

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

**ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA
COMUNICACIÓN DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Alumna: Brenda Ileana Santoro

Tutor: Dra. Silvia Piovano

Buenos Aires, noviembre de 2018

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivo General.....	4
2.1. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1. Definición del Trastorno del Espectro Autista y sus aspectos clínico.....	5
3.2. Devenir histórico del concepto de Trastorno del Espectro Autista.....	8
3.3. La Teoría de la Mente.....	9
3.4. Comunicación e interacción social en el Espectro Autista.....	11
3.5. Rol del Centro Educativo Terapéutico.....	14
3.6. Intervenciones y estrategias posibles en favor de mejorar la comunicación.....	15
3.7. Sistema TEACCH.....	20
3.8. Sistema PECS.....	21
4. Metodología.....	23
4.1. Tipo de estudio.....	23
4.2. Participantes.....	23
4.3. Instrumentos.....	24
4.4. Procedimiento.....	24
5. Desarrollo.....	25

5.1. Presentación de la institución y del paciente.....	25
5.2. Describir la sintomatología del paciente y su nivel de comunicación al momento de ingreso a la institución.....	27
5.3. Describir las intervenciones y estrategias utilizadas orientadas a ampliar el nivel de comunicación del paciente.....	30
5.4. Analizar los cambios producidos en la comunicación del paciente a partir de las intervenciones realizadas luego de 7 años de asistencia a la institución.....	35
6. Conclusiones.....	37
7. Referencias Bibliográficas.....	44

1. Introducción

En el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo el siguiente Trabajo Final Integrador a partir de un análisis de caso de un paciente de 16 años de edad, diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, quien actualmente asiste a un Centro Educativo Terapéutico con funcionamiento en la zona oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En dicho Centro, dirigido a población infanto juvenil con necesidades educativas específicas debidas a sus diferentes niveles de déficit mental, motor y sensorial, con comorbilidad psíquica, se brinda un espacio de atención en el cual se trabaja para lograr autovalía y manejo asertivo del entorno, así como también el uso de estrategias de comunicación interpersonal que posibiliten un mejor desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Las tareas realizadas en la práctica profesional consistieron en la observación diaria en sala, tareas de asistencia a la terapeuta a cargo del grupo, y reuniones semanales con la coordinadora de la institución, con el objeto de profundizar en el conocimiento de aquellos aspectos relacionados con la comunicación, área en la que se encontró delimitado el presente plan de trabajo final integrador.

El trabajo dio cuenta de las características propias del paciente al momento de su ingreso a la institución así como de la evolución de sus recursos al momento de utilizar estrategias de comunicación para la promoción de un mayor y mejor intercambio con su entorno social.

2. Objetivos

Objetivo general

Analizar las estrategias de intervención utilizadas en un Centro Educativo Terapéutico con el objeto de promover y ampliar las estrategias de comunicación en un joven de 16 años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, desde una perspectiva cognitivo conductual.

Objetivos específicos

Describir la sintomatología del paciente y el nivel de comunicación alcanzado al momento de su ingreso a la institución.

Describir las estrategias de intervención utilizadas por el equipo de terapeutas del Centro Educativo Terapéutico orientadas a ampliar el nivel de comunicación del paciente.

Analizar los cambios producidos en el área comunicacional del paciente a partir de las intervenciones realizadas por el equipo terapéutico luego de 7 años de intervención.

3. Marco Teórico

3.1. Definición del Trastorno del Espectro Autista y sus aspectos clínicos

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (2017) define al Trastorno del Espectro Autista como un conjunto de afecciones caracterizadas por cierto grado de alteración del comportamiento social, de la comunicación y del lenguaje, así como por un repertorio de intereses y actividades de tipo acotado, repetitivo y muy estereotipado de aparición, en general, en los primeros cinco años de vida.

Según la distinción realizada por la Sociedad Americana de Psiquiatría (2015), el Trastorno del Espectro Autista se caracteriza por una comunicación e interacción social deficitarias en diferentes contextos, lo cual se evidencia en poca reciprocidad socioemocional, deficiencias en las conductas comunicativas no verbales, que pueden incluir dificultades en la comprensión y utilización de gestos y llegar incluso a la ausencia de expresión facial, así como dificultad en el desarrollo, comprensión y sostenimiento de las relaciones que varía entre la imposibilidad de ajustar un comportamiento, hasta la completa falta de interés por otras personas. Otro aspecto relevante, refiere a patrones restrictivos y estereotipados de intereses, comportamientos o actividades que se ponen de manifiesto por ejemplo al momento de llevar a cabo un movimiento, utilizar objetos o hablar; insistencia en una excesiva monotonía e inflexibilidad al momento de llevar adelante rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento tanto verbal como no verbal; intereses restringidos y fijos anormales en cuanto a su intensidad o punto de interés, así como hiper o hiporeactividad a estímulos sensoriales, mostrando poco interés por las características sensoriales del entorno.

Según indica Martos (1993), el Trastorno del Espectro Autista es considerado de origen plurietiológico, y muchos de los factores que lo propician resultarían, al momento, inciertos. Si bien se sabe en la actualidad que hay un fuerte componente genético, hay también componentes ambientales que podrían propiciar la aparición del trastorno tan variados como la ingesta de sustancias tóxicas, consumo de psicofármacos, o ser hijos provenientes de padres añosos entre otras posibilidades.

Según refiere Baron-Cohen (1997), el autismo comienza temprano en la infancia, y se manifiesta mediante la dificultad de estos niños por comunicar sus intereses a los otros, logrando así conectar socialmente, molestándose frecuentemente por cualquier tipo de cambio en su entorno, buscando mantener un orden estricto en numerosos aspectos de su vida diaria a través de la repetición y lo estereotipado de sus rituales y rutinas. Muchos de estos niños demuestran poco interés por otras personas, acercándose a un adulto, tal vez cuando necesitan algo, pero sin mostrarse interesados en las interacciones sociales habituales y esperables para un niño de su misma edad.

Los síntomas se presentan en general en las primeras fases del desarrollo aunque pueden no manifestarse totalmente hasta el momento en el que las demandas sociales logren superar las capacidades limitadas de estos niños, pudiendo incluso dichas capacidades haber quedado enmascaradas bajo la forma de algunas estrategias de afrontamiento desarrolladas con posterioridad. Dicha a sintomatología causa deterioro clínicamente significativo tanto en el área social, como la laboral u otras áreas de funcionamiento (A.P.A., 2015).

Un niño llamado “normal” en su primer año de vida monitorea activamente si es que alguien está mirando hacia cierto lado, para rápidamente dirigir su mirada hacia allí y averiguar qué es lo que ese otro mira, en tanto hacia sus catorce meses ya pueden señalar en dirección a sus intereses o dirigir su mirada hacia lo que alguien de su entorno señala, pudiendo dar incluso ciertos objetos a sus cuidadores para mostrárselos y así poder, de algún modo, compartir conjuntamente una experiencia. La mayoría de los niños de esa edad presta atención a las expresiones faciales de los otros tratando de registrar si es que esa persona se encuentra seria o sonriente, nerviosa o relajada. Asimismo, juegan solos o con otros simulando que un abrigo es una frazada y abrigando a un muñeco al que alimentan con comida imaginaria. Estos juegos requieren indefectiblemente que el niño reconozca dos realidades, la correspondiente al mundo

físico y la que se puede eventualmente construir dentro de la mente. Más adelante incluso, estos niños comenzarán a realizar pequeños engaños para hacer creer que no comieron una galletita cuando en verdad sí lo hicieron o para poder burlar al adulto y escapar con algún objeto de su interés. En los casos de niños con autismo, este desarrollo se ha perdido o se encuentra retrasado por meses dependiendo de la severidad del desorden y de otras patologías asociadas como la epilepsia, el retraso mental, y numerosas clases de patologías cerebrales. A medida que estos niños crecen tienden, por ejemplo, a reconocer al hablar solo un nivel de la existencia, el físico, utilizando una cantidad muy limitada de palabras para referirse a las cosas, teniendo una dificultad real para comprender la decepción, pudiendo muy raramente ser capaces de mentir (Baron-Cohen, 1997).

Considerando que el autismo no posee al momento un marcador biológico de tipo diagnóstico, la evaluación es principalmente clínica y en base a las manifestaciones conductuales que el paciente presenta, considerando primordialmente el trastorno en el desarrollo del lenguaje, la afectación crónica de la comunicación verbal, no verbal y social, los intereses restringidos y las conductas repetitivas y estereotipadas. Estos niños permanecen entonces aislados, sin interés, con poca integración al grupo de pares, sin reconocer las reglas del juego o las expresiones faciales de los demás, presentando pocos gestos expresivos y escasa atención compartida. Presentan conductas repetitivas más bien motoras y sensoriales como el aleteo, el balanceo, el salto, la deambulación, oler objetos, chupar objetos, hacer girar objetos, entre otras posibilidades. Suelen manifestar además, en ocasiones, conductas de tipo disruptivo e inapropiado, que frecuentemente son disparadas por cambios ambientales o factores emocionales o físicos, que dificultan su socialización, frente a lo cual resulta fundamental reconocer en el paciente debilidades y fortalezas que permitan el diseño de un plan de tratamiento adecuado a sus necesidades específicas que posibilite una intervención temprana, tanto con él como con su familia, ya que se considera que a más temprana sea la intervención, mayores serán las posibilidades de arribar a un resultado favorable (Cabrera, 2007).

En la actualidad, al hablar de Autismo ya no se hace referencia a una categoría, sino a un continuo, a un amplio espectro, por lo cual se habla de Trastorno del Espectro Autista, debido a su variable nivel de afectación cognitiva (Mulas et al., 2010).

Cuando un niño presenta entonces dificultades en numerosas áreas de maduración se considera que posee un Retraso Global del Desarrollo, pero cuando esas dificultades son más marcadas en cuanto a la interacción social, la comunicación y el lenguaje, presentando además conductas de tipo repetitivo e intereses acotados, dichas dificultades refieren al denominado Trastorno del Espectro Autista. Como se ha mencionado anteriormente, se denomina actualmente espectro ya que abarca un rango de variada intensidad, marcando características muy diferenciadas entre los pacientes. Esta visión de tipo dimensional facilita la comprensión de dichos niños, y da cuenta de que un niño puede diferir del otro en cuanto a su funcionamiento cotidiano aunque posea el mismo nivel cognitivo, simplemente por poseer características diferentes en el área de la interacción social, la comunicación, las conductas repetitivas, su regulación sensorial o su actividad motora (Grañana, 2014).

Las hipótesis propuestas desde la neuropsicología consisten en la existencia de un déficit en las funciones ejecutivas encargadas de controlar el procesamiento automático de las rutinas, la flexibilidad y planificación frente a situaciones nuevas a través del funcionamiento atencional; una débil coherencia central, estilo de procesamiento cognitivo que permite analizar la realidad como un todo; y trastorno en la cognición social, ya que al poseer déficit al momento de reconocer rostros y expresiones faciales, se dificulta también distinguir las emociones que expresan esos rostros, así como para inferir emociones y estados mentales de los demás, lo cual altera el funcionamiento de estos pacientes en el área social, debido a su dificultad para establecer relaciones empáticas (Cabrera, 2007).

3.2. Devenir histórico del concepto de Trastorno del Espectro Autista

Como indica Repeto Gutiérrez (2006) se pueden marcar a grandes rasgos tres momentos importantes en la evolución del concepto del Trastorno del Espectro Autista. Hasta la mitad de los años 60, el Autismo era, en su mayoría, considerado como un tipo de psicosis de la infancia, ya que al momento predominaban las teorías de tipo psicodinámicas, en donde el niño, que era considerado “normal”, rechazaba emocionalmente la interacción con su entorno por considerarlo infértil y distante. De cara a esta concepción, era altamente frecuente que la intervención terapéutica tuviera que ver con el alejamiento del paciente de su grupo familiar y de pertenencia,

apuntando, así, a una eventual resolución de los conflictos emocionales subyacentes. Ya entrados los años 70, y una vez realizados numerosos estudios de campo que facilitaron la demostración de la falta de base de las teorías de tipo psicodinámico (que pretendían, en general, culpabilizar a las familias por la aparición del trastorno), comienza a desarrollarse la idea del Autismo como un déficit en el desarrollo normal del niño, pasando poco a poco las propuestas de intervención a ser más de tipo educacionales que clínicas. Es en ese contexto que se crea el Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH), que promueve fundamentalmente el tratamiento de tipo educativo para esos pacientes, y posibilita en gran manera su incipiente integración. Se da, de este modo, lugar a una nueva forma de definir el Autismo, ahora como un trastorno Trastorno Generalizado del Desarrollo, e incluido en la clasificación del Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) confeccionado por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1980, considerado por la gran mayoría de los profesionales implicados en su tratamiento. Luego, ya hacia el año 1985, deviene un tercer momento llamado cognitivista-interaccionista, el cual se transita en la actualidad. El mismo, al ser considerado un trastorno del desarrollo, direcciona a los investigadores en la materia a estudiar cuáles de los procesos mentales, de desarrollo temprano en la infancia, se ven alterados o directamente no se presentan en el Trastorno del Espectro Autista.

Los sujetos se constituyen en base a sus condiciones genéticas y la interacción con el ambiente al que pertenecen, lo cual resulta en un perfil comportamental, adaptativo, intelectual y comunicativo, siendo el constante interjuego entre biología y contexto, causante de cambios de tipo bidireccional, que posibilitarán que un niño desfavorecido biológicamente pueda mejorar su inserción en el mundo circundante o un niño con buenas condiciones biológicas muestre perfiles de funcionamiento atípico (Maggio, 2014).

3.3. La Teoría de la Mente

El concepto de Teoría de la Mente, que proviene del campo de la etología en base a estudios realizados sobre el comportamiento de los chimpancés, es considerado una teoría dado que los estados mentales a los que refiere no son observables directamente, y dado a que puede

ser utilizada como un sistema de inferencias para lograr construir predicciones en relación a eventuales comportamientos de otras personas o de otros organismos (Cuxart, 2000).

Numerosos estudios realizados en niños pequeños sugirieron la existencia de cierta Teoría de la Mente que en los pacientes con autismo se encontraría ausente, perdida, dañada o con un lento desarrollo. La habilidad para poder percibir los pensamientos de otras personas es lo que posibilita la existencia de una vida en sociedad, ya que habitualmente se realizan inferencias acerca de los estados mentales de aquellos con los que se establecen relaciones, por ende lo que se intenta hacer de algún modo es una especie de *lectura de mente*, y se realiza todo el tiempo sin que la persona tenga que proponérselo, siendo una habilidad innata. Sin esta capacidad de inferir, las personas se encontrarían bajo una especie de ceguera mental, sin tener la posibilidad de reconocer la existencia de la mente de otras personas, sin poder tomar contacto con la existencia de emociones, de recuerdos, de pensamientos e intenciones, en los otros, entre otras tantas cosas. Por tal motivo, no se lograría encontrar sentido al proceder de los otros, a sus conductas, acciones y reacciones, lo cual resultaría en una encrucijada para cualquier ser humano, quien se desarrolla naturalmente siendo miembro activo de una especie social. De modo que, para las personas que padecen autismo, éste desorden que frecuentemente logra interferir con el natural desenvolvimiento social de las mismas, esta especie de ceguera mental que poseerían, dificultaría severamente el funcionamiento de su vida diaria. Aunque al momento la comunidad científica estudia aspectos relacionados con el autismo por diferentes razones, la razón primordial es la de intentar descubrir sus causas y trabajar en la obtención de un tratamiento efectivo para dicho padecimiento. Si bien la investigación se encuentra en estadios iniciales, existen según indican los investigadores, evidencias significativas que indicarían sustancial implicancia de la corteza prefrontal, en dónde se localizan las funciones ejecutivas, habilidades sociales y la planificación, así como el lóbulo temporal, encargado en la percepción de rostros y la detección de la mirada, y la amígdala, involucrada en las emociones. De todos modos, independientemente de en dónde se encuentre alojada o cuáles sean las estructuras cerebrales implicadas dispuestas biológicamente para este mecanismo, el mismo permitiría proveer de sentido a la existencia humana, siendo fruto de miles de años de evolución, por ende se podría suponer como un mecanismo innato en los humanos quienes naturalmente utilizan la lectura de mente desde su primera infancia, sin haber tenido que aprender esta capacidad (Baron-Cohen, 1997).

Dicha teoría es, entonces, la que permitiría al sujeto atribuir estados mentales tanto a sí mismo como a los demás, a la manera de un sistema de inferencias. En el caso del Autismo se proponen tres problemas comportamentales principales tales como la socialización, la comunicación y la imaginación. Los pacientes autistas poseen un déficit al momento de leer la mente de los demás sujetos, lo que impide que se den cuenta de lo que piensan, creen o quieren las personas de su entorno, ya que no pueden atribuir dichos estados mentales mediante la realización de inferencias. Dicha teoría, implica una actitud proposicional, es decir, la posibilidad de utilizar creencias, deseos, intenciones, que permitan dar cuenta del comportamiento de los demás a través del uso de verbos mentalistas tales como los verbos creer, pensar, fingir, esperar, entre otros tantos, permitiendo indicar la postura de esa persona en relación al mundo que lo rodea. Este concepto resulta una cuestión crucial al momento de establecer relaciones sociales, afectivas y de tipo comunicativas (Gómez Echeverry, 2010).

Según indica Cuxart, (2000) un déficit en la Teoría de la Mente, implicaría inevitablemente para la población autista, serias dificultades al momento de la intersubjetividad, es decir al momento de establecer relaciones interpersonales de tipo conscientes, las cuales requerirían por, parte del sujeto, un cierto nivel de análisis mínimo y necesario para poder desenvolverse exitosamente en contextos interpersonales, dificultando en gran medida, sus posibilidades de interacción social, afectando de ese modo su desempeño en la vida social y comunitaria.

Tal como ha señalado Gómez Echeverry (2010), las personas con Trastorno del Espectro Autista, poseen grandes déficits al momento de conectar socialmente y establecer relaciones de tipo interpersonal dada la poca capacidad de la que están dotados al momento de realizar inferencias sobre los estados mentales de las otras personas. A estos pacientes se les imposibilita comprender que los demás sujetos son portadores de estados mentales que difieren de los suyos, todo esto marcado, además, por la ausencia de autoconciencia, la falta de una forma de autopercepción sobre su propia vida mental.

3.4. Comunicación e interacción social en el Espectro Autista

Al inicio de la convivencia familiar con un niño distinto al que le cuesta compartir momentos con los demás, surge la frustración de no poder acceder a su espacio y llegar a entender qué pasa por su mente para así llegar a saber cómo ayudarlo. La preocupación de los padres surge en la consulta médica al pediatra o en los inicios de la vida escolar en los centros de primera infancia, frente a niños que tal vez han llegado cumplir los dos años sin haber pronunciado palabra ni haber desarrollado formas alternativas de comunicación. Tal vez no sostienen la mirada, no gesticulan, no comprenden consignas, y oscilan entre la ausencia del lenguaje a un lenguaje bien desarrollado aunque repetitivo, ecolálico, y muy poco comunicativo (Grañana, 2014).

Un niño con desarrollo típico, exhibirá conductas interactivas unos días después de haber nacido, y serán, esas conductas comunicativas tempranas, las direccionadas a generar la regulación de otras conductas necesarias para reclamar objetos o acciones, llamar la atención y establecer atención conjunta o sobre sí mismo para iniciar una interacción. La fase del lenguaje temprano, ubicado entre los 12-18 meses y los 24-36 meses, es la fase en la que el niño comienza a decir algunas palabras y también a combinarlas entre ellas, en tanto un niño ubicado dentro del espectro autista, exceptuando Asperger, tendrá como característica primordial, la significativa demora al momento de la adquisición de esas primeras palabras posibilitadoras de su comunicación (Maggio, 2014).

Los afectados por este trastorno presentan un nivel intelectual altamente variable, el cual va desde un deterioro muy marcado hasta casos de altísimo rendimiento cognitivo, frente a lo cual la terapia conductual resultará fundamental para aumentar las posibilidades de una comunicación eficaz, logrando así mejorar el comportamiento social e impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista y sus grupos de pertenencia (WHO, 2017).

Según indica Grañana (2014) la ayuda diseñada con fines terapéuticos o de tratamiento destinada a apuntalar a las personas con autismo se denomina *intervención*, y permitirá reducir o en el mejor de los casos curar algunos de los síntomas nucleares, mejorar las habilidades adaptativas necesarias para la vida diaria, trabajar en favor de la reducción de conductas disruptivas, tratar comorbilidades, aumentar el nivel cognitivo para desarrollar habilidades de tipo

académico o laborales, y, fundamentalmente, mejorar la calidad de vida del paciente y sus posibilidades de comunicación con el entorno circundante.

Resulta importante también el trabajo sobre los estados atencionales de los pacientes, particularmente sobre la atención conjunta, referida a la capacidad de un niño de comprometer la atención de otros mediante el contacto visual, o un señalamiento con su dedo como una forma de compartir su experiencia acerca de objetos o situaciones de su mundo circundante. En un niño de desarrollo típico, habitualmente se evidenciará la atención conjunta entre los nueve y los quince meses, y esa conducta será fundacional para otras habilidades a emerger con posterioridad, tales como el lenguaje expresivo y el juego de tipo simbólico. Una intervención intensiva puede jugar un rol muy importante en el desarrollo de comportamientos sociales más complejos y en el desarrollo de las habilidades comunicacionales del niño (Mahoney, 2006).

Según indica Cuxart (2002), también es pertinente la planificación del trabajo en áreas tales como la autonomía personal, promoviendo el desarrollo de habilidades y destrezas que le otorguen independencia para desenvolverse en el entorno social al que pertenece; la coordinación visomotora, favoreciendo el logro de habilidades que impliquen tareas que involucren su visión y su destreza manual; la psicomotricidad, gruesa y fina para que utilice su cuerpo como herramienta lo mejor posible en favor de su bienestar corporal; y el autocontrol, que le permita al paciente aprender conductas adecuadas dejando de lado aquellas que resulten disfuncionales mediante programas de manejo conductual.

En cuanto a las *estrategias de comunicación eficaz*, entendidas como un conjunto de técnicas y estrategias que habilitan la comunicación entre el terapeuta y el paciente, se ponen en juego sus variantes verbales, gestuales y visuales, resultando, estas últimas, la más eficaces. Dichas estrategias toman desde el uso simplificado del lenguaje, hasta la posibilidad de intercambiar imágenes, ya sea impresas, tal como se evidencia en el método Picture Exchange Communication System (PECS), o a través del uso de nuevas tecnologías, y posibilitarán la explicación de reglas escolares, el acceso facilitado a los estados emocionales propios y ajenos, la expresión de decisiones, el mejor entendimiento de los contenidos, la manifestación de sentimientos o situaciones de intercambio social eventualmente incorrectas, tales como conductas sexuales inapropiadas y agresiones, entre otras (Vázquez Ramírez, 2015).

Para la implementación de dichas intervenciones, es debido considerar la plasticidad del cerebro a edades tempranas, ya que es un tiempo clave para incrementar las posibilidades de recuperación, planteando siempre la metodología más eficaz de acuerdo con las fortalezas y dificultades que presente el paciente, teniendo en consideración, muy especialmente, los aspectos socioambientales (Grañana, 2014).

3.5. Rol del Centro Educativo Terapéutico

La educación y el apoyo comunitario resultan altamente importantes para el buen desarrollo de la comunicación y las habilidades sociales, y en especial para los niños con Trastorno del Espectro Autista, frente a lo cual los métodos psicoeducativos se basarán en la comunicación, las estrategias de desarrollo y educativas, y el uso de principios de tipo conductual que permitan un mejor comportamiento y uso del lenguaje, siendo las intervenciones conductuales las más utilizadas orientadas a arribar a resultados significativos (Mulas et al., 2010).

Resulta importante, según indica Grañana (2014), el trabajo con la familia que de por sí se encuentra fuertemente impactada con la complejidad de la situación, ya que se produce un cambio en la forma de vincularse con el niño. Ese niño que antes recibía toda la asistencia necesaria para desenvolverse en su vida diaria, ahora pasa a tener determinadas algunas exigencias frente a ciertas situaciones, siempre con el fin de ordenarlo y brindarle herramientas para su inserción social. Por ello, resulta fundamental el trabajo para contar con el apoyo de la familia y será la contención del coordinador del equipo quien facilite, tanto el proceso de adaptación del niño y sus cuidadores, como el posterior aprendizaje. En muchas situaciones los profesionales ciertamente no cuentan con todas las respuestas pero, sin dudas, el trabajo en red colaborará para arribar a un buen resultado.

Es habitual que los padres de estos niños pasen por una etapa de negación y sentimientos de culpa, antes de llegar a la aceptación. Ese trabajo hacia la aceptación requiere esfuerzo y un importante reajuste hacia el interior de la vida familiar. A los fines de colaborar con dicho reajuste, es importante que el profesional que lleve adelante el tratamiento implique desde el inicio la familia en el trabajo con el paciente, y refuerce en la misma la idea de que las

intervenciones realizadas serán tendientes a favorecer el desarrollo integral de la totalidad de sus miembros. Asimismo resulta pertinente brindar toda la información pertinente y necesaria, en forma clara, acerca de las características de la patología que presentan sus hijos para que, una vez lograda la aceptación, el profesional pueda poco a poco ir brindando más datos e información concerniente a otros aspectos clínicos que podrían eventualmente presentarse a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo del sujeto. Cabe destacar que las dificultades que se puedan presentar en los hogares de los sujetos con autismo, pueden ser debidas, por supuesto, a características propias y particulares de cada una de las familias, que pueden resultar más o menos disfuncionales, pero también dichas dificultades pueden ser producto del desajuste provocado por el impacto que puede suponer la aparición de un miembro que posee una condición diferente a la esperada. El grado de cohesión que el grupo presente, el nivel de aceptación de la patología y aspectos tales como los emocionales, sociales y económicos del mismo, serán importantes al momento de evaluar la dinámica familiar del paciente (Soto Calderón, 2002).

La Evaluación Psicopedagógica realizada al momento del ingreso al Centro Educativo Terapéutico, servirá para profundizar el conocimiento del niño y orientar las acciones a seguir. La misma debe proporcionar información relevante respecto del alumno con Trastorno del Espectro Autista, y su contexto familiar y comunitario. El propósito general es conocer las características del alumno al momento de interactuar con su contexto, y así definir cuáles recursos se utilizarán, y cuáles no serán los adecuados, requiriendo, siempre, información relacionada con el nivel de Espectro Autista que presenta, sus habilidades adaptativas, así como el estado de desarrollo en las áreas afectiva, intelectual, psicomotriz, social y comunicativa, considerando, además, la serie de tratamientos médicos complementarios que pueda estar recibiendo por parte de otros profesionales de la salud (Vázquez Ramírez, 2015).

3.6. Intervenciones y estrategias posibles en favor de mejorar la comunicación

En el caso del autismo, hablar de una intervención implica, inevitablemente, hablar de la individualidad de cada paciente, ya que resultaría muy difícil encontrar más de un alumno que se beneficie de la misma programación puesto que sus capacidades, generalmente, difieren. Factores

como la edad cronológica, la edad mental y el nivel de gravedad resultan indicadores de mayor diversidad aun, por lo cual, al momento del trabajo en el aula, resultará práctico realizar una agenda de actuación para cada alumno. La misma permitirá organizar qué tareas ha de realizar en ese día, tales como el saludo, el desayuno, las actividades de la vida diaria, el trabajo de mesa, la actividad central del día, para así ir resumiendo los objetivos y tareas a encarar con cada paciente a lo largo de la jornada que pasará en la institución educativa (Corujo Soler, 2014).

Al momento de dar comienzo a un tratamiento, probablemente el niño esté desorganizado y no logre responder a las consignas recibidas en la forma adecuada, volviéndose difícil el logro de una situación de aprendizaje de nuevos contenidos, lo cual puede resultar frustrante, incluso para el terapeuta, por lo cual se pensará en una aproximación progresiva considerando tres pasos iniciales tales como la adaptación, los prerrequisitos del aprendizaje y finalmente el aprendizaje formal. En el denominado período de adaptación se requiere conocer al niño para poder lograr un vínculo, para lo cual es necesario conocer sus gustos e intereses generando espacios de disfrute que promuevan la empatía necesaria para facilitar una forma social de conectarse con el terapeuta y el mundo que lo rodea (Grañana, 2014).

La marcada ausencia de interés genuino de las personas con autismo para compartir tiempo y espacios de interacción con otras personas, requiere en ocasiones la utilización de materiales que puedan servir de intermediarios, tales como objetos, juguetes o incluso juegos físicos, que despierten especial atención por parte del paciente. Los mismos funcionarán a modo de facilitador al momento de aceptar, en forma paulatina, la presencia del terapeuta a cargo que resultará de este modo mediada por la inclusión de estímulos que al paciente le resulten agradables. La premisa será lograr un ambiente terapéutico tranquilo y con pocos distractores, en el cual se ofrece disponibilidad y reciprocidad por parte del terapeuta frente a cualquier intento de comunicación por parte del paciente, con el objetivo de promover siempre el intercambio (Cuxart, 2000).

En cuanto al logro de los prerrequisitos para el aprendizaje, se prioriza el uso de estructuras que consoliden la capacidad de aprender y que más adelante permitan trasladar lo aprendido a contextos más naturales, empezando tal vez por una tarea ya conocida por el paciente, que le permita anticipar qué es lo que se espera de él. La secuencia básica del aprendizaje estructurado se denomina aprendizaje discreto, y consiste en dar una indicación, por

ejemplo al momento de apilar bloques, pidiéndole “poné” modelando la conducta si es necesario, colocando el bloque en su mano y acercándolo a la pila para que el paciente comprenda, brindándole esa ayuda hasta que ya no la necesite para completar la secuencia, para posteriormente reforzarlo positivamente. La secuencia se trabaja entonces a través del ensayo discreto y se brinda un refuerzo positivo al momento del logro, apuntando a predisponer al paciente en forma positiva para el cumplimiento de los objetivos subsiguientes. El ensayo discreto prepara al niño para el logro de los prerrequisitos necesarios para el aprendizaje, tales como la comprensión de consignas simples y su ejecución, el mantenimiento de la atención y el control de las conductas que puedan resultar inapropiadas para el logro del aprendizaje. Si bien puede llevar meses el cumplimiento de estos prerrequisitos, sin ellos, la adquisición de nuevos contenidos no será consistente y no podrán generalizarse a nuevos contextos ni mantenerse con el paso del tiempo (Grañana, 2014).

La implementación de un plan de trabajo bien secuenciado y altamente estructurado con objetivos marcados para cada paciente y su desarrollo evolutivo en particular, es decir con las necesidades propias del paciente como guía, dando cuenta de a qué áreas del desarrollo se procederá a dar prioridad al momento del aprendizaje, resultará facilitador del trabajo educativo. Por tal motivo, es importante tener en claro qué objetivos se trabajarán con cada grupo de actividades orientadas a la concreción de los mismos, diferenciando incluso cuales pueden realizarse en forma independiente y cuales en grupo, priorizando la socialización como área troncal para el desarrollo del paciente en la vida en comunitaria (Corujo Soler, 2014).

Las dificultades de expresión y comprensión que los pacientes presenten se trabajan, entonces, en los prerrequisitos del aprendizaje, con el objetivo de lograr que el niño comprenda una relación causa efecto, ya que para recibir algo deberá comunicarse. Tanto en pacientes no verbales con conductas inapropiadas, utilizadas frecuentemente para comunicar, como en pacientes que tienen lenguaje, pero que de todos modos no comunican, resulta pertinente partir del nivel del niño, ya sea este pre verbal, verbal o pragmático conversacional. Si el niño no habla, se trabaja sobre la comprensión, la imitación y la atención conjunta aplicando estrategias de trabajo que incluyan gestos y pictogramas (Grañana, 2014).

La evidencia luego de numerosos estudios sugiere elementos comunes que harán a la eficacia de un buen programa de intervención, tales como la entrada precoz en dicho programa,

incluso sin poseer un diagnóstico definitivo; una intervención de tipo intensivo considerando el mayor número de horas que el niño pueda tolerar y con la mayor parte de momentos de terapia uno a uno para poder conseguir objetivos individualizados; la participación activa de la familia en el tratamiento; oportunidad de momentos de interacción con otros niños de desarrollo típico; medición frecuente de progresos con objetivos cortos; alto grado de estructuración que habilite una rutina predecible delimitada visual y físicamente para evitar distracciones; estrategias para generalizar lo aprendido; uso de programas que promuevan la comunicación, de ser posible espontánea; las habilidades sociales y cognitivas; la merma en las conductas disruptivas y el eventual desarrollo de las funciones ejecutivas (Mulas et al., 2010).

Una vez cumplimentados los prerequisites, se podrá dar paso al aprendizaje formal del programa educativo individual, particionado en objetivos a corto, mediano y largo plazo, fraccionados en pequeños pasos, siempre intercalando con flexibilidad situaciones de juego, sacando el máximo provecho de cada situación que habilite un aprendizaje en forma natural. Resultará vital captar la atención del niño quitando eventuales distractores, considerando su span atencional y brindando estructura personal que permita consistencia en el pensamiento y control de la mirada, mediante la generación de situaciones que, a través del refuerzo positivo, promuevan el aumento del contacto visual (Grañana, 2014).

Como refiere Mulas et al. (2010) las intervenciones psicoeducativas se dividen principalmente en cinco segmentos: las intervenciones conductuales (que se basan en enseñar habilidades y comportamientos mediante el uso de técnicas especiales), las intervenciones evolutivas (que ayudan al desarrollo de relaciones con otros, mediante el uso de técnicas sociales y de comunicación, y habilidades de la vida diaria funcionales siempre dentro de un ambiente controlado y bien delimitado), las intervenciones basadas en terapias (centradas primordialmente en trabajar dificultades específicas, desarrollando habilidades sociales y comunicativas a través del tratamiento de alguna patología del lenguaje o la terapia ocupacional), las intervenciones basadas en la familia (incluyendo a la familia como parte importante del tratamiento, aportándole soporte y entrenamiento en favor de la evolución del paciente), y las intervenciones combinadas (alternando elementos de métodos conductuales y evolutivos, como el Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, conocido como TEACCH, desarrollado en el próximo apartado).

El alumnado con Trastorno del Espectro Autista manifiesta alteraciones profundas en el área de la comunicación, tanto verbal como no verbal, con ausencia de intención comunicativa o alteraciones de diferente grado al momento del uso del lenguaje. Dentro de la comunicación no verbal, hay que distinguir entre actos instrumentales, gestos naturales y sistemas alternativos de comunicación (SAC). Los actos instrumentales son los medios que se necesitan para alcanzar un objetivo, la secuencia de pasos que se utilizan para obtener o alcanzar el mismo. Son los primeros actos de su comunicación y base de los primeros gestos naturales como los gestos de petición (señalar, extender la mano en actitud de dame y tocar al adulto para requerir su atención) y de rechazo (entregar un objeto para indicar que algo se ha acabado) y gesto natural del no. Las personas con Trastorno del Espectro Autista tienen dificultades para manejar la información invisible, temporal y abstracta (las tres características básicas del lenguaje), motivo por el cual los sistemas alternativos de comunicación son visibles y concretos, para que tanto las personas con lenguaje como aquellas que no lo manejan, puedan utilizar este instrumento fundamental a la hora de comunicar siempre adaptando el sistema a las necesidades del alumno, priorizando la comunicación espontánea y acompañando la imagen con el lenguaje oral para que el alumno vaya ligando estas emisiones a sus significantes (Molina Montes, 2006).

En el abordaje de un niño con Trastorno del Espectro Autista resulta igual de importante la selección de un método adecuado de intervención, como el trabajo con la familia y el entorno, para apuntar a la optimización de los recursos disponibles en favor del desarrollo de las habilidades del paciente. Resulta asimismo de vital importancia realizar una atención temprana, es decir aplicar un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil entre cero a seis años, con el objeto de responder a las necesidades del niño y su entorno, siempre dirigidos a potenciar las capacidades de ese paciente fomentando progresivamente una mayor independencia (Mulas et al., 2010).

Al momento de organizar las tareas se utilizan las agendas, que son sistemas visuales destinados a organizar y clarificar el mundo de las personas con autismo, explicándoles qué van a hacer, dónde y cuándo, indicando también cómo moverse por los espacios, en lo posible de manera independiente. Las mismas son necesarias porque los alumnos con trastorno del espectro autista presentan problemas al momento de la secuenciación temporal, la recepción de órdenes verbales orales y problemas de atención. Además la agenda facilita la comunicación, la

independencia y las transiciones, ya que anticipa lo que va a suceder. Debe ser claramente visual y adaptada a la capacidad de cada paciente, pudiendo ser fotos u objetos de transición solos o en secuencia de imágenes (Madero Cañete, 2006).

3.7. Sistema TEACCH

El modelo Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) diseñado por Eric Schopler en 1972, para el tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación, está pensado a partir de la forma que tienen las personas con autismo de pensar, conocer y experimentar el mundo que los rodea, para así, partiendo de las diferencias cognitivas que poseen, poder comprender los síntomas y los problemas conductuales que presentan. Se basa en cinco componentes esenciales tales como el aprendizaje estructurado; el uso de estrategias visuales; el aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes signos o palabras; el aprendizaje de habilidades preacadémicas tales como colores o números y el trabajo de los padres desde la casa utilizando estos mismos materiales y técnicas aplicadas en la institución, cumpliendo el rol de coterapeutas. A tal fin resulta primordial identificar las habilidades particulares de cada sujeto, sus particulares intereses, enfatizando el aprendizaje en diferentes ambientes y con la participación de diferentes profesores, con el objetivo de mejorar la comunicación, la cognición, la imitación, la percepción, y las habilidades de tipo motoras (Mulas et al., 2010).

Se utilizan cronogramas con el objetivo de lograr la organización espacio temporal, anticipar la actividad y la duración de la misma, motivar al paciente intercalando actividades más placenteras con otras que no son tan entretenidas y promover una actitud lo más autónoma posible. En un primer momento se puede iniciar el cronograma de trabajo con cajas que contengan los materiales didácticos, apilando las cajas en el piso del lado izquierdo, y será el terapeuta quien indique “vamos a trabajar” sacando el material de la caja y volviéndolo a guardar una vez finalizada la actividad mediante un “terminé”. Una vez incorporado el cronograma de cajas, se podrá pasar a trabajar con tiras de cartón sobre las cuales se ubican pictogramas o pequeños objetos tridimensionales, que progresivamente pasaran a ser bidimensionales o eventualmente palabra escrita hasta llegar, de ser posible, a palabra pronunciada y el uso de

agendas escritas por el niño. Es importante remarcar que se deben anticipar todas las actividades y que todas ellas deben cerrarse con un “terminé” lo cual permitirá retirar el pictograma de la actividad concluida, colocando ese pictograma en un sobre para, acto seguido, preguntarle al paciente cual es la actividad siguiente, la cual estará también previamente estipulada en el cronograma (Grañana, 2014).

Al momento, el método TEACCH es el programa de educación especial más usado mundialmente en favor de la mejora de las habilidades sociales y comunicativas de los pacientes con autismo, y la reducción significativa de las conductas de tipo disruptivo, siempre orientado al logro de una mejor calidad de vida e inserción social que colabore, incluso, con la reducción del stress familiar. Si bien existe unanimidad en la idea de que se debe iniciar la terapia en forma temprana para la obtención de mejores resultados en el tratamiento, hay diferencias en cuánto a cual resultaría el método más conveniente a ser utilizado. Considerando que el diagnóstico del autismo resulta complejo y posee síntomas muy variados, las intervenciones que se requieren para esa población, resultan también complejas y variadas. Además, por otro lado son aplicadas por diferentes profesionales en diferentes ambientes terapéuticos, en base a lo cual se dificulta la interpretación y generalización de los resultados sobre la eficacia de los diferente métodos, ya que se maneja tal multiplicidad de variables que resultarían difíciles de controlar (Mulas et al., 2010).

3.8. Sistema PECS

El sistema Picture Exchange Communication System, creado por Bondy y Frost en 1985, al que se denomina PECS, es un modo alternativo de comunicación, es decir un sistema visual que posee gestos y pictogramas que buscan dar aumento a las posibilidades de comunicación de las consignas verbales y visuales potenciando las oportunidades de uso de la palabra mediante la memoria visual. Inicialmente se utiliza una tarjeta para pedir comidas, juguetes o salidas, y posteriormente, si el paciente lo permite mediante su evolución, se podrán armar frases de dos o tres palabras e incluso organizar cuadernos de trabajo con dos o tres categorías referenciadas por colores para por ejemplo juguetes, comidas y acciones. Esta metodología permite no solo la comunicación, sino que reduce la frustración al hacerle entender al paciente que se ha podido

hacer comprender y que, eventualmente, se le ha negado algo que solicitó, pero no por no haber sido entendido, sino porque se le brindará ese objeto que demanda en otro momento, en forma diferida (Grañana, 2014).

El sistema PECS se focaliza entonces en la mejora de la comunicación espontánea, aumentativa y no necesita de material complejo o mucha capacitación técnica para el terapeuta. A los niños que lo utilizan se les enseña a través de la entrega de la figura del objeto o situación deseados, a iniciar un acto comunicativo para llegar a un resultado concreto en un contexto de intercambio social, enfocándose inicialmente en el pedir. Para enseñar con este modo alternativo de comunicación se utilizan estrategias correspondientes a técnicas conductuales tales como el encadenamiento hacia atrás y el modelado y se trabaja por fases. La primera fase corresponde al intercambio físico con el objetivo de que al ver un estímulo preferido y previamente reconocido por el entrenador, el niño recogerá la figura correspondiente al objeto que desea y se la entregará en mano. Para esto se contará con dos terapeutas, uno enfrente y otro detrás del niño, siendo quien está detrás el encargado de guiar físicamente al paciente a tomar la figura y entregarla, a lo cual deberán responderle como si el niño hubiera hablado, reforzando verbalmente cada intercambio exitoso. La segunda fase tiene que ver con el aumento de la espontaneidad, y aquí el niño va a su tablero de comunicación despegando la figura que puede estar sujeta con velcro y la entrega a su entrenador, una vez lograda esta actividad el terapeuta puede alejarse un poco más del niño para instigar a que éste se tenga que acercar hacia donde está él, y una vez que ha sido entregada reforzar la conducta mediante el acceso al ítem solicitado. Con posterioridad a esto se puede incluso alejar la figura del niño para que además deba planificar el acceso a la figura que debe ser entregada al entrenador para completar el intercambio. La tercera fase tiene que ver con la discriminación de la figura, y se le brindará al niño la figura relevante para él y otra inapropiada para el contexto o no relevante, incorporando figuras hasta que el paciente aprenda a pedir entre varias opciones. Si el niño confundiera la figura y toma alguna de las figuras no relevantes, se debe evitar un “no” como respuesta, ya que resulta de más utilidad dar al niño el nombre del ítem relevante. La cuarta fase corresponde a la estructura de la frase, y aquí se introduce una imagen que corresponde a “yo quiero” y el niño deberá anteponer esto a la figura que desea solicitar ubicando en un portafrase la secuencia adecuada para lo cual se aconseja el uso de encadenamiento hacia atrás. Ya en la quinta fase, el niño puede responder espontáneamente a la pregunta “qué querés” pidiendo una variedad de ítems, en tanto en la fase

número seis el niño deberá responder a diferentes preguntas tales como “qué ves”, “qué tenés”, siendo reforzado siempre en sus intentos comunicativos, en forma tangible para responder a aquello que corresponda a un pedido y reforzado en un modo más bien social al momento de hacer comentarios (Maggio, 2014).

Es importante remarcar que las modalidades de ayuda por parte del terapeuta son necesarias para la correcta evolución del tratamiento, las mismas deberán ir retirándose paulatinamente hasta llegar a su desaparición a medida que los logros y avances del paciente se vayan consolidando (Frost & Bondy, 2001).

En síntesis, el presente trabajo tiene como objetivo dar cuenta de los aspectos más salientes relativos a las estrategias de intervención utilizadas por el Centro Educativo Terapéutico en favor de mejorar la comunicación e interacción social de un paciente de 16 años de edad diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, considerando tanto los aspectos clínicos del paciente, como los sistemas de comunicación seleccionados para él y las correspondientes adaptaciones de los mismos que pudieran sucederse al momento de implementar el tratamiento.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo

4.2. Participantes

Para el desarrollo del presente Plan de Trabajo se analizó el caso de un joven de 16 años de edad, diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, quien es hijo único, y cuyo grupo familiar está compuesto por padre y madre con quienes convive. Asiste actualmente a un Centro Educativo Terapéutico con funcionamiento en la zona oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se contó también con la participación de la Psicóloga a cargo de la sala a la que asiste el paciente en la institución de orientación cognitivo conductual, quien se desempeña como

terapeuta en dicho centro desde hace 12 meses. Asimismo, participó también la Psicóloga coordinadora del equipo de trabajo quien lleva 6 años trabajando en la institución.

4.3. Instrumentos

Se realizó una entrevista semiestructurada a la terapeuta encargada de la sala y a la terapeuta encargada de la coordinación de la institución. Los ejes de dicha entrevista, luego de obtener algunos datos sociodemográficos básicos del entrevistado, giraron en torno a la descripción de la sintomatología del paciente y el nivel de comunicación presentado al momento de su ingreso a la institución, la planificación de estrategias de intervención específicas para ampliar la comunicación del paciente y el nivel de comunicación alcanzado luego de 7 años de intervención.

Se realizaron observaciones participantes en la sala a la que el paciente asiste en el centro educativo y se contó con la información perteneciente a la historia clínica en donde se encuentra detallada la información concerniente a la evolución en la comunicación del paciente dentro de la institución.

Se observaron en pleno funcionamiento cinco de las seis salas de la institución, en donde se pudo apreciar la dinámica propia de cada una de ellas, las estrategias utilizadas por cada una de las terapeutas frente a las particularidades de cada caso, así como tomar contacto con las características personales de cada uno de los pacientes, tanto al momento del trabajo individual como al realizar algunas de las tareas propuestas para el grupo.

4.4. Procedimiento

Se realizaron durante el mes de junio dos entrevistas semiestructuradas de 45 minutos cada una, tanto a la terapeuta encargada de la coordinación de la institución, como a la terapeuta encargada del trabajo diario en el aula con el paciente. Se realizó también observación de tipo participante en sala de lunes a jueves durante tres horas en turno mañana durante los meses de abril, mayo y junio de 2018.

5. Desarrollo

5.1. Presentación de la institución y del paciente

La institución es un Centro Educativo Terapéutico ubicado en la zona Oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Funciona tanto en turno mañana como en turno tarde o, en algunos casos de requerimientos específicos, en modalidad de doble turno, ya que no todos los niños pueden afrontar exitosamente un régimen de jornada extendida.

Al mencionado centro asisten, actualmente, niños diagnosticados principalmente con Trastorno del Espectro Autista, de un rango de edad que va entre los 10 a los 18 años. Los mismos trabajan en salas de 3 alumnos cada una, bajo la dirección de un terapeuta Licenciado en Psicología o estudiante avanzado de dicha carrera universitaria, bajo la supervisión de una coordinadora general y la dirección de dos psicólogos.

En cuanto a los grupos de cada sala, funcionan seis espacios, los cuales se dividen y organizan intentando equilibrar las capacidades cognitivas de cada niño, con la eventual compatibilidad de intereses o afinidades entre ellos, las características conductuales propias de cada uno, así como las habilidades interpersonales de los terapeutas a cargo.

Las salas de trabajo cumplen determinadas premisas que se respetan en general en todas las áreas de la institución. Son relativamente pequeñas ya que solo se admiten tres alumnos y una terapeuta. El piso es gris claro, las paredes están pintadas en tonos pasteles, y están equipadas con una mesa de trabajo común, cuatro sillas y dos mesas pequeñas para trabajo individual, y esos muebles se cambian en ocasiones de posición según lo requiera la tarea. Hacia uno de los laterales, se ubica un largo estante en donde los terapeutas ubican en cajas organizadoras debidamente forradas del color correspondiente a cada sala, el material didáctico y todo lo necesario para el correcto funcionamiento de la misma. La premisa fundamental al momento de la organización del espacio, es la de ofrecer un ambiente de trabajo tranquilo, sin exceso de estímulos ambientales que puedan funcionar como distractores o puedan desregular a los pacientes. Se cuidan especialmente estímulos tales como ruidos, olores y texturas según el requerimiento específico de cada paciente.

Se trabaja en forma multidisciplinaria junto a una Asistente Social, que se ocupa de la elaboración de informes socio-ambientales, y situacionales, requeridos por el paciente, en general en relación al cumplimiento efectivo de sus derechos y la obtención de beneficios frente a las Obras Sociales para las que el Centro Educativo Terapéutico funciona como prestador.

También se cuenta con un Terapeuta Ocupacional que trabaja en la institución tres veces por semana en segmentos de una hora por grupo, al momento, principalmente lo relacionado con la implementación y ejecución de las actividades de la vida diaria, coordinando también algunas salidas semanales muy breves por la zona con algunos pacientes que puedan llegar a tolerar el paseo sin desregularse ni mostrar conductas de tipo disruptivo, siempre priorizando la seguridad del cuidador y del alumno.

En cuanto a la actividad física, la institución cuenta con un amplio patio con jardín al que los pacientes pueden salir a recrearse en compañía de sus terapeutas, en horarios previamente estipulados para cada grupo, y un salón exclusivo para Educación Física, con un profesor especializado que trabaja su motricidad regulando el grado de dificultad de cada ejercicio según el nivel alcanzado por cada alumno, todos los días en bloques de cuarenta y cinco minutos.

El paciente, al que se llamará Miguel, que tiene al momento de la realización de este trabajo la edad de 16 años, ingresó a la institución en el año 2012 diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista. Miguel, es hijo único de un matrimonio de clase media oriundo de la provincia de Mendoza, Clara y Daniel, de 56 y 60 años respectivamente, y asistió antes a un centro educativo terapéutico de dicha capital provincial entre sus cinco y nueve años de edad.

Sus padres solicitan una entrevista en el Centro Educativo Terapéutico hacia fines del año 2011, cuando por razones laborales, debieron cambiar su lugar de residencia y mudarse a Capital Federal, ya que Daniel montó junto con su socio una empresa de Catering. Clara es ama de casa y dedica gran parte de su tiempo a la atención de Miguel, aunque también colabora en el área de compras y pago a proveedores de la empresa familiar.

Su residencia familiar actual es en la zona Norte de la provincia de Buenos Aires, en una casa amplia con jardín contigua al local de producción montado para la empresa de catering que dirige Daniel. También es importante destacar que en la actualidad Miguel colabora en algunas

tareas sencillas en dicha empresa, tales como revolver alguna preparación, amasar o lavar algunas verduras.

5.2. Describir la sintomatología del paciente y su nivel de comunicación al momento de ingreso a la institución

Según se ha podido conocer mediante una entrevista realizada a la coordinadora del Centro Educativo Terapéutico, al momento de llevarse a cabo la entrevista de admisión con los padres de Miguel, y luego de ser consultados en relación al momento de tomar conocimiento del diagnóstico de su hijo, los mismos reconocieron que en un principio no quisieron atender al problema al que se enfrentaban, pero que, finalmente, cuando su hijo tenía 4 años, acudieron a consulta con una psicóloga, como respuesta a los pedidos reiterados e insistentes por parte de la Directora del Centro de Primera Infancia al que en ese momento asistía su niño, ya que el mismo presentaba una notable retraso en el desarrollo del lenguaje, intereses muy restringidos, juego solitario y conductas repetitivas, todas ellas características especificadas por la Sociedad Americana de Psiquiatría (2015), como indicadores del Trastorno del Espectro Autista, ya que como se ha detallado anteriormente en el presente trabajo, el mismo está caracterizado por una comunicación e interacción social deficitarias en diversos contextos. Miguel mostraba pocos puntos de interés y muy restringidos, y no lo estimulaban aspectos ambientales que pudieran resultar salientes para otros niños de su mismo grupo etario. Esto ha quedado evidenciado en la mencionada primera entrevista, en donde Clara y Daniel recuerdan que, independientemente de lo estimulante que resultara una situación de juego para otros niños de su misma edad, Miguel, ya en sus primeros años, no mostraba interés alguno por integrarse a su grupo de pares, y se mantenía reticente a interactuar con los mismos. Sus padres recuerdan que de niño solía enojarse mucho con la maestra de sala del Centro de Primera Infancia al que asistía, sobre todo al momento de ser obligado a dejar de lado su juego solitario y repetitivo para tener que pasar a la siguiente actividad programada en la currícula, manifestando su enojo con llanto y golpes hacia sí mismo y hacia los otros.

Como señala Baron-Cohen (1997), y según lo relatado por sus padres, la patología de Miguel comenzó a manifestarse en su temprana infancia, denotando su marcada dificultad por

comunicar sus intereses y establecer conexiones con su entorno, mostrándose molesto frente a cambios ambientales que lo desafiaron a dejar sus conductas estereotipadas, en general referidas éstas a sus rituales de juego y sus rutinas. Miguel evidenciaba siempre ausencia de interés por relacionarse con otras personas de su entorno, lo cual difería en gran medida de lo que resultaría esperable para un niño de su edad, tal como lo manifestaran los padres del paciente.

Según se ha podido observar en lo detallado en la Historia Clínica, Miguel presentaba al momento de su ingreso, ausencia total de lenguaje verbal y solo realizaba un gesto a sus padres o cuidadores para pedir algunos objetos de su interés, principalmente a través de una mirada fija que utilizaba para observar fuertemente el objeto y mirar seguidamente a su cuidador, como intentando hacer con su mirada un señalamiento, en general frente a su deseo de comer o de beber. Tal como refiere Cabrera (2007), el paciente manifiesta alteraciones conductuales que posibilitan su observación clínica, tales como trastorno en el desarrollo del lenguaje, la afectación de la comunicación tanto verbal como no verbal, intereses restringidos y conductas estereotipadas. Miguel, además controlaba esfínteres con normalidad, dirigiéndose de forma autónoma a los sanitarios sin mediar aviso, y no consumía medicación al momento de su ingreso al Centro Educativo Terapéutico.

Como aspectos destacados, pertinentes a este trabajo, y detallados en la Historia Clínica en relación a sus intereses, que además resultarían con posterioridad relevantes al momento de propiciar una interacción con su futura terapeuta, se refiere que Miguel mostraba predilección por tomar jugo y comer galletitas dulces. Asimismo le gustaba jugar con pelotas y elementos que lo estimulen al tacto, objetos con texturas que llamen su atención, y con los cuales podía pasar horas simplemente tocándolos. De hecho se especifica que el paciente se presenta en la institución con una pelota tejida por su madre de la cual no se despegaba y tocaba todo el tiempo. Entre sus preferencias se destacaba también, y de acuerdo a lo volcado en dicho documento, el juego con libros de ilustraciones llamativas, ya que solía procesar la información gracias a claves visuales, considerando que en la anterior institución a la que el paciente asistía, según se pudo conocer, trabajaban con el intercambio de pictogramas del sistema PECS, utilizado en el caso de Miguel y tal como lo señala Grañana (2014) como modo alternativo de comunicación, con la finalidad de acrecentar sus posibilidades de interacción con el medio buscando seguramente estimular en él el uso de la palabra mediante la ayuda de claves visuales provistas en las tarjetas de intercambio,

reduciendo su frustración y acotando las conductas disruptivas de Miguel al saberse comprendido luego de haber logrado señalar de algún modo a su cuidador aquello que deseaba obtener.

Según relata su madre en la entrevista de admisión, cuando Miguel no podía anticipar debidamente la situación que estaba por ocurrir, se desorganizaba y reaccionaba desregulándose golpeando a otros o a sí mismo y escapando del área en la que se encontrara, volviéndose a compensar, en general, al recibir cosquillas o masajes fuertes en su espalda u hombros, previo contacto visual propiciado por su cuidador. Tal como lo señala Cabrera (2007), el paciente presentaba, frente a cambios ambientales, factores emocionales o de tipo físico que pudieran desorganizarlo, patrones de conducta de carácter disruptivo, es decir comportamientos poco apropiados que dificultaban altamente su desenvolvimiento social e interferían con la dinámica familiar.

Se evidenciaban también en Miguel, según lo manifestado por la psicóloga de la institución y tal como indica Cuxart (2000), dificultades al momento de la interacción social y la intersubjetividad, es decir dificultades al momento de tener que realizar inferencias en relación a los estados mentales propios y de los otros, las cuales estrían posibilitadas por la existencia de la llamada Teoría de la Mente, que en la población autista resultaría deficitaria o inexistente.

En entrevista con la Psicóloga coordinadora de las salas de la institución, la misma indicó que, al momento de su ingreso, optaron por la posibilidad de que Miguel fuera acompañado por su madre a la sala los primeros dos días para comenzar el trabajo en presencia de la misma, llevando su pelota tejida siempre con él, con el fin de que tanto su madre como su juguete preferido, operaran a modo de facilitadores. Como señala Cuxart (2000) al carecer de un interés genuino por el establecimiento de conexiones con otras personas, es necesario para Miguel la presencia de elementos que hagan las veces de intermediarios. En este caso, podemos destacar para tal fin, la utilización de su pelota, la cual fue rápidamente incorporada por la terapeuta como facilitadora, aprovechándola como oportunidad para iniciar un juego sencillo y distendido que permitiera despertar la atención de Miguel en la tarea propuesta, e iniciar de algún modo el vínculo entre ellos, siempre propiciando un encuentro distendido y sin demasiados estímulos que pudieran operar como distractores.

Según lo manifestado por la psicóloga de la institución, el niño mostraba, tal como refiere Baron-Cohen (1997) una marcada dificultad al momento de comunicar sus intereses, dificultándose su iniciativa, simplemente observando fijo un objeto de su interés pero sin pedirlo, no conectando socialmente para poder obtenerlo salvo en caso de mediar su madre, ya que mostraba muy poco interés por acercarse a la terapeuta encargada de la sala.

La primer semana en la institución según refiere la coordinadora, Miguel la cumplió en turno mañana en modalidad de adaptación, en un horario reducido a 1 hora por día pasando, paulatinamente, y siempre considerando su desempeño y desenvolvimiento diarios, a cumplir el turno completo, permaneciendo un total de 3 horas por día una vez finalizado el primer mes. Si bien las rutinas dentro del centro estaban debidamente establecidas y los horarios y actividades estaban estructurados, siempre estuvo presente la posibilidad de flexibilizar y ofrecer opciones al momento de atender las particularidades de cada paciente lo cual resulta fundamental para el diseño de un buen tratamiento. Tal como indica Grañana (2014), se ha pensado para Miguel una aproximación de tipo progresiva en la que se ha considerado el primero de los tres pasos fundamentales para el posterior logro de una situación de aprendizaje de nuevos contenidos, iniciando así el proceso de adaptación paulatino.

Resultó fundamental para dar inicio al tratamiento, de acuerdo a lo indicado por su terapeuta en una de las entrevistas realizadas, conocer a Miguel, lograr un vínculo con él, descubrir poco a poco sus gustos y sus intereses, para así promover la empatía necesaria que propiciara una conexión incipiente con su nueva psicóloga encargada de sala y con los otros dos integrantes de la misma, quienes si bien poseían el mismo diagnóstico, contaban con características comportamentales y cognitivas diferentes. Como refiere Mulas et al. (2010), hablar de autismo en la actualidad refiere a un continuo, puesto que la afectación cognitiva de los pacientes integrantes de la sala de Miguel es variable, y no todos los pacientes poseen los mismos intereses, las mismas características comportamentales, así como tampoco presentan las mismas conductas disruptivas frente a los mismos estímulos.

5.3. Describir las intervenciones y estrategias utilizadas orientadas a ampliar el nivel de comunicación del paciente

A lo largo de los siete años que Miguel lleva en el Centro Educativo Terapéutico, según lo evidenciado por la Historia Clínica y hasta el momento en el que se realiza el presente trabajo, se han podido ir sucediendo las intervenciones necesarias para acompañar el desarrollo de Miguel con la finalidad de ampliar su nivel de comunicación. Tal como refiere Grañana (2014), la ayuda diseñada con fines terapéuticos destinada a apuntalar al paciente, permitirá mejorar sus habilidades adaptativas requeridas para el desenvolvimiento de su vida diaria, así como también la merma en las conductas disruptivas, el aumento del nivel cognitivo, impactando positivamente en la calidad de vida de Miguel y sus oportunidades de comunicación con su entorno circundante.

Según indica uno de sus directores, la institución trabaja con una adaptación del programa TEACCH, ya que la misma requiere trabajo uno a uno, y en este caso se dispone de una terapeuta cada tres pacientes, con la finalidad de, partiendo siempre de las diferencias cognitivas que estos pacientes poseen, lograr favorecer las habilidades sociales, comunicacionales y disminuir la aparición de eventuales conductas disruptivas. Como aspectos salientes tratamiento, se puede señalar que una vez finalizado el primer mes de Miguel en el centro educativo, y ya realizada la adaptación, se empezó a trabajar en el logro de los denominados prerrequisitos del aprendizaje, comenzando a utilizar el sistema PECS, desde su fase dos, para así poder evaluar qué tan familiarizado estaba el paciente con dicho sistema de comunicación alternativo, el cual, de todos modos, ya era utilizado por él en la anterior institución.

Como indica Maggio (2014), y según relata la terapeuta, se comenzó a trabajar desde la segunda fase del programa correspondiente a un intercambio físico con Miguel, propiciando su espontaneidad e iniciativa, simplemente recibiendo en mano la figura del objeto requerido por él, reforzando en forma verbal el intercambio exitoso diciendo, por ejemplo “ah, querés galletita”. Una vez lograda esta actividad, y, según indica la Psicóloga de la institución en entrevista, la terapeuta se comenzó a alejar de Miguel, poniéndose incluso de espaldas en ocasiones, para fomentar que éste se tuviera que acercarse hacia donde ella estaba para poder pedirle lo que necesitaba y, una vez afianzado esto, se procedió a complejizar la situación un poco más al alejar la figura del alcance de Miguel para fomentar que él pueda, previo a su pedido, planificar cuáles serían los pasos a seguir para finalmente hacerse de la figura necesaria.

En ocasiones, según se ha podido observar al momento de realizar la práctica, la terapeuta oculta a Miguel alguna figura o algún refuerzo anticipando su acción diciendo “vamos a esconder

la galletita de Miguel” y dejándole ver el lugar del escondite, con el objetivo de estimularlo a levantarse y buscar aquello que desea utilizando la planificación y trabajando, además, el mantenimiento de su atención.

En relación al trabajo sobre su capacidad atencional, coincidentemente con lo expresado por Mahoney (2006), resulta de suma importancia el trabajo sobre dicha capacidad, especialmente sobre la atención compartida o conjunta, ya que es fundacional en el desarrollo de comportamientos sociales más complejos, en favor del desarrollo de las habilidades comunicacionales de Miguel, que si bien no realizaba señalamientos con su dedo, realiza habitualmente señalamientos a través del contacto visual establecido con su terapeuta.

También se utilizó un porta frase a modo de agenda, como sistema visual que servía para organizar y anticipar los bloques de trabajo, informando a Miguel de qué iba a hacer, dónde lo iba a hacer y cuándo. Tal como lo indica Madero Cañete (2006), como los pacientes con autismo presentan dificultades al momento de establecer una secuencia temporal, poseen déficit atencionales y no logran procesar bien las órdenes verbales, la agenda ofrece al paciente una anticipación de lo que va a suceder. De este modo, Miguel organiza cada mañana junto con su terapeuta la agenda del día en dónde se indica el momento del desayuno, el momento de trabajo, el momento de juego, las actividades de la vida diaria y el bloque de educación física, a través de las correspondientes claves visuales que en este caso son fotos, pero podrían ser también objetos tridimensionales en caso de que el paciente no tuviera la capacidad aun de procesar bidimensionalmente.

A medida que las fases se van logrando, la terapeuta de Miguel avanza a la siguiente, en algunos casos se demora meses en una fase y en otras años. La tercer fase utilizada en el caso de Miguel tiene que ver con incluir una figura no relevante apuntando a que él pueda aprender a distinguir una opción de la otra evitando decirle que no en caso de no acertar, verbalizando la palabra correcta a modo de refuerzo verbal.

Según refiere la psicóloga de la institución, Miguel, que carecía de la iniciativa necesaria para pedir, y en ocasiones, al cabo de unos minutos de ver que sus compañeros ya estaban comiendo galletitas, tomaba en sus manos el pictograma de la galletita para indicar que lo quería. No obstante esto, la mayor parte de las veces, era en general la terapeuta quien debía, pasados

unos minutos de iniciado el desayuno intervenir preguntando “¿qué querés, Miguel?” y era ahí cuando el paciente le entregaba la figura, en forma acertada algunas veces o en forma desacertada en otras, optando por alguna figura de las no relevantes. De todos modos, el paciente recibía, siempre, por parte de su cuidadora, un refuerzo positivo destinado a propiciar la comunicación, ya que ningún acto comunicativo debía ser desalentado puesto que, como indica Molina Montes (2006), es importante dar lugar a la comunicación y especial prioridad a la de tipo espontáneo, siendo el terapeuta el encargado de acompañar la imagen correspondiente con lenguaje oral que permitiera al paciente ir ligando las emisiones sonoras con los significantes correspondientes. De este modo se comenzó a dar herramientas facilitadoras de la comunicación desde el momento del ingreso a la institución, aprovechando el desayuno en la mesa de uso común junto a sus compañeros de sala.

Una vez finalizado el momento del desayuno se trabajaba en el espacio de educación física, hacia donde Miguel se dirigía, acompañado por su agenda, y de manera autónoma, subiendo al piso de arriba, retirando la figura correspondiente al salón de ejercicio una vez finalizada la actividad, utilizando el gesto de finalización que se utilizaba habitualmente, consistente en pasar la mano tres veces frotando por sobre la otra reforzando verbalmente la terapeuta con un “ter-mi-né”. Como refiere Grañana (2014) la terapeuta anticipaba todas las actividades y asimismo las daba por finalizadas retirando el pictograma de la misma y colocando el pictograma de la actividad siguiente.

El trabajo en esta tercer fase, duró aproximadamente dos años, con fluctuaciones, ya que por meses se cumplía exitosamente y súbitamente volvía a retroceder. Resultó importante la flexibilidad de la terapeuta, quien debió evaluar diariamente a Miguel para estimar si es que resultaba posible avanzar en determinado programa o complejizar una actividad, o si era más conveniente no innovar para no desregular al paciente.

Se comenzó con aprendizaje discreto, como indica Grañana (2014) la secuencia básica del aprendizaje estructurado con la finalidad de comenzar a cumplimentar los prerequisites del aprendizaje requeridos antes del pasaje a aprendizajes más complejos. Se trabajó con la confección de un porta frase que muestre un acto comunicativo, el mismo dispone de un velcro y cuatro tarjetas adheridas en dónde se brindan tres claves visuales que referían al Sujeto (yo), al

verbo (quiero), y acciones u objetos (jugo o galletitas), lo cual, como indica Maggio (2014) correspondía a la cuarta fase, la de estructura de la frase.

Al inicio del trabajo en esta fase Miguel pedía lo que quería sin ordenar la secuencia, y en ocasiones sin establecer contacto visual con la terapeuta. La terapeuta entonces se acercaba por detrás del paciente y, modelando el gesto con su propia mano, llevaba la mano de Miguel hacia el pecho diciendo “quiero”, y luego llevándole la mano a la boca decía “comer” y señalando el pictograma correspondiente decía “galletita”, para de este modo ir brindando paulatinamente la ayuda necesaria hasta que Miguel comprendiera la secuencia, reforzando positivamente el acto comunicativo con la entrega de la galletita dulce por la que, además, el paciente sentía un especial interés.

Según refiere una de las directoras de la institución con el transcurso del tiempo se fueron complejizando las tareas dejando de lado el porta frase para pasar a una carpeta comunicadora en dónde Miguel tenía más opciones de pedido, tales como escuchar alguna canción o ver un libro en un momento de esparcimiento, con el objeto de estimular su independencia y su iniciativa, implicándolo al momento de elegir sus propias actividades.

En relación a los contenidos que se llevaron adelante en los denominados bloques de trabajo, la terapeuta de Miguel organizó el cronograma inicialmente poniendo en cajas el material didáctico a utilizar siguiendo el modelo TEACCH. Comenzaba por ubicar a Miguel en una de las mesas de trabajo individual, y luego de verbalizar “vamos a trabajar” sacaba de la caja un rompecabezas sencillo para que él lo resolviera. Una vez completa la tarea, la terapeuta indica en voz alta “de armar el rompecabezas... que pasó Miguel” y realizando el gesto correspondiente e invitándolo de algún modo a la imitación acompañaba su acción diciendo “ter-mi-né”, al tiempo que establecía contacto visual con el paciente. Posteriormente guardaba el rompecabezas en la misma caja de la cual lo había sacado.

5.4. Analizar los cambios producidos en la comunicación del paciente a partir de las intervenciones realizadas luego de 7 años de asistencia a la institución

Considerando que se realizaron observaciones en la sala de Miguel y se ha tomado contacto con lo volcado en la Historia Clínica, entrevistando, además tanto a la terapeuta del aula, como a la coordinadora y los directores, se han podido evidenciar mejoras en las habilidades comunicacionales de Miguel, partiendo de contrastar el momento actual con la información recabada. Asimismo, se han evidenciado algunos cambios positivos en relación a cuestiones tales como una mayor autonomía y el mantenimiento de la atención compartida, factores que han incidido en el logro de mejores habilidades comunicacionales, ya que han colaborado con una mejor integración social.

Al momento de la realización de la observación en sala, Miguel ya no utilizaba solo el porta frase con cuatro opciones, sino que poseía toda una carpeta de verbos y acciones, separada por colores para poder elegir entre varias opciones según fuera su preferencia, lo cual, como se ha mencionado en apartados anteriores, tenía por objeto estimular su independencia y favorecer su iniciativa, haciéndolo parte al momento de elegir algunas de las actividades que podía realizar en forma individual. De este modo, se había logrado con Miguel pasar a la quinta fase del programa PECS, en donde él podía responder a la pregunta “qué querés”.

En dicha fase se encontraba en la actualidad, ya que no se había podido consolidar suficientemente lo aprendido en fase cinco como para avanzar a la fase seis, y en dicho programa, es condición lograr completar una fase para poder pasar a la siguiente, ya que de otro modo, no se contaría con una base que sustente el siguiente nivel.

Además se pudo observar que al momento del desayuno, cuando la terapeuta se alejaba de él para trabajar su iniciativa al momento de pedir, el paciente se acercaba hacia ella con su carpeta comunicadora para tocarle el hombro, y cuando la misma se daba vuelta y lo miraba preguntándole “qué querés, Miguel”, él le mostraba su comunicador con su pedido armado con la frase completa con “yo quiero”, más el verbo “comer” y el objeto deseado por él “galletita”, por ejemplo, pero lo hacía esta vez diciéndole “maá”, es decir acompañando lo expuesto en su comunicador por un sonido, lo cual denotaba un gran avance en relación a los años anteriores transcurridos en la institución.

Se ha podido evidenciar en Miguel un incremento del contacto visual tanto con su terapeuta como con sus compañeros, con quienes podía mantener la atención sostenida por más

tiempo, pudiendo permanecer junto a ellos el tiempo necesario para la realización de un memotest, por ejemplo, tarea que anteriormente resultaba dificultosa de realizar y sobre todo de finalizar en forma grupal. No obstante lo cual, y considerando lo expuesto por Baron-Cohen (1997), el déficit en la Teoría de la Mente implicado el Trastorno del Espectro Autista, dificultaría altamente la intersubjetividad de Miguel, lo que se ha visto plasmado en diversas dificultades observadas al momento del trabajo grupal con sus compañeros de sala.

En las observaciones realizadas al momento de los bloques de trabajo grupal, se ha podido notar que a Miguel le costaba esperar su turno, reconocer que no todas las fichas eran de él, que no era necesario que él complete los paneles del juego por los otros, entre otras dificultades presentadas, pero de todos modos, lograba administrar sus emociones con ayuda de su terapeuta, sin llegar a desorganizarse ni presentar una conducta disruptiva como las referidas al momento de su ingreso al centro educativo.

Otro avance significativo tuvo que ver con las tareas realizadas por Miguel dentro de la institución, ya que al momento de preparar el desayuno, fue designado como encargado de buscar tres vasos para sus compañeros y una botella de agua, lo cual le implicaba bajar solo a la cocina, abrir la alacena para sacar los tres vasos y sacar la botella de la heladera, para luego volver a subir con todos los elementos y disponerlos en la mesa, tarea que realizaba sin distracciones y respondiendo a la orden verbal de la terapeuta “Miguel, andá a buscar el agua”, orden que la misma reforzaba realizando con la mano un gesto de “beber”.

Al momento de querer tomar agua, Miguel indicaba aquello que deseaba en su comunicador de la manera expuesta anteriormente, habiendo logrado, también, luego de varios meses de trabajo, la motricidad necesaria para que pudiera servirse el agua solo. Al inicio su terapeuta indicaba el límite en el vaso con una cinta adhesiva, para que éste no rebalsara cuando el paciente se servía, pudiendo finalmente retirar dicha ayuda al ver que la misma ya no resultaba necesaria.

Otro logro notable tiene que ver con el uso de las cajas dispuestas para el trabajo con el material didáctico. Una vez afianzado el trabajo con dichas cajas con el apoyo de la terapeuta, se comenzó a trabajar en el logro de una mayor autonomía. Se entregó a Miguel una tira con pictogramas para que él mismo busque la caja, tal como detalla Grañana (2014) la misma se

encontraba referenciada en un porta frase mediante una foto, y él debía buscar el material didáctico, también fotografiado en un pictograma, colocarlo dentro de la caja y ejecutar el trabajo en su mesa individual, para luego en forma autónoma, seguir los pasos contrarios para dejar el material guardado en el lugar correspondiente y la caja, ya vacía, en su lugar.

En relación al nivel de comunicación alcanzado y en contraste con la información que se ha detallado en la Historia Clínica, se ha podido observar que si bien solo realiza un sonido “Maá”, el uso del comunicador ha potenciado en gran medida las posibilidades de interacción de Miguel, lo cual reduce su frustración frente a aquello que necesita, ya que se siente comprendido, lo cual desalienta la aparición de conductas de tipo disruptivo que atenten contra su desenvolvimiento social.

Como aspecto saliente del tratamiento recibido por Miguel, de acuerdo a lo indicado por el director de la institución al momento de la realización de la entrevista, y tal como indica Mulas et al. (2010), la participación de la familia en el tratamiento resultó fundamental, ya que él llevaba el comunicador a su casa y continuaba utilizándolo en la misma, lo cual optimizaba los recursos al momento de potenciar la comunicación, lo que permitía generalizar lo trabajado en su sala llevándolo a su ambiente familiar y así desarrollarlo más y mejor. Con la finalidad de incluir a la familia, resultó importante el trabajo de la coordinadora quien manifiesta que brindó pormenorizada información a los padres acerca de la metodología de trabajo para así poder implicarlos en el tratamiento y lograr progresivamente que el paciente pueda potenciar sus capacidades. Además, según los padres han hecho saber a los directores de la institución, la utilización del comunicador ha implicado una notable mejora en la vida familiar, facilitando una mejor convivencia y evitando situaciones de frustración que devenían en comportamientos inapropiados por parte de Miguel.

6. Conclusiones

El objetivo principal del presente Trabajo Final Integrador, consistió en la realización de un análisis de las estrategias de intervención utilizadas en un Centro Educativo Terapéutico con la finalidad de promover y ampliar las estrategias de comunicación en un joven de 16 años, al que se ha llamado Miguel, diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, considerando la

sintomatología del paciente, y el nivel de comunicación alcanzado al momento de su ingreso a la institución.

El presente desarrollo se propuso, asimismo, describir el grupo de estrategias de intervención utilizadas por el equipo de terapeutas de dicho centro educativo, orientadas a ampliar el nivel de comunicación del paciente, así como dar cuenta de los eventuales cambios y mejoras producidas en su nivel comunicacional luego de un período de siete años de permanencia en la institución.

Como se ha podido detallar en Marco Teórico del presente trabajo y de acuerdo a lo expresado por Martos (1993), el Trastorno del Espectro Autista es considerado de origen plurietiológico, y si bien se tiene conocimiento de que hay un componente genético, también incidirían en la manifestación de dicho trastorno diversidad de componentes de tipo ambiental de lo más diversos que podrían favorecer su aparición.

El Trastorno del Espectro Autista, según lo indicado por Baron-Cohen (1997), se pone de manifiesto en la temprana infancia, mediante la dificultad que presentan dichos niños al momento de dar cuenta de sus intereses, evidenciando mucho malestar frente a cambios en su entorno, mostrando poco interés por conectar socialmente con otras personas, utilizando patrones ritualizados de comportamiento y denotando intereses muy restringidos, entre otras características. Considerando la lectura de la mente como la habilidad para poder inferir los pensamientos de otras personas atribuyéndoles ciertos estados mentales, haciendo de algún modo una especie de lectura, Miguel, al verse afectada su capacidad de inferir, se encontraría muy limitado al momento de integrarse socialmente, tal como lo han explicitado sus padres al momento de la entrevista realizada al momento de ingreso a la institución.

En el desarrollo del primer objetivo se logró describir la sintomatología del paciente y su nivel de comunicación al momento del inicio del tratamiento en Centro Educativo Terapéutico, dando cuenta de los aspectos particulares a tomar en consideración al momento de realizar el proceso de adaptación de Miguel, direccionados a establecer, primeramente, un vínculo con él, y en consecuencia, a contribuir a la construcción de una relación empática con quien sería su futura terapeuta.

En trabajo conjunto, los directores y la coordinadora del centro educativo, pensaron para Miguel una aproximación progresiva a los programas habitualmente utilizados en la institución para poder ir siguiendo su evolución y realizar paulatinamente los ajustes necesarios en el tratamiento, sobre todo considerando que, como señala Cabrera (2007), el paciente presentaba en ocasiones, según manifestaban sus padres y tal como se caracteriza al describir la patología, comportamientos de tipo disruptivo, poco apropiados, llevados a cabo frente a posibles cambios ambientales, o factores emocionales que pudieran desregularlo.

Al momento de desarrollar el segundo objetivo, consistente en realizar la descripción de las intervenciones y estrategias utilizadas orientadas a ampliar el nivel de comunicación del paciente, se ha podido dar cuenta de las diferentes intervenciones implementadas con la finalidad de acompañar el desarrollo de Miguel en favor de ampliar su nivel de comunicación para así lograr favorecer, también, su inserción social.

Se utilizaron para ello los programas TEACCH, y PECS, ambos sistemas alternativos de comunicación utilizados habitualmente en la institución, con la finalidad de, partiendo de las singularidades de cada paciente y considerando sus diferentes niveles cognitivos, lograr una mejora en las habilidades comunicacionales de los mismos, buscando un impacto positivo sobre las habilidades sociales y la merma de las conductas disruptivas que pudieran surgir ante la frustración de no poder hacerse comprender ni expresar debidamente sus necesidades.

En el tercer objetivo se dispuso analizar los cambios producidos en la comunicación de Miguel luego de siete años de tratamiento en la institución, partiendo de observaciones participantes durante los meses de práctica, así como de entrevistas semidirigidas realizadas a los directores y la coordinadora del centro educativo, contando también con el detalle de la información consignada en la Historia Clínica.

De acuerdo al material analizado, se han podido evidenciar cambios positivos en la comunicación del paciente, habiendo logrado manejar herramientas que lo benefician altamente, brindándole mayor autonomía y mejor desenvolvimiento social, así como una mayor integración a su grupo de pares. Tal como refiere Mulas et al. (2010), se pudo dar cuenta de importancia de la participación de la familia en el tratamiento, como un componente fundamental para el desarrollo de un tratamiento exitoso, ya que la colaboración de la misma posibilitó un trabajo más intensivo

y generalizado. Esto favorecido principalmente por la tarea de la coordinadora de la institución, tal como se menciona en el desarrollo del presente trabajo.

Al momento de la búsqueda de material bibliográfico se encontró variada información en relación a la temática de Trastorno del Espectro Autista, y se considera que sería de mucha utilidad que futuras líneas de investigación se centraran en dar cuenta de las características que debe tener un terapeuta a cargo de una sala de un Centro Educativo Terapéutico, así como del tipo de capacitación que sería requerida para tal fin, puesto que su rol supondría tanto la pericia propia de un Licenciado en Psicología, dotado del conocimiento teórico y práctico necesario para llevar adelante el grupo, como las habilidades y destrezas propias de un docente, especialmente capacitado para llevar adelante la programación del aula considerando tanto aspectos didácticos como pedagógicos.

En cuanto a lo referente a las limitaciones de la institución, se podría decir que se consideró que hubiera sido de mucha importancia el trabajo directo de los terapeutas encargados de la sala con los padres o cuidadores de los pacientes, ya que por la información que se ha podido recabar en entrevistas, los profesionales no toman contacto con las familias más que al momento de un cruce cotidiano al recibir o despedir a los pacientes o a través de un intercambio de cuestiones cotidianas en el cuaderno de comunicados. El contacto con los padres se realiza sólo por parte de la coordinadora o eventualmente los directores, pero resultaría relevante para los terapeutas un trato más directo con ellos que permitiera un mejor conocimiento del funcionamiento familiar así como de los comportamientos o hábitos de los pacientes en su vida diaria, sería una fuente importante de conocimiento y aportaría, además, cohesión al momento de encarar en forma conjunta el tratamiento de una patología tan diversa y con tantas implicancias sociales complejas como posee el autismo. Teniendo en cuenta que los profesionales a cargo son Psicólogos, podrían obtener datos relevantes acerca de las familias de los pacientes con los cuales se encuentran trabajando. Sería apropiada la realización de al menos dos encuentros anuales con los padres, los cuales, incluso, aportarían tranquilidad a los mismos al tomar conocimiento más profundo de las características de las profesionales a cargo, así como un mejor conocimiento del espacio de trabajo en el que se desempeñan sus hijos si se pudiera considerar la posibilidad de que, además pudieran en alguna oportunidad acceder al aula a la que sus hijos asisten.

Otra limitación del presente trabajo es la modalidad de observación, ya que por las características propias de los pacientes y su poca tolerancia a modificaciones ambientales, no resultaba posible la permanencia en la misma sala de la institución todos los días, motivo por el cual fue establecida una rotación diaria por los diferentes espacios, lo cual por un lado permitió tener acceso a múltiples pacientes con sus correspondientes características individuales, así como tomar conocimiento acerca de las habilidades, destrezas y estilos personales de cada uno de los terapeutas al momento del trabajo con el grupo, pero por el otro, no permitió una observación más exhaustiva del caso de Miguel, seleccionado para el presente trabajo.

En su mayor parte, la práctica consistió en realizar tareas de auxiliar al terapeuta a cargo, ya que en ocasiones las necesidades de los pacientes se superponían y se requería de mucho trabajo y disponibilidad para poder atender a los requerimientos de cada uno, siendo una sola persona a cargo poco suficiente para responder a las demandas de lo urgente, teniendo además que llevar adelante planificaciones específicas e informes periódicos para cada uno de los mismos. Si bien las terapeutas se asisten entre ellas, la participación de otra persona que tal vez rotara entre las salas sería de utilidad para responder al amplio abanico de situaciones que surgen en el trabajo diario con esta población, como alguna deficiencia en el control de esfínteres, algún paciente desregulado que escapa de su sala, entre otras posibles.

Por otro lado, como los sistemas alternativos de comunicación eran adaptados a cada uno de los integrantes de la sala, eran los terapeutas los encargados de la confección del material didáctico correspondiente, teniendo que ocuparse de, por ejemplo, la realización de los pictogramas, la elaboración de los porta frases, la confección de los memotest, juegos de cartas, entre otras cosas.

Sería importante alivianar la tarea que realizan, ofreciendo, al menos en la mayor parte de los casos, este material ya confeccionado y listo para usar, ya que contribuiría a no recargar la labor de los profesionales y favorecer su desgaste, considerando que ya de por sí el trabajo que realizan resulta de una notoria complejidad dado el tipo de problemática presentada por tres pacientes a cargo con Trastorno del Espectro Autista.

Asimismo, se observó que los terapeutas no cuentan con una sala propia en la que dejar sus cosas o tener un momento de descanso o espacio para la realización de sus informes, teniendo

que dejar su objetos personales, tales como bolsos o abrigos en un pequeño baño ubicado en planta baja, motivo por el cual contar con un espacio dedicado a tal fin, resultaría de mucha utilidad y reportaría una mejora importante en las condiciones de trabajo en dicha institución.

En relación a las limitaciones del presente trabajo, de poder realizarse el planteamiento de objetivos nuevamente, sería importante acotar en el tiempo el período de análisis, llevándolo tal vez al último año de intervención, o incluso a los últimos seis meses. Resultaría interesante también, incursionando en otra temática, investigar en relación al nivel de *stress* o *burn out* que pudieran presentar los terapeutas encargados de las salas y su posible tratamiento.

En cuanto a la experiencia personal durante los meses de práctica profesional en el Centro Educativo Terapéutico, la misma resultó intensa y enriquecedora. La tarea realizada en las salas permitió participar activamente en interacción con los pacientes siempre tratando de buscar el equilibrio necesario para impactar positivamente desde un lugar de colaboración, asistiendo al paciente o al terapeuta, evaluando cuando intervenir y cuando no, para evitar desorganizar a los integrantes de la sala o reforzar sin quererlo una conducta inadecuada.

Se rotó en observación por cinco de las seis salas de la institución, incluídas las áreas correspondientes a los espacios de Terapia Ocupacional y de Educación Física, en dónde también se contó con una excelente predisposición y apertura al momento de brindar información por parte de los profesionales a cargo.

La actividad posibilitó participar de juegos, de clases especiales, acompañar al momento de realizar las actividades de la vida diaria tales como el cepillado de dientes o el lavado de manos, acompañar en salidas semanales al parque o caminatas por el barrio y colaborar en la confección de material didáctico, recreativo y pictogramas.

Ya transcurrido el primer mes de práctica, los pacientes se mostraban a gusto con la participación realizada, algunos conociendo incluso el día en el que se realizaría la siguiente observación y siempre dispuestos a realizar juegos aceptando muy bien la compañía y la colaboración que se les ofrecía al momento de realizar alguna tarea o manejarse por los espacios comunes de la institución.

La práctica profesional presentó un panorama completo y pormenorizado acerca del arduo y dedicado trabajo que se realiza en este tipo de Centros Educativos, permitiendo acceder al trabajo de terapeutas que resultaron altamente empáticos y flexibles, siempre dispuestos a manejarse en favor de las necesidades del paciente, reajustando sus acciones a cada momento, valiéndose en muchos casos de la técnica y en otros casos del olfato, muy necesario al momento de encarar situaciones que escapaban a lo planificado, teniendo que buscar soluciones creativas en todo momento, para así poder hacer frente a cuestiones de lo más diversas para arribar al mejor resultado posible.

Los terapeutas encargados de cada sala resultaron siempre amables y bien predispuestos a compartir su conocimiento y detallar cada uno de los recursos utilizados y adaptados para el tratamiento de cada uno de los casos. De la misma manera, tanto los directores como la coordinadora se mostraron siempre disponibles a brindar información y material de lectura específico de la patología, accediendo a la realización de entrevistas y consultas específicas, permitiendo además la participación en dos jornadas de capacitación preparadas para su personal, que resultaron muy pertinentes para conocer más acerca del Trastorno del Espectro Autista, y resultaron de suma utilidad al momento de plantear los objetivos delineados en el presente trabajo.

5. Referencias bibliográficas

- Asociación de Psiquiatría Americana. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed). Barcelona, España: Editorial Médica Panamericana.
- Baron-Cohen, S. (1997). Mindblind. *Natural History*, 106(8), 62-65. Recuperado de: http://link.galegroup.com/apps/doc/A20148003/GPS?u=up_web&sid=GPS&xid=4ca02f39.
- Bondy, A. & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System. *Behavior Modification*, 25(5), 725–744. doi: 10.1177/0145445501255004
- Cabrera, D. (2007). Generalidades sobre el autismo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 208-220. Recuperado de: http://link.galegroup.com/apps/doc/A464982661/GPS?u=up_web&sid=GPS&xid=3be32c86.
- Corujo Soler, A. (2006). Orientaciones para la elaboración de las programaciones de aula. En Consejería de Educación (Ed.). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. (Vol. 1) (pp. 104-117). Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Cuxart, F. (2000). *El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 113-124.
- Grañana, N. (2014). Programa de intervención. En N. Grañana (Ed.). *Manual de intervención para el trastorno del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico* (pp. 87-128). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Grañana, N. (2014). Aprendizaje y prerrequisitos para aprender. En N. Grañana (Ed.). *Manual de intervención para el trastorno del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico* (pp. 129-174). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Madero Cañete, L. (2006). Modelo de organización y funcionamiento de un aula específica. En Consejería de Educación (Ed.). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. (Vol. 1) (pp. 118 – 131). Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Maggio, V. (2014). Lenguaje y comunicación. En N. Grañana (Ed.). *Manual de intervención para el trastorno del desarrollo en el espectro autista: enfoque neuropsicológico* (pp. 255 – 320). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

- Mahoney, D. (2006). Intervention can improve attention in autism. *Clinical Psychiatry News*, 34(10), 39-39. Recuperado de:
http://link.galegroup.com/apps/doc/A158528278/GPS?u=up_web&sid=GPS&xid=670475e6.
- Martos, J. (1993). Autismo y trastornos del espectro autista. Definición, génesis del trastorno y explicaciones psicológicas. En D. Valdez & V. Ruggieri (comps.). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento* (pp.19-45). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Molina Montes, A. (2006). Cómo potenciar la comunicación en el alumnado con Trastorno del Espectro Autista. En Consejería de Educación (Ed.). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. (Vol. 1) (pp. 74 – 85). Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Mulas F., Ros-Cervera G., Millá M. G., Etchepareborda M. C., Abad L. & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50(3), 77-84.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Trastornos del espectro autista. Recuperado de:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
- Repeto Gutiérrez, S. (2006). Naturaleza de los Trastornos del Espectro Autista. En Consejería de Educación (Ed.). *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. (Vol. 1) (pp. 8 – 25). Sevilla, España: Junta de Andalucía.
- Soto Calderón, R. (2002). El síndrome autista: un acercamiento a sus características y generalidades. *Revista Educación*, 26(1), 47-61. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/440/44026105>.
- Vázquez Ramírez, M. A. (2015). La educación de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista en los Centros de Atención Múltiple: Orientaciones Generales. En *La atención educativa de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista* (pp. 63-144). Aguascalientes, México: Instituto de Educación Especial Aguascalientes.