



UNIVERSIDAD
FASTA

Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Fonoaudiología
2020



TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EN LA PRIMERA INFANCIA DE UN NIÑO CON AUTISMO

TESIS DE LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA

Laura Leticia Martinelli

TUTORA: Dra Ana María Aizpun

COTUTORA: Lic. en T.O. Sandra Mabel
Gomes

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO: Dra MG.
Vivian Minnaard, Lic. FO Mariana Gonzalez

“Las mentes brillantes no son aquellas que acumulan mayor conocimiento,
sino las que poseen una curiosidad extrema.”

Ismael Cala

Dedicado a todos los niños
que han permitido la construcción del profesional que soy,
y me enseñan cada vez, a tener en el encuentro con cada uno,
“mente de principiante”.

Agradezco a mi familia, mi marido, mis hijos, por ser el lugar de remanso y contención en el desafío de cerrar una etapa, culminar un ciclo que me lo regalo a mí misma.

A mis colegas y demás profesionales de la salud, amigas, colegas, compañeras de trabajo comprometidas en el desafío de superarse y en el que me permitieron espejar tantas veces.

A mi madre y a mi padre, que supieron darme la posibilidad de entender el desafío de la crianza, como hacer familia, acompañando a cada hijo en su propio vuelo. A mis hermanos por ser parte de este presente, arraigado, en la historia que hicimos juntos, en la infancia, donde el juego, nos dio las interacciones más felices para resolver desafíos, y lo sigue dando.

A mi tutora Dra Ana Aizpún y cotutora Lic. T.O. Sandra Gomes colegas, maestras, referentes de profesión, amigas de la vida

A quienes estuvieron siempre en este proceso de darle entidad construcción y cierre a esta formación, mis colegas y amigas, Fga Beatriz Bailone, Fga Nancy Fraga, Fga Mónica Huchansky, Lic. Fo Diana Perel, Lic. Fo Graciela Moscardi, Fga Adelia Castro, y en especial en cuanto a esta profundización sobre el Autismo, a la Lic. Fo María Laura Rigo formadora líder de I.C.D.L. en los desafíos en el desarrollo

A Lic. Fo Belén Ottino, Lic. Fo Lucia Buono O'Neil, Dalila Furch, Catalina Salerno y a mi hija Clara Protto Martinelli, por sus valiosos aportes en la construcción de este trabajo.

A la Lic. Fo. Noemí Colaccilli, directora de carrera por su constante acompañamiento que contribuyó a culminar esta actividad académica.

A Lic. Fo Mariana Gonzalez por su aporte personalizado y específico a la realización de la tesis, a Dra Vivian Minnaard por su colaboración y supervisión técnica.

Por último, agradezco a las familias de todos los niños con los que he trabajado, y continúo haciéndolo, en especial a la familia del niño abordado para esta presente labor, y al niño en especial, que me permitieron entrar en sus vidas para ser parte del recorrido, en cierto tiempo, del camino de la crianza y aprendizaje.

El Autismo es un trastorno del desarrollo que implica desafíos en la interacción social, con limitaciones específicas en la comunicación y el lenguaje. Los desafíos de la condición del Autismo, llevan a incursionar búsquedas de técnicas, recursos, lineamientos, que den mayores posibilidades de intervención, desde las terapias cognitivo conductuales, a modelos de trabajos basados en desarrollo emocional y el afecto. Cobra relevancia el aspecto relacional, intervenir sobre el contexto, donde el foco en el síntoma se corre, para dar relevancia a los perfiles de los que interactúan con un niño, sus habilidades emocionales y afectivas.

Objetivo: Analizar las características que presentan las formas de interacción y los recursos terapéuticos utilizados en la intervención con un niño con Autismo no verbal, en el período de tratamiento entre los 2, 6 meses y 3 a 6 meses a lo largo de 4 sesiones en Mar del Plata en el año 2014-2015.

Materiales y método: Investigación descriptiva, observacional. Se trata de un estudio de caso de un niño con Autismo de 2 años 6 meses de edad, que asiste a tratamiento fonoaudiológico en consultorio privado. Se analizan y registran de forma audiovisual 4 sesiones en las cuales se observan las capacidades del niño puestas en juego para la interacción.

Resultado: A partir de las siguientes observaciones se reconocen las habilidades del terapeuta basadas en el afecto como el andamiaje necesario para lograr mayor nivel de alerta en el niño e intimidad en la interacción. Dando reconocimiento a las habilidades basadas en el afecto, se alcanzó mayor nivel de alerta e intimidad al interactuar. Las estrategias y recursos de intervención usados según el perfil sensorial del niño, permitieron que pudiera mantenerse conectado, superando el abrumamiento, generando confianza y calma, dadas por un tono afectivo seguro para quedarse en la actividad compartida. Se hace relevante el uso del afecto para entrar en contacto con el niño, con uso de estrategias de modulación sensorial, visual, auditiva, propioceptiva, vestibular, que aplican para mantener mayor nivel de intimidad y conexión en ausencia de conductas agresivas durante las sesiones.

Conclusiones: La implementación conjunta de los recursos de modulación y regulación sensorial, y las estrategias afectivo emocionales, le permiten al niño lograr calma y confianza, y disfrute de aprendizajes en la interacción con otro.

Palabras claves: Autismo - interacción - desarrollo afectivo emocional - perfil sensorial - estrategias.

Summary Autism is a developmental disorder that involves challenges in social interaction, with specific limitations in communication and language. The challenges of the condition of Autism lead us to the research of techniques, resources and guidelines that give greater possibilities, of intervention, from cognitive behavioral therapies to work models based on emotional development and affection. The relational aspect becomes relevant, intervening on the context, where is the focus on the symptom, to give relevance to the profiles of those who interact with a child, their emotional and affective abilities.

Objective: To analyze the characteristics of the ways of interaction and the therapeutic resources used in the intervention with a child with non-verbal Autism, in the treatment period between 2,6 months and 3 to 6 months, throughout 4 sessions in Mar del Plata in the year 2014- 2015.

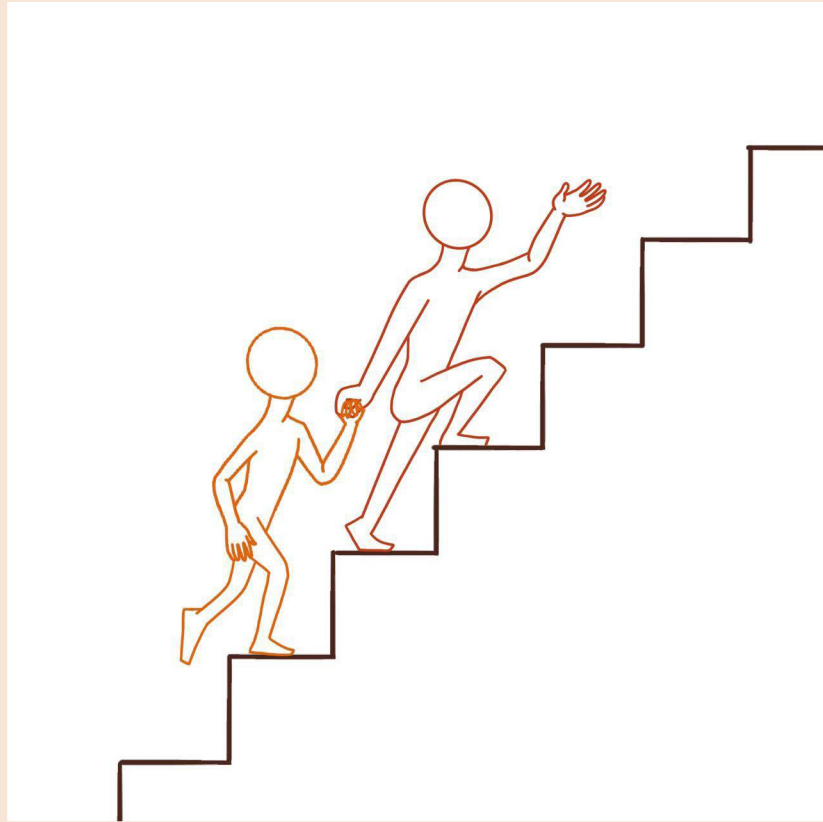
Materials and method: Descriptive, observational research. This is a case study of a 2 year -6 -month- old boy with Autism, who attends speech therapy in private office. 4 sessions were analyzed and recorded in an audiovisual way in which the child's abilities were observed at stake for interaction.

Result: Because the observations skills based on affect, a higher level of alertness and intimacy are recognised and achieved when interacting. The intervention strategies and resources used according to the sensory profile of the child, allowed them to stay connected, overcoming, overwhelming, confidence and calm, given by a safe tone to stay in the shared activity to come into contact with another is relevant, with the use of sensory, visual, auditory proprioceptive vestibular modulation strategies, which are applied to maintain a higher level of intimacy and connection. The child does not show aggressive or self-aggressive behaviors.

Conclusions: The joint implementation of modulation and sensory regulation resources, and affective-emotional strategies, allowed him to achieve calm and alert, joyful learning in the interaction with another, scaffolding was used affective emotional, to achieve meaningful learning experiences.

Keywords: Autism - interaction - emotional affective development- sensory profile - strategies.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I : Definiciones y características del Autismo.....	4
CAPÍTULO II: Modalidades de abordaje, modelos de intervención.....	18
DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
ANÁLISIS DE DATOS.....	39
CONCLUSIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	73



INTRODUCCION

El Autismo es un trastorno del desarrollo y del lenguaje que implica desafíos en la interacción social.

Los desafíos de la condición del Autismo, llevan a incursionar búsquedas de técnicas, recursos, lineamientos, que den mayores posibilidades de intervención, desde las terapias cognitivo conductuales, a modelos de trabajos basados en desarrollo emocional y el afecto. En la interacción se hace necesario nutrirse y consolidar el hacer con el niño tendiente a una construcción simbólica, consolidada y firme que da base a la comunicación y al lenguaje.

“Históricamente, las discapacidades severas del desarrollo, incluido el autismo, se han abordado desde el punto de vista de presentar síntomas, así como el síndrome general. Aunque los profesionales individuales, como los patólogos del habla, los terapeutas ocupacionales y físicos y los educadores han trabajado con las capacidades individuales del niño, un enfoque funcional basado en el desarrollo no se ha articulado y sistematizado lo suficiente como para guiar los esfuerzos de evaluación, intervención e investigación” Debido a que cada niño con desafíos de desarrollo es único.” (Greenspan y otros, 2012.)¹

Es preciso reconocer las capacidades funcionales de desarrollo emocional del niño, las diferencias individuales en el procesamiento y la modulación sensorial, la planificación y secuenciación motrices, así como los patrones de interacción del niño / cuidador y la familia. Aspectos, como el desarrollo emocional, el perfil individual y el área relacional, llevaron cada vez más a poner el foco en la observación de la conducta, para interpretar y reconocer al niño en su desafío, en lo atípico, en lo que por necesidad sensorial, busca como estímulo y que por esa intensidad quiere permanecer, relacionándolo siempre con la etapa madurativa donde el niño está, poder entender y reconocer cuáles debían ser los andamiajes para optimizar la vinculación y la comunicación.

Comenzó a cobrar relevancia el aspecto de lo relacional, es decir el entorno del niño, padres, hermanos maestros, etc., su entorno más cercano, a intervenir para adecuar el contexto, donde la mirada al síntoma se corrió del foco, para reconocer en la construcción los perfiles individuales de los contextuales, sus habilidades emocionales y afectivas que le permitían poner en juego alguna interacción con el niño, o ninguna. (More Than Words, 2012)²

Dan la posibilidad de acrecentar y movilizar la propia estructura afectiva para entrar en el espacio emocional del niño y construir afecto, premisa que determina las bases de la construcción de su desarrollo emocional funcional. (Greenspan, 1998)³

¹ Estos autores confían en que los niños con Autismo pueden desarrollar una vida emocional e intelectual plena y saludable

² Asociación pionera en dinámicas específicas al entorno familiar.

³ Las propuestas de sus abordajes dan relevancia a las dinámicas familiares cotidianas.

Los estudios de la interacción comunicativa y lingüística son en la mayoría de los trabajos centrados en el interlocutor adulto, normalmente la madre o cuidador principal, para analizar las características de su lenguaje cuando aquel se dirige al niño. En la década de los 80, las llamadas teorías del input aportaron las primeras conclusiones (Cross, 1977; Lock, 1980)⁴ que siguiendo a del Rio y Gràcia (1996)⁵ se pueden resumir en tres, en primer lugar, el adulto cuando se dirige al niño realiza adaptaciones formales en su lenguaje con el fin de asegurar la comprensión por parte de aquel; en segundo lugar y como consecuencia, esas adaptaciones contienen un potencial educativo indudable y, por último, el adulto organiza el espacio comunicativo a modo de conversación proporcionando al niño un marco adecuado en el cual poder participar.

La mayoría de estos trabajos se enmarcan en la llamada investigación-acción, en la que los autores implementaron programas de intervención con las familias cuyas actuaciones se sistematizaron dando forma a guías de intervención (Sánchez-Cano, 2001; Gràcia, 2002)⁶

A partir de lo presentado se propone el siguiente problema de investigación:

¿Qué características presentan las formas de interacción y los recursos terapéuticos utilizados en la intervención con un niño con Autismo no verbal, en el período de tratamiento entre los 2, 6 meses y 3 a 6 m en Mar del Plata en el año 2014-2015?

El objetivo general es:

Analizar las características que presentan las formas de interacción y los recursos terapéuticos utilizados en la intervención con un niño con Autismo no verbal, en el período de tratamiento entre los 2, 6 meses y 3 a 6 m a lo largo de 4 sesiones en Mar del Plata en el año 2014-2015.

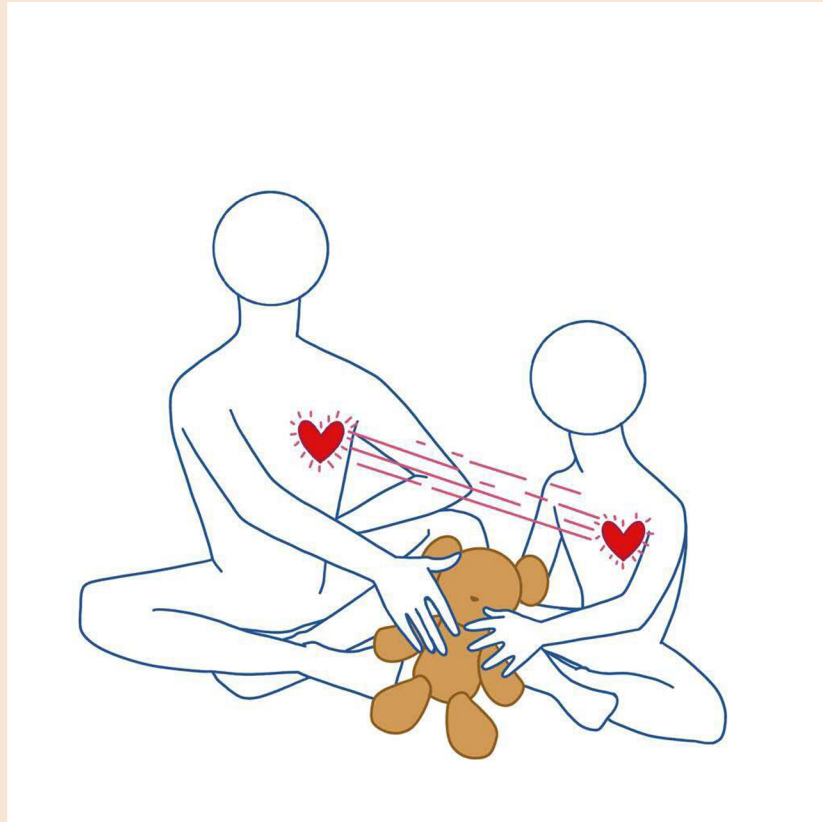
Los objetivos específicos son:

- Indagar el tipo de interacción que realiza el niño.
- Evaluar el tipo de conductas comunicativas utilizadas por el niño y sus interlocutores adultos.
- Analizar el nivel de atención a los recursos sensoriales utilizados en las sesiones.
- Identificar los recursos de interacción de sus interlocutores.
- Reconocer estrategias que se ponen en juego en el abordaje
- Determinar el desarrollo afectivo-emocional del niño al momento de la investigación

⁴ Aquí los autores ponen más la mirada en las características únicas e irrepetibles de cada niño.

⁵ En este trabajo las interacciones con entorno cercano, niño familia, son el foco de estudio.

⁶ La funcionalidad de la interacción es lo relevante.



CAPITULO I

López Gómez y otros (2009)⁷ aportan también que el autismo es un desafío que manifiesta perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, y hacen referencia a la definición de American Psychiatric Association [APA], (2002)⁸. Estos trastornos, como su nombre indica, se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados.

Mullas y otros, (2010)⁹ señalan que al momento del comienzo del desarrollo de las funciones cerebrales superiores, se manifiestan las dificultades que se observan en la capacidad de comprender a los demás como personas dotadas de mente. Hortal y otros (2011)¹⁰ en su trabajo asociado a la educación en el TEA, desarrollan ideas relacionadas a la necesidad de superar prejuicios y considerar la falta de conocimiento para no estigmatizar las personas a partir de un diagnóstico.

Reynoso y otros, (2017)¹¹, coinciden en la heterogeneidad del autismo, su tratamiento también lo es, a partir del síntoma buscar la modificación conductual específica. Utilizan los fármacos para graduar síntomas relacionados con ansiedad, la falta de control de los impulsos o la inatención, reconociendo el síntoma predominante que se quiere modificar dando seguimiento clínico puntual sobre el efecto que se quiere lograr. Esto lleva a observar que un medicamento tiene efectos diferentes entre pacientes. Es necesario explicar a los padres, esto, para que sus expectativas no se vean frustradas, considerando muchas veces la posibilidad de incurrir en polifarmacia, con efectos adversos y ningún beneficio.

Es importante la detección precoz de los trastornos del espectro autista, aunque se enseña a los médicos como una entidad rara; sin embargo, los números muestran una realidad distinta. Hay trabajos que señalan que la prevalencia es de 10 por cada 10.000 niños y si se considera el espectro más amplio, estos números llegan a 16-21 por 10.000. Pero otros estudios más recientes, 8-11 apuntan a que la tasa de TEA puede llegar a 40-60 por 10.000. Las diferencias halladas se discutieron recientemente en una revisión sistemática de los estudios sobre prevalencia de los TEA, como edad del diagnóstico, el método de investigación y los métodos de diagnóstico utilizados. El aumento, real o no, de la incidencia de los TEA es una preocupación creciente global. Estudios de revisión indican cambios de concepto a lo largo del tiempo, inclusión de síndromes genéticos, mayor reconocimiento profesional y de entidades públicas y la aceptación de la existencia de comorbilidades, como posibles factores contribuyentes. Además, el autismo se entendía como una condición secundaria, cuyo mecanismo básico era un desorden psicógeno. Hoy se acepta como un trastorno biológico del

⁷ Los autores citados hacen mención a los componentes de desafíos de las personas con TEA.

⁸ Pone en hincapié en las perturbaciones del desarrollo.

⁹ Acá se expresa la dificultad de las personas con autismos de poner en práctica la teoría de la mente.

¹⁰ Los autores se refieren al desafío de superar estigmas en el autismo.

¹¹ Comentan de la heterogeneidad del autismo, y el uso de fármacos.

neurodesarrollo, otros estudios demuestran la eficacia de programas que operan sobre las habilidades comunicativas en temprana edad. Saber la importancia que la intervención temprana tiene para el pronóstico futuro del niño, ha influenciado a los profesionales para que estén atentos a niños cuyos síntomas no cumplen con la totalidad de los criterios para el trastorno autista, pero que se hallan dentro del espectro según las clasificaciones diagnósticas existentes. (Cortés y otros 2016)¹².

Valdez (2016)¹³ hace referencia a la pluralidad y diversidad del autismo, como también, cómo las nomenclaturas y definiciones se acercan o se alejan, según cada caso, cada persona, cada subjetividad. Sabiendo que la diversidad humana se resiste a la rigidez estática y unívoca de las etiquetas. Se ha hablado de trastornos profundos del desarrollo cuando, en muchos casos, las alteraciones no son profundas, ni generalizadas. Afirma este autor

“...las etiquetas diagnósticas han venido peleándose con la realidad, para las intervenciones clínicas y educativa, es tan importante considerar aspectos generales, como particularidades personales, intereses individuales y singularidades.”

El autismo es un síndrome que afecta la comunicación social y la flexibilidad en distintos grados según cada caso. Mendoza (2012)¹⁴ hace referencia a la definición del autismo a lo largo de la historia, comenzando desde la etimológica: el término autismo deriva de la palabra griega autos que significa “sí mismo” e ism, que refleja una orientación o “estado de”. Se puede definir como la condición o estado de alguien que parece ser inusualmente absorbido en “sí mismo”.

Las concepciones actuales del síndrome autista, según GonÇanves (2009)¹⁵, en un trabajo realizado por la Universidad de Tras-Os-Montes E Alto Douro, son extensiones directas de la labor realizada por Leo Kanner, Hans Asperger, y Michael Rutter. El concepto y la definición ha cambiado significativamente a lo largo de los años. Algunas ideas que se aceptaron como verdaderas en un principio, más tarde resultaron ser falsas, como suele ocurrir en la mayoría de las investigaciones que se hacen a lo largo de los años. Esto sucede también considerando la evolución que la mentalidad de la sociedad va teniendo, lo que permite un diferente nivel de comprensión del síndrome y de su tratamiento. Hace algunos años, según la definición que se encuentra en el Manual diagnóstico y estadístico de

¹² En su artículo sostienen los autores, la intervención y especialmente en la temprana edad respetar y considerar las diferencias individuales.

¹³ El autor pone en evidencia a partir de su investigación la controvertida tarea de definir el autismo como entidad.

¹⁴ El autor recorre la historia del autismo en sus distintas definiciones y caracterizaciones.

¹⁵ Últimas definiciones y evolución planteadas por el autor.

desórdenes y trastornos mentales (DSM-IV) (1995)¹⁶, los trastornos generalizados del desarrollo destacaban por

“...una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. [...] Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado”.

El trastorno de espectro autista (TEA), se caracteriza por una dificultad de la interacción y comunicación social y una suma restringida de actividades e intereses, que se manifestarán de una forma diferenciada según el nivel de desarrollo y la edad cronológica del sujeto, como bien recoge el DSMIV (1995); pero se han producido algunos cambios con respecto a esta definición. En la actualidad, esta concepción está en proceso de redefinirse, ya que en mayo de 2013 se publicó la nueva versión del DSM-V; por ello, a continuación, se hace referencia a esta nueva definición, para luego hacer comparaciones con la definición expuesta anteriormente. Ferrer (2012)¹⁷ comenta que estas guías se consideran el pilar de referencia de los profesionales para la evaluación de trastornos mentales, así como para su tratamiento.

Diagrama 1: Representación del modelo de meseta común



Fuente Mendoza (2012)¹⁸

En este cuadro se observa factores que se consideran como posible en la aparición del autismo según Cohen y Bolton (1993), citado en Marques, (2000)¹⁹.

¹⁶ Manual de psiquiatría, con la definición de autismo al año 1995.

¹⁷ El autor hace referencia a la categorización de trastornos mentales actuales.

¹⁸ El autor hace referencia a las descripciones, según Cohen y Bolton.

¹⁹ Se señalan las posibles causas.

Desde el año 1995 que se publica el DSM-IV, el autismo ha sido incluido en los trastornos generalizados del desarrollo, pero en la publicación del DSM-V, la nomenclatura cambia y el trastorno será abarcado dentro de la categoría de trastorno del espectro autista que incluirá el trastorno autista (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, como bien se indica en el borrador del DSM-V (2011). Esta idea se define así porque un solo trastorno del espectro es un mejor reflejo del estado de los conocimientos sobre la patología.

Tabla 1: Evolución del término “autismo”

Sinónimos	Autor
Autismo Infantil precoz	Kanner, 1943
Psicopatía autística	Asperger, 1944
Esquizofrenia Infantil	Bender, 1947
Psicosis simbiótica	Mahler, 1952
Autismo Infantil	Rutter, 1978 y Asociación Americana de Psiquiatría, 1980
Triada de empeoramiento social	Wing y Gould, 1979
Autismo del niño	Wing, 1981
Síndrome de Asperger	Wing, 1981
Síndromes autistas	Coleman y Gillberg, 1985
Trastornos penetrantes del desarrollo	Asociación Americana de Psiquiatría, 1987
Trastornos generalizados del desarrollo.	Asociación Americana de Psiquiatría, 1994

Fuente: Rodríguez et al (2002)²⁰

Diferentes autores hacen sus devoluciones e investigaciones ante el término autismo, reconociendo así una categorización que permita una perspectiva mayor. Sigman y Capps (2000)²¹ afirman que una de las características de desafío en el desarrollo de los niños que supone especial análisis, es el desarrollo del juego simbólico. Los niños autistas muestran una capacidad muy pobre para el juego de simulación, son extremadamente limitados, aquellos que poseen capacidades lingüísticas muy desarrolladas, en especial comprensión lingüística, desarrollan juegos funcionales. Ambos sistemas aprovechan una aptitud subyacente similar, la capacidad de utilizar símbolos de representación.

²⁰ El autor desarrolla la evolución del concepto de autismo.

²¹ Se plantea a la capacidad de juego simbólico como característica sustancial de diferenciación evolutiva entre distintos niños con autismo

Raramente desarrollan formas de simulación más complejas, como la de imaginar objetos que no existen, dotarlos de propiedades, o atribuir emociones, deseos y creencias a personajes simulados.

Tabla 2: Categorización del autismo en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) a lo largo de los años.

DSM	Año	Ideas	Cita
DSM II	1968	Los pacientes son descritos como 'psicóticos' cuando su funcionamiento mental está lo suficientemente deteriorado como para interferir claramente con su capacidad para afrontar las demandas de la vida.	Asociación Americana de Psiquiatría (1968). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM II.</i> Barcelona: Elsevier Masson
DSM III	1980	Por primera vez en una publicación, el autismo aparece como un síndrome con identidad propia y diferente a la esquizofrenia	Asociación Americana de Psiquiatría (1980). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM III.</i> Barcelona: Elsevier Masson
DSM III-R	1987	El concepto pasaba a denominarse "trastorno autista", aunque existía una escasa precisión en cuanto al término "trastorno", por lo que quedó pendiente de revisión para el siguiente DSM.	Asociación Americana de Psiquiatría (1987). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM III-R.</i> Barcelona: Elsevier Masson
DSM-IV	1994	Dos grandes cambios; -El autismo se divide en 5 categorías: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. - Los criterios para el diagnóstico de trastorno autista que hasta entonces habían sido 16, se redujeron a 6.	Asociación Americana de Psiquiatría (1994). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV.</i> Barcelona: Elsevier Masson
DSM IV-TR	2000	Los cambios anteriores siguen en vigor, y el número de diagnósticos de autismo aumenta en consideración.	Asociación Americana de Psiquiatría (2000). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV-TR.</i> Barcelona: Elsevier Masson
DSM-5	2013	Lo que antes se denominaba "Trastornos generalizados del desarrollo", pasa a llamarse Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, desaparecen las 5 categorías en los que se dividía al "autismo"	Asociación Americana de Psiquiatría (2013). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V.</i> Barcelona: Elsevier Masson

Fuente: Adaptado de Alba Ruiz Delgado (2013)²²

²² Evolución histórica de la definición de autismo en el DSM

Rodríguez Guerreiro (2017)²³ hace una presentación de un estudio sobre las intervenciones de TO con niños con TEA. Otros síntomas claves en el autismo, a diferencia de la esquizofrenia, son los patrones estereotipados de comportamiento y la resistencia al cambio.

Así mismo describe que a principios de los 90, surgen nuevas líneas de investigación que estudian la naturaleza del déficit primario, el punto de vista cognitivo y neuropsicológico, que aportó evidencias para entender la causa de muchos de los comportamientos que presentaban las personas con TEA y han servido de guía para la intervención terapéutica. En esta década se desenvuelven varias teorías: “*Teoría de la mente*”, “*Coherencia Central*” y “*Déficit en la función ejecutiva*” entre otras. Hobson (1993)²⁴ sugirió la “*Teoría de la mente*” que hace mención a la escasez de capacidad que tienen las personas con autismo para interpretar los estados de ánimo. Con esta teoría se pueden entender las limitaciones sociales y las dificultades pragmáticas del uso del lenguaje. Este investigador mencionó la hipótesis del trastorno autista como resultado de un déficit en la comunicación y en los aspectos del desarrollo temprano. Ponía énfasis en que la relación emocional era la base de la construcción del pensamiento y conocimiento del resto de personas y que estas alteraciones eran la causa del trastorno. Frith y Happé (1994)²⁵, describieron la “*Coherencia Central*”, que sostiene que las personas neurotípicas procesan la información de forma global, mientras que las personas con TEA se centran aisladamente en los detalles que interpretan posteriormente como un constructo total, de forma inversa al reconocimiento del entorno de una persona neurotípica. Por ello la necesidad de estas personas de mantener un orden tan disciplinado.

El autismo se entiende como un déficit en la función ejecutiva, conductas que van encaminadas a un fin, que tienen un propósito. Estas funciones, tales como: planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, monitorización e inhibición. Estas funciones están dirigidas a través de los lóbulos frontales. El descubrimiento de las neuronas espejo permitió una correlación entre biología y aspectos como la empatía. Estas neuronas, junto con el sistema límbico, parecen ser las responsables de la comprensión de los estados emocionales de los demás. Dapretto, Davies, Pfeifer (2006)²⁶ colocan la nota comentario, encontraron diferencias en el desarrollo de las neuronas espejo en niños con TEA y niños con desarrollo típico.

²³ Este autor plantea su investigación desde Terapia Ocupacional, para definir el Autismo.

²⁴ Se hace referencia al desarrollo del concepto “teoría de la mente”.

²⁵ El autor hace referencia a las alteraciones en la pragmática en los trastornos del espectro.

²⁶ Se conceptualiza la noción neurona espejo

Tauca Rabnal (2016)²⁷, expresa que los estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia del autismo es tres veces mayor en niños que en las niñas entre las edades de 2-6 años, la incidencia es de 4.5/10,000 nacidos vivos varía en cada país, en China (1.1/10,000), Inglaterra (1.7/10,000), Estados Unidos (4/10,000), América del sur (2,5/10,000). Las estadísticas a partir de la consulta ambulatoria de neuropediatría del Hospital Belén durante el año 2009, de 70 niños con autismo la procedencia fue mayor de la zona urbana de Trujillo, (27.2%). No se encontró predominancia de niños procedentes de las zonas de alto andinas donde hay actividad minera.

Lucero (2014)²⁸ destacó lo realizado legislativamente en cuanto al autismo en la Argentina. En septiembre del año 2012 tuvo lugar la discusión, tanto mediática como en comisión de Senadores de la Nación, sobre los proyectos de leyes de detección temprana de Trastornos del Espectro Autista, licencia especial sin goce de sueldo para los padres con niños diagnosticados, la modificación de la legislación que le da cobertura médica, educativa y social a los afectados por el trastorno y la inclusión dentro del tratamiento de los acompañantes de los diagnosticados. Es considerado el impacto que estas modificaciones tendrían en la población, a los autores les interesa abordar los modos de representación y divulgación mediática que tuvieron estos proyectos.

La Ley N.º 22431 (1981)²⁹ fue la primera que se promulgó específicamente para el tratamiento de personas con discapacidades. Principalmente se dirigía a la cobertura médica, educativa y a la seguridad social. Fue pensada para aquellas personas que poseyeran una discapacidad motriz o mental de grado variado. Así, esta sanción dejaba de lado a una multiplicidad de personas que no formaban parte de estas categorías. En el artículo 1.º de la ley se hace mención a:

“... concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.”

Como explica Molina Marinez (2016)³⁰ la novedad científica de esta investigación está en ofrecer consideraciones acerca del papel que puede ejercer la familia que presenta un hijo con diagnóstico del trastorno del espectro de autismo para desempeñar un rol más

²⁷ Aquí el autor hace referencia específica a la población afectada de autismo de pacientes ambulatorios del hospital infantil Belén de Trujillo.

²⁸ Se da relato a la legislación en Argentina.

²⁹ Ley N°22431, y su promulgación para el tratamiento del autismo.

³⁰ En este trabajo de desarrolla el impacto del diagnóstico del autismo en la familia y las orientaciones para contribuir a su mejor desarrollo.

protagónico durante el proceso de atención logopédica. Se promueve el aporte que puede realizar la familia para apoyar el trabajo del logopeda en casos de gran complejidad. Se contribuye a la orientación familiar para el desarrollo de la comunicación social del hijo con diagnóstico del trastorno del espectro de autismo personal que puede realizarlo y compartir de forma directa con la familia, en la responsabilidad de la educación de los niños.

Desde la perspectiva de la escuela socio histórico cultural, las leyes que rigen el desarrollo y la educación de los hijos son las mismas en cualquier tipo de hogar, pero, en aquellos que se produce la llegada de un miembro con el diagnóstico del trastorno espectro de autismo se genera un fuerte impacto, esta noticia desconcierta en mayor medida el sistema de vida familiar. Los padres son los principales encargados de socializar al hijo, evidencian falta de preparación para actuar en correspondencia con la nueva situación a la que deben enfrentarse. Además, al estar condicionados por una cultura de prejuicios los procesos educativos dentro de esta familia se conducen con desaciertos, afectándose el futuro desarrollo de sus hijos.

Sotelo (2016)³¹, expresa que aunque el autismo fue descrito por primera vez hace muchos años, sigue existiendo un alto grado de debate, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, sobre su clasificación y las condiciones psicopatológicas que podrían ser similares entre todos los pacientes. En la actualidad muchas de las preguntas iniciales siguen sin respuesta.

Maseda (2013)³² define que una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción, según. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno, donde un mismo objeto puede generar distintas emociones. Las personas que padecen un trastorno autista pueden tener deteriorada la parte de valoración y comprensión emocional de los acontecimientos que suceden a su alrededor. Los autores analizan el contenido y la interpretación que una persona con autismo puede hacer de sus propias emociones. Es importante aclarar que no todas las personas son igual de competentes emocionales y por ello, no poseen el mismo grado de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales que invaden la mente y el cuerpo. Es así que algunas de las tareas más importantes, y al mismo tiempo, complicadas que se necesitan para poder atender a la diversidad de personas que forma este mundo, va orientada al saber ponerse en el lugar de

³¹ La autora establece una reflexión sobre las controversias del diagnóstico, tanto como profundizar en cuáles serían los materiales del diseño óptimo para complementarlo.

³² Se hace referencia a las emociones de personas con autismo.

la otra persona y comprender que cada uno percibe, piensa, siente, desea o cree cosas distintas.

Diagrama 2: Enfoques según el paso de los años del trastorno autista



Fuente: Adaptado de Riviere (1997)³³

Dentro de las características del autismo existen algunas comunes a todos los autistas y otras variables. Para tratar de ordenar la gravedad de este trastorno dependiendo de las características que se presenten se encuentra el concepto de “*espectro autista*” desarrollado por Wing (1995)³⁴. Según ella las personas situadas en el espectro autista son aquellas que presentan trastorno en las capacidades de reconocimiento social y de comunicación social, patrones repetitivos de actividad, tendencia a la rutina y dificultades en imaginación social y esto lo representa en la triada de Wing. Por otro lado, y según Rivière, con relación a este espectro, se señalan doce dimensiones diferentes que se encuentran alteradas en personas que presentan autismo. Cada dimensión tiene cuatro niveles en los que el nivel uno representa a personas con el trastorno más severo y el nivel cuatro a personas con trastornos menos severos. Las doce dimensiones se dividen en cuatro grupos dependiendo

³³ El autor refiere a los distintos enfoques a los análisis del autismo.

³⁴ Desarrolló el concepto de la palabra “Espectro”

de si se refieren al mundo social, a la comunicación y lenguaje, a la anticipación y flexibilidad o a la simbolización.

Tabla 3: Características diagnósticas de las personas autistas

<p>Sociales</p> <p>Comunicativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Total ausencia de interés por los demás. ● Contacto visual atípico: o apenas lo establecen o miran a los demás durante demasiado tiempo, invadiendo su espacio personal. ● Falta de reciprocidad (no saben esperar su turno para hablar, no entran en el diálogo, sólo articulan monólogos). ● Prefieren estar solos. ● Dificultades para anticipar cómo se sentirá alguien o lo que podría pensar. ● Dificultades para saber cómo reaccionar ante la actitud de los demás. ● Dificultades para interpretar las expresiones emocionales del rostro, voz o postura de los demás. ● Dificultades para aceptar que no hay una única perspectiva correcta, sino muchas
--------------------------------------	---

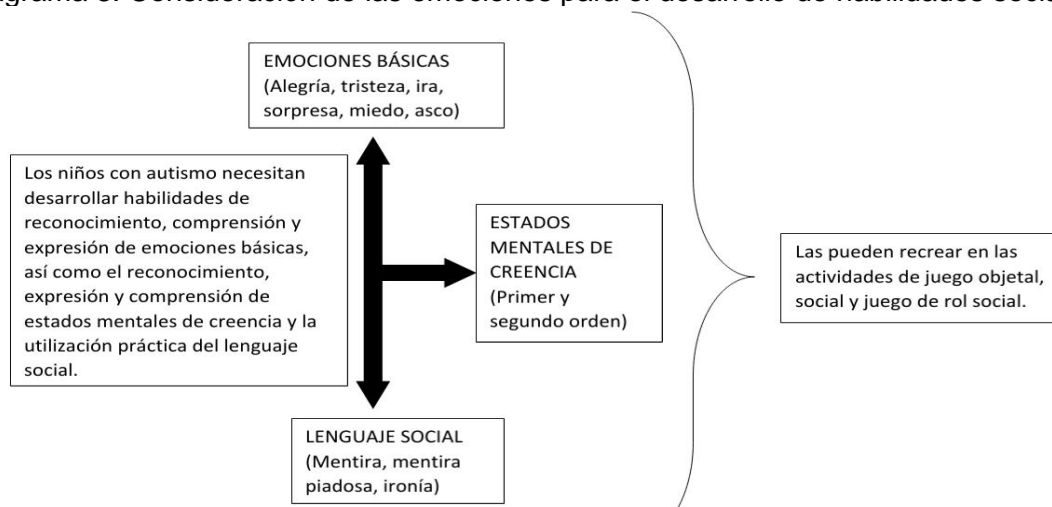
Fuente: Adaptado de Baron-Cohen (2010)³⁵

La finalidad del proceso comunicativo es que las personas consigan interpretar el contexto en el que conviven y desarrollan su vida, pero para que este proceso se llegue a producir, se necesita partir de la activación de ciertos recuerdos o experiencias anteriores, así como de creencias y conocimientos aprendidos con anterioridad en el ámbito sociocultural en el que las personas habitan. Para que una persona consiga interpretar las intenciones del resto y comprender los estados mentales de las demás personas, es necesario que se activen las estructuras cognitivas, pero con esto no es suficiente, sino que tienen que venir acompañadas de todos los apoyos que proporciona el contexto del discurso o la situación en la que se produce. Las personas neurotípicas son capaces de distinguir entre caras distintas que presentan expresiones diferentes entre ellas. Las habilidades mostradas por las personas para realizar estas tareas, están basadas en una percepción y procesamiento holísticos, es decir, los rostros son percibidos como algo más global que la suma de sus partes. En ese aspecto radican las diferentes formas de actuar de las personas con TEA, debido a que utilizan estrategias predominantemente no holísticas para examinar los rostros, estrategias perceptivas “no emocionales” como las que el resto de personas utilizan para procesar

³⁵ La consideración de las emociones y la interpretación de las mismas de una persona autista es de análisis para los autores.

objetos. Es precisamente esta anómala forma de percibir los rostros, la que provoca las dificultades que ellos tienen para interpretar las emociones.

Diagrama 3: Consideración de las emociones para el desarrollo de habilidades sociales.



Fuente: Adaptado de Villanueva y Bonilla (2018)³⁶

Miguel (2006)³⁷ afirma que las tareas que impliquen la comprensión de emociones, creencias e intenciones de los demás, se encuentran estrechamente relacionadas con el nivel que se presente de competencia social, con lo cual aquellos niños que presenten con éxito estas tareas, lograrán mayores niveles de adaptación social, por ello la labor de los no autistas, es en la medida de lo posible, y en lo que se presente al alcance, acercar al mundo autista para que los sujetos con TEA, puedan comprender las emociones y facilitarles el proceso comunicativo, utilizando en aquellos casos necesarios todos los medios disponibles y que permite la tecnología existente.

Tabla 4 Las habilidades sociales y sus aristas de análisis

Social	<ol style="list-style-type: none"> 1) relación social. 2) capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas) 3) capacidades intersubjetivas y mentalistas
Comunicación y Lenguaje	<ol style="list-style-type: none"> 4) funciones comunicativas 5) lenguaje expresivo 6) lenguaje receptivo
Anticipación y Flexibilidad	<ol style="list-style-type: none"> 7) competencias de anticipación 8) flexibilidad mental y comportamental 9) sentido de la actividad propia
Simbolización	<ol style="list-style-type: none"> 10) imaginación y de las capacidades de ficción 11) imitación 12) suspensión (capacidad de hacer significantes)

Fuente: Adaptado de Valdez (2013)³⁸

³⁶ Considerar las emociones en el trabajo terapéuticos es una premisa.

³⁷ Los agentes intervinientes pueden facilitar con variados recursos la comprensión de las emociones.

³⁸ Las diferentes intervenciones consideran estos aspectos desde lo funcional y lo formal de la conducta.

En este sentido y atendiendo al ámbito emocional en particular, se puede encontrar que las personas con autismo presentan una serie de alteraciones y déficits dentro de este ámbito que afirman la afectación que tiene para ellos el presentar este tipo de trastorno en el área emocional. Entre ellos se encuentran los siguientes: expresiones faciales limitadas en este sentido, los autistas presentan una expresividad rígida y poco variada, una sonrisa constante y falsa apariencia de felicidad, una variedad de expresiones extrañas y no comunicativa y una falta de sonrisa como intercambio social, que no hace; contacto visual inusual en el que predomina la inexistencia de contacto ocular con los interlocutores, lo que les hace presentar un déficit en lo que supone la base del contacto afectivo comunicativo no verbal entre las personas; disminución de gestos comunicativos, como los convencionales, descriptivos o los propios de señalar. Estas disminuciones o ausencias provocan que les sea muy difícil entenderse con los demás, hacerse entender y que haya una reciprocidad emotiva al establecer una conversación entre personas. Los gestos son la base de la expresión emocional, determinan lo que se siente o se quiere en ese momento y complementan las informaciones que de manera verbal quedan ocultas; problemas en las relaciones sociales, aislamiento, pasividad social o deseo por querer relacionarse y no saber cómo debido a los déficits que presenta en el área de la percepción emocional provoca incompreensión de las mentes y acciones de los demás; fallo en la reciprocidad, tiene conciencia del otro, pero no entiende que este tenga una mente y diferentes opiniones y emociones; dificultades en la atención conjunta, ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas placeres, sentimientos, interés u objetivos.

Por último, aquí la autora refiere como una de las alteraciones más significativas que presentan las personas con autismo dentro de área emocional es *“La teoría de la Mente en los niño/as autistas”*. Dificultad para comprender el mundo social cuesta entender las sutilezas en la mirada del otro, mostrar empatía, expresar y entender las propias emociones y saber qué es un amigo. Así mismo, dentro de la sintomatología más común y predominante que presentan las personas con autismo se pueden encontrar una serie de características que ponen de manifiesto este tipo de sintomatología concreta en este trastorno y que forman parte de todos aquellos rasgos y, por ello signos de alerta que definen el perfil de la persona autista que sirven para realizar su diagnóstico. En este sentido y según Wing (2011)³⁹, dice que el autismo se mueve dentro de un contínuum que va de una mayor a una menor afectación, por ello, define en las siguientes seis dimensiones las dificultades que aparecen en el trastorno de espectro autista.

Se diferencian seis dimensiones en el espectro autista: trastornos de la relación social, trastornos de las funciones comunicativas, trastornos del lenguaje, limitaciones de la

³⁹ Se mencionan características de la conducta emocional para definir el perfil autista.

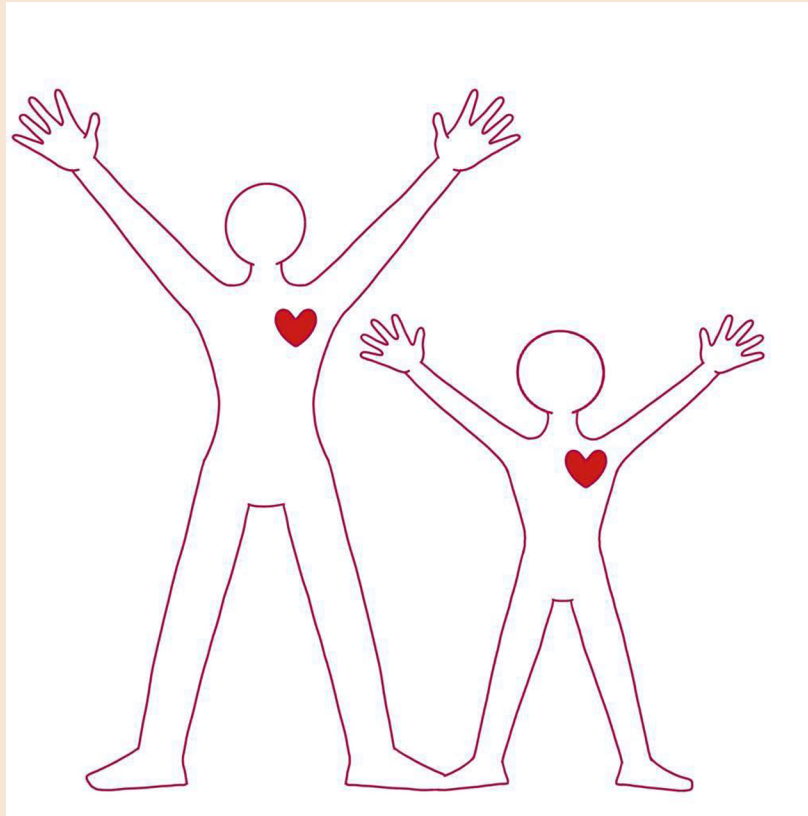
imaginación, trastornos de la flexibilidad mental y de la conducta, trastornos del sentido de la actividad propia.

Cuadro N° 1: Dimensiones del Continuo Autista

<p>1. Trastornos cualitativos de la relación social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aislamiento completo. No apego a personas específicas. A veces indiferenciación personas/cosas. 2. Impresión de incapacidad de relación, pero vínculo con algunos adultos. No con iguales. 3. Relaciones inducidas, externas, infrecuentes y unilaterales con iguales. 4. Alguna motivación a la relación con iguales, pero dificultad para establecerla por falta de empatía y de comprensión de sutilezas sociales. <p>2. Trastornos de las funciones comunicativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de comunicación, entendida como "relación intencionada con alguien acerca de algo" 2. Actividades de pedir mediante uso instrumental de las personas, pero sin signos. 3. Signos de pedir. Sólo hay comunicación para cambiar el mundo físico. 4. Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, que no sólo buscan cambiar el mundo físico. Suele haber escasez de declaraciones "internas" y comunicación poco recíproca y empática. <p>3. Trastornos del lenguaje.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mutismo total o funcional (este último con emisiones verbales no comunicativas) 2. Lenguaje predominantemente ecológico o compuesto de palabras sueltas. 3. Hay oraciones que implican "creación formal" espontánea, pero no llegan a configurar discurso o conversaciones. 4. Lenguaje discursivo. Capacidad de conversar con limitaciones. Alteraciones sutiles de las funciones comunicativas y la prosodia del lenguaje. <p>4. Trastornos y limitaciones de la imaginación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia completa de juego simbólico o de cualquier indicio de actividad imaginativa. 2. Juegos funcionales elementales inducidos desde fuera. Poco espontáneos, repetitivos. 3. Ficciones extrañas, generalmente poco imaginativas y con dificultades para diferenciar ficción/realidad. 4. Ficciones complejas, utilizadas como recursos para aislarse. Limitadas en contenidos. <p>5. Trastornos de la flexibilidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estereotipias motoras simples (aleteo, balanceo, entre otras). 2. Rituales simples. Resistencia a cambios mínimos. Tendencia a seguir los mismos itinerarios. 3. Rituales complejos. Apego excesivo y extraño a ciertos objetos. 4. Contenidos limitados y obsesivos de pensamiento. Intereses poco funcionales, no relacionados con el mundo social en sentido amplio, y limitados en su gama. <p>6. Trastornos del sentido de la actividad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predominio masivo de conductas sin propósito (correteos sin meta, ambulación sin sentido, entre otras.) 2. Actividades funcionales muy breves y dirigidas desde fuera. Cuando no, se vuelve a (1). 3. Conductas autónomas y prolongadas de ciclo largo, cuyo sentido no se comprende bien. 4. Logros complejos (por ejemplo, de ciclos escolares), pero que no se integran en la imagen de un "yo proyectado en el futuro". Motivos de logro superficiales, externos, poco flexibles
--

Fuente Adaptado de Riviere (1997)⁴⁰

⁴⁰ El enfoque de este autor brinda el análisis del continuum de las aristas de la conducta evidenciada en la funcionalidad y pragmática afectadas en el Autismo



CAPITULO II

En cuanto a la recopilación de intervenciones terapéuticas en el trastorno del espectro autista, (TEA), en este caso Cukier (2011)⁴¹ afirma que los trastornos del desarrollo, generalmente no cuentan con un tratamiento simple, rápido y eficaz, por lo que quienes lo padecen suelen requerir un abordaje prolongado. Aunque todos alinean en cuanto a los objetivos de los tratamientos, tienen que ver con mejorar la independencia funcional y la calidad de vida a partir de minimizar las características nucleares del trastorno y las dificultades asociadas, facilitando el desarrollo y el aprendizaje, promoviendo la socialización, estimulando las capacidades conservadas o superiores, disminuyendo las conductas perjudiciales y apoyando y asesorando a las familias. Idealmente, las intervenciones ayudarían a mejorar la reciprocidad social, la comunicación social y la flexibilidad del pensamiento y la conducta.

Una vez establecido el diagnóstico presuntivo de trastorno del espectro autista, se plantea la organización de un programa de intervención.

También aquí Greenspan (2007)⁴² dice que el aprendizaje de la relación con los demás comienza con la intimidad creada por los vínculos de los bebés con sus padres.

“...la capacidad de conectar con otra persona es la característica base para el desarrollo de un niño...de ahí nace su capacidad de crear relaciones de confianza, el niño así aprende a adquirir conciencia de sí mismo, y del mundo en que vive. También en el abordaje la mirada desde la integración sensorial es de significativa trascendencia”

Los cinco sentidos tienen una importancia vital, porque dan información acerca del mundo: oír, ver, tocar, oler, y gustar. Sin estas habilidades se vivencia un total aislamiento, incapaz de sentir y pensar, faltarían las experiencias con las cuales desarrollar ideas, están también los sentidos propioceptivos y vestibular, que son sensibles a la gravedad y movimiento y ejercen influencia sobre el tono muscular y el balance y el despertamiento, provee conciencia del movimiento la posición del cuerpo en el espacio influye en el control motor y corporal.

⁴¹ Los autores presentan distintos tratamientos del autismo.

⁴² La referencia aquí está puesta en los vínculos primarios.

Tabla 5: Los sentidos y la posibilidad de integrar la información- Productos finales

Los sentidos	Integración de sus entradas		
Auditivo (oído)			Habla Lenguaje
Vestibular (gravedad y movimiento)	Movimientos oculares Postura Equilibrio Tono muscular Seguridad gravitacional	Representación corporal Coordinación con los lados del cuerpo Planeación motora	Coordinación ojo-mano
Propioceptivo (músculos y articulaciones)		Nivel de actividad Tiempo de atención Estabilidad emocional	Percepción visual Actividad propositiva
Táctil (tacto)	Comer Succionar Vínculo madre-hijo Confort táctil		
Visual (vista)			
Producto final			
<ul style="list-style-type: none"> ● Habilidad para concentrarse ● Habilidad para organizar ● Autoestima ● Autocontrol ● Confianza en sí mismo ● Habilidad para el aprendizaje académico ● Capacidad para el pensamiento abstracto y el razonamiento ● Especialización para cada lado del cuerpo y del cerebro 			

Fuente: Adaptada de Ayres (2001)⁴³

Ayres (1998)⁴⁴ habla desde la integración sensorial como método principal, con resultados de reducción de ansiedad y/o hipersensibilidad, mejoras en la intervención social, el aprendizaje, la memoria, beneficioso en ámbitos como las habilidades sensoriomotoras y la planificación motora, socialización, atención y regularización de comportamiento, la lectura, la consecución de objetivos individualizados, reducción de los comportamientos estereotipados o de autoestimulación en los niños con autismo. Este método es fiable para detectar los cambios significativos que se dan en el desempeño ocupacional⁴⁵. La autora la define como

“...la organización de sensaciones para su uso y fluyen al cerebro como arroyos a un lago”.

⁴³El análisis por edades en la primera infancia del sistema sensorial de Ayres.

⁴⁴ Es creadora del modelo de integración sensorial.

⁴⁵ “El enfoque de la integración sensorial de la Doctora Ayres”

La información entra al cerebro, por los ojos, los oídos y por cada punto del cuerpo y un sentido especial que detecta la fuerza de gravedad y los movimientos del cuerpo en relación con la tierra.

Seguidamente se mencionan distintos modelos de intervención, que actualmente se ponen en juego con mayor frecuencia en lo terapéutica del Autismo.

Tabla 6: Abordajes propuestos para niños y adolescentes o adultos con TEA

• Basados en A.B.A. – ensayo discreto	• Oxitocina (15)
• Basados en TEACCH – Enseñanza estructurada	• Musicoterapia
• Terapia Cognitivo Conductual	• Tratamientos biomédicos – dietas – quelaciones
• Tratamientos psicodinámicos	• Hanen’s Program
• Entrenamiento en habilidades sociales	• Natural language paradigma
• D.I.R.- Floortime Model	• Pivotal Response Training
• Son – Rise Program	• Milieu teaching
• Denver Model	• Comunicación Facilitada
• Relational Developmental Intervention	• Leuprolide (Lupron)
• Social Communication Emotional Regulation Transactional Support	• Inmunoglobulina intravenosa
• Tratamiento basado en teoría de la mente	• Terapia con células madre (31)
• Tratamiento basado en neuronas en espejo (32)	• Equinoterapia – Delfinoterapia – Zooterapia
• Enseñanza de atención conjunta (13)	• Behavioral Optometry – Craneosacral Manipulation
• Tratamientos psicofarmacológicos	• Auditory Integration Therapy - Tomatis - Berard
• Comunicación aumentativa alternativa	• Rep. transcraneal magnetic stimulation (28)
• Fonoaudiología	• Neurofeedback (14)
• Verbal behavior	• Psicocirugía
• Entrenamiento en comunicación funcional (ECF)	• Terapia Electro Convulsiva (4)
• Psicopedagogía	• Cámara hiperbárica
• Neuropsicología	• Leche de camello
• Integración Sensorial	• Depuración sonar

Fuente: Cukier (2011)⁴⁶

Baña Castro (2015)⁴⁷ dice, las familias que tienen miembros con Trastorno del Espectro del Autismo deben desempeñar mayor número de tareas y papeles que otras familias que no tienen estas características. En la investigación sobre este tipo de familias, muchas veces

⁴⁶ La clasificación muestra tanto los enfoques biológicos como vías alternativas de aprendizaje.

⁴⁷ Los autores refieren sobre los ajustes y adecuaciones en el entorno familiar de una persona con autismo.

destaca el papel de la tensión que padece la familia con miembros con Trastorno del Espectro del Autismo. Pero la adaptación o la falta de ajuste familiar no depende exclusivamente de la presencia o ausencia de la tensión, sino que es la interacción entre el suceso estresante, los recursos de la familia y la estimulación de la seriedad del suceso, lo que determina el grado en que la familia será vulnerable a la tensión y la crisis.

Fuentes (2006)⁴⁸ refiere que dadas las características de las personas con TEA y el tipo de investigaciones realizadas hasta la fecha, existen escasos estudios sobre la eficacia de tratamientos que cumplan los requisitos mínimos para que se puedan evaluar de acuerdo con los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Existen dificultades a la hora de considerar la representatividad de las personas participantes en las investigaciones. Las muestras suelen ser reducidas, y aspectos como la utilización de criterios diagnósticos diferentes o no explicitar variables como la edad, medidas de desarrollo del lenguaje, capacidades cognitivas o de autonomía, limitan la validez y la fiabilidad y dificultan la replicabilidad de los estudios. Los estudios de diseño de caso único permiten demostrar fiablemente la eficacia de ciertas intervenciones; sin embargo, este tipo de investigación no permite generalizar el resultado obtenido al conjunto de pacientes. En los estudios de grupos destaca la escasez de modelos metodológicamente sólidos como grupos de comparación, aleatorización, entre otros. Asimismo, la validez de los resultados obtenidos está limitada porque frecuentemente los parámetros en base a los cuales se evalúa la eficacia de una intervención no corresponden al conjunto de los aspectos nucleares del autismo.

Una de las características de los niños con autismo, es que el entorno le puede resultar abrumador, Greenspan (2002)⁴⁹, no lo hacen sentir seguro, a nivel consciente, como lo que ocurre dentro de su familia, tanto si cree que no puede confiar en su madre o en su padre, o porque sabe que puede contar con ellos; siente que puede expresar que los necesita y sabe que responderán. Así mismo requiere que para que un niño pueda desarrollar una sensación de seguridad es necesario que participe la familia activamente y haga algunos esfuerzos para modificar la participación repetitiva del niño de acciones con interacción que lo llevarán a modificar los propósitos y encontrar un juego asociado a soluciones.

Ferrari (1997)⁵⁰ investiga a partir de un modelo psicoanalítico, la comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces que se basa en un postulado fundamental: todo niño autista, sea cual sea la naturaleza y la gravedad de sus trastornos, debe de ser reconocido como sujeto portador de una historia personal única y portador de una vida psíquica específica por mucho que la misma aparezca gravemente desorganizada durante el examen. Hay que considerarlo como un sujeto capaz, a condición de que se le ofrezcan las

⁴⁸ Se explica la manera en que se ha evaluado la eficacia de los tratamientos en el Autismo.

⁴⁹ Se describen las cualidades de seguridad y confianza que requieren los niños en su entorno familiar.

⁵⁰ Aquí el autor plantea una perspectiva de observación desde el psicoanálisis.

posibilidades de organizar una vida relacional con su entorno, vida relacional cuya naturaleza e importancia convendría reconocer. Por lo tanto, el niño autista es portador de una vida psíquica que organiza sus modelos relacionales con su entorno, que origina su sufrimiento actual y que es movilizable y susceptible de mejorar en su funcionamiento. Este modelo pretende detectar ciertos mecanismos que, presentes en el niño autista o psicótico, puedan ser aprehendidos por un observador o un terapeuta que utiliza conceptos provenientes del campo del psicoanálisis.

Corredera (2016)⁵¹ propone establecer una distinción entre los distintos abordajes del autismo, entendiendo que algunos se encuadran en una perspectiva exclusivamente educativa y otros en un trabajo terapéutico. Los abordajes educativos se llevan a cabo generalmente en: escuelas especiales o instituciones educativas dedicadas a niños que presentan dificultades en su desarrollo; en el hogar, involucrando a los padres y familiares más cercanos en la aplicación de la metodología de enseñanza de patrones de comunicación a través de diversas vías. El niño aquí es abordado como un alumno y el adulto es quien le enseñará los modos de comunicación eficaces para desempeñarse e intercambiar con el medio y los otros. Por otro lado, los abordajes de tipo terapéutico habitualmente tienen lugar en consultorios o espacios dedicados a la terapia como hospitales de día o centros terapéuticos. El terapeuta apoya su trabajo en el establecimiento de una relación con el paciente que le permita conocer el origen de sus síntomas.

Arróniz-Pérez (2018)⁵² detalla las diferentes intervenciones basadas en la comunicación, las intervenciones basadas en la familia y las terapias combinadas: los sistemas alternativos y/o aumentativos de la comunicación cuya finalidad es aumentar y/o compensar los problemas de comunicación que presentan muchos niños con TEA. Uno de los principales métodos que se engloban dentro de esta categoría es conocido como Picture Exchange Communication System (PECS), un sistema de comunicación por intercambio de imágenes. El principal objetivo de este modelo es que el niño aprenda a comunicarse con su entorno, aprovechando el procesamiento predominantemente visual de los pacientes con TEA. Son diversas las investigaciones que apuntan a que el sistema PECS da lugar a un incremento en el comportamiento sociocomunicativo de los niños con problemas del desarrollo y añaden el número de conductas problemáticas como una segunda variable que puede verse disminuida a través de esta metodología. El Programa Hanen, More Than Words (Sussman, 1999)⁵³ constituye un claro ejemplo de las intervenciones que consideran a la familia como un elemento clave del tratamiento. Se compone de un protocolo de intervención temprana que tiene por finalidad dotar a los padres de las estrategias necesarias para

⁵¹ Los autores hacen una distribución entre terapias educativas y terapéuticas.

⁵² Detalla características relevantes de modelos actuales utilizados.

⁵³ Asociación ligada al abordaje naturalista familiar.

potenciar las habilidades comunicativas de sus hijos. Se trata de una combinación de sesiones individuales y grupales a través de las que los progenitores aprenden a convertir las actividades diarias de los niños en experiencias de aprendizaje, la intervención de los padres de los pacientes con TEA en el tratamiento de sus hijos da lugar a un descenso de las conductas disruptivas en los infantes, a una mejora en los sistemas de crianza y a una disminución del estrés paterno como consecuencia de un aumento en su sentimiento de competencia.

Larrosa Sopena (2015)⁵⁴ señala que, para fundamentar el uso de la música en niños con TEA, se hace referencia a trabajos que describieron, diálogos sonoros entre las madres y los niños, mediante términos musicales. La sensibilidad, en los niños pequeños, a las dimensiones rítmicas y melódicas del habla materna, y a su tono emocional, se plantea la existencia de la musicalidad comunicativa de la conversación. Premisas, que permiten considerar la música, como medio efectivo para favorecer la comunicación social. Distintas investigaciones, en el campo de la salud y la educación, dan cuenta que la música, puede ser utilizada en el tratamiento de sujetos con TEA, ya que la música, contribuye en el desarrollo de los procesos de comunicación y socialización. La musicoterapia se ha destacado en la atención de sujetos con TEA, ya que posibilita la apertura de canales de comunicación, a través de experiencias musicales. Se plantea el uso de recursos musicoterapéuticos, para ayudar a desarrollar la atención conjunta en niños con TEA. La capacidad de atención conjunta, sería la base de la comunicación y la interacción social. Otros autores también refieren que el canto, es una herramienta eficaz, en el abordaje de los sujetos con TEA, ya que ayuda a desarrollar el lenguaje y la comunicación. La música puede ser un sustituto de la comunicación verbal, muchos sujetos con TEA, pueden cantar y tararear melodías. Los niños con TEA, producen ruidos a través de golpes sobre objetos distintos, hecho que es considerado como una estereotipia gestual, que puede ser utilizado, como iniciador de una comunicación. Plantea que la música, es usada para captar el interés y la participación, evitando el aislamiento, propio de los sujetos con autismo. El movimiento y la danza, permiten establecer canales de comunicación no verbal, dado que la imitación sincronizada del niño autista, con los movimientos propuestos, son una muestra de identificación y comunicación entre un niño y otro, y contienen una fuerte carga emocional.

Casari, (2017)⁵⁵ indica que El Estilo Personal del Terapeuta (en adelante EPT) surge como constructo en el año 1998, donde se lo define del siguiente modo:

“(...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular en su trabajo.”

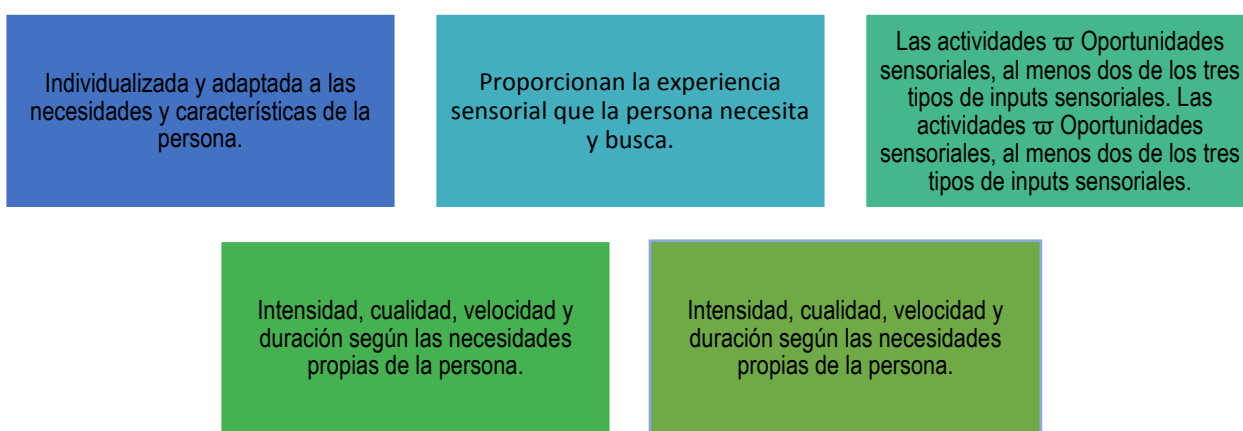
⁵⁴ La autora refiere sobre el uso de la música en terapia de niños con autismo.

⁵⁵ Se cita en este trabajo la definición y caracterización de Estilo personal del terapeuta psicólogo.

Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea.

Medina (2015)⁵⁶ profundiza en los alcances de la intervención de un modelo de Integración sensorial, el cual consiste, en un programa planificado y programado llevado a cabo por un terapeuta especializado en el área, el cual requiere un espacio y material específico. El objetivo es conseguir que el sistema nervioso procese la entrada sensorial de una manera normal. Se trata de una intervención activa por parte de la persona en la cual se divierte y obtiene una respuesta adaptada a nivel neurológico.

Diagrama 4: Elementos esenciales para una intervención adecuada



Fuente: Adaptado de Medina (2015) ⁵⁷

Por otro lado Artiles Travies (2015)⁵⁸ habla de otro modelo de intervención DIR/Floortime. Fue creado por Stanley Greenspan para abordar las dificultades de relación y comunicación. Este modelo tiene la particularidad de prestar especial atención al conocimiento del perfil del alumno, a la actuación e influencia del afecto en el desarrollo de las personas, a las capacidades emocionales utilizadas de manera funcional y al protagonismo familiar. Es un modelo que trabaja numerosos ámbitos, no únicamente el de la comunicación y lenguaje, pero, es a este al que se hará una especial mención. En este sentido, el modelo Floortime trabaja la capacidad de la persona con TEA de comunicarse con propósito, además de hacerlo ampliamente. Se pretende que el alumno sea capaz de comunicar sus necesidades y sus sentimientos, además de trabajar la comprensión y el procesamiento auditivo. La metodología de este modelo está basada en el juego espontáneo

⁵⁶ Se detallan características de la intervención en un modelo de Integración Sensorial.

⁵⁷ Se priorizan cualidades para realizar una intervención adecuada

⁵⁸ Este autor hace una breve descripción del modelo –Floortime creado por Greenspan.

y el planteamiento de desafíos accesibles por la persona con la que se interviene. Se destaca el apoyo que se brinda a las familias.

Cachafeiro-Espino (2015)⁵⁹ cita datos que sugieren la posible existencia de una alteración en el sistema oxitoinérgico en la población con TEA y proporcionan una base para considerar la oxitocina en el tratamiento de estos pacientes. Se refiere a que los estudios realizados hasta el momento ponen de manifiesto que la administración de oxitocina mejora algunos de los déficits característicos de los TEA, como el reconocimiento de las emociones y el contacto ocular.

Los estudios multidosos sugieren que el tratamiento con oxitocina intranasal, en dosis no superiores a 24 UI, es eficaz y seguro a la hora de promover cambios en la conducta social de los sujetos que presentan TEA. Estos datos comportan cierto optimismo con respecto al potencial terapéutico de la oxitocina y justifican la necesidad de continuar con esta línea de investigación con el fin de consolidar una nueva forma de tratamiento que permita mejorar la calidad de vida de la población autista. No obstante, existe una cierta variabilidad en los resultados de los estudios en humanos que podrían ser atribuidas a diferencias en dosis, duración de los estudios, edad y muestras pequeñas y heterogéneas. Por ende, para optimizar las pautas de tratamiento, será necesario que se resuelvan algunas de estas limitaciones. Por una parte, se requieren estudios que comparen diferentes dosis de oxitocina, durante períodos de tiempo más largos y que valoren la permanencia de los resultados positivos a largo plazo e incluso más allá del tiempo de tratamiento. Además, se necesitan muestras más amplias, que cuenten con niñas y mujeres y con individuos con discapacidad intelectual, una condición habitualmente comórbida en los TEA.

Puglisevich Da Silva (2014)⁶⁰ hace referencia a que los programas más eficaces proponen métodos muy estructurados con actividades atractivas y predecibles que pueden ser desarrollados en la escuela y el hogar, deben poseer un enfoque escalonado de aprendizaje, con apoyo visual para la comprensión y anticipación de los eventos, además cuentan con la capacitación y participación de la familia en relación a la planificación y desarrollo de la intervención.

Fuentes (2006)⁶¹ afirma que un buen tratamiento debe ser intensivo y extrapolable a todos los contextos, aprovechando las oportunidades naturales, y recalcan que una de las estrategias esenciales es la participación intensa de los padres/madres, necesarios coordinando con los/las profesionales para participar en la determinación de objetivos y en los sistemas que se vayan a utilizar. Por medio de la revisión de ocho programas de

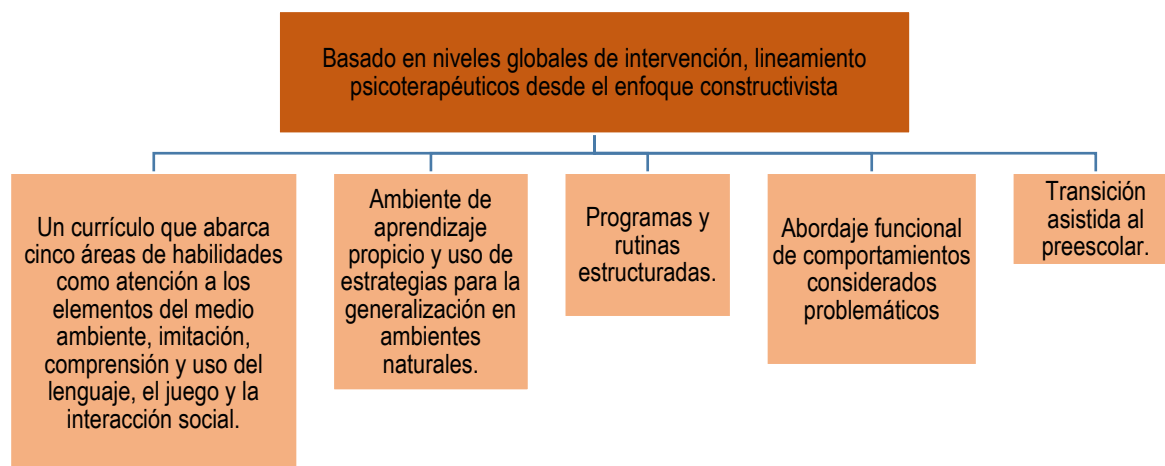
⁵⁹Este autor hace referencia al uso de la oxitocina en trastornos autistas.

⁶⁰Plantea el autor un enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales.

⁶¹ Plantea la importancia de la interdisciplina a todos los contextos

intervención temprana para niños/as autistas de entre tres años y medio y cuatro años de edad realizada por Dawson y Osterling (1997 citados en Lampreia, 2007)⁶² se llegó a la conclusión de que todos fueron eficaces en apoyar el proceso de integración del 50% de los niños/as en una escuela regular. Según los autores, para asegurar un resultado óptimo en la intervención ciertos aspectos deben estar presentes:

Diagrama 5: Modelo de intervención según enfoque constructivista



63

Fuente: Adaptado de Puglisevich Da Silva (2014)⁶⁴

Monfort (2009)⁶⁵ menciona que la intervención en niños con TEA, lleva a los profesionales a un abordaje que no es un solo campo de intervención. La observación constante de los niños con TEA, lleva a replantear los modelos de desarrollo general. La comunicación es uno de los tres ejes que definen el cuadro autista, las habilidades pragmáticas, se ven afectadas de manera sistemática. Se registran a su vez una gran variabilidad en los niveles lingüísticos estructurales, dicha situación puede explicarse, sin ser específicos de un trastorno de lenguaje, aunque no se pueden descartar casos puntuales de comorbilidad. En el caso concreto de niños con TEA, el desafío está en determinar si es necesario "enseñar" a comunicar a partir del lenguaje y su eficacia en mejorar la comunicación general.

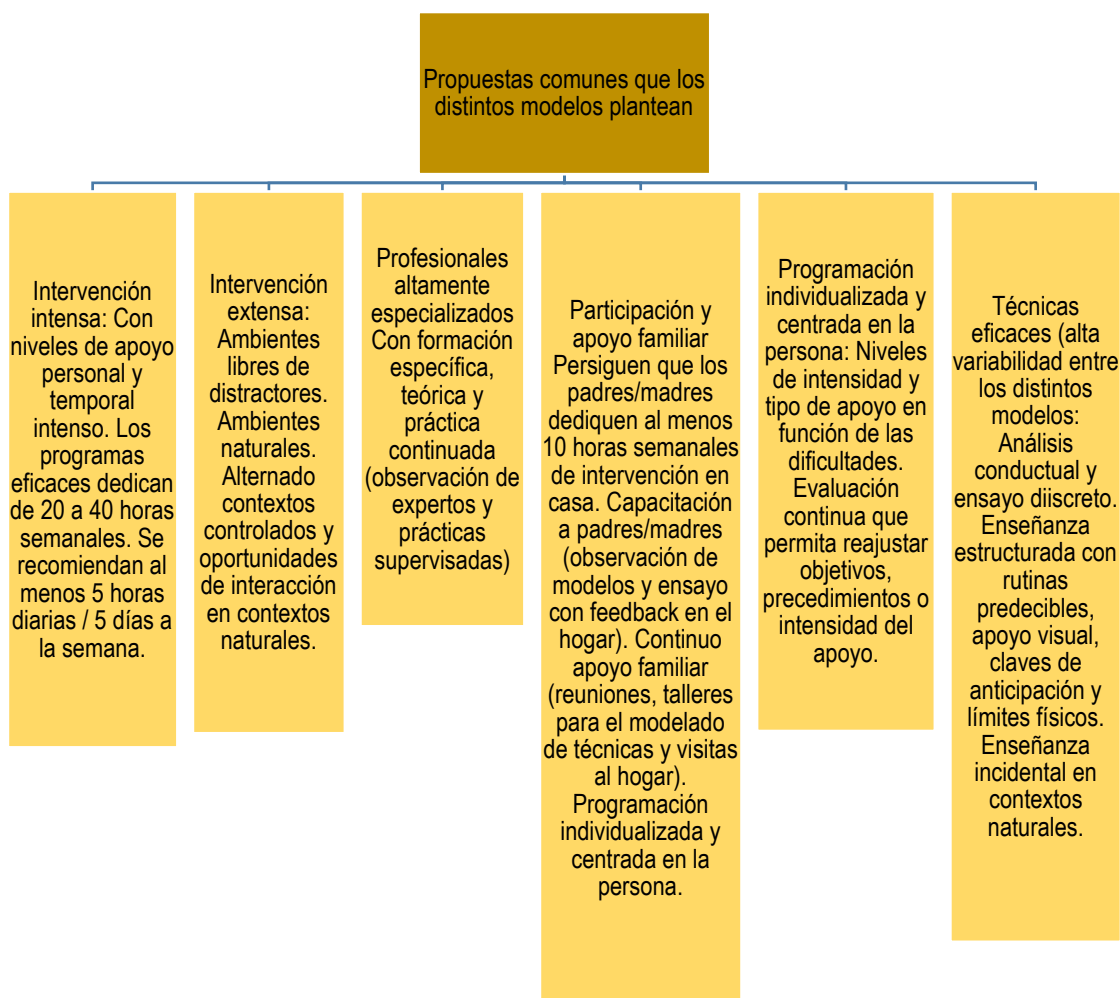
⁶² Todos los modelos ajustados a los contextos particulares tuvieron su eficacia.

⁶³ La intervención específica en el lenguaje y su validez para mejorar la comunicación.

⁶⁴ El modelo constructivista y posibles modelos de intervención.

⁶⁵ El autor hace una incisiva mirada de la comunicación a partir de los análisis lingüísticos.

Diagrama 6: Lineamientos afines de todos los modelos analizados



Fuente: Adaptado de Puglisevich Da Silva (2014)⁶⁶

Borja Ayala (2019)⁶⁷ expresa que actualmente, existen algunas intervenciones enfocadas en el apego y su desarrollo en niños con TEA. Se considera la asociación entre el estado mental de los padres y el apego, tanto en niños con y sin un diagnóstico de autismo. Algunos programas de intervención se orientan a los mismos, con el objetivo de generar un cambio en el tipo de apego de los pequeños. Otros, apuntan hacia las conductas parentales y cómo adaptarlas para generar un apego seguro en sus hijos, pero sobre todo un gran número de éstos pretenden incrementar la sensibilidad del cuidador. Por otro lado, algunas investigaciones realizadas en Holanda, con respecto a las intervenciones basadas en el apego, revelaron que parecería ser que los programas de intervención destinados a mejorar la sensibilidad de los padres, tienden a ser más exitosos en aquellos que se encuentran

⁶⁶ Los lineamientos de intervención presentan criterios afines.

⁶⁷En este trabajo se desarrollan referencias específicas a la teoría del apego.

motivados a aprender nuevas formas de responder y manejar a sus niños “*difíciles*”; mientras que para las familias con mayor riesgo de un TEA, resultan más efectivas las intervenciones de mayor intensidad y duración (Egeland, 2010)⁶⁸.

En la actualidad, pocas intervenciones han sido diseñadas específicamente para prevenir un tipo de apego desorganizado, lo que produce una brecha en las investigaciones realizadas hasta el momento, debido en primer lugar, a que el apego desorganizado es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías a largo plazo, por lo que es sumamente importante dirigir las intervenciones basadas en el apego en términos de su potencial para prevenir un apego desorganizado y en segundo lugar, debido a que incluso los niños con TEA que tienen un apego seguro, son considerados como inseguros cuando su conducta de apego refleja algún tipo de desorganización. Finalmente, sugiere la autora, en base a las investigaciones realizadas sobre el apego y los resultados de las intervenciones dedicadas a modificarlo, sería importante incluir en los programas de prevención e intervención, visitas domiciliarias y programas de educación para los padres de los pequeños con alto riesgo de TEA y evaluar nuevas aproximaciones dirigidas a cambiar las representaciones cognitivas y mentales de los padres o cuidadores; estos programas deberían apuntar a las necesidades individuales de cada familia y a la explotación de sus fortalezas.

Murillo Domínguez (2016)⁶⁹ refiere que en estudios realizados con personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) han confirmado la falta y/o dificultades de estas personas para ponerse en el lugar de otra persona y comprender que cada uno percibe, piensa, siente, desea y cree cosas distintas. Es para los niños con TEA difícil.

“...distinguir entre lo que hay en el interior de su mente y lo que hay en el interior de la mente de los demás”

Esto dicen otros el autores citados, puede ser la base de muchas de las demás dificultades experimentadas por estas personas, incluidos los problemas sociales y de comunicación, y algunos comportamientos desafiantes. Además, la teoría de la mente como sistema de conceptos e inferencias que atribuyen creencias, deseos y sentimientos como causa de los comportamientos humanos, es capaz de comprender el engaño, la mentira o la creencia equivocada y también sirve para engañar y manipular o para comunicarse y cooperar con otros.

Mariño Peña (2014)⁷⁰ reflexiona sobre la situación de la presencia de un niño con trastorno del espectro autista en la familia, y que esto da lugar a numerosos desafíos en su crianza. Consecuentemente, los padres presentan niveles de estrés relacionados con su rol

⁶⁸ Se establece la importancia en las intervenciones basadas en la vinculación filial.

⁶⁹ Este autor profundiza su trabajo en el aspecto específico de Teoría de la mente.

⁷⁰ La autora analiza las estrategias para afrontar los desafíos del autismo por parte de la familia.

parental por encima de la normalidad. Estudios previos han intentado explicar cuáles son las variables que influyen en dicho estrés, tanto de forma positiva como negativa. Su trabajo pretende conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas en el estrés parental, así como los efectos directos y el posible papel moderador de la calidad de vida y la resiliencia materna. Los resultados revelaron que la resiliencia materna y la calidad de vida producen efectos directos beneficiosos frente al estrés parental, así como efectos moderadores en la relación de las estrategias de afrontamiento y de ciertas variables sociodemográficas con el estrés parental. Por lo que las familias que presenten una alta resiliencia materna y una buena calidad de vida verán reducidos sus niveles de estrés parental.

Astroza Zuñiga, (2017)⁷¹ dice en coincidencia con los avances investigativos de ciencias como la neurobiología, genómica y epigenética, que existen miradas más integradoras que van logrando desmitificar ese concepto y que se abren al diálogo con otras ciencias y/o áreas de conocimiento como la psicología evolutiva o del desarrollo, la psicopatología y el psicoanálisis que desde mucho antes estudiaban los probables procesos y dinámicas que conducían a los TEA. De ellas, la genómica estudia el cómo las redes de genes en el organismo interactúan entre sí y la epigenética describe al conjunto de interacciones entre genoma –entorno que conducen a la expresión genética de un determinado organismo. Para la epigenética los factores genéticos que cada uno trae en su ADN, son solo indicadores de vulnerabilidad o factores predisponentes, siendo el resultado de la interacción de éstos con el entorno, factores ambientales tanto de riesgo como protectores, lo que determina o no su expresión. Por eso las personas se constituyen como un sistema abierto, donde en palabras simples, la epigenética vendría a reflejar el cómo viven, y aquellos factores de riesgo interactivo y psicosocial (del ambiente) tampoco serían causales de un trastorno por sí solos. La ausencia o deterioro de funciones/habilidades en las personas con TEA requiere de un sustrato biológico y de una interacción ambiental. Otro concepto importante es comprender que el cómo se vive, no es una condición inalterable, sino que transmuta a través del aprendizaje y por lo tanto varía en relación al contexto cultural en el que se desarrolle. Existe una heredabilidad epigenética sana u alterada resultado de los aprendizajes que se viven generación tras generación. Esta cualidad dinámica de la epigenética enlaza a otro elemento significativo a considerar, la plasticidad cerebral. La plasticidad cerebral o neuronal corresponde a la capacidad de cambio en la organización de los cerebros, en respuesta a una experiencia, tanto en áreas neocorticales como en aquellas relacionadas con la memoria. Magistretti (2012)⁷², dialoga sobre plasticidad neuronal e inconsciente, destacando muy bien

⁷¹ Aquí la mirada está puesta en integrar las disciplinas innovadoras de las neurociencias en las terapias con niños autistas.

⁷² Se hace referencia a la plasticidad cerebral.

el valor de la experiencia. Se considera lo innato, y lo que por medio de la experiencia se adquiere, quedando una huella que transforma lo anterior. Las nuevas experiencias modifican permanentemente las conexiones entre neuronas estructural y funcionalmente. El cerebro es un órgano dinámico en relación constante con el medio ambiente, y los hechos psíquicos a los actos del sujeto. La experiencia modifica la huella psíquica y la huella biológica neuronal. Hay un correlato de la huella psíquica en una huella sináptica y viceversa, con un significante personal e irrepetible.

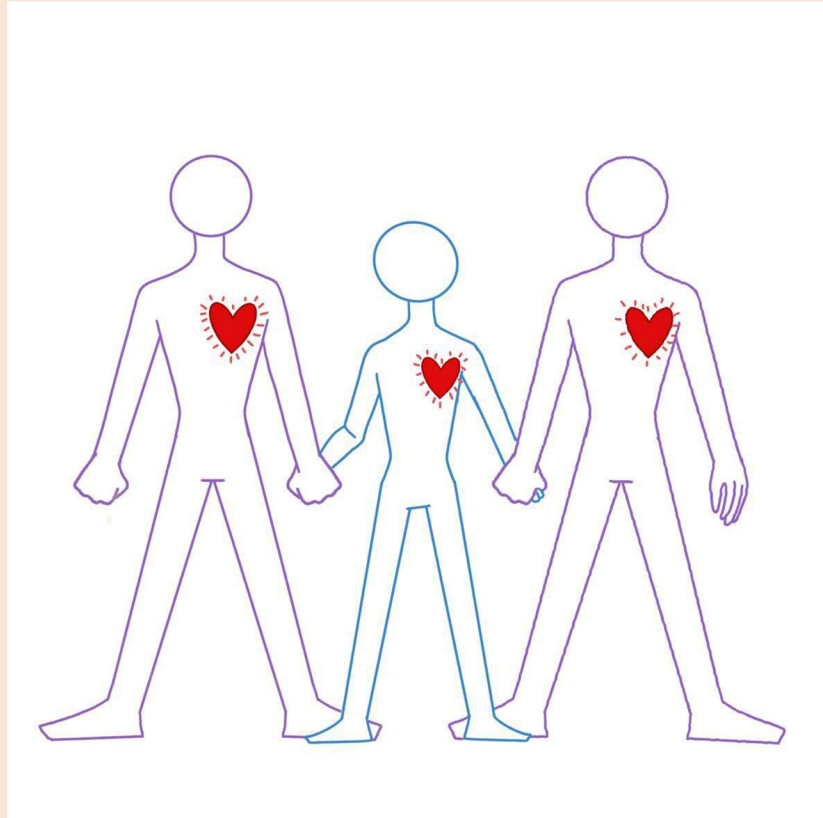
Tomando palabras de Greenspan (1985)⁷³, se puede considerar una aproximación positiva para comprender a los niños. Cada niño es un ser único y, a su vez, un ser complejo. Significa que las dimensiones neurológicas, intelectuales, emocionales y sociales del niño, individualmente diferentes, interactúan todas conjuntamente para crear una persona que es algo más que la recaudación de las partes.

Si a esto se le suma a las relaciones madurativas que el niño establece con los miembros de su familia y cuidadores dentro del contexto social y cultural más amplio y que constituye su base “*experiencial*”, se puede apreciar lo importante que es tener unos conocimientos del enfoque dimensional de este modelo de trabajo.

Valdez (2009)⁷⁴ plantea objetivos para establecer comprensión en la diversidad del contexto de un mundo social y escolar. Abrir a un diálogo sobre la temática del autismo puede resultar enriquecedor y contribuir a lograr una mayor apertura frente al desafío que plantean; frente a las demandas específicas de los niños, lograr respuestas creativas y flexibles. Las ayudas para aprender son herramientas para disminuir barreras al aprendizaje y la participación; instrumentos para mejorar la calidad de vida y contribuir a la construcción de una escuela inclusiva, que es por otro lado un desafío no solo para los docentes y las familias sino para las políticas educativas.

⁷³El autor hace mención a las emociones del niño en relación al contexto de relación.

⁷⁴ El autor hace un abordaje específico a los desafíos escolares de los niños con autismo.



DISEÑO METODOLOGICO

Este estudio se plantea como estudio de caso, y consiste en un método o técnica de investigación, habitualmente utilizado en las ciencias de la salud y sociales, que se caracteriza por ser un proceso que busca e indaga, el análisis sistemático de uno o varios casos.

Se entiende por caso todas aquellas circunstancias, situaciones o fenómenos únicos donde se requiere más información o merecen algún tipo de interés dentro del mundo de la investigación. En contraposición a otros tipos de investigación empírica, esta es una metodología considerada como una técnica de investigación cualitativa, ya que el desarrollo de esta se centra en el estudio arduo de un mismo fenómeno. Y no en el análisis estadístico de los datos ya existentes.

No obstante, el estudio de casos puede llevarse a cabo tanto con una sola persona como objeto de investigación, como con varios sujetos que poseen unas características determinadas. Para ello, la persona o personas que llevan a cabo el estudio de caso recurren a técnicas como la observación o la administración de cuestionarios o pruebas psicológicas. No obstante, estos procedimientos van a variar según la disciplina a la que pertenezca la investigación.

La presente investigación se desarrolla en forma descriptiva ya que busca hacer un análisis de los recursos puestos en juego desde el área fonoaudiológica específicamente a los aspectos comunicativos en un niño no verbal, con características del espectro autista, durante el período de desarrollo entre los 28 meses y 36, durante 4 sesiones, entre noviembre /14 y marzo/15, concurriendo a tratamiento en consultorio particular.

El diseño es observacional y se desarrolla en forma longitudinal realizando un seguimiento de 4 sesiones. Es un estudio de caso donde se pretende analizar las modalidades de interacción y las estrategias de intervención puestas en juego. Como instrumento de recolección de datos se utiliza una grilla de observación en la cual se analizan las filmaciones de los segmentos de sesión grabados.

Las variables sujetas a análisis son:

- Tipos de conductas comunicativas.
- Atención conjunta
- Corregulación
- Autorregulación del adulto
- Recursos de intervención del adulto
- Tono emocional del adulto
- Estrategias del adulto para promover actitudes comunicativas en el niño
- Estrategias facilitadoras
- Estrategias bloqueadoras
- Reformulaciones contingentes
- Nivel de desarrollo emocional funcional

Definición de variables

Tipos de conductas comunicativas

Definición conceptual: recurso que utiliza el niño para influir y expresarse en interacción con el ambiente, objetos o personas

Definición operacional: recurso que utiliza para influir y expresarse en interacción con el ambiente, objetos o personas, un niño con Autismo que asiste a sesión con Fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: expresión no verbal, gesto, proximidad corporal, búsqueda de atención hacia sí, demanda de objeto, demanda de acción, protesta, llanto, rechazo, expresión verbal. Se consigna si están presentes o ausentes durante la sesión.

Atención conjunta

Definición conceptual: capacidad de selección activa de información del medio, compartiendo el interés con un otro.

Definición operacional: capacidad de selección activa de información del medio, compartiendo el interés con un otro, que utiliza un niño con Autismo que asiste a sesión con Fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: deposición corporal: intencional o condicionada, mirada: busca contacto o evade, compartir interés en la actividad: inicia o responde. Se consigna si están presentes o ausentes durante la sesión.

Corregulación

Definición conceptual: capacidad de modular y modificar respuestas emocionales y cognitivas, por demandas específicas.

Definición operacional: capacidad de modular y modificar respuestas emocionales y cognitivas, por demandas específicas, que utiliza un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son estrategias: para recuperar la calma, para activarse, estrategias irritantes, estrategias tranquilizantes, estrategias que agregar, estrategias que eliminar. Se consigna si están presentes o ausentes durante la sesión.

Autorregulación del adulto

Definición conceptual: capacidad de transicionar en forma gradual del control externo al interno, se genera en forma voluntaria, permite al sujeto controlar procesos emocionales y cognitivos cuando es adaptativo

Definición operacional: capacidad de transicionar en forma gradual del control externo al interno, se genera en forma voluntaria, permite al sujeto controlar procesos emocionales y cognitivos cuando es adaptativo que utiliza un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son estrategias: para recuperar la calma, para activarse, estímulos irritantes, estímulos que tranquilizan, estímulos que agregar, estímulos que eliminar. Se consigna si están presentes o ausentes durante la sesión.

Recursos de intervención del adulto

Definición conceptual: adecuaciones que realiza el adulto en su manera de hablar con propósito de ampliar y enriquecer el lenguaje de un niño en la interacción

Definición operacional: adecuaciones que realiza el adulto en su manera de hablar con propósito de ampliar y enriquecer el lenguaje de un niño en la interacción capacidad para utilizar con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: modelado, imitación, refuerzo, interacción receptiva, demora temporal, planteo de problemas, estructuración del entorno. Se consigna si están siempre, a veces, o nunca durante la sesión.

Tono emocional del adulto

Definición conceptual: estado emocional momentáneo o continuo, en una escala gradual de emociones que se permite reconocer en un un vínculo.

Definición operacional: estado emocional momentáneo o continuo, en una escala gradual de emociones que se permite reconocer en un vínculo con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: postura corporal, establecimiento de conexiones, construcción de ideas, respeto de la intencionalidad, ayuda, estabilidad emocional, separación en el espacio. Se consigna si están siempre, a veces, o nunca durante la sesión.

Estrategias del adulto para promover actitudes comunicativas en el niño

Definición conceptual: cualidades de la actitud corporal, sensorial y emocional del adulto para instar al niño a interactuar con él con empatía.

Definición operacional: cualidades de la actitud corporal, sensorial y emocional del adulto para instar al niño a interactuar con él con empatía, para utilizar con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: obtención de la mirada vivaz, sostener interacciones, estrategias sensoriales, alentar a ser intencional, alentar a tomar decisiones, nuevas ideas. Se consigna si están siempre, a veces, o nunca durante la sesión.

Estrategias facilitadoras

Definición conceptual: cualidad del comportamiento del adulto que permite respuesta apropiada por parte del adulto.

Definición operacional: cualidad del comportamiento del adulto que permite respuesta apropiada por parte del adulto para utilizar con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: continuación, atención al juego, respuesta apropiada. Se consigna si están siempre, a veces, o nunca durante la sesión.

Estrategias bloqueadoras

Definición conceptual: actitudes del hablante adulto que dificultan las relaciones comunicativas con otra persona.

Definición operacional: actitudes del hablante adulto que dificultan las relaciones comunicativas con otra persona, para utilizar con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: tendencia a la directividad, respuesta inapropiada, poca participación. Se consigna si están siempre, a veces, o nunca durante la sesión.

Reformulaciones contingentes

Definición conceptual: capacidad de interacción, que toma en cuenta los enunciados que producen los niños y que los adultos toman para ampliarlos, imitarlos o reformularlos en la interacción con un niño.

Definición operación: capacidad de interacción, que toma en cuenta los enunciados que producen los niños y que los adultos toman para ampliarlos, imitarlos o reformularlos en la interacción con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Los indicadores son: reformulaciones simples, continuaciones, imitaciones, reformulaciones complejas. Se consigna si están presentes o ausentes durante la sesión.

Niveles de desarrollo emocional funcional,⁷⁵

Definición conceptual: capacidad que un niño tiene de intercambiar con su cuidador/a una variedad de señales emocionales. Permite entender el desarrollo en forma integral.

Definición operacional: capacidad que un niño tiene de intercambiar con su cuidador/a una variedad de señales emocionales. Permite entender el desarrollo en forma integral para utilizar con un niño con Autismo que asiste a sesión con fonoaudióloga en consultorio, en el año 2013 en la ciudad de Mar del Plata. Se consideran las siguientes dimensiones:

Autorregulación e interés por el mundo: el mundo de las sensaciones es captado por el niño debe poder lograr con este panorama sensorial dar una respuesta y mantenerse calmado. Los indicadores son: interés en diferentes sensaciones, permanece atento y focalizado por más de dos minutos, se recupera del estrés en 10 minutos con ayuda, muestra interés en el terapeuta y/o la madre. Se consigna: N habilidad nunca presente A habilidad presente algunas veces, S habilidad siempre presente, L el niño pierde la habilidad bajo estrés (enojo, hambre, fatiga, etc.).

Apego y formación de relaciones /intimidad: es el interés amoroso por las relaciones humanas, esta habilidad forma la base para todas las futuras relaciones, sentir que las relaciones con otros son gozosas, basadas en el amor a través de toda la vida, este nivel también es base para las habilidades motoras, cognitivas y del lenguaje, aprender a usar el cuerpo para buscar el rostro las caricias, a través del contacto y la cercanía. Los indicadores son: responde a su tono con sonrisa, seriedad, vocalizaciones, u otra conducta intencional; responde con placer obvio; anticipa un objeto que fue mostrado y luego se retira; se molesta si el terapeuta/madre no responde durante el juego, protesta y se enoja cuando se frustra. Se consigna: N habilidad nunca presente A habilidad presente algunas veces, S habilidad siempre presente, L el niño pierde la habilidad bajo estrés (enojo, hambre, fatiga, etc.).

Interacciones intencionales de doble vía: capacidad del niño de expresar un sentimiento o una intención, y que su cuidador le responda, dando comienzo la comunicación y círculos, con varios inicios y cierres del niño, conformando diálogos. Los indicadores son: responde al gesto del terapeuta con gesto intencional; inicia interacción con el terapeuta; denota emociones de cercanía, placer, excitación durante protesta enojo o temor. Se consigna: N habilidad nunca presente A habilidad presente algunas veces, S habilidad siempre presente, L el niño pierde la habilidad bajo estrés (enojo, hambre, fatiga, etc.).

Comunicación compleja: cuando el niño ha dominado lo básico de la comunicación de dos vías, el número de círculos que puede abrir y cerrar crece rápidamente, y con el número aumenta la complejidad. Se hace mención de este nivel considerando la edad cronológica del

⁷⁵ versión basada en el modelo Dir

niño, 3 años y medio conducta no lograda, considerando que en el desarrollo típico está presente

Ideas emocionales: la habilidad del niño para formar ideas se desarrolla primero en el juego, inventa historias, y, a través de las mismas experimenta con el rango de intenciones y deseos que siente, lo que constituye el juego simbólico.

Pensamiento emocional: el niño es capaz de construir puentes entre esas ideas emocionales de la etapa anterior, las ideas se enlazan juntas en secuencias lógicas y el juego y la imaginación están conectados lógicamente.

A continuación, se presenta el consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de Mar del Plata, a los 20 días del mes de enero de 2020, los Sres.en su calidad dedel niño....., es informada respecto de la grabación audiovisual de las sesiones fonoaudiológicas con el fin de ser utilizadas por quien suscribe en la elaboración y análisis, de la Tesis correspondiente a la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA de esta ciudad. Se hace saber al firmante que el propósito de la observación es determinar las características de interacción comunicativas del paciente. Asimismo, se le informa al firmante que las grabaciones referidas, así como los datos personales del paciente, son de carácter confidencial, solo dándose a conocer el análisis de la observación y pudiendo ser presentados en congresos y/o publicaciones científicas. La metodología utilizada en esta ocasión no implica riesgo ni costo para el paciente ni sus responsables directos. En consecuencia, habiendo tomado conocimiento y comprendido lo de arriba detallado, autorizo a Laura Martinelli a registrar mediante audiovisuales las sesiones de Fonoaudiología del menor, a efectos de ser utilizadas en la elaboración y análisis de la Tesis precedentemente mencionada.

Apellido y Nombre de los autorizantes.....

DNI.....

Firma de los participantes.....

Lugar y fecha.....

Apellido y nombre del profesional.....

DNI o matrícula.....

Firma.....

Lugar y fecha.....



ANALISIS DE DATOS

A continuación, se presenta una breve caracterización del cuadro clínico del paciente en el momento evolutivo en que se realizó este trabajo.

Paciente de sexo masculino de 3 años, con Autismo, el cual evidencia un compromiso global en todas las áreas de su desarrollo, características que son compatibles con alteraciones en la vinculación y comunicación, comprendidos en la caracterización del espectro autista.

Se trabaja con él, en forma interdisciplinaria, con terapia ocupacional y psicología.

El niño establece conexión en la interacción en la vinculación bidireccional.

Muestra estar vinculado con la fonoaudióloga y los objetos con los cuales juegan, en varias oportunidades. Por momentos se muestra desregulado necesita agitarse de brazos, manos, gritar, logra regularse y establece tiempos de correulación. Su tono emocional es plano, con posibilidades de elevarse, cuando está acostado en el piso, o sentado en las piernas de Fo. Sus capacidades de intimidad y atención están presentes con restricciones, ya que con apoyo del terapeuta logra sostener la conducta.

Necesita considerable ayuda para empezar a jugar o para involucrarse en acciones con propósito, inicia acercamiento físico, establece niveles de comunicación gestual, risas, sonrisas. Por momentos se logra atención mutua.

Se muestra defensivo, necesita tiempo para procesar información sensorial, presenta desafíos en la modulación sensorial. Bajo umbral neurológico-táctil, evitación del estímulo, dificultades significativas en el procesamiento auditivo.

Tolera el tacto una vez que dominó la situación, cuando está en el piso apoyando la espalda, quieto, no cuando está moviéndose por su propia iniciativa, parece no estar seguro de lo que su cuerpo va a hacer, evita el contacto visual y táctil. El movimiento de la hamaca o el piso le proveen compresión contra su cuerpo eliminando su necesidad de trabajar para sostenerlo, como consecuencia está más libre para mirar e interactuar, puede sentirse más organizado, puede liberar su mirada.

En cuanto al procesamiento de la información auditiva, se observa que responde algunos sonidos de la vida diaria, responde a su nombre. Se utilizan variadas estrategias de andamiaje en este sentido, voz cantada, lentificada, apoyo gestual, palabras nominativas, onomatopeyas.

En su conducta los recursos auto regulatorios, aleteos, pestañeos, se hacen presente.

El niño mantiene la atención hacia los objetos y hacia las personas que se vinculan en lo cotidiano con él, manteniendo períodos más largos de interacción. Se establecen estrategias para favorecer el procesamiento auditivo.

Comienza a hacer uso de gestos arbitrarios y convencionales, como el aplauso y saludar con gesto de la mano, para contactar con otro o acercar la mejilla a la cara del otro

Su actitud corporal se evidencia más atenta al contexto y a otro que interactúa con él.

La interacción es fundamentalmente bidireccional. Se trabaja para lograr mayor seguridad y confort mientras está con las personas que se relacionan a diario con él, generando una interacción triangular.

Los objetivos que se proponen desde el área fonoaudiología es mantenerlo regulado y atento durante el juego sensorio motor, establecer en el uso del lenguaje como andamiaje, la modulación necesaria que le permita el afecto y así integrar adecuadamente los estímulos, presentando mayor adaptabilidad.

Concorre a jardín con proyecto de integración de educación especial , presenta desafíos significativos a nivel psicomotor en el procesamiento sensorial y planeamiento motor y ausencia de lenguaje, con comprensión del mismo en estructura simple con soporte gestual y andamiaje a partir de recursos varios que le permiten acrecentar su comprensión respondiendo o reaccionado según el caso a sus interlocutores, con los cuales tiene dependencia, y actitud pasiva, de espera a la indicación y dirección de la interacción, es un gran desafío para él generar iniciativa en la interacción.

Concorre durante el período 2013 a terapia fonoaudiológica y terapia ocupacional con frecuencia de dos sesiones semanales, luego de 3 meses, se suma terapia Psicológica, dos sesiones. A partir de año y medio hace hidroterapia, en los 2 primeros años su mamá lo acompañaba a las terapias. Luego es el Acompañante Terapéutico, quien se encarga. Su asistencia a los tratamientos es constante.

El niño se desempeña con asistencia permanente, para todas sus actividades de la vida diaria, posee recursos de comunicación generalmente de tipo reactivo emocional, solicitando la asistencia en demanda a su interlocutor para resolver a partir de sus deseos o intereses, principalmente necesidades fisiológicas, beber, comer, ir al baño, como también deseos de ir a un lugar, o irse, con expresiones de gritos ,intencionales, quejas, o vocalizaciones con intención de pedido de atención, que acompaña con gestos corporales que son reactivos, que requieren de ser interpretados por su entorno para ser comprendido.

En los siguientes cuadros se presentan las interacciones, realizando aclaraciones para su comprensión:

- La Fonoaudióloga es mencionada como FO.
- La Madre como M.
- El Niño como N.
- Las conductas no verbales se expresan entre paréntesis.
- Se destaca en **color** las ocasiones en que el niño inicia círculos de comunicación.

SESIÓN 1

Este video es un recorte en la sesión del niño, donde se le invita a la mamá a participar, se comienza a grabar en sesión ya iniciada por un tiempo de 2 minutos 1 segundo. Se presentan a continuación los propósitos de las actividades programadas para la sesión 1.

Lograr que en la diada se mantenga la atención compartida, creando un clima agradable y ameno con respuesta del niño a las iniciativas de juego de la mamá.

Promover en la madre una actitud proactiva y relajada para captar la atención, mantener atención conjunta, Establecer comunicación de doble vía.

Tabla 1: Acciones desarrolladas por los actores participantes de sesión 1

Fonoaudióloga	Madre	Niño	Tiempo
<i>Se propone a la mamá establecer un juego con objetos de la caja de material lumínico. Se sugiere sin intervenir.</i>	<i>Muestra juguetes, con expresiones de exclamación, dando la bienvenida, con una nariz de payaso encendida que cambia de colores.</i>	<i>El espacio es conocido para él, al igual que los objetos. Está sentado en la alfombra, enfrentado a su mamá. La mira a los ojos. Se sonríe. Su actitud es relajada.</i>	
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad.		
	<i>Está sentada en el piso, enfrentada al niño, lo mira a los ojos, le sonríe. Canta una canción conocida para el niño, "Diez indiecitos". Entrelaza las manos con las del niño, palma contra palma. Acerca y aleja las manos de su cuerpo, haciendo un círculo primero hacia arriba, luego hacia abajo, con los dedos abiertos y marcando con el gesto el conteo.</i>	<i>Deja sus manos apoyadas en las de su mamá. Acepta el contacto. Está atento al ritmo de la canción, observa la boca de su mamá, la mira a los ojos, observa el movimiento de las manos. Sigue el movimiento y el conteo con los dedos.</i>	6"

	<p>Hace una pausa en la canción, alarga la melodía.</p> <p>Hace una exclamación Ah!! Abre las manos hacia los costados, las abre, las cierra, se ríe, lo mira a los ojos, los dedos están abiertos. Las manos se juntan, golpea los dedos con las manos del niño agarradas a sus pulgares.</p> <p>Le suelta las manos, prolonga el final del verso.</p> <p>Hace un cuenco con las manos a la altura de los ojos del niño, las abre con los dedos separados. Las junta con las palmas hacia abajo buscando su abdomen con movimiento lento.</p> <p>Le hace cosquillas en la panza. Le pasa las manos por la cara. Lo abraza.</p>	<p>Cuando lo detiene la mira a los ojos. Se sonríe.</p> <p>Emite una carcajada, mira las manos, los ojos. Toma los pulgares de su mamá, con ambas manos siguiendo el movimiento. Al impacto del golpe se sonríe, la mira a los ojos.</p> <p>Suelta las manos de su mamá, las deja apoyadas en su regazo.</p> <p>Continúa mirando las manos de su mamá. Mira el movimiento de las manos y mira la boca de su mamá. Comienza a reírse, hay esbozo de carcajada.</p> <p>Se acerca al regazo de su mamá, apoya su cabeza, se mantiene ahí. Se suelta del abrazo., Se sienta al costado de su mamá.</p>	<p>14"</p> <p>20"</p> <p>24"</p> <p>28"</p> <p>33"</p>
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad. El niño sólo da respuesta a los inicios de la madre. Aún no se conforma el círculo de comunicación.		
<p>Expresa "que hermoso."</p> <p>"Ah mira como lo busca"</p> <p>"Sabe que van arriba, que es distinto a la nariz"</p> <p>"No importa que no se los ponga"</p>	<p>Agarra unos anteojos con luces mientras lo abraza: "vení ponemos esto otra vez". Se pone unos anteojos con luces: "Esto", "uno", "esos esos".</p> <p>Señala otros anteojos que están a la izquierda del niño sobre la alfombra. Ella toma los anteojos, los da vuelta se los pone. Se los saca: "y vos?, ahora vos". Intenta poner esos anteojos al niño: "huy lo apagamos".</p> <p>Se saca sus anteojos intenta ponérselos a él. Toma los anteojos que el niño dejó.</p> <p>Deja los anteojos que tiene, toma los que el niño le ofrece, "me pongo esta, así?"</p>	<p>Observa a la mamá que se pone los anteojos luminosos en la cabeza. Estira su mano señala los anteojos.</p> <p>Mira hacia la izquierda y toma otros anteojos. Saca la lengua entre los dientes, mira a su mamá a los ojos, pone los anteojos encima de los de su mamá. La mira en sus movimientos. No se deja, da vuelta la cara, deja los anteojos en el piso, se apagan los anteojos.</p> <p>Toma los anteojos de las patillas se los saca. Toma los anteojos que la mamá tenía puestos, se los lleva a la cara cerca de los ojos.</p> <p>Le da los anteojos Agarra los otros anteojos se los da para que se los ponga</p>	<p>35"</p> <p>48"</p> <p>52"</p> <p>1'08</p>

<p>“Probá cambiar de canción”</p>	<p>Espera la acción del niño. Toma los anteojos, se los pone.</p> <p>“cantamos otra?” lo toca en el brazo, hace dos pellizcos en la manga, tironeándolo hacia su lado. “Cantamos: “aserrín aserrán” Golpea las manos. Sigue cantando, hace una pausa. Hace un gesto de hacerle cosquillas: “él ya sabe que viene la parte de las cosquillas” “¿Cómo es?”</p>	<p>Se saca los anteojos, los deja a un costado. Saca los otros anteojos que tiene la mamá en su cara, los deja a un costado los observa. Se sonríe.</p> <p>Se anticipa se gira para enfrentarse a ella, se inclina para abrazarla. Queda un poco encima de su cuerpo , saca su lengua se muerde los labios para adentro con fuerza y tensión muscular.</p>	<p>1'40"</p>
<p>“Qué lindo”</p>	<p>Lo toma de los brazos vuelve a cantar la canción, mientras lo balancea adelante y atrás alternadamente.</p> <p>Vuelve a repetir la canción, los gestos de las cosquillas. Lleva las manos arriba, abajo, con movimientos lentos. Abre sus brazos , lo abraza, se ríe</p>	<p>Queda enfrentado a ella con un pierna arrodillada. Se sienta se muerde la lengua.</p> <p>Levanta sus manos, luego las baja evitando las cosquillas. Se ríe. La abraza.</p>	<p>1'50" ,</p> <p>2'01"</p>

La intervención de FO fue modeladora. En el 1'08" es apresurada la sugerencia de cantar una canción, no se permitió estar más en la actividad, darle más tiempo a volver por su iniciativa.

La mamá estuvo calma relajada, disponible al contacto corporal y gestual, se valió de ambos, al igual que de la palabra, con efectividad, con tono afectivo alto.

El niño se mantuvo todo el tiempo vinculado con su mamá en la actividad, aceptando el espacio, permitiendo el contacto. En dos oportunidades inicia la interacción, cuando propone poner los anteojos, cuando se dispone con el cuerpo a recibir las cosquillas.

SESIÓN 2

Este video es un recorte en la sesión del niño, donde participa FO, se comienza a grabar en sesión ya iniciada por un tiempo de 3 minutos 03 segundos. Se presentan a continuación los propósitos de las actividades programadas para la sesión 2.

Lograr mantener intimidad con el niño, durante determinado tiempo, juntos en un mismo espacio.

Buscar el interés por los objetos que se le presentan, para que con ellos pueda generar acciones con propósito.

Resolver problemas.

Video 2

Este video es un recorte de una sesión de 45', realizada por FO, y el niño A

Tabla 2: Acciones desarrolladas por los actores participantes de sesión 2.

Ambos están sentados, FO mantiene piernas abiertas, generando límite y contención en cercanía, el niño se encuentra sentado enfrenteado a ella en el espacio entre las piernas.

Fonoaudióloga	Niño	Tiempo
Enciende un animalito de juguete que emite música. "A ver, (voz susurrada) aah el teléfono", Vuelve a agarrar el animalito. Enciende una vez más el juguete.	Emite gemidos. Lo toma en sus manos, lo observa, mira la cámara, se apaga, lo deja en el piso.	
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad.	
Enciende el juguete, se escucha la música, se lo ofrece. Repite lo que dice el niño: "eeh, viste que lindo!" "Ah que lindo", (voz suave). "Y ahora.. y ahora qué pasa?" "Ah, no tiene música".	Observa a Fo, extiende la mano y toma el objeto. Expresa "eeeeh". Su mirada se mantiene en el objeto. Se apaga, lo gira, lo da vuelta. Gira su cabeza hacia FO, se lleva el muñeco a la boca.	28" 46" 54"
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad. El niño sólo da respuesta a los inicios de FO. Aún no se conforma el círculo de comunicación.	
Le ofrece la mano abierta: "le ponemos música querés?" Sigue con mano extendida "No puedo" Lo enciende, se escucha la música "ahí sí" "Uh ¿Qué pasó?"	Toma la mano de FO para poner muñeco encima. Mira el juguete. La mira. Se apaga, la mira. Se irrita. Hace un gemido, se endereza sobre sus rodillas.	1'12" 1'27"

<p>“A ver, a ver, mirá”. Se escucha la música.</p>	<p>Aprieta el juguete con su mano izquierda.</p> <p>Hace un gemido, se sonríe, lleva su mano derecha a la cabeza. Toma el juguete, se escucha la música... Se mantiene con la mirada fija en el objeto hasta que se apaga.</p>	<p>1'38"</p>
<p>“¿Y qué pasó?”</p> <p>Deja su mano floja. ¿aprieto? Saca la mano del juguete</p>	<p>Se apaga, mira a FO.</p> <p>Agarra mano de FO.</p>	<p>2'02"</p>
<p>“A ver...a ver...”</p> <p>“um, um” (lo imita) “No puedo”, (simula no poder encender el juguete). “Ah, no puedo”</p>	<p>Agarra mano izquierda de FO con fuerza, se queja. Se queja: “um, um”</p> <p>Um, um, con labios apretados, se queja, acerca su cuerpo a FO y la mira, le pone el muñeco en la mano.</p>	<p>2'17"</p>
<p>“Ah, bueno!” Um,um”</p> <p>“Um, um” sacude el muñeco.</p>	<p>Mira la boca de FO. Vuelve a mirarla.</p> <p>Observa los movimientos de FO, espera. La mira, pestañea, su mirada va hacia el lado izquierdo.</p>	<p>2'34"</p> <p>3'03"</p>
<p>Dice en voz susurrada : “A ver que lo aprieto”</p> <p>Se escucha la música, “sí”</p>	<p>La mira. Vuelve a mirarla.</p> <p>Mira para los costados, vuelve a mirarla.</p>	<p>3'19"</p>
<p>“A pero qué cosa” “¿Qué pasó?” (pregunta con más entonación y más volumen en la voz)</p>	<p>Se mantiene por ese tiempo observando fijamente el muñeco.</p>	<p>3'44"</p>
<p>“¿Qué pasó?” Con voz susurrada repite: ¿Qué pasó?</p> <p>“Qué bueno... qué bueno”.</p>		

En esta sesión el interés del niño está dado en escuchar la música que hace el muñeco, al tirarle de una cuerda, procedimiento que no logra resolver sin ayuda, su demanda de asistencia está planteada mediante reacciones emocionales para lograr la atención de la Fo. Se observan en esta oportunidad los recursos gestuales y corporales que el niño pone en juego para dar a entender lo que quiere, a partir del interés específico en un objeto.

SESIÓN 3

Este video es un recorte en la sesión, donde se le presenta al niño el espacio circunscripto por los almohadones, en el consultorio, se comienza a grabar en sesión ya iniciada por un tiempo de 8 minutos. Se presentan a continuación los propósitos de las actividades programadas para la sesión 3.

En el siguiente cuadro se presentan las interacciones. Realizando aclaraciones

Lograr mantener intimidad y conexión en la mirada.

Promover el contacto y la cercanía, sin que se abrume, lograr su disposición al otro en la calma.

Establecer esbozos de comunicación de doble vía, buscar su iniciativa.

Lograr correulación en la interacción que lo inciten al niño a permanecer más tiempo en la actividad, en atención a la vinculación que mantiene con Fo.

Tabla 3: Acciones desarrolladas por los actores participantes de sesión 3, (T.O . filma)

Fonoaudióloga	Niño	Tiempo
<p>Se prepara el ambiente, con los almohadones, se le rodea el cuerpo, buscando achicar el espacio para activar la conexión. Fo está arrodillada en el piso cerca del niño.</p>	<p>El espacio es conocido para él, al igual que los objetos. Está acostado en la alfombra, con las manos y piernas levantadas. Se tapa con los almohadones, muerde uno de color verde.</p>	
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad.	
<p>Levanta un almohadón, lentamente, por encima de su cabeza enfrentada al niño arrodillado: "almohadón", "almohadón", "ah". Deja el almohadón encima del cuerpo del niño, hay otro almohadón. Comienza a caminar con los dedos de la mano derecha por encima de un almohadón que está al lado del niño en el piso, se acerca a la mano del niño, lo toca, mientras dice: "taca, taca". Le camina con sus dedos por encima de la mano de él, dice: "hola".</p>	<p>Se pone las manos arriba de su cara, reproduce expresiones, irreconocibles, mordiendo la punta del almohadón. Mira a Fo. Se pone de costado, sigue con sus manos enfrentadas desde los dorsos, mueve los dedos, repite una expresión levanta el tono: "uaquaya".</p>	6'
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad. El niño sólo da respuesta a los inicios de FO. Aún no se conforma el círculo de comunicación.	
<p>Pone la mano encima de los almohadones comienza a caminar con sus dedos por ahí, hacia la cara del niño: "aca". Baja la mano, busca la mano del niño en el almohadón del piso, le camina con los dedos: "Ahhhh".</p>	<p>Cuando lo detiene la mira a los ojos. Se sonríe.</p>	8" 12"

Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad. El niño sólo da respuesta a los inicios de la FO. Aún no se conforma el círculo de comunicación.	
<p>Camina con sus dedos por encima del almohadón que está en el piso, llega hasta la mano del niño que está apoyada ahí. "Hola" Levanta la mano comienza a hacer el recorrido con su mano, por la pila de almohadones que el niño tiene encima: "taca. Taca"</p>	<p>la mira , deja su mano, comienza a acercarla hacia la mano de fo</p>	20"
<p>Lleva la mano arriba de la pila de almohadones, "acá"</p> <p>Hace una pausa, espera, se sonríe. Baja su mano roza la del niño: "acá". Lleva la mano hasta su cuello.</p>	<p>la observa, continua mordiendo el almohadón, observa el movimiento de las manos, lleva las manos hacia arriba, suelta el almohadón que tiene en la boca , se ríe , saca la mano vuelve a morder el almohadón</p> <p>La mira se ríe. Pone él la mano, encima del almohadón que está en el piso la mira. Se sonríe. La mira, deja su mano, extendida en el almohadón. Mira hacia donde dirige su mano FO, a la pila de los almohadones sobre su cuerpo.</p>	26"
<p>Camina con sus dedos por el almohadón del piso, lo mira , "ahha"</p>	<p>Observa, pone su mano. La saca, la coloca sobre el almohadón del costado. La mira: "guehela guehela".</p>	31"
<p>Lleva su mano a la pila de almohadones, camina con sus dedos por la mano del niño, "eehhh" "que"</p>	<p>Baja la mano Pone la mano, observa cómo le camina por su brazo hasta llegar al hombro: "queillele". Levanta la mano de costado, extiende el brazo por encima de la pila que tiene encima, sigue con la punta del almohadón mordiendo , se sonríe Baja la mano</p>	34"
<p>Baja la mano</p> <p>Sube la mano, "ahh" , la baja la sube, "ahí"</p>	<p>Sube la mano , sigue en el aire el movimiento de mano de FO, con su mano izquierda, su mano derecha está en la boca, se ríe El niño observa de costado, se sonríe, pone la mano encima de los almohadones que están sobre su cuerpo La baja, la vuelve a subir, saca la mano la lleva hacia su pecho. Saca la mano se la lleva al frente Levanta su mano, busca la de FO</p>	44"
<p>Saca la mano, se aleja, levanta la mano, acerca su mano a la del niño, lo observa, "ah", susurrando, entrecruzan los dedos en el aire, camina con sus dedos hasta el hombro, saca rápido la mano.</p>	<p>Acepta entrecruzar los dedos , mira las manos Saca la mano, la vuelve a poner en la pila que está sobre su cuerpo, murmura "umumum"</p>	1'03"

<p>Levanta la mano alto "aca mano" En el aire camina por encima de la mano del niño, repite su expresión:"umumum"</p>	<p>Mira la mano de FO Se gira sobre su cuerpo escondiendo su cabeza en la almohada que apoya</p>	<p>1'09"</p>
<p>Levanta la otra mano: "esta, mano". Deja su mano para que el niño ña agarre"esta, esta" "ahh"</p>	<p>Extiende las dos manos para agarrar mano de Fo, "um" Toma los dedos la mira a los ojos, "capitelale, cappitelale", Tira de la mano hacia su cuerpo, la mira a los ojos</p> <p>La observa , mira el recorrido que hace con los almohadones</p>	<p>1'19"</p>
<p>"alalala", se endereza quedando de rodillas Mientras él tiene agarrada su mano derecha: "saco,saco" (voz cantada). Saca los almohadones, libera el espacio. Observa cómo acomoda el cuerpo.</p> <p>Se acerca, palmea, con ritmo y tararea "ummmum", canción de cuna la espalda a la altura de la cintura, Pasa por toda la espalda</p>	<p>Endereza su cuerpo, mira a FO, se para, se queda flexionado hacia adelante, se queja apoyando la cabeza en el piso pone su mano en la espalda , toma con sus manos la manos de FO, empieza a mover su cuerpo en esa posición de adelante hacia atrás</p> <p>Se sienta , sus mejillas están coloradas, se lleva las manos a la cara Mira las manos de FO., se mantiene ahí, observa a la cámara Observa las manos que le ofrece FO: se queja, "unmumn"</p>	<p>1'38"</p>
<p>Le ofrece las manos, sigue tarareando susurrado.</p> <p>Dice elevando el tono "lalalala". Le ofrece las manos con palmas para arriba, las da vuelta. FO canturrea mientras comienza a mecerlo suave, emite "ummmummm". Detiene el movimiento. Acerca su cuerpo hacia el niño</p>	<p>Deja su brazo, se mantiene ahí, emite unos sonidos: "umumum", se deja mecer, mira la cámara , se ríe. Saca la mano rápidamente Se pasa las manos por las orejas, dice con voz fuerte:"lalalala"</p> <p>Saca la mano, la extiende hacia fo</p>	<p>1'51"</p>
<p>Imita el sonido que hace el niño: "lalalala". Toma sus dedos desde las puntas.</p> <p>Abre la mano y le tapa la cara, la desliza hacia su pecho, dice: "ahaha."</p> <p>Vuelve a pasar mano por la cara, lo repite sin llegar a la cara. Pasa la mano por el pecho del niño, dice "ahaha" lo vuelve a repetir</p>	<p>Deja la mano, mira a FO, la busca por encima de los almohadones, sigue el recorrido, hace unos sonidos: "umumum". Mira la cámara (Se repite 2 veces esta secuencia) Agarra la mano de FO. , agarra los dedos, mira la cámara Se sonríe Acepta el desplazamiento se sonríe , mirando la cámara, con labios apretados Mira la otra mano, levantada de FO, lleva su brazo a la frente emite:"quetaqueta alalala"</p>	<p>2'01"</p>
<p>Toma los pies del niño, lo tironea hacia su cuerpo para subirlo a sus piernas, "ponpounpon"</p>	<p></p>	<p>2'17"</p>

<p>Toma un almohadón lo pone detrás del niño, se aleja para tomarle los pies, separa su cuerpo del del niño, sentándose más atrás extiende y flexiona las piernas del niño, con fuerza.</p> <p>Pasa a las manos, flexiona y extiende los brazos, dice: "a la una, a las dos" "ap", "uuuup", mientras dice esto se va para atrás con el niño encima de su regazo. Abre las piernas, deja que el niño apoye la espalda en el piso.</p> <p>Lo espera, "aaahah".</p> <p>Suelta las manos.</p> <p>Agarra las manos: "otra vez".</p> <p>Levanta los brazos extiende las palmas hacia abajo.</p> <p>"Pies?"</p> <p>Golpea palma y pies respectivamente</p> <p>Pregunta: "pies"</p> <p>Los golpea otra vez con sus palmas</p> <p>Agarra ambas manos dice: "manos"</p> <p>Extiende y flexiona los brazos, (espera iniciativa de seguir el juego).</p> <p>FO repite "acacac".</p> <p>Vuelve a extender y flexionar brazos, Dice "aaaah"</p> <p>Vuelve a repetir los movimientos con más intensidad, dice: "aaahaaah"</p> <p>Hace intentos de levantar, pero sin fuerza.</p> <p>Hace dos movimientos, con intención de levantarlo: "ahahah", en el tercer movimiento lo levanta y se acuesta sobre su espalda, el niño queda en su regazo</p> <p>"a era eso sí era eso".</p> <p>Se apoyan cabeza contra cabeza. Lo abraza palmea su espalda, "ahahah"</p> <p>Se va hacia atrás apoyando la espalda en el piso.</p> <p>Lo sigue en el movimiento se endereza</p> <p>Le pone las manos en su abdomen, le pasa las manos suaves, susurra "ahahah"</p> <p>Le pasa las manos por los costados del tronco, lento.</p> <p>Se deja tomar los dedos, emite susurrando: "aaahahahh"</p>	<p>Agarra la mano la lleva hacia su cuerpo, en el pecho, agarra los dedos de FO, dice: "copitealacopitealala"</p> <p>Suelta la mano se da vuelta sobre el piso, ya no tiene los almohadones sobre su cuerpo.</p> <p>Se queda con las piernas extendidas doblando el torso hacia abajo, apoya la cabeza en el piso, se lleva las manos atrás, a la altura de la cintura, "ummummela"</p> <p>Se sienta, lleva las manos a la altura de su oídos las agita, dice, "quela,quela" levanta el tono, lleva sus manos otra vez a la cabeza</p> <p>Acepta las manos de FO. Se las toma.</p> <p>Comienza a dejar mecerse, observa a la cámara. Se sonríe. Suelta las manos, se las a las orejas, expresa gritando "lalalal".</p> <p>Se sonríe, acerca sus manos a las de FO</p> <p>Se agarra de los pulgares, cierra los ojos.</p> <p>La mira, hace un ruido gutural con los labios cerrados.</p> <p>Observa al que filma. Se sonríe</p> <p>Observa el cambio de agarre que le hizo a sus dedos, agarra la mano derecha con sus dos manos, se la acerca a su cara. Se ríe</p> <p>Se pone de costado, se tira para atrás, lleva sus manos hacia sus orejas, grita, lleva la cabeza para atrás cierra los ojos</p> <p>Se calma, mira a FO:, se sonríe</p> <p>Emite un sonido suave "eee", agarra la mano de FO, toma los dedos. Cierra los ojos toma los dedos pulgares de FO.</p> <p>Se deja llevar con la envión, agarrado de las manos, observa al que filma.</p> <p>Acerca la cara a Fo</p> <p>"peteco, peteco"</p> <p>Agarrado de los pulgares, acepta el desplazamiento hacia arriba</p>	<p>2'55"</p> <p>3'03"</p> <p>3'24"</p> <p>3'40"</p> <p>4'01"</p> <p>4'10"</p>
--	--	---

<p>Se deja llevar por el movimiento acepta, llevar su cuerpo hacia atrás, apoya en el piso “uhuh” queda otra vez encima de su cuerpo</p> <p>“petecó, petecó”</p> <p>Se ríe, lo endereza, lentificando el movimiento, van hacia abajo, dice susurrando” peteco peteco”</p> <p>Comienza a mover las piernas, “petecó petecó”.</p> <p>Apoya la espalda en el piso, tienen las manos agarrada, frente con frente, se miran a los ojos. Ahí en el piso dice “petecó petecó” y mueve el tronco de arriba hacia abajo.</p> <p>Se sonríe, se levanta enderezando el tronco, levanta las manos, espera, sin golpear ni pies ni manos del niño, “oooo”</p> <p>Agarra las manos sacude los brazos: “agarra, agarra”</p> <p>Tira buscando tensión en los brazos del niño, va hacia atrás, apoya la espalda en el piso. Levanta su espalda del piso, repite: “peteco”.</p> <p>·</p> <p>Toma un rodillo, para ponerlo tras la espalda del niño, “peteco”</p> <p>“ahahahah”. Lo sienta en el rodillo</p> <p>Dice “peteco peteco, ahahaha”.</p> <p>Lo agarra de las manos, comienza a mecerlo “ahahahah”, se ríe.</p> <p>Lo sostiene de las manos cuando él se tira para atrás dice “ahahaha”.</p> <p>Acepta el movimiento que el niño hace, son suaves: “ahahah” “Bien”.</p> <p>Le suelta las manos: “ohhpohooo”</p> <p>Levanta las manos: “ahahah”</p> <p>Lo espera</p> <p>Da palmadas en los pies: “patitas patitas, golpea las plantas, “patitas”, golpea el empeine.</p> <p>Le pide las manos hace el gesto con sus manos, con las palmas para arriba, “mano”</p> <p>Da un golpeteo rápido, repite con cadencia y melodía: “mano, mano”</p>	<p>Vuelve a desplazarse otra vez hacia arriba, repite una jerga, lo hace con voz suave</p> <p>Acepta que le pase la mano, observa al que filma, mira a FO que le agarra los pies y se los comienza a tirar, mira a T.O.</p> <p>Observa a FO, mira sus pies. Murmura “eee”</p> <p>Se sonríe.</p> <p>La mira, cierra los ojos con fuerza, los vuelve a abrir</p> <p>Se deja llevar, se mantiene, tira su cuerpo para atrás, se sonríe</p> <p>Va hasta el piso, se sonrió, emite: “haia, haia”</p> <p>Levanta los brazos agarrado de Fo. Se ríe.</p> <p>Le da las manos.</p> <p>Pone las piernas por encima de brazos de FO.</p> <p>Acomoda los pies hacia arriba.</p> <p>Se deja golpear con las palmas, baja los pies.</p> <p>Vuelve a levantar los pies.</p> <p>Dice: “utacutac”.</p> <p>Con la espalda apoyada en el piso se deja flexionar los brazos, mira FO</p> <p>Dice: “acacacac”</p> <p>Mira FO, se deja mover.</p> <p>Se sonríe.</p>	<p>4'31”</p> <p>4'52’</p> <p>5'24”</p> <p>5'59”</p>
--	--	---

<p>Saca las manos las eleva las vuelve a juntar con las de él, hace un ligero movimiento de sacudida, dice "arriba"</p> <p>Lo impulsa con las manos, para sentarlo en el rodillo, dice: peteco, petecó", "Ah ahaaha"</p> <p>Luego se pasa arriba de sus piernas, "ah se nos escapó"</p> <p>"ohoh"</p> <p>"otra vez", golpetea su rodilla, izquierda que está apoyada en la de ella, le dice, con cadencia: "otra vez"</p> <p>FO enderezándose en sus rodillas: "A ver arriba", lo hace lento levantándolo de las manos dice con cadencia, con melodía: "arriba, arriba".</p> <p>Se ríe, continúan agarrados de las manos, se las lleva a la espalda de él en un abrazo, se ríe, dice "arriba, arriba", lo va acercando al rodillo corriéndolo con su cuerpo, hasta que el niño se sienta, dice: "ahaah".</p> <p>Lo mueve desde las manos para levantarlo, dice: ahahah", se vuelve a sentar "otra vez?"</p> <p>Se queda arrodillada sobre la alfombra en el mismo lugar</p> <p>"se fue A"</p> <p>"chau A"</p> <p>"lalala"</p> <p>Le ofrece sus manos: "laaa"</p> <p>Se sonríe le ofrece los dedos de sus manos dice susurrado: "la, la"</p> <p>Lo agarra de las manos se las flexiona enérgicamente: "tatata".</p> <p>Se para le suelta las manos .</p>	<p>Se queda recostado apoyando su espalda en el rodillo</p> <p>Se ríe, emite "ahahahah"</p> <p>Abre las piernas.</p> <p>Se queda esperando, observa la cara de FO, se sonríe, emite "ahahahah".</p> <p>Se deja llevar por el movimiento de elevación, queda encima del regazo de FO. Se ríe (carcajada).</p> <p>La mira, se calma.</p> <p>Se ríe, agarra manos de FO.</p> <p>"iheiee".</p> <p>Las lleva arriba.</p> <p>Agarra los dedos.</p> <p>Agarra con fuerza los dedos se levanta del piso y va con el peso de su cuerpo sobre FO</p> <p>Se para se levanta en el mecer desde los brazos que hace FO, mantiene su mirada en ella, en su cara sus manos.</p> <p>Se suelta, mira al que filma comienza a caminar.</p> <p>Sacude sus brazos a los costados, dice: "aqueaqueda", sigue caminando, se sale de la alfombra, gira se pasa las manos a la altura de las orejas: "quiquine" sigue caminando cierra los ojos, se acerca a la pared, baja los brazos</p> <p>Corre hacia el otro lado de la sala, dice con vos fuerte: "qlalelell", se gira mira a FO.</p> <p>Se tapa los oídos, con los dedos índices, cierra los ojos, suspira, abre los ojos, mira al que filma, se saca las manos de las orejas, da un paso se pone enfrente de FO. La mira y dice: "ilalala".</p> <p>Repite "ilalala ilala", mueve sus manos a la altura de sus hombros da un paso, gira, dice "lalala".</p> <p>Toma manos de FO: se enfrenta a ella, está encima de la alfombra.</p> <p>Le agarra los dedos la mira a los ojos repite en voz susurrada: "la"</p> <p>Mira a quien filma, baja la mirada, se suelta, mueve el cuerpo como para salir caminando.</p>	<p>6'28"</p> <p>6'42"</p>
---	---	---------------------------

<p><i>Está detrás del rodillo, dice “ahhh”, suspirando.</i></p> <p><i>Le ofrece las manos.</i></p> <p><i>Lo imita: “lalal”, “ahaha”, “um”.</i></p> <p><i>Le mueve los brazos rápido flexionándolos: “tatata”</i></p>	<p><i>La mira se enfrenta a ella le toma las manos, se acerca.</i></p> <p><i>Se suelta, se da vuelta sale con una corridita rápida, se da vuelta cierra los ojos, mueve sus manos a la altura de los hombros, emite un quejido: “iumium”, se pasa las manos por las orejas lo repite, varias veces, sigue caminando, dice: “umum”.</i></p> <p><i>Se para en la esquina de la sala enfrente de FO. La mira, se rasca la cabeza, se sonríe.</i></p> <p><i>Se toca el pecho, hace otra corridita al otro lado de la sala, dice: “lalal”</i></p> <p><i>Se gira mira a FO: dice: “lale” con voz fuerte</i></p> <p><i>Corre al otro lado de la sala moviendo sus brazos y manos a la altura de los hombros, se gira, camina hacia el otro lado, se pasa manos por las orejas dice: “quie”.</i></p> <p><i>Sigue caminando, mira al que filma, dice: “yyylali, la colalail”.</i></p>	<p>7'17"</p> <p>7'22"</p> <p>7'49"</p>
--	--	--

En esta oportunidad el espacio se delimitó utilizando los almohadones, brinda al niño seguridad y confianza para seguir estando en el mismo espacio que Fo. En esta ocasión, el juego puede realizarse utilizando partes del cuerpo más distales como las manos y los pies, la búsqueda del estímulo, el interés, están puestos en acercar o alejar movimientos de manos y pies en esta oportunidad, el juego de roles, la espera, la anticipación, las pausas, el uso de la voz con distintas entonaciones cobran significación para mantener convocado al niño. Sigue siendo el cuerpo el contacto corporal la proximidad, la forma de mantener su atención en una intimidad segura para él.

SESIÓN 4

Este video es un recorte en la sesión, donde se le presenta al niño el espacio circunscripto por los almohadones, en el consultorio, se comienza a grabar en sesión ya iniciada por un tiempo de 6 minutos. Se presentan a continuación los propósitos de las actividades programadas para la sesión 4.

En el siguiente cuadro se presentan las interacciones. Realizando aclaraciones para

Establecer conexión corporal gestual en espacio reducido

Promover a partir del contacto, activando sistemas sensoriales y su integración promoviendo el tacto profundo, propiceptividad profunda, registro de sensaciones vestibulares.

Establecer esbozos de comunicación de doble vía, buscar su iniciativa.

Lograr permanecer en la actividad, coreglado.

Tabla 4: Acciones desarrolladas por los actores participantes de sesión 4, (T.O. filma)

Fonoaudióloga	Niño	Tiempo
<p><i>Se prepara el ambiente, espacio de consultorio de Terapia Ocupacional, filma T.O.</i></p> <p><i>Se utiliza red , rodillos</i></p> <p><i>Los primeros 16" son de acomodación del espacio.</i></p>	<p><i>El espacio es conocido para él, al igual que los objetos.</i></p> <p><i>Está sentado apoyando la espalda en la pared, un rodillo y una goma de camión inflada apoyada en el piso, le limitan el espacio Fo. Se sienta de costado enfrenteado con él. Su mano está apoyada en el rodillo</i></p>	
Fases de interacción	Atención conjunta, intimidad.	
<p><i>Se sienta y comienza a caminar con los dedos de mano derecha sobre la pierna del niño extendida en el piso, agarra una pelota verde, pequeña, se levanta comienza a descolgar la red de piola, que está colgada en la pared encima del niño</i></p> <p><i>Se sienta en el piso con la red en sus manos</i></p> <p><i>Comienza a esparcirla sobre sus piernas , sobre las piernas del niño</i></p> <p><i>Lleva parte de la red para ponerla sobre la cabeza del niño</i></p> <p><i>"ahh"</i></p> <p><i>"Ah yo también, Mirá yo"</i></p> <p><i>Mientras se pone la red encima de su cabeza, se sale.</i></p> <p><i>Toma la red de vuelta y se la pone por la cabeza al niño. Dice: "ahayahay"</i></p> <p><i>Dice:</i></p>	<p><i>Mira al techo a los costados</i></p> <p><i>Mete la mano entre la red, mira hacia arriba</i></p> <p><i>La agarra con sus dedos se sonríe</i></p>	<p>20"</p> <p>28"</p> <p>48"</p>

<p>“Yo también”y se pone la red en la cabeza “mirá yo” “aca.....ahahaa” Lo toma de los pies y lo acerca más, mientras le pone la red en la cabeza, dice: “chuchu”</p> <p>“ay que” Se la pone, acomoda la red, se cubren los dos, Dice:”hay estamos en una casita, se acerca con su cara a la del niño</p> <p>Comienza a cantar: “yo tengo una casita, que es así y así, cuando sale el humo”, mientras toma la red se la vuelve a poner hace los gestos de mímica de la casita dice: “me la olvide a la canción”</p> <p>Responde: “la cantamos?” Comienza a cantar la canción y a hacer los gestos</p> <p>Lo toca</p>	<p>Dice: “acaiiii”, se sonríe, (la red se sale de su cabeza) Dice: “iiiiii”,</p> <p>Dice: “yyyy” con tono suave relajado, sigue un poco acostado en el piso, apoyado en el rodillo</p> <p>Se sonríe, sigue emitiendo en voz suave: “yyyyyy”</p> <p>Se ríe se endereza sobre su cuerpo toma el ovillo de red amontonada</p> <p>Se deja poner, la red en la cabeza acepta el contacto, se ríe, se la saca</p> <p>Se deja estar bajo la red, apoya los dorsos de su mano contra la red, mete los dedos en los agujeros, dice “aiaiaia”, con voz melodiosa suave Cierra los ojos acerca la cara a la de Fo, se lleva las manos a las orejas se ríe</p>	<p>1’06”</p> <p>1’36”</p>
Fases de interacción Atención conjunta, intimidad. El niño sólo da respuesta a los inicios de FO. Aún no se conforma el círculo de comunicación.		
<p>Lo envuelve con sus brazos Sigue cantando, da unos golpes sobre sus brazos con los dedos, (continúa cantando la canción, hace la mímica)” yo tengo una casita, que es así, y así, y cuando quiero entrar, golpeo, así, y así</p> <p>Golpea con los puños, sus brazos, dando tacto profundo Hace pausa, lo mira, “hay” “¿Cantamos otra canción, la de los patitos?” ¿Hacemos la de los patitos? ¿Si? La de los patitos”</p> <p>Comienza a cantar: “un patito hace cuauc”</p> <p>Bajo el tono de la voz, sigue cantando susurrado</p> <p>Sigue cantando en voz alta, vuelve a poner la red</p>	<p>Se ríe, se sale de la red El observa los movimientos acepta quedar debajo de la red</p> <p>Se ríe la mira toma sus manos, se pone las manos en las orejas, emite una expresión: “utame” Pone su cara muy cerca de ella, se ríe, bajo la red</p> <p>Se ríe, mirándola a los ojos, sale una carcajada Cierra los ojos “oiaiaease inclina sobre su regazo Se ríe a carcajadas</p> <p>Se ríe, cierra los ojos, lleva la cabeza hacia atrás, emite: con voz fuerte “iaaiaaiaiii”</p> <p>Se mira las manos mueve sus dedos Emite “ummm” se ríe</p> <p>Levanta la cabeza dice: “caicaie”</p>	<p>1’16”</p> <p>1’57”</p> <p>2’15”</p>

<p>Se acomoda el pelo, lo observa</p> <p>Lo toma de los pies, dice: "hacemos la de los patitos" Comienza a cantar: "un patito hace ..."</p> <p>Agarra la red, se la pone por encima de su cabeza Se ríe, dice: "yo también me la pongo" "acá nos encontramos" Lo mira, se acerca, dice: "hola Facu" Se acerca, dice: "hola hola Facu" Lo toma de la cintura lo sube a sus piernas Deja las rodillas levantada, lo toma de los brazos, dice: "qué bueno" Lo abraza, se ríe, dice: "estamos en una casita"</p> <p>"Es una casita.... Uaua.....uau (mientras dice esto con la tensión de la red acerca el cuerpo del niño a su cuerpo. Detiene el movimiento</p> <p>Espera el movimiento del niño, dice, "es una casita", mueve las piernas flexionadas a un lado al otro llevando al niño en ese movimiento "Ahh, Ahhh"</p> <p>"¿qué pasó? a se engancharon los dedos? "Se engancharon los dedos", lo ayuda, a sacar los dedos de la red, lo mece, le acaricia la cara, dice: "estaba el dedo enganchado"</p> <p>"hacemos a ver..., un dedito a ver, hacemos, ese dedo es la mamá, "uhh que paso?" Le ayuda a sacarlo, dice:" otro que se enganchó"</p>	<p>Se ríe con fuerza, con sonido de su garganta "ium"</p> <p>Dice en un tono irritado: "ieeieie"</p> <p>Acerca su cara a la de FO, cierra los ojos, los mantiene cerrados, se sonríe</p> <p>Intenta sacar se la red Cierra los ojos Se saca la red, se tira al piso</p> <p>Está en el piso su cabeza detrás dela goma</p> <p>Se queda echado hacia atrás mira hacia el costado Se endereza apoyando las manos en el piso se ríe Agarra la red, se la empieza a poner sobre sus piernas</p> <p>la mira se ríe, dice "agaiai"</p> <p>Se ríe, cierra los ojos</p> <p>Se ríe se mantiene con los ojos cerrados</p> <p>Se ríe</p> <p>La mira se ríe</p> <p>Se ríe</p> <p>Se ríe, cierra los ojos, acerca su cara a la de Fo, se ríe. Se ríe con carcajadas, se queda esperando Inicia el movimiento de su cuerpo adelante y atrás, aceptando la contención y tensión de la red Se ríe, se mueve sobre las piernas Se mueve tensando las piernas, intenta sacar los dedos de sus pies que se quedaron enganchados en la red, "quiteque quiteque" Grita:" aiique"</p> <p>Se Ríe, hace unos sonidos guturales, pone sus brazos flexionados delante de su pecho se acerca a Fo, acepta el abrazo, "ungueungue" Se mira los dedos, se ríe, cierra los ojos.</p>	<p>2'39"</p> <p>2'54"</p> <p>3'20"</p> <p>3'52"</p> <p>4'10"</p>
--	---	--

<p>Continúa la canción, “este otro es el papá”, haciendo los gestos con los dedos</p> <p>Se deja llevar las manos dice “aaahahah”</p> <p>“Caricias caricias para A”, dice mientras le pasa la mano por la cara</p> <p>“Y abrazos”, lo abraza</p> <p>“abrazos, abrazos”, dice mientras toma de la red ajustando hacia ella, acercando el cuerpo del niño</p> <p>¿Qué?”</p> <p>Se queda observando...</p> <p>Dice “me me, me, me”, y lo mece, sosteniendo la red</p> <p>Dice “ahah, “cuando se resbala la red de la cabeza del niño quedando sin sostén</p> <p>“y ahora se salió, uh la ponemos”</p> <p>“muy bien muy bien, la volvemos a poner”</p> <p>Frota su espalda con ambas manos:” muy bien” “la ponemos la ponemos”</p> <p>Dice en voz susurrada: “la casita</p> <p>Toma la red la tira con fuerza para atraerlo hacia adelante</p> <p>Tira hacia adelante, dice “ahh a ver que nos miramos a los ojos”</p> <p>“Ha si” se ríe</p> <p>“nos miramos a los ojos, ah uah, “</p> <p>“¿Qué pasó? ¿Se engancharon los dedos?, ahí está, ahí está, no pasa nada”</p> <p>“oh mirá la mano de Laura, quedo ahí afuera”, mientras saca la mano de la red, frota sus brazos, agarra las manos del niño adelante juntas tamborilea con sus dedos las manos del niño, se acercan sus caras. lo acerca con la red a su cara otra vez, dice: “ah, ah, ah, con voz susurrada”</p> <p>“</p> <p>Ah hago cosquillas en los pies”, mientras toma sus dedos,</p> <p>“que hice... cosquillas en los pies”, mientras en la planta del pie hace cosquillas</p> <p>“A ver, en las manos, hago cosquillas en las manos”, lo dice con voz pausada</p>	<p>Mira sus dedos los de Fo, (sus caras están muy cerca)</p> <p>Mira para abajo, lado derecho</p> <p>Mira, al costado, luego sus manos, “agina”</p> <p>Se ríe, se acerca, pone sus manos juntas, se lleva a la boca, agarra las manos de Fo, se las lleva entrelazadas y pone los dorsos en sus mejillas</p> <p>Se ríe, con carcajadas, y sale un grito, cierra los ojos</p> <p>Dice de manera imperativa: “emi emi, mipire, emipere”, se tira para atrás dejándose sostener por la red, se mece, se deja llevar por el movimiento, cierra los ojos.</p> <p>Se sale de la red, la cabeza cae para atrás</p> <p>Cierra los ojos, con sus manos agarra la red, que tiene en el regazo, se la pone en la cabeza</p> <p>Se ríe, se coloca la red volviéndose a cubrir</p> <p>Se observa sus manos, los dedos</p> <p>Se comienza a mecer de adelante hacia atrás</p> <p>Tira hacia atrás</p> <p>Tira nuevamente hacia atrás, marcando un ritmo, emite un grito “ahahauie”</p> <p>Se ríe, sale carcajada</p> <p>Se pone serio, busca su pie izquierdo con la mirada</p> <p>Se ríe a carcajadas, se acerca con su cara a la de ella</p> <p>Se ríe</p> <p>Hace una expresión de júbilo, se ríe, se tira para atrás</p> <p>Lleva sus manos a las de ella, se ríe, saca las manos se ríe (carcajadas) la mira.</p> <p>Se ríe, pone sus manos en búsqueda del contacto con Fo, para buscar las cosquillas, como para sacarlas las manos cuando no quiere las cosquillas se ríe.</p>	<p>4’35”</p> <p>4’50’</p> <p>5’02”</p> <p>5’39”</p>
--	--	---

<i>Cosquillas en las manos ..., cosquillas en la panza, "mientras hace las cosquillas en cada parte que va nombrando</i>		6'14"
--	--	--------------

La intervención de la Fo en esta sesión, cobra un protagonismo fundamental para generar el encuadre determinando el espacio. Apela al contacto corporal intenso haciendo de su propio cuerpo, base y delimitación utilizando la red, para establecer un límite físico, con ella. Esto permite que las caras de niño y Fo se mantengan muy cerca, al mirarse frente a frente. Se observa el entusiasmo y alegría del niño por querer permanecer en ese espacio, disfruta de la cercanía, el abrazo y busca formas de seguir estando, cuando insiste en arreglar la red para que lo siga cubriendo. Sus risas y carcajadas son constantes, sus formas de dar a conocer sus sensaciones de molestias son fácilmente interpretadas por Fo, hay en ese espacio tan íntimo y tan cercano un nivel de comunicación fluido a través de sensaciones propioceptivas táctiles visuales. La imitación de vocablos a repetición, se expresa, por primera vez, "peteco".

Tabla N° 1 Tipos de conductas comunicativas del niño

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Expresión no verbal	X	X	X	X
Gesto	X	X	X	X
Proximidad corporal	X	X	X	X
Búsqueda de atención hacia sí	X	X	X	X
Demanda de objeto	X	X		
Demanda de acción	X	X	X	
Protesta		X		
Llanto				
Rechazo				
Expresiones verbales				X
Risa	X	X	X	X

Referencia: conductas registradas se marca X, si está presente en sesión.

Fuente: Datos propios

Las conductas comunicativas del niño, se manifiestan en el abanico de todas sus posibilidades, logrando en el desarrollo de lo observado, actitudes que van in crescendo y le permiten en el tiempo progresar, perfeccionar estableciendo niveles de comunicación no verbal en todas las sesiones y en la última sesión utilizar, "petecó", con valor de palabra. La posibilidad de encontrar todo el abanico puede inferirse que se debe a la situación de contacto corporal, estableciendo intimidad con el otro que interactúa con él, le es significativo. Siendo funcional al momento presente, para establecer en sus posibilidades todas las variables que posee, el niño se encuentra con un ánimo dispuesto alegre, que puede desregularse, pero con la intervención del adulto, logra relajar. No se evidenciaron situaciones de protesta, llanto,

rechazo. Acepta ser convocado, mayormente es responsivo, le agrada la interacción afectiva, basada en el juego sensoriomotor que mantiene y eso le permite estar disponible.

Su interacción es intermitente, una atención dependiente del estado afectivo, el cual necesita ser andamiado por el adulto para que lo sostenga. Su capacidad de comunicación bidireccional es muy reducida, responde a necesidades concretas o experiencias sensoriomotrices básicas, tales como saltar, abrazar, cosquillas. Por momentos puede mostrarse muy pasivo o muy activo buscando sensaciones. Sus desafíos de procesamiento motor se evidencian en particular respecto de lo oral-motor.

Tabla N° 2 Atención conjunta

	1- Deposición corporal		2- Mirada		3- Compartir interés en la actividad	
	Intencional	Condicionada	Busca contacto	Evade	Inicia	Responde
Sesión 1	P	P	P		P	P
Sesión 2	P	P	P		A	P
Sesión 3	P	P	P		P	P
Sesión 4	P	P	P		A	P

Referencia: P presente A ausente.

Fuente: Datos propios

Durante todas las sesiones el niño realiza un juego sensoriomotor, las modalidades sensoriales y motoras utilizadas son placenteras y preferidas por él, modula a partir del registro sensorial permitiendo sostener atención conjunta con apoyo, este proceso alcanza la regulación de su conducta. La atención y la interacción son evidentes si se siente cercano físicamente, estableciendo apego corporal, y a partir de ahí comienza a construirse la interacción, mira de vez en cuando al adulto, y retira la mirada cuando la expresión del adulto es demasiado exagerada, la voz muy fuerte, la risa exagerada, continúa queriendo intimidad, pero desde una perspectiva más cauta.

Se siente más cercano a través del tacto, estableciendo bases de placer en la relación interpersonal, cada vez que se logra ralentizar el ritmo de los movimientos. Los estímulos sensoriales, como colocar un brazo sobre su espalda para notar su respiración y adecuarse a ella, también le permiten activar niveles de alerta necesarios para el registro del adulto

cercano, un simple balanceo si se combina con movimientos, tacto profundo, presión y sonidos alegres y expectantes estimulan a que se sienta más cercano. Se consideran todos los sentidos para captar su atención, y lograr interactuar en un tiempo más prolongado que lo invita a quedarse y no evadir, alejándose.

Tabla N° 3 Corregulación

Estrategias	Sesión 1 M	Sesión 2 FO	Sesión 3 FO	Sesión 4 FO
Para recuperar la calma	SI	SI	SI	SI
Para activarse	SI	SI	SI	SI
Estrategia irritante	SI	SI	SI	SI
Estrategia tranquila	SI	SI	SI	SI
Estrategia a agregar	NO	SI	SI	NO
Estrategia a eliminar	SI	SI	SI	NO

Referencias: Marcar SI / NO

Fuente: Datos propios

Las estrategias de corregulación para recuperar la calma están presentes en todas las sesiones, fueron usadas especialmente las táctiles, tacto con presión, cosquillas, palmeo rítmico, masaje, las vestibulares como mecerse lentamente, y auditivas, trabajar en un cuarto tranquilo, sin ruidos de fondo

Las estrategias para activarse se desarrollaron en todas las sesiones y se usaron con mayor frecuencia estímulos auditivos, hablar o cantar en monótonos o ritmo lento.

Las estrategias tranquilas estuvieron planteadas en el tacto profundo favoreciendo el contacto de todo el cuerpo en el piso, espacio reducido, elementos blandos.

Las estrategias irritantes se generaron a nivel visual con los movimientos a velocidades irregulares de los objetos, como el muñeco, en el nivel propioceptivo la red, al enredarse los dedos, a nivel auditivo la voz muy fuerte, cantar canciones que no le agradan, las actividades motoras cambiantes.

Las estrategias a agregar: con respecto al sistema visual disminuir cantidad e intensidad de estímulos visuales convergentes como luminosidad, contraste, color. De igual manera amerita con respecto sistema auditivo regular intensidad de la fuente del estímulo, voz suave y melodiosa, susurrado, ritmo de habla lentificado. En lo relativo al sistema táctil el niño busca el contacto puramente táctil sobre su piel en muchas oportunidades, y en otras puede rechazarlo, requiere reemplazarlo por un estímulo de tipo presión profunda que lo logra regular, realizar tacto profundo haciendo presión sobre todo su cuerpo al envolverlo con una manta

Para agregar, a las estrategias anteriormente mencionadas es necesario eliminar estímulos que propicien mayor estrés y desregulación.

Tabla 4 Autorregulación del adulto

Estrategias	Sesión 1 M	Sesión 2 FO	Sesión 3 FO	Sesión 4 FO
Para recuperar la calma	SI	SI	SI	SI
Para activarse	SI	SI	SI	SI
Estímulos irritantes	SI	SI	SI	NO
Estímulos que tranquilizan	SI	SI	SI	SI
Estímulos que agregar	No	NO	SI	NO
Estímulos que eliminar	SI	SI	SI	NO

REFERENCIAS: SI/NO M (MADRE) F O(FONOAUDIÓLOGA)

Fuente: Datos propios

En este apartado se analiza y reflexiona en la observación de la mamá y la autoobservación de Fo. Reconociendo la naturaleza sensorial, considerando los perfiles sensoriales individuales, es posible que alguna sensación que a una persona calma a otro le alerte, o quizás irrite.

Las estrategias para recuperar la calma en la mamá se observan a nivel visual y a nivel táctil. Para activarse también usa estímulos sensoriales auditivos como cantar con voz suave y táctiles/propioceptivo, abrazar. La presencia de muchos objetos la incómoda. Parece no estar en su zona de confort con los estímulos visuales de luces, disfruta de cantar con ritmo suave, llevando al niño a un balanceo lento. Los estímulos auditivos son su búsqueda de regulación, evitando usar como estrategia los silencios como espacio de construcción por parte del niño, para lo cual se requiere de una espera silenciosa, confiada y en calma.

En el caso de Fo su intervención está sostenida por búsquedas de señales emocionales, su constante interpretación de respuestas por parte del niño, para así ofrecer propuestas dinámicas que permitieran flexibilizar al momento, lo que lleva a presentar en ocasiones diversidad de recursos que él no llega a procesar. El niño presenta variabilidad de reacciones supeditadas a lo neurobiológico, que no permite una anticipación sistematizada, por lo tanto lleva al adulto interviniente a buscar de manera continua una diferenciación entre estados emocionales caóticos y /o intolerancia a límites, a desafíos de nuevas propuestas. El trabajo en el piso en un espacio físicamente acotado, le permite a Fo tener recursos de control que tranquilizan, se lo interpreta como la posibilidad de estar más disponible a la interacción y al registro del feedback con el niño y reajuste constante su abordaje.

La activación se inicia en una fase previa al horario de sesión, planificando recursos a utilizar, ideando con los intervinientes la construcción de la misma, que alineen con el propósito a trabajar.

Tabla N°5 Recursos de intervención del adulto⁷⁶

Estrategias de intervención del adulto				
	Sesión 1 M	Sesión 2 FO	Sesión 3 FO	Sesión 4 FO
Modelado	A	A	A	A
Imitación	A	A	A	A
Refuerzo	S	S	A	A
Interacción receptiva	A	A	A	A
Demora temporal	N	N	A	A
Planteo de problemas	A	S	A	A
Estructuración del entorno	S	S	S	S

Referencia: Sí siempre, A veces, N nunca.

Fuentes: Datos propios

La mayoría de los recursos que se analizaron son propios de una intervención naturalista, paradigma de la intervención lingüística promoviendo la enseñanza incidental de la comunicación y el lenguaje funcional.

La intervención con el modelado se hace en momentos en que la respuesta no es eficiente, adaptativa por parte del niño, dando contexto a lo más apropiado y confirmarlo.

La imitación es un recurso directivo que le sirve al niño, lo invita a participar, situación que es poco frecuente que surja de su iniciativa espontánea, mostrarse como modelo o “espejo”, para consolidar acciones que arriben a un propósito, aunque el niño para esto necesite refuerzo externo, en este sentido la imitación impacta favorablemente, ya que el procesamiento auditivo y visual que deviene al darle una consigna no es funcional.

La estrategia de refuerzo, sirve eficazmente para mantener la atención conjunta, el refuerzo positivo aumenta las posibilidades de que la conducta deseada vuelva a repetirse, sonrisa, aplauso, palmadita, dar el objeto deseado, sentir que se reafirma y disfrutar de ese momento. Si esta conducta no aparece como soporte externo es probable que el niño no registre, una posibilidad de corregulación.

La interacción receptiva es desafiante tanto para el niño por sus características como para el adulto, permitirle liderar y seguir, integrándose a la actividad y observar cuáles son sus intereses, aguardar a que el niño inicie la interacción, siendo altamente receptivos a los intentos de comunicación, debido a lo restringido de sus intereses y al perfil sensorial que se manifiesta como altamente abrumable a los cambios y a la proximidad distal, necesitando siempre para lograr atención conjunta e intimidad el contacto corporal.

⁷⁶ Adaptada de Aizpun (2013)

Detener la acción, demorarse, hacer silencio es una estrategia que se usa poco, pero se evidencia su eficacia cuando el niño necesita algo, y requiere de colaboración para obtenerlo, evidenciándose la falta de autorregulación del adulto en esa situación.

Planteo de problemas que sea un desafío de resolución para el niño, el adulto intencionalmente entorpece a la actividad, actuar absurdamente, (no arranca la cuerda del juguete, no se pone los anteojos o no ayuda a sacar los dedos de la red, dejarse caer las manos, taparse la cara), propiciando la iniciativa del niño, promoviendo la interacción.

La estructuración del entorno estuvo planteada en todas las sesiones, considerando el perfil sensorial del niño, y la necesidad del contacto corporal, el registro propioceptivo y el tacto profundo, de red, alfombra, almohadones, espacio acotado, postura corporal confortable, en una posición de apoyo en puf, almohadones, premisas bases a la intervención.

Tabla 6 Tono emocional del adulto

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Postura corporal	A	A	S	S
Establecimiento de conexiones	A	A	A	A
Construcción de ideas	N	N	N	N
Respeto de la intencionalidad	A	A	A	A
Ayuda	S	S	S	S
Estabilidad emocional	S	S	S	S
Separación en el espacio	N	N	N	N

Referencia: S siempre, A, a veces, N, nunca

Fuentes: Datos propios

Analizar estos indicadores supone poner el foco en lo comunicacional, pero ayudando a reconocer las señales incluso más sutiles que se producen a nivel emocional. Disponerse corporalmente frente a frente, sentado en el piso con piernas cruzadas o extendidas, que invita a la confianza y a la contención, de una manera amorosa, frente a un niño que si se abruma se retira de la interacción fácilmente, ofreciendo el cuerpo para contenerlo, por ejemplo sentándolo en el regazo, brindándole contención corporal, que le posibilita volverse a encontrar y registrarse en apego con un otro. Las conexiones de intimidad son muy desafiantes para el niño, necesita que se le dé andamiaje, como colocar manos en su cara para delimitarla y lograr una mirada intensa.

El niño tiende a ser responsivo pasivo en su interacción. Las señales de su iniciativa son débiles sostenidas por el gesto o la mirada mayormente. Interpretar esta señal, lleva muchas veces a reconocerla luego de transcurrida la acción, lo que le permite al adulto volver a repetir

el gesto para lograr consolidar esa interacción. En un niño con desafíos profundos en la planificación motora, este contexto necesita ser mantenido activo por el adulto, si no la acción se diluye y pierde propósito. La calma, la serenidad y la confianza para sentir que se puede estar ahí, en una interacción de apego corporal, juego sensoriomotor, permanecer en conductas que son de progresión lenta, e intermitentes, es el juego que él puede hacer para poder mantener la atención conjunta y el interés. Las dificultades del lenguaje expresivo son significativas, lo que evidencia la necesidad por parte del adulto, de leer las señales, interpretarlas, reinterpretarlas, darle tono afectivo y volver a iniciar la interacción, amerita control de un tono corporal sin tensión, una respiración pausada que se sincronice con la del niño, cuando se apega a su cuerpo y también cuando necesita con corrección volver a la calma, y lograr otra vez, nivel de alerta óptimo. La separación en el espacio no se logra, todo el tiempo necesita el niño estar en contacto, y el adulto empatiza, así puede sentir mayor control de la situación.

Tabla N° 7 Estrategias del adulto para promover actitudes comunicativas en el niño

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Obtención de mirada vivaz	A	A	A	A
Sostener interacciones	A	A	A	A
Estrategias sensoriales	S	S	S	S
Alentar a ser intencional	A	A	A	A
Alentar a tomar decisiones, nuevas ideas	S	A	A	A

Referencia: S, siempre, A a veces, N nunca

Fuentes: Datos propios

Todas las experiencias tienen un componente físico y emocional, que le permiten al niño ir generando confianza para lograr mantenerse vinculado e integrado con un otro, requieren recursos como: una mirada viva, e intensa, animada, siempre la búsqueda de ese contacto ocular sabiendo que es fácilmente abandonable por el niño. Tanto la mamá como Fo, logran ofrecer un observador atento y facilitador, intentando reconocer lo que el niño busca y necesita, promoviendo al niño a activar un patrón de alerta consciente e involucrado.

En cuanto a las estrategias sensoriales, apuntan a mantener la atención focalizada cuando se manifiesta su defensividad táctil o la hipersensibilidad, y pueda modular el input sensorial, tolerando diversidad estímulos, logrando una respuesta adaptativa facilita la exploración, generando nuevos aprendizajes.

Percibir el logro propicio de alerta y activación por parte del niño, es necesario: observar, esperar, utilizando turnos, así el niño puede explorar los objetos en sus términos, tomando solo la información táctil que su sistema nervioso puede procesar, para corregular. Se utiliza

para levantar o mover objetos como la red, los almohadones, para desensibilizar el propio sistema táctil del niño. Mejorar el dominio sensorio motor en el juego intenta buscar la motivación a partir del efecto sorpresa y generar entusiasmo a repetir el juego. Los desafíos de procesamiento motor inciden en su capacidad de ser intencional, es una conducta aún no consolidada que necesita apoyo.

La posibilidad de que el niño presente toma de decisiones o nuevas ideas, es una situación, que los adultos tienen presente, evidenciando ser animados, con sus expresiones faciales sutiles, sonidos, por ejemplo cuando Fo atrae al niño con ritmo rápido de ida y vuelta con la soga. Esta conducta apenas se pone de manifiesto con soporte.

Tabla N° 8 Estrategias facilitadoras ⁷⁷

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
EF continuación	S	A	A	A
EF atención al juego	A	A	A	S
EF respuesta apropiada	A	A	A	A

Referencia: S siempre, A a veces N nunca

Fuentes: Datos propios

Las estrategias de continuación fueron utilizadas para ayudar al niño a mantenerse involucrado en el juego, repitiendo el esquema del mismo, como ponerse los anteojos, dar cuerda al muñeco. En este caso la intención sostuvo la acción causa efecto dentro de las posibilidades de acción del niño. Las estrategias para mantenerse atento al juego fueron ejercidas y sostenidas, al utilizar el balanceo o las canciones, permitiendo al niño corregular y quedarse en la actividad.

Las respuestas apropiadas muchas veces estuvieron dadas por los silencios, las esperas, a que el niño organice una respuesta o sea iniciador.

Tabla N° 9 Estrategias bloqueadoras ⁷⁸

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Tendencia a la directividad	A	A	A	A
Respuesta inapropiada	A	A	A	A
Poca participación	N	N	N	N

Referencia: S siempre A a veces N nunca

Fuentes: Datos propios

⁷⁷ Adaptada de Aizpun (2013)

⁷⁸ Adaptada de Aizpun (2013)

La tendencia a la directividad estuvo presente, aunque, la actitud del adulto fue de corrección del patrón de intervención. Se inhibe esta conducta, durante el juego cantando con la mamá y en el juego de la red, coincidiendo esto con la necesidad de quedarse más tiempo en un juego sensoriomotor.

Las respuestas inapropiadas se observaron, en el cambio de canción, en la falta de espera, y en la longitud de las expresiones, que no son favorecedoras de la interpretación del niño. Cuando el fluido verbal de su interlocutor aumentaba era más vulnerable al estrés.

La participación de los adultos se manifiesta en un nivel adecuado en todas las situaciones que el niño estuvo vinculado, permitiendo disponerse como observador al momento de no lograrlo, para reiniciar la interacción.

Tabla N° 10 Reformulaciones contingentes⁷⁹

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Reformulaciones simples	P	P	P	P
Continuaciones	P	P	P	P
Imitaciones	P	P	P	P
Reformulaciones complejas	A	A	A	A

Referencia P presente A ausente

Fuentes: Datos propios

Tanto la madre como el terapeuta repiten las expresiones, ampliando, con una palabra, la expresión ininteligible del niño o su señalamiento.

Las continuaciones se dieron cada vez que se respetaron los turnos de habla considerando sus expresiones gestuales, interpretándose para dar continuidad a la interacción.

Las imitaciones estuvieron presentes mayormente a nivel gestual, vocalizaciones y sonidos de exclamación que el niño pudo hacer y el adulto imitó. No hay expresión del niño de palabras claras, solo cuando dice "petecó" y el FO se lo refuerza imitando.

⁷⁹Adaptada de Aizpun (2013)

Las reformulaciones complejas tienen que ver con aspectos fonológicos y morfosintácticos específicos para ampliar la adquisición lingüística, el niño no ha desarrollado esta capacidad.

Tabla N° 11 Niveles de desarrollo emocional funcional⁸⁰

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Nivel 1 Autorregulación interés por el mundo				
Interés en diferentes sensaciones	S	S	S	S
Permanece atento y focalizado por más de dos minutos	A	A	A	A
Se recupera del estrés en 10 minutos, con ayuda	L	L	L	L
Muestra interés en el terapeuta y/o madre	A	A	A	A
Nivel 2 Apego y formación de relaciones/intimidad				
Responde a su tono con sonrisa, seriedad, vocalizaciones, u otra conducta intencional	A	A	A	A
Responde con placer obvio	A	A	A	A
Anticipa un objeto que fue mostrado y luego retira	L	L	L	L
Se molesta si él terapeuta no responde durante el juego	A	A	A	A
Protesta y se enoja cuando se frustra	A	A	A	A
Nivel 3 Interacciones intencionales de doble vía				
Responde al gesto del terapeuta con gesto intencional	A	A	A	A
Inicia interacción con el terapeuta	L	L	L	L
Denota emociones de cercanía, placer, excitación durante protesta, enojo, temor	S	S	S	S
Nivel 4 Comunicación compleja	Nivel no alcanzado			
Nivel 5 Ideas emocionales	Nivel no alcanzado			
Nivel 6 Pensamiento emocional	Nivel no alcanzado			

Referencia: N habilidad nunca presente A habilidad presente algunas veces, S habilidad siempre presente, L el niño pierde la habilidad bajo estrés, (enojo, hambre, fatiga, etc.)

Fuentes: Datos propios

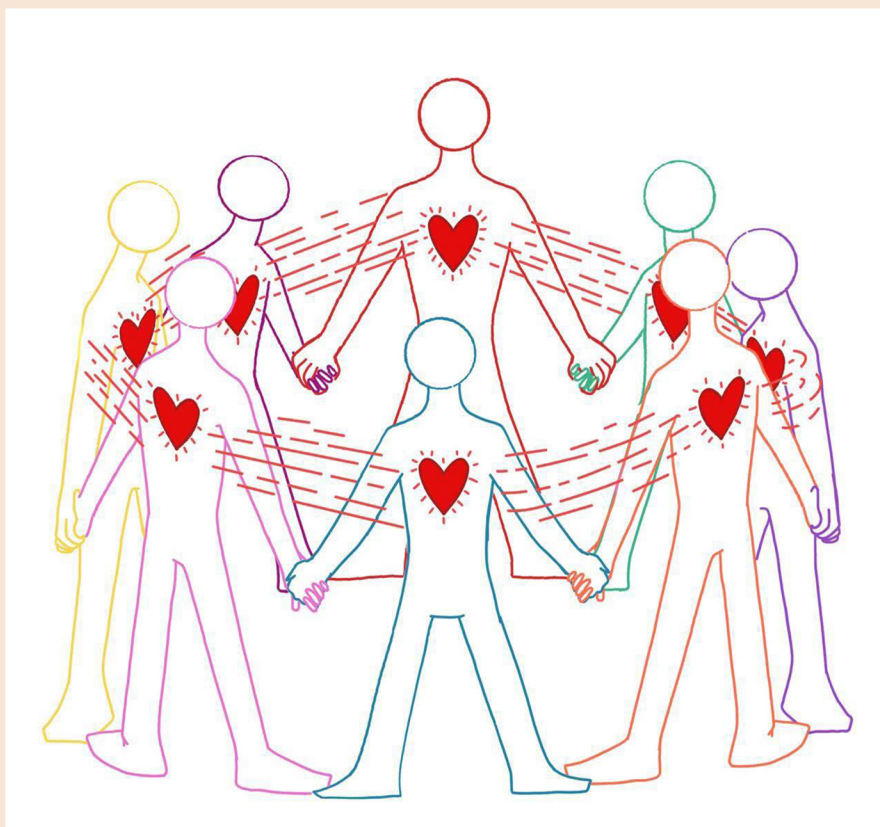
⁸⁰ Adaptado de Greenspan (2006)

Este nivel de análisis de la conducta del niño basado en la afectividad y emocionalidad, donde el foco está puesto en el rol preponderante que tienen las mismas en la organización de la actividad mental, liderando la motivación del niño, en todas sus funciones mentales. El afecto es el conector de las sensaciones percibidas y las coordina con el patrón motor correspondiente. El afecto placentero le permite estar atento al adulto y establecer intimidad con él. Aparecen precursores de sus emociones, se muestra regulado a partir de la propuesta afectiva que le propone el adulto, el hacer contacto corporal. Disfruta de esas sensaciones físicas. Busca y puede sostener la mirada por un tiempo breve.

La manera de recuperarse del estrés es con ayuda y soporte. Su interés en el adulto es a partir de la convocatoria externa, fácilmente pierde la conexión. Si se mantiene un tono afectivo alto a partir del contacto corporal, responde algunas veces con sonrisas demostrando placer. El juego de causa efecto es el más sostenido, el de presencia y ausencia del objeto, puede ser sostenido en un alto nivel de motivación, pierde el interés luego de un breve lapso de tiempo. Puede reaccionar con molestia si el adulto no responde de inmediato a su demanda, lo que lo estresa y abandona.

A partir de los abrazos y caricias que se le ofrecen puede regularse. Pocas veces logra iniciar una interacción, esta capacidad no está fortalecida en su conducta.

Se describen en el cuadro niveles de desarrollo no logrados por el niño, que corresponden a su edad cronológica.



CONCLUSIONES

En este trabajo realizado en consultorio privado con un niño de 3 años de edad, con Autismo, durante 4 sesiones, el trabajo de análisis se realizó sobre las capacidades comunicativas del niño, su nivel de atención conjunta, su capacidad de autoregulación y correulación, las estrategias del adulto para promover actitudes comunicativas del niño, las estrategias facilitadoras y bloqueadoras utilizadas, las reformulaciones contingentes puestas en prácticas y el análisis del nivel de desarrollo emocional del niño.

En lo que respecta a los tipos de conducta comunicativa el niño logró niveles de comunicación no verbal, estableciendo intimidad con el otro que interactúa con él a partir de su cuerpo y manifestaciones sensoriales, sostenido por un soporte afectivo emocional externo.

La atención conjunta pudo evidenciarse en la posibilidad de la situación proximal, un ritmo lento de palabra y tacto profundo, adecuando el adulto su registro sensorial al del niño para mantenerlo convocado. Se consideraron todos los sentidos para captar su atención, logrando acrecentar el tiempo de conexión en más minutos.

Las estrategias de correulación están puestas de manera constante por el adulto para lograr calma.

En cuanto a las estrategias de autorregulación se observaron diferencias en el uso de las mismas de acuerdo al perfil sensorial, de cada uno, la madre requirió de mayor uso de estímulos auditivos y táctiles, propioceptivos. En el caso de Fo estuvo sostenido la mayor parte del tiempo por señales emocionales, los recursos utilizados permitieron el control del espacio y lograr mayor feedback.

Los recursos de intervención del adulto fueron utilizados de forma constante debido a la imposibilidad de una respuesta adaptativa del niño para interactuar. El modelado, la imitación y el refuerzo fueron los más utilizados.

El tono emocional del adulto, se puso en juego de manera constante, para lograr a obtener con el niño mayor confianza y dar también contención en los momentos que los estímulos puedan ser abrumadores.

En lo respecta a las estrategias del adulto para promover actitudes tendientes a ascender en el desarrollo emocional, todas las experiencias observadas en las sesiones tuvieron un componente físico emocional, factible para el niño de ir generando confianza y así poder mantenerse vinculado la mayor parte del tiempo. La empatía fue clave, porque es la atención del adulto interactuante lo que mantuvo al niño convocado, sin dejarlo caer en tiempos de ensimismamiento pasivo y acciones repetitivas.

Respecto de las estrategias que fueron identificadas como facilitadoras de acuerdo a las posibilidades del niño fueron más utilizadas, las continuaciones y dar atención a su juego.

Entre las estrategias bloqueadoras presentes, fueron más significativas la tendencia a la directividad, en la búsqueda de respuestas diferentes, que aún el niño no mostró disponibilidad a recrear.

En lo que respecta a las reformulaciones contingentes fueron las más efectivas las que se sostenían en mantener una interacción y atención al juego compartido. Las posibilidades de realizar ampliaciones lingüísticas no estuvieron, dados los desafíos del niño para el procesamiento auditivo verbal.

En cuanto a los niveles de desarrollo emocional analizados en la escala evolutiva del niño al momento de la intervención, se hizo evidente el requerimiento de mantenerse por más tiempo en el fortalecimiento de los tres primeros niveles, ya que no aparecieron construcciones robustas de estas como las bases de la comunicación de doble vía.

El componente crítico del progreso del niño residió en la posibilidad de ayudarlo a usar sus propias emociones, deseos o intenciones para guiar primariamente su comportamiento y más tarde sus pensamientos. Adaptar sus deseos naturales para que sus gestos tuvieran un propósito y sus expresiones un significado.

En cuanto a los desafíos que presentó el niño en el planeamiento motor, no logró acción con propósito, ni cualquier actividad que requería secuenciar acciones, lo que le presenta aún mayor inconveniente, tanto para secuenciar situaciones sociales complejas, como ideas en un flujo lógico.

Los desafíos relacionados con la reactividad sensorial y el planeamiento motor secuencial, afectaban la manera en que el niño funcionaba en el mundo, lo reducido de su relación con los que lo rodeaban. Mostró su compleja limitación a la hora de comunicar deseos e ideas, cómo piensa y fluye en su mundo de emociones y su severa dificultad para el procesamiento auditivo. Las interacciones sociales complejas requieren de recursos aún más sutiles de secuenciamiento de comportamiento que no logrará.

La modalidad basada en una intervención afectivo emocional ha dado evidencia de la mejoría en su comportamiento, más allá de sus limitadas posibilidades comunicativas. Se hace relevante el uso de la afectividad para entrar en contacto con otro. En el proceso de tratamiento realizado más allá de este tiempo de 4 sesiones, el niño no evidenció conductas agresivas ni autoagresivas, posibles de identificarlas en su comportamiento anterior, lo que puso en relevancia lo significativo de la afectividad como elemento motivacional primordial.

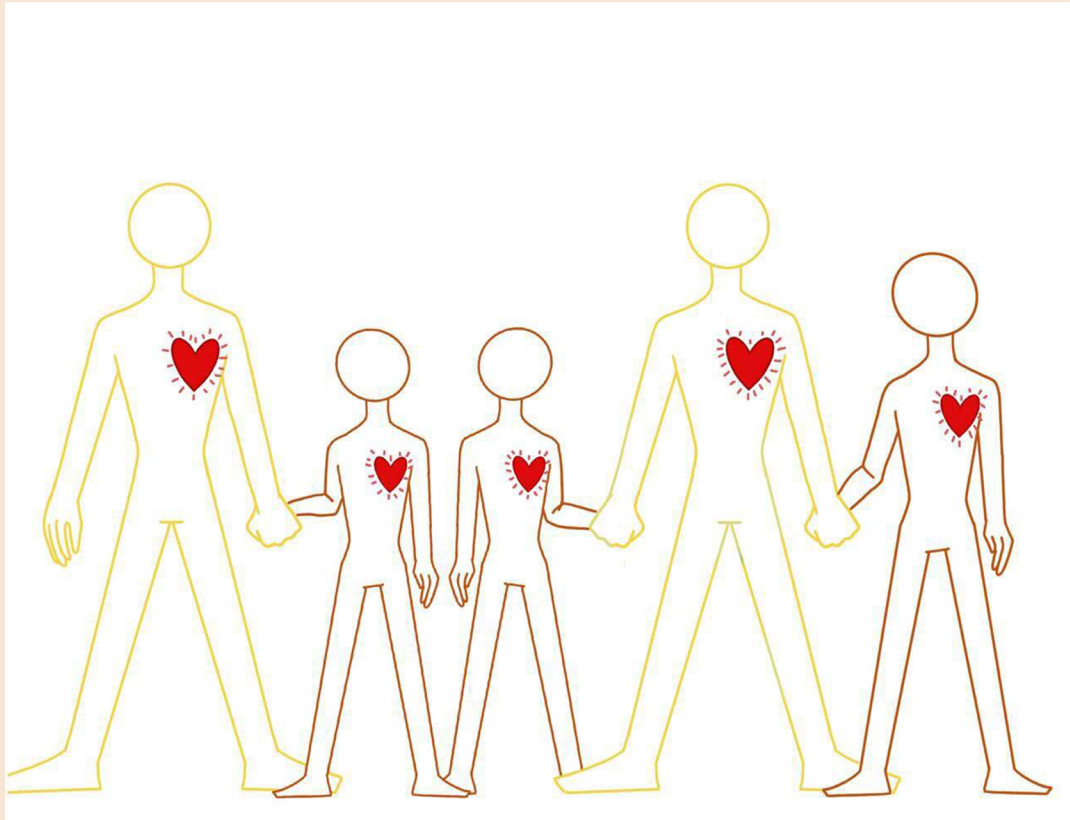
En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿De qué manera se podría dar continuidad a esta línea de trabajo en niños con este tipo de trastorno, en la progresión evolutiva, en el intento de favorecer la comunicación y la construcción simbólica?
- ¿Cuál es el impacto de considerar en la evaluación-intervención de los niños con trastornos de la condición autista, los perfiles sensoriales y afectivo emocionales de los miembros del entorno familiar, cuidadores y/o terapeutas y de qué manera facilitan u obstaculizan los progresos del niño en el tratamiento?

Las investigaciones realizadas en este tipo de marco orientado a la acción, que presenta la tesis, ayudarían a enriquecer el trabajo del fonoaudiólogo, intentando asistir en algunos aspectos al entorno familiar y permitirían profundizar en la complejidad de los trastornos enriqueciendo la observación y el hacer.

Se considera también poner en juego este tipo de recursos en pacientes con otro tipo de desafíos, por ejemplo trastornos específicos del lenguaje, especialmente niños con trastornos semántico pragmático y disfluencias

Se pone énfasis en la intención de poder transferir los conocimientos aportados por este trabajo a la comunidad: padres, docentes, docentes de educación especial, y otras disciplinas de intervención terapéutica, a través de talleres y/o cursos de capacitación y de formación.



BIBLIOGRAFIA

- ✓ Artiles Travieso, C. (2015). El lenguaje en alumnos de Educación Primaria con trastorno del espectro autista.
- ✓ Arróniz-Pérez, M. L., & Bencomo-Pérez, R. (2018) *Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016*.
- ✓ Astroza Zúñiga, I. C. (2017). La huella que soy: ampliando el repertorio de experiencias de comunicación e interacción a través del arte terapia en un niño con trastorno del espectro autista.
- ✓ Ayres A.J. (1998) *La integración sensorial y el niño*. Editorial Trillas
- ✓ Baña Castro, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336
- ✓ Borja Ayala, M. B. (2019). *Hipoterapia y fortalecimiento del vínculo con la madre o cuidador en niños diagnosticados dentro del trastorno del espectro autista. Estudio realizado desde la Teoría Cognitiva Conductual con cinco niños de cinco a ocho años de edad en la ciudad de Quito en el periodo febrero-junio de 2018* (Bachelor's thesis, PUCE-Quito)
- ✓ Cachafeiro-Espino, C., & Vale-Martínez, A. M. (2015). La oxitocina en el tratamiento de los déficits sociales asociados a los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 61(09), 421-428.
- ✓ Casari, L., Assennato, F., & Grzona, S. (2017). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en autismo.
- ✓ Corredera, M., & Batistta, J. (2016). Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos clínicos de autismo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Buenos Aires*, 62(3), 195-206.
- ✓ Correia, S. M. (2013). Autismo: características e intervención educativa en la edad infantil. *Universidad de la Rioja*.
- ✓ Cukier, S. H., & Wahlberg, E. Trastornos del espectro autista. Hipótesis del desarrollo funcional emocional y su relación con las intervenciones terapéuticas.
- ✓ Espi, C. H., Altieri, A. B., Farrerós, S. M., & Prats, J. M. S. (2011). *Alumnado con trastorno del espectroautista* (Vol. 13). Graó.
- ✓ Ferrari, P. (1997). *Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces*.

-
- ✓ Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., & Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev neurol*, 43(7), 425-38.
 - ✓ Greenspan Stanley, M.D. *Niños seguros, Fortaleza el sentido de seguridad de sus hijos*(2002), Grupo Editorial Norma
 - ✓ Greenspan Stanley, (2007) *Niños Felices, cómo enseñar a tu hijo las diez cualidades esenciales para alcanzar una vida feliz*
 - ✓ Greenspan S y N.T. Greenspan (1985) *Las primeras emociones, las seis etapas principales del desarrollo emocional durante los primeros años de vida*
 - ✓ Greenspan S. S. Wieder (2012) *Comprender el autismo, Una perspectiva científica*
 - ✓ Greenspan, S. I., Wieder, S., Simons, R., & Sindelar, M. T. (2006). *El niño con necesidades especiales: Promoviendo el desarrollo emocional e intelectual*. Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
 - ✓ Larrosa Sopena, D. (2015). *El uso de recursos musicales en la comunicación de niños con trastornos de espectro autista*.
 - ✓ Lucero, S. I. (2014). *Modalidades de difusión de la discapacidad*. *Questión*,
 - ✓ Mariño Peña, C. (2017). *El impacto del trastorno del espectro autista en la familia*.
 - ✓ Maseda Prats, M. (2013). *El autismo y las emociones. La Teoría de la Mente en los niños/as autistas. Su afectación dentro del ámbito emocional*.
 - ✓ Medina, K. Y. N., & Ocupacional, T. *Los trastornos del espectro del autismo y la disfunción en la integración sensorial*.
 - ✓ Miguel, A. M. M. (2006). *El mundo de las emociones en los autistas. Teoría de la Educación*.
 - ✓ *Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 7(2), 169-183.
 - ✓ Monfort, I. (2009). *Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista*. *Revista de neurología*, 48(2), 53-56.
 - ✓ Molina Martínez, M. (2016). *La orientación familiar para contribuir al desarrollo de la comunicación social del hijo con diagnóstico de trastorno del espectro de autismo* (Doctoral dissertation, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas).
 - ✓ Monfort, I. (2009). *Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista*. *Revista de neurología*, 48(2), 53-56.

-
- ✓ Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). *Modelos de intervención en niños con autismo*. *Rev Neurol*, 50(3), 77-84.
 - ✓ Murillo Domínguez, A. (2016). *Proyecto de intervención: Trastorno del Espectro Autista y Teoría de la Mente*.
 - ✓ Puglisevich Da Silva, J. (2014). *Trastornos del espectro autista: Consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención*.
 - ✓ Rabanal, T., & Royer, D. (2013). *Factores de riesgo asociados a autismo infantil Hospital Belén de Trujillo 2006-2011*.
 - ✓ Rivière, A. (1997). *Desarrollo normal y Autismo (2/2)*. Universidad Autónoma de Madrid.
 - ✓ Rodríguez Guerreiro, D. (2017). *Diseño de un estudio fenomenológico sobre las intervenciones de terapia ocupacional con niños con trastorno del espectro del autismo en Galicia*.
 - ✓ Romero Salazar, D. A. (2019). *Análisis de las características comunicacionales de la dinámica familiar en un miembro con trastornos del espectro Autista* (Bachelor's thesis, PUCE-Quito).
 - ✓ Ruiz-Delgado, A. (2013). *Integración de niños con Trastorno del Espectro Autista en el aula ordinaria de Educación Infantil por medio de las TIC: software Zac Picto* (Bachelor's thesis).
 - ✓ Sotelo, R., & Eleisan, K. (2016). *Desarrollo de un sistema experto como apoyo para el diagnóstico de niños con trastorno del espectro autista* (Doctoral dissertation).
 - ✓ Vicente Sánchez, E. *Trastorno del Espectro Autista (TEA): "comprensión del trastorno y de distintos enfoques de intervención"*
 - ✓ Villanueva-Bonilla, C., Bonilla-Santos, J., Ríos-Gallardo, Á. M., & Solovieva, Y. (2018). *Desarrollando habilidades emocionales, neurocognitivas y sociales en niños con autismo. Evaluación e intervención en juego de roles sociales*. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(3), 43-59.

TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EN LA PRIMERA INFANCIA DE UN NIÑO CON AUTISMO

TESIS DE LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGÍA

Laura Leticia Martinelli

Tutora Dra. Ana María Aizpún Cotutora Sandra Mabel Gomes
Asesoramiento Metodológico Lic. Mariana Gonzalez, Dra. Vivian Minnaard
2020



El Autismo es un trastorno del desarrollo que implica desafíos en la interacción social, con limitaciones específicas en la comunicación y el lenguaje. Los desafíos de la condición del Autismo, llevan a incursionar búsquedas de técnicas, recursos, lineamientos, que den mayores posibilidades de intervención, desde las terapias cognitivo conductuales, a modelos de trabajos basados en desarrollo emocional y el afecto. Cobra relevancia el aspecto relacional, intervenir sobre el contexto, donde el foco en el síntoma se corre, para dar relevancia a los perfiles de los que interactúan con un niño, sus habilidades emocionales y afectivas.

Objetivo: Analizar las características que presentan las formas de interacción y los recursos terapéuticos utilizados en la intervención con un niño con Autismo no verbal, en el período de tratamiento entre los 2, 6 meses y 3 a 6 meses a lo largo de 4 sesiones en Mar del Plata en el año 2014-2015.

Materiales y método: Investigación descriptiva, observacional. Se trata de un estudio de caso de un niño con Autismo de 2 años 6 meses de edad, que asiste a tratamiento fonoaudiológico en consultorio privado. Se analizan y registran de forma audiovisual 4 sesiones en las cuales se observan las capacidades del niño puestas en juego para la interacción.

Resultado: A partir de las siguientes observaciones se reconocen las habilidades del terapeuta basadas en el afecto como el andamiaje necesario para lograr mayor nivel de alerta en el niño e intimidad en la interacción. Dando reconocimiento a las habilidades basadas en el afecto, se alcanzó mayor nivel de alerta e intimidad al interactuar. Las estrategias y recursos de intervención usados según el perfil sensorial del niño, permitieron que pudiera mantenerse conectado, superando el abrumamiento, generando confianza y calma, dadas por un tono afectivo seguro para quedarse en la actividad compartida. Se hace relevante el uso del afecto para entrar en contacto con el niño, con uso de estrategias de modulación sensorial, visual, auditiva, propioceptiva, vestibular, que aplican para mantener mayor nivel de intimidad y conexión en ausencia de conductas agresivas durante las sesiones.

Conclusiones: La implementación conjunta de los recursos de modulación y regulación sensorial, y las estrategias afectivo emocionales, le permiten al niño lograr calma y confianza, y disfrute de aprendizajes en la interacción con otro.

Reformulaciones contingentes

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Reformulaciones simples	P	P	P	P
Continuaciones	P	P	P	P
Imitaciones	P	P	P	P
Reformulaciones complejas	A	A	A	A

Referencia P presente A ausente

Fuentes: Datos propios

Recursos de intervención del adulto

Estrategias de intervención del adulto				
	Sesión 1 M	Sesión 2 FO	Sesión 3 FO	Sesión 4 FO
Modelado	A	A	A	A
Imitación	A	A	A	A
Refuerzo	S	S	A	A
Interacción receptiva	A	A	A	A
Demora temporal	N	N	A	A
Planteo de problemas	A	S	A	A
Estructuración del entorno	S	S	S	S

Referencia: Sí siempre, A veces, nunca.

Fuentes: Datos propios



TERAPIA
FONOAUDIOLÓGICA EN LA
PRIMERA INFANCIA DE UN
NIÑO CON AUTISMO

TESIS DE LICENCIATURA EN FONOAUDIOLOGÍA
Laura Leticia Martinelli