

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Déficit de la comunicación y la interacción social en TEA

Alumna: Ornella Bentivegna.

Tutora: Vanesa Góngora

Buenos Aires, 2018.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	
2. OBJETIVOS.....	
2.1 Objetivo general.....	
2.2 Objetivos específicos.....	
3. MARCO TEÓRICO.....	
3.1 Autismo	
3.1.1 Recorrido histórico.....	
3.1.2 Epidemiología y etiología.....	
3.1.3 Conceptualización y características clínicas.....	
3.1.4 Teorías explicativas.....	
3.1.4.1 Teoría de la mente.....	
3.1.4.2 Teoría de la coherencia central.....	
3.1.4.3 Teoría de las neuronas en espejo.....	
3.2 Déficit comunicacional en autismo.....	
3.3 Déficit en la interacción social en autismo.....	
3.4 Intervenciones en TEA.....	
3.4.1 Intervenciones centradas en la comunicación.....	
3.4.1.1 Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.....	
3.4.1.2 Sistema por intercambio de imágenes.....	
3.4.1.3 Sistema de comunicación total.....	
3.4.2 Intervenciones conductuales.....	
3.4.2.1 ABA.....	
3.4.3 Intervenciones combinadas.....	
3.4.3.1 Programa TEACCH.....	
4. METODOLOGÍA.....	
4.1 Tipo de estudio.....	
4.2 Participantes.....	
4.3 Instrumentos.....	
4.4 Procedimiento.....	

5. DESARROLLO.....
5.1 Breve presentación del caso.....
5.2 Objetivo 1.....
5.3 Objetivo 2.....
5.4 Objetivo 3.....
6. CONCLUSIONES.....
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
8. ANEXO.....

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surgió a partir de la materia Práctica y Habilitación Profesional V. La pasantía fue realizada en un Centro Educativo Terapéutico y de Investigación Psiconeurológica (CET) situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicado al tratamiento de niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otras patologías del desarrollo.

Dicha institución está integrada por un equipo interdisciplinario con psicólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras y neuropediatras, y trabaja desde el enfoque de Terapia Cognitiva Conductual (TCC). La asistencia terapéutica brindada a cada paciente puede ser bajo modalidad individual, grupal o ambas.

Las funciones desempeñadas en el centro fueron principalmente de observación, acompañamiento y participación directa en dos salas de la institución. Una conformada por tres adolescentes con diferentes patologías (Síndrome de Angelman, Discapacidad intelectual y TEA) y la otra conformada por una niña con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Se concurrió a la institución hasta completar las 280 horas requeridas de la práctica, en un total de tres meses y medio, asistiendo de lunes a viernes en el turno mañana y tres veces por semana en el turno tarde.

La temática de este trabajo surgió a partir de la observación de un joven de 14 años con TEA y la evidencia de la alteración en la interacción social debido a los déficits comunicacionales. A partir de esto emergió el interrogante sobre qué intervenciones favorecerían la interacción social del joven a través de modos comunicacionales adecuados, con el objetivo de aumentar la autonomía del paciente, así como evitar las posibles conductas inadecuadas que pudieran presentarse.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el déficit comunicacional en la interacción social de un joven de 14 años con TEA y las intervenciones realizadas por las terapeutas.

Objetivos específicos

1. Describir los modos comunicacionales que utiliza un joven de 14 años con TEA.
2. Describir el déficit en la interacción social de un joven de 14 años con TEA.
3. Describir las intervenciones orientadas a aumentar la comunicación de un joven de 14 años con TEA.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Autismo

3.1.1 Recorrido histórico

La palabra autismo proviene del griego clásico en donde “Autos” significa uno mismo e “Ismos” se refiere al modo de estar. Este término no fue utilizado hasta 1911 y quien lo introdujo fue el psiquiatra Paul Eugen Bleuler, originalmente haciendo referencia a un síntoma que pertenecía a la esquizofrenia y consistía en una limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo. Podría describirse entonces

como una limitación extrema por parte del paciente para sumergirse en sí mismo y retirarse del mundo social (Frith, 2006).

La incorporación del concepto de autismo como actualmente se conoce, se debe a Leo Kanner, quien en 1943 publicó el artículo “Autistic disturbances of affective contact” donde describía el cuadro clínico que en ese momento definió como “autismo infantil precoz”. Los rasgos más distintivos de este síndrome eran: la soledad autista como la conducta más notable en los primeros años de vida, severas dificultades para relacionarse con los demás, retraso y perturbación en el desarrollo del lenguaje, rituales y frecuentes angustias generadas por cambios medioambientales (Talero, Martínez, Mercado, O valle, Velásquez & Zarruk, 2003).

Durante las décadas de los años 50 y 60 el debate giraba en torno a, por un lado, la vinculación del autismo con la esquizofrenia y por otro, la interpretación psicodinámica de éste. Para este autor, la descripción realizada en su artículo daba cuenta de una diferencia muy clara entre el autismo y la esquizofrenia, así como de cualquier otro trastorno. Tal vez el aporte de Kanner mejor valorado, considerando el gran auge del psicoanálisis en Estados Unidos en esa época, fue intuir que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo (Artigas-Pallares & Paula, 2011).

En 1944, Hans Asperger de forma paralela publicó su primer artículo a partir de la observación de niños y adolescentes con un patrón de conducta que hoy se conoce como síndrome de Asperger y que presentaba las siguientes características: aproximación social ingenua e inadecuada, intereses intensamente circunscritos a determinadas materias, buena gramática y vocabulario, pobre coordinación motriz, considerable falta de sentido común, nivel de capacidad en el límite, niveles medios o superiores pero con determinadas dificultades de aprendizaje en una o más áreas. Si bien el síndrome descrito por Asperger tenía muchas similitudes en comparación al autismo planteado por Kanner, eran cuadros diferentes (Wing, 1996).

En tiempos de Kanner, el psicoanálisis obturaba la tendencia mayoritaria dentro de la psiquiatría y la psicología por lo cual adquirió bastante protagonismo mientras se iba configurando la conceptualización del autismo. Dentro de este enfoque, uno de los autores más relevantes fue Bruno Bettelheim. Este autor sostenía que los primeros días

de vida del niño eran cruciales para el desarrollo y su interpretación más radical hacía referencia a que la madre rechazaba la existencia de su hijo. Progresivamente, los aportes e interpretaciones de la escuela psicoanalítica en general, han tenido un gran debilitamiento ya desde la década de los años 70 (Artigas-Pallares & Paula, 2011).

En la primera versión del DSM en el año 1952 no se incluía al autismo, los niños con cuadro clínico autista eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”. En 1968, en el DSM-II tampoco se incluyó al autismo como entidad específica sino como característica propia de la esquizofrenia infantil. Recién en una nueva versión, en 1980, el DSM-III incorpora al autismo como categoría diagnóstica específica. El DSM-III-R en 1987 propone una modificación radical tanto de criterios como de denominación conceptual, es así que en esta versión se cambia el “autismo infantil” por “trastorno autista”; a su vez, amplió la versión anterior, detallando minuciosamente los criterios diagnósticos. En los años 1994 y 2000 aparecieron las versiones DSM-IV y DSM-IV-TR con una nueva modificación, se definieron cinco categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Además, los 16 criterios para el trastorno autista de la versión anterior, fueron reducidos a 6 (Artigas-Pallares & Paula, 2011).

Actualmente y desde la última versión en 2013, el DSM-5 sustituye los trastornos generalizados del desarrollo por los trastornos del espectro autista (TEA) excluyendo al síndrome de Rett. Es así, que el TEA hoy se define como un trastorno del neurodesarrollo dentro del cual las características diagnósticas principales son: deterioros persistentes en la comunicación social recíproca y la interacción social en diferentes contextos, los patrones de restrictivos y repetitivos de conducta como movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados, excesiva inflexibilidad de rutinas, intereses muy restringidos, hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

3.1.2 Epidemiología y etiología

Por los años sesenta y setenta, muchos autores planteaban que el autismo era causado por un mal vínculo materno y el modo en que los padres criaban a sus hijos. Luego diferentes pruebas científicas e investigaciones reguladas adecuadamente demostraron que dichas teorías eran erróneas. En relación al origen del autismo, las investigaciones conducen a tres niveles relacionados entre sí: las causas originales, la localización y la naturaleza de la patología del cerebro producida por las causas originales (Wing, 1996).

Actualmente los estudios sobre el origen del autismo evidencian que estos trastornos no corresponden a una sola etiología y existe un consenso general respecto de la influencia de los factores perinatales sobre el origen del autismo. Los factores de riesgo predominantes son la edad de los padres, el bajo peso del niño al nacer y la escasa edad gestacional. Asimismo, están los llamados autismos secundarios en donde el sujeto es afectado por TEA sumado a alguna otra patología, generalmente una rara enfermedad o asociada al autismo –síndrome de X frágil, esclerosis tuberosa, síndrome de Angelman, rubeola, etc- o puede que dicha sintomatología constituye el mismo complejo sindrómico. Esto demostraría que se puede llegar a tener un autismo secundario por diversas vías y que es probable que los TEA desde la perspectiva etiológica se corresponda con diferentes entidades nosológicas donde los factores genéticos se combinan con los ambientales (Ruiz-Lázaro, Posada de la Paz & Hijano Bandera, 2009)

En relación a la epidemiología del autismo, en los últimos años se ha observado un incremento en la prevalencia de los TEA. No hay un consenso acerca de a qué se debe el incremento en su incidencia, sin embargo, existen diferentes teorías al respecto. En relación a las condiciones médicas asociadas se encuentra: 1) retraso mental: un 75% relacionado con el autismo típico. 2) epilepsia: alrededor de un 30% de los casos, sobre todo los más graves que se asocian a retraso mental (Ruiz-Lázaro, Posada de la Paz, & Hijano Bandera, 2009).

Respecto a este tema, Neggers (2014) postula entre los problemas más frecuentes para la prevalencia del autismo, los criterios diagnósticos establecidos y sus transformaciones a lo largo de los años, considerando que en el DSM-5 ha cambiado el

concepto de autismo, los diagnósticos que clasifican como TEA y la cantidad de síntomas necesarios para el diagnóstico. Por otro lado, el diagnóstico inexacto es otro de los factores relacionados con el aumento de TEA, teniendo en cuenta que una observación breve y las pautas del DSM no son suficientes herramientas para realizar un diagnóstico. Los componentes ambientales también pueden estar asociados, considerando que los avances en la atención perinatal y neonatal han disminuido la mortalidad infantil, por lo cual es probable que estos bebés prematuros se vean afectados por trastornos del neurodesarrollo respecto de la población general. Esta autora, añade también factores de riesgo como la función nutricional e inmunológica asociadas a la vitamina D, el ácido fólico y el síndrome metabólico.

Según el DSM-5 (APA, 2013) en los últimos años la prevalencia de TEA en Estados Unidos y otros países es de alrededor del 1% tanto en muestras infantiles como adultas. Asimismo, como se mencionó anteriormente, el manual describe que actualmente no hay un claro consenso sobre si este aumento en la prevalencia está relacionado con la expansión de los criterios diagnósticos del DSM-IV, un incremento sobre el conocimiento del trastorno o realmente existe un aumento de personas con TEA.

3.1.3 *Conceptualización y características clínicas*

El autismo clásico definido por Leo Kanner en 1943 refería que la dificultad de estos niños desde el inicio de su vida para relacionarse con los demás, constituye la denominada *soledad autista* por la cual entonces el niño ignora y excluye todo lo relacionado al mundo externo. De esta manera se observa una marcada preferencia, por ejemplo, objetos y no personas. Además, poseen actividades y movimientos tan repetitivos como sus emisiones verbales que como consecuencia generan un patrón de conducta invariable (Frith, 2006).

Según Wing (1996) el trastorno del espectro autista se explica a partir de una tríada de deficiencias en la interacción social, la comunicación y la imaginación, y como consecuencia el patrón repetitivo de conductas. Asimismo, plantea la posibilidad de que

exista una incapacidad para reunir la información de recuerdos pasados y los eventos presentes como para dar sentido a las experiencias y lograr predecir lo que puede suceder a futuro. Esto expone la dificultad de las personas con autismo para encontrar sentido al mundo y aprender de las experiencias.

Plantea Grañana (2014) que se designa al trastorno como un *espectro* debido a que los síntomas poseen un rango de gravedad variable que puede ser diferente para cada persona con TEA, aunque el diagnóstico sea el mismo. De esta manera, se establece una visión dimensional, como describe el DSM-5, entendiendo que cada síntoma tiene distintos niveles de gravedad y no una visión categórica en donde el síntoma debe estar presente o ausente.

Actualmente, en el DSM-5 los Trastornos del Espectro Autista están conformados por un grupo de trastornos del neurodesarrollo dentro del cual los déficits en la comunicación e interacción social y el patrón de intereses y conductas restringidas y repetitivas son las áreas mayormente afectadas. Existe en este trastorno un importante componente genético sobre el cual actúan factores ambientales, por esta razón, presenta una amplia variabilidad y complejidad en los mecanismos neurobiológicos, así como en las manifestaciones clínicas, su evolución y pronóstico (Jaime, Navarro, & Jaime, 2013).

Muchas de las características clínicas de los niños con TEA pueden derivarse del déficit en sus procesos atencionales. Estos niños suelen presentar dificultades para codificar y representar elementos sensoriales de estímulos físicos complejos y no así para los estímulos simples; considerando que esto les genera conflicto para atender a la información socialmente relevante, existe una evidente desventaja en la conducta social ya que no logran interpretar los signos de la comunicación, gestos y expresiones del lenguaje (Idiazábal-Aletxa & Boque-Hermida, 2007).

Otra característica principal en niños con autismo, es el déficit en la interacción social que supone un fracaso en el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales, lo cual generalmente trae como consecuencia el aislamiento y las conductas sociales inadecuadas. De esta manera, la capacidad empática en estos niños es escasa o nula y también su reciprocidad emocional para los vínculos con otros. Los niños con TEA expresan un comportamiento retraído y aislado de las personas, el

entorno y las actividades que se generan a su alrededor. Por este motivo es esperable que las relaciones sean limitadas a nivel de las respuestas de contacto afectivo y reciprocidad emocional (López Gómez & García Álvarez, 2008).

Describe Wing (1996) que las personas con trastorno autista poseen serias dificultades en aprender de las propias experiencias, encontrarles sentido y poder representar el mundo que les rodea, resultándoles muy complicado poder ubicarse en tiempo y espacio. No es extraño que la interacción social sea uno de los rasgos más deficitarios en el autismo, dado que los humanos son seres muy complejos y presentan una enorme variabilidad al momento de desplegar sus movimientos corporales, expresiones, el habla y el tono de voz utilizado, las reacciones, y cuanto más compleja sea la información que llega a las personas con este trastorno, más complicado aún será poder comprenderla y representarla para su empleo como referencia en el futuro.

3.1.4 Teorías explicativas

3.1.4.1 Teoría de la mente

El origen del concepto es postulado por Premack y Woodruff (1978) en un trabajo en el cual conjeturan sobre la posibilidad de que los chimpancés tengan una *teoría de la mente* (ToM) como la de los humanos; esto implica que el sujeto puede atribuir estados mentales tanto así mismo como a los demás y cuyo sistema de funcionamiento es usado básicamente para hacer predicciones a futuro, específicamente sobre el comportamiento de otros. Es considerada una teoría ya que tales estados no son observables de modo directo.

En lo que respecta a las relaciones interpersonales, se parte de la base en que todo acto humano se encuentra gobernado por representaciones, creencias, deseos y estados emocionales. Desde fases muy tempranas en el desarrollo se comparten experiencias, de esta manera necesariamente se le atribuye al otro el propio mundo experiencial como componente fundamental de la comunicación. Lo que describe la

teoría de la mente es comprender que los otros también poseen representaciones, creencias, deseos, emociones y experiencias, lo cual permite realizar predicciones e interpretaciones sobre las conductas de las personas (Consejería de educación, 2006).

Entre las capacidades intersubjetivas y las habilidades mentalistas hay otros elementos de cognición social cuya evolución posibilitará más adelante, en el desarrollo típico alrededor de los 4 años comprender las falsas creencias, engaños y doble sentidos. Siendo participantes dentro del contexto comunicativo, se van elaborando estas habilidades humanas que permite percibir naturalmente las intenciones, deseos y disposiciones de los demás. Estas habilidades no surgen repentinamente, sino que son construidas sobre otras capacidades previas, las cuales están vinculadas con la detección de actitudes intencionales y emocionales de los otros con relación a los objetos, de modo que se produce una triangulación con la propia percepción. Esto constituye un paso esencial en el desarrollo subjetivo del niño y su conciencia (Valdez, 2016).

Riviére (2000) describe los denominados actos de referencia social, estos suponen que el niño realiza su propia interpretación de un suceso externo, siguiendo el mensaje interpretativo a través de una expresión emocional. El autor define a esto como una estrategia para aprender a comportarse dentro de un contexto y comprender una situación. Para el desarrollo de la referencia social es necesario poseer habilidades previas afianzadas como la discriminación y reacción apropiadas a expresiones faciales, tono de voz y a su vez dependen del desarrollo cognitivo de cada persona. Esta combinación expone que cuando el niño busca información en la expresión emocional de otra persona para luego actuar, tiene conciencia de su propio estado mental y de los demás dado que puede inferir la interpretación de los demás a partir de su conducta lo cual resulta importante para su propia interpretación.

En el ser humano poder desarrollar la teoría de la mente es fundamental ya que cualquier alteración que se presente, se manifiesta como un déficit de la interacción social. Desde el punto de vista psicopatológico, se observó que muchos de los síntomas de los sujetos autistas están relacionados con alteraciones en la teoría de la mente; esto

no es exclusivo del espectro autista, también puede observarse en diversos cuadros clínicos donde se encuentra comprometida la funcionalidad del lóbulo frontal. Se describen tres fases esenciales para el desarrollo de la ToM: 1) su adquisición es alrededor de los 4 o 5 años y refiere a la habilidad de entender que los demás pueden tener diferentes conceptos a los nuestros sobre el mundo. 2) se adquiere a los 6 o 7 años y corresponde a la habilidad de darse cuenta que uno puede no creer en lo que los demás creen. 3) se alcanza a los 9-11 años y refiere a la capacidad de comprender cuando alguien dice algo inapropiado en una situación, sin que este sea consciente de ello. El desarrollo de la teoría de la mente se va construyendo de manera análoga con la adquisición del lenguaje (Téllez-Vargas, 2006).

3.1.4.2 Teoría de la coherencia central

En 1989 Uta Frith desarrolla la teoría de la coherencia central que pretende explicar las dificultades que se presentan en el autismo y que la teoría de la mente no puede explicar. Dicha teoría plantea que las personas se ven impulsadas a integrar bloques de información dispares en patrones coherentes a través de las inferencias y predicciones sobre las causa-efecto de las conductas. En las personas con autismo se manifiestan severas dificultades para interpretar situaciones e intenciones de los demás a partir de los movimientos oculares y la lectura del contexto. La idea principal que postula la autora es que las personas con autismo no logran integrar adecuadamente los aspectos de una situación en un todo coherente. La teoría de la coherencia central supone la inexistencia de la teoría de la mente, la capacidad de atención conjunta y a su vez podría explicar las habilidades extraordinarias, las sensaciones fragmentadas y las conductas repetitivas (Valdez, 2011).

3.1.4.3 Teoría de las neuronas en espejo

Las neuronas en espejo son un grupo de neuronas que forman parte de un sistema de percepción y ejecución; esto implica que la mera observación de otra persona realizando acciones o movimientos activa regiones específicas de la corteza motora

como si el sujeto que mira estuviera realizando dichos movimientos. La activación de las neuronas en espejo incrementa cuando las acciones observadas se enmarcan en un contexto que resulte significativo, lo cual supone cierta disposición de estas neuronas para identificar las intenciones del sujeto que está en frente. De esta manera se constituye una articulación en la cual la propia acción queda asociada a la intención que impulsó a ejecutarla. Este mecanismo de reconocimiento e identificación se encuentra afectado en las personas con autismo o esquizofrenia (Téllez-Vargas, 2006).

3.2 *Déficit comunicacional en autismo*

Una de las principales áreas que se encuentra afectada en los niños con TEA es la comunicación, esta puede definirse como el acto de transmitir una intención, idea, necesidad o pensamiento a otra persona. La comunicación se encuentra presente en los seres humanos desde fases muy tempranas en el desarrollo evolutivo y depende de múltiples procesos para su expresión. Para poder comunicarse con otro o tener la intención de hacerlo, previamente tuvieron que haberse adquirido ciertas habilidades como el contacto visual, el seguimiento de la mirada, el proceso de atención conjunta, los gestos, el desarrollo de empatía, reconocimiento de emociones; todos estos procesos tienen vinculación directa con el desarrollo de aspectos emocionales (Grañana, 2014).

Según Wing (1996) resulta evidente que el déficit en el lenguaje en los niños con TEA se debe fundamentalmente a la escasa o nula intención de querer comunicarse con los demás. Habiendo o no trastornos durante el desarrollo del lenguaje, los problemas en la comunicación no pueden resolverse enseñando al niño hablar por más que esto fuera posible. Lo importante, según la autora, es impulsar al niño a comunicarse del modo que sea capaz y no focalizarse tanto en el perfeccionamiento del modo comunicacional.

Riviére (2000) establece dos fases para el desarrollo de habilidades preverbales en los niños. La primera fase denominada *diádica* se da alrededor de los seis meses del niño y constituye el primer paso hacia el espacio común de intercambio social, generalmente compartido con la madre, en donde la imitación, la atención y las sonrisas son respuestas previas a la conducta del adulto. Estos actos diádicos ponen de manifiesto

la naturaleza social de dichos comportamientos. La segunda fase, denominada *triádica* se da alrededor de los 12 meses en la cual los niños complejizan el ámbito de interacción, incorporando el interés por los objetos y su entorno cuyas características principales tienen que ver con conductas de atención conjunta, referencia social y acción conjunta. En relación a esta fase, el niño aprende a compartir experiencias con otro y atiende a las expresiones y acciones de los demás.

Respecto a lo mencionado anteriormente, es importante destacar que en el desarrollo normal existe una continuidad entre la comunicación preverbal y la comunicación verbal, considerando que los niños preverbiales aprenden y construyen esquemas comunicativos fundamentales para que luego se posibilite el desarrollo del lenguaje. En los niños con TEA, por lo general las conductas comunicativas producidas son mediante modalidades de carácter no verbal, poco elaboradas sumado a un patrón restringido de conductas instrumentales. Usualmente los niños con autismo que no adquieren lenguaje, poseen serias dificultades en la producción de gestos y la comprensión del lenguaje, fundamentalmente de aquellos mensajes que requieren un análisis preciso de las intenciones del otro (Martos & Ayuda, 2002).

Acerca del desarrollo de la comunicación, Grañana (2014) plantea que existe una vinculación con los aspectos emocionales. Considerando que desde fases muy tempranas del desarrollo evolutivo el bebé manifiesta actos comunicativos, la autora propone que estos dependen de ciertas habilidades para que la comunicación se desarrolle adecuadamente. Entre los modos más primitivos se encuentra el contacto visual, al final del primer mes de vida y a partir de los tres meses ya el bebé logra realizar un seguimiento horizontal. Por otro lado, el proceso de atención conjunta como predictor del desarrollo de la teoría de la mente en donde se produce una triangulación entre niño, objeto y persona. Finalmente, está el uso de gestos como medio de comunicación natural del ser humano y cuyo propósito se relaciona con la transmisión de intenciones. Dentro de los gestos se distinguen: 1) *protoimperativos* para pedir algo. 2) *protodeclarativos* con el fin de compartir algo. Paulatinamente los gestos van evolucionando y apareciendo otros nuevos asociados a acciones específicas lo cual brinda un significado importante en lo que respecta a las pautas sociales.

En relación al lenguaje, Frith (2006) postula un conjunto de capacidades necesarias para la competencia lingüística, entre ellas se encuentra la fonología, encargada de desarrollar los sonidos del habla, la sintaxis que refiere la capacidad para usar reglas gramaticales y la semántica que permite entender y producir significados. Finalmente, y en un nivel más complejo está la pragmática que implica utilizar el lenguaje con fines comunicativos. Los problemas en relación a la capacidad pragmática es una de las características determinantes en el autismo por lo cual es pertinente mencionar que el autismo corresponde más un déficit comunicativo que lingüístico.

Las funciones comunicativas se definen según la intención, es decir, pedir, regular, preguntar. Estas funciones que forman parte de las interacciones pueden entrenarse para fomentar el intercambio social. Por lo general, las programaciones propuestas para trabajar con niños con TEA incluyen objetivos para desarrollar las funciones comunicativas. El aprendizaje de habilidades lingüísticas y su entrenamiento puede provocar el uso espontáneo por parte de los pacientes y así producir una mejora funcional en las relaciones con los demás, su autonomía y calidad de vida (Monfort, 2009).

3.3 Déficit en la interacción social en autismo

Según Wing (1996) es evidente que las personas con trastorno autista poseen dificultades en unificar diversos tipos de información de modo que puedan aprender de las propias experiencias, así como encontrarles sentido y poder representar el mundo que les rodea; esto tiene relación directa con la teoría de la coherencia central planteada por la autora. Por esta razón no resulta extraño que la interacción social sea uno de los rasgos más deficitarios en el autismo, dado que los humanos son seres muy complejos y presentan una enorme variabilidad al momento de desplegar sus movimientos corporales, expresiones, el habla y el tono de voz utilizado, las reacciones, y cuanto más compleja sea la información que llega a las personas con este trastorno, más complicado aún será poder comprenderla y representar esas informaciones para usarlas como referencias en el futuro.

Sostiene Uta Frith (2006) que los niños con desarrollo típico muestran respuestas sociales desde etapas muy tempranas en la infancia, verificando que hay una preferencia por caras y voces humanas, sobre todo de la madre, desde el nacimiento. Esto puede observarse en las primeras semanas de vida, por ejemplo, con el surgimiento de la sonrisa social. Más tarde, alrededor de los ocho meses, el bebé manifiesta respuestas de miedo a los extraños dando cuenta de que pueden distinguir entre personas, lo cual también refiere al apego como una señal positiva en vínculos emocionales específicos. Al final del primer año de vida el bebé ya saluda a su madre, le extiende los brazos para que lo alce, se amolda a su cuerpo. En relación a esto, plantea la autora que la soledad autista podría explicarse en términos de un déficit en el impulso innato a estímulos sociales que poseen los bebés.

El déficit en el desarrollo y mantenimiento de vínculos sociales es una de las características más generales y profundas del autismo, así como también de las más investigadas. Esto se expresa, globalmente, como aislamiento social y conductas sociales inadecuadas. Las respuestas de evitación con padres, cuidadores puede manifestarse desde la primera infancia y suele sostenerse a medida que el niño va creciendo. Si logran establecer relaciones sociales, generalmente son escasas e inconstantes y están caracterizadas por limitaciones, pocas interacciones con fines manipulativos y escasa reciprocidad emocional. Todas estas manifestaciones implican a modo general un gran déficit en el desarrollo normal de la interacción social con severas alteraciones a nivel de la capacidad empática (López Gómez, & García Álvarez, 2008).

Un constructo esencial para el desarrollo del intercambio socioafectivo es la denominada atención conjunta, que refiere a la capacidad de coordinar la atención con otra persona acerca de un acontecimiento o un objeto. Esta facultad se expresa alrededor de los seis meses de edad y su desarrollo implica una condición sustancial en gran parte para luego poder adquirir el lenguaje. Respecto a esto, cabe destacar que la base de la cognición social se despliega en los ámbitos de comunicación social en los cuales se desenvuelven la reciprocidad afectiva, la atención conjunta y la teoría de la mente. La alteración en la atención conjunta y sobre todo en las habilidades para iniciar la atención

conjunta, representan un síntoma fundamental de los niños con TEA (Alessandri, Mundy & Tuchman, 2005).

Ruggieri (2013) plantea que las emociones se expresan por reacciones, comportamientos y expresiones faciales; la regulación o no de éstas tienen un importante efecto en las conductas. El déficit en el reconocimiento de rostros presente en personas con TEA, produce una gran dificultad a la hora de poder inferir estados emocionales, intenciones, miradas, deseos y conductas de los demás, cuya relación se establece de manera directa con la ausencia de la teoría de la mente y esto en consecuencia afecta severamente la conducta social. Define el autor que el hecho de no poder reconocer emociones tanto propias como ajenas da como resultado una limitada cognición social que afecta las habilidades sociales por problemas en el desarrollo de la empatía.

3.4 Intervenciones en TEA

Las personas con TEA presentan un conjunto heterogéneo de síntomas cuya variabilidad en la expresión clínica varía de un sujeto a otro y además se va transformando a lo largo del ciclo vital. Esta heterogeneidad también se manifiesta a nivel de la respuesta a los tratamientos, es por eso que no hay consenso sobre qué modelo de intervención es más adecuado. Hay numerosos principios a la hora de elegir un tratamiento: 1) la intervención debe ser individualizada. 2) los objetivos y estrategias de intervención deben basarse en una evaluación previa. 3) las intervenciones deben garantizar la generalización de los aprendizajes en diversos contextos. 4) la participación de la familia es fundamental en el proceso. 5) se deben respetar las necesidades que presentan las personas con TEA. 6) se deben fomentar aprendizajes funcionales. 7) uso de los intereses y la motivación de la persona para el diseño de actividades. 8) incluir objetivos concretos y medibles (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

3.4.1 Intervenciones centradas en la comunicación

3.4.1.1 Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación

Los sistemas alternativos de la comunicación (SAAC) son programas de intervención visuales dirigidos a personas con alteraciones en el lenguaje o la comunicación, basados en gestos, carteles, pictogramas que sustituyen el lenguaje verbal. Los sistemas aumentativos de comunicación asocian simultáneamente la consigna verbal con la imagen; el objetivo de estos últimos es potenciar la posibilidad de recuperar la palabra por medio de la memoria visual ya que la comunicación no verbal es esencialmente visual (Grañana, 2014).

El objetivo de estos sistemas está centrado en la enseñanza por medio de procesos instructivos específicos de un conjunto estructurado de códigos, signos, imágenes, presentados en un soporte físico dirigido a fomentar los actos de comunicación. Las personas con TEA suelen procesar mejor los estímulos y la información visual, espacial y concreta siendo que poseen mayores dificultades en manipular la información invisible, temporal y abstracta. Es por esta razón que los sistemas alternativos de comunicación constituyen un instrumento primordial en las personas con TEA al momento de comunicar algo (Consejería de educación, 2006).

En el último periodo, los SAAC se apoyan mayormente en las tecnologías digitales como son las computadoras, los celulares, las *tablets*, las cuales disponen de diversas y numerosas funciones accesibles y de rápida acción-reacción lo cual favorece a la rigidez en las dificultades comunicacionales. A su vez, estas tecnologías abren el campo de interacción social, ayudando al desarrollo práctico y social de las personas con TEA (Guzmán, Putrino, Martínez & Quiroz, 2017).

3.4.1.2 Sistema de intercambio por imágenes

Uno de los sistemas más utilizados en la población con TEA es el sistema de intercambio por imágenes (PECS, del inglés, *Picture Exchange Communication System*) desarrollado por Bondy y Frost en 1994. Se utiliza básicamente para enseñar a los niños con autismo a comunicar y, por ende, interactuar con los demás mediante el intercambio de figuras, dibujos, símbolos, pictogramas u objetos concretos de los ítems deseados por

el niño. Los objetivos de este sistema de comunicación incluyen la identificación de objetos, aprender a responder preguntas y convocar al niño para que realice una acción. Es un programa estructurado que colabora con la modificación de conducta ya que emplea estímulos, respuestas y refuerzos para llegar a una comunicación funcional a través de un medio visual. A su vez, hace hincapié en el intercambio social y comunicativo principalmente para estimular la motivación, el deseo y la necesidad de comunicar además de potenciar la aparición y/o el desarrollo del lenguaje oral (Güemes Careaga, Martín-Arribas, & Posada de la Paz, 2009).

El PECS utiliza diversos procedimientos conductuales de enseñanza basados en técnicas como el encadenamiento inverso, el moldeamiento, la instigación anticipada y demorada y el desvanecimiento de instigadores físicos. Este sistema está compuesto por seis fases. La primera es la de intercambio físico en donde el niño toma la figura del ítem que desea y la entrega al entrenador, se guía físicamente al niño en todo momento. La segunda fase se centra en el aumento de espontaneidad y el niño despegla la figura de su tablero de comunicación y la entrega al entrenador. La tercera fase está dirigida a que el niño pueda discriminar entre varias figuras y seleccione la que desea. En la cuarta fase se enseña a estructurar una frase, el niño solicita los ítems y elige además la figura de “Yo quiero” colocándolo en orden sobre un porta-frase. La quinta fase corresponde al pedido de forma espontánea dentro de una variedad de ítems, aquí el niño puede responder a la pregunta “¿Qué querés?”. En la última fase el niño debe contestar adecuadamente a diversas preguntas del estilo de la fase cinco (Grañana, 2014).

3.4.1.3 Sistema de comunicación total

Por otro lado, un SAAC reconocido en su uso para población con TEA es el sistema de comunicación total de Shaeffer. Este consiste en un sistema de signos que facilita la comunicación presentando a la persona con TEA el signo y simultáneamente la palabra, fomentando así el acceso al lenguaje oral. A través del moldeamiento se ejecuta el signo en el niño sin esperar que lo imite solo ya que esto resulta complejo en las personas con autismo. Lo fundamental dentro de este sistema de comunicación no es el perfeccionamiento del signo realizado por el niño, sino que lo que se pretende es que

pueda hacerlo de manera espontánea y funcional promoviendo sus funciones comunicativas. También es importante contar con la colaboración del contexto familiar y escolar-profesional comprometido en el tratamiento del niño para su adecuada estimulación evitando confusiones (Valdez, 2011).

3.4.2 Intervenciones centradas en la conducta

3.4.2.1 Análisis Conductual Aplicado

Las intervenciones conductuales básicamente enseñan a los niños comportamientos y habilidades empleando técnicas específicas de manera estructurada. Uno de los programas más utilizados actualmente en la población con TEA es el Análisis Conductual Aplicado (ABA; del inglés, *Applied Behavior Analysis*). Se trata de un método de intervención estructurado que permite de una manera sistemática y mensurable incrementar, disminuir, sostener o generalizar determinadas conductas. Este programa promueve las conductas adaptativas como pueden ser las habilidades académicas, sociales, de comunicación y de la vida diaria, a través de refuerzos positivos y las conductas no deseadas o disruptivas se restringen solo eliminando las consecuencias positivas a través del método de extinción. Por este motivo es que este programa puede considerarse como un modificador de conducta (Mulas et al., 2010).

El ABA hace foco sobre las relaciones entre la conducta y los factores ambientales utilizando como recurso la medición y observación directa. La aplicación de estos principios basados en la teoría del aprendizaje aspira a mejorar las conductas y aptitudes socialmente significativas modificando las condiciones de los elementos señalados previamente (Alessandri, Thorp, Mundy & Tuchman, 2005)

3.4.1 Intervenciones combinadas

3.4.2.1 Programa TEACCH

Algunas intervenciones reúnen elementos de programas conductuales y evolutivos. El modelo TEACCH (del inglés *Treatment and Education of Autistic and*

Related Communication Handicapped) tiene su origen en la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos desarrollado por el Dr. Schopler en el año 1966. Este tipo de enseñanza estructurada hace foco en comprender la cultura del autismo, es decir, las maneras que tienen las personas con TEA de pensar y experimentar el mundo entendiendo que estas diferencias explicarían los síntomas y las conductas que presentan. Asimismo, el modelo propone que este aprendizaje se aplique en múltiples contextos con la colaboración de diversos profesionales y la familia del niño (Mulas et al., 2010).

El modelo TEACCH es un programa de intervención educativa destinado a personas con dificultades en la comunicación. Dentro de este modelo uno de los principales objetivos consiste en desarrollar un sistema de comunicación funcional que no refiere solo al lenguaje verbal sino a las funciones comunicativas de la persona. Este abordaje establece esencialmente el uso de claves y recordatorios visuales como base para el lenguaje funcional. Es importante garantizar la adaptación del entorno a través de la organización estructurada de los materiales y las actividades de manera tal que resulte comprensible para la persona con la cual se va a trabajar; esto a su vez contribuye al tratamiento conductual previniendo los estallidos de ansiedad y frustración que pudieran presentarse. Las estrategias de intervención empleadas en el TEACCH radican en la organización física, los calendarios, los sistemas de trabajo y la organización de tareas con el objetivo fundamental de potenciar la comunicación disponible en la persona con TEA (Gándara Rossi, 2007).

3.4.2 *Intervenciones para la interacción social*

Valdez (2016) plantea objetivos claves para la intervención sobre las competencias sociales básicas tales como la atención hacia las personas, sus gestos y expresiones que se encuentran comprometidas en las personas con TEA y como consecuencia afectan directamente a la interacción social.

- 1) *Establecer contingencias sociales básicas*: fundamentalmente lo que se intenta es que el niño se interese y logre anticipar la conducta de su terapeuta, logrando

establecer una relación positiva en la que el niño busca genera una reacción y así se hace de manera secuencial hasta que el inicia las conductas produciendo la interacción.

- 2) *Participación en acciones conjuntas sencillas*: con objetos causa-efecto sencillos y que sean de interés para el niño. Se trabaja de manera secuencial para que lo entregue y logre realizar las acciones que desea.
- 3) *Aumentar el uso social de la mirada en peticiones*: se busca de forma explícita la mirada del niño y cuando mira es que consigue lo que desea en ese momento.
- 4) *Alternar mirada entre objetos o situaciones y adultos*: en cualquier situación natural en la que el niño se sienta motivado, realizar gestos o expresiones de sorpresa para lograr que el niño mire y así nombrar el objeto.
- 5) *Favorecer esquemas de atención conjunta*: el objetivo es que el niño dirija su atención hacia lo que su terapeuta quiere mostrarle. Comenzando por ejemplo a realizar actividades en las que el niño necesite de la ayuda de su terapeuta para ejecutar correctamente la tarea.
- 6) *Favorecer esquemas de imitación-contraimitación*: usualmente se realiza con juegos de gestos a través de canciones populares breves y sencillos, se toman las manos del niño para ayudarlo a realizar la acción.
- 7) *Juegos sencillos de turnos*: el objetivo consiste en que el niño comprenda que le toca a la otra persona durante el juego y que necesite que pase ese turno para que pueda continuar el jugando.
- 8) *Favorecer la comprensión de emociones básicas*: principalmente se busca que surjan reacciones correlativas ante las emociones de los demás, por ejemplo, enseñando al niño un gesto de enojo y diciendo “no se hace” cuando esté haciendo algo incorrecto. También de una manera más estructurada se puede trabajar, por ejemplo, a través de la imitación exagerada de las expresiones emocionales en personajes de cuentos.
- 9) *Favorecer situaciones básicas de juego simulado*: el juego funcional consiste en reproducir acciones de la vida cotidiana con objetos, simulando por ejemplo comer un alimento de juguete, dar de comer a un muñeco, etc. y alternar estas acciones con el adulto y el niño. De manera progresiva y si el desarrollo cognitivo general del

niño lo permite se irán introduciendo atribuciones de acciones, habla, percepciones y sensaciones, emociones y pensamientos a los muñecos.

4. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

Participantes

Se realizó el seguimiento a Pedro, un joven de 14 años diagnosticado con TEA desde la infancia temprana. Actualmente vive con sus padres y hermana mayor. Pedro posee lenguaje verbal y se comunica mediante palabras cuando necesita pedir o se le pregunta algo. A su vez, Pedro presenta un gran déficit atencional y rigidez cognitiva, aunque actualmente no tiene conductas disruptivas severas. Asiste al Centro desde hace cuatro años, de lunes a viernes en el turno mañana 9hs a 12:30hs.

Los otros participantes fueron la terapeuta licenciada en psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) hace un año trabaja en el centro. La coordinadora, licenciada en psicología graduada en la UBA, realizó un posgrado en Terapia Cognitiva Conductual de niños y adolescentes en Fundación Foro y hace cinco años trabaja en el centro terapéutico, también trabaja en el ámbito privado con pacientes particulares. El director, uno de los fundadores del CET donde trabaja hace diez años, es graduado de la Universidad de Palermo y realizó un posgrado de psicología cognitiva de tercera generación en la Universidad Favaloro. También trabaja atendiendo pacientes con TEA y Síndrome de Asperger en el ámbito privado.

Instrumentos

Observación participante dentro de la sala.

Se tomaron entrevistas individuales semi-dirigidas: a la coordinadora, para indagar acerca de los programas dirigidos a estimular la interacción social y la comunicación de Pedro teniendo en cuenta sus déficits. Al director, para obtener información acerca del diseño de tratamiento y los objetivos logrados en relación a los modos comunicacionales desde que Pedro ingresó a la institución. A la terapeuta con el objetivo de conocer las intervenciones orientadas a aumentar comunicación y las habilidades sociales del joven.

Acceso a la historia clínica de Pedro para obtener datos sobre su desarrollo, a qué edad fue diagnosticado, las características clínicas cuando ingresó al CET, la evolución de su tratamiento, si ya poseía lenguaje verbal, si presentaba conductas inadecuadas.

Procedimiento

Se observó a Pedro de 14 años de edad con Trastorno del Espectro Autista, quien concurre al Centro Educativo Terapéutico de lunes a viernes en el turno mañana 9hs a 12:30hs, durante un periodo de tres meses y medio, fundamentalmente en las actividades que realiza a diario en la sala con la terapeuta. Se realizarán entrevistas individuales y semi-dirigidas a la coordinadora y al director del CET, con una duración aproximada de treinta minutos.

5. DESARROLLO

5.1 Breve presentación del caso

En el presente trabajo se denominará a la persona del caso con el nombre Pedro con el objetivo de resguardar la identidad del menor. Pedro es un joven de 14 años con diagnóstico TEA. Asiste al centro educativo terapéutico (CET) desde hace cuatro años y

medio de lunes a viernes en el turno mañana. Previamente concurre a una escuela de recuperación durante dos años y además hacía tratamiento domiciliario. Al momento de ingresar al CET, Pedro presentaba ecolalias, hiperactividad, hipersensibilidad auditiva, muy escaso lenguaje, ausencia de contacto visual, movimientos estereotipados con las manos y conductas disruptivas de enojo, gritos y llanto sobre todo ante cualquier tipo de cambio en su rutina. Además, deambulaba continuamente por los espacios, no podía sostener actividades ya que su span atencional era muy bajo y sus tiempos de espera muy cortos. Pedro se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico controlado por una psiquiatra y actualmente asiste a sesiones de fonoaudiología una vez por semana.

Los directivos del CET mencionan que hubo un cambio notable en las conductas de Pedro en relación a su inflexibilidad, gritos y frustraciones, sin embargo, no hubo mucha evolución en lo que concierne al lenguaje. Por tal motivo, durante este año se estuvieron realizando programas de intervención especialmente dirigidos a aumentar la comunicación y el lenguaje.

El joven acude a una de las salas del CET conformada por dos niñas con las cuales comparte el espacio, una de ellas posee el Síndrome de Angelman y la otra, retraso madurativo. Todas las mañanas Pedro tiene 45 minutos de trabajo uno a uno con su terapeuta mientras sus compañeras asisten a la clase de educación física. Este es un momento del día en el cual se puede trabajar intensamente sin la presencia de sus compañeras lo cual favorece la concentración y el nivel atencional. Actualmente no presenta conductas disruptivas de golpes, gritos o llanto. Eventualmente, si no durmió bien la noche anterior y se encuentra muy cansado pueden observarse conductas de llanto. Además de estas actividades, el joven posee dos sesiones semanales de terapia ocupacional dentro de la institución.

5.2 Describir los modos comunicacionales que utiliza un joven de 14 años con TEA.

En lo que respecta a los modos comunicacionales, se observó que Pedro posee buen contacto visual, así como seguimiento de la mirada. Esto corresponde, tal como

menciona Grañana (2014) a una de las formas más primitivas de la comunicación. En este sentido, es importante destacar que la mayoría de las veces, al momento de realizar determinado acto comunicativo el joven establece contacto visual directo con la terapeuta comprendiendo la función de ese acto. De esta manera se pudo registrar que Pedro utiliza el lenguaje verbal de manera espontánea en caso de tener que pedir las cosas que desea logrando evocar las palabras pertinentes, como por ejemplo “jugo”, “pis”, “descansar”; a su vez, dicho avance pudo corroborarse en la entrevista realizada a la coordinadora quien se refirió a esto último como una gran evolución dentro del área de la comunicación, haciendo especial foco en la intención comunicativa presente y actual en el joven.

Asimismo, pudo registrarse que los momentos de mayor iniciativa en relación a la comunicación ocurren durante el desayuno -el cual se realiza dentro de la sala- y durante los tiempos de descanso. Respecto al momento del desayuno, Pedro dispone del sistema PECS el cual consiste en un portafrase que contiene claves visuales bien diferenciadas donde se encuentran fijas “yo” “quiero” y él agrega, según lo que desea en ese momento las claves restantes que son las del verbo “comer” o “tomar” y las del objeto “galletitas” o “jugo”. Este sistema enseña a los niños con TEA a comunicar y en consecuencia a interactuar con los demás mediante el intercambio de, en este caso, claves visuales. Estas últimas se encuentran adheridas a otro panel, el joven selecciona lo que desea, realiza el armado del portafrase, luego lo entrega a su terapeuta y verbaliza la oración completa. Tal como plantea Grañana (2014) y en relación a lo observado, el joven se encuentra en la cuarta fase del uso del sistema PECS en donde se le enseña a estructurar la frase y solicitar los ítems deseados colocándolos en orden en su portafrase. A su vez, dicho intercambio social y comunicativo permite estimular la motivación, el deseo y la necesidad de comunicar a los demás. En relación a los tiempos de descanso, luego de realizar un bloque de trabajo en mesa con la terapeuta, Pedro tiene unos minutos de descanso en otro espacio diferenciado dentro de la sala donde hay un puff, esta adaptación del ambiente y disposición de los espacios dentro de la sala responde específicamente al programa TEACCH que constituye la modalidad desde la cual trabaja la institución (Gándara Rossi, 2007).

En el momento de descanso, el joven dispone de un panel de elecciones donde se encuentran las claves visuales que representan estímulos de su interés como “pelota”, “burbujas” y “hacer cosquillas”. Los tiempos de descanso duran unos 5 minutos y se realizan tras aproximadamente 10 minutos de trabajo en mesa con el objetivo de sostener el nivel atencional de Pedro. Es así que, durante los minutos de descanso, la terapeuta se coloca cerca del puff donde el joven se sienta, y por lo general realizando contacto visual, espontáneamente pide “cosquillas” o “masajes”. Otras veces, toma su panel de elecciones y entrega la clave visual que corresponda a la terapeuta. Este desarrollo de las funciones comunicativas se encuentra ligado al entrenamiento realizado por parte de la terapeuta, con el objetivo de enseñar al joven habilidades lingüísticas y fomentar el intercambio social. En este caso, la función comunicativa está definida según la intención de pedir. De esta manera se incita el uso espontáneo del mismo y tal como postula Monfort (2009) esto logra producir una mejora funcional en las relaciones con los demás, la autonomía y la calidad de vida del joven. Esto último respecto de la mejora funcional pudo comprobarse ya que algunas veces Pedro lograba pedir las cosas sin utilizar el panel, estableciendo contacto visual y es por este motivo que se promueve constantemente el uso de los sistemas de comunicación como instrumentos fundamentales para personas con TEA.

Por otro lado, durante el momento del recreo realizado en el patio de la institución, Pedro se aislaba hacia un rincón del mismo y la terapeuta era quien lo incluía en las actividades, generalmente con él se jugaba a pasarse la pelota o distribuir varias pelotitas de colores por el patio y que el joven las recolectara y guardara en un balde. Otras veces, cuando no quería estar en el patio Pedro pedía ir a la sala de Terapia Ocupacional a la cual se refería como “hamaca” debido a que dentro de este espacio hay una hamaca colgante. Esto ha permitido esclarecer la capacidad pragmática dentro de la competencia lingüística, puesto que como postula Frith (2006) este nivel implica utilizar el lenguaje con fines comunicativos. Asimismo, algunos días en los que el joven se encontraba desregulado, podía expresar claramente “no” o “no chau” luego de que la terapeuta le ofrecía ir al patio, rechazando firmemente esta opción. Esto último mencionado, es una modalidad comunicacional novedosa y reciente en él según lo conversado con la coordinadora del CET.

Una vez a la semana, la clase de educación física se realiza en una plaza cerca de la institución y Pedro asiste con un grupo reducido de compañeros, el profesor de educación física y una terapeuta; esta salida frecuentemente genera intenso rechazo en el joven si no se lo anticipa correctamente o si justo ese día está levemente desregulado. Se observó que hasta pueden producirse conductas disruptivas de llanto, gritos, excitación motriz y excesiva rigidez mientras el joven expresa “no” y “chau” ante cualquier pregunta en relación a esta actividad apartando físicamente a la terapeuta. Por tal motivo, es fundamental el uso de anticipadores visuales que organicen en tiempo y espacio al chico, para poder prevenir las conductas disruptivas que pudieran presentarse, considerando que los cambios de rutina en pacientes con TEA se asocian directamente con la inflexibilidad cognitiva, una de las características diagnosticas principales del trastorno según lo planteado en el DSM-5 (APA, 2014).

No se observó en el joven el uso de gestos como modo comunicacional. Según la coordinadora del CET, al momento de su ingreso tampoco utilizaba dicho recurso dado que se comunicaba mediante palabras o mostrando a la persona que estuviera cerca lo que quería, tomándola de la mano y llevándola hacia el objeto. Actualmente Pedro no emplea este tipo de modalidades para comunicarse ya que lo hace a través del lenguaje oral. Durante este año, desde la programación llevada a cabo por los directores y las coordinadoras de la institución se hizo especial hincapié en promover el uso del lenguaje expresivo, así como incrementar la comprensión del lenguaje en el joven.

Es importante mencionar que todos los actos comunicativos observados en Pedro están relacionados con la intención de pedir o rechazar algo y no precisamente con una función ligada al intercambio social con otras personas, sin embargo, como plantea Wing (1996) lo fundamental es impulsar al niño a comunicarse del modo en que sea capaz y no focalizarse tanto en el perfeccionamiento de ese modo comunicacional. En este sentido, es sustancial que cuando se trabaja con el joven se pueda observar y valorar todo acto comunicativo ya sea que éste consista en la mirada y el sostenimiento de la misma, la búsqueda de contacto físico, el pedido o el rechazo, la iniciativa que se presente en determinado momento y por supuesto, el lenguaje oral. De esta manera, resulta significativo cuando el joven, por ejemplo, dentro de un bloque de trabajo pedía

“jugo” utilizando el recurso del lenguaje verbal y además la mirada, y la terapeuta accedía a que, luego de finalizar la actividad, se sirviera en un vaso con el objetivo de no anular ese pedido y fomentar la comunicación en todo momento. De este modo, se entiende que la manifestación de la intención comunicativa tiene como prerrequisito la adquisición de múltiples habilidades que incluyen el contacto visual, el proceso de atención conjunta, los gestos, el desarrollo de empatía y el reconocimiento de emociones; es por eso que este tipo de conductas son buscadas y fomentadas reiteradamente con el fin de estimular al joven al intercambio comunicativo (Grañana, 2014).

5.3 Describir el déficit en la interacción social de un joven de 14 años con TEA.

Tal como lo define el DSM-5 se pudo evidenciar en lo que respecta a las características clínicas de Pedro, el deterioro persistente en la comunicación social recíproca y la interacción social en diversos contextos, así como los patrones restrictivos y repetitivos de la conducta. Esto último se pudo advertir especialmente cuando se trataba de situaciones que no estaban incluidas en la rutina diaria del joven, como los cumpleaños de sus compañeros, las salidas a la plaza o alguna fecha especial que amerite un festejo. En este tipo de circunstancias, se podía ver claramente la rigidez cognitiva que posee el joven ya que, por esta razón, podían desencadenarse conductas disfuncionales. En relación a estos eventos, Pedro lograba sostener algunos minutos en la mesa, sin embargo, no disfrutaba como tal vez sí otros compañeros al momento de comer, cantar una canción o realizar cualquier actividad en conjunto. Usualmente se registraba un aumento notable en las autoestimulaciones, los movimientos estereotipados y la hiperreactividad a los estímulos sensoriales, sobre todo teniendo en cuenta los contextos en que generalmente se desarrollan estas actividades. En varias ocasiones, luego de un rato de haber sostenido un tiempo en la mesa con todos sus compañeros, la terapeuta optaba por trasladarse con Pedro al espacio de Terapia Ocupacional para que no se desregulara (APA, 2014).

Este tipo de conductas también se vieron reflejadas, aunque en menor grado, durante los momentos de descanso en el patio, acompañado de la dificultad para poder realizar actividades en conjunto. En estas situaciones, lo único que parecía realmente motivar al joven era jugar con una pelota de tamaño chico y si la terapeuta no intervenía en el juego, Pedro se quedaba en el rincón aislado picando la pelota por tiempos prolongados lo cual generaba un refuerzo de la denominada soledad autista; de modo que el joven ignora y excluye todo lo relacionado al mundo externo, prefiriendo interesarse en los objetos y no en las personas (Frith, 2006). A partir de esto, la terapeuta intervenía en el juego y lograba una interacción entre el joven, ella y la pelota con la simple consigna “dame pelota” y “tomá pelota” configurando una triangulación que permitía vislumbrar el proceso de atención conjunta y a su vez que pueda comprender el pase de turnos dentro del juego. De esta manera a lo que se apunta es a desarrollar algún nivel de intercambio socioafectivo con el objetivo de coordinar la atención con otra persona acerca de un objeto o acontecimiento, logrando una interacción social y un despliegue globalmente más funcional, siendo que la alteración en la atención conjunta representa uno de los síntomas fundamentales en TEA (Alessandri, Mundy & Tuchman, 2005).

Por otro lado, en contextos más conocidos y serenos como la sala en donde Pedro se encontraba la mayor parte del tiempo, solía estar más regulado y abierto a la interacción. Se observó que, durante los tiempos de descanso entre las actividades, el joven miraba a su terapeuta sonriendo y le pedía “cosquillas” o “masajes en la cabeza”. Cabe destacar que Pedro es un chico muy afectuoso y que disfruta profundamente del contacto físico sobre todo con la terapeuta o personas más conocidas para él. Bajo estas circunstancias, la terapeuta se acercaba y respondía a lo que el joven había pedido, aunque solo por algunos segundos. Luego, esperaba un poco más alejada a que volviera a pedirle y así se producía un círculo de comunicación, o en palabras de Valdez (2016) el establecimiento de contingencias sociales básicas, lo cual refiere a que el niño se interese y pueda anticipar la conducta de la terapeuta mediante una relación positiva en la cual busca la reacción y así sucesivamente, generando la interacción.

En la entrevista con la coordinadora se pudo obtener información acerca del déficit que poseía Pedro en la interacción social al momento de ingresar a la institución y en los primeros períodos. La coordinadora menciona que en un principio era muy difícil trabajar con el joven dado que presentaba conductas disfuncionales de manera frecuente y a su vez, no tenía ningún tipo de interés en establecer contacto con ninguna persona dentro del CET. Menciona que deambulaba todo el tiempo, lloraba, hacia berrinches y nunca sonreía ni establecía contacto visual con las terapeutas. Progresivamente estas conductas fueron mejorando y se buscó qué actividades resultaban motivantes para Pedro y cuáles eran sus intereses más marcados, desde allí se comenzó a trabajar y constituir el vínculo positivo para luego poder abordar otras dificultades.

Tal como lo plantea Ruggieri (2013) la relación entre la ausencia de la teoría de la mente y la alteración en la conducta social se establece de manera directa teniendo en cuenta que el déficit produce una gran dificultad para inferir los estados emocionales, miradas, deseos y conductas de los demás. Esto pudo observarse, por ejemplo, durante el saludo que se realizaba todas las mañanas luego de compartir el momento del desayuno en conjunto. Pedro disponía de un panel con una foto de la puerta del centro y al costado la foto de cada una de sus compañeras. La terapeuta incitaba a los jóvenes a saludarse entre sí, nombrándolos en orden. En este momento, Pedro no lograba establecer contacto visual con ninguna de ellas, ni sonreír como lo hacían sus compañeras y tampoco parecía comprender que era lo que estaba haciendo. Sin embargo, cuando la terapeuta preguntaba “¿quién vino hoy a la escuela?” y mostraba la foto de una compañera, instantáneamente el joven mencionaba el nombre de la misma. Es decir, lograba responder a lo que su terapeuta preguntaba mediante el apoyo visual pero no obtenía ninguna satisfacción o reacción emocional por el hecho de saludarse y tomarse de la mano con sus compañeras. De manera tal, que el hecho de no poder reconocer emociones propias y ajenas, resulta en una limitada cognición social que afecta las habilidades sociales por alteraciones en el desarrollo de la empatía (Ruggieri, 2013).

El déficit en la teoría de la mente se asocia directamente con las alteraciones a nivel de la interacción social. Tal como lo plantea Riviere (2000) los actos de referencia

Comentario [V1]: referencia

Comentario [UdW2]:

Comentario [UdW3]:

social que suponen la interpretación sobre un suceso a través de una expresión emocional se encuentran afectados puesto que no hay conciencia del propio estado mental ni de los demás. Entonces, pudo observarse que, si bien Pedro logra utilizar estrategias para aprender a comportarse dentro de un contexto, al no poseer las habilidades previas como el reconocimiento de expresiones faciales y emociones no logra inferir la interpretación de los demás a partir de su conducta lo cual resulta importante para su propia interpretación y lectura de una situación.

Por otro lado, se observó el trabajo realizado sobre el saludo a la mañana apenas ingresaba al CET. La terapeuta se colocaba delante de él y le decía “Hola Pedro, ¿cómo estás?” y él respondía con un “Hola, bien” mirándola a los ojos, luego de esto colgaba su mochila en un perchero que tenía su foto, dejaba su vianda en la cocina y subía al primer piso en donde se encontraba la sala. Más tarde, antes de empezar a el trabajo uno a uno en la sala, la terapeuta lo tomaba de las manos y buscándole la mirada volvía a preguntarle cómo estaba, a lo cual el joven respondía con una sonrisa. De todas maneras, esto se pudo registrar como una habilidad social aprendida y automatizada, ya que a cualquier persona (otras terapeutas, coordinadores, etc.) que le dijera “hola” o “¿cómo estás?” Pedro les respondía de igual manera. Esto último, describe porqué el déficit en el desarrollo y el mantenimiento de vínculos sociales resulta una de las características más generales y profundas en el autismo. Desde esta perspectiva, se puede pensar que por más que el joven aprenda a saludar correctamente, no existe un interés en la otra persona, no comprende por qué motivo lo hace y no existe una función social sobre esta conducta; es por esta razón que en estos niños se producen severas alteraciones a nivel de la capacidad empática y la reciprocidad emocional (López Gómez, & García Álvarez, 2008).

5.4 Describir las intervenciones orientadas a aumentar la comunicación de un joven de 14 años con TEA.

En lo que respecta a las intervenciones, inicialmente es importante destacar que, en la entrevista realizada a la coordinadora, remarca que la neuropediatra de la institución al inicio de cada año realiza una evaluación diagnóstica y se observa cómo

está cada uno de los pacientes cuando ingresan nuevamente al CET después de las vacaciones. Luego de dicho diagnóstico y sumado a las evaluaciones realizadas por los psicólogos, se procede a armar la programación para cada uno y ajustar los cambios que sean necesarios a medida que se va avanzando. Para este año, el objetivo de las intervenciones que se realizarían con Pedro, estaban vinculadas a poder aumentar la comunicación verbal y la comprensión del lenguaje específicamente. Además, durante la entrevista se pudo acceder a la carpeta de programación del joven, la cual contenía diversos programas que se estaban trabajando en ese momento y cada uno de ellos contenía planillas de registro cualitativo y cuantitativo. Estos programas pueden ir o bien variando o bien complejizándose, considerando la evolución del área en la cual se esté entrenando al joven. Es por eso que semanalmente la terapeuta registra en una planilla qué programas se realizarán y si se han cumplido los objetivos de la semana anterior, en el caso de que no sea así, se sigue trabajando sobre ese objetivo hasta que el chico logre adquirirlo. Sumado a esto, una vez a la semana, todas las terapeutas de la institución tienen espacio de supervisión con la coordinadora y usualmente el director hace observaciones de las actividades que se realizan en la sala para luego dar un feedback.

Por otra parte, también es importante mencionar que en esta institución la modalidad de trabajo en todas las salas y con todos los chicos es a través del programa TEACCH. Este tipo de enseñanza estructurada es la base sobre la que se construyen y realizan todas las actividades, desde el uso de claves y recordatorios visuales como base para la comunicación funcional y no solo el lenguaje verbal. Este abordaje pudo corroborarse tanto en lo que refiere a la disposición de la sala, teniendo en cuenta la adaptación del entorno a través de la organización estructurada de los materiales y actividades, así como la diferenciación bien definida de los espacios en donde se va a realizar cada actividad colaborando con la presente distractibilidad procedente de estímulos internos y externos en las personas con TEA. Respecto a esto último, pudo registrarse en varias ocasiones que la terapeuta debía cerrar ventanas y cortinas de la sala ya que el joven se dispersaba observando a través de ellas el patio, los árboles, el cielo y todos los estímulos externos que parecían ser una gran atracción y en consecuencia interferían el nivel atencional de Pedro al momento de realizar las actividades dentro de este espacio. Lo mismo le sucedía con sonidos como por ejemplo del ventilador o

música que provenía de la sala contigua. Por otro lado, en relación a la disposición y organización de la sala, había un espacio con una mesa pequeña y una silla donde se realizaban las actividades independientes. También había otra mesa que correspondía al trabajo grupal y en la cual desayunaban los tres integrantes que conformaban la sala y por último un espacio de descanso donde había un puff y una colchoneta. En cuanto a la organización de las actividades, siempre se establecía de la misma manera variando la disposición de la mesa ya sea para realizar una actividad independiente, bloque uno a uno con la terapeuta o grupal. A la izquierda del chico se encontraba un canasto que contenía las actividades que iba a realizar y a su derecha un canasto vacío para guardar una vez que terminaba. Una vez finalizado todo el trabajo y viendo que en el canasto colocado a su izquierda ya no quedan actividades por realizar, el joven dice “terminé” y se va a sentar en el espacio de descanso. De esta manera el sistema de trabajo estructurado y organizado contribuye al tratamiento conductual de los pacientes con TEA, ya que permite prevenir estallidos de ansiedad y frustración que pudieran presentarse por no comprender la actividad o el orden de que va a realizar primero, después, etc. (Gándara Rossi, 2007).

En lo que respecta a las intervenciones orientadas a aumentar la comunicación, los recursos más ampliamente utilizados son los Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC), cuyo objetivo se centra en la enseñanza mediante procesos instructivos estructurados un conjunto de códigos, signos e imágenes presentados en un soporte físico y dirigido a fomentar los actos comunicativos. Es pertinente recordar que las personas con TEA suelen procesar mejor los estímulos y la información visual, espacial y concreta ya que tienen dificultades en manipular la información invisible, temporal y abstracta. Además, es fundamental realizar una evaluación para seleccionar el programa de intervención adecuado a las necesidades de cada persona (Consejería de educación, 2006).

En este sentido, y en relación al uso que el joven realizaba de sus comunicadores, el sistema cumple más bien el rol aumentativo, puesto que el joven cuenta con el lenguaje oral como recurso primordial para comunicarse. Es por eso que, en su caso, el panel con claves visuales constituye la posibilidad de que pueda recuperar

determinada palabra por medio de la memoria visual y a su vez asociar de manera simultánea la consigna verbal con la imagen. Esto pudo observarse en todo momento, sin embargo, en algunas ocasiones cuando la terapeuta otorgaba una consigna verbal sin el apoyo visual, se podía advertir la dificultad en la comprensión del lenguaje ya que el joven no entendía que debía hacer, rápidamente se dispersaba y comenzaba a deambular. Dentro de los SAAC, uno de los más empleados en la población autista es el sistema de intercambio por imágenes (PECS), el cual es utilizado para enseñar a comunicar y, en consecuencia, interactuar con los demás mediante el intercambio de figuras, dibujos, símbolos, pictogramas u objetos concretos de los ítems deseados por el joven. En esta línea, pudo observarse el uso que Pedro realizaba a partir de este sistema de intercambio durante el momento del desayuno; en esta situación en particular, el joven se encontraba en la fase cuatro del PECS, en la cual se le enseña a estructurar una frase y es él quien solicita los ítems que desea. En este caso, había una pequeña diferencia respecto al cumplimiento total del abordaje de la intervención ya que, durante esta fase, el joven es quien debe colocar la figura “yo quiero” en el portafrase, sin embargo, Pedro solo colocaba el verbo y el objeto. La terapeuta mencionó que tenía dificultades para poner en orden todas las figuras de manera tal que se optó por la enseñanza mediante encadenamiento inverso. Al momento de la observación, el joven colocaba por ejemplo “comer” y “galletita”, lo entregaba a su terapeuta y luego señalando cada clave iba repitiendo de modo estructurado la frase completa “yo quiero comer galletita” y de la misma manera alternaba verbo y objeto por “tomar” y “jugo” (Grañana, 2014).

Este procedimiento tiene por objetivo tanto la identificación de objetos como aprender a responder preguntas y convocar al niño para que realice una acción. Desde esta perspectiva, cuando Pedro obtenía lo que deseaba por haberlo pedido mediante el uso del PECS, la terapeuta reiniciaba el panel de modo que cuando el joven quisiera nuevamente galletitas o jugo, tenga que volver a realizar la petición y así contribuir a la iniciación e interacción. En consecuencia, este programa colabora con la modificación de la conducta ya que emplea estímulos, respuestas y refuerzos para llegar a una comunicación funcional a través de un medio visual; en este caso los estímulos generalmente tenían que ver con objetos motivantes para Pedro, sobre todo para aumentar la atención sostenida y los refuerzos iban variando en relación a lo que

quisiera, podía ser jugo, descansar en la colchoneta, una galletita. Además, en el PECS el foco está puesto en el intercambio social y comunicativo principalmente impulsando la motivación, el deseo y la necesidad de comunicar a otras personas. Esto se pudo ver claramente con el otro panel de comunicación que utilizaba el joven el cual estaba situado en el área de descanso o mismo con su agenda de actividades. En tanto Pedro finalizaba una actividad buscaba en su agenda la clave de “descansar”, la cual contenía la imagen de una colchoneta, la entregaba a su terapeuta y en simultáneo le decía “descansar” y se iba a aparear la clave en el espacio de descanso. De esta manera, es que se cumplía una de las funciones más importantes del sistema PECS sobre potenciar la aparición y el desarrollo del lenguaje oral (Güemes Careaga, Martín-Arribas, & Posada de la Paz, 2009).

En relación a las actividades realizadas en el bloque uno a uno con la terapeuta, estas incluían diferentes programas que, como se mencionó anteriormente, van variando dependiendo del avance en los objetivos propuestos semanalmente. El primer paso en el bloque uno a uno consistía en el saludo con la terapeuta y en ese momento es que se evalúa como está el chico ese día para trabajar, si está muy cansado, disperso o desorganizado es probable que se cambien las actividades adaptándolas a lo que se pudiera hacer sin exigir demasiado para mantener la regulación del joven. En el caso de que Pedro estuviera bien para trabajar, luego del saludo organizaba su cronograma de espacios en un panel con velcro. Se disponían sobre la mesa imágenes de “sala”, “patio”, “gimnasio”, “comedor”, “T.O” y la terapeuta era quién le iba diciendo a qué lugar iba a ir primero, estableciendo un orden cronológico para que el joven se organice en tiempo y espacio. Luego lo colocaba en la pared y apareaba la imagen de sala con sala, que era el lugar donde se encontraba en ese momento. Más adelante, si tenía que irse al recreo, guardaba la imagen de sala en una caja y se llevaba la de patio para aparearla en su lugar correspondiente y así con todos los espacios. Esto corresponde, como se mencionó previamente, a las estrategias de intervención que se emplean dentro del modelo TEACCH teniendo en cuenta la organización física del espacio, los calendarios para anticipar al niño, los sistemas de trabajo y la organización de tareas, todo con el fin de facilitar la comunicación disponible en la persona con TEA (Gándara Rossi, 2007).

Respecto de los programas en los cuales se estaba entrenando a Pedro, uno de ellos era *aparear objetos* con el objetivo de que pudiera reconocer y diferenciar objetos en sus diferentes niveles de abstracción, es decir, primero se trabaja aparear objetos concretos, luego el objeto-fotografía, objeto-clave, fotografía-fotografía, fotografía-clave y clave-clave hasta sumar la mayor cantidad de ítems con el fin de que el joven los adquiera y tenga un abanico de posibilidades a la hora de seleccionar en su comunicador lo que desea. En este punto, el joven se encontraba en el nivel objeto-fotografía y se estaba trabajando sobre los objetos del desayuno y los objetos de las actividades de la vida diaria (AVD). Por otro lado, se trabajaba sobre el área de lenguaje comprensivo dentro del programa de *objeto receptivo*. El mismo contenía diferentes puntos de progresión, donde en un principio se dispone en una bandeja un plato y en otra bandeja una hoja en blanco, después de adquirir este ítem, se coloca el plato y un distractor de distinta categoría y más adelante dos objetos de la misma categoría. La consigna siempre es la misma “dame” lo que varía es el objeto; en este programa Pedro estaba aprendiendo los objetos del desayuno. Además, en el área académica, Pedro trabajaba sobre el programa *acciones* con el fin de que pueda reconocer y diferenciar acciones. El mismo posee tres puntos de progresión, el primero es aparear tarjetas con determinada acción y la consigna es “poné”. El segundo paso es el formato receptivo y la consigna es “dame”. El tercer y último punto de progresión es el formato expresivo dentro del cual el joven responde a la pregunta “¿qué es?”.

En relación a los programas diseñados para el tratamiento de los jóvenes, es importante mencionar que debido a que las personas con TEA presentan un conjunto heterogéneo de síntomas que varían dependiendo el sujeto, el nivel de respuesta al tratamiento es diverso. Por este motivo es que no hay consenso sobre qué modelo de intervención es el adecuado en lo que refiere al espectro autista. Según la información obtenida en la entrevista con la coordinadora, el objetivo final de estas intervenciones es poder garantizar la generalización de los aprendizajes en diversos contextos, de manera tal que lo que se intenta es fomentar los aprendizajes funcionales utilizando los intereses y la motivación del chico para diseñar las actividades. En este caso, se estaba enseñando a Pedro a poner la mesa para el desayuno y a realizar las actividades de higiene personal, por esta razón era importante en ese momento que aprenda uno por uno los objetos que

iba a utilizar en otros contextos como la cocina o el baño. A saber, la idea general de estos objetivos está asociada a que el joven pudiera incorporar conductas y acciones funcionales para su vida, teniendo en cuenta las necesidades en lo que corresponde al contexto familiar y social (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo es resultado de la Práctica y Habilitación Profesional dentro de la carrera de psicología en la Universidad de Palermo. Dicha práctica fue realizada en un centro educativo terapéutico situado en la Ciudad de Buenos Aires. Es importante mencionar que, al momento de realizar este trabajo, la autora se encontraba trabajando en el centro terapéutico. La temática del trabajo surge a partir de la observación de los niños y niñas que asisten a esta institución, sabiendo que, según el DSM-5, dos de las áreas más afectadas en el trastorno del espectro autista es la de comunicación e interacción social. (Jaime, Navarro & Jaime, 2013). De esta manera, se ha elegido profundizar sobre los déficits mencionados a partir de la identificación y amplia observación de los mismos.

Por este motivo es que a lo largo del trabajo y de acuerdo con los objetivos planteados, se describen los modos comunicacionales y el déficit en la interacción social de un joven de 14 años con TEA que asiste al centro. Asimismo, se pudieron observar y describir las intervenciones psicoeducativas realizadas por la terapeuta del joven. En el curso de la práctica, los objetivos planteados pudieron cumplirse empleando la observación participante, el acceso a la historia clínica y las entrevistas realizadas a los profesionales seleccionados. Asimismo, se constataron las dificultades que poseía el joven en el área de comunicación.

En cuanto al primer objetivo planteado, se describieron y desarrollaron los modos comunicacionales utilizados y tal como sugiere Wing (1996) la terapeuta hacía hincapié en impulsar al joven a comunicarse del modo que pudiera sin focalizar tanto en el perfeccionamiento de dicho modo. En este sentido, si bien el joven se comunicaba mediante el lenguaje verbal -aunque este fuera escaso- y a través de los sistemas de

comunicación, fue fundamental poder contemplar todo lo que conforma las modalidades de carácter no verbal, las cuales comprenden esencialmente conductas comunicativas. Sobre todo, considerando que, dentro de esta patología, usualmente los niños no alcanzan a adquirir el lenguaje. (Martos & Ayuda, 2002).

En relación al segundo objetivo planteado, se pudo describir el marcado déficit en el área de la interacción social que poseen las personas con TEA. En este sentido, la ausencia de la teoría de la mente se vio estrechamente vinculada a las alteraciones en las conductas sociales, y tal como plantea Riviere (2000) al estar interferidos los actos de referencia social, es muy dificultoso que puedan realizar su propia interpretación de los sucesos externos a través de una expresión emocional. En consecuencia, aprender a comportarse dentro de un contexto y comprender una situación resulta un trabajo arduo tanto para el niño como para el profesional.

Finalmente, como tercer objetivo cumplido, se pudieron observar las intervenciones orientadas a aumentar la comunicación del joven. Se han identificado modelos de intervención específicos utilizados en la institución como el TEACCH y el sistema PECS. A su vez, se pudo reafirmar que estos sistemas representan un recurso muy valioso para esta población tan afectada en todo lo que implica al lenguaje y la comunicación y es por esta razón que constituyen un instrumento primordial (Consejería de educación, 2006). Esto significó un gran aporte para la autora del trabajo ya que pudo conocer técnicas implementadas en programas de intervención con el objetivo de cumplir propósitos específicos funcionales para el joven, considerando su autonomía y calidad de vida dentro y fuera del centro terapéutico.

Respecto de las limitaciones presentadas para la realización de este trabajo, hubiera sido de gran ayuda poder entrevistar a la madre de Pedro para enriquecer datos de su historia clínica, así como también a las profesionales que lo atienden fuera del CET sea la fonoaudióloga y/o la psiquiatra ya que podrían haber aportado información sobre los cambios observados a lo largo del tiempo en relación a la sintomatología del joven y sobre el desarrollo del lenguaje. También, hubiera sido conveniente poder observar al joven en otros contextos como por ejemplo su hogar para ver si existían cambios en relación a la manera de interactuar y comunicarse con otros. Por una

cuestión de cuidado, privacidad y de tiempos no se pudo acceder a esta información, sin embargo, se considera que esto hubiera beneficiado el análisis con información relevante sobre cada etapa evolutiva del joven en relación a las dificultades en la comunicación y la interacción social. Por otro lado, como una limitación en lo que refiere a la institución, al haber en este caso tres adolescentes en una misma sala, con diferentes trastornos y a cargo de una sola terapeuta, a veces era difícil atender a los tres equitativamente en relación a las necesidades de cada uno en cada momento. Es así que el tiempo aprovechado para trabajar con Pedro a solas era muy reducido, por lo cual también la evolución era más lenta.

En relación a todo lo que pudo observarse durante la práctica, la información obtenida y a partir de lo investigado en la bibliografía, se considera que podría ser de gran ayuda para el tratamiento de estos niños, un abordaje más profundo con la familia de cada paciente. De esta manera, la idea sería poder hacer a los familiares partícipes activos y fundamentales durante el proceso, teniendo en cuenta que lo aprendido y entrenado en el centro terapéutico debería ser implementado y reforzado en el hogar del niño para conseguir resultados de mayor eficacia (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

El hecho de que la autora del presente trabajo estuviera trabajando como orientadora de sala dentro del centro terapéutico, facilitó el proceso de observación y descripción de las rutinas, así como las intervenciones realizadas. Además, este trabajo requirió de una intensa investigación y lectura sobre la temática elegida, lo cual contribuyó a la comprensión global de dicha patología y de esta manera favoreció al análisis y desarrollo que se ha hecho posteriormente.

Respecto del aporte personal y profesional que ha representado para la autora la institución y temática seleccionadas, se pudo apreciar dentro del proceso que el hecho de adentrarse en el mundo del autismo significó un nuevo modo para relacionarse, comunicarse y vincularse, lo cual supone un nivel mayor de empatía con las demás personas. Asimismo, el continuo contacto con las personas que poseen TEA, implicó el descubrimiento profesional de un área poco explorada por la autora dentro del campo de la psicología y más específicamente de las patologías que suponen algún nivel de

discapacidad. Por esta razón, es que se pudo reconocer el valor en la diversidad y lo fundamental de advertir acciones o aspectos que resultan evidentes en la vida cotidiana pero que dentro de este ámbito resultan enormes logros.

A su vez, si bien ha sido un enorme aprendizaje conocer los modelos de intervención y los programas con los cuales se trabaja en esta institución, surge el interrogante sobre si este dispositivo es el adecuado para todos los niños y niñas que asisten al centro, por tal motivo es que no existe consenso sobre qué tratamiento es el indicado para pacientes con TEA. (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013). En este sentido, se reflexiona acerca de la posibilidad de añadir otros modelos e intervenciones considerando abordajes más vinculares, teniendo en cuenta la singularidad de cada paciente y aportando al tratamiento una visión más integral, haciendo foco en la heterogeneidad de los síntomas dentro de la población TEA. En relación a esto, podría contribuir al tratamiento incorporar recursos que se deriven de distintos enfoques como el sistémico o el psicoanálisis, atendiendo también a otras variables dentro del tratamiento comprendiendo la complejidad global de esta patología. También se podrían incluir abordajes vinculares desde una línea más artística con profesionales musicoterapeutas, profesoras de arte, etc.

Por otro lado, a partir de los interrogantes que han surgido luego de escribir este trabajo, se consideró el hecho de no haber desarrollado lo que corresponde a los patrones repetitivos y restrictivos de conducta siendo una de las áreas mayormente afectadas en TEA. De este modo podría haberse formulado otro objetivo sobre la asociación entre la comunicación y la conducta teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas en el joven observado (Jaime, Navarro & Jaime, 2013).

Respecto a la perspectiva crítica del presente trabajo, se considera una falencia por parte de la autora el no contar con demasiado conocimiento sobre la temática del autismo al momento de realizar la práctica. En esta línea, hubiera sido conveniente la lectura previa para comenzar la observación y escritura de este trabajo con una base teórica más segura. Por otro lado, durante la práctica registró el alto grado de impacto emocional y sensación de esfuerzo que significó pasar tantas horas bajo la dinámica de la institución, sobre todo cuando se trataba de días o momentos en que alguno de los

pacientes se encontraba desregulado y presentaba conductas disruptivas. Además, en relación a las competencias profesionales por parte de la autora se reconocieron dificultades en el área que referida al juego y las vinculaciones e intervenciones que requerían una cuota de creatividad.

Es importante a su vez mencionar que el hecho de haber elegido el caso del joven con el cual la autora trabaja a diario, tuvo ventajas y desventajas. En lo que concierne a las ventajas, se contempla el hecho de haber establecido un vínculo previamente y que esto no suponga un obstáculo para la práctica. Respecto a las desventajas, si bien se han realizado las entrevistas pertinentes y se ha podido acceder a la historia clínica, se considera el hecho de que la autora no cumplió estrictamente el rol de observadora en este caso lo cual pudo haber significado una pérdida de datos relevantes que no hayan registrado adecuadamente.

Por último, en lo que respecta a las nuevas líneas de investigación se ha reflexionado sobre el nivel de dependencia que requieren estos pacientes y la notable exclusión social de pacientes con TEA. En este sentido, haría falta mayor recorrido e investigación de la patología, así como el desarrollo de políticas de implementación que se adecúen a la población con TEA. Si bien en el último periodo, los SAAC se desarrollan mayormente en tecnologías digitales como celulares y *tablets*, las cuales contribuyen al desarrollo práctico y social de las personas con TEA, en Argentina no resultaría una opción viable debido a la realidad social en la cual se vive, además del costo de estos aparatos que no representan una alternativa accesible para cualquier persona (Guzmán, Putrino, Martínez & Quiroz, 2017).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Rev Neurol*, *40*(1), 131-6.
- Alessandri, M., Mundy, P., & Tuchman, R. F. (2005). Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta. *Rev Neurol*, *40*(Supl 1), S137-S41.
- Artigas-Pallarès, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *32*(115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

- Consejería de Educación. (2006). *Los trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista*. Volumen 1. Colección de materiales de apoyo al profesorado. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Frith, U. (2006). *Autismo hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.
- Gándara Rossi, C. C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 173-186.
- Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Güemes Careaga, I., Martín-Arribas, C., & Posada de la Paz, M. (2009). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista. Madrid: IIER- Instituto de Salud Carlos III.
- Guzmán, G., Putrino, N., Martínez, F., & Quiroz, N. (2017). Nuevas tecnologías: Puentes de comunicación en el trastorno del espectro autista (TEA). *Terapia psicológica*, 35(3), 247-258.
- Idiazábal-Aletxa, M.A., & Boque-Hermida, E. (2007). Procesamiento cognitivo en los trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*. 44 (Supl 2): S49-S51. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/33215835/Procesamiento-Cognitivo-en-Los-Trastornos-Del-Espectro-Autista>
- Jaime, J. C. E., Navarro, M. D. V. C., & Jaime, F. E. (2013). Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no lo es. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(6), 333-341.
- López Gómez, S., & García Álvarez, C. (2008). La conducta socio-afectiva en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 111-121. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670007>
- López Gómez, S., & Rivas Torres, R., & Taboada Ares, E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 555-570.

- Martos, J. & Ayuda, R. (2002). Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Revista de neurología*, 34(1), 58-63.
- Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), 53-56.
- 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 de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Neggens, Y. (2014). Increasing Prevalence, Changes in Diagnostic Criteria, and Nutritional Risk Factors for Autism Spectrum Disorders. ISRN Nutrition. V.2014, ID 514026, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/514026>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. doi: 10.1017/S0140525X00076512
- Rivière, A. (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Ruggieri, V. L. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 56 (Supl 1), S13-21.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Posada de la Paz, M., & Hijano Bandera, F. (2009). Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 381-397.
- Talero, C., & Martínez, L., & Mercado, M., & Ovalle, J., & Velásquez, A., & Zarruk, J. (2003). Autismo: estado del arte. *Revista Ciencias de la Salud*, 1 (1), 68-85.
- Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7(1), 6-27.
- Valdez, D. & Ruggieri, V. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. En D. Valdez y V. L. Ruggieri; (comps.); Buenos Aires: Paidós.
- Valdez, D. (2016). *Autismos: estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.

Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos, una guía para la familia*. Barcelona: Paidós Iberia.