S. R., & de Autismo Cádiz, D. T. (2006). Naturaleza de los trastornos del Espectro Autista. En *Los trastornos Generales del Desarrollo una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista 1*. (pp. 8-25). Colección de materiales de apoyo al profesorado. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Ibáñez Barassi, A.M. (2005). Autismo, funciones ejecutivas y mentalismo: Reconsiderando la heurística de descomposición modular. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 6, 25-49.
- Kanner,L. (1943). Autistic disturbances off afective contact. *Ner Child* 32, 217- 250.
- Martin Rodriguez, M. C. (2006). *La respuesta Teacch en el aula para alumnos/as dentro del espectro autista*. En *Los trastornos Generales del Desarrollo una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista 1*. (pp. 86-103). Colección de materiales de apoyo al profesorado. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Martos Perez, J. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Revista de Neurología* 40 (1), 177-180.
- Martos, J. (2011).Autismo y trastornos del espectro autista. Definición, génesis del trastorno y explicaciones psicológicas. En Valdez – Ruggieri (Ed). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento* (pp.19-45). Buenos Aires: Paidós.
- Martos Pérez, J., & Paula Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52 (1), 147-153.

- Matos, M. ,& Mustaca, A. (2005). Análisis comportamental aplicado (ACA) y Trastornos generalizados del desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina. *Interdisciplinaria*, 22 (1), 59-76.
- Montalva, N., Quintanilla, V., & Del Solar, P. (2012). Modelos de intervención terapéutica educativa en autismo: ABA y TEACCH. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 23 (1), 50-57.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, MG., Etchepareborda, MC., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50 (3), 77-84.
- Murillo-Bonilla, F. & Vázquez-Uceda, M. (2006). Orientaciones básicas para iniciar el trabajo en el aula especializada para alumnado con trastorno del espectro autista. En *Los trastornos Generales del Desarrollo una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista 1*. (pp. 133-145). Colección de materiales de apoyo al profesorado. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Nieto, C. & Huertas, J.A. (2005). Desarrollo de la flexibilidad y sus alteraciones en autismo: evaluación e intervención. En D. Valdez (Ed.), *Evaluar e intervenir en autismo* (pp127-144). Madrid: Machado Libros.
- Nieto, C. & Huertas, J.A. (2011).Funciones Ejecutivas y espectro autista: flexibilidad y conductas repetitivas. En D. Valdez y V. Ruggieri (Ed.), *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento* (pp.384-393). Buenos Aires: Paidós.
- Ozonoff, S., Pennington, B. & Rogers, S. (1991). Executive Function Deficits inHigh-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind. *J. ChildPsychol. Psychiat*, 32 (7), 1081-1105.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The Behavioral and brain sciences*, 4, 515-526.

- Piñeros-Ortiz S.E., & Toro-Herrera, S.M.,(2012). Conceptos generales sobre ABA en niños con trastornos del espectro autista. *Revista Facultad de Medicina*, 60, 60-66.
- Richaudeau, A. (2014). ¿Qué son las funciones ejecutivas? En N. Grañana, (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. (pp. 219-253). Buenos Aires: Paidós.
- Riviere, A. (1997). *Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. Universidad Autónoma de Madrid, Curso de Desarrollo Normal y Autismo. Santa Cruz de Tenerife (España).Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2006/TrastDslllo/Lecturas/Autismo/RivDsllloNorAut1.htm
- Riviere, A. (2002). *IDEA: inventario de espectro autista*. Buenos Aires: Fundec.
- Tallis, J. (2005). *Autismo infantil: Lejos de los dogmas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduel, M., Clofent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M., & Hernandez-Latorre, M.A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54 (1), 63-71.
- Valdez, D. (2005).Autismo, el desafío del Everest. En D. Valdez (Ed.) *Evaluar e intervenir en autismo* (pp.9-19). Madrid: Machado libros.
- Valdez, D. (2006). La teoría de la mente y sus alteraciones en el espectro autista. En Consejería de Educacion (Ed.) *Los trastornos Generales del Desarrollo una aproximación desde la práctica*. Volumen 1. (pp. 26-75). Colección de materiales de apoyo al profesorado. Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/>
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos*. Buenos Aires. Paidós.

