



Sistematización de dos casos clínicos de Trastorno del Neurodesarrollo y  
Método TEACCH

Prof. Mg. Patricia Salguero

Lic. Iván Palasi

Especialización en Terapia Cognitiva

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Mayo de 2021

## Índice

Resumen del trabajo.....	2
Introducción .....	3
1) Trastornos del neurodesarrollo.....	6
1.1) Trastorno del espectro autista.....	8
1.2) Trastorno de la comunicación.....	12
1.3) Trastorno por déficit de atención.....	14
2) Método TEACCH.....	18
3) Caso Lionel.....	31
3.1) Descripción de caso.....	37
3.2) Tratamiento.....	37
4) Caso Leandro.....	49
4.1) Descripción de caso.....	54
4.2) Tratamiento.....	55
5) Análisis.....	65
6) Conclusión.....	72
7) Técnicas empleadas.....	75
Referencias.....	86

## **Resumen del trabajo**

En el presente trabajo se pretende mostrar el recorrido hecho durante la especialización en terapia cognitiva y los progresos técnicos en mi práctica terapéutica. Esto se hizo mediante la sistematización de dos casos clínicos de niños que presentaron trastornos en el neurodesarrollo, y si bien los trastornos atendidos fueron de diagnósticos diferentes, en ambos se aplicó método TEACCH para el abordaje. Para el trabajo clínico que se muestra aquí fueron fundamentales las supervisiones de los docentes de la Especialización en Terapia Cognitiva y los aportes teóricos de la bibliografía recomendada, de lo cual también se hará mención en los apartados pertinentes.

## Introducción

En el presente trabajo se pretende sistematizar dos casos de neurodivergencias en el desarrollo entendiendo esto como un análisis crítico por parte del mismo terapeuta que los llevó a delante. Ambos tratamientos se desarrollaron durante el curso de la especialización en terapia cognitiva, lo que implicó correcciones en la aplicación y puesta en práctica de técnicas de trabajo, así como también en el modo de relacionarse con los asistidos. Entendiendo que el curso realizado (Especialización en Terapia Cognitiva) tiene una finalidad pedagógica se hará hincapié, a lo largo del presente trabajo, en los aprendizajes realizados a partir de la rectificación de errores lograda por revisión bibliográfica y por supervisiones realizadas. Sobre esta base se establecen los objetivos:

- Mostrar el recorrido hecho durante la especialización y la puesta a práctica de los conocimientos adquiridos.
- Mostrar el efecto de la aplicación del método TEACCH en personas con trastornos del neurodesarrollo.

Tales objetivos se llevarán adelante realizando un apartado teórico en el cual se describirán las neurodivergencias del desarrollo trabajadas aquí y otro en el que se pondrán de manifiesto las motivaciones por las cuales se empleó, dentro de los posibles abordajes, el método TEACCH, a partir de una descripción y análisis de los principales postulados del mismo.

Los objetivos de cada tratamiento fueron pensados desde el paradigma de calidad de vida que, según Crespo, Nieto y Verdugo (2010) “Este enfoque tiene una perspectiva social ya que el entorno debe procurar los apoyos individualizados necesarios para la

participación y la inclusión en la comunidad”, lo cual puede ajustarse con los principios básicos del método TEACCH, como se pondrá de manifiesto en el apartado correspondiente. Siguiendo este paradigma se llega a la idea que los apoyos dados deben ser individualizados\_ya que se tienen que planificar en base a la divergencia funcional del asistido y en base a sus propias aspiraciones. Si se sigue a Carratalá y Mata (2008), “La PCP (planificación centrada en la persona)\_es un proceso de colaboración para ayudar a acceder a las personas a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores” (p. 10). También, siguiendo a Fernandez Alvarez (2006) “Las T.C. priorizan el abordaje del paciente como un sujeto procesador de conocimientos, donde el conocimiento es concebido como una forma de organización (autoorganización) de la experiencia”. (p. 2). Por lo que es importante contextualizar cada caso en particular en pos de las necesidades de la familia que lo contiene y de las pretensiones singulares de la persona usuaria del dispositivo, entendiendo estos factores como la información con la cual se trabaja en una primera instancia. “la formulación del caso es la descripción detallada de síntomas ambientales e intrapersonales, que faculta la comprensión del modo en que coexisten estos y, a su vez, provee una explicación del por qué persisten a través del tiempo” (Para Nezu, Nezu y Lombardo (2006) citados por Brasca y López (2013)). Siguiendo a Fagnani y Lopez Pell (2013), [con la conceptualización] “los clínicos cuentan con la oportunidad de progresar desde la información nomotética obtenida de la literatura hacia la ideográfica en las situaciones concretas con su paciente” (p. 1). Y fue a partir de las conceptualizaciones que se pensaron las necesidades de cada niño y de cada familia en función de su situación particular y singular, entendiendo las problemáticas como partes de un sistema operante.

Sobre esa base, en el apartado de análisis se expresará el efecto que hayan tenido las estrategias aplicadas mostrando los resultados y pensando en el motivo por el cual tuvieron éxito o no, y cuáles fueron las modificaciones que se debieron hacer para alcanzar las meta planteadas, lo cual se verá a partir del efecto que tuvieron las correcciones que el terapeuta hizo sobre su práctica mostrando la importancia de los espacios de supervisión y aprendizaje.

## Trastornos del neurodesarrollo

La Asociación para el Neurodesarrollo Saludable (2012) definió

el término neurodesarrollo como el proceso de evolución y crecimiento del sistema nervioso, y del cerebro particularmente. Desde el comienzo, desde el cigoto, hasta la muerte, el cerebro va cambiando de manera paulatina, dinámica y constante, atravesando muchos estados que se irán caracterizando por algunos elementos comunes y también diferentes.

Este devenir al cual se hizo referencia, según Matos Pérez (2006) “se caracteriza por la presencia de momentos críticos, que deben resolverse de manera adecuada. Ello ocurre tanto en el plano biológico como en el psicológico” (p. 1) Según Lopez, Madruga y Matinez (2002) los periodos críticos son “periodos o fases del desarrollo que permiten o facilitan el logro de ciertas adquisiciones cognitivas. Un ejemplo prototípico es la adquisición del lenguaje durante la infancia” (p. 31). La resolución adecuada de los momentos críticos, según Tudela (2017), depende de:

- Estructuras cerebrales indemnes.
- Experiencias ambientales.
- Oportunidad social.
- Circuitos y retroalimentación-desarrollo. (p.24)

Tales factores, para que el desarrollo neurológico sea el esperado, deben sostenerse a lo largo del mismo. Durante los primeros dos años de vida, según Nelson 1996 (p. 86), el niño pronunciará sus primeras palabras y desarrollará, a nivel cognitivo, la capacidad de representar acontecimientos. Es aproximadamente en esta etapa, entre los diez y 24 meses, cuando se observan los primeros síntomas de los Trastornos en el Neurodesarrollo (Fejerman 2015, p. 32)

Según DSM V (American Psychiatric Association 2014) Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo (...) y se caracterizan por un déficit en el desarrollo que produce deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional (p. 31). Continuando con esto, el *DSM V* (2014) define que esto se diagnostica cuando un individuo no alcanza los hitos esperados del desarrollo en varias áreas del funcionamiento intelectual (p. 31). Si se sigue lo enunciado por *DSM V* (2014), hay siete entidades clínicas a distinguir dentro de los Trastornos del neurodesarrollo:

- Trastorno del desarrollo intelectual
  
- Trastorno de la comunicación
  
- Trastorno del espectro autista
  
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
  
- Trastorno específico del aprendizaje

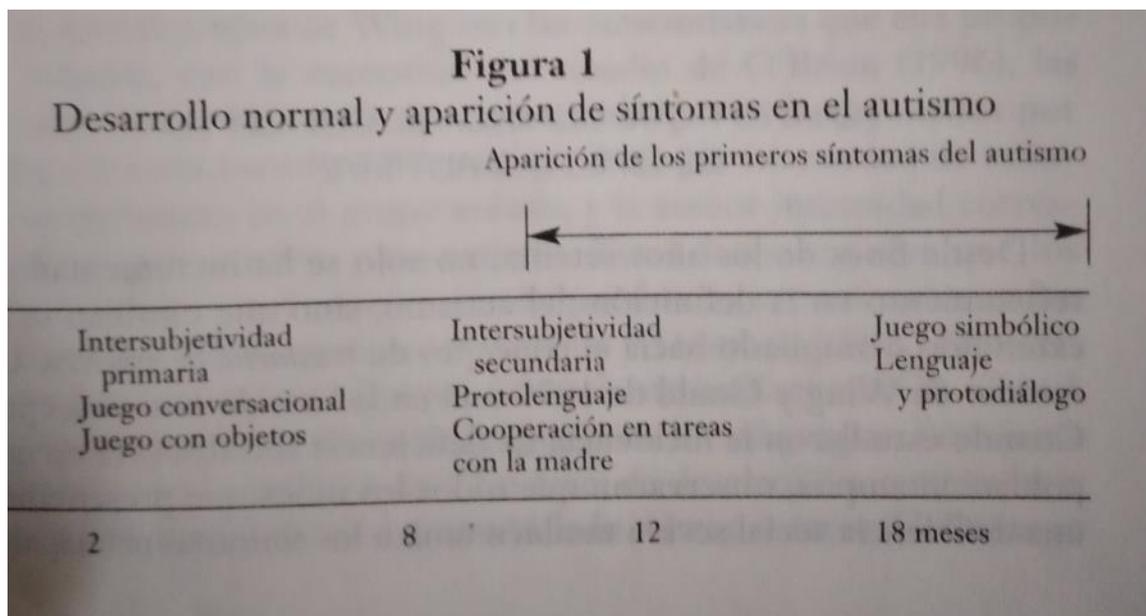
- Trastornos motores
- Otros trastornos del neurodesarrollo

Cada una de esas presenta diferentes características diagnósticas y especificadores que brindan más información sobre la afección, como gravedad del trastorno, si se acompaña o no de déficit en el lenguaje o intelecto o si hay comorbilidades asociadas.

Por los objetivos del presente trabajo y por los casos que se presentaran solo se desarrollaran el Trastorno del espectro autista, el trastorno por Déficit Atencional y Trastorno de la comunicación.

### **1.1) Trastorno del Espectro Autista**

Según *DSM V* (2014) El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la integración social en múltiples contextos, incluidos déficits en la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales utilizados en la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones, así como también la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo (p. 50). La gravedad del trastorno se determina por el deterioro de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos y estos síntomas deben darse durante las primeras etapas del desarrollo. Ruggieri y Valdez (2015, p. 23) realizaron un cuadro comparativo en el cual se expresa la etapa de inicio en relación a los eventos evolutivos que se suceden durante la misma.



Ruggieri y Valdez (2015, p. 23)

Dependiendo de la gravedad, nivel de desarrollo y la edad de la persona, las manifestaciones del trastorno varían, motivo por el cual se define como trastorno del espectro autista, por lo variable de sus fenómenos. Según Ruggieri y Valdez et. al.

Los autistas padecen un compromiso en el reconocimiento de las caras que redundaría de manera secundaria en un defecto en la percepción de expresiones faciales y, por ende, en la percepción de las emociones. El compromiso en la percepción de caras y emociones generaría la imposibilidad de inferir segundas intenciones, comprender miradas, deseos y conductas de los otros, la denominada ceguera mental o ausencia de la teoría de la mente que compromete severamente la conducta social. (p. 149).

Siguiendo a Happe (1994)

La expresión <teoría de la mente> hace referencia a la capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás para explicar el comportamiento. Estos estados mentales deben ser tanto independientes del estado de hechos del mundo real (porque las personas pueden creer cosas que no son verdad) como independientes de los estados mentales que otras personas tienen (porque usted y yo nos podemos creer, querer y fingir cosas diferentes). (p. 69).

Este déficit en las habilidades mentalistas afecta gravemente el desempeño social ya que hace que no puedan comprender gran parte del lenguaje analógico, el cual es de vital importancia para la comunicación y comprensión de situaciones. Según Baron – Cohen, Hadwin, Howlin (1999), la ceguera mental ocasiona las siguientes dificultades:

- a) Insensibilidad frente a los sentimientos de otras personas.
- b) Incapacidad para tener en cuenta lo que saben otras personas.
- c) Incapacidad para iniciar amistades comprendiendo y respondiendo a las intenciones.
- d) Incapacidad para percatarse del nivel de interés que el oyente tiene en el propio discurso.
- e) Incapacidad para detectar el significado que el hablante desea transmitir.

- f) Incapacidad para anticiparse a lo que el otro puede pensar de las propias acciones.
- g) Incapacidad para comprender malentendidos.
- h) Incapacidad para engañar o comprender el engaño.
- i) Incapacidad para comprender las razones que existen detrás de las acciones de los demás.
- j) Incapacidad para comprender las <reglas no escritas> o las convenciones. (p. 9 – 11)

Teniendo en cuenta que Baron – Cohen et. al. considera que la empatía entendida como la atribución de los estados mentales de uno mismo y de otros, es el producto de la comprensión de las acciones de otras personas y de reaccionar adecuadamente a sus estados mentales se puede arribar a la conclusión manifestada por Ruggieri y Valdez et. al., “los niños con trastorno del espectro autista tienen un déficit en la empatización debido a las dificultades que muestran en cuanto a las habilidades mentalistas y en cuanto al reconocimiento de las intenciones ajenas.” (p. 163)

Todos los déficits señalados hacen que las personas comprendidas dentro del espectro autista tengan grandes problemas para poder predecir eventos, por lo que prefieren situaciones repetitivas y sufren gran ansiedad ante los cambios, lo cual también se ve expresado en la rigidez conductual que suelen mostrar. Es para evitar las ansiedades

que pueden sufrir ante situaciones inesperadas que se promueve la anticipación de eventos y los ambientes estructurados.

## **1.2) Trastorno de la comunicación**

La comunicación es un aspecto fundamental en la vida cotidiana de las personas. Permite dar a conocer a los demás cuales son nuestras necesidades o informarles de lo que pasa, por lo que es capital para las relaciones de las personas. Según Gallego y Gallardo (1993), “Una palabra... es un símbolo y se crea y usa como tal, únicamente cuando se sabe la distinción que existe entre su significado y su forma física.” (p. 75). Las personas con trastornos de la comunicación no son capaces de generar palabras como símbolos para poder nombrar en ausencia, pero estas personas pueden emplear otros elementos para lograr expresarse simbólicamente, pudiendo ser esas señas o pictogramas u otras formas de representación, mas para que ese sistema representacional sea eficaz es necesario que el receptor de los mensajes pueda decodificarlos, sean señas o elementos gráficos. En caso que quien reciba el mensaje, el cual puede componerse de palabras mal dichas y mal articuladas, señas o dibujos, no pueda decodificarlo se caería en un mal entendido, y no es posible no comunicar, como afirmó Watzlawick en 1964, por lo que en ese caso el mensaje tendría defectuosas interpretaciones, las que ocasionarían frustración en quien estaría intentando hacerse entender ya que no lograría expresar sus necesidades e ingresar en el universo social del lenguaje compartido.

*El DSM V* (2014) define al habla como “la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia del individuo.” (p. 41). El mismo *DSM V* (2014) define que “El lenguaje incluye la forma, la función y el uso de

un sistema convencional de símbolos regido por reglas de la comunicación.” (p. 41). Además, *DSM V* (2014), agrega que “comunicación es todo comportamiento verbal o no verbal (sea intencional o no intencional) que influye en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo.” (p. 41).

Según *DSM V* (2014)

Los trastornos de la comunicación incluyen el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la comunicación social (pragmático) y el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). Los primeros tres trastornos se caracterizan por déficits en el uso y el desarrollo del lenguaje, el habla y la comunicación social respectivamente. (p. 31).

Sobre el diagnóstico diferencial con autismo el *DSM V* (2014) define que “el trastorno del lenguaje específico normalmente no está asociado con una comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos o repetitivos... habrá que asegurarse de investigar comportamientos restringidos y repetitivos del pasado”. (p. 58).

Para Fejerman et. al.

un niño presentaría un TEL si el trastorno no pudiera atribuirse a ninguna causa conocida, si solo afectara a alguna o algunas de sus habilidades lingüísticas, si sus ejecuciones en tareas relativas al lenguaje fueron significativamente peores que las que se refieren a otras habilidades,

principalmente cognitivas, y si los problemas persistieran en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones. (p. 139).

Siguiendo con las distinciones diagnósticas, Fejerman et. al. refirió a las dificultades para separar a los hablantes tardíos de los TEL; sobre esto expresó que la mejor manera es emplear el apartado de vocabulario en el Inventario de Mac Arthur, si bien también refiere a que la mayoría de los hablantes tardíos mostraran después dificultades en la lectura o escritura.

### **1.3) Trastorno por déficit de atención**

Según Stern (1938/1978) La atención es el estado personal que constituye el prerequisite inmediato de la realización personal. Las características esenciales de la atención son la clarificación del fin en la conciencia y la concentración de fuerza para clarificarlo y alcanzarlo. (p. 467). Siguiendo a Stern et. al., El estado de inatención puede darse de dos formas enteramente diferentes: la de “desviación” y la de “distracción”. (p. 472). En el primer caso la concentración estaría dirigida hacia objetos que no son lo que la situación requiere, sobre lo cual Stern et. al. da el ejemplo de un alumno que no presta atención a su clase, pero sí lo hace rigurosamente a un cuento que tiene debajo del pupitre. En el caso de la distracción no hay concentración.

Según el *DSM V* (2014), La inatención se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización, que no se deben a un déficit o a falta de comprensión... Es requisito que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años de edad:

- a- Con frecuencia faya en presentar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b- Con frecuencia tiene dificultad para mantener la atención tareas o actividades recreativas.
- c- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta que requieren un esfuerzo mental sostenido,
- g- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas. (p. 59)

Siguiendo con el *DSM V* (2014), Entre las características asociadas se pueden incluir baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo. Incluso en ausencia de un trastorno específico del aprendizaje, muchas veces está deteriorado el

rendimiento académico y laboral. Según Fejerman et. al. un componente cardinal en la conducta de los niños con TDAH es la falla en el control de los impulsos; el mismo autor los describe como excitables, hablan excesivamente y no respetan consignas (p. 74). Debido a estas manifestaciones, en el colegio suelen ser señalados como promotores del desorden. Pero para considerarlo dentro de la categoría de TDAH el niño en cuestión debe mostrar esos comportamientos en todos los espacios donde se desempeña, no es suficiente que solo tenga ese comportamiento en el colegio o en su casa. Según *DSM V* (2014), los síntomas son difíciles de distinguir antes de los 4 años, pero la mayoría de los casos se detectan en el transcurso de la escuela primaria (p. 62). El TDAH se distingue del trastorno explosivo intermitente en que las personas con TDAH no muestran la hostilidad ante las personas que sí exhiben las que tienen TEI; además, los últimos no muestran problemas atencionales cuando una actividad es de su interés. Es más complicado distinguir el TDAH del trastorno oposicionista desafiante ya que en este caso ambos muestran aversión a las tareas escolares, pero lo que hay que distinguir es lo que motiva el rechazo: En las personas con TDAH hay una dificultad para sostener un esfuerzo mental prologado y eso ocasiona la aversión; en las personas con trastorno oposicionista desafiante, según *DSM V* (2014), el rechazo a las tareas escolares es debido a que siempre resisten amoldarse a lo que el medio les pide. También se distingue el TDAH de los trastornos específicos del aprendizaje en que el primero se manifiesta en varios órdenes de la vida del afectado, en cambio los trastornos del aprendizaje se revelan preminentemente en lo escolar, si bien ambas afecciones tienen un gran parecido en el ámbito áulico. También se distingue TDAH de TEA en el tipo de movimientos y juegos que realizan unos y otros. En el TEA se ven juegos y movimientos estereotipados, lo cual es diferente a lo que se muestra en el TDAH,

además que también son notorias las diferencias en el desarrollo de la comunicación y el entendimiento de los demás.

## Método TEACCH

El método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), que en castellano significa: Tratamiento y Educación de Niños con autismo y con problemas de la comunicación, es un programa preparado para trabajar, como la sigla lo indica, con niños que tengan divergencias neurológicas y con sus familias. García (2008)

El objetivo primario del programa TEACCH es prevenir la institucionalización innecesaria, ayudando a preparar a las personas con autismo para vivir y trabajar más efectivamente en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Se pone especial énfasis en los planes individualizados para ayudar a las personas autistas y a sus familias a vivir juntos en forma más efectiva, reduciendo o removiendo los comportamientos autistas. Se entrena a los padres a trabajar con sus niños para controlar los problemas de comportamiento y mejorar las habilidades sociales, de lenguaje y de aprendizaje. De este modo, la persona autista está preparada para su ubicación en una escuela, en un taller protegido, en un trabajo bajo supervisión, en un empleo competitivo, en un hogar grupal, en un departamento compartido, u otro marco de características comunitarias (p. 78).

Esto, siguiendo a Crespo, Nieto y Verdugo et. al., tendría un efecto positivo en la calidad de vida de la persona a la que se le brinda el tratamiento ya que, evitando la institucionalización, se le permitiría permanecer con su familia, lo que tendría beneficios en las dimensiones (de calidad de vida) de relaciones interpersonales y de

inclusión social puesto que evitando la institucionalización la persona seguiría en contacto con la comunidad y con sus familiares y allegados. El método TEACCH puede aplicarse en personas de diversas edades y con múltiples neurodivergencias, es por eso que tiene un amplio espectro de intervención, para lograr el objetivo de integrar a la comunidad a los usuarios de este dispositivo.

Según Schopler (2001), son siete los principios que centran las investigaciones y prioridades educacionales del método TEACCH:

- Principio 1: Adaptación óptima.
  - Enseñar nuevas habilidades.
  - Acomodar el ambiente al déficit del individuo.
- Principio 2: Colaboración entre padres y profesionales.
  - Edad temprana: personal clínico, pediatras, logopedas.
  - Edad escolar: maestros.
  - Etapa adulta: Empleo con apoyo, empresas, mediadores.
- Principio 3: La Intervención más eficaz.
  - Énfasis en habilidades.

- Reconocimiento y aceptación de debilidades.
- Principio 4: Énfasis en la teoría cognitiva y conductual.
  - Currículo de comunicación. La importancia de fomentar las relaciones de la persona.
  - Metáfora del iceberg. Si las dificultades que presentan estas personas no son solventadas, se pueden expresar en forma de conductas repetitivas (estereotipadas) y disruptivas, negativismo, autoagresiones y autoaislamiento.
- Principio 5: Asesoramiento y diagnóstico temprano.
  - Escala de la Evaluación del Autismo Infantil (CARS).
  - Perfil psicoeducativo (PEP-3).
  - Perfil psicoeducativo de adolescentes y adultos (AAPEP).
- Principio 6: Enseñanza estructurada con medios visuales.
  - Espacio físico.
  - Horario.
  - Sistemas de trabajo.

- Organización de tareas.

El principio 1, de adaptación óptima, se refiere a adaptar el espacio de trabajo a las necesidades de la persona, ya sean esas de comunicación o de estimulación, puesto que aquellos individuos comprendidos dentro del espectro autista requieren medios de comunicación no convencionales dadas sus neurodivergencias. Sobre la base de un ambiente propicio para su aprendizaje se realizará la enseñanza de nuevas habilidades que le sean útiles para desempeñarse en otras áreas (escolar, de recreación, domésticas, etc). También, si se toma en cuenta el nuevo paradigma de calidad de vida, Schalock (2010) define como premisa que los apoyos individualizados mejora el funcionamiento humano (p. 13) ya que no todos los individuos van a tener las mismas necesidades y los apoyos que se brindados no deben exceder lo requerido para no socavar las habilidades de base, pero tampoco deben ser insuficientes ya que serían inútiles al objetivo.

El principio 2, de colaboración entre padres y profesionales, refiere al sostén de una comunicación fluida entre terapeutas y familiares para dar recursos a quienes conviven con la persona con el fin de procurar en el hogar un ambiente confortable. Esto se lleva a cabo dando asesoría y estrategias para regular conductas desadaptativas y para mejorar la comunicación con el niño. Las técnicas y recursos que se le den a la familia deben haber sido ensayadas previamente por el profesional en el ámbito del consultorio o sala donde se desarrolle el tratamiento. Además, se debe trabajar con los docentes del niño para ofrecer alternativas en cuanto al aprendizaje o, en una etapa adulta, con empresas o posibles empleadores para lograr una integración óptima en la comunidad.

El principio 3, de intervención más eficaz, refiere a optimizar las habilidades y fortalezas de la persona usándolas como base para lograr otras habilidades o generalizar

las mismas a otros contextos. También, de esta forma se puede lograr, por contraste, el reconocimiento de debilidades que pueden ser trabajadas desde las fortalezas. Las intervenciones que se hagan, ya sean en forma de actividades o de puesta de límites, deben estar basadas en los objetivos primarios del tratamiento, los cuales deben marcar el rumbo a seguir permanentemente. Mesibov y Howley (2010) afirmaron que “el método TEACCH tiene una política de rechazo cero” ya que las actividades y consignas a desarrollar, si bien están basadas en los objetivos particulares de cada tratamiento, deben ser del agrado del usuario del dispositivo o no deben generar rechazo en él, lo cual ha de facilitar la eficacia de las intervenciones hechas.

El principio 4, de énfasis en la teoría cognitiva conductual, refiere al basamento del método TEACCH, en cuanto a estructuración del tratamiento, la adaptación del mismo a las singularidades de la persona, a los conceptos técnicos que emplea y a fundamentarse en la investigación científica.

EL método TEACCH ha tomado de la terapia cognitiva la estructuración del tratamiento, objetivos a corto plazo que se pueden generalizar y usar como plataforma para lograr otros objetivos. Además, propone usar en el tratamiento las fortalezas de la persona para lograr los objetivos planteados y para compensar déficits. Por otro lado, la idea de la conceptualización del caso, según Friedberg y Mc Clure (2002), es un trabajo que amplía el diagnóstico clínico ya que ofrece hipótesis más explicativas, que muestran lo que motiva la aparición de síntomas, y toma al diagnóstico como un componente dentro de la misma. Esto se relaciona con la metáfora del iceberg de Schopler et.al., que refiere a que se ven los síntomas manifiestos (autoagresiones, conductas repetitivas, negativismo, conductas desafiantes, etc), que usualmente son el motivo de consulta,

pero no se ve que motiva estas conductas problemáticas, lo cual se expresa en la hipótesis de la conceptualización de caso a la que se hizo referencia líneas atrás. También, el método TEACCH, desde este lugar emplea el análisis conductual de Ivar Lovaas, sobre lo que Trevisonno (2007) se refirió como conductas problema, definiéndolas como aquellas conductas que no deparan ningún beneficio para quien las realiza, pero en realidad si se obtiene un beneficio a partir de esas, al menos en el corto plazo, ya que si el comportamiento disruptivo se está repitiendo en el tiempo es porque hay una consecuencia deseada obrando como reforzador (p. 59). Por este motivo es que se hace necesario realizar el análisis conductual, para lograr dar cuenta de que es lo que fomenta la repetición de determinadas acciones, que las origina y que las refuerza.

Siguiendo a Camerini (2008), la estructura cognitiva es la que define la interpretación de un evento y, por tanto, la respuesta ante el mismo. De modo que modificando la primera habrá cambios en la otra (p.13). Por ello el método TEACCH trabaja en la flexibilización de cogniciones, para que eso tenga el efecto de disminuir la rigidez conductual ya que la primera origina la segunda, mas en el caso de este método se busca el aprendizaje de conductas adaptadas para lo cual puede complementarse con técnicas de modelado de conducta y que, una vez incorporado el nuevo comportamiento, sea esa el que tenga efectos sobre la cognición. Según Bandura y Walters (1963) el síntoma [conducta problemática] es una pauta de comportamiento que domina las jerarquías de respuesta que el paciente ha aprendido a dar ante un grupo dado de condiciones de estimulación (p. 31). Bandura y Walters et. al. cuando el niño se encuentra ante situación de *stress*, tiende a responder por imitación, en vez de entregarse a una incipiente conducta de ensayo y error (p.34). Bandura y Walters et.al. Sólo cuando el niño ha aprendido a agredir como respuesta dominante a la excitación emocional en

determinadas situaciones, habrá una alta probabilidad de que manifieste reacciones agresivas ante la frustración (p.61). Bandura y Walters et. al. La imitación depende de las consecuencias de su respuesta para el modelo (p. 72). Por las ideas recién expresadas se puede pensar que el niño ha aprendido respuestas agresivas ante situaciones estresógenas, como puede ser la frustración, a partir de la imitación de modelos (los que pueden ser activos o simbólicos) y de los refuerzos que han recibido estos modelos, por lo que el objetivo sería la flexibilización conductual a partir de la jerarquización de otros comportamientos más adaptados, lo que puede lograrse, de igual modo que se han incorporado las acciones desadaptativas, por modelados y refuerzos de las conductas deseadas.

Los refuerzos y la extinción también son técnicas importantes en la implementación de método TEACCH, lo que es un postulado que llega desde el primer conductismo (S. XIX) con la ley del efecto de E. Thorndike, la que define: Cualquier conducta que en una situación produce un efecto satisfactorio, se hará más probable en el futuro. Más adelante Skinner (1957/1981) afirmó que “Si queremos hacer que una respuesta determinada sea altamente probable, arreglamos las cosas para que el reforzamiento sea efectivo” (p. 40), refiriéndose a los refuerzos positivos. Skinner et. al. también definió como deben implementarse para que sean funcionales en cuanto a la estimulación de conductas deseadas, afirmando que debe darse el refrozador si y solo si el sujeto ha realizado las acciones que se requieren asociar al mismo (p. 49) ya que, en caso de darse en otras situaciones, el refuerzo pierde su efecto. Pero, por el contrario, Skinner et. al. “cuando la conducta que no obtiene respuesta tiende a desaparecer del repertorio del hablante” (p.41) haciendo alusión a la extinción. Estos postulados, de siglos anteriores, continúan teniendo vigencia en la actualidad y en la implementación de sistemas

terapéuticos como el método TEACCH, en el cual se emplean. También Trevisano et. al. se refirió al uso técnico de reforzadores para modificar conductas, “si el niño no obtiene refuerzo por comportamientos adecuados y adaptativos puede buscarlos entonces a través de comportamientos disruptivos y problemáticos ... Para que un refuerzo sea eficaz debe aplicarse inmediatamente después de ocurrida la conducta deseada.” (p. 89 - 90). La última cita refiere a la importancia de esta técnica en cuanto al desarrollo de conductas deseadas en un niño puesto que si no se emplea se puede recaer, sin quererlo, en la promoción de conductas desadaptativas.

El principio 5, de diagnóstico temprano y asesoramiento refiere a lograr una detección precoz y precisa de la situación para poder intervenir en esa lo antes posible. Esto se hace realizando pruebas estandarizadas y comprobadas. Ejemplo de eso son el Vineland 3 (escala de adaptación conductual), el ADOS 2 (específico para detección de autismo) o las técnicas ya nombradas en la mención de los principios. Según Ruggieri y Valdez (2015, p. 51) para lograr una hipótesis sobre los trastornos del desarrollo debe obtenerse información sobre las siguientes variables: Embarazo y parto, enfermedades, intervenciones médicas, medicaciones consumidas, hospitalizaciones, alimentación, sueño, historial escolar e hitos evolutivos como motricidad, autonomía, patrones de interacción (mirada, respuesta, etc.), comunicación (lenguaje comprensivo y expresivo), juego (interactivos, funcionales, circular, simbólico) y conducta (hiperactividad, estereotipias, focalización, intereses, estímulos que lo enojan o frustran). Toda esta información debe obtenerse, en la mayoría de los casos, de la entrevista inicial a los padres del niño y aplicar después las técnicas de diagnóstico ya mencionadas para tener una información certera sobre el desarrollo del infante en cuestión.

Tras el diagnóstico es de vital importancia que la familia reciba asesoría en cuanto a la implementación de normas dentro del hogar y las adaptaciones que requieran en el mismo para facilitar el desempeño conductual del niño, además de lo que deben aprender en cuanto a las posibilidades de comunicación y los facilitadores de esta. También se requiere orientación para definir la escolarización del menor, en cuanto a adaptación de currícula y para facilitar la socialización en el colegio. Es menester también que reciban información acerca de las organizaciones o instituciones a las que pueden acudir por ayuda legal o gubernamental para cubrir gastos del tratamiento, que suele ser costo.

El principio 6, de enseñanza estructurada con medios visuales refiere a la utilización de medios visuales para la comunicación ya que la información de ese tipo es más fácil de procesar que la que le llega por otros medios, lo cual se debe a que el registro visual suele estar conservado en el autismo. Ruggieri y Valdez et. al. afirmaron que

El autismo expone esta complejidad en la comunicación y les corresponde a los terapeutas y educadores, en forma conjunta con la familia, la construcción de herramientas de mediación al servicio de la comunicación, del enriquecimiento mutuo y de las comprensiones compartidas. (p. 242).

Para lograr a lo que hacen alusión los autores citados se utilizan agendas visuales y pictogramas, los cuales pueden referir a diversas cosas (objetos, acciones, etc.). El PECS (sistema de comunicación por intercambio de imágenes) es el más empleado, pero este se complementa con grillas visuales de pictogramas para la organización de agendas diarias o de actividades a realizar en la jornada terapéutica, escolar o para el

aprendizaje e incorporación de rutinas de uso cotidiano y doméstico (ir al baño, poner o levantar la mesa, etc.). En el uso de PECS las imágenes deben estar en una carpeta con separaciones por temática de pictogramas para facilitar su uso y cuyo manejo debe incorporar el usuario. Los pictogramas en la grilla de uso se deben organizar de izquierda a derecha y con un recipiente a un costado donde el usuario los deposita en la medida que va terminando las actividades designadas por las imágenes.

El espacio físico de la sala se acondiciona con distintas zonas de trabajo y uso. Los muebles, la disposición de colores y todos los elementos que se dispongan allí deben tener una contextualización que los dote de significado para el usuario del dispositivo, pero que no se vuelva un estímulo distractor. San Andres (2010) afirmó que los objetivos de la estructuración espacial del aula son los siguientes:

- Diseño del entorno físico para darles información por adelantado: ofrecerle sentido a la actividad que están realizando.

- Uso de la información visual para organizar el entorno, las rutinas y las actividades.

- Presencia de rincones y lugares de trabajo concretos para cada actividad: lugar de la agenda diaria, lugar de trabajo individual en la mesa, lugar de “aprender”, lugar de desayuno, de relajación, de trabajo en el ordenador, de trabajo en grupo... El aula está estructurada en espacios delimitados. En cada espacio se hace una actividad concreta y todos están identificados con la fotografía y el pictograma correspondiente.

1. Rincón de la Agenda de clase: Está destinado a la comunicación diaria en grupo

por la mañana. En este rincón tenemos el panel de comunicación donde nos encontramos estructuradas y secuenciadas todas las actividades de la jornada escolar. Es un tablero de grandes dimensiones que tiene un velcro donde aparecen puestas todas las fotografías de las actividades que van a realizar.

Además, en la parte superior tienen unos paneles individuales que representan a cada uno de los días de la semana y que posteriormente irán abriendo para colocar el nombre del día, el tiempo que hace y la actividad central.

2. Rincón de trabajo individual: El rincón de trabajo lo forman las mesas individuales. Están dispuestas en forma de U para poder facilitar el trabajo con ellos cara a cara. Cada mesa está personalizada, de manera que cada uno tiene asignado un color, su nombre y su foto.

3. Rincón del material para trabajar: Son dos estanterías donde los alumnos/as se encuentran organizado todo el material que tienen que utilizar en la mesa de trabajo. El material está ordenado de manera secuencial, desde la primera a la última actividad. Cada estante está identificado por el color y la fotografía de cada uno de ellos. Cogen el material de su balda y lo llevan a la mesa de trabajo, donde lo realizarán para posteriormente guardarlo donde corresponda.

4. Rincón de Aprender: Es un espacio situado entre dos muebles de manera que se evite las distracciones y lo empleamos para trabajar de manera sistemática la comunicación funcional con el alumno/a. Este rincón está aislado del resto de la clase y consta de una mesa y dos sillas enfrentadas para el trabajo cara a cara.

5. Rincón del desayuno: Este espacio está compuesto por una mesa hexagonal y una estantería donde colocan los alimentos, platos y cubiertos y todo lo relacionado con el desayuno (tostadora, mantel, exprimidor...) En esa zona, tenemos también un panel con fotografías alimentos, de manera que antes de sentarse en la mesa, escogen la fotografía de lo que van a desayunar.

6. Rincón del ordenador: En uno de los rincones de la clase está el ordenador, que utilizamos bien en grupo o de forma individual. Es también donde están todos los materiales necesarios para la elaboración de material (plastificadora, impresora, guillotina...)

7. Rincón de relajación: Este rincón está acondicionado para poder llevar a cabo una relajación efectiva. Está visualmente diferenciado del resto del aula por el color de pared frambuesa, por las dos colchonetas y por los móviles que cuelgan del techo.

8. Rincón de juegos: En esta zona están los juguetes en cajas de plástico de manera que ellos puedan coger los materiales que quieran. Utilizan las colchonetas de relajación para jugar con ellos en el suelo.

9. Rincón de Experimentos: Se trata de una gran mesa rectangular que utilizamos para realizar diferentes experimentos. Esta mesa sólo se utiliza cuando vamos a trabajar en grupo para realizar manualidades con barro, agua, papel maché, pinturas, telas...

10. Panel "Nos vamos a...": Se trata de un panel de comunicación situado en la puerta del aula, cuyo objetivo es el de proporcionarles información por adelantado de hacia

dónde se dirigen y la actividad que van a realizar (con fotos y pictogramas) siempre que salen de la clase. (p. 3)

Si bien una misma aula puede no tener todos estos espacios debido a las dimensiones que son necesarias para ello, estos sectores pueden estar incluidos en diversos lugares del centro terapéutico en la medida que los mismos estén debidamente señalizados como se expresó líneas arriba.

## **Caso Lionel**

### **Datos de filiación**

Nombre: Lionel

Edad: 9 años

Padre: Alejandro (38 años)

Madre: Clara (35 años)

Localidad: CABA

### **Lista de problemas**

1. Baja autoestima.
2. Conductas des adaptativas.
3. Hetero y autoagresión.
4. Intolerancia a la frustración.
5. Gran dependencia.

### **Diagnóstico DSM**

**Eje I:** (F 90.0) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (F80.0) Trastorno fonológico

**Eje II:** Z03.2.

**Eje III:** Ninguno

**Eje IV:** Problemas para relacionarse con pares y adultos.

**Eje V:** EEAG 45 actual

**Datos de evaluación** (e.g., funcionamiento cognitivo, auto-reporte, puntuaciones de padres/maestros)

Sus maestros refieren a que no puede prestar atención en una actividad por más de 10 minutos. Tampoco puede sostener un juego por turnos hasta terminarlo, lo que dificulta su relación con pares.

Los padres del menor dicen que no puede ver un capítulo completo de series de dibujos animados. En caso de ver una historia animada completa (para que suceda, la misma, no debe tener una duración superior a los 7 u 8 minutos), transcurrida media hora de ver el episodio, difícilmente pueda sostener una conversación sobre lo visto.

En evaluaciones de escalas adaptativas hubo resultados de subadaptación en función de habilidades que ya debiera haber adquirido para la edad. En pruebas para medir su atención se obtuvieron resultados que refieren a déficit en esta función.

## **Consideraciones del desarrollo**

Demoró en comenzar a hablar (4 años). Siempre tuvo preferencia por objetos que por las personas. Logró controlar esfínteres a los 5 años aproximadamente. En una etapa tuvo contacto visual con su madre, pero luego dejó de sostenerlo.

## **Hipótesis de trabajo** (cognitiva y/o comportamental)

El déficit atencional inhibe el desarrollo de sus otras funciones cognitivas (memoria de trabajo, memoria de fijación y evocación, planificación, metacognición y autorregulación) y le dificulta relacionarse con pares mediante el juego reglado o simbólico, lo que tiene un efecto negativo en sus relaciones contextuales y en su inclusión social.

## **Orígenes de la hipótesis de trabajo**

La mejora en su atención tendrá un efecto positivo en sus funciones ejecutivas y en sus posibilidades para relacionarse con los otros de maneras más adaptadas.

## **Factores antecedentes/precipitantes**

El niño hace rabietas después de perder en un juego o cuando no puede obtener lo que él quiere (golosinas o juguetes los cuales pueden pertenecer a otro niño o estar en la vidriera de un negocio). Durante dichas rabietas puede gritar, llorar o golpearse a sí mismo o a terceros.

## **Factores de mantenimientos/impedimentos al cambio**

Individuales: Tendencia general al aislamiento.

Docente/clase: carencia de recursos técnicos para manejar las conductas disruptivas. Sus compañeros incentivan la emergencia de conductas desadaptativas.

Familia: los padres conceden las demandas del menor cuando se ven agotados y superados por los berrinches del mismo. No incentivan la comunicación verbal ya que interpretan los gestos.

Sistemas: la familia del niño opera reforzando las conductas disruptivas cuando cede a sus demandas. La docente, por no tener elementos para organizar la conducta del niño cuando la misma se desordena, llama a los encargados del menor para que lo retiren del lugar cuando él hace rabieta durante la clase.

## **Factores protectivos y de resiliencia**

Buen potencial cognitivo y motricidad. Muestra interés y facultades para el dibujo.

## **Impresiones diagnósticas/Clasificación educativa**

Trastorno no especificado del lenguaje – déficit atencional

## **Plan de intervención**

Objetivos:

1. Que el niño mejore sus HHSS para favorecer sus relaciones interpersonales.
2. Que el niño logre adquirir estrategias para afrontar situaciones de frustración y así favorecer su desarrollo personal
3. Que el niño desarrolle potencial imaginativo y juego simbólico para favorecer su desarrollo personal.
4. Que el niño mejore su tiempo, calidad atencional y tiempos de espera para favorecer su desarrollo personal.
5. Que pueda flexibilizar su conducta en función del encuadre para favorecer su inclusión social.

Modalidad de tratamiento (e.g., cognitiva conductual, conductual, sistémica): Método Teacch e intervenciones sobre la familia.

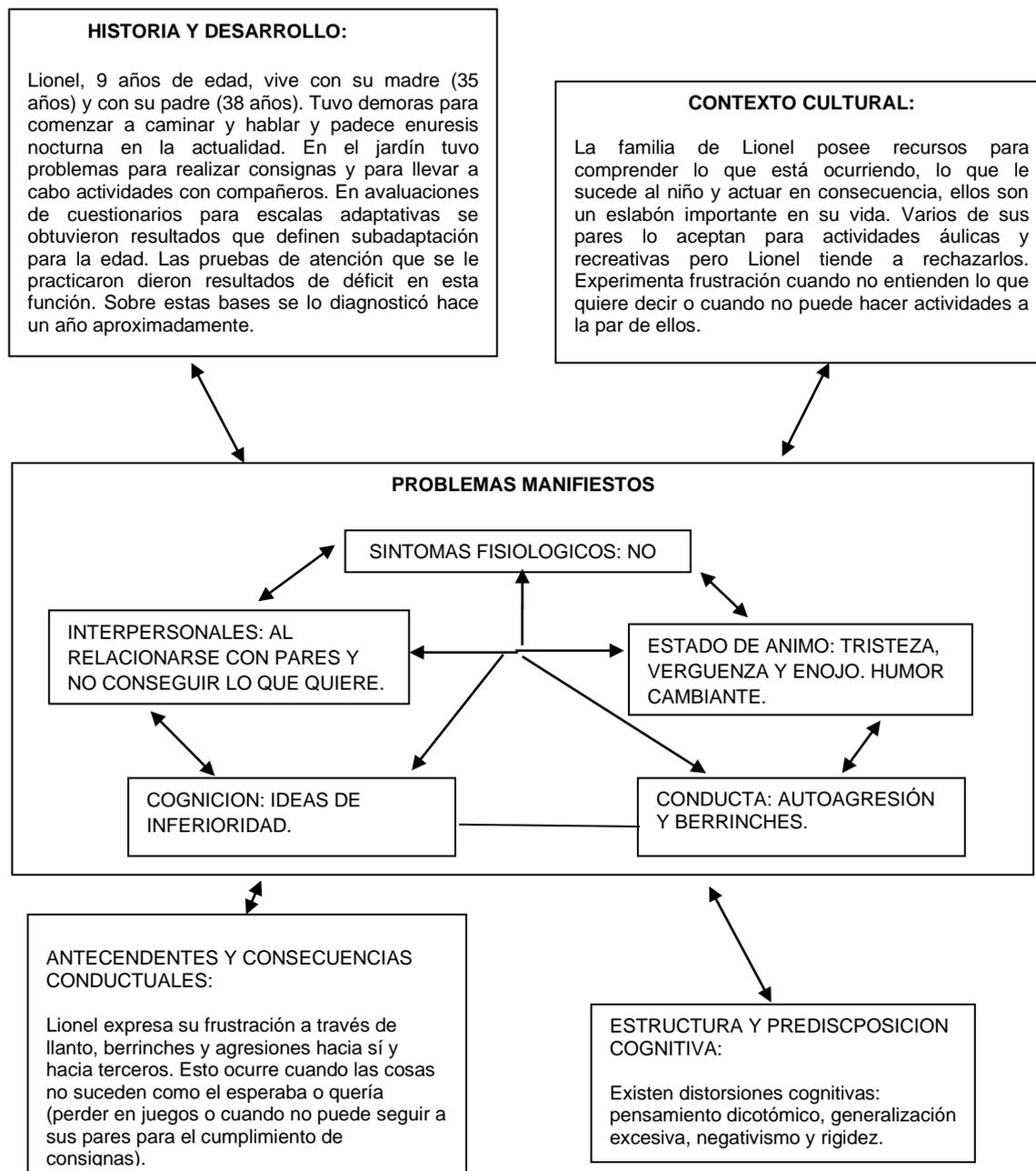
Frecuencia: 2 módulos semanales. Uno grupal y uno individual.

Nivel de intervención (e.g., individual, grupal, etc.):

Nivel de involucración de la familia: La familia muestra interés y compromiso para el tratamiento. Ellos expresan que necesitan mejorar la calidad de vida del niño, lo que tendría un impacto positivo en el funcionamiento de la dinámica familiar.

## Intervenciones suplementarias:

Se necesitará intervención fonoaudiología para mejorar su lenguaje expresivo.



Grilla de conceptualización y esquema realizados por Friedberg y McClure (2005) y propuestos por Fagnani y López (2013).

### **3.1) Descripción del caso**

El primer caso al que se hace referencia es el “caso Lionel”. Se trata de un niño de 9 años de edad con trastorno fonológico comórbido con déficit atencional con hiperactividad. Sus padres mostraban un contexto cultural tal que permitiría comprender sin mayores problemas las divergencias neurológicas del niño y las prescripciones terapéuticas que se hicieran, si bien hubo momentos en que mostraron desconfianza de las indicaciones que el profesional hacía, en líneas generales siguieron bien las prescripciones dadas y se consiguieron positivos resultados al cabo de un año de trabajo. En un principio el tratamiento se hizo dificultoso debido a que fue complicado establecer un buen rapport dada la rigidez cognitiva y conductual de Lionel, las dificultades para entender sus palabras y el hecho de que golpeaba al terapeuta cuando se frustraba o enojaba. Una vez pasada estas primeras dificultades, el proceso terapéutico comenzó a prosperar en el marco del consultorio y en lo hogareño sobre la base de la orientación y psicoeducación brindada a los padres.

### **3.2) Tratamiento**

En la primera sesión se tuvo una entrevista con la madre del niño. A partir de la misma se supo que en el colegio experimentaba problemas para relacionarse con sus compañeros, los cuales se debían a sus divergencias fonológicas de base y a la frustración que le implicaba no lograr hacerse entender, si bien sus pares no lo habían rechazado de forma alguna ni molestado focalizadamente. Lionel mostraba dificultades para los juegos reglados ya que le costaba comprender y sostener durante un lapso de tiempo los lineamientos trazados para el desarrollo de la contienda lúdica, además tenía una baja tolerancia a la frustración manifestada en berrinches y en tirar los elementos

utilizados cuando el transcurso del juego no lo favorecía, lo que resultaba perturbador para los otros niños. En caso de juegos simbólicos con muñecos o coches, ya sea solo o con compañeros, los escenarios que representaba siempre eran de lucha o carreras y se molestaba si las intervenciones de un posible par no son las acostumbradas por él. Cuando otras personas no podían comprenderlo, y luego de varios intentos para comunicarse, él se enojaba pudiendo agredir a los demás o a si mismo golpeando su cabeza con la palma de sus manos. Dentro del aula él tenía problemas cuando los contenidos académicos le eran inaccesibles porque no podía sostener el foco atencional, lo que promovía conductas disrruptivas como ponerse de pie y deambular por las instalaciones o, a veces, molestar a sus compañeros tomando objetos que le llaman la atención o hablando fuera de lugar. A este respecto la madre comentó que en años anteriores había tenido una maestra integradora con la que tenía buen vínculo, pero la misma decidió dejar el caso por otro trabajo.

Lionel tenía una Tablet con la que pocas veces jugaba, pero con la que veía videos durante cuatro o cinco horas al día. Dichos filmes no debían durar más de 10 minutos cada uno, de lo contrario lo cortaba pasado ese tiempo y reproducía otro.

Sobre las conductas disrruptivas del niño ella comentó que podía golpear a terceros, pares o adultos (rara vez a sus padres), hacer berrinches y llantos intensos o golpearse a si mismo. Sobre lo último ella agregó que nunca llega a lastimarse y que interpretaba que se golpeaba cuando no lograba hacerse entender.

Cuando se preguntó que hacen los padres cuando emergen estos comportamientos la madre dijo que en los momentos que Lionel pegaba lo contenían físicamente y lo apartaban de la escena en la medida de lo posible. Trataban de hablar y razonar con él

explicando que su accionar no correspondía, pero esto, en sus propias palabras, “demora mucho para que le bajen los nervios”. Después de eso intentaban un cambio de actividad para que se focalice en otra cosa. A la pregunta: ¿Cómo sería o cual sería el cambio de actividad para disuadir su atención? Ella comentó que podría ser llevarlo al kiosco y comprar una golosina, tratar de desarrollar un juego que a él le guste o darle el celular para que vea videos. Se preguntó sobre la frecuencia de estos episodios durante un día, a lo que la madre dijo que podrían ser hasta tres o no tener ninguno. Se preguntó sobre la intensidad de los mismos y ella dijo que podía ser variable, pero en sus propias palabras: “a veces puede ser insoportable, otras veces no tanto”. Dio el ejemplo de lo que pasó en el cumpleaños del primo: Después de perder en un juego grupal, Lionel tiró los elementos y golpeó a un niño que había participado. Intervino su padre, que lo contuvo con el cuerpo y, como Lionel no dejaba de gritar, lo llevo a un espacio donde había mucha menos gente, le dio chocolates y jugó con él, lo que hizo que el niño cese en su berreo.

Se le preguntó por la duración de los berrinches y ella dijo que duraban hasta que alguien intervenga (en el colegio la docente del aula y algunos auxiliares estaban al tanto de esta mecánica de intervención). Se preguntó si alguna vez dejaron que él berrear sin que intervenga alguien y ella contestó que no.

Sobre los intereses del niño la madre manifestó que le gustaba mucho dibujar y que podía copiar con bastante precisión, pero nunca lo hacía por más de 15 minutos. El terapeuta hizo hincapié en el detalle del tiempo ya que, según lo antedicho, podía permanecer más tiempo dibujando que viendo un mismo video. Sobre esto ella dijo que

podría ser cierto. Agregó ella que casi nunca llegaba a terminar un dibujo en una primera instancia, pero a veces los retomaba después de haberlo dejado y los termina.

Se preguntó si el niño tomaba medicación en ese momento y ella respondió que no.

Después de haber dado esta gran cantidad de información se le preguntó por tratamientos anteriores que hubieran realizado y ella dijo que había recibido terapia psicoanalítica. El terapeuta le informó que el enfoque y modalidad de trabajo a desarrollar en lo próximo serían diferentes a los anteriores. Se aprovechó la ocasión para introducir el concepto de refuerzo, lo cual se hizo en relación a darle juegos y dulces después de que berrea. Eso podría reforzar esta conducta y se indicó que dejen de hacerlo. También se informó que se usarán cronogramas visuales durante las sesiones para que Lionel pueda anticipar lo que ocurrirá en el transcurso de cada una, lo que tendría el efecto de disminuir sus ansiedades y las conductas disruptivas asociadas.

Se tuvo una conversación telefónica con la directora del colegio de Lionel en la que ella ratificó los dichos de la madre sobre los problemas en la institución. Ella también dijo que en años anteriores él había tenido un mejor desempeño académico y conductual y agregó que la causal de los problemas que mostraba, según su parecer, era la ausencia de maestra integradora, dispositivo con el cual contó en cursos pretéritos, pero faltante en esta etapa. En esta instancia se consideró que el apoyo del docente integrador podría mejorar su desempeño conductual en el colegio, lo que se podría generalizar a otros ámbitos.

En los primeros encuentros con Lionel se trabajó en el establecimiento de un vínculo propicio para la labor terapéutica. Durante esta etapa el niño golpeó al profesional varias

veces expresando su frustración al perder en un juego, cuando no se le permitía romper las reglas de los mismos o al no estar de acuerdo con una actividad de la grilla visual, a pesar que el cronograma se armara intercalando actividades que le agradaban con otras que le representaban dificultad. También tuvo intenciones de salir de la sala, pero siempre inhibió esta acción cuando el terapeuta le dijo en tono enérgico e imperativo que no lo hiciera. También, durante esta etapa inicial, mostró frustración cuando el terapeuta no lograba entender sus palabras, si bien no llegó a golpearse por eso, sí dijo que era tonto. Esto se abordó con una idea dada por una docente de la especialización para trabajar este problema. La misma consistía en escribir palabras en papeles que luego se ponían en una bolsa y los sacaban de a uno y por turnos, el niño y el profesional, después de lo cual ellos leían la palabra escrita. El psicólogo pronunciaba con torpeza para que Lionel sienta que a los demás puede costarles hablar también, pero no pudo saberse si eso tuvo el efecto buscado. El niño tenía una mejor dicción cuando leía palabras cuya pronunciación se le dificultaba, lo que sí mejoraba su autoestima ya que mostraba expresiones de gratificación al respecto. Durante esta etapa, con la finalidad de regular su ira, se aplicó el termómetro del enojo acompañado de respiración abdominal. Las primeras veces que esto se implementó en sesión no tuvo los resultados deseados, pero luego de ejercitar solo las inhalaciones en varios encuentros pudo aplicarse la técnica logrando que él calme su enojo antes de que la emoción escalara demasiado. Él se apartaba o daba la espalda al terapeuta y hacía varias respiraciones profundas, luego de eso se cambiaba de actividad y la prestación podía continuar sin problemas.

Durante las primeras sesiones grupales insistió en hacer trampa en algunos juegos como el “memotest”. Esto generaba el descontento de sus compañeros, pero señalando el

malestar ocasionado repetidas veces en cada prestación y agregando que los demás podrían hacerlo también, el comportamiento disminuyó, si bien nunca abandonó por completo esta conducta. Durante esta primera etapa se observó que si se reforzaba la consigna, Lionel podía seguir un juego durante más tiempo ya que se logró rápidamente que permanezca jugando durante casi 20 minutos, lo que implicaba terminar la actividad. Vale aclarar que durante esta etapa hubo varias veces en que no se logró que complete lo que se le pedía porque su atención se volvía lábil y se desregulaba conductualmente. Otro progreso que logró en las sesiones grupales fue la permanencia en su lugar de la mesa, que a pesar de no sostenerlo sentado, podía conservar el puesto designado durante toda la prestación o gran parte de esa igual que sus compañeros. Cada prestación consistía de 45 minutos. Para lograr esto se aplicó la técnica del tiempo fuera, con la respiración profunda ya mencionada, cuando se enojaba por haber perdido una partida o cuando no se realizaba la actividad que él deseaba, lo cual tuvo buenos resultados ya que después de hacerlo lograba volver a interactuar con el grupo.

Pasadas algunas semanas de trabajo se había logrado instaurar un buen rapport con el niño, indispensable para el éxito del tratamiento.

En base a los comentarios que la directora del colegio hizo cuando se habló con ella y entendiendo de por sí la importancia de la integración escolar (y siendo que no estaban logrando encontrar a alguien para brindar el apoyo), el terapeuta contactó a una profesional de su conocimiento que realizaba esta práctica y excedió a tomar el caso. Se le indicaron las características de Lionel, cuáles eran los reforzadores más eficaces y que cosas lo frustraban. Con esta información ella comenzó la práctica obteniendo buenos resultados en cuanto a la elaboración del vínculo en pocas semanas. A la

docente también se la puso al tanto de las técnicas de regulación conductual que se estaban implementando en su terapia (termómetro del enojo, tiempo fuera y respiraciones abdominales), las cuales ella pudo poner a práctica en el ámbito escolar y, según comentó, con buenos resultados.

En esta instancia, habiendo pasado más de dos meses de tratamiento se tuvo una nueva entrevista con los padres y en la misma se comenzó preguntando si estaban notando cambios en el niño, a lo que contestaron que lo veían más tranquilo en líneas generales y con menos berrinches. Se les preguntó si él aplicaba el tiempo fuera por sí mismo y ellos dijeron que lo habían notado en pocas ocasiones, por lo cual se los puso al tanto de la implementación de las técnicas que se estaban usando. También se los asesoró en el uso de las grillas y agendas visuales para que las usen en su casa, ya que él había aprendido bien el mecanismo en sesión, y se acordó enviar material para su confección vía mail. Se preguntó ¿cuando hacía berrinches Lionel en lo actual? Ellos dijeron que antes de cenar él solía ver la Tablet y cuando se lo llamaba a la mesa él berreaba ya que no quería abandonar lo que estaba haciendo. Agregaron que el berreo duraba varios minutos hasta que le quitaban el elemento, momento en el cual él berreaba un poco más hasta que finalmente se sentaba a la mesa de mal humor. Se les advirtió que ellos podrían estar reforzando negativamente el berrinche ya que Lionel estaba logrando evitar dejar de jugar, que era lo que deseaba, aunque sea por unos cuantos minutos. Se les comentó además el uso de la extinción y redirección, que habían funcionado en sesión, poniéndolos sobre aviso que las primeras veces que las apliquen podrían notar una intensificación de la conducta disruptiva, mas la repetición en el tiempo sería eficaz para eliminar acciones desadaptativas y orientarlo a comportamientos aceptables. También se les recomendó que usen una alarma para señalar la terminación del tiempo

de juego, lo cual, igual que otras técnicas, puede generar conflicto en las primeras aplicaciones, mas la repetición sistemática tendría un buen efecto en su comportamiento.

Pocas semanas después el padre del niño solicitó una entrevista con el profesional. Él había buscado en Google información sobre el uso de pictogramas y encontró que estos inhiben el desarrollo del lenguaje verbal. Sobre esto se le dijo que no era así, que funcionan como un facilitador de la comunicación y que por el contrario, pueden ayudar al desarrollo del lenguaje y disminuir ansiedades ya que permiten anticipar eventos y facilitan la comunicación. Y justamente, las dificultades para comunicar lo pretendido eran una de las cosas más ansiógenas para Lionel, por lo que tendrían un resultado positivo en su conducta. Después de la intervención el padre decidió poner a práctica lo que se le indicó.

Lionel había mostrado buenas habilidades mentalistas en general, y sobre todo en el grupo de habilidades sociales ya que en juegos donde sus oponentes debían tomar decisiones en función de la información que tuvieran, él brindaba datos falsos propiciando errores en los demás. También lograba resolver sin problemas la mayoría de las consignas del manual de habilidades sociales de Baron-Cohen, Howlin y Hadwin (2006) en que se proponen preguntas del tipo: ... quiere un tren, pero piensa que le darán un avión. Finalmente le dan el avión ¿Cómo se siente...?

Tiempo después se tuvo una entrevista telefónica con la docente integradora, quien dijo que el niño había mejorado mucho en su desempeño conductual dentro del colegio. Dijo que los berrinches habían disminuido mucho (2 o 3 por semana) y que se podían manejar cuando surgían. También agregó que podía prestar atención por más tiempo y

que ya no deambulaba por el aula en ningún momento, pero lo que sí podía hacer era permanecer de pie y con el cuerpo sobre el pupitre durante la hora. Estas modificaciones conductuales se tomaron como un progreso terapéutico ya que se estaba logrando generalizar a otros ámbitos pautas aprendidas en el consultorio.

Los padres ratificaban las mejorías conductuales en el hogar indicando que el uso de la alarma les dio buen resultado, pero se les dificultaban algunos manejos de la grilla visual, específicamente cuando ponían una actividad que luego, por circunstancias eventuales, no podía realizarse. Sobre esto se les dijo que la cambien por otra actividad, pero que no debían dejar el espacio vacío, que era lo que estaban haciendo. Tras eso, el niño berreaba y se les dificultaba aplicar la extinción. Para redireccionarlo se les indicó que como primera instancia trataran de redirigirlo a actividades de dibujo (lo cual ya se había implementado en el ámbito terapéutico) y que la actividad de reemplazo cuando quitaban un pictograma del cronograma, en la medida de lo posible, también fuera de dibujo. Además, se les prescribió que solo le dieran los dispositivos táctiles cuando él los pidiera expresamente y que ya no se los ofrezcan ellos.

En el marco de la terapia individual, el niño pedía usar el celular al final de la sesión, para lo cual entregaba el pictograma que lo designaba y lo ponía en el último lugar de la grilla, lo que se consignaba como reforzador y tenía el efecto buscado (motivar un desempeño conductual adaptado al contexto). Hubo una sesión en que el profesional olvidó el aparato en su casa y cuando Lionel lo pidió se le explicó la situación. El niño inició lo que pudo ser un berrinche, pero se controló instándolo a que haga el tiempo fuera que ya conocía. En lugar del celular se consignó una extensa actividad de dibujos que le llevo aproximadamente 25 minutos para lograr terminarla. Se habló con la madre

sobre la permanencia en actividades gráficas y ella dijo que ahora estaba logrando terminar sus dibujos en un primer intento. Sobre esto la madre dijo que lo veía más contento en lo cotidiano y que él mismo se alegraba al terminar sus representaciones gráficas ya que pedía que se cuelguen en diversos lugares de la casa para poder verlas. Este progreso se consideró importante para su bienestar emocional por el positivo efecto manifestado en eso, lo cual no se percibía en el pasado.

El trabajo en las habilidades sociales de Lionel se hizo en referencia a las observaciones hechas directamente sobre él en la terapia individual y grupal, a los comentarios de la madre y a lo dicho por su docente integradora. Sobre esta base se realizaron modelados activos (en los que el sujeto observa la ejecución de un modelo y la replica en la misma sesión), en vivo (el modelo lleva a cabo la conducta en presencia del observador) y positivos (se realiza la conducta meta), en forma individual o grupal dependiendo del tipo de prestación. También se aplicaron modelados simbólicos pudiendo ser humanos o no humanos estribando esto en el tipo de video exhibido en la ocasión. Hubo momentos en que el niño se mostró mal predispuesto a tener que ver y reproducir conductas, pero en el correr de las prestaciones su actitud fue cambiando hasta volverse permeable a este tipo de actividades y llegando a pedir las el mismo. Una vez llegada esta etapa Lionel logró grandes progresos en el área. Se realizó la técnica del espejo de expresiones (para imitación de gestos) y el juego de la radio (en el que los hablantes no pueden superponerse), pero la preferida de Lionel era emular escenas de videos que se reproducían con ese mismo fin. Los primeros avances significativos fueron cuando él comenzó a saludar espontáneamente y sonriendo, para lo cual se habían implementado tareas del manual ya citado. El progreso más importante observado en esta área (Dimensión de relaciones interpersonales) fue cuando el niño pudo manifestar un

desacuerdo con su respectiva resolución sobre una actividad consignada en grupo; él no quería jugar al “quién es quién”, quería jugar a la pelota en el patio de la institución (lo cual era posible una hora atrás pero el día ya mostraba grandes probabilidades de lluvia), pero eso ya no se podía y ante esto Lionel propuso hacer una sola partida al “quien es quien” y después jugar carreras. Su compañero del día aceptó la proposición y se desarrollaron ambas actividades.

La docente integradora de Lionel comentó en una entrevista telefónica que él se estaba relacionando mejor con sus compañeros y que, si bien muchas veces no lograban comprender sus palabras, él participaba activa y asertivamente de los juegos que se hacían. Ella agregó que sus niveles atencionales habían mejorado ya que lograba, en muchas ocasiones, permanecer sentado en su pupitre durante gran parte de su estadía en el colegio y sostener la concentración en las actividades. Si bien para lograr la permanencia señalada solía jugar con un muñeco, él ya no se levantaba ni molestaba el desarrollo escolar. Tales mejorías en su atención y en su regulación conductual también se notaron en sus terapias; él permanecía sentado en casi todas sus prestaciones en el centro terapéutico.

En esta instancia, durante la entrevista para la entrega del informe anual, los padres del niño avisaron al terapeuta que el tratamiento ya no continuaría debido a que volverían a Santa Fé, su provincia vernácula. Anoticiándose de esto, el terapeuta les indicó que sería necesario que continúen con el tratamiento allí, en la modalidad cognitivo conductual y haciendo hincapié en las especialidades de psicología y fonoaudiología. También se les indicó que debían anticipar esto a Lionel, pero era probable que él lo tomara a bien ya que le gustaba ir allá.

En la sesión de cierre el niño comentó que le había gustado jugar con el terapeuta, lo cual fue sorprendente ya que no acostumbraba hacer cumplidos, a pesar que esto se hubiera trabajado en las actividades de habilidades sociales. En esta sesión se hizo juego simbólico de despedida y de reencuentro con familiares, lo cual el niño disfrutó.

## **Caso Leandro**

### **Lista de problemas**

1. Conductas auto y heteroagresivas.
2. Baja tolerancia a la frustración
3. Poco registro emocional.
4. Rigidez cognitiva y conductual.
5. Gran dependencia.

### **Diagnóstico DSM**

**Eje I:** F84.0.

**Eje II:** Z03.2.

**Eje III:** Ninguno

**Eje IV:** Problemas para relacionarse con pares y adultos

**Eje V:** EEAG 45 Actual.

**Datos de evaluación** (e.g., funcionamiento cognitivo, auto-reporte, puntuaciones de padres/maestros)

Las escalas de autonomía y calidad de vida dieron resultados inferiores a los esperables para su edad cronológica.

Sus maestros, hasta el momento, no han logrado controlar sus conductas disruptivas.

### **Consideraciones del desarrollo**

Tuvo una gestación, parto y desarrollo durante el primer año de vida dentro de lo esperable, pero luego de esa primera etapa mostró poco registro de los otros y demoró en caminar (más de 2 años) y hablar (casi 4 años). Según cometo su madre, Leandro no jugaba con otros niños y parecía más interesado en los objetos que en las personas. Su juego se trataba de apilar objetos o alinear cochecitos. A veces pasaba largos ratos saltando en el lugar y realizando conductas de autoestimulación.

### **Hipótesis de trabajo** (cognitiva y/o comportamental)

Mejorar sus habilidades para la comunicación posibilitará que exprese emociones, deseos y que tenga más autonomía para desenvolverse en el medio cotidiano, lo que mejorará su relación con el entorno y disminuirían sus conductas disruptivas.

### **Orígenes de la hipótesis de trabajo**

Los berrinches de Leandro ocurren cuando experimenta ansiedad producto de frustraciones que el medio genera, ya sea porque el ambiente no satisface sus necesidades de inmediato, y él no tiene recursos para tolerar la espera, o porque él mismo no es capaz de expresar sus estados mentales.

### **Factores antecedentes/precipitantes**

Cuando alguien tiene un elemento que le llama la atención, Leandro lo reclama con agotadora insistencia. Si la otra persona no le da el objeto deseado, él reacciona gritando y mordiéndose los brazos. También, cuando no logra expresar que quiere o no es interpretado por los demás, él se muerde fuertemente los brazos dejándose visibles marcas.

### **Factores de mantenimientos/impedimentos al cambio**

Individuales: incapacidad para comunicar estados y deseos.

Docente/clase: carencia de herramientas para manejar sus conductas disfuncionales.

Familia: mala predisposición de su hermano hacia él y ausencia de recursos en los padres.

Sistemas: La familia del niño opera reforzando positiva y negativamente varias de sus conductas disruptivas, lo cual también hace su maestra integradora debido a la ausencia de recursos técnicos para regularlo.

## **Factores protectivos y de resiliencia**

Buen potencial cognitivo y buen lenguaje expresivo (a pesar de no poder organizarlo bien cuando experimenta ansiedad)

## **Impresiones diagnósticas/Clasificación educativa**

### **TEA**

## **Plan de intervención**

Objetivos:

1. Que integre el uso de agendas visuales para mejorar en su autonomía y desempeño personal.
2. Que logre reconocer emociones en si mismo y en los demás para mejorar su bienestar emocional.
3. Que logre regular la ira usando técnicas y estrategias para mejorar su bienestar emocional y favorecer su inclusión social.
4. Que pueda comunicarse y relacionarse con pares para favorecer sus relaciones interpersonales.
5. Que flexibilice su cognición y conducta para favorecer su desarrollo personal.

Modalidad de tratamiento (e.g., cognitiva conductual, conductual, sistémica): TCC.

Método TEACH

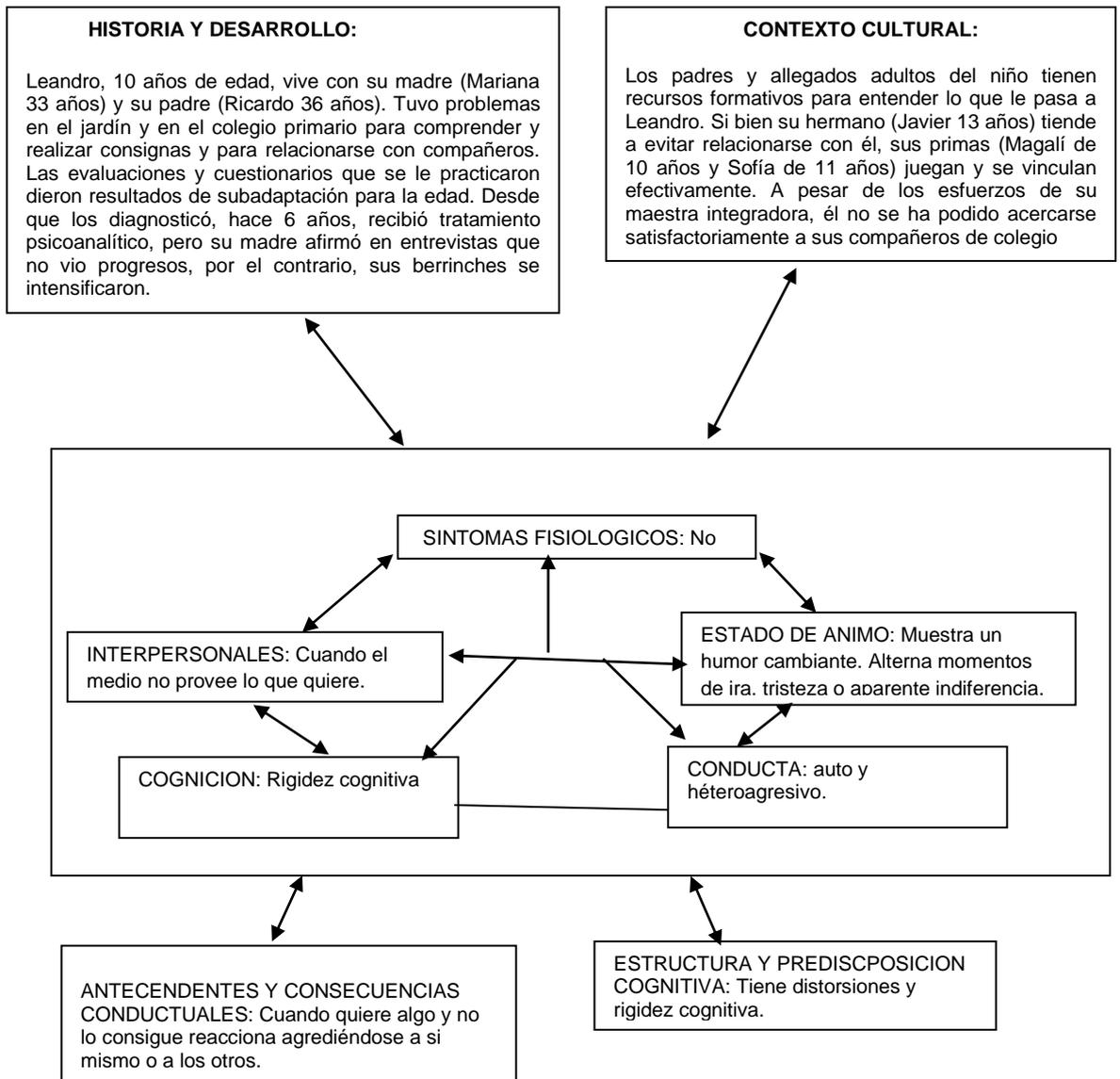
Frecuencia: dos veces por semana

Nivel de intervención (e.g., individual, grupal, etc.): se trabajará en forma individual, grupal y con intervenciones familiares.

Nivel de involucración de la familia: Ambos padres muestran interés y buena predisposición hacia el tratamiento. El hermano mayor, por el contrario, se mantiene ajeno a la problemática de Leandro.

Intervenciones suplementarias: Fonoaudiología y Taller de HHSS.

Obstáculos al tratamiento: La madre hace por él gran cantidad de actividades de la vida diaria y facilita la dependencia. El padre interviene poco en la crianza de Leandro.



Grilla de conceptualización y esquema realizados por Friedberg y McClure (2005) y propuestos por Fagnani y López (2013).

#### 4.1) Descripción de caso

El llamado caso Leandro se trata de un niño de 10 años de edad, asistido en el año 2018, que convive con sus padres (Mariana de 33 años y Ricardo de 36) y con su hermano (Javier de 13 años), con el que la relación es distante.

Durante la entrevista inicial que se tuvo con la madre del niño ella relató que, durante su primer año de vida, Leandro la miraba a los ojos y parecía que todo estaba bien, pero después dejó de hacer aquello y pareciera que perdió interés por el entorno.

Leandro solo jugó estereotipadamente durante varios años, lo cual persistía al momento de iniciar el tratamiento que se describe. En ocasiones participaba en juegos de representación con sus primas, si ellas lo convocaban, mas él nunca tenía la iniciativa.

El padre del niño participaba menos que la madre en su crianza y se enfocaba principalmente en su hermano mayor con quién compartía varias actividades, en las cuales no lo incluían a Leandro debido a sus problemas para relacionarse y procesar la información. La madre manifestó preocupación sobre esto y dijo haber hablado muchas veces con el padre, quién afirmaba no encontrar maneras de acercarse y entablar una relación más estrecha con el niño. En contraste a esto, durante el tiempo en que se asistió al niño y a su familia hubo más progresos en las etapas que el padre tuvo una participación activa en lo referido al niño.

La madre dijo que tenía inquietudes por su rendimiento escolar y por la nula relación con sus compañeros de colegio ya que Leandro no participa prácticamente nunca de las actividades conjuntas, lo cual pudo modificarse un poco con intervenciones hechas a instancias de su maestra integradora. Pero lo más preocupante para la madre, y para el terapeuta al inicio del trabajo, era cuando el niño mordía sus antebrazos; “Tengo miedo que llegue a lastimarse o a cortarse como hacen ahora tantos chicos”, manifestó ella.

#### **4.2) Tratamiento**

Para iniciar el tratamiento se tuvo una entrevista inicial con la madre en la que se le preguntó sobre diversos aspectos del niño, pero haciendo principal hincapié en sus habilidades sociales, mentalistas y de juego.

La madre comentó que el niño tenía poca autonomía dentro de su casa ya que solía pedirle aquellas cosas que necesitaba, ya sea comidas simples (como un sándwich a la merienda o un vaso de yogurt) o la ropa para ponerse, que no elegía él. Sí tenía autonomía para bañarse (exceptuando lavarse el pelo), hacer sus necesidades o usar cualquier dispositivo tecnológico. Según la información aportada por la madre; Leandro jugaba bastante en solitario, cuando no tenía el celular de alguno de sus padres, apilando bloques o con los trompos y spiners que eran sus juguetes preferidos. Sobre esto también dijo que había avanzado ya que, si lo invitaban, podía participar un poco de un juego simbólico, lo cual no lograba hacer de ningún modo antes.

Ella aclaró que estuvo varios años en el otro centro donde se deduce que se aplicó terapia psicoanalítica en función de los comentarios hechos al respecto.

En caso que se hiciera juego por turnos él tenía dificultades para esperar su momento y no solía seguir la consigna básica del objetivo. Con respecto a las habilidades sociales, él no saludaba a menos que se lo inste a hacerlo, difícilmente hacía comentarios sobre algo si no se le hacían preguntas y, muchas veces, ni siquiera contestaba lo que se le indicaba. En líneas generales tenía poco interés por los demás. Leandro tampoco mostraba la capacidad de dar cuenta de los estados emocionales o mentales de otras personas y, generalmente, no lograba dar muestras de identificar los propios.

Se indagó sobre las autoagresiones y ella dijo que se mordía los antebrazos cuando se ponía muy nervioso, pero nunca llegaba a lastimarse. Se le preguntó que hacían ellos ante esto y ella contestó que le daban lo que quería pues tenían miedo que se lastime. El antecedente usual de esto es que no le daban el celular para jugar o ver videos cuando él lo exigía y solo ocurrió dos veces en el colegio (no pudo saberse la causa de esas); la madre dijo que no había otro escenario en el que el hiciera C.A.L.s.

Por lo expresado en el párrafo previo, el tratamiento se orientó en una primera instancia a generar un vínculo con el niño que sea propicio para elaborar los objetivos trazados en un principio. Habiendo logrado eso se planificó trabajar en el aprendizaje del manejo de la grilla de actividades, en el desarrollo de sus habilidades mentalistas, en sus habilidades sociales y en su juego simbólico. En esta primera sesión se le mostraron a la madre los materiales a usar para las grillas visuales y se la instó a que participe en el juego del niño aportando escenarios y contenidos. También se la asesoró en la aplicación de técnicas de control conductual; extinción y redirección.

Durante las primeras sesiones se convocó la mirada del niño para dar todas las consignas y para poner cada pictograma en la grilla visual de actividades. También todas las actividades dadas en esta etapa primera, eran las de su preferencia: rompecabezas de más de 50 piezas, juego con bloques y tareas de estimulación cognitiva en dispositivo táctil. Para comenzar a introducir el trabajo de emociones en este estadio se daba un rompecabezas de un rostro sonriente, el cual le generaba a Leandro una expresión jubilosa cuando estaba terminado y se le decía, “está contento” y él repetía, “contento”. Todas las tareas que se fueran a realizar se consignaban pertinentemente en la grilla visual, de lo cual Leandro comprendió rápidamente su

funcionamiento y uso: Se consignaban con pictogramas todas las actividades y él retiraba la imagen de cada tarea cuando la terminaba. Para aumentar su tolerancia a la espera paulatinamente se intentaba generar un tiempo entre una actividad y otra, a menos que él mostrara dificultades para cortar lo que estuviera haciendo, caso en el cual se daba la grilla visual para que se quite el pictograma del momento e inmediatamente se daba la siguiente tarea. El juego simbólico mostraba pobreza ya que se limitaba a hacer andar cochecitos por diversas superficies de la sala y hacer girar las cosas que pudiera. Se intervino en esto durante el primer mes de tratamiento y se consideró instaurado el vínculo (primer objetivo en el tratamiento) cuando el niño aceptó jugar con bloques, por propuesta del terapeuta, pero ya no apilándolos como antes lo hacía, sino que se construía una cocina y con algunos utensilios de plástico se recreaban escenarios de comidas domésticas. El otro indicio tomado en cuenta para definir que se había constituido la relación tan necesaria para lo terapéutico fue que Leandro casi siempre emitía ya un saludo espontáneo y dirigido al profesional: “hola Iván”. Si bien él no miraba directamente cuando lo hacía, esto se consideró como un buen avance. En paralelo a esto se tuvo una entrevista telefónica con la maestra integradora del niño, quién relató que tiene dificultades para hacer que el niño haga las tareas escolares y regular su conducta; Leandro tiende a pararse y deambular por el salón de clases, se le debe insistir mucho para que haga una consigna y no socializa con sus compañeros. Se le preguntó que hacía ella cuando el niño caminaba en el aula y respondió que lo llevaba al patio. También refirió que Leandro decía que no quería estar en la clase y que por eso hacía aquello, lo cual podía pasar hasta 4 veces por jornada. Se le advirtió que yendo al patio podría estar reforzando negativamente la acción de caminar en salón ya que ante esto él siempre lograba su cometido, evadir la clase. Cuando se indagó sobre lo que se habría intentado para favorecer las interacciones sociales se supo que los esfuerzos no

habían sido eficientes; durante los recreos el niño y su acompañante permanecían en un lugar lo más tranquilo posible viendo videos con el celular para que no se desregulara su conducta. Sobre esto se la instó a que invite a algún compañero para compartir el video y ver que sucede.

En esta instancia se tuvo un nuevo encuentro con los padres del niño para dar pautas sobre la instauración en casa del uso de agendas visuales y sobre los C.A.L. Se les indicó que las agendas visuales le darían a Leandro una estructura predecible en tanto posibilidad de anticipar lo que va a ocurrir a lo largo del día, y que esto tendría un efecto positivo en su ansiedad con lo cual disminuirían las conductas disfuncionales, entre esas los C.A.L.s, que era lo que a ellos más incertidumbre les generaba. Esto llamó su atención, por lo que se interesaron en el tema haciendo varias preguntas al respecto, lo cual se tomó como un positivo esfuerzo para aprender y usar bien la técnica. Durante esta entrevista se volvió a hablar de los C.A.L., sobre lo que ellos no dieron más información que la aportada en el pasado y sobre esta base se propuso el niño tuviera su propio celular (disponían de un Smart fon que no usaban y que podían destinar a esto), pero que los momentos de uso estuvieran pertinentemente consignados en la agenda visual y con una alarma que marcara el fin de la actividad, sobre lo que se les advirtió que durante las primeras semanas de aplicación de la técnica podría haber berrinches intensos. A este respecto se les dijo que lo usen como reforzador de conductas adaptadas o deseables. También se les dijo que por la mañana dieran tres opciones de vestimenta a Leandro y que él elija la que prefiera, con el fin de favorecer la capacidad electiva y fortalecer su autodeterminación.

Se puso al tanto del uso de agendas visuales a su maestra integradora, la que mostró interés en el tema y dijo que lo pondría en práctica. Con ella se tuvieron varias conversaciones telefónicas para disipar dudas acerca del manejo del elemento.

En las sesiones se trabajó en sus habilidades mentalistas. Lo primero que se hizo fue mostrar la secuencia de viñetas citada por Riviere A. y Nuñez M. 1996, en la que se ve un niño que pone una pelota en una canasta y luego otro niño la saca de allí y la pone en una caja. Cuando se le pidió a Leandro que diga donde buscaría la pelota él primer niño él contestó que en la caja, incurriendo en el esperado “error realista”. Con respecto al reconocimiento de emociones, él lograba distinguir en fotos las básicas (feliz, triste y enojado), pero se le dificultaba comprender otras más complejas (aburrido, sorprendido, miedo o vergüenza). Para trabajar en esta área se tomó como base el manual Baron-Cohen, Howulin & Hadwin 1999. Dicho manual cuenta con 5 niveles de aprendizaje y Leandro se encontraba en el 2. En un principio fue difícil incorporar estas nociones porque el terapeuta repetía los ejercicios que el niño había hecho mal sin dar la respuesta correcta. Esto se rectificó rápidamente en una supervisión con una docente de la especialización en Terapia Cognitiva y se le comenzó a decir cuál era la respuesta acertada después cada vez que él fallaba. A partir de esta intervención se comenzaron a ver los avances en esto; Pocas sesiones después Leandro mostró progresos en el reconocimiento en fotos de emociones que desconocía. También incorporó conocimientos sobre los eventos que generan unos u otros estados anímicos y sobre el entendimiento de los propios. En paralelo a esto se notaron mejorías en su juego funcional ya que se lo veía más flexible para la representación de escenarios. La profesional que coordinaba el grupo de habilidades sociales en el que participaba el niño reportó mejorías debido a que mostraba más intención comunicativa con sus

compañeros. En esta instancia, y habiendo pasado casi dos meses desde la última entrevista con los padres, se concertó un nuevo encuentro con la familia. En dicha reunión ellos comentaron que los C.A.L.s habían desaparecido en el último tiempo y que estaban implementando las agendas visuales y grillas recomendadas eficientemente, según lo relatado. En este aspecto se dieron pautas en cuanto a la resolución de situaciones en las que se deben hacer cambios en el programa diario. Comentaron en ese encuentro que funcionó bien el mecanismo de la alarma en el celular y, sobre lo mismo, que los berrinches que hizo en los primeros días de la implementación de este mecanismo tuvieron menos intensidad de la esperada. El padre relató como estaba interviniendo en el juego imaginativo del niño aportando escenarios y elementos, sobre lo que se le hizo la recomendación de no insistir con la inclusión de juguetes que Leandro había rechazado ya varias veces. Se los instó a bajar para el celular una aplicación para trabajar emociones e inferencias con el fin de acompañar lo que se estaba trabajando en las sesiones. Además, se hicieron recomendaciones para estimular más el juego simbólico, que en ese momento parecía captar el interés del asistido.

En una nueva comunicación telefónica con la maestra integradora, ella relató un eficaz uso de los pictogramas como elemento predictor de situaciones, con lo que había obtenido buenos resultados en cuanto a mejorar la conducta del niño. También dijo en la ocasión que había tenido efectos positivos la estrategia de invitar compañeros a ver videos; en casi todos los recreos eran acompañados por dos o tres pares con los que algunas veces compartían juegos también (el objetivo final de esto era reemplazar el uso del celular, en su totalidad, con juegos grupales, pero no se llegó a lograr).

Se continuó trabajando en las habilidades mentalistas del niño empleando historias mentales y haciendo juegos de roll play en los cuales no se registraban avances; a Leandro le llamaba más la atención el histrionismo actoral que la trama narrada y cuando esto pasaba era muy difícil redireccionar sus esfuerzos al entendimiento de la historia. Por el contrario, progresaba en el uso del manual de Baron-Cohen et. al. (infería estados emocionales en los personajes de las historias) y lograba incorporar más conocimiento sobre las emociones en cuanto al reconocimiento en fotos, pero faltaba lograr generalizar esto a otros espacios.

Para lograr generalizar lo aprendido se habló nuevamente con su maestra integradora y se acordaron los criterios para que ella trabaje en el reconocimiento de las emociones propias de Leandro. En el tiempo se notaron avances en este aspecto ya que el niño distinguía y nombraba sus propios estados anímicos.

En este estadio del tratamiento se trabajaba usando los aprendizajes hechos en la teoría de la mente para que logre distinguir entre frustración y enojo, lo cual se volvía complicado ya que él solía encolerizarse cuando sus expectativas no se cumplían. Para regular esto se logró que asocie el enojo con la coloración roja que toma el rostro cuando se siente esa emoción y se aplicó la técnica del termómetro del enfado según Bunge y cols. et. al., pero con la variante del semáforo porque a Leandro tenía predilección por esos aparatos y por la asociación que hizo con el color. Para la puesta a práctica de esto Leandro prefirió hacer un time out cuando estaba enojado, lo que se representaría en el semáforo con el color rojo, el color amarillo representaba la disminución en la intensidad de la emoción, pero el tiempo fuera continuaba aún en esta instancia; cuando el niño decía que estaba en verde refería a que la ira estaba extinta y

ya que estaba listo para retomar las actividades. Esta técnica tuvo éxito en varias situaciones del grupo de HHSS y en el colegio, según comentaron las profesionales que se ocupaban de esos espacios.

Para esto ya habían pasado más de 8 meses de tratamiento y se habían conseguido significativos progresos en los objetivos propuestos: El niño distinguía varias emociones en los demás y lograba inferencias sobre esto, se había enriquecido su juego simbólico y concomitantemente con ello su capacidad expresiva, sus C.A.L.s. habían desaparecido y sus conductas disruptivas estaban disminuidas, además que prosperaron sus HHSS ya que se había generalizado el saludo espontáneo y sonriendo (si bien no solía mirar directamente a quien saludara). Estando en esta situación el padre del niño cambió de trabajo por uno en el que tenía horarios rotativos, lo que alteró las posibilidades predictivas de Leandro ya que, hasta ese momento, las jornadas eran todas muy parecidas y eso facilitaba el conocimiento de los eventos venideros y su estructuración personal al respecto. A partir de aquí la familia tuvo problemas en cuanto al armado de la grilla diaria (por lo que se puede suponer que ellos también estaban experimentando dificultades para adaptarse a la nueva modalidad horaria), lo cual dificultaba a Leandro la regulación de su conducta en el ámbito del hogar. Él volvió a berrear con la intensidad de otrora y a exigir más el uso del celular, que para ese momento se estaba implementando eficazmente como reforzador. En paralelo a esto, su maestra integradora decía que se desempeñaba bien en el colegio y había mejorado el vínculo con sus pares; en ocasiones, cuando veía algo gracioso esgrimía un gesto protodeclarativo y miraba a otros con una aparente intención de compartir la experiencia, si bien la misma podía no tener criterio humorístico para lo demás. En una nueva entrevista con la madre del niño (el padre no asistió por complicaciones horarias)

ella comentó los cambios que sufrían en su casa, las dificultades que estaban teniendo para adaptarse a ellos y que el padre estaba menos tiempo, por lo que el ejercicio del juego simbólico se estaba implementando menos. Hasta esta etapa el padre había logrado buenas intervenciones en las representaciones lúdicas de Leandro, pero ahora ya no estaban encontrando forma de volver a generar ese espacio exceptuando en los fines de semana, por lo que se orientó sobre posibles actividades para esos días. En esta ocasión la madre del niño advirtió al terapeuta que la regularidad de asistencia al centro terapéutico podría verse afectada debido a la desorganización que pasaban. Lo cual sucedió efectivamente, Leandro ya no acudía a todas sus prestaciones como antes sí hacía, pero en el contexto del consultorio no se veía el aumento en la disruptividad de sus conductas. La maestra integradora de Leandro comentó que en el colegio no había habido muchos cambios en su desempeño, pero que sí habían aumentado en número sus enojos, lo cual podían manejar haciendo tiempo fuera.

Durante el mes de diciembre el niño no fue llevado a su terapia por lo que no se pudieron realizar las últimas prestaciones programadas para ese año. Tampoco se lo pudo seguir atendiendo durante el siguiente ciclo ya que, con el cambio de trabajo del padre, cambiaron de Obra Social por una de la que el centro terapéutico no es prestador.

## Analisis

En el llamado caso Lionel, durante la primera entrevista con la madre, se realizó un análisis funcional de los berrinches del niño según Trivisonno et. al. (p. 74), preguntando qué era lo que hacían cuando el niño mostraba esos comportamientos. También, en el mismo segmento terapéutico y siguiendo a Trivisonno et. al. (p. 75), se preguntó sobre la frecuencia diaria de estos episodios en aras de un análisis topográfico de la conducta. El objetivo perseguido por estas intervenciones era definir antecedentes y consecuencias de la conducta problemática para poder trabajar eficazmente sobre esa, dando cuenta de la función que cumplía y cuales eran los resultados que la reforzaban y la sostenían en el tiempo. De igual forma se hizo en el caso Leandro (realizar un análisis conductual a partir de las respuestas que diera el adulto) cuando se habló con la maestra integradora, lo que fue útil para dar cuenta que era lo que motivaba las acciones desadaptativas del niño.

En base al análisis conductual al que se hizo referencia se concluyó en ambos casos que se estaban reforzando conductas que se querían extinguir, por lo que se realizaron las siguientes intervenciones: a los padres de Lionel se le informó que un refuerzo positivo es según Bunge, Gomar y Mandil (2008) “una consecuencia que se desea y ocurre inmediatamente después de una conducta es un refuerzo positivo ya que aumenta la posibilidad de que se repita el comportamiento” (p. 318). Esto se hizo para que adviertan que estaban reforzando positivamente la conducta que querían extinguir y que para lograr el objetivo ellos debían cambiar el resultado del comportamiento. Con el mismo objetivo se le hizo el señalamiento a la docente integradora de Leandro, pero en ese caso se trataba de un refuerzo negativo ya que según Bunge y cols. et. al. (p. 318),

“Es la suspensión de una situación negativa preexistente o la evitación de una consecuencia indeseada”. Tales intervenciones, sumadas a otras, dieron buenos resultados después de un tiempo ya que disminuyeron significativamente las conductas desadaptativas, según comentaron los responsables de uno y otro niño.

La aplicación de cronogramas visuales en sesión se hizo mostrando el uso del elemento, instando al niño a que quite el pictograma de la labor realizada y enseñando que cada tarjeta se corresponde con una tarea que se hará; siguiendo a San Andres et. al., los niños con TEA tienen preservadas las habilidades visuales lo cual les permite procesar mejor la información visual que la auditiva (p. 1). Luego que el asistido aprendiera el manejo de la grilla se han dado pautas a los padres para que puedan realizar agendas diarias en sus casas ya que, siguiendo Hunter Watts 2005, Cuando los niños o jóvenes están preparados y se les anticipa de esta manera lo que vendrá a continuación, disminuye la posibilidad de agresiones y berrinches (p. 2). La anticipación de eventos mostró en ambos casos un efecto positivo en el desempeño conductual ya que brindando información que pueden procesar se extinguieron acciones desadaptativas asociadas a confusión e incertidumbre.

El hecho de haber logrado la instauración de un espacio organizado y predecible, con información entendible y pautas claras hizo posible la concreción del primer objetivo a lograr, la construcción de un vínculo propicio con el asistido ya que según Leaf y Mc Eachin (1999)

Es crítico establecer una relación social cálida, divertida y reforzada (...)  
Mediante la creación de una atmósfera positiva, su niño estará mucho más predispuesto al proceso de enseñanza y por consiguiente progresará

mucho más rápido en su terapia reduciendo las luchas de poder y los comportamientos alterados (p. 7).

Otra noción que colaboró para establecer una buena relación fue el cambio que hizo el profesional en la forma de dirigirse a los niños, lo que sucedió a partir de una intervención hecha por una docente de la especialización: ella recomendó el uso del tiempo verbal imperativo para que las indicaciones sean más claras ya que quien escribe solía hablar en primera persona del plural y con tono de pregunta (¿“nos sentamos?”), lo cual puede ser confuso para un niño. La aplicación de lo recomendado favoreció la eficacia en la instauración de las normas y el seguimiento de las órdenes que se daban. Pasadas algunas semanas de trabajo se había logrado instaurar un buen rapport con los niños, indispensable para el éxito del tratamiento según Botella, 2005, Corbella y Botella, 2003; Corbella y Botella, 2004b citados en Corbella, et. al. 2007, quienes afirman que, La calidad de la relación terapéutica resulta ser un aspecto determinante para la eficacia de la terapia (p. 2).

Para abordar las conductas disruptivas se definió que se haría en todos los ámbitos de desempeño de los niños. Por eso se tuvieron entrevistas con los padres en las que se realizó psicoeducación sobre ellos asesorándolos en el uso de cronogramas visuales, reforzadores y técnicas de control conductual del tipo extinción y redirección como lo expresaron Bunge, Gomar y Mandil (2009) (p. 318). Los padres de Lionel manifestaron tener dificultades para aplicar la redirección, pero lograron hacerlo después que se les dijo que intenten redirigir la conducta hacia una actividad que fuera del interés natural del niño (el dibujo). Lo mismo se hizo respecto a la docente integradora interviniente en el caso de Leandro; se las puso al tanto de las técnicas que se implementaban en el

consultorio, se les brindaron estrategias y se les hicieron señalamientos para que ajuste técnicas en su práctica, lo cual ella tomó a bien y aplicó lo que se le recomendó, con lo cual obtuvo los resultados deseados; que el niño interactúe con pares y que pueda permanecer en el aula. En el caso Lionel, basado en entrevistas con los padres y con la directora del colegio, se requirió que el terapeuta facilite la intervención de una profesional que diera esta prestación ya que no estaban logrando encontrar una y eso dificultaba el desempeño escolar. Según Korzenlowsk (2008), “Los docentes usualmente no disponen de los recursos necesarios para abordar en el aula los síntomas de TDAH.” (pag. 66). Esta intervención tuvo buenos resultados ya que, con la colaboración de la profesional convocada quien siguió bien las pautas dadas, se mejoró mucho el repertorio conductual del niño dentro del colegio.

Para Lionel, por sugerencia de una docente de la especialización, se aplicó el termómetro del enojo según Bunge y cols. et. al. (p. 291), acompañado de respiración abdominal. Con Leandro también se aplicó la técnica, pero con la variante del semáforo porque se consideró más accesible para el asistido y porque él mostraba interés en ese aparato. En ambos casos esto resultó ser eficaz ya que los dos aprendieron la técnica y eso tuvo efectos benéficos en la conducta. Sobre esto, según comentaron los padres, Lionel llegó a aplicarlo el mismo ocasionalmente. siguiendo Escobar 2011 que citó a Meichenbaum y Goodman, 1971, Cuando un niño maneja las habilidades en autoinstrucciones lo ayuda a tomar conciencia de su conducta para poder controlar sus propios comportamientos (p. 4). Lionel logró esto a partir de conseguir un auto registro de las sensaciones físicas de la ira, pero Leandro no pudo alcanzar este conocimiento de si, por lo que siempre se necesitó de alguien para que se aplique la técnica, si bien la misma era eficaz cuando se realizaba.

En ambos casos se hicieron modelados activos de conductas (según Esperza (2013)) para favorecer las habilidades sociales, pero se lograron mejores resultados en el caso Lionel ya que el niño se mostró muy permeable y predispuesto a las actividades que se hicieran en esta modalidad; Según Kelly (1992)

La etiqueta general de “entrenamiento en habilidades sociales” se refiere, de hecho, al método de tratamiento de una serie de déficit interpersonales y específicos que incluyen la falta de oposición asertivas, de habilidades heterosociales o de petición de citas, de habilidades conversacionales en general, de eficacia en las entrevistas de trabajo, y de habilidades prosociales en el caso de los niños (p. 15).

Mediante los modelados descritos líneas arriba y juegos de roll play Lionel logró plantear desacuerdos, con respecto a actividades que se propusieron en sesión, sin berrear y proponiendo alternativas. Esto se hizo siguiendo la idea básica del modelado de conductas que define que una acción compleja, para su aprendizaje, debe descomponerse en acciones más simples que se han de ir incorporando y complejizando paulatinamente. En base a eso los primeros modelados que se hicieron, para llegar al objetivo final de oposición asertiva, fueron de formular quejas. Estos fueron los que más dificultades le generaron ya que, al principio del tratamiento, él no daba motivos para su disconformidad, la cual expresaba gritando o tirando cosas que tuviera a la mano. En esta etapa también se aplicaron modelados negativos (siguiendo a Esperza (2013)), la mayoría de esos con videos, para que el niño vea cuales eran los comportamientos que no debía exteriorizar y la reacción que esos generaban en los demás. Una vez aprendida la conducta de oponerse sin manifestar comportamientos disruptivos, rápidamente el

niño comenzó a dar motivos para sus negativas, si bien él se limitaba a decir que no le gustaba lo que estuviera en cuestión, se consideró que esto favoreció su autodeterminación. Su último progreso en esto fue dar alternativas después de oponerse a algo, a lo que se llegó mediante los modelados activos que se hicieron en el grupo de habilidades sociales. Las veces que pudo llevarlo a práctica con funcionalidad fue necesario que se lo oriente con preguntas para que llegue a formular la alternativa, pero se lo consideró un buen avance para su desarrollo personal y relaciones interpersonales. En el caso de Leandro se logró instaurar los modelados de conducta como una técnica eficaz y se implementaron juegos sugeridos por Mercedes Martínez Lopez (1998) ya que sigue la idea de que las habilidades sociales son susceptibles de ser aprendidas (p. 1). Con estas técnicas se logró que incorpore el saludo espontáneo y sonriendo, si bien no se logró que mire directamente a quien saludara.

Observando a Mandil (2008), La participación de los padres respecto del trabajo terapéutico intensifica los resultados y generaliza las habilidades y procesos desarrollados a los contextos naturales donde los problemas se presentan. Esto fue notorio en Leandro ya que durante el tiempo en que el padre participó activamente de las intervenciones en el contexto del hogar se registraron mejorías conductuales pero, por el contrario, cuando mermó la participación de este actor debido a la falta de tiempo la conducta del niño se desregulaba con más facilidad, según dijo su madre en una entrevista. En el ámbito del consultorio no hubo cambios en cuanto a la dinámica de trabajo y la conducta de Leandro no mostró modificaciones en este lugar, lo cual podría deberse a que él sabía lo que pasaría allí y eso facilitaba su regulación emocional y, en consecuencia, conductual.

Las habilidades mentalistas en ambos casos debieron trabajarse en formas diferentes ya que Lionel tenía más comprensión de estas que Leandro. Según Baron – Cohen, Hadwin, Howlin (2006), La teoría de la mente se define como la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas, y de usar esta información para interpretar lo que dicen, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harán a continuación. (p. 2). Lionel en varios juegos que se realizaron con otros niños daba información falsa con la intención de sabotear el rendimiento de sus contrincantes y obtener ventaja de ello, lo cual supone un buen desempeño en esta área. A Leandro se le mostró la secuencia de viñetas citada por Riviere A. y Nuñez M. (1996), en la que se ve un niño que pone una pelota en una canasta y luego otro niño la saca de allí y la pone en una caja. Cuando se le pidió a Leandro que diga donde buscaría la pelota él primer niño él contestó que en la caja, incurriendo en el esperado “error realista” (pp. 31-32). Con Leandro se trabajó en estas habilidades siguiendo el manual de Baron – Cohen y cols. et. al. ya que el mismo contiene historias sociales en viñetas preparadas para esto. Durante las primeras sesiones en que se trabajó con dicho manual no se logró ningún progreso lo cual se debió a que el terapeuta, después que el niño fallara en su respuesta, no decía cual era la opción indicada, solo se limitaba a decirle que estaba equivocado y le pedía que lo intentara otra vez. Esto se corrigió en una supervisión con una docente de la especialización, además que según San Andres et.al, en el método TEACCH no debe aplicarse aprendizaje por ensayo y error (p. 2). Después de eso, cada vez que Leandro se equivocaba en estos ejercicios, se le daba la opción correcta y a partir de eso fue que se comenzaron a notar pequeños avances en esto; él logró dar cuenta de que estímulos podían generar alegría, enojo, tristeza o miedo en los demás, pero solo en el contexto de algunas historias sociales en viñetas o videos ya que no se registraron indicios de que haya dado cuenta de esto en escenarios de la realidad.

## Conclusión

El presente trabajo ha tenido como objetivo la descripción de mi práctica clínica durante el transcurso de la Especialización en Terapia Cognitiva, mostrando para ello la evolución de mi técnica y desempeño terapéutico durante ese periodo. Dicha evolución se ha conseguido a partir de las supervisiones hechas con docentes de la especialización y de la adquisición de nuevas herramientas y facultades para ello y, si bien en esta profesión la demanda de nuevos saberes es permanente, he logrado depender menos de manuales para determinar el curso de un tratamiento y aprendido el uso de las grillas de conceptualización de Friedberg y McClure, lo cual ha facilitado la organización general de las temáticas a trabajar a partir de la hipótesis, a partir de la cual se determinan los objetivos.

La incorporación del uso de la grilla de conceptualización de caso ha sido un elemento de suma importancia dentro de mi práctica ya que he dado cuenta, con la implementación de esa, que la desorganización era mi principal falencia como terapeuta. La implementación de este recurso me ha permitido, en etapas tempranas de un tratamiento, planificar el curso de la terapia para el corto y mediano plazo definiendo el método y las técnicas a implementar en función de la necesidad del cliente (niños adolescentes o adultos), así como también retomar la hipótesis para resolver dudas sobre como continuar. También, durante este transcurso, he podido dar cuenta de mis fortalezas como terapeuta, siendo las mismas la instauración y sostén de la alianza terapéutica y el buen vínculo con el usuario del dispositivo y sus familiares. Sobre esta base también noté que otra virtud de mi práctica es la orientación a los padres de niños, una vez instaurada la alianza con ellos, para la realización de actividades en el hogar o para que implementen técnicas ya ensayadas en ámbito del consultorio. Otro aporte que

me dio el uso de la hipótesis dentro de la grilla de conceptualización de caso fue poder dar cuenta del síntoma contextualizado en un sistema y su funcionalidad dentro del mismo, para así poder seleccionar y aplicar las técnicas más eficaces contra eso. En palabras de Friedberg y MC Clure (2005) citadas por Lopez y Fagnani (2013) “con niños y adolescentes resulta extraño que los problemas irradian de una sola fuente común, por el contrario, la mayoría comprometen múltiples factores interactuantes que tienen efectos en cada uno de los mismos, y además el peso de los factores ecológicos es más fuerte” (p. 3).

Los aportes teóricos me han dado la posibilidad de anticipar lo que pasaría ante la implementación de determinadas técnicas ya que, al ponerlas en práctica, en algunos casos, los síntomas abordados pueden tomar más intensidad rápidamente, mas en el largo plazo es donde se ven los resultados esperados. Es por eso que se vuelve necesario el conocimiento del devenir evolutivo de la aplicación de una técnica, para no claudicar en ello durante la primera etapa en la cual no se ven los resultados esperados. Esta dificultad ha sido frustrante para mí a veces puesto que las cosas parecían empeorar en lugar de mejorar, pero para superar esa falencia, propia del terapeuta actuante, han sido muy importantes las supervisiones en las cuales se me indicó que eso podía pasar. Las supervisiones, además, me sirvieron para no perder de vista los objetivos pensados a partir de la hipótesis y para seleccionar técnicas en pos de eso. También ha sido importante la adquisición de conocimientos teóricos para brindar una correcta asesoría a los padres de los niños, lo cual se ha visto en la posibilidad de anticiparles lo que pasará ante la puesta en práctica de determinadas recomendaciones y para orientarlos con información confiable en contraposición a los datos, de fuentes de dudosa valía científica, que suelen encontrar en la Web. Siguiendo a Vega (2011) “Encontrar la evidencia más valida, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con

clínicos expertos y reconocer la importancia de la perspectiva del paciente permitirá sustentar la práctica en el mejor conocimiento disponible como para hacerla más eficaz” (p.175).

En los dos casos presentados se eligió el método TEACCH para su abordaje debido a que la estructuración que ofrece esta forma de trabajo se consideró la más apta en función de los objetivos planteados. Si bien se pudo haber optado por otras modalidades de tratamiento estudiadas durante la especialización, la que se aplicó ofrece la flexibilidad necesaria para trabajar diversos neurodesarrollos atípicos, articulándose con los nuevos paradigmas de calidad de vida y brindando formas de comunicación propicias para las personas asistidas en los casos mostrados. Estas formas de comunicación resultan ser el mejor apoyo posible para facilitar la integración de personas con neurodesarrollos divergentes a la sociedad compartida, lo cual se alinea con el objetivo principal del método TEACCH (la evitación de internaciones innecesarias que marginan al sujeto de la sociedad) y con las dimensiones del nuevo paradigma de calidad de vida que refieren a la inclusión social y a las relaciones interpersonales. Siguiendo a Fernandez Alvarez (2006)

Ser un terapeuta cognitivo supone que afirmar que la probabilidad de brindar ayuda a quienes sufren depende de contar con un método que propicie un desarrollo emergente del individuo, capaz de propiciar un incremento en la agencia personal y, consecuentemente, alguna forma singular de expansión de la conciencia (p.2).

## Técnicas empleadas

Comunicación aumentada: Esta técnica se emplea para trabajar con personas cuyas habilidades del lenguaje expresivo o receptivo están seriamente limitadas y el objetivo es facilitar la comunicación y el ingreso al universo de símbolos compartidos, para lo cual es necesario que los demás puedan interpretar los medios de expresión empleados. Siguiendo a Ruggieri y Valdez et. al. “el concepto aumentativo refiere precisamente al carácter no sustitutivo del habla, y que, por el contrario, su implementación puede contribuir a su desarrollo” (p. 250). Los símbolos empleados son imágenes a las que se llama pictogramas, pudiendo ser dibujos básicos que aluden a algo o, directamente, fotos de elementos o personas que se quiere representar en ausencia. Con tales imágenes se pueden confeccionar agendas de uso diario en las que se detallan, con la máxima rigurosidad posible, las actividades a desarrollar en el día. También se pueden hacer cronogramas visuales de actividades que se harán en el colegio, en espacios recreativos o en diversas terapias. Estos cronogramas y agendas permiten la anticipación de eventos, pero los pictogramas también pueden ser empleados para que el usuario comunique deseos o necesidades de una manera adaptada y accesible para un posible interlocutor.

Siguiendo a Gallego y Gallardo et. al.

De acuerdo a las características individuales, la comunicación aumentativa perseguirá:

- Servir como medio de comunicación alternativo para aquellos sujetos imposibilitados para ejercitar la comunicación hablada.
- Servir como medio de comunicación aumentativo para aquellos sujetos susceptibles de una comunicación oral muy limitada.

- Servir como medio de comunicación transitorio para aquellos sujetos con posibilidades de comunicación oral adecuada, que ha sido interrumpida de forma temporal.” (p. 437)

Además Gallego y Gallardo et. al. agregaron los requisitos de los sistemas aumentativos:

- Que cubra toda la escala de funciones de la comunicación (alimentación, movilidad, preguntar, explicar ...).
- Que sea compatible con otros aspectos de la vida del individuo.
- Que facilite la comunicación con cualquier interlocutor.
- Que pueda ser usado en distintos entornos.
- Que tenga las menos restricciones posibles.
- Que sea efectivo.
- Que sea extensible y adaptable al desarrollo y evolución de las capacidades y posibilidades del sujeto.
- Que su utilización sea motivadora y fácil de aceptar por todos los implicados.
- Que sea asequible. (p. 437 – 438)

Reforzadores positivos, negativos y extinción: Es una técnica basada en la regulación de las consecuencias de las acciones y cuyo objetivo es lograr la repetición de conductas deseadas, por tanto, debe definirse con precisión cual es el comportamiento a estimular para poder aplicar el programa con eficacia.

Refuerzos positivos: según Bunge, Gomar y Mandil et. al. “Una consecuencia deseada que sigue inmediatamente después de una conducta, que aumenta la probabilidad de la misma se vuelva a repetir”. (p. 318). Trevisonno et. al. refirió a que para que un refuerzo sea eficaz no debe haber más de 30 segundos entre la realización de la conducta y la aplicación del reforzador, sin embargo, a veces, resultan efectivos los

refuerzos diferidos (p. 90), pero tratándose de terapias aplicadas a niños, lo más conveniente es que el refuerzo sea inmediato. Siguiendo a Trevisonno et. al.

**saciedad** de un reforzador es cuando una persona ha experimentado un reforzador hasta el punto que el reforzador deja de ser tal, pierde su “potencia” ... la **privación** de un reforzador es lo contrario a la saciedad, es decir la escasez de contacto con un reforzador lo hace más “potente. (p.90)

Por tanto, para que un reforzador sea efectivo como tal es necesario que tenga un valor para el sujeto, el cual estaría dado por la frecuencia con la que accede al mismo y por el agrado que le genera.

Trevisonno et. al. definió que “Cuando se trata de enseñar una nueva conducta usamos reforzamiento continuo y una vez adquirida la nueva conducta el programa de reforzamientos se hace intermitente.” (p. 92) La intermitencia en la aplicación del reforzador refiere a que disminuye la frecuencia con la cual se otorga el refuerzo ante la misma conducta y el objetivo final es que no sea necesario, lo cual ocurre una vez que el comportamiento está instalado.

Refuerzo negativo: según Bunge, Gomar y Mandil et. al. “Es la suspensión de una situación negativa preexistente o la evitación de una consecuencia indeseada. Se trata de algo que se desea evitar.” (p. 318). Este tipo de reforzador puede aplicarse para estimular conductas adaptativas, pero también se puede encontrar en la clínica que los padres de un niño, involuntariamente, refuerzan negativamente conductas problemáticas o desadaptativas. Sobre lo último Bunge, Gomar y Mandil et. al. dan el ejemplo del niño que no quiere bañarse logra evitarlo, así sea por un rato, haciendo un berrinche. Debe distinguirse al refuerzo negativo del castigo, lo cual han hecho Bunge, Gomar y Mandil et. al.

El castigo consiste en cualquier consecuencia aversiva proporcionada por los padres luego de un comportamiento evaluado como negativo... Su uso reiterado suele deteriorar el vínculo entre el niño y la figura de autoridad, además de no favorecer el aprendizaje de nuevos repertorios positivos. Incluso, suele generar falta de motivación... El castigo puede poner fin temporalmente y en lo inmediato a una conducta problemática (por eso es tan utilizado). Puede servir para aprender que no hacer, pero ello no implica que favorezca el aprendizaje de comportamientos positivos. (p. 319)

En caso del refuerzo negativo desaparece la consecuencia no deseada cuando se modifica el comportamiento, pero el castigo, en si mismo, no modifica la conducta, ya que se requiere la aplicación permanente del mismo para que no emerjan las acciones indeseadas y suele ser entendido, por quien lo recibe, como una venganza.

Extinción: Esto se trata de la eliminación de un comportamiento del repertorio conductual. Siguiendo a Bunge, Gomar y Mandil et. al. “Todo comportamiento que no produce ninguna consecuencia ni negativa ni positiva tiende a disminuir con el tiempo. “(p. 318). De modo que al eliminar consecuencias reforzantes las conductas tienden a desaparecer, por lo que, para aplicar esto como técnica, debe tenerse buen control de las resultantes inmediatas a las acciones. Trevisonno et. al. refiere a la aplicación de reforzamiento diferencial para que la extinción sea más eficaz. El reforzamiento diferencial consiste en reforzar la conducta contraria a la que se desea extinguir, a lo que el autor da el ejemplo del niño que no permanece sentado en el pupitre, y que se desea extinguir la acción de ponerse de pie, y que se le da un reforzador positivo cada 5 minutos de permanencia. En este caso el reforzador aplicado puede ser de tipo social, como dar aliento y felicitar. (p. 106).

Después de aplicar la extinción ante una conducta indeseada, el comportamiento puede redirigirse hacia comportamientos adaptativos utilizando elementos que convoquen la atención del niño, pero esto debe hacerse inmediatamente después de que la conducta desadaptativa se ha extinto.

Termómetro o semáforo del enojo: Esta es una técnica para autorregulación emocional, específicamente del enojo, que puede aplicarse con algunas variantes como la del semáforo. Esta técnica es propuesta por Gomar, Bunge y Mandil et. al. y para su aplicación se recomienda comenzar dando a entender cuáles son las consecuencias sociales del enojo descontrolado. Después de eso se requiere hacer un registro de sensaciones, pensamientos y conductas del enojo y su aumento de intensidad. La técnica consiste en pensar en el aumento de calor que se siente ante el enojo en relación a un termómetro que mediría el estado de la emoción. Se recomienda que cuando la escala llega a la mitad, o un poco más, se haga un “tiempo fuera” y que eso sirva para poder regularse, luego de lo cual puede retomarse la actividad que se estuviera realizando antes.

La analogía del semáforo trabaja con el mismo mecanismo, pero en lugar de pensarse en un termómetro, se piensa como un semáforo. En este caso el “tiempo fuera” debe hacerse cuando el semáforo está en amarillo, o en su defecto, en rojo ya que el color amarillo simbolizaría la mitad de la escalada de la emoción y el rojo su tope máximo.

Modelado de conducta: Esta técnica, que se emplea para el aprendizaje e incorporación de nuevas conductas o para la inhibición de comportamientos indeseados, funciona por imitación y se trata de que el niño vea a un modelo realizando el comportamiento que se desea incorporar para que después lo imite o, en caso de implementarla para suprimir

acciones desadaptativas, el niño observa en el modelo la acción que se quiere inhibir. En caso de aplicar la técnica para estimular comportamientos deseados se observan consecuencias positivas en el modelo, pero por el contrario, si se emplea para favorecer la extinción de comportamientos desadaptativos se observan consecuencias negativas derivadas de las acciones realizadas.

Para que la técnica sea eficaz el modelo empleado debe tener características similares al observador en cuanto a prestigio y competencias y debe observarse el refuerzo que reciba. Así mismo también deben emplearse varios tipos de modelados para la incorporación de una conducta (negativos, simbólicos, etc.) y, si la acción que se quiere favorecer es compleja, es conveniente descomponerla en comportamientos simples para luego unirlos y así lograr la conducta final. También es conveniente la eliminación de todos los distractores que sea posible (ansiedad, ruidos, estímulos visuales contaminantes, etc.) y que el medio en el cual se realiza el modelado sea lo más parecido posible al entorno natural del sujeto.

Según Esperza (2013) El procedimiento para aplicar el modelado es el siguiente:

1. Establecimiento de los objetivos terapéuticos, a corto, mediano o largo plazo.
2. Jerarquización (dificultad progresiva), en caso necesario, de las conductas a modelar.
3. El terapeuta proporciona instrucciones específicas al cliente sobre los aspectos clave a los que debe atender al proceso de modelado:
  - 3.1. Estímulos situacionales presentes.
  - 3.2. Dimensiones relevantes de la conducta del modelo.
  - 3.3. Consecuencias que se derivan tras la realización de la conducta.

4. El modelo ejecuta las conductas previamente establecidas y describe verbalmente que está haciendo y las consecuencias anticipadas de su comportamiento.
5. El terapeuta solicita al cliente que describa la conducta realizada por el modelo, sus antecedentes y sus consecuentes.
6. Instruir al cliente para que lleve a la práctica lo observado en la sesión.
7. Apoyar al cliente durante la realización (señales verbales o guías físicas) y proporcionar feedback positivo.
8. Realizar los ensayos de la conducta necesarios hasta la consolidación de la conducta.
9. Planificación de las tareas terapéuticas entre las sesiones. (p. 2)

Según Esperza et. al. las técnicas del modelado se clasifican del siguiente modo:

### **1. La conducta del observador:**

#### 1.1. Modelado pasivo:

- El sujeto únicamente observa la conducta del modelo, sin reproducirla durante la sesión de entrenamiento.

#### 1.2. Modelado activo:

- El sujeto observa la ejecución del modelo y a continuación reproduce la conducta modelada en la misma sesión de tratamiento.

### **2. La presentación del modelo:**

#### 2.1. Modelado simbólico:

- El modelado es realizado a través de una grabación en video, película, casete o en cualquier otro soporte audiovisual.

#### 2.2. Modelado en vivo:

- El modelo lleva a cabo la conducta en presencia del observador.

2.3. Modelado encubierto:

- El sujeto debe imaginar la conducta del modelo.

**3. La adecuación de la conducta del modelo:**

3.1. Modelado positivo:

- Modelar la conducta apropiada o conducta – meta.

3.2. Modelado negativo:

- Modelar las conductas no deseadas.

3.3. Modelado mixto:

- Utilización del modelado negativo seguido del modelado positivo.

**4. El grado de dificultad de la conducta a modelar:**

4.1. Modelado de conductas intermedias:

- La conducta terminal es descompuesta en conductas intermedias que van siendo modeladas y asimiladas por el sujeto de forma progresiva.

4.2. Modelado de conductas – objetivo:

- En los casos en los que la conducta – objetivo no sea excesivamente compleja, es modelada directamente.

**5. El número de observadores:**

5.1. Modelado individual:

- El modelado se realiza ante un único observador, generalmente en contextos terapéuticos.

5.2. Modelado grupal:

- El modelado se produce ante un grupo, generalmente en contextos educativos.

**6. El número de modelos:**

6.1. Modelado simple:

- Presentación de un único modelo.

#### 6.2. Modelado múltiple:

- Se utilizan diversos modelos, diferentes y semejantes al observador.

### 7. La identidad del modelo:

#### 7.1. Automodelo:

- El modelo es el propio observador. Utilización de medios audiovisuales.

#### 7.2. Modelado

- Modelo y observador son personas diferentes. La estrategia más habitual.

### 8. La naturaleza del modelo:

- El modelo es una persona que debe tener características de semejanza y/o prestigio para el observador.

#### 8.2. Modelado no humano:

- Dibujos animados, marioneta, muñecos o seres fantásticos son utilizados como modelos, preferentemente (aunque no en exclusiva) con niños.

### 9. La competencia mostrada por el modelo:

#### 9.1. Modelo mastery:

- El modelo dispone de las habilidades y recursos necesarios para manejar de forma efectiva la situación desde un principio.

#### 9.2. Modelado de afrontamiento:

- El modelo muestra, en un comienzo, habilidades similares al observador y va demostrando progresivamente las habilidades necesarias para resolver la situación de una manera satisfactoria. (p. 2-3).

Para que el modelado sea efectivo, independientemente del objetivo que se persiga, es necesario combinar varias de las técnicas enunciadas, más el orden de aplicación

dependerá de la planificación hecha por el profesional en función de las metas de tratamiento.

Análisis conductual aplicado: Esto tiene la utilidad, a nivel clínico, de definir cuáles son los factores intervinientes en la conducta entendiendo que siempre hay una motivación para la misma. Conocer el repertorio conductual del usuario del dispositivo permitirá conocer cuáles son los problemas por déficit conductual o por exceso. Siguiendo a Trevisonno et. al. lo primero que debe hacerse es inventariar cuales son los problemas por exceso para luego hacer los correspondientes análisis, topográfico y funcional (p. 76).

Análisis topográfico de la conducta refiere a la frecuencia (cantidad de episodios conductuales diarios), intensidad (magnitud de la conducta, ejemplo de esto sería que no es lo mismo que un joven se haga cortes superficiales a que se haga cortes profundos y que requieran intervención) y duración (refiere al tiempo de duración de cada episodio conductual). (Trevisonno et. al. p. 77)

Análisis funcional de la conducta refiere a determinar antecedentes (refiere a lo que ocurre inmediatamente antes de la conducta) y consecuencias (refiere a lo que sucede después de la conducta) (Trevisonno et. al. p. 78)

Habiendo definido esto sobre varios comportamientos se puede tener una certera cuanta del repertorio conductual del niño y a partir de eso definir cuáles serán los objetivos del tratamiento.

Implementación de manuales para desarrollo de habilidades mentalistas: El objetivo de la aplicación de esto es mejorar las habilidades sociales de las personas con déficit en

sus habilidades mentalistas ya que estas son importantes para comprender a los demás. Para esto se suelen usar historias de viñetas o videos.

Siguiendo a Baron Cohen, Hadwin y Howlin et. al., la enseñanza debe separarse en pequeños pasos para que las habilidades complejas se adquieran en forma gradual. También las historias en viñetas o video deben desarrollarse en escenarios similares a los naturales del usuario del dispositivo. El aprendizaje debe darse, en la medida de lo posible, sin errores, por lo cual no es conveniente saltar etapas de la enseñanza (p. 13 – 14).

Baron Cohen, Hadwin y Howlin et. al. sugieren 5 niveles de enseñanza que no deben saltarse:

Nivel 1: Reconocimiento de emociones en fotografías faciales.

Nivel 2: Reconocimientos de emociones a partir de dibujos esquemáticos.

Nivel 3: Identificación de emociones basada en la situación.

Nivel 4: Reconocimiento de emociones basadas en el deseo y en la satisfacción o no del mismo.

Nivel 5: Reconocimiento de emociones basadas en la creencia.

## Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (5a. ed.). Barcelona: Autor.

Asociación para el neurodesarrollo saludable (2012) *Neurodesarrollo*. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de:

<http://neurodesarrollosaludable.com/index.php/actividades/neurodesarrollo>

Bandura, A & Walters, R (1963). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*.

Nueva York: Ed. Rinehart and Winston. Madrid: Ed. Alianza Editorial 1974

Baron-Cohen, Howlin y Hadwin (1999). *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás*. Barcelona: Ed. CEAC.

Brasca L. y López A, (2013) *Conceptualización de casos desde el modelo de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Universidad Abierta Interamericana.

Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* (2da ed. Rev.) Buenos Aires: Ed. Akadía

Corbella S., Balmaña N., Fernández-Álvarez H., Saúl S., Botella L. y García F. (2007). (En Prensa). *Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente*. Facultad de Psicología Blanquerna (FPCEE) Fundación AIGLE.

Escobar L. (2011). Intervención cognitivo – conductual para el manejo del enojo con niños. Recuperado el 2 de octubre de 2020, del sitio web de la Universidad Iberoamericana Puebla. <http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>.

Esperza D. (2013). *El modelado: Definición, factores clave y ámbitos de aplicación en psicoterapia*. 14/09/2013.

Fagnani J & Lopez A. (2013) *Conceptualización de casos clínicos en niños desde el modelo de Friedberg y McClure (2005)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Universidad Abierta Interamericana.

Fejerman, N. (2015). *Trastornos del Desarrollo en niño y adolescentes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. Paidós.

Fernandez Alvarez. H (2006) *La filosofía de la terapia cognitiva. Entre Descartes y Spinoza*. Artículo 146. Recuperado de:  
<http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=146>

Gallego, J & Gallardo, J (1993). *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico*. (4ta ed.) Málaga: Ed. Aljibe

García, A. (2008). *Espectro Autista: Definición, Evaluación e intervención educativa*. Mérida: Junta de Extremadura.

Happe F. (1994). *Introducción al autismo (Autism an introduction to psychological theory)*. Ed. Alianza Editorial S.A. Madrid (1998) (Trabajo original University College London 1994)

Hunter Watts C. (2005) *Su relación con los trastornos generales del desarrollo y el retardo mental / Comportamientos autolesivos*

Kelly J. (1998) Prefacio. *Entrenamiento de las habilidades sociales*. (8 va ed.) Descleed Broer Biblioteca de psicología.

Korzenlowsk C. y Ison M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista argentina de clínica psicológica. Vol XVII.*

Leaf R. & Mc Eachin J. (1999). *Esperanzas para el autismo*. Cartagena: Fundación E.S.C.O.

Mandil. J (2008). *Interacción cognición, un continuo clínico en terapia infanto juvenil. Subjetividad y procesos cognitivos*. Universidad UCES

Martínez M. (1998) *Las Habilidades Sociales en la escuela*. Valencia: Ed. Promolibro.

Mesibov, G. y Howley, M. (2010). *El acceso al currículo por alumnos con Trastornos del Espectro del Autismo: Uso del programa TEACCH para favorecer la inclusión*. Ávila: Autismo Ávila.

Matos Pérez J, (2006). *Autismo, neurodesarrollo y detección temprana*. Neurol, No. 42 (supl. 2), 99 - 101.

Nelson, K. (1996). *Language in Cognitive Development. The emergence of Mediated Mind*. Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Riviere A. y Nuñez M. (1996). *La mirada mental*. Buenos Aires: Ed. AIQUE

Ruggieri V. & Valdez Daniel (2015). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. Paidós.

San Andres C. (2011) *Método TEACCH*. Teletón. Boletín mensual de autismo. Ejemplar nro 36. noviembre 2010.

Schalock, R. (2010). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad*. Salamanca: Fundación Inicio.

Schopler E. (2001): *El Programa Teacch y sus principios*. Ponencia realizada por el Dr. Schopler en las Jornadas Internacionales de Autismo y PDD, en Barcelona en Noviembre de 2001.

Skinner, B. (1981). *Conducta verbal*. (Traducción de Ruben Ardila.). Ciudad de Méjico: Ed. Trillas. (trabajo original publicado en 1957).

Stern, W. (1978). *Psicología general desde el punto de vista personalístico*. (Traducción Jose Rovira Armengol.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ed. Paidós 6ta Edición. (Trabajo original publicado 1938).

Trevisonno C. (2007). *Introducción al Enfoque ABA en Autismo y Retraso del Desarrollo*.

Valdez y Benassi (2015) *Autismo. Del Diagnóstico al Tratamiento* (2da ed. Rev)  
Buenos Aires: Ed. Paidós SAICF

Vega E. (2011) Un modelo integrativo en el abordaje de niños y sus familias. Su aplicación en salas de psico-neonatología y salas generales de pediatría. *Revista argentina de clínica psicológica*. Vol. XX/Nro. 2

