

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Intervenciones para mejorar la comunicación en el autismo.

Alumna: Salazar Narvárez, Sofia.

Tutora: Góngora, Vanessa.

9 de Abril, 2021.

Índice.

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Objetivo General | 2 |
| 2.1. Objetivos Específicos..... | 2 |
| 3. Marco Teórico | 3 |
| 3.1. Historia del Trastorno del Espectro Autista | 3 |
| 3.2. Definición del Trastorno del Espectro Autista | 5 |
| 3.3. Criterios Diagnósticos y Sintomatología del Trastorno del espectro Autista | 7 |
| 3.4. Comunicación y Lenguaje | 11 |
| 3.5. Intervenciones | 15 |
| 3.5.1. ABA | 16 |
| 3.5.2. Modelo TEACCH | 20 |
| 3.5.3. Eficacia de las intervenciones..... | 25 |
| 4. Metodología | 27 |
| 4.1. Tipo de estudio | 27 |
| 4.2. Participantes | 27 |
| 4.3. Instrumentos | 27 |
| 4.4. Procedimientos | 28 |
| 5. Desarrollo | 28 |
| 5.1. Objetivo 1 | 28 |
| 5.2. Objetivo 2 | 31 |
| 5.3. Objetivo 3 | 39 |
| 6. Conclusiones | 40 |
| 7. Referencias bibliográficas | 45 |

1. Introducción

La Práctica y Habilitación Profesional se llevó a cabo en un Centro Educativo Terapéutico (CET), ubicado en Buenos Aires, Argentina. La carga horaria de la práctica fue de 285 horas, las cuales se cumplieron asistiendo 15 horas semanales. Los quehaceres que se realizaron durante la misma fueron la observación constante de las actividades que realizan los jóvenes que asisten al turno tarde, tales como seguir secuencias para realizar algún tipo de alimento, diferentes tareas que tenían como fin trabajar aspectos cognitivos como la atención o funciones ejecutivas. También se observaron las intervenciones hechas por las terapeutas en cada sala para poder llevar a cabo la rutina de forma correcta o para implementar alguna función en el joven.

El tema del Trabajo Final Integrador (TFI) surgió a partir de un libro que fue propuesto por los coordinadores del CET, en él se explicaban seis ejes fundamentales en el trastorno del espectro autista (TEA) y las intervenciones que se pueden llegar a realizar sobre estos ejes. Entre estos seis ejes se escogió la comunicación y como se interviene en dicha área. A forma de conclusión, el tema en el que se basó el TFI fue en la observación y análisis sobre la comunicación en uno de los pacientes del CET y como a partir de las intervenciones que realizó la terapeuta en un tiempo determinado hicieron que mejorase la comunicación en dicho paciente.

2. Objetivo General

Describir las intervenciones que se realizan para mejorar la comunicación en un adolescente con trastorno del espectro autista (TEA)

2.1. Objetivos Específicos

- 1) Descripción de la comunicación y lenguaje en el adolescente con TEA
- 2) Describir las intervenciones utilizadas con el joven para aumentar sus habilidades en la comunicación
- 3) Analizar si se produjeron cambios en la comunicación del adolescente en el lapso de tres meses.

3. Marco teórico

3.1 Historia del Trastorno del Espectro Autista

Las primeras menciones del autismo que han sido relevantes fueron publicaciones realizadas por Kanner en 1943 y Hans Asperger en 1944 (Pallares & Pérez, 2012). En cuanto al primero de los autores (1943) desarrolló y presentó un artículo llamado “Los trastornos autistas del contacto afectivo” donde describió 11 casos de niños que contaban con características similares y una serie de déficits en común. Los cuales eran las relaciones sociales, comunicación y lenguaje e insistencia en la poca variación del ambiente (Riviere, 1997).

Por otro lado en el año 1944 y sin aparente conocimiento de la publicación de Kanner, Asperger publica un artículo titulado “La psicopatía autista en la niñez” donde habla de las mismas características que se habían descrito anteriormente por Leo Kanner (Pallares & Pérez 2012; Riviere, 1997). En el artículo publicado por Asperger (1944) describía que el autismo tenía como característica principal la limitación de sus relaciones sociales y que la personalidad de estos jóvenes estaba determinada por dicha limitación. Estos pacientes se caracterizaban por falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para establecer relaciones, lenguaje repetitivo, pobre comunicación no verbal e interés desmesurado por ciertos temas. Para este autor el autismo planteaba un reto para la educación especial y este reto era el de cómo educar a los niños y niñas que no tenían los requisitos motivacionales que si tienen los niños neuro típicos, motivación que hace que estos puedan establecer profundas relaciones afectivas y construir una identificación con los adultos de su entorno, incorporando así la cultura y humanizándose por medio de un proceso abonado por las emociones y los afectos intersubjetivos.

Acorde a Riviere (1997) hay tres épocas principales del estudio del autismo, la primera fue entre 1943 – 1963, donde se veía al autismo como un trastorno emocional que era producido por una inadecuada relación con sus figuras de crianza dando lugar a que la personalidad del niño no pueda constituirse o se trastorne, esta idea la expone Bettelheim (1967) en su libro la fortaleza vacía en el cual, sostenía que si los padres eran fríos, de carácter débil, ausentes o rechazaban la existencia de su hijo, lo llevaban a este a un asilamiento y negación del mundo exterior. Según Riviere no se ha demostrado que los padres sean responsables de la alteración de los hijos y que las terapias psicodinámicas no han probado ser de utilidad en el tratamiento del autismo, por el contrario el tratamiento que más eficacia tiene es el de la educación.

La segunda época está entre los años 1963-1983, en este tiempo un conjunto de factores ayudaron a cambiar la imagen científica del autismo, así como del tratamiento de este, poco a poco se fue abandonando la hipótesis de que los padres eran los culpables de dicho trastorno a medida de que se demostraba su falta de justificación empírica y se encontraban los primeros indicios de una asociación del autismo a trastornos neurobiológicos. Este proceso coincidió con el surgimiento de modelos explicativos del autismo los cuales se basaban en la hipótesis de que existe una mayor alteración cognitiva y no afectiva, que explica las dificultades que tienen las personas con autismo en sus relaciones sociales, en el lenguaje, comunicación y flexibilidad mental. En esta época empezó a surgir que la educación fuera el tratamiento principal para el autismo, para esto influyeron dos factores el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta para eliminar conductas inadecuadas, aumentar la comunicación, o promover la autonomía en los jóvenes y la creación de centros educativos específicamente dedicados al autismo que fueron promovidos principalmente por asociaciones de padres que tenían hijos con este trastorno (Riviere, 1997).

La tercera y última fase en el enfoque actual del autismo, uno de los cambios principales es considerar al autismo desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo, si se toma esta visión se tendrá que entender y estudiar primero el desarrollo neuro típico para poder entender así el autismo, este estudio ayuda igualmente a explicar mejor el desarrollo humano dado que demuestra funciones o capacidades que se suelen pasar por alto a pesar de su enorme importancia, y que se manifiestan en el autismo por su ausencia (Riviere, 1997).

Por otro lado el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su quinta edición cambia el diagnóstico del autismo, conceptualizándolo como un espectro, esto quiere decir que los diferentes trastornos que habían en el autismo en el DSM IV-TR (trastorno del autismo, síndrome de asperger, trastorno generalizado del desarrollo, entre otros) se engloban bajo una misma nomenclatura titulada trastorno del espectro autista. (Zúñiga, Balmaña, Salgado, 2017). Los criterios diagnósticos han sido cambiados en el DSM 5 y serán profundizados en el apartado 3.3 del presente marco teórico.

Si bien hasta ahora el DSM decidió conceptualizar el autismo como un espectro, fue Wing y Gould (1979) quienes realizaron un estudio en donde se permitió identificar que habían pacientes que encajaban en el perfil propuesto por Kanner pero que también existían pacientes que a pesar de no ajustarse a el perfil kanneriano, mostraban en mayor o menor medida la triada de déficit en la interacción social, lenguaje anormal (tanto en el vocal como el gestual) y comportamientos repetitivos y estereotipados, dando como resultado que a pesar de tener

diferentes niveles cognitivos, la triada estaba presente en todos los jóvenes que analizaron, concluyendo que no era necesario tener tantas subdivisiones por cada persona, sino que era un espectro donde variaban las características de cada niño pero que permanecía de forma recurrente las tres características principales para diagnosticar el autismo.

3.2 Definición del Trastorno del Espectro Autista

El TEA, es un tema que se ha abordado desde hace muchos años por diferentes autores tales como Kanner, Asperger, Riviere, Gándara Rossi, Grañana, Martos Pérez, etc. Al ser un trastorno tan investigado se han desarrollado múltiples estudios y conceptos, a través de los cuales se ha avanzado en la comprensión del autismo y ha permitido poder conocer de mejor manera sus principales síntomas y dificultades, así como la forma de abordarlos y realizar un trabajo terapéutico que permita al sujeto poder avanzar en sus procesos de interacción social y comunicacional. (e.g., Pérez, 2012; Kanner, 1943).

Kanner (1943) el desorden principal de los jóvenes que observó, es la incapacidad para relacionarse de una forma estándar con las personas y situaciones de su vida cotidiana, también la falta de lenguaje o el uso inadecuado de este. Desde el inicio de la vida de estas personas hay una soledad autística extrema que en la medida de lo posible no dejan que nada ni nadie del mundo exterior interrumpa esta soledad. El contacto físico, movimientos o ruidos que amenacen romper esta soledad, son tratados por el niño como si no estuvieran allí o los sienten como una experiencia dolorosa. Kanner también describió en su artículo que las actuaciones del niño son monótonamente repetitivas, se ve una marcada limitación en la variedad de sus actividades espontáneas mostrando una conducta que pareciera que estuviera gobernada por un deseo obsesivo de mantener la igualdad de sus espacios, objetos, personas etc., y si esta constante se ve afectada por algún cambio, el niño puede entrar en desesperación. Por último el autor resalta que el autismo es algo biológico y no depende de la crianza de los padres.

Otra definición de autismo fue contribuida por Asperger en 1944 en su artículo Psicopatía Autista en la Infancia, aunque dicho autor haya empleado el mismo término que Kanner, describe un autismo diferente puesto que los sujetos que Asperger observó y analizó no presentaban un retraso tan profundo en las áreas cognitivas y de lenguaje. (Garrabé de Lara, 2012).

En su artículo Asperger (1944) explica que las personas con autismo son un abanico que incluye desde los niños más brillantes, pasando por los excéntricos y raros que viven en su propio mundo y se conectan con el otro muy poco, hasta aquellos jóvenes que tienen severamente alterado el contacto. Por otro lado señala que esta población tienen la capacidad

de interactuar gravemente trastornada, para una persona con autismo existe solo el mismo y no se comporta como un sujeto que está dentro de un entorno social al que influye e influye en el de manera recíproca y constante. Las personas con este trastorno se diferencian las de unas de las otras no solo por el grado de alteración de su capacidad para el contacto con el otro o su nivel de inteligencia, también se diferencian por su personalidad e intereses especiales que son distintos y originales.

Con los niños que Asperger (1944) realizó el estudio observó que estos infantes casi nunca fijan su mirada en un objeto u una persona como señal de atención y contacto, nunca se puede estar seguro de si la mirada del joven está perdida en el mundo exterior o si se dirige hacia su mundo interno. Esta característica se puede observar netamente cuando el niño está en contacto con otras personas, no establecen contacto ocular con el interlocutor o pareciera que no lo escuchasen. Los niños con autismo desde un principio no muestran interés por algún estímulo externo, están centrados en sus propios pensamientos los cuales están alejados de los temas ordinarios del mundo exterior.

En cuanto a definiciones modernas hay un gran consenso respecto a la definición de este trastorno, es así como Alcántara (2007), Gándara Rossi (2007),) Pérez y Pérez (2011) y National Institute of Mental Health (2019) concuerdan que el TEA es un trastorno del neuro desarrollo que tiene una base biológica. El cual muestra sus primeras manifestaciones en la personas antes de los tres años de vida , es crónico y se caracteriza por la dificultad en la comunicación e interacción con otras personas, por tener presencia de intereses restringidos , conductas repetitivas y estereotipadas como la autoagresión, la ecolalia, y apego estricto a la rutina. Otra característica es que en algunos casos de TEA hay una discapacidad intelectual de moderada a profunda.

Por otro lado es importante resaltar que una detección precoz de TEA es fundamental ya que está ligada a la evolución clínica del paciente. El instaurar programas de tratamiento temprano en todas las áreas del joven, va a mejorar su pronóstico en cuanto a sus síntomas de TEA, mejorando así las habilidades cognitivas y logrando una mejor adaptación a su entorno, (Zúñiga, Balmaña, Salgado, 2017).

3.3 Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista y sintomatología

Para diagnosticar el TEA los profesionales de la salud mental se basan generalmente en el DSM 5 (APA, 2013) en el que se propuso al autismo como un espectro y no como un trastorno con diferentes categorías dentro de sí. Este cambio significó que los diferentes trastornos del espectro autista, que estaban incluidos en el DSM IV-TR (trastorno autismo,

síndrome de asperger, y trastorno generalizado del desarrollo, entre otros) quedan englobados bajo una misma nomenclatura de trastornos del espectro autista. Grañana (2014) explica y argumenta que se denomina espectro porque los síntomas tienen una gravedad variable, que puede ser diferente en cada uno de los tres componentes nucleares del autismo (dificultad en las áreas de interacción social, comunicación y lenguaje y conductas repetitivas e intereses restringidos). Así cada sujeto tiene características muy diferentes pero un mismo diagnóstico, TEA. Dicha autora nombra ciertas características específicas dentro del autismo, a las cuales les da el nombre de ejes y que tienen a su vez diferentes grados de variabilidad. Los ejes y las variantes son los siguientes:

1. Cociente intelectual: déficit severo – moderado- alto rendimiento
2. Interacción social: aislado – pasivo- sociable pero extraño.
3. Comunicación: no verbal - verbal
4. Conductas repetitivas: Severas - leves
5. Regulación sensorial: Hipo sensibilidad – Hipersensibilidad.
6. Actividad motora: Hipo – Híper.

Así mismo el DSM 5 incluye tres nuevos grados de severidad Grado 3 -necesita ayuda muy notable-, Grado 2 -necesita ayuda notable- y Grado 1 -necesita ayuda- (APA, 2013).

Dicho manual propone igualmente que existen cinco criterios principales para dar cuenta del trastorno en la persona, dentro de los cuales están: 1. Las deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, esta deficiencia puede variar desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a diferentes interacciones sociales que se le presenten a la persona. 2. Los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento u intereses, lo cual se puede manifestar por medio de una utilización constante y sin cambio de los mismos objetos o por medio de un habla estereotipada o repetitiva. 3. Los síntomas de estos déficits se presentan en las primeras etapas del desarrollo. 4. Causan un deterioro significativo en diferentes ámbitos de su vida como el escolar o el laboral. 5. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o retraso cognitivo que tenga el paciente (APA, 2013). Igualmente los diagnósticos se suelen hacer en base a la triada de Wing, que son déficits en relaciones sociales, en comunicación y lenguaje y en flexibilidad de intereses e imaginación (Wing, 1996).

Es importante resaltar que se deben realizar diagnósticos diferenciales entre el TEA y el síndrome de Rett, el mutismo selectivo, trastornos de lenguaje y trastornos de la comunicación social (pragmático), discapacidad intelectual, trastorno de movimientos

estereotipados, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y esquizofrenia (APA, 2013).

En cuanto a la comorbilidad, el autismo se asocia generalmente con deterioro intelectual y alteraciones estructurales del lenguaje, también tiene comorbilidad con el TDAH, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad o trastorno depresivo (APA, 2013).

Respecto a la detección del autismo, se puede afirmar que hay un retraso en la detección temprana del mismo, las barreras que provocan este reconocimiento tardío del TEA se debe a los canales de detección, como el que se presenta en el ámbito familiar, donde los padres tienen dificultades para descubrir los síntomas de las alteraciones comunicativo sociales en una fase temprana del desarrollo del niño. También se encuentra el ámbito sanitario donde los pediatras y demás profesionales de la atención primaria carecen de información necesaria para reconocer las conductas alteradas en estos niños, y generalmente les expresan a los padres que son problemas leves o transitorios del desarrollo en vez de hacer una evaluación más profunda. (Martos, 2011).

De acuerdo a Martos et al (2005) el proceso que se debe seguir para realizar una detección temprana de los TEA consiste en dos niveles, el primer nivel es la vigilancia del desarrollo el cual consiste en tener una observación rutinaria del desarrollo para detectar cualquier anomalía, la cual debería implicar el considerar aspectos prenatales y perinatales como la existencia de familiares que tengan autismo, niños adoptados o síndromes genéticos, también se debe considerar los motivos de preocupación de los familiares que generalmente son los retrocesos que tienen en el desarrollo los infantes. El nivel dos consiste en la detección específica, se pasa a este nivel cuando el niño no está atravesando un desarrollo típico y hay señales de alerta, en este caso se aplicaran instrumentos de diagnóstico y se acudiría a profesionales en el tema.

Generalmente el niño suele presentar un desarrollo normal hasta al final del primer año de vida, tienen una correcta adquisición de hitos comunicativos, motores y de relación social. Sin embargo hacia los 18 meses empiezan a mostrar una regresión la cual es identificada por los cuidadores. Estos describen que los niños están perdiendo las habilidades que previamente habían adquirido como las relacionadas con el lenguaje, empiezan a mostrar una aparente sordera cuando se lo llama por su nombre o se le dan ordenes pero igual reacciona a otros estímulos auditivos como la televisión. Poco a poco se empiezan a observar conductas de aislamiento social, no usan la mirada ni tampoco establecen contacto visual con las otras personas, por otra parte sus actividades y juegos son muy rutinarios y repetitivos, no desarrolla actividad simbólica, muestra oposición a cambios en el entorno y puede presentar

perturbaciones emocionales ante dichos cambios. Los primeros síntomas que se pueden detectar son de índole social como por ejemplo las habilidades de atención conjunta como el contacto ocular, mirar a la cara de las personas, mostrarle objetos a los cuidadores, responder cuando se le llama por su nombre, etc. y en general fallos y alteraciones en la orientación hacia estímulos de índole social (Martos, 2006; Martos & Morueco 2007).

En cuanto a la sintomatología que puede mostrar un niño con TEA se puede detectar en el ámbito de la interacción social donde no presentan o tienen una comunicación no verbal muy pobre como el contacto visual, la expresión facial, o gestos del común, como aplaudir o sonreír si alguien le sonríe etc., estos pacientes pueden tener una incapacidad para desarrollar relaciones con niños de su propia edad, puede que no exista la tendencia espontánea que tienen los niños neuro típicos para compartir intereses o actividades que disfruten. También hay una ausencia de reciprocidad social o emocional y esto se puede observar cuando el niño no participa en los juegos sociales y prefiere realizar actividades en solitario y utilizar objetos no apropiados para el juego, otro de los síntomas reside en su comunicación, sin embargo esta área será ahondada en el Apartado 3.4. Por último otro síntoma a resaltar en niños con autismo son los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos, estereotipados y repetitivos, los intereses de esta población se limitan mucho y se preocupan por actividades muy restringidas como alinear una y otra vez los juguetes de la misma forma o guardar piedras en un recipiente una y otra vez (Barrionuevo & Vives, 2002).

Pueden desarrollar actividades que no tienen flexibilidad como seguir siempre la misma ruta al colegio, comer siempre lo mismo, usar la misma ropa, etc., también pueden mostrar estereotipias corporales como aletear las manos, balancearse. Los pacientes con TEA parecen preocuparse mucho por ciertos objetos como botones, cartas, un pedazo de tela etc. y fascinarse por los movimientos como dar vueltas de forma repetitiva a una moneda o un balón, por último, también pueden existir déficits sensoriales (Barrionuevo & Vives, 2002).

Por otra parte, existe una hipótesis que se ha sometido a prueba, si las personas con autismo tienen una alteración específica en su habilidad para representar estados mentales (como creencias, deseos, intenciones etc.), lo anterior ha sido resumido en términos de si los niños y adultos con autismo han desarrollado una teoría de la mente. Esta hipótesis es atractiva debido a la afirmación de que una teoría de la mente es necesaria para comprender gran parte del comportamiento humano, si las personas neuro típicas perdieran la capacidad para referirse a creencias, deseos etc., sus acciones parecerían realmente extrañas, por lo tanto una teoría de la mente, proporciona un mecanismo para comprender el comportamiento social. Se podría predecir que a un sujeto le faltara la teoría de la mente, es decir si una persona estuviera ciega

ante la existencia de los estados mentales, el mundo social le parecería confuso y caótico y hasta producirle miedo; En el peor escenario esto podría llevar a la persona a asilarse del mundo social por completo, y lo menos que podría sucederle es que le llevara a realizar escasos intentos de interacción con otros sujetos, tratándolos como si no tuvieran “mentes” y por lo tanto comportándose con estas personas de forma similar a la que lo hacen con objetos inanimados (Cohen, 1993).

Para tratar de corroborar si los niños con autismo desarrollan o no la teoría de la mente, Barón Cohen (1993) realizó un experimento sencillo el cual no requería habilidades lingüísticas expresivas, al sujeto solo se le pedía que señalara un lugar u otro en respuesta de las preguntas que hacia el examinador, además las preguntas control determinaban si el niño podía entender la realidad como algo distinto de la creencia, por esta razón examinar la comprensión de la falsa creencia es una buena prueba del concepto de creencia del infante, puesto que en tales casos, la creencia claramente no se corresponde con la realidad. El experimento como tal consistía en la historia de Sally y Anne, dos niñas que estaban jugando y en un momento Sally se va y guarda una pelota en una cesta pero Anne cambia de lugar la pelota guardándola en una caja. El suceso clave en la historia es que Sally no está presente cuando la otra niña cambia el objeto de A B (de la cesta a la caja), Si se pregunta dónde va a buscar Sally la pelota cuando regrese, la respuesta correcta es la A, porque es el lugar donde ella la puso inicialmente y por tanto donde cree que esta todavía. En el experimento se encontró que el 80% de los sujetos autistas contestaron que Sally buscaría el objeto en el lugar B, donde el objeto estaba realmente. Este resultado demuestra una base preliminar a la hipótesis de que el autismo hay un fallo en la teoría de la mente. Concluyendo la teoría de la mente es la capacidad de los seres humanos para atribuir a otras personas pensamientos e intenciones. (Cohen, 1993).

3.4 Comunicación y lenguaje

Los tres criterios mayores considerados para un diagnóstico de TEA son los siguientes: déficit en la interacción social, déficit en la comunicación y el lenguaje, y comportamientos e intereses restringidos (Borrellas, 2016).

Acorde a Maggio (2014) y Pedraza y López (2006) la comunicación y el lenguaje se pueden definir como el acto de transmitir una idea, sentimiento o necesidad semejante, comunicar implica intentar transmitir intenciones a otra persona, es buscar llegar al otro para conseguir algo deseado o simplemente compartir el momento con otro sujeto, esta idea se transmite mediante un código común y a través de una vía o un canal, se ejerce la comunicación

por medio de gestos, expresiones fáciles, olfativas, corporales, táctiles y gustativas complementando o no la vía verbal.

El progreso de la comunicación y lenguaje ocurren desde etapas muy tempranas y tiene una íntima vinculación con el desarrollo de aspectos emocionales. Previo al logro de adquirir la herramienta del lenguaje oral existen numerosos procesos para el acceso de esta función. (Maggio, 2014). Por otro lado las funciones comunicativas no se definen según el contenido del lenguaje, sino en función de la intención, como pedir, regular, preguntar etc. (Monfort, 2009)

Ahora bien el lenguaje se puede definir como un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos, por medio del lenguaje el niño será capaz de relacionarse con sus pares y exponer sus deseos y necesidades de forma más precisa (Vives, 2002) y también cumple diferentes funciones como obtener y trasvasar información, ordenar y dirigir el pensamiento y la propia acción, también permite imaginar y planificar etc. Es el recurso con más complejidad que se aprende de forma natural, por medio de una serie de intercambios con el medio ambiente y con otras personas más competentes. El lenguaje se desarrolla en paralelo junto con el desarrollo neurológico, y con la formación del psiquismo del niño tanto en su esfera consciente y cognitiva (Pedraza & López, 2006).

Sin embargo estos procesos esperados no se desarrollan en los niños que tienen autismo y si lo hacen es de forma tardía. Pueden aparecer diversos déficits en el lenguaje en un niño con autismo, los cuales podrían empezarse a notar a partir del tercer mes de vida del niño por la presencia de conductas poco usuales y habilidades pre lingüísticas, el balbuceo puede no aparecer en absoluto o hacerlo con retraso, mientras que los sonidos que emite no tiene intención comunicativa, no imitan gestos ni sonidos y en muchos casos persiste el mutismo al menos hasta los dos años, limitándose la comunicación solamente a tomar la mano del adulto para lo que lleven a donde lo desea. (García de la Torre, 2002).

Muchos de los niños con autismo que acuden a consulta de evaluación por primera vez no presentan la conducta de señalar o si aparece, es con una función protoimperativa -es la utilización, por parte del niño, de un adulto para conseguir un objeto o acción determinada.- resultando inexistente el matiz protodeclarativo -es la utilización, por parte del niño, de un objeto para obtener un fin social: compartir la atención con el adulto.- (Tamarit, 1990.) Que suele aparecer en los niños con un desarrollo típico antes del primer año de edad (Martos & Ayuda, 2002).

Según Martos y Ayuda (2002) y Soto (2007) existe una gran heterogeneidad sintomática que presenta la población con TEA que también se ve reflejada en el área del lenguaje y la comunicación, que además varían acorde al desarrollo cognitivo y social del sujeto. Esto da lugar a un espectro de funcionamiento que puede abarcar personas que tienen la capacidad de hablar y que tienen conductas de mayor complejidad funcional y formal, hasta personas que tienen ausencia de conductas con intención comunicativa y ausencia de lenguaje oral.

Las características principales del lenguaje en el TEA según García de la Torre (2002) son:

- La ecolalia que consiste en la repetición de palabras y frases emitidas por otras personas, esta puede ser inmediata que es la repetición literal de algo que acaba de ser dicho o puede ser ecolalia diferida que es la repetición literal de expresiones o frases fuera de contexto. Si bien la ecolalia es algo que se puede esperar en los primeros años de vida, en el niño autista puede durar hasta edades más avanzadas, ocurriendo con mayor consistencia y sin tener un propósito comunicativo.
- Las limitaciones en cuanto al lenguaje no son solo verbales, también pueden ser gestuales, por ejemplo no pueden imitar gestos como aplaudir
- Inversión pronominal, la persona con autismo habla de el mismo en segunda o tercera persona o mediante su nombre propio, y no suele ser capaz de utilizar el pronombre “yo” para referirse a sí mismo, sin embargo podrían adquirir esta posibilidad tardíamente.
- La semántica, si bien las personas con TEA, no suelen tener problemas en la adquisición del léxico, de conceptos simples y de categorías referenciales concretas, el proceso de adquisición de estos conceptos comienza centrándose en los relacionados con los objetos estáticos e inanimados, la presencia de verbos en su lenguaje está muy limitada, especialmente los que expresan estados de ánimo, deseos, sentimientos, etc.
- Di prosodia, la cual consiste en que el habla de los TEA se caracteriza por tener un tono alto y monótono, suelen presentar hipernasalidad y dificultades en el control de la musculatura oral. El volumen de la voz puede ser variable, sin estar acorde esta variación a las circunstancias (por ejemplo hablar muy alto en un espacio donde se necesita hacer silencio) , es decir que estas variaciones pueden o no ser apropiadas para el contexto en el que se encuentra la persona

- Las personas con autismo no responden a las claves sociales que gobiernan el habla entre los individuos, por lo que su habla puede sonar inadecuada e irrelevante, Algunas deficiencias en la pragmática incluyen una capacidad poco desarrollada para entablar conversaciones significativas, proporcionando información inadecuada que permita al interlocutor seguir el hilo argumental.
- Ausencia de impulso para comunicarse verbalmente, gestualmente o por escrito, es decir tienen poca o nula intención comunicativa.
- No hablan haciendo contacto visual o dan las espaldas a la persona que les está hablando.

La mayor parte de las conductas comunicativas que producen los niños con autismo se realizan por medio de modalidades de caracteres no verbales y poco elaborados, mediante un repertorio restringido de conductas instrumentales. Cuando los niños con autismo son capaces de comunicarse por medio del lenguaje oral lo realizan mediante ecolalias. Se ha propuesto que la ecolalia podría responder a un estilo global de análisis del lenguaje, es decir, que el sujeto con autismo utilizaría los mensajes que recibe como un todo, sin analizar las diferentes partes del enunciado de forma separada y sin entender el sentido general. En general, los niños con autismo que no desarrollan lenguaje muestran grandes dificultades en la producción de gestos protodeclarativos y dificultades importantes en la comprensión del lenguaje, principalmente de aquellas emisiones que requieren de un análisis preciso de las intenciones comunicativas del interlocutor (Martos & Ayuda, 2002).

Por otra parte las personas con autismo presentan problemas en la comprensión del lenguaje, el cual no usan con intención comunicativa. Para hablar muestran dificultad para elegir de forma adecuada las palabras cuando quieren hacer referencia a alguna cosa en cuanto al lenguaje no verbal, este se ve afectada por la falta de contacto visual, además de la inexpresividad corporal. Muchas veces la forma de comunicarse es hacerlo mediante de manifestaciones como los gritos y comportamientos disruptivos, al carecer el niño con autismo de un contacto visual adecuado y de una atención sostenida que lo lleve a fijar la mirada en la cara de la persona que le está hablando, la adquisición de los patrones lingüísticos se pueden complejizar aún más, por lo que es necesario trabajar aquellos repertorios básico que les permitan aprender. Bajo este concepto se incorporan conductas básicas como permanecer sentado, mantener sus manos quietas, establecer contacto ocular cuando le hablan etc. Al trabajar con esta población el objetivo final no debería ser el lenguaje hablado sino formas alternativas de comunicación que permitan a los niños mejorar su calidad de vida e interactuar

con sus pares, dentro del contexto en el que se desenvuelven así como seguir indicaciones que le pueden dar los adultos (Pizarro, 2008).

Como se nombra anteriormente se pueden enseñar distintas conductas que favorezcan al joven para poder desempeñarse mejor en su entorno, se pueden enseñar distintos elementos que formen parte de la interacción comunicativa, haciendo así un entrenamiento que luego pueden poner en marcha para poder formar o participar en intercambios comunicativos con sus pares, familiares, etc. Si bien el lenguaje puede convertirse en una tarea, si es entrenada en un contexto significativo para el niño, puede tener consecuencias favorables sobre la comunicación de este. Es decir que a pesar de que se haga un trabajo formal y estructurado no significa que tenga falta de sentido, siempre y cuando se trabajen con contenido y situaciones significativas para el niño (Monfort, 2009).

Así es como Ochs, Saldlik, Sirota y Solomon (2004) sugieren ciertos aspectos desde una perspectiva sociocultural que pueden ser accesibles a la población con autismo si se dan las siguientes situaciones: Cuando se puede explicar de manera explícita (por ejemplos hay que decir gracias cuando te dan un regalo), cuando son predecibles (por ejemplo cuando una persona pregunta algo, hay que responder), y cuando están acompañados de alguna clave visual.

Por ultimo existen algunas teorías que tratan de explicar el porqué del déficit del lenguaje y la comunicación en el autismo, una de estas es la de las funciones ejecutivas (se encargan de la planificación, control de los impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, flexibilidad de pensamiento y acción.) puesto que estas funciones emplean un papel importante en el lenguaje de forma espontánea para autorregular su acción adecuadamente y de forma compleja. Cuando aparece este uso del lenguaje, se observan errores en la elaboración de un pensamiento verbal que sirva para planificar un futuro a largo plazo y que vaya más allá de los poco o limitados intereses que tienen los sujetos con autismo. (Martos & Ayuda, 2002).

Por otra parte se encuentra la teoría de la mente (Cohen, 1990) la cual como se explicó previamente genera que las personas le puedan atribuir pensamientos y sentimientos a otros. Si la teoría de la mente no se encuentra desarrollada en una persona puede afectar su comunicación, puesto que la comunicación requiere que ambos participantes tengan en cuenta las presuposiciones del otro en el dialogo, así como sus intenciones de comunicarse.

3.5 Intervenciones

Existen diversos tratamientos para el TEA que intentan trabajar diferentes aspectos dentro del espectro, como la comunicación, las estereotipias, y las relaciones interpersonales. Cada uno de estos enfoques se basa en una teoría académica distinta. Según Fuentes et al (2006) algunos de estos tratamientos pueden ser:

- La terapia de integración sensorial, la cual consiste en hacer que el niño, en sesiones de juego, efectúe acciones y movimientos o reciba estímulos sensoriales con el fin de ayudarle a procesarlos, percibirlos e integrarlos de forma correcta.
- Método Doman- Delacato: este tipo de terapia afirma que a través de manipulaciones, movimientos y ejercicios físicos del cuerpo, se reparan las vías nerviosas que pueden estar afectadas, es un tratamiento intensivo y de alto costo económico.
- Sistemas alternativos / aumentativos de comunicación (SAAC) son sistemas no verbales de comunicación que se usan para fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas usan fotografías, objetos, dibujos, signos o símbolos (incluyendo letras o palabras) apoyándose en técnicas simples o en aparatos que producen sonidos. El sistema comunicativo de intercambio de imágenes, es un tipo de SAAC que se usa con regularidad en los jóvenes con TEA.
- Terapia Cognitivo Conductual, este enfoque terapéutico combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en la conducta y en la motivación, con los principios de modificación de la conducta. En primer lugar, se identifican las distorsiones del pensamiento, las percepciones erróneas, las creencias, conductas, emociones que no son adaptativos, para luego aplicar de manera conjunta principios de modificación de la conducta y técnicas de reestructuración cognitiva.
- Tratamientos con medicamentos, puesto que las personas con autismo pueden presentar comorbilidad con el déficit de atención, obsesiones y compulsiones, trastorno del sueño, depresión y epilepsia, estos trastornos y síntomas aparte de generar malestar en el individuo, dificultan la educación y la adaptación social de las personas con TEA, complicando así su tratamiento. Entre los fármacos que más se usan se encuentra la risperidona que es eficaz para el tratamiento a corto plazo de la hiperactividad, conductas explosivas, agresividad y comportamientos auto lesivo. También se usan inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (IRSS) se usa para la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualidad, la ansiedad y la agresividad en adolescentes y adultos con TEA.

Habiéndose nombrado algunos de los tratamientos para trabajar y mejorar diferentes áreas en el TEA, y dado que el objetivo del presente trabajo es describir las intervenciones que se realizan para mejorar la comunicación en un adolescente con autismo, se focalizara en la terapia *Applied Behavioral Analysis* (ABA) y la terapia *Treatment and Education of Autistic realated Communication Handicapped Children* (TEACCH).

3.5.1. Análisis Conductual Aplicado

El análisis conductual aplicado - ABA (según sus siglas en inglés), se originó en la década de los 70, a partir de autores como Fertes, Loovas, Wolf y Risley. (Piñeros & Toro-Herrera, 2012). Este enfoque aplica los principios del aprendizaje de forma sistemática para aumentar, disminuir, mantener o generalizar ciertas conductas que se toman como objetivo (Colombo, 2018).

Según Piñeros y Toro – Herrera (2012) dicho tratamiento aborda en conjunto las necesidades educativas de las personas con autismo y utiliza métodos, para enseñar comportamientos o para reducir conductas inadecuadas. Por otro lado también implica prescripciones individualizadas sobre como el niño con autismo debe ser enseñado y sobre que se le debe enseñar.

Acorde a Guzmán et al. (2017) y Piñeros y Toro – Herrera (2012) la terapia ABA se puede definir como una intervención que usa métodos derivados de principios establecidos acerca de la conducta y así mismo también usa como método principal la enseñanza -a través de la teoría del aprendizaje-, de habilidades cognitivas, lingüísticas, académicas, motrices, de conducta, sociales, de juego etc. El objetivo principal de este tratamiento es el aumento de las conductas adaptativas y reducción de los comportamientos que no son apropiados, logrando así una mejor integración de la persona en el contexto en el que vive. El tratamiento es concreto y está altamente estructurado. Cuantas mayores dificultades tenga el niño más estructurado se volverá el procedimiento, al menos en sus fases iniciales (Colombo, 2018).

Previo al inicio del tratamiento de ABA se realiza un análisis general de los comportamientos y habilidades el sujeto a intervenir. (Piñeros & Toro- Herrera, 2012), y se evalúa exhaustivamente al niño y a partir de eso se realiza lo que se denomina línea de base, es decir el inventario de los comportamientos y habilidades del sujeto. La misma tarea se hace con los refuerzos (concepto que será explicado más adelante) para poder brindárselos y así aumentar la conducta que es deseada, el catálogo de reforzadores de cada joven se deben revisar periódicamente, puesto que los gustos e intereses pueden cambiar con el tiempo o pueden haberse saciado del reforzar. Cuando ya se ha hecho la evaluación conductual y se han definido

las líneas de base de aquellos comportamientos que se quieren ir cambiando, se comienza con el tratamiento (Colombo, 2018).

Antes de ahondar en la realización de la terapia, se describirán las herramientas conceptuales que se utilizan en ABA para las intervenciones existen diferentes principios y procedimientos para llevar a cabo la terapia ABA, estos sirven para describir y comprender distintas conductas y su desarrollo. Los procedimientos llevados a cabo se valen de estos principios para desarrollar, mantener o modificar en forma deliberada una conducta. Sin embargo es importante aclarar que estos principios se llevan a cabo todo el tiempo en todas las personas – no solo en los pacientes-, aunque no haya un terapeuta, maestro o padre que se proponga hacer una intervención específica (Iyaca, 2014).

A continuación se describirán tales principios: 1. Los reforzadores son el mantenimiento o fortalecimiento de una conducta a partir de la ocurrencia de un evento temporalmente contiguo a su ejecución o su inicio. Por ejemplo un niño presiona los botones de un juguete y al hacerlo sale un sonido, el sonido refuerza la conducta de que el niño siga presionando los botones para que el siga saliendo. 2.El fortalecimiento de una conducta se expresa de forma cuantitativa, sobre la base de los siguientes conceptos: frecuencia – cantidad de veces que lleva a cabo la conducta en cierto tiempo- , duración – por ejemplo el tiempo en el que el paciente puede permanecer sentado sin irse a otro lado- , velocidad –por ejemplo el tiempo que un paciente se termina de cepillar los dientes- , latencia – el tiempo que se demora en iniciar una conducta luego del estímulo que debería darle inicio-, precisión de la conducta- puede expresarse en forma cuantitativa, por ejemplo la cantidad de veces que hace correctamente una actividad-, intensidad – tiene que ver con la fuerza o energía desplegada en la conducta-. El único criterio para determinar si un objeto u evento es reforzante consiste en que la conducta aumente o se mantenga en un nivel alto debido a la aparición de ese evento (Iyaca, 2014).

Ahora bien los reforzadores se dividen en dos, reforzadores positivos y reforzadores negativos. El primero significa que es un acontecimiento presentado inmediatamente después de una conducta, lo cual provoca que la posibilidad de que ocurra esa conducta, aumente. Una vez establecido que un evento funciona como reforzador positivo para una persona en concreto y una situación determinada, puede usarse para fortalecer otros comportamientos de esa misma persona en otras situaciones. En conclusión si se presenta un reforzador positivo inmediatamente después de una conducta (deseada o no), es más probable que repita la misma acción la próxima vez que se enfrente en esa misma situación. Y un reforzador negativo se

puede describir como un estímulo cuya retirada inmediatamente después de la respuesta hace que esta se fortalezca o aumento su frecuencia. (Martin & Pear, 2008).

Los reforzadores se pueden clasificar en categorías y son las siguientes: 1. Primarios, son lo que no requieren ningún aprendizaje para adoptar su valor reforzante, por ejemplo la comida. 2. Secundarios, requieren de un aprendizaje por ejemplo una felicitación verbal que tiene valor reforzante por haber sido asociada a un reforzador primario. 3. Alimentarios.

4. Tangibles, objetos como juguetes. 5. De actividad como jugar con un auto. 6. De posesión, el refuerzo ejerce su efecto por el solo de que la persona lo tiene, aunque no haga ninguna actividad con él. 7. Sociales, interacción social, como elogios, caricias, cosquillas. 8. Escape, consiste en el fin o la suspensión de una demanda que se le está haciendo a la persona.

9. Automático, el reforzador es la sensación física generada por la conducta sin mediación.

10. reforzadores generalizados que sirven para canjearse por otros reforzadores, llamados de apoyo, por ejemplo dinero o fichas a cambio de comida. (Iyaca, 2014)

Otra herramienta es la extinción, la cual se utiliza para disminuir conductas disruptivas; Consiste en la disminución o desaparición de una conducta como consecuencia del cese del reforzador que la mantenía, para poder llevar a cabo la extinción, la conducta que se quiere extinguir debe estar bien identificada, también deben estar identificados los refuerzos que mantienen la conducta, se deben poder controlar la aparición de los reforzadores – lo cual algunas veces resulta imposible en casos como los reforzadores automáticos o los casos en los que el niño quiere atención- , por otro lado se debe poder soportar un aumento de la conducta inicialmente antes de que haya un descenso, aumento que puede venir acompañado de desborde emocional o con conductas de agresión, y por ultimo hay que identificar una conducta alternativa que sea al alcance del paciente y que va hacer que obtenga algún tipo de refuerzo (Iyaca, 2014).

Para lograr que se den conductas adaptativas, se utilizan reforzamientos positivos que estimulan las conductas adecuadas y se crean múltiples y repetidas oportunidades para practicar los diferentes tipos de habilidades que el paciente va adquiriendo. Así mismo conforme se van adquiriendo y consolidando las diferentes habilidades y comportamientos funcionales enseñados, se busca que se genere una progresiva independencia del terapeuta (Piñeros & Toro-Herrera, 2012).

Los comportamientos indeseados son en la mayoría de los casos adquiridos, es decir se repiten porque el niño ha aprendido que con su ejecución va obtener lo que desea. Para abordar estas conductas inapropiadas, se plantea en un principio realizar un análisis intensivo de los

posibles desencadenantes de la conducta, se opta entonces por identificarlos en forma temprana y así evitarlos. En cambio si no se observa una desencadenante claro o si a pesar de las correcciones la conducta persiste, se recomienda otro tipo de estrategias conductuales como ignorar el comportamiento o aplicar consecuencias poco deseadas, y además se le enseña al niño a alcanzar los mismo objetivos a través de conductas más apropiadas (Piñeros & Toro-Herrera, 2012).

El formato de enseñanza que se usa es el de ensayo discreto. Cada ensayo está compuesto por tres elementos: el comportamiento que se quiere enseñar, el antecedente y el consecuente (Matos & Mustaca, 2005). El antecedente es la instrucción o estímulo que se le da al niño, por ejemplo “toca el carrito” frente a una serie de imágenes con objetos, su comportamiento es la respuesta y de este se deriva una consecuencia. Si responde de forma correcta, la consecuencia será un refuerzo positivo, que va a ser algo que al niño le guste y le motive a seguir respondiendo adecuadamente. En caso de no responder correctamente, se le señalará con un no informativo y de ser necesario se le indicará la respuesta adecuada, lo que se conoce como modelado, dando el refuerzo cuando responda de manera apropiada. Una forma eficaz para aumentar la frecuencia de una conducta, consiste en comenzar un programa de reforzamiento continuo (se refuerza positivamente cada respuesta correcta), para pasar luego a un programa de reforzamiento intermitente (por ejemplo, reforzar cada tres respuestas correctas). Esto va a producir que el comportamiento logrado se mantenga en el tiempo mucho más que uno que se refuerza constantemente.

Se considera que una conducta está lograda cuando el niño es capaz de responder en forma adecuada y sin ayuda un porcentaje importante de ensayos, puede ser de un 80% de las veces en adelante; Una de las opciones a partir de este punto es pasar a otro comportamiento de la misma índole, por ejemplo, reconocer medios de transporte en lugar de reconocer animales, otra opción es poder avanzar en otro tipo de comportamiento que no podría realizarse sin la habilidad recientemente adquirida (Colombo, 2018).

ABA tiene diferentes condiciones para su realización, la primera es que no se puede pasar a la segunda parte de la habilidad si no está lograda totalmente la primera, teniendo en cuenta un criterio de dominio previamente acordado (por lo general, cuando la sub habilidad se realiza de manera correcta e independiente durante algunos días seguidos). Esto contiene como paso intermedio, la existencia de un refuerzo por aproximación a la parte de la habilidad requerida, es decir hacia una respuesta similar a la que se pretende lograr antes de que pase a la segunda etapa. Una segunda condición es la intercalación con actividades recreativas, libres, o usadas para aprovechar el entrenamiento de ciertas habilidades, sin la estructura que imponen

las tareas discriminativas. Una tercera condición consiste en ir logrando gradualmente la generalización del aprendizaje de las distintas habilidades, lo que requiere una flexibilización de la estructura (Guzmán, Putrino, Martínez & Quiroz, 2017).

Lo anterior se obtiene abarcando distintos espacios, primero la búsqueda de desvanecer los estímulos (instigaciones, modelos) y a la vez, la modificación (instrucciones más complejas y variadas, brindadas por distintas personas), en segunda instancia ir quitando de a poco los reforzadores, generando un aprendizaje incidental más que estructurado. Por último, cambiar a otros ambientes de enseñanza, lo más naturales posibles como la casa, el colegio, la plaza etc., lo que conlleva que vayan haber otras personas que lleven a cabo la enseñanza (Guzmán et al, 2017).

Si bien ABA ha sido una terapia que ha demostrado eficacia en sus inicios cometió algunos errores, los cuales fueron los siguientes: el primero de estos fue trabajar con niños que se encontraban internados, si bien aprendieron conductas gracias al programa de trabajo, no pudieron generalizarlo en sus respectivas casas y escuelas. El segundo error fue excluir a los padres del tratamiento, en un principio se pensó que, dado que estos no eran profesionales, no iban a estar capacitados para tratar a los niños. El error fue doble, por un lado los terapeutas no podían seguir con las extensas cargas horarias que tenían estos primeros abordajes y por el otro, si los padres desconocían los principios y objetivos del tratamiento, los resultados obtenidos eran más difíciles de mantener. Los padres debían tanto conocer el tipo de tratamiento, como ser capaces de manejar conductas y de extinguir o reforzar apropiadamente. Y el último error cometido fue el de esperar resultados rápidos, los avances que se dieron en los tratamiento siempre fueron lentos y progresivos, excepto en raras ocasiones, no hubieron saltos o avancen en periodos cortos de tiempo (Colombo, 2018)

En la actualidad estos errores han sido corregidos. El trabajo se realiza en ambientes en los que los niños se desenvuelven y a su vez, se entrena y asesora a los padres en principios reguladores de la conducta, y se les brindan conocimiento de los fundamentos teóricos y prácticos de la terapia realizada. De esta forma cuando el niño no en su espacio terapéutico, los padres están capacitados para conocer como reforzar sus comportamientos, también de que manera manejar conductas disruptivas y berrinches. (Colombo, 2018).

3.5.2 Modelo TEACCH

La terapia TEACCH, tiene como objetivo potenciar o mejorar diferentes habilidades ya sea en personas de alta funcionalidad como de baja funcionalidad. El método está más orientado al ambiente educacional, grupal, y presentando mayor importancia a los estímulos o

antecedentes (significado/sentido) de la habilidad a desarrollar más que los refuerzos de la misma, siguiendo de la misma forma que el ABA, el aprendizaje estructurado (Guzmán et al., 2017).

Acorde a Guzmán et al. (2017) el método TEACCH tiene en cuenta las características particulares de cada persona con TEA y procede a su desarrollo mediante un ambiente estructurado y predecible para entrenar cada habilidad y el conjuntos de ellas, ya sea de forma individual o grupal. Dividiendo cada habilidad en pasos, haciendo uso de estímulos claros y concisos para la apareciendo y entrenamiento de la habilidad.

Se encuentran igualmente los refuerzos motivantes con apoyo visual en la mayoría de los casos (en contraste con lo verbal que no es suficiente para el procesamiento autista); también hay fases de relajación, recreo, ejercicio (en ambientes destinados a dicha actividad), combinados con el aprendizaje de habilidades, incluidas también en una estructura (Guzmán et al., 2017).

Existen además el uso de técnicas como moldeamiento (reforzar aproximaciones a la conducta deseada, hasta hacerlo únicamente con la final) y encadenamiento (hacia adelante, comenzando por la primera parte de una conducta compleja, que permiten brindar ayuda hasta llegar al final o hacia atrás, empezando por la de mayor complejidad con total ayuda, y reduciéndola hasta llegar a la primera parte (Guzmán et al., 2017).

Por otro lado está la anticipación de cada respuesta o secuencia de respuesta exigida y tiempo para hacerla, en que caso finaliza y que se obtiene al final (todo con apoyo visual). Se encuentra igualmente la enseñanza de patrones en cada ambiente, y en conjuntos de ellos, es decir que a cada estímulo le sigue cierta respuesta dada por el sujeto, y esta será reforzada si se ejerce, u ocurrirá otra consecuencia si no se ejerce (Guzmán et al., 2017).

La comunicación (expresiva o receptiva) a enseñar debe adaptarse a cada persona, pudiendo trazarse como objetivo el producir un sonido, palabra, frase o gesto, indicar una palabra o dibujo, o intercambiar un objeto, para pedir algo o para cualquier otra intención comunicativa, y lo mismo ocurre al darle un mensaje a comprender, si dicha capacidad está más desarrollada, se puede enseñar nuevo vocabularios, morfología compleja, comprensión de códigos sociales compartidos, iniciativa, turnos, solución de problemas, lenguaje escrito etc. (Guzmán et al., 2017).

El objetivo con demás habilidades como las sociales también pueden ir de menor a mayor cualidad, como la proximidad con una persona o grupo, el mirar a otro, responder a un pedido de otra persona, compartir algo con iniciativa, turnarse y seguir reglas de un juego,

segundo la capacidad y potencial de cada uno, y siempre mediante pasos pequeños graduales (Guzmán et al., 2017)

La evaluación de la comunicación se realiza mediante tres parámetros: forma (a través de una rabieta, dibujos, señas, lenguaje escrito o lenguaje verbal), contexto (ambiente y personas) y función (petición, negación, comentar, buscar atención), para luego desarrollar intervenciones acorde a la persona. Es importante flexibilizar las rutinas de la persona, negociando y de manera gradual, por ejemplo, cambiando materiales, reforzadores o ambientes, para ir logrando la generalización de los patrones de cada habilidad (Guzmán et al., 2017).

Acorde a Rossi (2007) para familiarizarse con la intervención TEACCH, hay que considerar al menos dos conceptos: 1. la comunicación es cualquier intercambio de información entre dos personas, por tanto comunicarse no implica necesariamente el uso del lenguaje y 2. el inicio es un tema complejo para una persona con autismo, por tanto se prepara el entorno para motivar al paciente a comunicarse. A pesar de que algunos niños con autismo puedan ser verbales y habladores, pueden no estar informando al interlocutor sobre cosas funcionales relevantes y quizá ni siquiera comprender el sentido de lo que el mismo está expresando. Por lo tanto el método TEACCH apuesta por el desarrollo de un sistema de comunicación funcional y no principalmente haciendo uso del lenguaje verbal, el centro de interés reside en convertir funcionales las habilidades comunicativas del niño. Esto incluye el uso prominente de claves visuales, empleando la ecolalia (si está presente) como una base para el lenguaje funcional y no forzar el contacto visual, sino enseñar estrategias para que parezca social, de manera que el paciente pueda centrarse en la comprensión del contenido que se le está diciendo.

Con el fin de resolver los problemas de iniciación del niño con el método, se debe preparar el entorno para que la persona inicie los intercambios de comunicación más fácilmente y de una manera más estructurada y predecible. Una persona con TEA con frecuencia carece de la motivación necesaria para iniciar una interacción comunicativa y por tanto, es muy probable que tenga dificultades en la relación con otras personas e incluso para satisfacer sus propias necesidades (Rossi, 2007).

Por otro lado el abordaje TEACCH, intenta no hacer suposiciones de lo que el paciente comprende o no, a menos que pueda verificarlo y en caso de duda se empieza a enseñar en un nivel en que se está seguro que la persona comprende. Esto es debido a que la comprensión es un proceso complejo y es complejo evaluar su funcionamiento y la calidad de la recepción de la información que tiene una persona. Para que los profesionales verifiquen que una persona comprende correctamente, la persona debe responder acorde a los estímulos relevantes en dicho momento para dicha situación, de manera adecuada (Rossi, 2007).

Para comprender la intervención desde el método TEACCH, debe plantearse un importante principio, y es que mientras el autismo no es verdaderamente una cultura, porque no es aprendida, si se manifiesta como tal porque implica una manera particular de comprender y actuar en el mundo, esto recibe el nombre de cultura del autismo. De lo anterior se desprende un objetivo básico y principal de la enseñanza estructurada que es enseñar habilidades para funcionar en nuestro mundo partiendo de los puntos fuertes del niño y mediante esta enseñanza hacer el entorno más comprensible (Cervera, Mínguez, Pérez, 2018; Rossi, 2007).

El objetivo más importante del método TEACCH, es mejorar la adaptación de cada individuo, mediante la contribución a la mejoría de sus habilidades y la modificación y estructuración del entorno para adaptarse al déficit autístico, en terminología del método, lo anterior recibe el nombre de acomodación mutua. Asimismo el método considera a los padres como co-terapeuta, siendo ellos esenciales para la intervención pues conocen a su hijo mejor que nadie y están positivamente motivados para abogar por su bienestar, además es la mejor manera de generalizar las habilidades que van aprendiendo en el proceso. Asimismo los principios educativos de TEACCH, es el trabajar desde los puntos fuertes e intereses del alumno para que el aprendizaje sea funcional, priorizar la evaluación cuidadosa y continuada, ayudar a los pacientes a comprender el significado del mundo sin asumir una comprensión automática, ser empático, estructurar el entorno y considerar la conducta negativa como una falta de comprensión por el entorno más que una falta de cumplimiento (Rossi, 2007).

Por otra parte la enseñanza estructurada que es la manera principal de intervención del TEACCH, puede contribuir con la intervención mediante la adaptación del entorno de manera que se reduzcan factores de distracción y facilitando claves y recordatorios visuales que entre otras funciones resuelven problemas de memoria. El programa TEACCH al mismo tiempo ayuda al paciente a usar el lenguaje que posee de la manera más funcional posible, así mismo contribuye a la comprensión de gestos no verbales mediante su explicación y ayuda al paciente a usarlo para permitir el aprendizaje e independencia. Ahora bien los cuatro componentes de la enseñanza estructurada son: la organización física, el uso de calendarios, el sistema de trabajo y la organización de tareas (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

La organización física se refiere a la manera en que se disponen el entorno físico, los muebles y los materiales para que cobren sentido, lo significa que hay un uso de fronteras claras, físicas y visuales para incrementar el significado y minimizar las distracciones, para lograr este objetivo se usan barreras visuales (por ejemplo situar al paciente frente a la pared y colocar dos piezas de mobiliarios para bloquear la visibilidad a ambos lados de la mesa de trabajo, evitando así las distracciones) y se desarrollan áreas de enseñanza (transición, grupo,

pausa, snack, música, trabajo independiente etc.). Desde este abordaje, todas las habilidades nuevas se enseñan una por una, las áreas de transición se emplean ampliamente en la enseñanza estructurada para los pacientes con problemas para cambiar de actividades, una característica muy frecuente en TEA. Otro punto es disponer un área para cada momento como un área de juego, un área de descanso, un área de trabajo etc., las áreas de juego o de descanso pueden ser empleadas como refuerzo (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

En relación al uso de calendarios, esta herramienta es una instrucción visual que dice que actividad tendrá lugar y en qué orden, lo que va a permitir al paciente saber y esperar la producción de acontecimientos. Pueden existir dos tipos de calendarios, el primero es cuando el paciente tiene un deterioro más intenso, se recomienda usar con el uso de objetos como claves visuales que se emplearan en la actividad (por ejemplo una toalla para el lavado de manos) o que puedan relacionarse con la actividad (una caja vacía de galletas que indique que es la hora de la merienda) , el segundo tipo de calendario emplea imágenes y fotografías como clave de transición y tiene la ventaja de ser más portátil, aunque el paciente debe ser capaz de comprender la imagen como significativa y representativa de un determinado acontecimiento. Un paso más será un calendario escrito y de tipo icónico que incluye una lista de cosas con su presentación visual al lado y por ultimo un calendario textual estándar, muy efectivo para personas con autismo de alta funcionalidad (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

La manera en el que niño usa el calendario reside en retirar el objeto o imagen relevante o marcar las palabras escritas correspondientes de la actividad que realizó. Después de esto, el niño pone la clave en una caja terminada la actividad. Los pacientes, pueden subir a un nivel superior de abstracción si están preparados, aunque cabe recordar que el objetivo es que la comunicación sea funcional, y no necesariamente que mejore su forma. Una de las grandes posibilidades de los calendarios es educar en flexibilidad y afrontamiento del cambio, Puede incluirse de forma sistemática una clave para el cambio en el calendario, cada día, y explicarle al paciente de manera que pueda aprender que las cosas pueden ir variando, sentirse cómodo con el cambio y canalizar vías para afrontar situaciones difíciles sin ser abrumado. También sirven como componente de las estrategias de TEACCH para el tratamiento conductual, contribuyendo a evitar conductas poco apropiadas a causa de la reducción del nivel de ansiedad del niño porque ya controla y puede predecir que está sucediendo en su entorno (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

El Sistema de trabajo tiene objetivo facilitar al paciente una estrategia para completar el trabajo que debe hacerse de forma independiente. Al construirlo se debe aclararle al niño cuanto trabajo necesita hacer, que actividad, cuando finalizará y que ocurrirá después. Algunas

veces los jóvenes confunden el calendario con un sistema de trabajo, el primero le dice al niño que actividades generales va a hacer durante su jornada y con qué secuencia y el sistema de trabajo le dice que va hacer cuando empieza cada actividad o llegue al área de trabajo. Para personalizar el sistema de trabajo, el terapeuta puede emplear diferentes claves visuales, la organización puede variar y así mismo enseñarle a la persona como usarlo. Es importante resaltar que debe incluirse una clave de transición al calendario que responda a una motivación o interés personal para que regrese, tras haber finalizado el trabajo independiente (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

Por último la organización de tareas, la estructura y la organización física son de mucha importancia para aprovechar los puntos fuertes visuales y para enseñar a los pacientes a buscar la información visual relevante en la tarea. Las tareas deben organizarse visualmente; la gestión de los espacios se emplea para centrar la atención y limitar los materiales (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

Para que la enseñanza estructurada sea eficaz, el paciente tiene que manejar ciertas rutinas, como trabajar secuencialmente sabiendo que primero tiene que hacer algo y que solo después de haberlo hecho, pasara a la siguiente actividad. También debe saber cómo consultar su calendario y lo que conseguirá con ello, por otro lado necesita saber cómo seguir su sistema de trabajo y cómo manejar las claves visuales. Otra elemento que se usa en el método TEACCH son los pictogramas que se pueden describir como imágenes que se usan para la transmisión de mensajes y que son comprensibles independientemente del idioma, por otra parte los pictogramas tiene un significado lógico y denotativo puesto que buscan representar el objeto sin posibilidades de interpretación que lleven a que tengan varios significados (Guerrero & Hernández, 2016)

3.5.3. Eficacia de las intervenciones

El *National Autism Center* (NAC; 2009) realizó una amplia revisión de los tratamientos educativos y conductuales con literatura publicada entre 1957 y 2007. Esta revisión incluye 22 estudios primarios sobre programas intensivos basados en ABA. En sus conclusiones consideran que de los programas de intervención conductual intensiva temprana- ABA es un tratamiento establecido como eficaz para las personas con autismo. Se consideran tratamientos establecidos aquellos para los cuales varios estudios bien controlados han demostrado que la intervención produce efectos beneficiosos. Hay pruebas científicas convincentes y evidentes para demostrar que este tratamiento es eficaz; sin embargo, incluso en tratamientos establecidos, no se puede esperar mejoras a nivel universal en toda la población con TEA. Los programas de intervención conductual temprano – ABA han demostrado resultados favorables

para los grupos de edades entre 0-2 años y 3-5 y 6-9 años, demostrando resultados favorables para incrementar habilidades en las áreas de comunicación, funciones cognitivas superiores, habilidades sociales, habilidades motoras, responsabilidad personal, emplazamiento en contextos escolares más ordinarios y juego y también para disminuir conductas problemáticas y síntomas generales del autismo.

Mundford et al. (2009) realizaron una revisión sobre la evidencia de los métodos de análisis de conducta aplicado para las personas con TEA. Analizaron estudios dirigidos a conductas concretas (por ejemplo comunicación, juego, desarrollo cognitivo, social etc.) y también estudios sobre la intervención conductual intensiva temprana ABA. Se basaron en la base de datos de NAC, completándola con estudios adicionales, incluyendo los años 1998-2007. Incluye un total de 508 estudios. En sus conclusiones recalcaron que hay una fuerte evidencia sobre que las intervenciones conductuales dan lugar a resultados con más beneficios para las personas con TEA. Igualmente concluyeron que en su investigación se proporciona evidencia científica fuerte para el uso de ABA en el desarrollo de algunas habilidades cognitivas, en el desarrollo social y referente a otros, en el desarrollo de algunas habilidades de organización independientes y en el aumento de la interacción y flexibilidad en ciertas tareas y juegos apropiados al desarrollo e implicación posterior en algunas actividades vocacionales. Se encontró evidencia de los fuertes beneficios de ABA en la variable emplazamiento escolar.

En cuanto a la evidencia del método TEACCH los autores Cervera et al. (2018) realizaron una revisión de literatura para analizar la efectividad de la metodología TEACCH en la población con TEA, considerando los criterios de inclusión, se analizaron un total de 14 estudios. Encontrando que independientemente del contexto de intervención, todos los estudios revelaron mejoras en el desarrollo de los niños y una reducción de los síntomas autistas y comportamientos inadecuados o desadaptativos. Con independencia del contexto de intervención, los estudios que se incluyeron en la revisión demuestran que la mayoría de áreas afectadas en los niños con TEA, pueden mejorar mediante intervenciones basadas en metodología TEACCH. Todos los estudios revelaron mejoras en los diferentes ámbitos de desarrollo que se proponen mejorar: funcionamiento cognitivo verbal y no verbal, habilidades de lenguaje, imitación, comunicación e interacción social. También se obtuvo una reducción de sintomatología autista y las conductas desadaptativas como lo son las conductas estereotipadas o repetitivas, los patrones de conducta verbal o no verbal ritualizados, la poca flexibilidad cognitiva etc.

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

Descriptivo – Estudio de caso

4.2 Participantes

El paciente que se observó fue un joven de 15 años de edad, el cual tenía un diagnóstico de TEA desde sus dos años y asistía al CET desde hace tres años, el nombre del joven era Gabriel. Él era un adolescente con retraso cognitivo profundo, sin embargo a pesar de dicha característica tenía la capacidad de leer, escribir, como también conocimiento de números tanto en inglés como en español, y tenía un interés central por las marcas publicitarias. Dentro del CET, Gabriel compartirá sala con otros dos jóvenes, uno de ellos con 19 años y con diagnóstico de TEA, y el otro compañero con trastorno específico del lenguaje y pero al igual que Gabriel tenía la habilidad de lectoescritura y reconocimiento de número.

Como participantes del CET, se observó a la terapeuta de los jóvenes de nombre Valeria, era psicóloga y tenía 25 años de edad. Ella llevaba al momento de la observación tres años en la institución y siendo la terapeuta de Gabriel. Por otro lado se encontraba María Antonia quien era la coordinadora del turno tarde del CET, y se encontraba laborando en la institución hace seis años. Dentro de sus tareas de coordinación estaba realizar los programas que iban a desarrollar las terapeutas en sala, supervisar a las terapeutas, o asistirles cuando no podían resolver alguna situación dentro de la sala.

4.3 Instrumentos

El principal instrumento utilizado fue la observación no participante de todas las actividades que realizaba Gabriel dentro del CET, como deportes, terapia ocupacional, diferentes talleres como taller de música, cocina y habilidades sociales. Así como las diferentes intervenciones que realizaba su terapeuta con Gabriel a lo largo del turno de la tarde.

Se recurrió al uso de entrevistas semi dirigidas a la terapeuta de la sala y a la coordinadora del turno de la tarde con el fin de recabar información y obtener un criterio experto sobre cómo es la comunicación en Gabriel y que intervenciones habían sido óptimas para mejorar la comunicación en él.

Por otro lado también se usó como instrumento la historia clínica de Gabriel en la cual se encontró información sobre cuando lo diagnosticaron, la opinión de los profesionales sobre los diferentes ejes a evaluar en el autismo y que tipo de medicación tomaba. Por último se recaudó información sobre los programas es decir las actividades que desarrollaba la terapeuta en un área específica (por ejemplo programa de atención sostenida) y también informes que describían el avance del joven a lo largo del cuatrimestre.

4.4 Procedimiento

El procedimiento que se siguió en el transcurso de la práctica profesional, fue en primera instancia asistir de lunes a viernes desde las 13:00 a las 16:00 horas durante tres meses a la institución, tiempo donde se observó a Gabriel realizar distintas actividades en la sala, en el gimnasio, etc. Fue consignado en un registro escrito.

Por otro lado, también se realizaron entrevistas semi-dirigidas a la terapeuta de la sala llamada Valeria, a la coordinadora del CET del turno de la tarde, cuyo nombre era María Antonia y a una terapeuta del centro llamada Romina. Estas entrevistas constaron de preguntas previamente escritas por el pasante, fueron de un solo encuentro y su duración fue de aproximadamente de 30 minutos.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de la comunicación y lenguaje en el adolescente con TEA

De acuerdo a la observación realizada, la comunicación y el lenguaje de Gabriel coinciden con las descripciones clásicas de Kanner (1943) y Asperger (1944). Dado que Gabriel era un paciente con TEA, presentaba limitaciones en su lenguaje verbal, y no podía hacer uso efectivo de este para poder relacionarse o hacer algún pedido que quisiera. Su terapeuta de sala expresaba que Gabriel podía hacer uso de palabras y formar diferentes frases, sin embargo a través de su conducta lograba conseguir lo que él deseaba en el momento sin tener que hacer uso del lenguaje verbal. Por ejemplo su comportamiento en el espacio de la merienda, realizaba la acción de manera directa, tomándolos sin mediar alguna comunicación oral para expresar lo que él quería en ese momento. Se observó igualmente que salía del espacio de la sala a otro lugar, como el patio, sin decir nada o si se encontraba que algún compañero tenía algún objeto de su interés, él se lo quitaba sin hacer uso del lenguaje verbal.

Dicho comportamiento descrito se puede puntualizar como falta de la función protoimperativa (Tamarit, 1990), Esta función generalmente muestra dificultad para

desarrollarse en la población con autismo, presentándose dificultades en la comprensión del lenguaje (Martos & Ayuda, 2002). También se pudo observar su fracaso al intentar acercarse a otros y hablar (APA, 2013). Por ejemplo cuando la terapeuta hacía que entre los jóvenes de la sala se saludaran, preguntaran y respondieran como estaban y que habían almorzado ese día, en esta situación se notó como Gabriel no respondía, no hacía contacto ocular o no cambiaba de postura para poder hablar con sus otros compañeros (Asperger 1944; Martos, 2006). Dicha descripción mostraba como el joven tenía una comunicación no verbal muy pobre y como muestra una inexpresividad corporal (Barrionuevo & Vives, 2002; Pizarro, 2008).

Acorde a García de la Torre (2002) los jóvenes con TEA cumplen con ciertas características en el área de comunicación y lenguaje, a continuación se describirán dichos criterios que se observaron en el joven. En primera instancia está la ecolalia, que en el caso de Gabriel era una ecolalia diferida que no se presentaba todo el tiempo, sino cuando estaba solo en el patio, descansando en una colchoneta que había en la sala o cuando estaba esperando su turno en una actividad. Generalmente repetía comerciales de televisión o marcas publicitarias. Por otro lado, no presentaba significativas limitaciones en cuanto a la imitación de gestos, como sonreír, sacar la lengua, aplaudir, aunque tenía dificultades con otros gestos, por ejemplo hacer cara de enojado o cara de miedo.

Gabriel no hacía un uso adecuado de verbos que expresaran sus deseos o estados de ánimo, no decía *quiero jugo* o *quiero ir al patio*, o no podía expresar cuando necesitaba ayuda. Fue observado en una actividad donde parecía no entender lo que tenía que hacer, entonces decía *no no* cada vez que la terapeuta le indicaba que hiciera la actividad, hasta que en un momento ella le pregunto qué era lo que necesitaba y él dijo finalmente respondió *ayuda*.

Así mismo una característica del joven, era su habla inadecuada puesto que su tono de voz era muy bajo y no se le podía entender bien lo que decía y tampoco respondía a claves sociales, como por ejemplo empujar a alguien que estuviera delante de él para pasar a otro lado. A su vez se observó su falta de intención comunicativa, valiéndose por sí mismo para conseguir las cosas que deseaba, si alguien llevaba un alfajor él se lo quitaba a la persona para ver la marca o también como fue mencionado, la situación de los alimentos o el irse de la sala, tales conductas se interpretaban como falta de intención comunicativa porque no salía de él mismo realizar el pedido a otro para conseguir algo que él quería o necesitaba. Sin embargo se presentaron ocasiones donde si existía esta intención de comunicarse con el otro pero no era de la forma adecuada y no hacía uso del lenguaje verbal, por ejemplo se

acercaba a la coordinadora la agarraba del brazo y la miraba, pero hasta que ella no le preguntaba *Gabriel que quieres?* él no podía expresar verbalmente lo que deseaba, igualmente sucedía cuando le estiraba el brazo a la terapeuta y pasaba la misma situación ella le preguntaba que quería y él ahí decía *cosquillitas* o en una ocasión se acercó a la pasante con la campera mal puesta, la pasante le preguntó que necesitaba y él dijo *ayuda* . Excepcionalmente Gabriel hacía uso de su lenguaje oral cuando se hablaba de sus intereses restringidos que en este caso eran las marcas publicitarias, la terapeuta le podía decir *Gabriel decime cinco marcas de alfajores* el joven lo hacía con gusto y se le veía motivado al hablar (Alcántara, 2007; Pérez & Pérez, 2011).

Por otro lado Gabriel mostraba algunos problemas en la comprensión del lenguaje (Pizarro, 2008), esto se pudo analizar mediante situaciones. Cuando llovía y él parecía no entender que la terapeuta le explicaba que no podía salir, empezaba a decir *no no*, mostrando diferentes conductas disruptivas, empezando a gritar, intentar abrir la puerta del patio por sí mismo y si lograba salir se quedaba bajo la lluvia mojándose, también aumentaba sus ecolalias y sus conductas repetitivas o estereotipadas, que en su caso eran aleteos de las manos o morderse una mano mientras la otra hacía el aleteo (APA, 2013; Grañana, 2014). Sin embargo en varias ocasiones se observó cómo comprendía órdenes simples como *levántate de la silla* u órdenes complejas por ejemplo *levántate de la silla y tráeme la caja naranja y la caja roja*. La terapeuta describía que si Gabriel estaba en un ambiente controlado él podía realizar dichas ordenes, mientras que si cambiaba de contexto como el salón de educación física, le era difícil llevar a cabo la tarea por si solo y terminaba necesitando ayuda de ella para redirigirlo.

En este caso expuesto las funciones ejecutivas podrían explicar por qué hay un déficit en el área de comunicación y lenguaje en Gabriel, puesto que estas funciones se encuentran afectadas haciendo que el joven presente falta de control de los impulsos y no poder inhibir respuestas inadecuadas. Esto se observó en situaciones que han sido previamente descritas donde el joven simplemente se levantaba y así lo que él quería, sin mediar con la otra persona a través del lenguaje espontáneo para autorregular su acción adecuadamente (Martos & Ayuda, 2002).

Así mismo, se observó falla en su flexibilidad cognitiva puesto que le costaba entender cambios, un ejemplo no poder ir al patio cuando llovía y expresaba su enojo mediante conductas previamente descritas, en de comunicarlo mediante su lenguaje oral.

En conclusión, Gabriel poseía lenguaje verbal pero no hacía uso de este para comunicarse adecuadamente con otras personas, debido a su falta de intención

comunicativa, generando así conductas que se podían tomar como inadecuadas puesto que no están bien vistas dentro del contexto social y que también podrían haber lastimado a otros, como el empujón. Igualmente presentaba fallas en su comunicación no verbal, en la parte de disponer el cuerpo adecuadamente para interactuar con otro, es decir levantar la cabeza y mirar a los ojos, sentarse adecuadamente, permanecer callado etc.

5.2 Describir las intervenciones utilizadas con el joven para aumentar sus habilidades en la comunicación

Las intervenciones utilizadas en el CET, se basaban en el modelo TEACCH y ABA, en primera instancia se describirán las intervenciones por medio de TEACCH, puesto que se consideraban necesarias para que Gabriel pudiera trabajar en un ambiente más estructurado y predecible (Guzmán et al, 2017).

En las entrevistas realizadas a su terapeuta explicaba que cuando el ambiente estaba regulado (es decir, no habían ruidos, había orden en la sala) Gabriel podía trabajar de mejor forma, en cualquiera de los programas disponibles para trabajar ese día. Cuando el ambiente no estaba estructurado y en cambio había un entorno desorganizado (sonoro, luminoso, sobre estimulado), se le observaba más ansioso, realizando sus movimientos estereotipados (APA, 2013; Grañana, 2014).

Sus movimientos estereotipados sucedían en la clase de educación física, donde el espacio era más grande y la profesora tenía que hablar alto para dar las consignas a los demás jóvenes, era entonces cuando él no lograba hacer las actividades, no lograba esperar sentado mientras llegaba su turno y era difícil para la profesora hacer que esperara así le ofreciera refuerzos positivos, solía recurrir a poner música que era de su agrado. También la terapeuta de sala explicaba que había que anticiparle todo y el mismo profesional también prepararse a las situaciones que podrían pasar en el día a día, puesto que si a Gabriel se le indicaban previamente las consignas, no tenía conductas disruptivas y su ansiedad disminuía.

En cuanto al método TEACCH divide cada habilidad que se quiere aprender o trabajar en pasos (Guzmán et al., 2017), durante la práctica se pudo observar en una actividad donde realizaban con los jóvenes la preparación de una leche chocolatada, la terapeuta disponía de un panel donde por medio de imágenes se mostraban los pasos que tenían que realizar los jóvenes y los que elementos tenían que usar para realizar la chocolatada, a cada respuesta correcta, le seguía un reforzador (Martin & Pear, 2008) que era generalmente social como *¡Muy bien Gaby!* Y si no respondía bien se le decía la respuesta correcta pero sin el reforzador positivo. El realizar la actividad de la manera como se describió, permitía que el joven usara su lenguaje verbal,

nombrando los pasos a realizar y elementos que tenía que emplear, también una mejor comprensión por medio de las claves visuales puesto que esto ayudaba a un favorable procesamiento en los jóvenes con autismo (Guzmán et al., 2017).

Acorde a Rossi (2007) una de las finalidades del método TECCH es que los jóvenes puedan convertir el lenguaje que tienen, ya sea verbal o no, en una habilidad funcional comunicativa y también enseñar estrategias que le permitan adecuarse mejor socialmente, por ejemplo cuando le pedía a Gabriel que alzara la cabeza para mirar a los ojos cuando se saludaban entre los compañeros, también se le moldeaba lo que tenía que decir en ciertas situaciones, si alguien le daba un cumplido él tenía que decir *Gracias* o si una persona le preguntaba cómo estaba debería responder bien (Ochs et al, 2004).

Por otro lado uno de los elementos más importantes de este método es la enseñanza estructurada que es la que permite que no hayan factores de distracción, que el ambiente sea predecible (un detalle que como se aclaró antes, permitía que el joven estuviera más tranquilo y que así pudiera realizar las actividades que se le proponían), que haya recordatorios visuales, y que también ayuda a jóvenes como Gabriel a crear más independencia y comprensión del lenguaje no verbal y verbal (Cervera et al, 2018; Rossi, 2007).

La enseñanza estructurada tiene ciertos componentes que permite que lo mencionado se pueda desarrollar. A continuación serán descritos como se vieron estos componentes dentro del CET: en primera instancia se encuentra la organización física, la cual permite que el mobiliario este en un orden el cual permita que el joven distinga en que espacios trabaja y en que espacios puede descansar. En el caso de la sala de Gabriel se encontraba con una mesa donde se sentaban todos los jóvenes de la sala y la terapeuta, y en esta mesa habían imágenes donde aparecía que en ese lugar había que permanecer sentado y que se trabajaba en grupo, también en esta mesa había una caja donde se guardaban los pictogramas y/o imágenes que se iban quitando del cronograma.

Por otra parte existía un espacio donde había una imagen de una colchoneta que era considerada como el lugar de descanso y relajación, y por último había una mesa donde se hacía el trabajo individual. Lo que faltaba dentro de la sala era que las actividades que los jóvenes realizaran estuvieran más al alcance de ellos, puesto que estaba en un estante que era muy alto, el cual no permitía que ellos pudieran acceder a estas.

El otro componente, uno de los más importantes, son los calendarios o agendas y paneles, los cuales permiten que haya una anticipación. En dichos objetos se colocaban pictogramas (Guerrero & Hernández, 2016) sobre lo que se iba a hacer durante la jornada, por ejemplo se iniciaba con un pictograma de saludar, luego de ir al baño, después de trabajar,

merendar y luego ir a casa. A medida que avanzaba el día, el joven retiraba el pictograma y lo ponía en la caja que había en la mesa dispuesta para tal fin (Rossi, 2007).

En el caso de Gabriel su agenda era por medio de pictogramas y podía distinguir la mayoría de estos, nombrando así uno a uno cuando se le pedía que lo hiciera. El joven llevaba la agenda a todos los espacio del centro, para tener su guía respecto a lo que tenía que realizar y que iba a pasar después, lo cual según la coordinadora permitía que él se hiciera una idea de que era después porque muchas veces pasaba que le decían *después vas al patio* y él no sabía cuándo era eso o que tenía que hacer para que ese refuerzo tan grande como lo era el patio, sucediera, entonces en su agenda tenía un pictograma de trabajo individual y luego patio, él sabía que luego de trabajar iba a tener su reforzador.

Otro componente era el sistema de trabajo, el cual permite que el joven tenga independencia, consiste en usar un panel con los pasos a seguir, como el ejemplo de la chocolatada que se mencionó anteriormente, también se realizaba en el taller de cocina donde ponían los pasos sobre como tenían que hacer cierto producto. Generalmente Gabriel lograba seguir los pasos y también nombrarlos verbalmente pero siempre con una ayuda inicial de su terapeuta diciéndole *¿Que tenes que hacer Gaby?*

Por último, la organización de tareas que son: la estructura y la organización física, sirven para que los jóvenes pueden buscar la información visual relevante de la tarea, en el caso del CET y de Gabriel, él lograba realizar las actividades y las consignas con la información visual brindada. Un acontecimiento importante que muestra como el modelo TEACCH por medio de la información visual con pictogramas y paneles ayudaban a Gabriel a poder tener una mejor comprensión del lenguaje, era cuando llovía y él quería salir al patio, a pesar de que su terapeuta le explicaba verbalmente, el joven no lograba comprender, entonces se recurría a un panel donde había una foto del patio con lluvia y una X, y luego la opción alternativa de lo que podía hacer si no era ir al patio , que era una foto del espacio de terapia ocupacional (T.O) con un puff. Dicho panel se lo mostraba la terapeuta y lo iba leyendo con él, empezaba ella diciendo *si hay lluvia no podemos...* y el completaba la oración y decía *salir* y luego la terapeuta continuaba diciendo *Bueno Gaby, entonces que podes hacer* (señalando la foto del salón de T.O) y el completaba diciendo *ir a T.O*.

En el CET también se trabaja con el enfoque de ABA, mediante el cual se aplicaban los principios del aprendizaje para aumentar, disminuir o mantener ciertas conductas (Colombo, 2018), en el caso de Gabriel las conductas que se querían aumentar y mantener luego de aprendidas era que pudiera iniciar un pedido espontáneamente, trabajar su lenguaje expresivo que como lo explico la coordinadora del centro, es el lenguaje que se usa para

comunicar y también trabajar el lenguaje comprensivo que permite entender el significado de las palabras.

Uno de los objetivos principales del tratamiento es aumentar las conductas adaptativas y reducir las conductas que no son apropiadas. Se pudo observar como una de las conductas no apropiadas tuvieron una intervención por parte de la terapeuta que consistió ir reduciendo los empujones que daba el joven cuando quería pasar a otro lado, lo hacía poniéndose enfrente de él y le preguntaba *¿qué tienes que decir?* y este respondía *permiso*, y en ese momento podía pasar.

Adicionalmente una herramienta de relevante uso en ABA, son los reforzadores positivos que se dan después de una conducta, lo cual va a permitir que aumente la probabilidad de que esta conducta se produzca otra vez (Martin & Pear, 2008).

En el caso del paciente observado, el reforzador más grande para él era el patio, por lo que cuando no cumplía las consignas que le daba la terapeuta, esta le decía que no iba a ir al patio, lo cual generalmente incentivaba a Gabriel a volver a realizar la actividad.

Estos reforzadores tienen ciertas clasificaciones (Iyaca, 2014) en primera instancia están los primarios que no requieren ningún aprendizaje para que tomen valor de reforzador, como la comida, en el caso de Gabriel podían ser alfajores o galletas siempre y cuando el viera que estuvieran en su empaque para así leer la marca y luego pasar a comerlos. También estaban los reforzadores sociales que para el joven podían ser cosquillas, aplausos, chocar los cinco o simplemente una felicitación con un tono alegre, además se encuentran los reforzadores automáticos que son sensaciones físicas que se generan por la conducta sin mediados, En el caso de Gabriel serían los movimientos estereotipados que generalmente aparecían, según la terapeuta, cuando alguna situación lo ponía ansioso, como no ir al patio, ambiente muy sonoro, o tener que esperar durante un largo periodo tiempo.

Como ha sido mencionado, para que se logren las conductas adaptativas se usan reforzadores positivos a su vez se van creando varias oportunidades para practicar las habilidades que el paciente va adquiriendo (Piñero & Toro – Herrera, 2012) , se ilustra en el diseño de los programas que hacían, puesto que como se verá más adelante, estaban diseñados para que el joven tuviera varias oportunidades de hacer la actividad o lo que se esperaba de él, lo cual según la coordinadora del centro se hacía con el fin de que fuera aprendiendo y no se frustrara al hacerlo.

El formato que se usa en el CET es de ABA, el cual tiene tres elementos a la hora de enseñar la habilidad propuesta. Estos son: el comportamiento que se quiere enseñar, el antecedente y el consecuente (Matos & Mustaca, 2005). Se observó durante la pasantía que

estos conceptos se ponían en práctica, en general cuando la terapeuta trabajaba uno a uno con Gabriel, un ejemplo sería que ella le decía *Dame la pelota* (que sería el antecedente), el comportamiento que se esperaba de Gabriel era decir *Toma Vale* y la consecuencia si respondía bien era darle un refuerzo social como decirle *¡Muy bien Gaby como lo dijiste!* y si no respondía bien, se le moldeaba lo que tenía que decir y dando el refuerzo cuando respondiera de forma adecuada.

Ahora bien, las intervenciones que realizaba la terapeuta se hacían en base a programas diseñados por la coordinadora del centro, y fueron aplicados en el primer cuatrimestre del 2019. Dichos programas podrían ser considerados como los antecedentes, y también describen cual es el comportamiento que se espera del joven al realizarlos y por último la consecuencia la elegía la terapeuta dependiendo de cómo respondía Gabriel.

El primer programa era de iniciativa que estaba dentro del área de intención comunicativa, su objetivo era que Gabriel pudiera iniciar de manera espontánea un pedido de aquello que él quisiera y el procedimiento consistía en que la terapeuta generara situaciones en las que el joven hiciera un pedido trabajando aquello que es motivante para él, por ejemplo si estaba trabajando con un objeto que era de su interés, la terapeuta se lo debía mostrar y esperar a que él lo pidiera.

Los pasos para realizar dicho programa, eran en primera instancia, tomar como acción de pedido el estirar la mano para agarrar el objeto, hacer contacto visual y luego se pasaba a moldear las palabras para que obtuviera ese objeto, que serían *Quiero X (objeto)* y por consecuente terapeuta se lo entregaba. El segundo paso era que a la acción de estirar la mano se le sumara que se lo dé a la terapeuta para realizar esto, se moldeaban las palabras para entregar el objeto que serían *Toma Vale*. Los primeros dos pasos tienen tres de cinco oportunidades durante tres días consecutivos, para considerarse adquiridos, es decir, que tiene que responder de forma adecuada y sin ayuda para que dicha habilidad o paso se considere como aprendido (Colombo, 2018; Guzmán et al, 2017). Los últimos dos pasos consistían en que la terapeuta se colocara a mayor distancia con el objeto, haciendo que el joven se acercara a pedirselo, y el último paso era que la terapeuta se siguiera colocando a mayor distancia y mirará hacia otro lado, esperando a que el joven realizara el pedido.

Es importante señalar que antes de iniciar cualquier actividad había una anticipación por medio del cronograma, donde estaban las actividades que iba a realizar el joven durante el día, entonces en dicha agenda aparecía el pictograma de que iba a hacer trabajo individual, y una vez que empezaba la actividad la terapeuta Valeria le explicaba que iba a hacer Gabriel en ese espacio, dependiendo del programa que estuviera realizando ese día.

En el primer paso del programa de iniciativa, la terapeuta le mostro objetos de su interés como revistas que tenían fotos de marcas publicitarias, un libro que tenía sonidos en inglés, jugos y galletas (iba variando los objetos). El primer día que inicio, la terapeuta tenía la revista en sus manos y espero a que este estirara la mano para agarrarlo y en ese momento le dijo *Tenes que decir quiero la revista*, al ver que Gabriel solo quería obtener el objeto, ella lo incentivo y le dijo *¡Dale Gaby! Vos puedes, decir quiero la revista*, esto se lo dijo dos veces más, hasta que Gabriel dijo “quiero la revista” y la terapeuta se la dio y lo felicito diciendo *¡muy bien Gaby!*, luego paso al siguiente objeto que era el libro de inglés y fue el mismo procedimiento. El objeto que Gabriel lograba conseguir se consideraba como un reforzador acorde a su terapeuta puesto que era algo que él quería, lo motivaba y lo logro obtener por medio de hacer una conducta esperada ante un antecedente que era la consigna de que dijera *quiero....* (Matos & Mustaca, 2005).

Al siguiente día de realizar el programa se repitió lo acontecido, la terapeuta tuvo que incentivarlo varias veces para que pudiera decir las palabras, y en el tercer día, Gabriel logro decirlo al primer intento. Cuando su terapeuta le mostro el objeto que en este caso eran una galletitas, él pudo decir *quiero galletitas*, esta se consideró como la primera oportunidad que él acertó, a la siguiente semana que volvieron a realizar el programa, logro pedir sin que la terapeuta lo incentivara en los tres días que realizaron la actividad, tomando este paso como adquirido. Al considerarse adquirido se pasó al siguiente paso, que era que Gabriel tenía que pedirle a la terapeuta por medio de sus palabras, el objeto que ella tuviera y luego tenía que entregárselo de vuelta, diciendo *Toma Vale*, el principio fue parecido al paso anterior, la terapeuta se lo moldeo varias veces y lo incentivaba a que se lo entregara pronunciando las palabras adecuadas. Sin embargo, en este caso el refuerzo tenía que ser otro puesto que el joven no se quedaba con el objeto, el refuerzo que le ofrecía la terapeuta era un rocklet, como en el paso anterior, pasaron dos semanas para que el adquiriera la habilidad.

Los dos últimos pasos consistían en que la terapeuta Valeria, se colocara a mayor distancia con el objeto y que el hiciera el pedido y una vez que lo tuviera se lo entregara pronunciado las palabras. En este caso se hizo un poco más complicado puesto que al estar de pie habían más distractores para el joven, así que su terapeuta, explicaba que en este caso tuvo que hablar con un voz más alegre y que le generara más interés a Gabriel, en algunas ocasiones la terapeuta le tenía que recordar lo que tenía que decir, por ejemplo una vez ella tenía el objeto y el solo la miraba, entonces ella le recordó *¿Que tienes que decir Gaby?* y el ahí logro realizarlo. Este paso logro realizarlo con éxito pero el último paso no fue así. En este paso la terapeuta se colocaba a mayor distancia y miraba hacia otro lado, lo que hacía que Gabriel se

distrajera y caminara por toda la sala. No logro realizar las tres de cinco oportunidades por lo tanto no se consideró como adquirido, sin embargo la terapeuta lo siguió trabajando en sala. En esta descripción del programa, se pudo observar como hubo un progreso del aprendizaje de habilidades (Colombo, 2018; Guzmán et al, 2017).

Otro programa que se realizo fue el de preguntas y respuestas que estaba dentro del área de lenguaje comprensivo y expresivo. El objetivo del programa era profundizar en un trabajo de preguntas y respuestas y luego ir aumentando la complejidad de la tarea.

El procedimiento y progresión del mismo consistía en desplegar unas tarjetas que tenían dibujos de personas realizando distintas actividades, entonces el primer paso era que Gabriel viera la tarjeta y preguntarle *¿Qué está haciendo?* y también se le pedía que imitara la acción si era posible, el segundo paso era la descripción de las imágenes *¿Qué hay? ¿Cuántos X hay?*, el tercer paso consistía en preguntas de encabezamiento como *¿Quién? ¿Qué hace? ¿Dónde?* Y el cuarto y último paso era leer un cuento completo y hacer preguntas. También la terapeuta trabajaba en paralelo que el joven pudiera decir la frase completa y no solo el nombre de las cosas, por ejemplo si había una imagen de un nene cepillándose y se le preguntaba a Gabriel que estaba haciendo el nene él tenía que responder *está cepillándose*.

En el desarrollo del programa de preguntas y respuestas se realizaba mostrándole cartas a Gabriel que tenían personas realizando diferentes actividades. En el primer paso que era describir las acciones e imitarlas, la terapeuta le mostro una carta de un nene comiendo, entonces ella le pregunto a él joven *¿Qué está haciendo el nene?* y el respondió *comer* y en el momento en el que ella le pidió que imitara la acción, el no supo cómo hacerla, entonces la terapeuta le moldeo el movimiento de comer mostrándole a el como hacerlo, así que después le pidió que hiciera el movimiento él solo, lo felicito y le ofreció como reforzador un rocklet.

Durante los primeros días de inicio del paso uno, a Gabriel lo que más le costaba era imitar lo que la persona estaba haciendo en las imágenes, por lo que la terapeuta siempre se los iba moldeando para que el los pudiera aprender. En la segunda semana de realizar el primer paso, Gabriel había aprendido a imitar ciertos gestos, como el de comer, cepillarse los dientes o lavarse la manos, una vez que este paso se consideró adquirido se pasó al siguiente.

El siguiente paso consistía en preguntarle a Gabriel que estaba haciendo el nene en la imagen y que imitara la acción, luego se pasaba a preguntarle que había en la imagen, por ejemplo que estaba comiendo el nene, donde estaba, si había alguien más con él , de qué color era la mesa, etc. Gabriel podía responder estas preguntas en su mayoría de forma correcta, pasando así al siguiente paso. En este, él tenía que responder preguntas sobre qué estaba haciendo el nene o donde estaba, pero diciendo la frase completa y no solo una palabra que lo

describiera, ya que esto le pasaba mucho al joven, no decía *el nene está comiendo* si no que decía solo *comer*.

Una de las cartas que le mostro la terapeuta era de una nena peinándose, cuando ella le pregunto qué hace la nena y él dijo *peinar*, ella le dijo *Tenes que decir, se está peinando*. Este paso le mostro bastante dificultad porque si bien lo lograba decir cuando la terapeuta le decía como tenía que expresar, sin la ayuda de ella no lograba completar la consigna. Siguiendo el progreso del programa no se llegó al cuarto paso, puesto que si bien podía describir cosas del cuento mientras veía la imagen, no podía decir la frase completa sin ayuda de la terapeuta.

La jornada siempre tiene que estar intercalada con actividades recreativas, libres y sin tanta estructura para así entrenar las habilidades que se van aprendiendo en la sala (Guzmán et al, 2017). En este caso se podía ver cuando en espacios que no estaban tan estructurados, la terapeuta ponía en marcha el programa para que Gabriel tuviera un pedido espontaneo, lo hacía cuando estaban haciendo AVD (actividades de la vida diaria, que consiste en ir al baño, cepillarse los dientes, lavarse la manos.), la terapeuta sostenía la toalla y cuando él se terminaba de lavar las manos, él tenía que hacer el pedido de esta. También se le preguntaba en el taller de cocina si estaba esperando que describiera que estaban haciendo sus compañeros, por ejemplo *Juan está amasando*.

Los pasos de los programas se realizaron durante tres veces a la semana y cada paso en ser aprendido tomaba dos semanas, acorde a lo observado y registrado. Se hacía cuando Gabriel tenía el espacio de trabajo 1 a 1 con la terapeuta en un espacio en la sala destinado para esto, mientras que los otros compañeros hacían trabajo individual.

Por otra parte uno de los objetivos de ABA, era que los jóvenes pudieran generalizar en diferentes espacios lo que se ha ido aprendiendo, en el caso de Gabriel la generalización no se pudo observar, pero se ahondara este aspecto en el siguiente apartado.

Para concluir el método TECCH fue una herramienta de mucha importancia a la hora de ordenar la sala y de presentarle herramientas visuales a Gabriel (Guzmán, et al, 2017), puesto que esto ayudó a que el joven estuviera más tranquilo y pudiera reconocer mejor las cosas, lo cual permitió a su vez que pudiera ser más vocal a la hora de expresarse y también pudiera mejorar su comunicación receptiva frente a situaciones que le podían generar mucha frustración. Otro objetivo que cumplió el aplicar el método TEACCH fue que se logró que estuviera más regulado permitiendo así que pudiera realizar los distintos programas que se le proponían.

Por otra parte las intervenciones de ABA permitieron que se trabajaran con objetos que fueran de su gusto y le fueran motivantes actuando así también como reforzadores (Iyaca,

2014) e igualmente ABA permitió que fuera un progreso y que él tuviera el tiempo necesario para aprender cada habilidad que necesitaba trabajar.

5.3 Analizar si se produjeron cambios en la comunicación del adolescente en el lapso de tres meses.

Para realizar dicho análisis, se tomara en cuenta la descripción que se realizó del lenguaje en Gabriel en el primer objetivo y como a partir de las intervenciones basadas en los programas, el joven logró tener cambios en su comunicación y lenguaje. En cuanto a las limitaciones en su lenguaje verbal (Asperger 1944; Kanner, 1943), fue cambiando por medio del programa de iniciativa puesto que la terapeuta trataba de generalizar a diferentes momentos o espacios, lo que se iba aprendiendo en dicho programa. Cuando trabajaba con sus compañeros si tenía que pasarle un objeto a otro, tenía que decir *Toma xxx* o el momento de la merienda no podía tomar jugo hasta que dijera *Quiero jugo* o también si quería más comida tenía que decir *Quiero más galletitas*. En cuanto a que le quitaba los objetos a sus compañeros si eran de su interés, no pudo cambiar este aspecto, generalmente solo usaba el *quiero* con los adultos.

Respecto a la función protoimperativa (Tamarit, 1990) y la comprensión del lenguaje (Martos & Ayuda, 2002), hubieron cambios significativos dado que logro empezar a usar su lenguaje verbal para hacer pedido y también al usar el material visual podía comprender mejor lo que se le pedía o las consignas que se le brindaban.

Por otra parte se pudo observar que la falla al intentar a acercarse a otros y hablar (APA, 2013) fue disminuyendo, porque se trataba de generalizar el programa de iniciativa y que también pudiera cambiar su postura al momento de hablar con sus compañeros, por lo que la terapeuta le iba indicando que preguntas hacer y este las realizaba. Con el tiempo fue haciéndolas solo y ella le daba un refuerzo social (Iyaca, 2014), también se le iba señalando que cambiara la postura de estar acostado sobre la mesa e irguiera la espalda al momento de hablar o trabajar con sus compañeros.

Respecto al programa de preguntas y respuestas también se fue generalizando a diferentes espacios del centro, como en el taller de cocina, cuando era su turno y estaba esperando, la terapeuta le preguntaba qué estaba haciendo el compañero de al frente o que color de remera estaba usando algún otro joven. Otro espacio donde se fue aplicando este programa fue en el taller de música, donde la terapeuta le preguntaba cosas como que canción quería que cantaran y a quien faltaba por saludar.

En cuanto a las conductas disruptivas que podía presentar, aparte de trabajar que en la sala no se levantara y se fuera al patio, también se realizó en el taller de cocina cuando algunas

veces se trataba de levantar e irse. En este caso se empezó a usar la herramienta de la economía de fichas (Iyaca, 2014) y también un sistema de trabajo que consistía en un panel que tenía tres tapas y al final una foto del patio (Rossi, 2007), entonces el por cada paso que hacia iba quitando una tapa, hasta llegar al patio. Lo cual permitía que pudiera esperar y realizar la actividad sin levantarse y escapar al patio.

Otro aspecto que fue cambiando en los tres meses de observación fue como al tener un cronograma (Rossi, 2007) el sabía cuando podía ir al patio. Si bien fue complicado al principio, al ver el material visual y repetirle que iba al patio después de realizar la actividad, el joven lograba volver a sentarse, esperar y trabajar.

En conclusión en el lapso de tres meses, Gabriel tuvo cambios muy favorables, en cuanto a su intención comunicativa aplicando ABA (Munford et al., 2009) logrando usar su lenguaje verbal para poder expresar lo que quiere o necesita. También logro una mejor comprensión del lenguaje por medio de las claves visuales, lo cual a su vez generaron que sus conductas disruptivas disminuyeran (Cerezuela et al., 2018) y pudiera tener una mejor adaptación a su entorno y una mejor relación con sus terapeutas. Uno de los aspectos no tan favorables es que si bien lograba realizar los pedidos, o responder las preguntas, muchas veces no lo realizaba si la terapeuta de sala Valeria no le daba la ayuda inicial, es decir que no logro una independencia de ella. También se desconoce si logro generalizar lo aprendido en casa u otros contextos fuera del CET.

6. Conclusiones

Teniendo en cuenta los objetivos planteados estos se consideran cumplidos, por medio de las diferentes herramientas usadas en la práctica profesional para recaudar información y del análisis del material bibliográfico que fuera oportuno para el trabajo.

En cuanto al primer objetivo se logró realizar con éxito la descripción de la comunicación y el lenguaje del joven. Se observó al inicio de la práctica que Gabriel presentaba limitaciones en su lenguaje verbal y no podía hacer uso efectivo de este para relacionarse o hacer algún pedido que quisiera presentando así una intención comunicativa muy baja (APA, 2013), valiéndose muchas veces de su conducta para poder conseguir aquello que deseaba, por otro lado le costaba mucho entender cambios que no hubieran sido anticipados, presentando así dificultad en su flexibilidad cognitiva (Asperger, 1944; Kanner 1943) y también en la comprensión del lenguaje, además presentaba dificultades en sus funciones ejecutivas (Martos & Ayuda, 2002) no pudiendo inhibir ni controlar sus impulsos.

En lo que concierne al segundo objetivo, se lograron observar las intervenciones realizadas por la terapeuta en sala, basadas en el método TEACCH y en ABA. En cuanto a la primera intervención era muy importante para estructurar la sala y los espacios donde estaba Gabriel cuando estaba realizando su jornada dentro del CET, puesto que le permitía tener una organización visual sobre lo que tenía que hacer y donde lo tenía que hacer, permitiéndole así bajar sus niveles de ansiedad y también tener un ambiente predecible el cual no generara frustración o llevara a conductas disruptivas (Guzmán et al, 2017).

Los herramientas visuales que propone este método, ayudaron a que Gabriel pudiera saber cuándo iba a tener sus refuerzos después de las actividades, también a una mejor comprensión del lenguaje por medio de los pictogramas e imágenes en situaciones que le generaran estrés, como el ejemplo de la lluvia (Cervera et al, 2018).

En cuanto a la aplicación del método de ABA se observó que el joven logro realizar los programas que propuso la coordinadora, para trabajar su iniciativa comunicativa, su lenguaje expresivo y comunicativo, los cuales se realizaron de manera progresiva , con diferentes pasos y con reforzadores para que la conducta aprendida se mantuviera (Martin & Pear, 2008; Piñero & Toro-Herrera, 2012).

En relación al programa de iniciativa que se propuso para Gabriel, tenía como fin que el avanzara en el poder solicitar o pedir los objetos que eran de su interés por medio de la palabra, así como el que pudiera devolver estos objetos usando una frase adecuada, aprendiendo así conductas que fueran pertinentes en el contexto para tratar con otras personas y también usando su lenguaje oral para pedir y devolver, en vez de realizar todo el solo (Colombo, 2018), lo cual se logró hasta cierto nivel, pero permitió un avance significativo en el proceso de comunicación y utilización del lenguaje, tal como se describió con anterioridad.

Si bien uno de los objetivos del método ABA, es generalizar lo aprendido e independizarse de la ayuda del terapeuta (Colombo 2018; Guzmán et al., 2017), se pudo observar que Gabriel no pudo realizar lo anterior con éxito total, si bien lograba decir las palabras *Toma xxx* o *Quiero xxx*, muchas veces necesitaba ayuda de su terapeuta para decirlo y tampoco se pudo observar si hubo una generalización fuera del centro.

En cuanto al programa de lenguaje expresivo y comprensivo, se aplicó el método de preguntas y respuestas basadas en imágenes proporcionadas por la terapeuta. Se observó que el avanzo hasta la identificación e imitación de la acción, sin embargo al responder preguntas sobre la imagen no podía hacerlo formando una frase completa, sino solo usando la palabra que describía la acción. La generalización en este programa no se pudo observar completamente porque el tiempo de la práctica profesional no fue suficiente.

Con respecto al último objetivo, a partir del trabajo realizado durante los tres meses de observación y análisis del trabajo con los programas y métodos descritos, se pudo concluir que si hubieron cambios en la comunicación y lenguaje de Gabriel, evidenciándose en la medida que él pudo lograr expresar lo que quería sin necesidad de acudir a la impulsividad, y cuando esto ocurría las herramientas visuales ayudaban a que el pudiera controlarlo (Cervera et al, 2018; Rossi 2007) y esperar a que sucediera lo que él quería, ya se ir al patio, tomar jugo, descansar, etc.

También logro tener un acercamiento más adecuado con las otras personas (APA, 2013), porque aprendió que podía pedir lo que quería, y a relacionarse de mejor forma con sus compañeros por medio de las palabras. Por otra parte su comprensión del lenguaje fue mejorando gracias al cronograma y paneles con pictogramas, pudiendo desarrollar mejor las actividades propuestas dentro del CET, logrando disminuir notablemente sus conductas disruptivas, presentando así una mejor adaptación al entorno y a las personas que lo rodeaban.

Una de las limitaciones encontradas, fue que el trabajo que se lograba dentro del CET, era incierto si el joven lograba hacerlo fuera del contexto de la institución, ya que no había suficiente información respecto a cómo era la conducta en su casa o como intervenían los padres cuando el joven presentaba conductas disruptivas, siendo así una de las características que señala Colombo (2018) que pueden hacer que el tratamiento falle o no funcione en su totalidad. Para lo cual se recomienda que se realicen con mayor frecuencia procesos psicoeducativos con los padres que permitan que en otros entornos se puedan aplicar las prácticas y los programas que se desarrollan en el CET y así poder tener una mayor eficacia en el desarrollo de la comunicación y lenguaje de los pacientes con diagnóstico de autismo. Por otro lado otra limitación que se encontró, fue la falta de lectura previa sobre el tema a trabajar puesto que sin el conocimiento previo, era más difícil evaluar qué aspectos hay que observar o que conductas son relevantes.

Por ultimo otra limitación encontrada fue haber podido trabajar con mayor intensidad en el momento de uno a uno con la terapeuta en otra sala (Guzmán et al, 2017) o que sus otros dos compañeros estuvieran realizando una actividad diferente fuera de la sala., como por ejemplo cuando estaba en el tercer y cuarto paso del programa de iniciativa, donde tenía que acercarse a la terapeuta para tomar el objeto. Si hubieran sido solo ellos dos en el momento tal vez la terapeuta hubiera podido captar la atención del joven de otra forma y también sin causar distracción a los otros compañeros que estaban trabajando.

A pesar de que se encontraron limitaciones en la práctica y en la aplicación del tratamiento, se considera que dio muy buenos resultados acorde a la observación, siendo

concordante con el material bibliográfico. Y mostrando así una eficacia de los tratamientos para las personas con autismo (Cerezuela et al., 2018; Mundford et al., 2009; National Autism Center, 2009).

Por otro lado una pregunta que surgió realizando la práctica y el análisis de lo observado fue si en algún momento las personas con autismo pueden aprender de una forma más natural los procesos de comunicación con otras personas. Si bien para los sujetos neurotípicos es también un aprendizaje, no pareciera representar una situación de estrés o frustración, como si lo hace en las personas como Gabriel, el cual cuando se le debía enseñar como poder relacionarse a partir del lenguaje con otra persona de una forma más efectiva le generaba la posibilidad de que subiera su ansiedad o generar frustración al no poder responder bien las situaciones que se le planteaban en las actividades. Sin embargo también se podría considerar el aceptar e incluir la cultura autista (Rossi, 2007) como parte de la amplia gama de diferencias que hay en nuestra sociedad, y que los profesionales de la salud traten de incluir y enseñar a las personas con autismo, de la forma más amena posible, el que se puedan comunicar y relacionarse con las otras personas desde su forma más auténtica.

Al realizar la práctica, la pasante logro obtener mucha sensibilidad frente al tema del autismo, y también mucha paciencia para ver que lo que alguien podría considerar como un pequeño cambio, en un joven con discapacidad son grandes pasos para lograr una mejor adaptación a su entorno. Las preguntas que surgieron durante la elaboración del TFI, estuvieron más encaminadas en como los padres afrontan día a día una situación donde su hijo no habla o se comunica solo por medio de berrinches o gritos. También en como el joven se debe sentir al momento de que alguien le quiere enseñar algo nuevo y “quitar” una conducta que para él, le han servido mucho tiempo como empujar o hacer las cosas por sí mismo sin respetar las reglas que pueden haber en el contexto en el que él se encuentre.

Como recomendaciones la pasante opina que para empezar a trabajar con discapacidad hay que librarse de cualquier estereotipo para tener una visión más rica del paciente a observar. Puesto que a pesar de que a una persona con autismo se le considere que está encerrada en su mundo (Kanner, 1943) tiene mucho por ofrecer e interactuar con las otras personas, pero no sabe cómo hacerlo, así que el trabajo de los terapeutas del centro para que este joven pudiera al menos pedir las cosas que quería de forma adecuada es muy admirable.

Respecto a las nuevas líneas o problemas de investigación se proponen se basan en experiencias que se vivieron dentro de la práctica, esta primera de investigación se basó en salidas a la plaza con Gabriel y sus compañeros de sala, observando que siempre había que mediar a través de la palabra las indicaciones puesto que no habían ayudas visuales que les

servieran a ellos para comprender como tenían que comportarse en el espacio público. Por lo que se propone haya un censo entre personas con autismo de alta funcionalidad y familiares de personas con TEA de jóvenes que no pueden expresarse por sí mismos, donde se les pregunte como creen que la ciudad se puede adaptar para las personas con esta discapacidad para generar más autonomía e inclusión y que se puedan comunicar con las otras personas desde lo que les es más entendible para ellos como los pictogramas o agendas (Rossi, 2007) un ejemplo de lo anterior podría ser poner pictogramas en vez de palabras en los menús de los restaurantes, y de esta forma generar más autonomía a la hora de pedir.

A partir de la experiencia personal de la pasante que es extranjera y lo vivenciado en el CET, se puede pensar como otra nueva línea de investigación es hacer un diccionario para personas con autismo, sobre qué acciones son correctas para realizar y que gestos se usan en cada país de residencia, para poder así tener una mejor comunicación con las personas y en el contexto en el que se encuentra (Ochs et al, 2004).

7. Referencias bibliográficas:

- Alcántara, E. (2007). Trastornos del espectro autista. *Revista mexicana de pediatría*, 74 (6), 269- 276.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asperger, H. (1944) Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136
- Barón- Cohen. (1990). Autismo: un trastorno cognitivo específico de “ceguera de la mente”. *International review of psychiatry*, 2, 81-90.
- Barrionuevo, C & Vives M. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*, 34, 72-77. DOI:10.33588/rn.3451.2002012
- Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía*. Buenos Aires, Paidós.
- Borrellas, E, Schroeder, K, Ximenes, J, Hizen, W. (2016). Aproximación al lenguaje en el trastorno del espectro autista. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y adolescente*. 27, 83-90.
- Cervera, P, Fernández, M, Cerezuela, G, Mínguez, R. (2018). Efectividad de las intervenciones basadas en la metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: un estudio de revisión. *Papeles del psicólogo*, 39(1), 40-50.
- Cervera, P, Mínguez, R, Pérez I. (2018). Prácticas psico educativas basadas en la evidencia para trabajar con alumnos con TEA. *Quardens digitals*, 87, 152 – 161.
- Colombo, M. (2018). ABA en el tratamiento del autismo. *Psyciencia*. Recuperado del link: <https://n9.cl/2d0v>
- Gándara Rossi, C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH, *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 173-180.
- García de la Torre, M. (2002). Trastornos de la comunicación en el autismo. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 8, 409-417.
- Garrabe de Lara, L. (2012). El autismo historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261
- Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Buenos Aires: Paidós
- Guerrero, N & Hernández, C. (2016). Forma y estilo. Diseño, uso y aplicación creativa de pictogramas en un proyecto de material didáctico o de aplicación lúdica (juego). *Jóvenes en la ciencia*, 2 (1), 795 – 800.

- 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.
- Hernández JM, Artigas-Pallarés J, Martos-Pérez J, Palacios S, Fuentes-Biggi J, Belinchón Carmona M, Canal-Bedia R, Díez-Cuervo A, Ferrari-Arroyo MJ, Hervás A, Idiazábal-Alecha MA, Mulas F, Muñoz-Yunta JA , Tamarit J, Valdizán JR, Posada-De la Paz M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41, 237-245. DOI:10.33588/rn.4104.2005056
- Iyaca, E. (2014). Conducta. En Grañana, N, Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista, enfoque neurológico (pp.255-303). Buenos Aires: Paidós.
- Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Nervous child*, 2, 271-250.
- Maggio, V. (2014). Lenguaje y comunicación. En Grañana, N, Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista, enfoque neurológico (pp.255-303). Buenos Aires: Paidós.
- Martin, G & Pear, J. (2008). Modificación de conducta que es y cómo aplicarla. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Martos, J & Ayuda, R. (2002). Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Revista de Neurología*, 34, 58-63. DOI: 10.33588/rn.34S12002038
- Matos, M & Mustaca, E. (2005). Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD), su evaluación en Argentina. *Revista de Psicología y ciencia a fines interdisciplinaria*. 22(3), 59 – 76
- Martos, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, 42, 99-101. DOI: 10.33588/rn.42S02.2005781
- Martos, J & Morueco, M. (2007). Espectro Autista: un modelo multidimensional del desarrollo en autismo. *Infancia y aprendizaje*, 30, 381-395. DOI: 10.1174/021037007781787543
- Martos-Pérez J., & Pérez I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista Neurológica*, 52, 147-153.
- Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48, 53-56. DOI:10.33588/rn.48S02.2008758
- Mudford, O., Blampied, N., Phillips, K., Harper, D., Foster, M., Church, J., Hunt, M., Prochnow, J., Rose, D., Arnold-Saritepe, A., Peters, H., Lie, C., Jeffrey, K., Messick,

- E., Sumpster, C., McEwan, J., & Wilczynski, S. (2009). *Technical review of published research on applied behaviour analysis interventions for people with autism spectrum disorders: Auckland Uniservices Ltd.* Wellington, New Zealand: Ministry of Education.
- National Autism Center. (2009). Evidence-based practice and autism in the schools: A guide to providing appropriate interventions to students with autism spectrum disorders.
- National institute of mental health (2018). *Trastornos del espectro autista*, NIMH: Bethesda.
- Ochs, E, Kremer, T, Sirota, K, Solomon, O. (2004). Autism and the social world: an anthropological perspective. *Discourse studies*, 6(2), 147-183.
- Pallares, P. & Pérez, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Pedraza, P & López, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Revista de Pediatría y atención primaria*, 8(32), 679-693.
- Pérez, M & Pérez, P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de neurología*, 52, 147-153.
- Piñeros, E & Toro-Herrera, M. (2012). Conceptos generales sobre ABA en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de la facultad de medicina*, 60 (1), 60-66.
- Pizarro H. (2008). Intervención conductual para la adquisición de lenguaje en dos niños con autismo (estudio de casos). *Revista electrónica actividades investigativas en educación*, 8(1), 1-17.
- Riviere, A. (1997, Septiembre), Desarrollo normal y autismo. Curso de desarrollo normal y autismo, Tenerife, España.
- Soto, R. (2007). Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. *Revista electrónica actualidades investigativas en educación*, 7 (2), 1-16.
- Tamarit, J. (1990, Noviembre). Comunicación y autismo, claves para un logopeda aventurero. Jornadas de renovación logopédica. Madrid, España.
- Torró, S. (2012). Evidencia experimental de eficacia de los tratamientos globales basados en ABA (análisis aplicado del comportamiento) para el niño con autismo. Recuperado del link: <https://n9.cl/de4kc>
- Vives, M. (2002). Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación. Recuperado del link: <https://n9.cl/com7>
- Wing, L. (1996). El autismo en niños y adultos, una guía para la familia. Buenos Aires: Paidós.
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, XXI, 92-108.