

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



**Universidad Abierta
Interamericana**

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN DE POSGRADO

**TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN NIÑOS:
ESTUDIO DEL CASO DE UN NIÑO CON TEA**

PRESENTADA POR

LIC. FLAVIA CUEVA

TUTOR: DR. ANDRÉS LÓPEZ PELL

TÍTULO A OBTENER: ESPECIALISTA EN TERAPIA COGNITIVA

Fecha: Junio de 2018

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a todos los que hicieron posible lograr otra meta académica en mi vida, y no será la última...

En primer lugar, a Joaquín, él hizo que me apasionara por recorrer este camino, me empujó desde el amor, con su sonrisa y con su abrazo de todos los días en el consultorio, a que me interesara más formarme y obtener conocimiento sobre el autismo. Mi mayor respeto a esa familia que lucha día a día para ayudar a que su hijo pueda integrarse y comunicarse. Gracias por permitirme realizar este trabajo, que tanto amo, y también por poder compartirlo.

A mis tutores, los Dres. Andrés López Pell y Lorena Giffoniello, quienes se comprometieron y confiaron en este trabajo, por lo que estoy inmensamente agradecida.

A las licenciadas Romina Cartoceti y Valeria Abusamra, que me facilitaron herramientas y me brindaron su ayuda en esta investigación, de una manera comprometida.

Dedico esta tesis a mi familia: mi marido Oscar, mis hijos Laureano y Karen, y a Leo, que con su amor y comprensión me acompañaron siempre y me hacen muy feliz, los amo.

También a mis amigos, sin ellos mi vida no sería tan maravillosa.

Una palabra no dice nada, y al mismo tiempo lo esconde todo...

Carlos Varela

Técnicas Cognitivo-Conductuales en Niños: Estudio del Caso de un Niño con TEA

Lic. Flavia Cueva

Resumen

La terapia cognitivo-conductual combina el papel de los pensamientos y las actitudes, asociado a los principios de modificación de los mismo. Por ende, el objetivo de este estudio es describir las técnicas cognitivo-conductuales en un niño con un Trastorno del Espectro Autista, según el modelo de conceptualización de caso clínico de Friedberg y McClure (2005).

Se realizó un estudio cualitativo, de tipo empírico descriptivo y transversal, empleando el caso de un niño, Joaquín de 9 años de edad, diagnosticado con un trastorno del espectro autista, residente en Ituzaingó, Buenos Aires. Se filmaron 4 sesiones con él, se emplearon Picture Exchange Communication System (PECS), economía de fichas, tarea de ejecución y juego simbólico. Se realizó la conceptualización y la formulación del caso clínico, para ser analizado a la luz de la teoría cognitiva sobre el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista.

Como resultado, se observó que a lo largo de las sesiones Joaquín mostró mejoras en las habilidades comunicativas, pudiendo ser capaz de mantener una comunicación más fluida con la terapeuta. Además, los refuerzos brindados por la economía de fichas sirvieron para reducir las conductas disruptivas y promover una mayor funcionalidad en el niño, mostrando una mejora conductual en general.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Terapia Cognitivo-Conductual, Técnicas cognitivo-conductuales, Conceptualización de un caso clínico.

Cognitive-Behavioral Techniques in Children: Case Study of a Child with ASD

Lic. Flavia Cueva

Abstract

Cognitive-behavioral therapy combines the role of thoughts and attitudes, associated with the principles of their modification. Therefore, the objective of this study is to describe cognitive-behavioral techniques in a child with an Autism Spectrum Disorder, according to the clinical case conceptualization model of Friedberg and McClure (2005).

It was made a qualitative study, of descriptive and transversal empirical type, using the case of a child, Joaquin with 9 years old, diagnosed with an autism spectrum disorder, resident in Ituzaingó, Buenos Aires. They were filmed 4 sessions with him, they were used Picture Exchange Communication System (PECS), chip economy, execution task and symbolic game. It was made the conceptualization and the clinical case formulation, to be analyzed to the light of cognitive theory about Autism Spectrum Disorders treatment.

As a result, it was observed that throughout the sessions Joaquin showed improvements in communication skills, being able to maintain a more fluent communication with the therapist. In addition, the reinforcements provided by the chip economy served to reduce the disruptive behaviors and promote a greater functionality in the child, showing a behavioral improvement in general.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive-behavioral techniques, Clinical case conceptualization.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. ANTECEDENTES.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. El Trastorno del Espectro Autista.....	10
2.2. Terapia cognitivo-conductual en niños con TEA.....	16
2.3. Técnicas de la terapia cognitivo-conductual con niños.....	22
2.4. Conceptualización y formulación del caso clínico.....	40
2.5. Componentes en la formulación cognitiva conductual del caso.....	44
3. METODOLOGÍA.....	46
3.1. Objetivo general.....	46
3.2. Objetivos específicos.....	46
3.3. Hipótesis.....	46
3.4. Relevancia.....	46
3.5. Tipo de estudio o diseño.....	47
3.6. Muestra.....	47
3.7. Técnica de recolección de datos.....	47
3.8. Procedimiento.....	47
4. RESULTADOS.....	48
4.1. Conceptualización del caso Joaquín.....	48
5. CONCLUSIONES.....	54
6. REFERENCIAS	57
7. ANEXOS.....	68
7.1. Consentimiento informado para los padres.....	68

1. INTRODUCCIÓN

Entre las técnicas con aval científico para la intervención en los trastornos del espectro autista se halla la Terapia Cognitivo-Conductual. Es la perspectiva terapéutica que combina el rol de los pensamientos y las actitudes, en las motivaciones y en los comportamientos, asociando también a los principios de modificación de los mismos (Carratalá Hurtado & Arjalaguer Guarro, 2015).

Bunge et al. (2009) afirman que cuando se obtiene el diagnóstico, se lleva a cabo la conceptualización del caso. Éste brinda al terapeuta el marco para entender al paciente, siendo una especie de hipótesis sobre la forma en que el paciente es afectado por su trastorno, conteniendo los aprendizajes y las vivencias tempranas que favorecen sus situaciones actuales. Los elementos que ayudaron en sus problemas no se resolvieron, así como las creencias y pensamientos sobre sí mismo y sobre los demás. Además, en los niños sin un trastorno, pero con un problema, esto es vital ya que podría substituir a la devolución diagnóstica.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento de un niño con Trastorno del Espectro Autista, según el modelo de conceptualización de caso clínico de Friedberg y McClure (2005). Para ello, se postula como hipótesis que la terapia cognitivo-conductual se puede utilizar de forma efectiva en el caso clínico del niño con un Trastorno del Espectro Autista, mostrando mejorías a lo largo del tratamiento.

En las siguientes páginas, se realizará una descripción de los Trastornos del Espectro Autista, para luego pasar a realizar la descripción de la terapia y de las técnicas cognitivo-conductuales que se emplean en los niños con estos trastornos. Asimismo, se caracterizará la conceptualización y formulación del caso clínico, empleando el modelo de Friedberg y McClure (2005), para finalizar con los componentes de la formulación cognitivo-conductual del caso.

Se filmaron 4 sesiones empleando técnicas cognitivo-conductuales, en Joaquín de 10 años, en su terapia individual, en un ambiente clínico y ecológico, con previa autorización de sus padres. Al ser la terapia cognitivo-conductual la más utilizada para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, es fundamental poder contar con información acerca de las mejoras

observadas en los niños tratados con dicha terapia. Asimismo, es importante poder contar con una conceptualización clara que permita orientar los esfuerzos para suplir los déficits que estos niños muestran en las áreas comunicativas y conductuales.

1.1. ANTECEDENTES

A continuación, se describirán algunos trabajos a modo de ejemplo de casos con distintos trastornos donde se empleó la terapia cognitivo conductual:

Altamiranda Torres (2016) realizó un estudio para describir la efectividad de la intervención desde la perspectiva cognitivo-conductual, sus estrategias y la coexistencia con la sintomatología depresiva en niños, considerando la importancia de los estilos parentales variables como elemento en el mantenimiento de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad con sintomatología depresiva. Se evidenció la necesidad de llevar a cabo un proceso de intervención desde el tratamiento cognitivo conductual, que ayude a la promoción de estrategias que tiendan a fortalecer los factores que promuevan la mejora de los pacientes con trastornos por déficit de atención con hiperactividad con sintomatología depresiva.

Se concluye que los resultados permiten afirmar que contar con una buena actitud frente a la efectividad que brinda la intervención cognitiva conductual en los niños diagnosticados con trastornos por déficit de atención con hiperactividad con sintomatología depresiva. Basándose en estos planteamientos teóricos, se puede afirmar que la intervención cognitivo conductual es considerada la orientación psicoterapéutica más efectiva, prestigiosa y extendida para tratar este trastorno, sola y combinada como en el caso en cuestión, el cual fue efectiva a corto como a largo plazo (Altamiranda Torres, 2016).

Por otro lado, Carratalá Hurtado y Arjalaguer Guarro (2015) señalan que los Trastornos del Espectro Autista son una problemática de salud significativa, debido a que repercuten en diversas áreas del desarrollo. Estos autores realizaron la descripción de un tratamiento cognitivo-conductual de 22 sesiones en un niño de 7 años, diagnosticado con TEA e impulsividad, el cual mostraba dificultades en la concentración, en el autocontrol y desobediencia. Se implementaron técnicas de relajación, técnicas cognitivas como entrenamiento en atención y autoinstrucciones, en reflexividad, en mejora de la socialización vinculada con la teoría de la mente y la coherencia central, técnicas conductuales para el cumplimiento de normas y la gestión del tiempo, y tareas de escritura gráfica y lectura comprensiva. Luego del tratamiento se evidenció

que se lograron los objetivos delineados, corroborándose la efectividad de la terapia cognitivo-conductual.

Asimismo, Ricciuti (s.f.) realizó un trabajo con el objetivo de describir el tratamiento cognitivo-conductual empleado en un paciente de 4 años diagnosticado con autismo. El estudio es de tipo descriptivo de caso único. La herramienta empleada en este caso fueron las observaciones, registrándolas para analizar y describir la evolución del paciente, y algunas intervenciones aplicadas al caso. Se concurreó al domicilio del paciente de lunes a viernes, 3 horas diarias durante un periodo de 5 meses. Una coordinadora de equipo, una supervisora y dos terapeutas, quienes crearon un programa con diferentes metas terapéuticas.

La psicoterapia aplicada al niño fue el tratamiento cognitivo-conductual. A lo largo del mismo, se lograron algunos avances, adquiriendo el niño nuevas habilidades como ir al baño solo y cepillarse los dientes. No obstante, las problemáticas conductuales no fueron eliminadas o modificada la mayoría de éstas, por lo que se deben continuar trabajando sobre las mismas. En adición, la familia del paciente mostró limitaciones en asistir a las sesiones, en utilizar las herramientas del tratamiento, y en dedicarle más tiempo al niño para lograr habilidades de autovalimiento. Se concluye que el trabajo con niños autistas requiere de mucha dedicación, generando frustraciones en los terapeutas, ya que muchas veces los resultados desfavorables, debiendo éstos contar con preparación (Ricciuti, s.f.).

Además, Garzón Jurado (2015) afirma que la bibliografía señala a la terapia cognitivo-conductual como un tratamiento eficaz para el trastorno del espectro autista y sus elementos comórbidos, siempre que se lo adecue a las necesidades de este grupo. Su estudio pretende medir la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la disminución de la ansiedad de un niño de 11 años diagnosticado con un trastorno del espectro autista, y de la mejoría en su funcionamiento general. Además, se pretende desarrollar estrategias de afrontamiento para su implementación fuera de terapia, lo cual tiende a un manejo más adecuado de las emociones, y a una independencia del paciente. Se utilizaron los elementos de medición CORE-OM-34, SCARED, Vineland-II y BASC-2, mostrando resultados positivos en una disminución significativa de la sintomatología ansiosa, y un aumento del funcionamiento del paciente luego de la intervención.

Por otra parte, Vives-Montero y Ascanio-Velasco (2012) escribieron un artículo acerca del caso de un niño de 8 años diagnosticado con el síndrome de Asperger, según los criterios del DSM-4. Mostraba dificultades en la concentración, desobediencia, dificultades en las habilidades sociales, y problemáticas conductuales. Se realizó un tratamiento en habilidades sociales y una intervención en otros entornos, como el entrenamiento a padres y colaboración de la maestra en el entorno escolar. Los padres emplearon economía de fichas en el entorno familiar, encomendándoseles algunas actividades para la casa que permitan la generalización.

Luego del tratamiento, se lograron los objetivos trazados, las mejorías fueron observadas por la docente, los padres, plasmándose en los resultados de las pruebas utilizadas, en este caso el Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil y la Escala de comportamiento asertivo para niños. Además, se generó la generalización a otros comportamientos no tratados de forma directa, como la eliminación de los comportamientos agresivos, comprobándose la eficacia de esta intervención conductual (Vives-Montero & Ascanio-Velasco, 2012).

Por último, Sanz Ramírez (2017) realizó un estudio donde se describe un caso clínico-educativo de un niño de 7 años, quien padece del síndrome de Asperger. El mismo fue evaluado con pruebas psicológicas, la observación clínica en distintos entornos, y tareas de habilidades mentalistas, realizándose una entrevista a sus padres y terapeuta. Luego del análisis integral, se comenzó un proceso terapéutico, en base a la terapia cognitivo-conductual, trabajándose la estimulación de sus funciones cognitivas, programas de Teoría de la mente y habilidades sociales. Por último, se brindó psicoeducación a los padres de la familia.

En el consenso de la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014), se prescindió del término "Síndrome de Asperger", clasificándolo como Trastorno del Espectro Autista Nivel 1. Desde la visión de la neurodiversidad, lo denominan Condiciones de Espectro Autista Asperger, por lo que el estudio se refiere al Síndrome de Asperger como una condición de vida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El Trastorno del Espectro Autista

Según Pichot (1995), en el DSM-IV se incluyen los siguientes trastornos específicos dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo:

- Trastorno Autista,
- Trastorno de Rett,
- Trastorno Desintegrativo Infantil,
- Trastorno de Asperger,
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

Pichot (1995) afirma que “estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados” (p. 40).

En el DSM-5 (2014), la categoría Trastornos Generalizados del Desarrollo se comienza a denominar Trastorno del Espectro Autista, conteniendo a cuatro de los cinco trastornos mencionados, ya que se elimina el trastorno de Rett, por lo que queda solo el Trastorno del Espectro Autista.

Según Pérez Sánchez (2013), en el DSM-IV, el Trastorno Generalizado del Desarrollo se definía por la perturbación grave y extendida de:

- Las capacidades de la interacción social,
- Las capacidades para la comunicación, y
- Las conductas, intereses y actividades repetitivas.

En el DSM-5 (2014), estas tres áreas se transforman en dos, siendo la socio-comunicativa y los intereses fijos y comportamientos repetitivos. La meta de estas transformaciones es ubicar en un continuo a las dos áreas afectadas en el Trastorno del Espectro Autista (Kupfer, Kuhl & Regier, 2013) en vez de etiquetarlos con su “trastorno”. Ya no se piensa que un individuo posea autismo o padezca el síndrome de Asperger, pensándose que ese individuo posee un Trastorno del Espectro Autista y que se halla en el continuo de las dos áreas, poseyendo un punto grave y uno leve.

Según Palomo Seldas (s.f.), luego de un extenso proceso de discusión y

estudio, la organización del manual padeció de transformaciones, se eliminaron los ejes y distintos trastornos, entre ellos el autismo y los demás trastornos generalizados del desarrollo. El trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado pasaron a denominarse Trastorno del Espectro del Autismo. El cambio de nombre hace hincapié en la dimensionalidad del trastorno en las distintas esferas afectadas y las dificultades para ubicar límites entre los subgrupos. El Síndrome de Rett y el Trastorno Desintegrativo infantil dejan de figurar, debido a que el primero posee base genética y el segundo cuestiones de validez.

Los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro de Autismo se modificaron. Las alteraciones en la relación social, la comunicación y el lenguaje se unen en una sola categoría, se reorganizan las esferas de alteración que poseen los síntomas. En cuanto a las conductas de intereses se añaden las alteraciones sensoriales como ámbito de alteración. Para lograr criterios diagnósticos concretos, aumenta la cantidad de áreas alteradas para que una persona padezca del trastorno, debiendo mostrar alteraciones en tres áreas, los déficits en la interacción y comunicación social, y dos de las cuatro áreas alteradas en las conductas e intereses restringidos. Pero al incrementar los criterios, algunos individuos con trastorno generalizado del desarrollo más leves, podrían no cumplir los criterios diagnósticos y dejar de recibir los servicios y apoyos disponibles para los sujetos autistas (Palomo Seldas, s.f.).

Para establecer el diagnóstico, el manual requiere de la descripción de algunas cuestiones del trastorno. Se debe describir la gravedad de la alteración en cada dimensión del trastorno del espectro autista, y si el sujeto posee discapacidad intelectual, alteraciones en el lenguaje, o si el trastorno se relaciona a problemas médicos, genéticos, situacionales o neurológicos (Palomo Seldas, s.f.).

No obstante, Albores-Gallo, Hernández, Díaz-Picharro y Cortés (2008) afirman que las clasificaciones del DSM no ahondan en la transformación de los síntomas, llevando a cabo una descripción de la sintomatología entre los cuatro y los cinco años, momento en el que los padres notan los primeros síntomas. Por ende, emplean pruebas estandarizadas para realizar el diagnóstico que se pueden aplicar a niños a partir de 18 meses.

Según Díez-Cuervo et al. (2005), el diagnóstico se funda en la aplicación de pruebas que analizan la evolución del individuo en base a la información

brindada por los familiares, como el ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) y el DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder). Por otra parte, se emplean pruebas que codifican la conducta de los individuos autistas como son el ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic), el CARS (Childhood Autism Rating Scale) y el GARS (Gilliam Autism Rating Scale). Por otro lado, Albores-Gallo et al. (2008) afirman que las pruebas diagnósticas de Díez-Cuervo et al. (2005) y el CHAT (Checklist form Autism in Toddlers) se enfocan en el seguimiento de la mirada, el señalamiento protodeclarativo y el juego simbólico.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición [DSM-5] (2014), el Trastorno del Espectro Autista es definido como las deficiencias constantes en la comunicación y la interacción social en distintos ambientes, manifestado por los antecedentes o actualmente por:

- Deficiencias en la correspondencia socioemocional, yendo desde una aproximación social inaudita y problemas de la conversación en ambos sentidos, pasando por la reducción en los intereses o emociones compartidas hasta las dificultades para empezar o responder a las interacciones sociales.
- Deficiencias en los comportamientos comunicativos no verbales de la interacción social, van desde una comunicación poco integrada, hasta extravagancias en el contacto visual y el lenguaje corporal, o complicaciones en la comprensión y en la utilización de gestos, habiendo una carencia total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- Las insuficiencias en el desarrollo, mantenimiento y entendimiento de los vínculos van desde problemas para ajustar la conducta en distintos ambientes sociales, hasta problemas para mediar en juegos imaginativos, para hacer amigos y la falta de interés por los demás.

Asimismo, el DSM-5 (2014) señala que la gravedad se funda en las dificultades de la comunicación social y en estilos de conducta restringidos y reiterativos.

- Modelos restrictivos y monótonos de conducta, intereses o actividades, que se observan en la actualidad o en los antecedentes:
 - Movimientos, uso de objetos o lenguaje estereotipado o reiterativo.
 - Insistencia en la invariabilidad, inflexibilidad en las rutinas o patrones ritualizados en la conducta.

- Intereses muy específicos y estables anormales en su intensidad o foco de interés.
- Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés infrecuente en elementos sensoriales del ambiente.

La gravedad se funda en los deterioros de la comunicación social y los estilos conductuales restringidos y reiterativos.

- Los síntomas deben encontrarse en las primeras fases del desarrollo pudiendo no observarse por completo hasta que la demanda social sobrepasa las habilidades limitadas, o pueden hallarse involucradas con las estrategias aprendidas en momentos posteriores.
- Los síntomas generan un detrimento significativo en el área social, laboral y demás ámbitos significativos del funcionamiento habitual.
- Estas variaciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. La primera y el trastorno del espectro autista comúnmente coinciden en los diagnósticos de comorbilidades entre ambos, mientras que la comunicación social debe encontrarse por debajo de lo advertido para el nivel de desarrollo.

En adición, el DSM-5 (2014) sostiene que a un diagnóstico del DSM-4 de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, será diagnosticado como trastorno del espectro autista. Los sujetos con déficits en la comunicación social, pero sin síntomas para el criterio de trastorno del espectro autista, deben ser estudiados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social. Asimismo, se debe especificar si es con o sin déficit intelectual acompañante, deterioro del lenguaje acompañante relacionado con una afección médica o genética, o a un elemento ambiental, si se asocia a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o conductual, o sí es con catatonía.

En cuanto a la edad de inicio, se deben hallar presentes en una etapa temprana del desarrollo, aunque puede suceder que no se expresen hasta que las demandas sociales sobrepasen sus habilidades o que los síntomas queden ocultos por las estrategias asimiladas más adelante. Los síntomas deben ser los causantes de un estorbo clínicamente significativo en las esferas vitales. Existe una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo. Aunque estos son frecuentemente co-ocurrentes, para realizar el diagnóstico

comórbido, la comunicación social debe hallarse por debajo de la esperada para el desarrollo general (Herlyn, s.f.).

Existe un elevado nivel de validez diagnóstica en el desarrollo atípico que tiene lugar en el trastorno del espectro autista y el desarrollo típico o que tiene lugar en los demás trastornos que no pertenezcan a dicho espectro. Esto justifica que los trastornos del espectro autista se hallen en la nosografía actual. En el espectro, las diferenciaciones entre los trastornos han sido inconsistentes con el tiempo, variables en los diferentes lugares y relacionados con el nivel de lenguaje, de la dificultad o de la inteligencia. Por lo que las diferentes categorías se mantendrían débilmente en el continuo del espectro. Se pueden distinguir por su severidad, por las capacidades verbales y por las condiciones que pueden suceder (Herlyn, s.f.).

De acuerdo a Quijada (2008), con el crecimiento sin intervención terapéutica, se tornan menos notorios los signos como las estereotipias y la hiperactividad por ansiedad. El desarrollo compensa algunas complicaciones, haciendo otras más notorias. La evolución natural es poco conocida, debido a que la intervención médica y educativa comienza tempranamente. Las capacidades sociales son relevantes para la adquisición de comportamientos correctos y para la adaptación social.

Puede que la participación en acciones culturales y de colaboración en la ontogenia del sistema nervioso haga que el cerebro emplee una visión social para enfrentar el entorno. La práctica de la misma establece diferencias anatómicas por la plasticidad neuronal que se encuentra mal dirigida por los comportamientos inapropiados en los niños con trastorno del espectro autista no enseñados (Jhonson & Myers, 2007).

Según Billstedt, Gillberg y Gillberg (2005), el pronóstico será menos exacto mientras sea más precoz el diagnóstico. Los predictores se relacionan con la atención conjunta, el juego funcional, las capacidades cognitivas, la poca flexibilidad de los comportamientos autistas y el lenguaje a los 6 años. Si los comportamientos autistas son inflexibles a los 3 años, se suelen conservar en evaluaciones a los 9 años. Si los comportamientos autistas son más leves el pronóstico es más favorable, aunque un buen nivel intelectual y habilidad de adaptación a las clases tradicionales, igual se observa retraimiento social, intereses restringidos y estereotipias. Algunos poseen problemas atencionales, motrices o trastornos en el aprendizaje.

Un elemento relacionado a la evolución es el diagnóstico temprano, permitiendo el comienzo del tratamiento a temprana edad y la inclusión en grupos escolares de nivel intelectual parecido y de particularidades sociales comunes. En su estudio, Robins, Fein, Barton y Green (2001) encontraron en adultos con autismo, que un 70% contaba con una mala adaptación social y un 40% mostraba epilepsia. El coeficiente intelectual próximo a la norma no se relacionó a una mejor adaptación social, mostrando más relevancia las habilidades verbales para metas de adaptación social. En el subgrupo portador de síndrome de Asperger, la evolución es mejor y poseen mayor probabilidad de lograr un nivel académico, sin que sea un incremento significativo en su capacidad de lograr un trabajo o de mantener una familia.

Por su parte, Wing (1998) creó la “Triada de Deficiencias” con la que se explican los déficits en la interacción social, la comunicación y la imaginación, en referencia al comportamiento riguroso y reiterativo de los autistas. En referencia a la interacción social, se debe motivar al niño a generar contacto social, enseñándole elementos para mejorarla. Los niños con autismo no poseen el instinto social innato, aunque se apegan más a sus seres queridos: se ha demostrado que la relación de estos niños con sus hermanos es especial, debido a que suelen acudir a ellos para jugar. El juego es beneficioso para los sujetos con autismo, debido a que cuando se lleva a cabo de forma conjunta con otros individuos, aumenta el contacto visual, lo cual es vital mejorar en estos niños. En cuanto a la comunicación y el lenguaje, pueden mostrar una desviación en el área semántica y pragmática.

Wing (1998) señala que la mejor forma para estimular a los niños autistas es que su círculo próximo le brinde distintas experiencias sociales para que el niño las conozca. Se debe anticipar los eventos con pictogramas, mientras se narra el escenario que va a suceder. Si existen escenarios que se van a repetir frecuentemente, se recomienda fotografiar esos sitios. Los sujetos autistas poseen rigidez en el pensamiento, en el comportamiento y poca imaginación social, debido a que poseen comportamientos ritualizados y rutinarios. Cuando se les presenta una nueva tarea que no fue anticipada, se frustran o adoptan comportamientos negativos, necesitando de una vida ordenada y estructurada.

Alonso (2005) señala que, aunque las conversaciones con los sujetos con autismo pueden ser monotemáticas y rígidas, si se origina una motivación

mutua, se pueden abrir nuevos caminos y se pueden conocer nuevos temas de interés. Si se sienten escuchados, se le enseña a oír, se puede lograr una comunicación genuina.

Según Simarro (2013), los sujetos con autismo de alto rendimiento quieren relacionarse, pero carecen de las habilidades para llevarlo a cabo, aunque en sujetos con autismo clásico, el interés es más concreto debido a que sólo lo demuestran a los sujetos más próximos. Para que puedan mejorar, se deben promover las habilidades sociales, adecuando el ambiente social a sus posibilidades.

2.2. Terapia cognitivo-conductual en niños con TEA

Según Ayuda Pascual (2012), la comunicación y el lenguaje se encuentran afectados en los individuos con Trastornos del Espectro Autista (TEA), siendo esto vital en su diagnóstico. El abordaje terapéutico es vital, pero se deben estimular las capacidades comunicativas y lingüísticas del niño. La relevancia de la estimulación de la comunicación y del lenguaje en los Trastornos del Espectro Autista, empleando actividades prácticas y lúdicas en los ambientes clínicos, educativos y familiares, son fundamentales para las competencias del niño, para trazar objetivos en la zona de desarrollo próximo y escoger las actividades más convenientes. De esta forma, en períodos iniciales, la utilización de sistemas aumentativos/alternativos de comunicación que brinden la capacidad para comunicarse y entender, mejora el desarrollo del lenguaje hasta pensar en las estrategias para los elementos pragmáticos de la comunicación en personas que más allá de conservar el lenguaje formal intacto, fracasan en su uso utilización.

Los individuos con TEA poseen comportamientos comunicativos difíciles de entender para los adultos de su ambiente. De esta forma, el llanto, el berrinche o los comportamientos de escape pueden ser la manera en la que un niño autista de comunica con los demás, lo que pretende, al faltarle un recurso comunicativo más complejo. Comprender que el comportamiento de un niño con TEA es una muestra de sus propósitos a pesar de identificar qué se puede realizar y por dónde comenzar. De esta manera, cualquier programa de intervención muestra la necesidad de incrementar la dificultad del recurso de la

comunicación, así como la necesidad de incrementar las capacidades comunicativas para las que cada recurso comunicativo es empleado. Enseñarle al niño a tratar con los comportamientos instrumentales para comunicarse es un elemento significativo en los niños que no poseen un sistema más eficiente para la comunicación (Ayuda Pascual, 2012).

De forma que el aprendizaje del hecho de señalar o de otros elementos comunicativos no verbales es vital para garantizar el acceso al lenguaje, o promover recursos que permitan el bienestar del niño y la capacidad de comunicarse con los otros. El recurso comunicativo es fundamental y la intención comunicativa del sujeto con TEA al momento de implementar ese recurso. Hacer que el niño se comunique sobre las necesidades básicas, solicite, que muestre o comparta con los demás, son metas vitales en los programas de intervención. En la interacción con los individuos con TEA se puede mejorar el desarrollo de la comunicación, empleando un proceso de estimulación:

- se promueve la comunicación en el hogar y la escuela con otros niños, entre otros. En la intervención en la clínica, la cual es un ambiente de más artificialidad, es vital mejorar la generalización de los elementos analizados. Por ende, es vital la coordinación entre familiares y profesionales.

- Se deben plantear metas de intervención que consideren las particularidades del niño, su desarrollo y el estado de ánimo del mismo. La flexibilidad de los adultos para transformar y adaptar las metas, y la metodología de intervención es beneficiosa, generando la necesidad de individualizar la actividad, sin que posean consecuencias en los programas trazados.

- La motivación es un facilitador del aprendizaje. Brindar al individuo con TEA elementos, acciones y juegos motivadores garantiza el éxito en el desarrollo. Cada meta en la comunicación y el lenguaje se aborda con ayuda, suscitando el retiro de los apoyos hasta que desaparezcan.

- La espontaneidad en la utilización de los recursos comunicativos es una meta fundamental. Para comunicarse se debe disponer de alguien a quien comunicar. Cuando el sujeto con TEA emite una palabra para solicitar un objeto, pero sin nadie, lo que ocasiona problemas para entender que la comunicación es un proceso conjunto.

- Es importante abordar la comunicación sin que se trabaje en los prerrequisitos como que el niño se halle sentado o prestando atención, principalmente en los niños pequeños con TEA o en sujetos con elevados niveles de comunicación.
- Se deben responder a los intentos comunicativos del niño a pesar de ser particulares. Las familias deben ocupar un rol vital en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje de los niños con TEA.

La terapia cognitivo conductual es eficaz para el tratamiento de los trastornos del espectro autista de alto rendimiento, sin embargo, la evidencia de la efectividad de esta terapia con los trastornos del espectro autista es limitada. Autores como Attwood (2003) y Fuentes-Biggi et al. (2006) afirman que la terapia cognitivo conductual centrada en enseñar emociones, en los sentimientos y en la percepción social es eficaz para niños con Síndrome de Asperger.

Por otro lado, el paradigma de la psicología cognitiva se basa en el principio de la mediación cognitiva, encontrándose la respuesta emocional o el comportamiento mediado por un proceso de significación o análisis en relación a los objetivos o deseos de los sujetos (Bruning, Schraw, Norby & Ronning, 2005).

El proceso de mediación se basa en las estructuras cognitivas, o esquemas, los cuales generan las significaciones y las respuestas. Estas estructuras son una característica de un sistema compuesto por las propensiones genéticas y el aprendizaje en base a las vivencias personales. De esta forma, la terapia se orienta a la transformación de las estructuras cognitivas, hacia la generación de variaciones en las respuestas afectivas y conductuales, siendo un proceso de cambio basado en el reaprendizaje (Martínez Gutiérrez, 2005; Varela García, Thompson & Rosch, 2005).

Distintas son las teorías que se hallan dentro del modelo cognitivo-conductual (Diez-Cuervo, et al, 2005; Fuentes-Biggi et al., 2006; Gillberg, 1992; Jimenez Pascual et al., 2011), señalando los principios básicos del autismo:

- El autismo no es una enfermedad mental, sino que es un trastorno del desarrollo.
- El autismo necesita de atención psicoafectiva en un entorno estructurado.
- El tratamiento de este trastorno debe tender a la disminución del déficit y al aumento de las competencias sociales, principalmente las comunicacionales, sociales y motivacionales.

Las orientaciones que se enfocan en la visión neuropsicobiológica se ubican en una causalidad lineal, por lo que su abordaje terapéutico se halla dentro de las secuelas patológicas que se procedan de las lesiones y del déficit. La meta es atenuar el déficit e incrementar las competencias sociales. El abordaje educativo se esboza como la única intervención, debido a que una educación adaptada puede reducir los trastornos conductuales y desarrollar las habilidades útiles, más allá de la persistencia del déficit. Se subraya el aprendizaje de las capacidades comunicacionales, sociales, la estimulación de la motivación y la reducción de los comportamientos desadaptativos. Se trabaja con la escuela y con los padres a través de abordajes estructurados, con la terapia cognitivo conductual, preparando al niño para formar parte de la comunidad (Diez-Cuervo et al., 2005; Fuentes-Biggi et al., 2006; Gillberg, 1992). Según Misés (1992), el abordaje de estos niños debe contener una vertiente terapéutica y educativa que se debe relacionar, en un acercamiento multidimensional donde el predominio de estas intervenciones difiere de acuerdo al caso y a los eventos. Por ende, se emplean técnicas cognitivas dentro de un marco vincular. En ocasiones, los hospitales de día realizan un trabajo principalmente cognitivo-conductual.

Según Salguero y Battoglia (s.f.), los procesos de aprendizaje deberán contar con ciertas peculiaridades:

- **Entornos estructurados, previsible y fijos:** tiende a mejorar la anticipación y previniendo la sobre estimulación, controlando además la presentación de los estímulos.
- **Aprendizaje sin error:** no prestar atención a los errores, dividir al máximo las metas educacionales, controlar la exposición de los estímulos discriminativos y neutralizar los que no sirven. Se debe evitar la distracción, así como emplear códigos simples, conservar la motivación y el uso de reforzadores, el encadenamiento hacia atrás, el entrenamiento o la enseñanza incidental. Se debe responder de forma consistente frente a los comportamientos comunicativos, beneficiando la función comunicativa de petición, empleando apoyos visuales y evitando las preguntas indefinidas.

Asimismo, Salguero y Battoglia (s.f.) señalan que en la estructura en el consultorio es vital presentar visualmente lo que se pretende que el paciente comprenda. Las rutinas de trabajo, mediante el moldeamiento directo, sin requerir de la imitación, y de señalamiento de puntos de atención, permite

llevar a cabo las actividades. La estructura origina la búsqueda de señales que respondan dónde, cuándo y cómo llevar a cabo cada actividad. Esto ayuda a ubicarse en un sitio con pasado, presente y futuro, con causas y efectos. La estructura es una rutina física y temporal. Debe ser minuciosa de acuerdo a las particularidades del sujeto. Un evento está estructurado según las capacidades, la flexibilidad o rigidez del paciente para llevar a cabo una labor.

Los sujetos con TEA procesan mejor la información visual y concreta en vez de lo abstracto. Si se analiza el lenguaje, demanda un procesamiento auditivo secuencial y abstracto, siendo un reto complicado de lograr para muchos sujetos con TEA. Por esta razón, a través de las últimas décadas se han implementado sistemas de comunicación aumentativa/alternativa (SAAC) para mejorar la comunicación en sujetos TEA que no mostraban lenguaje oral para mejorar su desarrollo. Dentro de los distintos SAAC, en TEA se implementan los que hacen hincapié en la utilización del recurso comunicativo no verbal, brindando un nivel de ayuda, sin depender de la imitación como de del aprendizaje. De esta forma, los sistemas de comunicación en el manejo de signos como los sistemas por intercambio de imágenes han sido utilizados exitosamente, combinándose con recursos comunicativos, como el lenguaje (Ayuda Pascual, 2012).

El sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) de Bondy y Frost mejora la comunicación mediante el intercambio de imágenes, como fotografías o pictogramas, que el sujeto con TEA brinda a los adultos para comunicarse. Es un sistema que se despliega en pasos, en los que se enseña al niño a intercambiar imágenes por el objeto que quiere, permitiendo progresivamente la petición y la elección entre distintas imágenes mediante paneles de comunicación ubicados en la pared. Esto permite añadir la palabra oral y combinarlo con otras clases de comunicación. Así, un niño podría emplear signos para comunicarse sobre distintos aspectos, escogiendo pictogramas de un panel de comunicación. Lo más provechoso es que haya unanimidad de criterios entre los ambientes vitales del individuo con TEA al momento de seleccionar las imágenes (Ayuda Pascual, 2012).

En cuanto a la organización física, Salguero y Battaglia (s.f.) señalan que debe haber sitios en los que se debe dividir el consultorio, siendo específicos para cierta actividad, debiendo estar demarcados con pictogramas que señalen su actividad, teniendo todos los objetos para beneficiar el desempeño del

paciente. El material deberá hallarse ordenado secuencialmente. Tanto el niño como el terapeuta deberán encontrarse sentados frente a frente para el trabajo cara a cara. No debe haber estímulos distractores, debiendo encontrarse un panel de comunicación y un cronograma de actividades para brindar al niño datos por adelantado sobre actividades que realizará.

En referencia a la estructura temporal, Salguero y Battoglia (s.f.) afirman que deben brindar información a cada niño de lo que debe llevarse a cabo, refiriéndose al sitio en el que lo deben de desarrollar. Debe haber rutinas bien diferenciadas sobre el sistema de agendas como ayuda visual para comprender las labores. La repetición es vital para la internalización de la actividad y anticipar lo que se debe realizar. Los niños con trastornos del espectro autista requieren de instrucciones simples y predecibles. El programa requiere de agendas diarias individualizadas, brindándole significado y entendiendo las capacidades que brindarán orden, predictibilidad y organización. De esta forma, disminuyen la ansiedad, pudiendo entender y anticipar, promoviendo el moverse de sus centros más allá de las indicaciones y dirección del adulto. De acuerdo a la clase de presentación que se realice, se diferencia en:

- De izquierda a derecha con recipiente de finalizado.
- Sistema de bandejas.
- Bandejas autocontenidas.

La organización visual que requiere la organización del lugar y del material incrementa el entendimiento y la autonomía de los niños, logrando captar la atención hacia la información significativa. Para organizar la tarea se debe considerar que la ubicación de los objetos explica lo que se realiza con ellos, cuanto se debe realizar, la cantidad de tarea se mide por los objetos que hay a la vista. Se ha concluido cuando el material del recipiente de la izquierda se ha movió al recipiente del lado contrario.

Por otro lado, las estrategias de enseñanza son la forma en que se explica cómo llevar a cabo una tarea, siempre se debe emplear la comunicación más sencilla para el niño cuando se organiza el material y el lugar físico, para así incrementar el entendimiento y la autonomía. Estas deben ser organizadas y estructuradas para reducir la ansiedad y aumentar la claridad, el entendimiento y el interés. Los tres componentes más importantes son:

- **La claridad visual:** esclarecer los elementos significativos de la labor y de las perspectivas de los niños reduce su nivel de ansiedad.
- **Organización visual:** requiere de la distribución y la inmovilidad de los elementos, evitar la desorganización sensorial.
- **Instrucciones visuales:** brinda información que señala que se necesita.

Los apoyos visuales permiten aprovechar el aprendizaje, reducir el sostén en el procesamiento visual y aumentar la autonomía. Las directrices pueden ser moldeamiento o gestos. En cuanto a las ayudas, deben ser provechosas, consistentes, claras, suficientes en cantidad, pudiendo ser verbales, físicas o visuales. Los refuerzos permiten lograr la motivación para llevar a cabo y aprender una labor, siendo vital en la enseñanza de un individuo. Un refuerzo lo es si mantiene el interés por la labor y el progreso conductual. Los recursos empleados en las diferentes actividades siguen el mismo patrón, siendo significativa la organización y estructura del material, considerando la característica visual de estos niños.

La computadora y demás medios audiovisuales son un buen elemento para la enseñanza. Mucho material debe ser preparado para la actividad, como las historias sociales, los cuentos con pictogramas, los videos, los juegos didácticos, los documentales, entre otros.

2.3. Técnicas de la terapia cognitivo-conductual con niños

De acuerdo a Salguero y López Rolandi (s.f.), se deben valorar las capacidades que posee el niño, se plantean los objetivos de trabajo, se planifican actividades y se buscan recursos. Se lleva a cabo la evaluación inicial: analizando específicamente cada área, el tratamiento como objetivo general y las actividades como objetivos específicos. El análisis básico pretende establecer una línea para generar el perfil psicoeducativo y el tratamiento y educación de niños con discapacidad relacionada con la comunicación autista, se hallan en los principios de la educación de niños con discapacidad relacionada con la comunicación autista (división TEACCH).

El perfil psicoeducativo brinda una medición clínica válida de las capacidades, siendo las formas mediante observación directa y reporte de padres. En el caso del primero, posee el subtest de desarrollo:

- **Cognición verbal/preverbal:** cognición y memoria verbal, como la resolución de problemas, la denominación, la integración visual, la secuenciación y la motora.
- **Lenguaje expresivo:** tanto verbal como gestual.
- **Lenguaje receptivo:** entendimiento del lenguaje oral.
- **Motricidad fina:** coordinación de las distintas partes del cuerpo.
- **Motricidad gruesa:** capacidad de controlar distintas partes del cuerpo.
- **Imitación:** tanto visual como motora.

En el caso del Subtest conducta desadaptativa, evalúa:

- **Expresión emocional.**
- **Reciprocidad social:** relación con niños y con adultos.
- **Comportamientos motores:** auto-estimulaciones, perfil sensorial.
- **Comportamientos verbales:** hablar adecuadamente.

En cuanto a los compuestos, los mismos se conforman por:

- **Comunicación:** hablar, escuchar, leer y escribir.
- **Motor:** coordinación ojo-mano y movimientos motores gruesos.
- **Comportamientos desadaptativos:** son inadecuadas en interacciones sociales, lenguaje idiosincrático y comportamientos estereotipados.

En referencia al reporte de padres, se puede obtener:

- Información que brindan de la observación del niño.
- Dificultades conductuales.
- Cuidado personal.
- Comportamiento adaptativo.

De acuerdo a Salguero y Battoglia (s.f.), los recursos para trabajar con individuos con trastornos del espectro autista incluyen:

- La estructura física del consultorio.
- La estructura temporal.
- La estructura de la actividad.

Por su parte, los principios de la educación de niños con discapacidad relacionada con la comunicación autista (división TEACCH) son:

- **Adaptación óptima:** enseñar nuevas habilidades y adaptar el entorno al déficit del sujeto.
- **Asistencia entre padres y profesionales:** en la edad temprana puede ser el personal clínico, los pediatras, las maestras jardineras, en la edad escolar los maestros, y en la edad adulta el empleo con apoyo, las empresas, entre otros.

- **Intervención más efectiva:** hacer hincapié en las capacidades y en el reconocimiento y aceptación de las debilidades.

- **Énfasis en la teoría cognitivo-conductual:** curriculum de comunicación y metáfora del iceberg.

- **Asesoramiento y diagnóstico precoz:**

- **Perfil Psicoeducativo-Tercera Edición [PEP-3]** (Schopler, Reichler, Bashfor, Lansing & Marcus, 1990). Es un instrumento que evalúa el desarrollo y el diagnóstico de niños con TEA. Analiza las capacidades y comportamientos de los niños con autismo y de los problemas en la comunicación, de una edad mental que oscila entre 6 meses y 7 años. Se administra de forma individual, tomando entre 45 y 90 minutos completarlo. Es una herramienta diagnóstica que ayuda a la planificación de la educación de niños de entre 3 y 5 años.

La versión original de esta escala se remonta a Schopler y Reichler, (1979). La escala posee tres puntuaciones: comunicación, motora y comportamientos maladaptativos, habiendo 10 subescalas de ejecución: cognitivo verbal/preverbal, lenguaje expresivo, receptivo, motricidad fina, gruesa, imitación visomotora, expresión emocional, reciprocidad social, comportamientos motores y verbales característicos.

- **Escala de Evaluación del Autismo Infantil [CARS].** Es una entrevista estructurada que consta de 15 ítems con un instrumento de observación, teniendo una escala con 7 puntuaciones que muestran el nivel en el que el comportamiento del niño se desvía de la edad adecuada, diferenciando el autismo severo del moderado o leve (Schopler, Reichler & DeVellis, 1980; Schopler, Reichler & Renner, 1988). Las puntuaciones por sobre 30 evidencian un diagnóstico de trastorno autista. Se deben utilizar niños de más de 2 años de edad. La información indica que el CARS posee una elevada sensibilidad en la identificación de sujetos diagnosticados con autismo (Chebowski, Green, Barton & Fein, 2010; Eaves & Milner, 1993; Sevin, Matson, Coe, Fee & Sevin, 1991).

Por otro lado, Lord (1995) halló que el CARS sobre identifica el autismo en niños de 2 años con déficit cognitivos, mientras que a los 3 años, el CARS predice mejor el diagnóstico, principalmente cuando el punto de corte aumenta de 30 a 32.

- **Enseñanza estructurada con elementos visuales:** como el espacio físico, el horario, el sistema de trabajo y la organización de tareas.

- **Entrenamiento multidisciplinar en el modelo generalista:** particularidades del autismo, diagnóstico y análisis, enseñanza estructurada, asistencia entre padres y profesionales, comunicación, hobbies, tecnologías de la información, control conductual.

Según Mulas et al. (2010), el modelo TEACCH, tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación se enfoca en comprender la “cultura del autismo”, la manera de los sujetos autistas de pensar, aprender y vivir el mundo, por lo que estas diferencias cognitivas expondrían los síntomas y las cuestiones conductuales que poseen. Sus actividades contienen diagnósticos, entrenamientos de padres, capacidades sociales y comunicativas, entrenamiento del lenguaje y búsqueda de trabajo (Francis, 2005). Se funda en reconocer las capacidades individuales, empleando distintos instrumentos de valoración y del perfil psicoeducativo PEP-3 (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990).

Según Eikeseth (2009), el programa pone el foco en el aprendizaje en distintos entornos, con la asistencia de diferentes docentes. Pretende mejorar cuestiones como la comunicación, la percepción, la cognición, la imitación y las capacidades motoras Se sostiene de 5 elementos:

- Enfocarse en el aprendizaje estructurado.
- La utilización de estrategias visuales para orientar al niño, para el aprendizaje del lenguaje y la imitación.
- Aprendizaje de gestos, imágenes, signos o palabras impresas, es decir, de un sistema de comunicación.
- Aprendizaje de habilidades preacadémicas.
- Trabajo de los padres como coterapeutas, empleando los mismos materiales y técnicas.

En la actualidad, el método TEACCH es el programa de educación especial más empleado a nivel mundial, habiendo informes de su efectividad en la mejora de las capacidades sociales y comunicativas, y en la reducción de comportamientos desadaptativos y del estrés familiar, lo que mejoraría la calidad de vida (Van Bourgondien, Reichle & Schopler, 2003; Ozonoff & Cathcart, 1998). Sin embargo, no existen investigaciones controladas, aleatorizadas y bien diseñados que demostraran su efectividad, por lo que este método requiere de una validación científica (Eikeseth, 2009; Howlin, 2000).

Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual contempla el aprendizaje

por modelos e imitación, intentando comprender el funcionamiento mental y cerebral. Contiene las técnicas de estimulación de las funciones cerebrales y la enseñanza de estrategias de compensación. En cuanto al Análisis Conductual Aplicado, se trabaja sobre los comportamientos y no sobre las motivaciones, permite efectuar, conservar, generalizar o extinguir comportamientos problemáticos. Traduce los hechos internos en fenómenos observables, empleando mediciones directas y repetidas del comportamiento, el diseño de análisis experimental se puede emplear para analizar la eficacia del procedimiento, permitiendo mejorar los comportamientos socialmente significativos.

Toda intervención empieza con un análisis que permite responder a un fin, el cual es facilitar los programas de intervención psicoeducativos para el desarrollo del sujeto.

En referencia al área de relación social y socialización, Salguero y Battaglia (s.f.) señalan que es la capacidad para tener interacciones con los demás, pudiendo transformar las experiencias provenientes del estímulo social. Repercute en la diversidad y en la complejidad de las relaciones que puede tener un sujeto. Se incluyen también la referencia conjunta y las habilidades intersubjetivas y mentalistas, siendo los elementos más sutiles de la calidad de esos vínculos sociales. La socialización se refiere a las capacidades, de las que el individuo se vale para su desarrollo y autonomía personal, que tornan a la relación y a la convivencia en el entorno social.

Según la Psicología evolutiva la comunicación es el comportamiento de relación que es una actividad intencionada de relación, la cual se refiere a algo, por lo que es intencional, es sobre algo. Se lleva a cabo a través de significantes y no por eventos instrumentales, como los que se realizan con objetos. Las conductas comunicativas poseen la función de transformar el mundo físicamente o lograr algo de él. Transformar el mundo mental del par, compartiendo con él una vivencia interna (Bates, 1976).

Mientras que las funciones imperativas se aprenden de los procesos de asociación empírica entre los comportamientos externos y las contingencias externas, la función declarativa requiere de la noción intersubjetiva de los demás como individuos con experiencia interna, para compartir la experiencia personal. Para lograr la función declarativa se debe poseer un sistema simbólico que permita vislumbrar el intercambio de experiencias con los

individuos (Rivière, 1997).

“Los niños autistas tienen una extremada dificultad para desarrollar el lenguaje en su periodo crítico de desarrollo, al carecer de los inputs intersubjetivos que disparan o ponen en marcha los mecanismos específicos de adquisición lingüística” (Rivière, 1997, p. 88).

De acuerdo a Bunge, Gomar y Mandil (s.f.), en las psicoterapias la comunicación es uno de los elementos principales. Participar en una interacción fluida y amoldada a los requerimientos del paciente es vital para conseguir los objetivos. Los tratamientos con niños son un reto para los terapeutas. La utilización de un lenguaje adulto puede estorbar a la alianza terapéutica y al aprovechamiento de las intervenciones. Además, para el adulto, emplear un lenguaje según al nivel evolutivo y los intereses del paciente es complicado. Algunos de los obstáculos que los terapeutas poseen al trabajar con niños son:

- En los inicios del pensamiento operatorio concreto, la causalidad es básica, pudiendo emplearse en escenarios en los que el niño participa en el presente.
- Reflexionar sobre las consecuencias de su comportamiento, componente básico de la terapia cognitiva, siendo un desafío que sobrepasa al paciente.
- La visión egocéntrica de los niños complica la reflexión sobre lo que necesitan y sobre lo que motiva a los demás, y la distinción e interrelación de sus comportamientos, pensamientos y emociones.
- Las diferencias en su habilidad para lo atencional, la memoria y la motivación restringida imposibilitan una perspectiva abstracta y formal (Grave & Blisset, 2004).

Esto limita la implementación de un tratamiento cognitivo conductual tradicional, aunque estudios indican la viabilidad de esta terapia con poblaciones infantiles en base a ciertas modificaciones, siendo la implementación de las metáforas como una herramienta vital (Bunge et al., s.f.).

Según Martín Macías (2010), la comunicación aumentativa es la que se utiliza como refuerzo, promoviendo los recursos del lenguaje. La mayoría de los sistemas alternativos de comunicación aumentativos incrementan la comunicación, debido a que sirven de refuerzo y permiten las capacidades intelectuales asociadas con la adquisición del lenguaje:

- **Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC):** permite la comunicación en

individuos sin lenguaje oral con problemas motores y auditivos. Está formado por tarjetas con dibujos muy simples y representativos para el sujeto, que están seguidos de la palabra escrita. Se pueden fotocopiar en distintos colores dependiendo de si representan individuos, verbos, se pueden emplear otros que no tengan el sistema y que sean útiles para el niño.

- **Imágenes, fotos y dibujos:** se emplean cuando los problemas de comunicación oral son agudos, se pueden emplear las imágenes y fotografías: sujetos, objetos y acciones. Es una buena forma de empezar a implantar códigos de comunicación más abstractos.

- **Escritura ortográfica:** es un sistema alternativo para los sujetos que poseen un buen nivel de lectoescritura. Está compuesto por números, letras, sílabas, signos de puntuación, palabras, y frases. El sujeto elabora su discurso mediante la señalización de estos componentes. Es empleado por individuos con dificultades de articulación y de motricidad fina que frenan el control grafomotor.

De acuerdo a García Higuera (2008), el diagnóstico de los trastornos psicológicos se basa en el DSM-IV. No obstante, una etiquetación posee poca aplicación en la práctica de la terapia cognitivo conductual, que se enfoca en los comportamientos del paciente. Para llevar a cabo la concreción, la herramienta que se utilizará es el análisis funcional, que consiste en estudiar los comportamientos que conforman el núcleo del problema del paciente, que lo provocan y lo mantienen, sus antecedentes y sus resultados junto con el ambiente en el que se generan. No se trata solo de recoger datos, sino de recabar información para poder influir y transformar los eventos que se mencionan.

La variación de esos ambientes es lo que va a permitir al paciente resolver sus problemas. Hay dos componentes que se distinguen: el motivo de consulta que va a llevar al problema, que será sobre lo que afectará la terapia, y un análisis de los elementos más importantes de la vida del sujeto, analizando todos los elementos de su actividad actual (García Higuera, 2008).

Morales Pillado et al. (2015) afirman que los procedimientos de intervención en habilidades sociales suelen ser los mismos en la mayoría de los programas:

- **Instrucciones:** cuanto más concretas las instrucciones sobre el

comportamiento a desarrollar, más probable que se lleve a cabo correctamente.

- **Modelado:** es el terapeuta quien posee este papel, aunque el modelado es más eficaz cuando el modelo es semejante al observador.

– **Ensayo comportamental o role-playing:** con cada ensayo se elige un escenario en particular, se describe, se especifica y se representa. El ensayo debe enfocarse en el entrenamiento de una habilidad a la vez.

– **Feedback y refuerzo:** luego de cada representación de roles le sigue una pequeña etapa de retroalimentación en la que se detallará al niño los pasos seguidos y en cuáles ha de mejorar. Se reforzarán las conductas que han seguido los pasos instruidos. Para que el refuerzo sea efectivo debe ser empleado de forma asociada con el comportamiento que queremos que se conserve o se incremente. Será vital considerar los principios del moldeamiento: reforzar las aproximaciones al comportamiento y, mientras el niño avanza en los pasos, extinguir los anteriores.

– **Labores para casa y generalización:** en base a la edad del niño y las particularidades de la cuestión, se decidirá si las labores serán dirigidas y entrenadas con los padres o si se las llevará a cabo por los niños de manera independiente.

Otras técnicas que se agregan al programa de entrenamiento en habilidades sociales son las autoinstrucciones y el entrenamiento en resolución de problemas, las cuales mejoran la capacidad de autocontrol en niños con problemáticas de impulsividad y/o agresividad. Asimismo, se puede enseñar a los niños a examinar, discriminar y expresar emociones (Morales Pillado et al., 2015).

El método ABA (Applied Behavior Analysis) es una intervención que emplea la teoría del aprendizaje de forma sistemática y medible para aumentar, reducir, conservar o generalizar ciertos comportamientos objetivo, como la lectura, las habilidades académicas, sociales, comunicativas y de la vida cotidiana (Cataniam, 1998; Francis, 2005; Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991). Ayuda a los niños a aumentar comportamientos, aprender nuevas capacidades, conservar los comportamientos, generalizarlos o transferirlos a otro contexto, restringir o reducir las condiciones en donde tienen lugar los comportamientos desadaptativos (Salvadó, Manchado, Palau, Rosendo & Orpí, 2005).

El reforzamiento diferencial de otras conductas es brindar el reforzador

de forma contingente a la no emisión de un comportamiento por un periodo de tiempo. De esta forma, el sujeto recibe el reforzador sólo si el comportamiento no sucede durante cierto tiempo, haciendo que el comportamiento se reduzca (Martin & Pear, 1999).

A veces, para emplear el procedimiento más prácticamente, se emplea un reforzador de forma contingente en el que se refuerza el que no aparezca una conducta luego de cierto tiempo. El mismo posee la ventaja de que para recibir el reforzamiento, el comportamiento no debe originarse en todo momento, por lo que su disminución será más veloz. En contrapartida, el sistema necesita una observación continua (Bados & García-Grau, 2011).

Bados y García-Grau (2011) afirman que, para aplicar el reforzamiento diferencial de otras conductas, se debe:

- Lograr en varias sesiones una línea del intervalo temporal entre comportamientos objetivo, calcular el tiempo entre estas conductas y utilizar este promedio como el valor inicial para el programa.
- Incrementar paulatinamente el valor del intervalo temporal en el cual no debe originarse el comportamiento haciendo que el reforzamiento suceda con frecuencia para que el individuo progrese.
- El periodo temporal no tiene por qué ser estático, sino que puede variar de un valor promedio.

En la extinción, Bados y García-Grau (2011) señalan que el sujeto emite un comportamiento reforzado, dejando de mostrarse los reforzadores contingentes a la misma, por lo que la misma disminuye o desaparece. Para emplear un procedimiento de extinción se debe:

- Decidir si el comportamiento que se quiere extinguir puede ser eliminado sin ocasionar problemas.
- Combinar la extinción con la enseñanza y el refuerzo de comportamientos alternativos. Se evitan o reducen cuestiones como que el sujeto presente otras conductas al extinguirse la primera o que pueda reaparecer.
- Conocer los reforzadores del comportamiento y verificar que será posible eliminarlos o discontinuarlos.
- Informar de la puesta en marcha de la extinción.
- Cuando el reforzador a retirar sea la atención, no hay que responder al comportamiento indeseado. Se debe continuar con las actividades, realizar otras, mirar a otro lugar o salir de la habitación.

- La extinción debe ser empleada continuamente sino se ubica al comportamiento en un programa de refuerzo intermitente que la tornará más resistente. Los agentes de cambio deben comportarse de manera conjuntada, sin que haya discrepancias entre éstos.
- En las fases iniciales de la extinción puede haber un incremento temporal de la periodicidad, duración o intensidad del comportamiento. Por lo que debe continuar empleándose el procedimiento, ya que el comportamiento se reducirá, haciendo la suspensión del procedimiento que aumente la conducta no querida. El aumento temporal del comportamiento indeseado puede disminuir indicando al sujeto que recibirá reforzador por un comportamiento alterno.
- La extinción puede ocasionar respuestas de frustración y agresión, disminuyendo a través del refuerzo de una conducta incompatible e iniciando al sujeto las nuevas contingencias de refuerzo.
- Si se pretende eliminar la conducta problema rápido se recomienda emplear otro método.
- La extinción no funciona bien con comportamientos normales en ciertos períodos del desarrollo. No desaparecerán, pero si se es constante, ocurrirán a través de menos tiempo en el futuro.

Asimismo, dentro de los modelos explicativos más extendidos sobre los trastornos del neurodesarrollo se encuentra el de los déficits en el funcionamiento ejecutivo, capacidades que se involucran en procesos cognitivos de un nivel elevado que regulan el comportamiento para lograr una meta deseada. Son vitales para la autorregulación que requiere el funcionamiento eficaz de la persona en la vida cotidiana. Existe una predisposición genética y circuitos cerebrales alterados en los trastornos del espectro autista, los circuitos somatomotor, dorsal atencional, visual y de funciones ejecutivas, repercutiendo en otros procesos como la planificación, inhibición, toma de decisiones y memoria de trabajo (Proal, González-Olvera, Blancas, Chalita & Castellanos 2013).

Los niños con trastornos del espectro autista poseen dificultades en los dominios de planificación y de flexibilidad cognitiva (Miranda, Baixauli, Colomer & Roselló, 2013). La memoria de trabajo también se halla afectada (Truedsson, Bohlin & Wahlstedt, 2015), aunque también existen trabajos (Nydén et al.,

2010) que no han hallado un perfil de déficits ejecutivos.

Alcantud Marín (2013) afirma que el programa de intervención debe:

aumentar la flexibilidad cognitiva, de imaginación y simbolización, mejorar su comunicación y el lenguaje, desarrollar las habilidades sociales y mejorar el comportamiento adaptativo (...) [empleando el] encadenamiento hacia atrás, aprendizaje sin error, modelado, andamiaje, refuerzo positivo, enseñanza incidental, acción situada y contexto natural, apoyo conductual positivo, entorno estructurado, promoción de la comunicación y nuevas tecnologías. (pp. 221-223)

Estas propuestas mejoran la habilidad de los niños con trastorno del espectro autista, pudiendo emplearse las técnicas solas o combinadas con modelos de intervención que brindan a los receptores un mayor nivel de desarrollo. La propuesta de intervención se enfoca en niños autistas con lenguaje verbal y competencias, pero Cuxart (2000) afirma que la intervención debe ser desde el nivel más bajo del desarrollo de las mismas. La intervención en casos de niños autistas depende de las complicaciones que muestren: las metas y las técnicas de intervención en niños sin lenguaje oral no son iguales que en niños con autismo de alto rendimiento que solo poseen problemáticas en los vínculos interpersonales (Sanlés González, 2017).

Según Bunge, Gomar y Mandil (2009), el juego es un comportamiento innato, con funciones evolutivas vinculadas a la adaptación y la supervivencia. Poseen características terapéuticas que promueven las transformaciones cognitivas y comportamentales. El juego es un elemento para emplear otros procedimientos terapéuticos, siendo también una terapéutica en sí misma. En la terapia cognitivo conductual con niños, existe una relación positiva entre éstos y el terapeuta, se recurre a las actividades lúdicas para comunicarse con el niño y se piensa en el entorno terapéutico como un sitio seguro. Aunque se distingue de otras perspectivas en la teoría que sostiene su interpretación, las actividades iniciadas, y el promover objetivos terapéuticos, estrategias para alcanzarlos y el posicionamiento educativo y directivo.

El juego se clasifica de acuerdo a Aguilar y Espada del Valle

(2002) en:

- **El juego estructurado:** las reglas, normas e instrucciones están preestablecidas. Puede contener también juegos de mesa con objetivos terapéuticos. Por otro lado, son de acceso restringido, por lo que se utilizan de forma artesanal. Asimismo, contiene juegos de mesa sin fines terapéuticos que pueden emplearse terapéuticamente con distintos objetivos. Pueden servir para empezar una actividad con un niño con poco lenguaje, testarudo o desmotivado. Puede ser un elemento de distracción o un refuerzo, algo placentero que hace que el niño se relaje. En el entorno lúdico, es más sencillo mencionar cualquier cosa. El juego es sólo una excusa, algo para hacer mientras se examinan las problemáticas y sus soluciones. Dependiendo del ambiente, pueden emplearse los deportes como el fútbol, que requiere de reglas a seguir, esfuerzo, tenacidad y estrategia. Puede servir para formar en el niño comportamientos de cooperación, tolerancia a la frustración, entre otros.

- **El juego no estructurado:** el juego no estructurado y no directivo necesita de un ambiente con juguetes para que el niño elija la clase de juguete como el juego que quiera llevar a cabo. Promueve las condiciones para que se originen los comportamientos más comunes en el repertorio del niño. En un tratamiento cognitivo se suele emplear con objetivos diagnósticos, sin embargo, se pueden implementar en el entorno lúdico distintas intervenciones para la reorientación, restablecimiento y reinterpretación de hechos y relaciones conflictivas. Más empleado es el juego no estructurado y directivo, cuando el niño muestra conflicto, el terapeuta guía el juego en una trayectoria terapéutica. Puede tomar el muñeco de la figura materna y brindarle una explicación, confrontación o componentes racionales que promuevan una reestructuración cognitiva, o añadir un personaje de fantasía y de asistencia terapéutica, que le ayude a comprender eventos, vínculos o elementos de su pensamiento, y promover capacidades sociales o de afrontamiento.

Para promover el desarrollo y la conservación de la alianza terapéutica, el psicólogo habrá de cambiar entre la estructura y directriz según la disposición del niño, y al momento que se genera la relación con el primero (Bunge et al., 2009).

Por otro lado, Cáceres Parejo (2016) afirma que cuando se trabaja con niños que no poseen lenguaje, se le debe enseñar el mismo. Se deben

promover ambientes de aprendizaje en los que los niños promuevan sus capacidades de comunicación funcional. Esto se logra creando oportunidades para la comunicación en ambientes físicos con elementos y actividades interesantes. Sin embargo, la exposición a los mismos no es suficiente para provocar la comunicación.

PECS enseña a los estudiantes a comunicar lo que quieren, permitiendo hacer “tratos” con el mismo. Empieza brindando una gran cantidad de elementos de interés para el niño, luego de observar el comportamiento del mismo en relación a ellos. Así, se puede saber que elementos son reforzadores, luego de realizar un análisis de los mismos.

- **Entrevista a las personas cercanas al estudiante:** padres y a quienes han trabajado con el mismo son fuentes de información sobre lo que le gusta.

- **Observar al estudiante en una circunstancia no estructurada de acceso libre:** una forma de analizar los gustos es observar los elementos que utiliza el niño o lo que come cuando se le brinda acceso libre a muchos artículos.

- **Realizar una evaluación formal de reforzadores:** antes de emplear PECS, se debe saber qué objetos le gustan más al estudiante o cuáles son los reforzadores más importantes.

En adición, Palacios Menor (2016) afirma que el Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS) fue creado por Bondy y Frost en 1985, para enseñar a sujetos con deficiencias comunicativas a comunicarse. Este sistema de comunicación posee 6 fases:

- **Fase I, Intercambio físico:** la meta es que, al observar el ítem predilecto, el niño escoja su figura correspondiente, extendiendo la mano hacia el mismo y soltando la figura en la mano del aprendiz.

- **Fase II, incremento de la espontaneidad:** el estudiante va hacia el tablero de comunicación, toma la figura, se dirige al entrenador y le entrega la figura en la mano.

- **Fase III, Discriminación de la figura:** el sujeto pedirá los elementos deseados yendo al tablero de comunicación, eligiendo la figura de un grupo y aproximándose al entrenador a darle la figura.

- **Fase IV, Estructura de la frase:** el estudiante pide los ítems utilizando frases con distintas palabras. Elige la figura “yo quiero” y lo ubica sobre la tarjeta y la figura del objeto deseado. Se acerca al entrenador y le da la tarjeta. En esta etapa, el niño posee en el tablero de comunicación entre 20 y 50 figuras,

comunicándose con distintos sujetos.

- **Fase V, Respondiendo a lo que desea:** el estudiante puede escoger de forma natural una variedad de ítems y responder a la pregunta ¿Qué deseás?

- **Fase VI, Respuestas espontáneas.** El niño responde preguntas como ¿qué deseás? ¿que ves? ¿qué tenés?

De acuerdo a Bondy y Frost (1994), el sistema puede ser empleado en distintos ambientes situacionales. PECS enseña comunicación espontánea a través de comportamientos comunicativos empleando distintas técnicas comportamentales de enseñanza como sucesión hacia atrás, modelado, incitación anticipada, demorada y desvanecimiento de instigadores físicos. Este sistema de comunicación es efectivo, aunque se deben realizar más investigaciones con muestras mayores, confirmando los primeros trabajos en “Delaware Austistic Program” e investigaciones posteriores reforzando la intervención del sistema PECS en sujetos con deficiencias comunicativas.

Por otra parte, la Economía de Fichas es un sistema motivacional que se emplea para transformar comportamientos y mejorar la adaptación al entorno (Alvord, 1974). El sistema de reforzamiento se basa en la ocurrencia de comportamientos adecuados o la falta de comportamientos disruptivos, manteniendo el refuerzo mediante fichas que pueden cambiarse por otros reforzadores. Wolf consolidó la economía de fichas como una intervención, a pesar de que existen trabajos desde el siglo XIX, dando los lineamientos para establecer este sistema (Olivares, Montesinos & Preciado, 2005).

Ayllon y Azrin (1974) afirman que los comportamientos a modificar deben describirse de manera precisa, debiendo realizarse un seguimiento de la vida del individuo y sus rutinas, para determinar los refuerzos que se relacionen con las necesidades de la persona, permitiendo que los efectos del programa se enfoquen en los sucesos reforzantes. Se debe tener la habilidad para responder a las solicitudes de la persona, ayudando al tratamiento al conocerse los reforzadores.

De acuerdo a Salinas Velázquez (2011), primero se deben escoger una o más conductas objetivo de la intervención. La economía de fichas es un sistema de refuerzo positivo, si es eficaz aumenta la posible emisión del comportamiento contingente. Se debe considerar que las fichas pueden tornarse contingentes de cualquier comportamiento objetivo de la intervención. Los reforzadores de apoyo son lo que servirán para intercambiar la ficha,

pudiendo ser diferentes. Los reforzadores positivos pueden catalogarse en reforzadores de consumo, de posesión, de actividad, de manipulación, reforzadores sociales. Además, una ficha puede ser cualquier cosa, por lo que se debe seleccionar los ítems que se transformarán en fichas, asociándose con la clase de comportamientos que se escogen como objetivo, y con las particularidades del niño.

Para generar una serie de respuestas, se debe reforzar una respuesta asociada al comportamiento terminal, refiriéndose a la regla del moldeamiento. Se debe emplear un lenguaje claro, y expresándose los registros y avances de manera cuantitativa, permitiendo divulgar los resultados para recibir sugerencias o replicaciones. En referencia a la entrega de refuerzos, si uno es efectivo y brinda valor al tratamiento, las variaciones del mismo pueden tener un valor a considerar. Como puede aparecer saturación de un reforzador, no debería emplearse solo un hecho como reforzador, teniendo una gama de posibilidades. Se debe anticipar a la saciedad con el reforzador, a mayor cantidad de fichas brindadas por la ejecución del comportamiento, más común es la ejecución de ese comportamiento (Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009).

Según Ayllon y Azrin (1974), la saciedad establece un límite sobre la cantidad de fichas por tarea, no debiendo ser tan grande que permita al sujeto pasar mucho tiempo sin ganar fichas. Todo comportamiento se aguarda en un tiempo y lugar establecido, por lo que se debe asegurar que quien entrega los reforzadores esté siempre disponible para ello, sino se modifica la efectividad del tratamiento.

Además, el Trastorno del Espectro Autista se encuentra relacionado con variaciones en la Teoría de la Mente (Begeer et al. 2011). Esto también lo sostienen Fisher y Happé (2005), añadiendo que existe evidencia de dificultades en el funcionamiento ejecutivo en los niños con este trastorno. Las esferas vinculadas a la teoría de la mente y la función ejecutiva en sujetos poseen déficits probados (Hanson & Atance, 2014; Pellicano 2007).

Por otra parte, existe poca evidencia que examine esta relación analizando la efectividad de los programas de intervención y entrenamiento en estas habilidades con los niños con trastorno del espectro autista (Aguilera Gálvez, 2015).

La función ejecutiva es el constructo cognitivo empleado para referirse a

los comportamientos orientados hacia una meta, hacia el futuro, mediados por los lóbulos frontales. Abarcan la planificación, la inhibición de respuestas prepotentes, elasticidad, búsqueda y memoria de trabajo (Ozonoff, Strayer, McMahon & Filloux 1994), por lo que su déficit involucra problemáticas a quienes poseen un trastorno del espectro autista (Van Deurzen, Tuinier, Mey & Verbeeck, 2008).

Según Nieto y Huertas (2012), la función ejecutiva es noción que contiene a las habilidades cognitivas. Wels y Pennington (1988) afirman que la función ejecutiva es la capacidad para hallar una solución de los problemas para lograr una meta futura. Según Jurado y Roselli (2007), se refiere a los procesos de control de orden superior que guían el comportamiento en entornos cambiantes. Además, Papazian, Alfonso y Luzondo (2006) señalan que las funciones ejecutivas inhiben problemáticas internas y externas, mientras que las emociones y motivaciones ponen en alerta al sistema de atención antes, durante y después de llevar a cabo una acción.

Otros autores mencionan una lista de habilidades o componentes de la función ejecutiva. Hill (2004) menciona a la planificación, la memoria de trabajo, el control de impulsos, la flexibilidad mental, y la habilidad para comenzar una acción y seguirla. No obstante, hay consenso en señalar que la función ejecutiva es una noción multidimensional (Ozonoff, 2004; Tirapu-Ustárrroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira & Pelegrín Valero, 2008; Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley & Howlin, 2009).

Se hallaron disfunciones ejecutivas en el autismo y entre sus familiares, con edades y niveles de funcionamiento distintos, utilizando instrumentos que evalúan la función ejecutiva (Ozonoff, 2004). Los antecedentes son escasos y se asocian al estudio de pacientes con daño cerebral (Damasio & Maurer, 1978).

Existen fallos de control ejecutivo en los trastornos conductuales (Hurt & Naglieri, 1992), en el trastorno obsesivo-compulsivo (Kuelz, Hohagen & Voderholzer, 2004), en la esquizofrenia (Mahurin, Velligan & Miller, 1998), en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Grodzinsky & Diamond, 1992), síndrome de Tourette (Channon, Pratt & Robertson, 2003), síndrome de X-frágil (Mazzocco, Pennington & Hagerman, 1993).

Al pensar en el proceso de adquisición de estas funciones se evidencia su elevada complejidad: García-Molina, Enseñat-Cantallops, Tirapu-Ustárrroz &

Roig-Rovira (2009) señalan que el espectro de vulnerabilidad es extenso. La cuestión se soluciona señalando a la multidimensionalidad del constructo (Ozonoff, 2004), por lo que se generan perfiles de funcionamiento ejecutivo del trastorno autista. Sin embargo, los diversos estudios realizados se topan con el problema de la heterogeneidad de los resultados.

Hill (2004), Robinson et al. (2009), y Sanders, Johnson, Garavan, Hil y Gallagher (2008) muestran la diversidad de los resultados en todos los elementos. Las razones fueron detalladas en diferentes trabajos (Hill, 2004; Ozonoff, 2004; Nieto, Huertas, Ardura & Váldez, 2006), siendo la diferencia en la edad cronológica de los sujetos, el no poder utilizar las mismas tareas para analizar la función en niños, en adultos o en poblaciones con diferente nivel de comprensión cognitiva, así como la ausencia de un grupo de sujetos con desarrollo típico para estudiar.

Más allá de estas cuestiones, existen resultados más consistentes, siendo uno de los patrones que aparecen en los estudios la presencia de un déficit en las operaciones que necesitan de flexibilidad, la modificación de la pauta cognitiva y el foco de atención, mientras que las funciones de inhibición se encuentran intactas (Ozonoff, 2004). Sanders et al. (2008) señalan que está intacta la habilidad de mantener la atención, aunque hay un déficit en la orientación de la atención. En los niños, la situación es más compleja.

Turner (1997) afirma que existen fallos en la inhibición y cambio de set atencional en las labores de secuencias y clasificación, pero no posee un grupo con desarrollo típico para comparar. Nieto et al. (2006) no hallaron estos resultados en una investigación con varios grupos controles. Tampoco Griffith et al. (1999) con niños más pequeños y tareas de A no B. Existen déficits que se originan con la edad.

En 1997, Russell recopiló trabajos que señalan que la disfunción ejecutiva se halla en la base de los síntomas nucleares del autismo. Aunque, Hill y Bird (2006) afirman que, de los síntomas clínicos del autismo, el que más se relaciona con los déficits ejecutivos son los comportamientos repetitivos. Turner (1997) plantea una relación entre las dificultades en la inhibición y la generatividad con las variaciones en el comportamiento flexible. Estudio niños con autismo de nivel cognitivo de alto y bajo, y con grupos con otras alteraciones, aunque no poseía uno de desarrollo típico. Fueron estudiados en las habilidades de generación e inhibición de respuestas nuevas. En todas las

apreciaciones, los niños autistas rendían menos que los niños controles. A través de un cuestionario para padres recopiló datos sobre la clase de conductas repetitivas de los niños, hallando relación entre:

- Perseveración recurrente y movimientos repetitivos e intereses reducidos.
- Perseveración fijada en el set y utilización estereotipada del lenguaje e intereses limitados.
- Problemas en la habilidad generativa y comportamiento inalterable e intereses limitados.

Concluyó que el trastorno de inhibición manifiesta la cantidad de repeticiones y la invarianza de diferentes comportamientos repetitivos, mientras que la alteración en la habilidad generativa explica el hecho de que la conducta de los autistas sea previsible y no posea iniciativa ni creatividad. Sin embargo, la relación entre estereotipias motoras y problemas en inhibición no pudieron ser replicados (Nieto et al., 2006).

Por otro lado, López, Lincoln, Ozonoff y Lai (2005) realizaron un estudio en adultos con autismo, señalando la existencia de una elevada correlación entre algunos elementos de la función ejecutiva, la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo, y el retraimiento y los comportamientos repetitivos. Uno de los puntos a favor de las fortalezas de la teoría de la disfunción ejecutiva es que considera los síntomas clínicos no explicados por otras teorías, como la ausencia de coherencia-central (Frith, 1989) o los problemas en la teoría de la mente (Happé, 1994).

Es notoria el parecido y la relación entre el funcionamiento ejecutivo y conductas como la necesidad de inmovilidad, ausencia en el control de los impulsos, problemas para comenzar acciones nuevas, y problemas para cambiar de labor (Robinson et al., 2009). Se puede cuestionar más la asociación entre la disfunción ejecutiva y las estereotipias motoras. Las mismas responden al funcionamiento mucho más reducido que el de otros comportamientos, como rituales u obsesiones, donde se requiere del control sobre las acciones de una serie.

Goldstein, Johnson y Minshew (2001) afirman que los sujetos con autismo de alto rendimiento poseen déficits en las tareas de atención que requieren de flexibilidad cognitiva. No obstante, el déficit atencional se relacionaría al procesamiento de la información y no a cambio de enfoque, no evidenciando déficit en esta área, pero sí en labores de funcionamiento

ejecutivo y en el procesamiento de información. El control ejecutivo se encarga del procesamiento de información, activando e inhibiendo los distintos procesos cognitivos. Esta red se relaciona con áreas frontales, con la corteza prefrontal lateral y con los ganglios basales (López-Frutos, Sotillo, Tripicchio & Campo, 2011).

Por ende, los tests de ejecución son diseñados para analizar elementos específicos, siendo administrados en condiciones estrictas de laboratorio. Debido a esto, su validez ecológica fue cuestionada por la diferencia entre el desempeño del niño en un entorno estructurado y las demandas de la vida real. Las escalas de estimación tratan de remediar esta limitación metodológica con el análisis de las habilidades ejecutivas en entornos de la vida cotidiana, integrando información de distintos informantes (Berenguer Forner, Roselló Miranda, Miranda Casas, Baixauli Fortea & Palomero Piquer, 2016).

2.4. Conceptualización y formulación del caso clínico

De acuerdo a Kendall (2000), el terapeuta de niños posee distintos roles de acuerdo a las necesidades del caso. Puede ser un diagnosticador o evaluador, debiendo recabar información derivada de diferentes fuentes para llevar a cabo una síntesis de esta información y llegar a un diagnóstico y a la conceptualización del caso que regirá el tratamiento. Asimismo, puede ser un consultor y ayudar al niño a darse cuenta de alguna cuestión problemática, a encontrar opciones y a escoger alguna de éstas. Puede ser también un educador o entrenador, que auxiliará al niño a hallar y a incrementar sus fortalezas, enseñando nuevas capacidades sociales, cognitivas y afectivas para mejorar su desarrollo.

Se debe considerar que los tratamientos cognitivo-conductuales poseen un tiempo limitado, son estructurados y manualizados. Éstos se encuentran validados empíricamente, estando demostrada científicamente su eficacia, eficiencia y efectividad. El terapeuta los debe aplicar de forma flexible y con juicio clínico, considerando las variables de cada caso, siendo vital el llevar a cabo un buen diagnóstico y una conceptualización del caso que permita el entendimiento de los focos de tratamiento. Los tratamientos cognitivo-conductual para niños deben tener entrevistas a padres y familiares, terapia

para el niño, puede ser individual o grupal, orientación a padres, trabajo con la escuela y con psicopedagogos, pediatras y/o psiquiatras (Kosovsky, 2013).

Según Fagnani y López Pell (2013), emplear la Terapia Cognitivo-conductual con niños y adolescentes no es solo el conocimiento y ejecución de ciertas técnicas preestablecidas. Aunque es fundamental tener conocimiento básico de técnicas de intervención, la clave es saber cuándo, cómo y a quiénes emplear las técnicas. La conceptualización del caso es un instrumento vital que permite obtener esto. Mediante ésta, los clínicos poseen la oportunidad de mejorar desde la información nomotética de la literatura hacia la ideográfica en escenarios con su paciente. Se requiere de la resolución de problemas, el cual suscita la planificación de una mediación individual y determinada del caso, evitando ajustar al niño a los modelos existentes.

La conceptualización de caso requiere del desarrollo de una descripción sobre un sujeto que posee un problema y ciertas inferencias sobre las causas y elementos de mantenimiento que ayudaron a fundar y continuar los problemas que se originan. Esta comprensión de la persona en su evento determinado guía la implementación de estrategias y otorga una medida para seguir el caso (Murphy & Christner, 2009).

Una conceptualización de caso es una forma dinámica y eficaz de capturar los elementos multifacéticos de un niño o adolescente. En base al proceso se genera un plan de tratamiento individualizado que muestra el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del niño, considerando el ambiente familiar y cultural, y el nivel de desarrollo. Una conceptualización eficiente brinda al clínico datos sobre las conductas del niño, explica el comportamiento actual, y permite pronosticar la conducta futura (Needleman, 1999).

Por su parte, Kosovsky (2013) define la conceptualización del caso como un conjunto de hipótesis que se plantean para establecer una relación entre las distintas problemáticas que incomodan a un paciente y a su ambiente. Además, debe indicar mecanismos intervinientes en la predisposición, desencadenamiento y conservación de esas cuestiones, siendo la conducta multideterminada, interviniendo elementos cognitivo-conductuales, emocionales y elementos interpersonales.

Aunque existen diversos modelos de conceptualización de casos, la mayoría son elaborados para adultos: el modelo de Fierdberg y McClure es uno

de los pocos elaborados para niños y adolescentes (Friedberg & McClure, 2005; Murphy & Christner, 2009). Es vital contar con estos modelos, ya que existen diferencias al conceptualizar el caso de un niño y un adulto. Con los adultos se afirma que la conceptualización del caso es un sistema que brinda un “paraguas” debajo del que las problemáticas se generan de un único mecanismo, como una creencia nuclear, un sustrato orgánico o un elemento situacional (Persons & Tompkins, 1997).

Sin embargo, con niños y adolescentes los problemas no provienen de una sola fuente común, involucrando diversos elementos interactuantes que poseen consecuencias en cada uno de los mismos, siendo las consecuencias de los elementos ecológicos más fuerte (Friedberg & McClure, 2005; Murphy & Christner, 2009).

Friedberg y McClure (2010) caracterizan la conceptualización del caso como la herramienta terapéutica más práctica, señalando que es fundamental debido a que brinda el marco para entender al paciente globalmente y guiar el tratamiento. Además, Friedberg y McClure (2005) afirman que la conceptualización del caso con niños permite:

- **acomodar las técnicas al contexto del niño,**
- **elegir las técnicas a emplear,**
- **establecer el ritmo y la forma en que se implementarán,**
- **determinar la forma en que se determinarán los progresos,**
- **predecir los obstáculos en el tratamiento,**
- **superarlos cuando el tratamiento es ineficaz.**

En adición, la conceptualización es fundamental como un elemento para la intervención en sí misma, ya que permite al niño y a su familia percibir la problemática de otra manera, viendo los caminos hacia su resolución (Bergner, 1998). A veces, el compartir la conceptualización con el niño y su familia genera un momento de insight mediante el que la familia reconoce y transforma los elementos que han estado fomentando el problema (Murphy & Christner, 2009).

Friedberg y McClure (2010) establecen las particularidades de la conceptualización de caso:

- Contiene una perspectiva de prueba de hipótesis, la cual proviene de los resultados de las evaluaciones, recabando información para confirmar o refutarlas.

- Es una manera de reconocer patrones, se triangulan datos dispares en un principio general superior.
- La formulación de caso es promovida desde lo teórico y aplicada individualmente.
- Una formulación simple y clara es mejor que una complicada.

De acuerdo a Kendall (2000), los trastornos infantiles se dividen en trastornos externalizadores e internalizadores. En los primeros prevalecen la agresividad y la conducta disruptiva, hay déficit cognitivo, siendo la ausencia de un registro y procesamiento cognitivo eficaz que genere alternativas para frenar el impulso antes de pasar al acto. Se encuentran aquí los trastornos de conducta e impulsividad. Las estrategias deben brindar al niño y a su familia los elementos tendientes a desplegar las funciones de control ejecutivo poco desarrolladas. Estos tratamientos contienen psicoeducación, orientación a padres, estrategias de autocontrol y de resolución de problemas.

La orientación a padres (Barkley, 1997; Greene, 2001; Patterson, 1974) hace hincapié en la psicoeducación, en el refuerzo positivo de los comportamientos esperados, la atención selectiva en base al incremento de los comportamientos apreciados por el niño y la adquisición de nuevas capacidades, el aumento de la tolerancia a la conducta inhibida. Existen distorsiones cognitivas, creencias afianzadas por una lógica estricta, reiterativa y distorsionada, como la subestimación de las estrategias de afrontamiento y la sobreestimación del peligro en los trastornos de ansiedad. Las psicoterapias deben contener módulos de psicoeducación y elementos para ejercitar la exposición a los sucesos evitados.

También, existen elementos genéricos como la alianza terapéutica y el empirismo colaborativo, siendo este último la modalidad de trabajo donde el terapeuta, el paciente y su familia son colaboradores en la comprobación de creencias y estrategias, mostrándolas a la realidad en base a su efectividad. El terapeuta estimula al niño y a la familia para que decidan cuál es el mejor recurso. Existen elementos protectores que se asocian con los elementos interpersonales, debiendo ser tenidos en cuenta al trabajar sobre las fortalezas y la prevención. Los recursos y habilidades de aprendizaje, una alta frecuencia de eventos placenteros y la disponibilidad de un confidente son elementos protectores de los trastornos psicopatológicos (Kosovsky, 2013).

Se deben emplear estrategias para tolerar la frustración, superar los fracasos, generar empatía, realizando atribuciones más flexibles y pensando de distinta manera antes de actuar. Se debe atender al momento evolutivo que del niño. La planificación de los tratamientos, los objetivos, las estrategias y los logros, deben ser adecuados a la edad y al nivel madurativo del paciente (Kosovsky, 2013).

2.5. Componentes en la formulación cognitiva conductual del caso

Friedberg y McClure (2005) postulan un modelo de nueve elementos, de los cuales cinco son centrales los cuales conforman la problemática manifiesta y cuatro variables interrelacionadas. En la terapia cognitiva, los distintos componentes que median en la conceptualización del caso se hallan interrelacionados, y las variables asociadas con el procesamiento de la información son vitales. De acuerdo al modelo cognitivo, los patrones comportamentales de un niño son respuestas aprendidas debido a los elementos situacionales, interpersonales y biológicos. Asimismo, las conductas se expresan en un ambiente cultural dentro de cierto nivel de desarrollo. La conceptualización del caso abarca estos elementos.

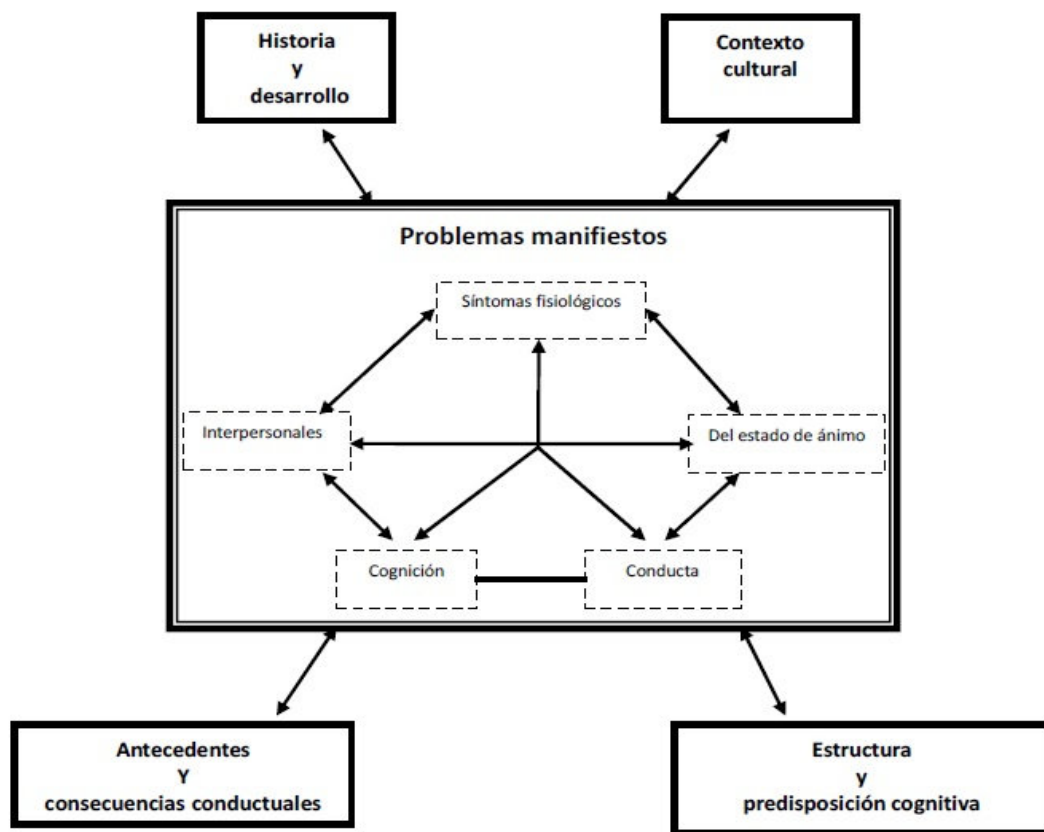


Figura 1. Relación entre los componentes de la formulación del caso (Friedberg & McClure, 2005).

Fuente: Fagnani, J. P. & López Pell, A. F. (2013). *Conceptualización de casos clínicos en niños desde el modelo de Friedberg y McClure (2005)*. Universidad Abierta Interamericana.

De acuerdo a Fagnani y López Pell (2013), el problema manifiesto se halla en el medio de la conceptualización, siendo el elemento desde el cual se comienza. El modelo cognitivo posee síntomas psicológicos, afectivos, comportamentales, cognitivos e interpersonales, los cuales conforman el problema central. Las cuatro variables que rodean a estos problemas nucleares, que son la historia y desarrollo, ambiente cultural, antecedentes y consecuencias comportamentales, y estructuras y propensión cognitivas, se hallan interrelacionadas afectando las unas en las otras. Por ejemplo, el desarrollo de un niño afecta al problema manifiesto, estableciendo su desarrollo e historia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Objetivo general

- Describir las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento de un niño con Trastorno del Espectro Autista, según el modelo de conceptualización de caso clínico de Friedberg y McClure (2005).

3.2. Objetivos específicos

- Describir las técnicas cognitivo-conductuales que se emplean en niños con Trastorno del Espectro Autista.
- Realizar la conceptualización y la formulación de un caso clínico.
- Establecer cuáles son las técnicas y tratamientos a emplear en dicho caso clínico.

3.3. Hipótesis

H1: La terapia cognitivo-conductual se puede utilizar de forma efectiva en el caso clínico del niño con un Trastorno del Espectro Autista, mostrando mejoras a lo largo del tratamiento.

3.4. Relevancia

La información recabada en base a la conceptualización de casos que se llevará a cabo, permitirá brindar un ejemplo de cómo el tratamiento cognitivo conductual se emplea en los niños con Trastornos del Espectro Autista, siendo un ejemplo de casos en el entorno local sobre cómo se aplica dicho tratamiento. A pesar de la extensa bibliografía existente sobre dicho trastorno, analizar las conceptualizaciones de casos puede ser útil para ayudar en la formación de los profesionales en la terapia cognitivo-conductual, viendo los ejemplos existentes al respecto sobre dicho tratamiento en dicha población.

3.5. Tipo de estudio o diseño

Se realizó un estudio empírico descriptivo, transversal con un abordaje cualitativo.

3.6. Muestra

La muestra estuvo compuesta por un niño diagnosticado con un Trastorno del Espectro Autista, de 9 años, residente en el Partido de Ituzaingó, cuyos padres aceptaron que su hijo forme parte del estudio.

3.7. Técnica de recolección de datos

Se filmó a un niño en 4 sesiones donde recibía terapia cognitivo-conductual. La terapeuta utilizó las diferentes herramientas que brinda dicha terapia en el tratamiento habitual que recibe este niño para tratar su trastorno.

3.8. Procedimiento

En primer lugar, se hizo firmar a los padres un consentimiento informado donde prestaban conformidad de que su hijo fuera filmado, empleándose dicho material en la realización del presente trabajo de investigación. Luego, se procedió a filmar las 4 sesiones con el niño para su posterior análisis. Por último, se llevaron a cabo la conceptualización y la formulación del caso clínico, para ser finalmente analizado a la luz de la teoría cognitivo-conductual sobre el tratamiento de los trastornos del espectro autista.

4. RESULTADOS

4.1. Conceptualización del caso Joaquín

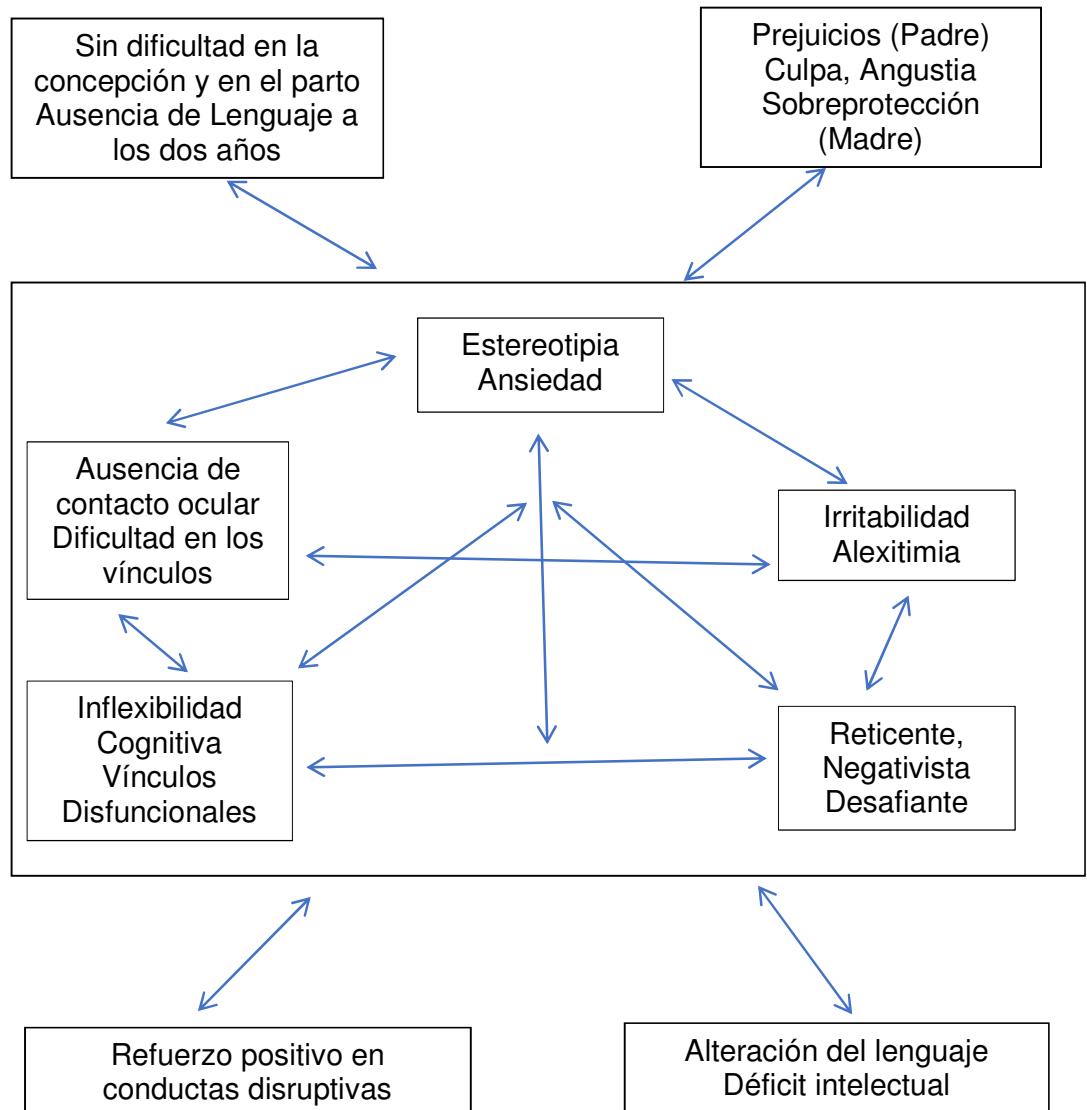


Diagrama de conceptualización de casos en niños según Murphy y Christner (2009).

Se tomó el diagrama de estos autores quienes retoman el modelo de Friedberg & McClure (2005), dado que estos últimos no cuentan con hoja de registro publicada.

Datos relevantes de la entrevista

La madre del niño se encuentra preocupada por la ausencia del habla repentina a los dos años de edad, por lo que luego de insistir constantemente, a los 4 años, su hijo es derivado a neurología infantil, por la pediatra del niño.

La neuróloga realiza un electroencefalograma del sueño. Luego de los resultados, los cuales arrojan datos normales y nuevamente ante la desesperación de la madre, se le brinda un diagnóstico presuntivo de TEA, derivándolo a fonoaudiología. Al momento, el niño asistía a un jardín para niños neurotípicos, aunque en la institución, los docentes habían notado la problemática, siendo su intervención la reducción del horario escolar del niño. Conjuntamente asistió a fonoaudiología por un año sin ver avances por parte de la familia y de la escuela. A los 6 años de edad, ya con certificado de discapacidad (CUD), Joaquín ingresa a escuela especial privada y a un instituto interdisciplinario donde contaba con todas las terapias, excepto fonoaudiología hasta los 8 años de edad. A esa edad, Joaquín continúa en la escuela y comienza tratamiento con una fonoaudióloga con orientación neurolingüística, y la psicóloga que interviene actualmente en el caso, dejando el instituto al que asistía con anterioridad. Datos a tener en cuenta:

- Embarazo normal.
- La madre refiere que hasta los 18 meses su desarrollo fue acorde a lo esperado.
- Comenzó a hablar al año, y a los dos años dejó de hablar.
- Paciente medicado.
- Padres comprometidos.
- El niño convive con su mamá, hermano (13) y padre.
- Antecedentes de patologías en la familia (Autismo).
- El niño presenta comportamiento estereotipado.
- No se integra con sus pares.
- Elige los alimentos.
- Déficit en el lenguaje (Ecolalia).

Joaquín llega a cada uno de sus encuentros acompañado de su madre. Le resulta difícil separarse de ella. Se presenta molesto, lloriquea y manifiesta la necesidad de querer irse. Expresa "abuela", haciendo mención a ir a la casa de su abuela materna. Joaquín presenta dificultades en áreas significativas como el lenguaje verbal, la comunicación y la interacción social. Es importante destacar que la pérdida del habla sucedió a los 24 meses de edad del niño.

Joaquín establece un pobre contacto visual. Sonríe de manera aislada. Expresa escaso placer en la interacción con la profesional, no obstante, muestra placer en el juego libre: arroja los juguetes, los recoge y los entrega a

la misma. Responde a su nombre al ser llamado por la evaluadora o por su familia. Pude participar en rutinas con objetos, burbujas, globos, sin vocalizar, ni mirar al examinador. No hay iniciación espontánea de atención conjunta por parte de Joaquín.

Joaquín ingresa al consultorio sin compañía de su madre. El niño mira la caja de evaluación diagnóstica y ante la presentación que realiza la evaluadora, Joaquín la pateo y grita. Se acerca a la puerta del consultorio intentando abrir la misma, pide por su mamá. Su conducta es dispersa. Luego toma una camioneta de juguete y le coloca una tortuga (masajeador) también de juguete sobre ésta, y comienza a rodarlo por el piso del consultorio, a posteriori de un señalamiento por parte de la evaluadora respecto a la misma. Joaquín comienza a pasarse la tortuga por los brazos. En su interacción con otros elementos, se observa buena motricidad fina, así como también se descartan problemas motrices gruesos.

Lista de problemas

- Déficit en el lenguaje.
- Déficit en las funciones ejecutivas.
- Conductas disruptivas.
- Ausencia de juego simbólico.
- Bloqueo social.

Datos de evaluación

Joaquín ingresa a la institución a los 8 años de edad. En un año de trabajo con terapia cognitivo-conductual, se han logrado avances significativos. Al inicio, Joaquín fue evaluado con una batería de test a pedido de la psiquiatra que pertenece a la institución. El lenguaje de Joaquín es puramente ecológico, no formaba oraciones e instrumentalizaba. Su juego simbólico era muy escaso, presentando conductas disruptivas, como pellizcar y morder. No utilizaba el sistema de comunicación por imágenes, no iniciaba y no mostraba contacto ocular.

Joaquín ha alcanzado la fase 5 del Sistema de comunicación aumentativa alternativa PECS. Actualmente logra señalar objetos, mirar a las personas que le resultan familiares y pedirles lo que desea, así como formar oraciones cortas. Mediante la economía de fichas, se logró trabajar tareas de

aporte a las funciones ejecutivas, estimulando la memoria de trabajo. Se puede observar un incremento del juego simbólico en Joaquín, así como la extinción de conductas disruptivas (pellizcar-morder), mediante los refuerzos positivos para las conductas funcionales.

No obstante, Joaquín continúa con conductas disfuncionales, desafía, se ríe e insulta cuando algo no le agrada. Se trabaja con la familia la puesta de límites, así como la autonomía, que no duerma con los padres o que no utilice el celular ante una conducta disfuncional (Refuerzo negativo). Los padres presentan dificultad para responder a las indicaciones del terapeuta.

Consideraciones del desarrollo

Se han administrado las siguientes pruebas y test estandarizados:

- ✓ Entrevista a padres
- ✓ ADOS-2 Escala diagnóstica de observación para el autismo
- ✓ ADI-R Entrevista para el diagnóstico del autismo revisada
- ✓ Hora de juego diagnóstica

El niño presenta alteraciones cualitativas en la interacción recíproca. Sostiene mirada realizando contacto ocular en tiempos muy cortos. En su expresión facial, muestra pocas emociones. Las aproximaciones sociales ocurren sólo cuando hay algo de su interés de por medio. No instrumentaliza. Escasa iniciativa de frases y acciones.

El niño presenta alteraciones cualitativas de la comunicación, enuncia palabras sueltas y oraciones desde antes de los dos años. El lenguaje está presente con compromiso en la expresión y organización. Posee gestos convencionales e instrumentales. Ausencia de juego simbólico. Juego funcional escaso.

En relación a los patrones de conductas restringidos, repetitivos y estereotipados, no hay presencia de rituales, aunque sí manierismos, Hace uso de objeto repetitivo, tirar, alinear.

Área lenguaje y comunicación

Joaquín presenta lenguaje verbal escaso. Para manifestar lo que quiere o necesita, utiliza vocalizaciones esporádicas, así como también lloriqueos. Aparición de ecolalia inmediata.

Interacción social reciproca

Joaquín establece contacto visual pobre. Sonríe de manera aislada. Expresa escaso placer en la interacción con el examinador, no obstante, muestra placer en el juego libre; arroja los juguetes, los recoge y entrega a la evaluadora. Responde a su nombre al ser llamado por la evaluadora o por su familia. Pude participar en rutinas con objetos, burbujas, globos, sin vocalizar, ni mirar al examinador. No hay iniciación espontanea de atención conjunta por parte de Joaquín.

Área de Juego

Joaquín juega con algunos juguetes específicos. Al momento de mostrarle otros, genera conductas disruptivas, como pegar y arrojar los mismos al suelo. Juego simbólico ausente

Área de comportamientos estereotipados e intereses restringidos

Joaquín presenta interés repetitivo en el uso de objetos, e interés inusual sensorial ocasional. No obstante, puede dirigir su interés a otros estímulos. No hay evidencia de conductas autolesivas.

Área otros comportamientos anormales

Joaquín se mostró molesto durante la evaluación, presentó lloriqueos, pellizcó y pidió por su mamá, intentando abrir la puerta.

Hipótesis de trabajo

- Estimulación cognitiva.
- Flexibilidad cognitiva.
- Extinción de conductas disruptivas.
- Refuerzo de conductas funcionales.

Factores de mantenimientos/impedimentos al cambio

- Sistema de comunicación aumentativa alternativa – PECS.
- Economía de fichas-refuerzo positivo.
- Funciones ejecutivas: -AGRUPAR-
- Hora de juego-juego simbólico.

Individuales: DÉFICIT INTELECTUAL

Docente/clase: AUSENCIA DE CONOCIMIENTO

Familia: REFUERZO DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Sistemas: INTERVENCIÓN TARDÍA

Plan de intervención

Objetivos:

1. Tarea de ejecución- diferencia de tamaño- agrupación.
2. Estimular juego simbólico- hora de juego.
3. Lenguaje- Iniciación (por imagen)-Emparejamiento.
4. Discriminación de alimentos (refuerzo positivo).

Modalidad: cognitivo-conductual.

Frecuencia: 3 veces por semana.

Nivel de intervención: individual, familiar y grupal.

Nivel de involucración de la familia: bueno.

Intervenciones suplementarias: talleres, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia.

Obstáculos al tratamiento: ausencias, escaso trabajo con la escuela.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a las características que fueron expuestas en la conceptualización del caso Joaquín, se puede afirmar que el niño requiere de terapia cognitivo conductual para poder modificar sus respectivas conductas disruptivas, así como para aprender conductas más funcionales.

Los objetivos de la intervención llevada a cabo en el paciente eran reducir las conductas disruptivas, trabajar ciertas funciones ejecutivas, mejorar sus habilidades comunicativas y trabajar sobre las deficiencias sociales. Luego de la aplicación del tratamiento, se observó una mejoría en los objetivos planteados: mejoraron sus habilidades reflexivas, el control temporal, el cumplimiento de las normas, la comunicación tanto oral como con los pictogramas, y ciertos elementos de la Teoría de la Mente.

De esta forma, se redujeron las conductas impulsivas, pudiendo lograr realizar tareas con más demanda cognitiva. La gestión del tiempo hizo que mejore sus habilidades para la planificación de tareas. Se observaron en Joaquín mejoras en su conducta en las sesiones de terapia. Mediante la economía de fichas, sólo se debió reforzar las indicaciones verbales, recordándole las normas y los refuerzos fijados, logrando una reducción de sus conductas impulsivas. Por ende se puede señalar que la hipótesis planteada en este estudio se confirma.

En el transcurso de las sesiones, se pudo observar las problemáticas en el tratamiento. Debido a las particularidades de estos trastornos, se hace muy difícil la comunicación con los individuos diagnosticados, por lo tanto, las respuestas suelen ser bastante pobres, y esto dificulta mucho alcanzar los objetivos que se plantean. Los avances que se logran son pocos, llevan mucho tiempo conseguirlos, ocurriendo a veces que se avanza y luego se vuelve para atrás. La mala conducta es común, siendo uno de los mayores obstáculos que dificultan el trabajo del psicólogo cognitivo.

Asimismo, en el caso de Joaquín, se habló también en sesiones aparte con sus padres, mostrándoles los objetivos de su tratamiento, enseñándoles a las intervenciones implementadas para que puedan aplicarlas en su hogar. Aunque, se observaron limitaciones para transpolar los progresos de la terapia en otros ámbitos. De todas formas, con su familia se lograron mejoras en la comunicación y extinguir algunos patrones de conducta disruptivos, igualmente

se debe continuar trabajando en integrar lo enseñado en las sesiones de terapia individual a las sesiones con la familia, debiendo ésta participar más.

Durante el tiempo que se asistió al tratamiento se lograron avances, pero las dificultades en los comportamientos no deseadas continuaron apareciendo, no lográndose extinguir o modificar, debiéndose continuar trabajando en este tema, sino es muy difícil avanzar y hacer que el paciente logre nuevas habilidades. En cuanto a la familia del paciente, se encontraron algunas limitaciones, como el hecho de asistir a las sesiones en las que debían participar, en emplear las herramientas aplicadas en el tratamiento, y en dedicarle más tiempo a Joaquín. Por lo tanto, se deberá continuar trabajando en nuevas técnicas y en reforzar las que se emplean actualmente. A pesar de ser una terapia breve, lleva mucho tiempo transformar la conducta, y reemplazar un comportamiento disfuncional por otro funcional. Esto puede llevar a la frustración del terapeuta y de la familia del paciente.

Cabe destacar que, en relación al tratamiento aplicado, el tipo de terapia administrada a sujetos con trastornos del espectro autista se diferencia de otras terapias. Aquí se hace foco en el terapeuta como un sujeto que enseña, no como un sujeto pasivo que escucha, que utiliza el lenguaje y el cuerpo para trabajar. Mediante la imitación, las órdenes y el juego, el niño autista debe lograr aprender y avanzar en su tratamiento. Las metas de cada tratamiento difieren según las necesidades de cada sujeto, debiendo considerar las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, con los comportamientos repetitivos (Wing, 1998).

Durante las distintas sesiones, el profesional actuó desde distintos sitios terapéuticos, observando los comportamientos, promoviendo nuevas habilidades sociales y de comunicación, aunque se debió interpretar el comportamiento para enseñar las estrategias que le brindaron a Joaquín los elementos para adaptarse mejor al entorno social. Los sujetos con trastornos del espectro autista poseen dificultades en el área social y cognitiva, el relacionarse con sujetos con estos trastornos es distinto que el vincularse con los sujetos sin patología. La triada de alteraciones dificultan la comunicación los individuos que padecen estos trastornos, habiendo muchas complicaciones para recibir feedback. Los terapeutas dedicados al espectro autista deben ser profesionales especializados y con mucha creatividad para brindar el tratamiento adecuado.

En adición, los tratamientos de autismo son de un progreso lento, los avances tardan en llegar, e incluso a veces, no se logran los resultados esperados. En Argentina, existen diversas perspectivas, pero las terapias actuales son las cognitivo-conductuales, siendo el inicio precoz fundamental para lograr mejores resultados. Los objetivos deben ser la promoción de la comunicación funcional y el desarrollo de habilidades sociales que permitan la autonomía del niño.

A modo de cierre, el trabajo con niños con trastornos del espectro autista requiere de mucha dedicación, pudiendo ser frustrante para los profesionales, ya que en ocasiones los resultados no son los esperados. Cabe destacar que el profesional que quiera trabajar en el área de discapacidad en salud mental, deberá encontrarse preparado y contar con una gran vocación. El poder incrementar los espacios terapéuticos sería una ayuda vital desde lo cognitivo y lo emocional, para los niños dentro del espectro autista.

La formación específica de los psicólogos permitiría el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Por lo que desde el ámbito estatal se deben continuar creando políticas que brinden los medios económicos y asistenciales, brindando la posibilidad de promover una autonomía funcional de los sujetos dentro del espectro autista, debido a que apoyo en los otros entornos donde el niño se desenvuelve tornarían eficaces la generalización de las habilidades sociales y el entrenamiento sería exitosa.

En base a los resultados de la intervención, se concluye que la implementación de técnicas cognitivo-conductuales fue efectiva para el tratamiento del paciente, pero se debe continuar trabajando para lograr una mayor autonomía. Esto demuestra que este trabajo se encuentra en sintonía con las investigaciones previas que evidenciaron la efectividad de esta perspectiva. Los resultados de esta investigación brindaron una mayor evidencia científica sobre la implementación de la terapia cognitivo-conductual en la intervención de los trastornos del espectro autista.

Como limitaciones de esta investigación, se puede afirmar que el tratamiento de los trastornos del espectro autista es prolongado. Asimismo, en el caso de que el paciente se encuentre medicado, se deben tener en cuenta los efectos de la misma. Además, se deben llevar a cabo trabajos de seguimiento del caso para analizar la conservación y generalización de los resultados.

6. REFERENCIAS

- Aguilar, G. & Espada del Valle, B. (2002). Terapia de juego cognitivo-conductual. En V. Caballo & V. Simón (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Específicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aguilera Gálvez, M. R. (2015). *Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo y la Teoría de la Mente, repercusión en la intervención en niños/as con TEA: una revisión sistemática*. Universidad de Granada, Granada, España.
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán L., Díaz-Pichardo, J. A. & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud mental, 31*(1).
- Alcantud Marín, F. (2013). Modelos y programas de intervención precoz en niños con trastornos del espectro autista y sus familias. En F. Alcantud Marín & Y. Alonso Esteban (Eds.), *Trastornos del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana* (pp. 207-228). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Alonso, J. (2005). *¡Escúchame! Relaciones sociales y Comunicación*. Madrid: CEPE.
- Altamiranda Torres, N. M. (2016). *Intervención Cognitivo Conductual de un caso de Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva. Caso único paciente de 9 años*. Tesis inédita de maestría, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Alvord, J (1974). *Economía de fichas*. México: Editorial Ciencia de la Conducta.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5°ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Attwood, T. (2003). Framework for behavioral interventions. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*(1), 65-86.
- Ayllón, T. & Azrin, N. (1974). *Economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. México: Trillas
- Ayuda Pascual, R. (2012). Técnicas y juegos de estimulación de la comunicación y el lenguaje en contextos clínicos y educativos. En D.

- Váldez & V. L. Ruggieri (Comps.), *Autismo: del diagnóstico al tratamiento* (pp. 219-240). Buenos Aires: Paidós.
- Bados, A. & García-Grau, E. (2011). *Técnicas operantes*. Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Barcelona: Paidós
- Bates, E. (1976). *Language and context: The acquisition of pragmatics*. New York, NY: Academic Press.
- Begeer, S., Gevers, C., Clifford, P., Verhoeve, M., Kat, K., Hoddenbach, E. et al. (2011). Theory of mind training in children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 997-1006.
- Berenguer Forner, C., Roselló Miranda, B., Miranda Casas, A., Baixauli Fortea, I. & Palomero Piquer, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 103-112
- Bergner, R. (1998). Characteristics of optimal case formulation: the linchpin concept. *American Journal of Psychotherapy*, 52(3), 287-300
- Billstedt, E., Gillberg, C. & Gillberg, C. (2005). Autism after the Adolescence: Population based 13-22 years Follow -up Study of 120 Individuals with Autism Diagnosed in Childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5, 351-360.
- Bondy, A., & Frost, L. (1994). The Delaware Autistic Program. In S. Harris & J. Handleman (Eds.), *Preschool education programs for children with autism* (pp. 37--54). Austin: PRO-ED.
- Bruning, R. H., Schraw, G. J., Norby, M. N. & Ronning, R. R. (2005). *Psicología cognitiva de la instrucción* (4a ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos* (2º ed.). Buenos Aires. Librería Akadia Editorial.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (s.f.). Implementación de Metáforas en la Terapia Cognitiva con Niños. Recuperado el 17 de enero de 2018 de http://etci.com.ar/descargas/Articulo_Metaforas.pdf

- Cáceres Parejo, M. L. (2016). *SAAC en niños con TEA: implantación del sistema PECS en aula de infantil*. Tesis inédita de grado, Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- Carratalá Hurtado, E. & Arjalaguer Guarro, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 37-44
- Channon, S., Pratt, P. & Robertson, M. M. (2003). Executive function, memory and learning in Tourette Syndrome. *Neuropsychologia*, 17, 247-254
- Chebowski, C., Green, J., Barton, M. & Fein, D. (2010). Using the childhood autism rating scale to diagnose autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 40, 787-799.
- Cuxart, F. (2000). *Tratamiento. El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Damasio, A. & Maurer, R. (1978). A Neurological Model for Childhood autism. *Archives of Neurology*, 35, 777-786.
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuente-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazabal- Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41(5), 299- 310
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Alecha, M. A., Ferrari-Arroyo M. J. et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 41(5).
- Eaves, R. & Milner, B. (1993). The criterion-related validity of the childhood autism rating scale and the autism behavior check list. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 481-491.
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 158-178.
- Fagnani, J. P. & López Pell, A. F. (2013). *Conceptualización de casos clínicos en niños desde el modelo de Friedberg y McClure (2005)*. Universidad Abierta Interamericana.
- Fisher, N., & Happe, F. (2005). A training study of theory of mind and executive function in children with autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 757-771.

- Francis, K. (2005). Autism interventions: a critical update. *Developmental Medicine Child & Neurology*, 47, 493-499.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2010). Conceptualización cognitiva comportamental de caso clínico con jóvenes. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (Eds), *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (pp. 67-100). Buenos Aires: Polemos.
- Frith, U. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza editorial.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona. et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43(7),425-438.
- García Higueram J. A. (2008). Análisis funcional en la terapia cognitivo conductual. Recuperado el 20 de enero de 2018 de http://www.psicoterapeutas.com/Tratamientos/analisis_funcional.html
- García-Molina, A., Enseñat-Cantalops, A., Tirapu-Ustárrroz, J. & Roig-Rovira, T. (2009). Maduración de la corteza frontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros 5 años de vida. *Revista de Neurología*, 48, 435-440
- Garzón Jurado, M. J. (2015). *Terapia Cognitiva Conductual como Tratamiento para Síntomas Ansiosos Comórbidos en el Trastorno del Espectro Autista: UN Estudio de Caso*. Tesis inédita de grado, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Gillberg, C. L. (1992). Autism and Autistic-like Conditions: Subclasses among Disorders of Empathy. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(5), 813-842
- Goldstein, G., Johnson, C. & Minshew, N. (2001). Attentional Processes in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 433-440.
- Grave, J. & Blisset, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399-420.
- Greene, R. W. (2001). *El niño de carácter explosivo*. México: Ed. Diana.

- Griffith, E. M., Pennington, B. F., Wehner, E. A. & Rogers, S. J. (1999). Executive functions in young children with autism. *Children Development, 70*, 817-832.
- Grodzinsky, G. M. & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology, 8*, 427-445
- Hanson, L. K., & Atance, C. M. (2014). Brief report: Episodic foresight in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(3), 674-684.
- Happé, F. (1994). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza editorial.
- Herlyn, S. (s.f.). Trastornos del espectro autista. https://www.asperger.es/index.php?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2017-4/21-8-58-16.admin.Trastornos_del_espectro_autista.pdf
- Hill, E. & Bird, C. M. (2006). Executive processes in Asperger Syndrome: parents of performance in a multiples cases series. *Neuropsychologia, 44*, 2822-2835
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *TREND in Cognitive Sciences, 8*, 26-32
- Howlin, P. (2000). Autism and intellectual disability: diagnostic and treatment issues. *Journal of Royal Society of Medicine, 93*, 351-355.
- Hurt, J. & Naglieri, J. A. (1992). Performance of delinquent and nondelinquent males of planning, attention, simultaneous and successive cognitive processing tasks. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 120-128.
- Jhonson, C. P. & Myers, S. M. (2007). Council of Children with Disabilites. *Pediatrics, 120*(5), 1183-210.
- Jiménez Pascual, A. M., Gracia Gallego, C., Tenías, J. M., Fuertes Beneitez, P., Abellán Maeso, C., Cabezas Mateos, B. et al. (2011). Descripción y análisis exploratorio de dos modelos de atención de los Trastornos de Espectro Autista en los niños y adolescentes en edad escolar del Área Mancha Centro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31*(112), 631-646
- Jurado, M. B. & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychological Review, 17*, 231-233

- Kendall, P. (2000). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. Nueva York: The Guilford Press.
- Kosovsky, R. (2013). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología – UBA*.
- Kuelz, A., Hohagen, F. & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology, 65*, 185-236.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A. & Regier, D. A. (2013). *DSM-5 —The Future Arrived*. *Journal of the American Medical Association (JAMA), 309*(16), 1691-1692.
- López, D. R., Lincoln, A. J., Ozonoff, S. & Lai, Z. (2005). Examining the relationship between executive function and restricted, repetitive symptom of autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*, 445-460.
- López-Frutos, J. M., Sotillo, M., Tripicchio, P. & Campo, R. (2011). Funciones atencionales de orientación espacial, alerta y control ejecutivo en personas con trastornos del espectro autista. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(2), 101-112
- Lord, C. (1995). Follow-up of two years old reference of possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36*, 1365-1382
- Mahurin, R. K., Velligan, E. I. & Miller, A. L. (1998). Executive frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Res, 79*(2), 139-149
- Martín Macías, E. M. (2010). Los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. *Pedagogía Magna, 5*(1), 8-88
- Martin, G. & Pear, J. (1999). *Modificación de la conducta* (5ª ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- Martínez Gutiérrez, F. (2005). *Teorías de desarrollo cognitivo*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Mazzocco, M. M., Pennington, B. P. & Hagerman, R. J. (1993). The neurocognitive phenotype of female carriers of fragile X: Additional evidence for specificity. *Developmental and Behavioral Pediatric, 14*, 328-335.

- Miranda, A., Baixauli, I., Colomer, C., & Roselló, B. (2013). Autismo y trastorno por déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoría de la mente. *Revista de Neurología*, 57, 177- 184.
- Misés, R. (1992). Pautas orientadoras en el tratamiento de las psicosis autísticas. En J. Parquet, C. Bursztein & B. Golse (Eds.), *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento* (pp. 17-31). Barcelona: Masson.
- Morales Pillado, C., García Tabuyo, M., Álvarez Ortiz, C., Gervás Sanz, M., Pardo Cebrián, R., Pérez Cabrero, O. et al. (2015). *Guía de intervención clínica infantil*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Murphy, V. & Christner, R. (2009). A cognitive-behavioral case conceptualization approach for working with children and adolescents. En K. Dobson (Ed), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, Third Edition. Nueva York: Guilford Press.
- Needleman, L. (1999). *Cognitive case conceptualization: a guidebook for practitioners*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Nieto, C. & Huertas, J. A. (2012). Funciones ejecutivas y espectro autista: flexibilidad y conductas repetitivas. En D. Váldez & V. L. Ruggieri (Comps.), *Autismo: del diagnóstico al tratamiento* (pp. 383-398). Buenos Aires: Paidós.
- Nieto, C., Huertas, J. A., Ardura, A. & Váldez, D. (2006). Fallos y función ejecutiva y heterotipias motoras: un estudio comparativo entre niños con distintas alteraciones en el desarrollo. *Estudio de Psicología*, 27(2), 191-208
- Nyden, A., Niklasson, L., Stahlberg, O., Anckarsater, H., Wentz, E., Rastam, M. et al. (2010). Adults with autism spectrum disorders and ADHD neuropsychological aspects. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1659-1668.
- Olivares, J., Montesinos, L. & Preciado, J. (2005). A 19th century predecessor of the token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38(3), 427.

- Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28*, 25-32.
- Ozonoff, S. (2004). Funciones ejecutivas en autismo: teoría y práctica. En J. Martos, P. M. González, M. Llorent & C. Nieto (Comps.), *Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy* (pp. 227-264). Madrid: APNA-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ozonoff, S., Strayer, D. L., McMahon, W. M. & Filloux, F. (1994). Executive Function Abilities in Autism and Tourette Syndrome: An Information Processing Approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(6), 1015–1032
- Palacios Menor, M. (2016). *Eficacia del sistema PECS para el desarrollo comunicativo y lingüístico en niños con Trastorno del Espectro Autista*. Universidad de Castilla – La Mancha.
- Palomo Seldas, R. (s.f.). DSM-5: la nueva clasificación de los TEA. Recuperado el 22 de enero de 2018 de <http://apacu.info/wp-content/uploads/2014/10/Nueva-clasificaci%C3%B3n-DSMV.pdf>
- Papazian, O., Alfonso, L. & Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología, 42*(53), 45-50
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problemas: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 471-48
- Pellicano, E. (2007). Links between theory of mind and executive function in young children with autism: Clues to developmental primacy. *Developmental Psychology, 43*(4), 974-990.
- Pérez Sánchez, A. M. (2013). Trastorno del Espectro Autista (TEA). Recuperado el 17 de enero de 2018 de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30496/1/TEA.%2520Trastorno%2520del%2520Espectro%2520Autista.pdf+%&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar>
- Persons, J. B. & Tompkins, M. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulations. En D. Tracy (Comp), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guildford Press.
- Pichot, P. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

- Proal, E., González-Olvera, J., Blancas, Á.S., Chalita, P.J. & Castellanos, F. X. (2013). Neurobiology of autism and attention deficit hyperactivity disorder by means of neuroimaging techniques: convergences and divergences. *Revista de Neurología*, 6, 163-175.
- Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 86-91
- Ricciuti, V. (s.f.). *El tratamiento cognitivo-conductual aplicado a un caso de autismo*. Buenos Aires: Universidad de Palermo, Facultad de Ciencias Sociales.
- Rivière, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro, autista I: relaciones sociales y comunicación. En A. Rivière & J. Martos (Comp.), *El tratamiento del autismo. Perspectivas actuales*. Madrid: IMSERSO
- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L. & Green, A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-44.
- Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M. & Howlin, P. (2009). Executive functions in children with Autism Spectrum Disorder. *Brian and Cognition*, 71, 362-368
- Russell, J. (1997). *Executive functioning and autism*. Nueva York: Oxford University Press.
- Salguero, P. & Battoglia, K. (s.f.). *Recursos para enseñar a niños con TEA* (diapositivas PowerPoint). Centro Casabella.
- Salguero, P. & López Rolandi, A. C. (s.f.). *Práctica del plan de tratamiento y de los objetivos terapéuticos como clave para la efectividad* (diapositivas PowerPoint). Centro Casabella.
- Salinas Velázquez, P. (2011). Sistema de refuerzo basado en la economía de fichas. *Publicaciones Didácticas*, 10, 100-106
- Sanders, J., Johnson, K. A., Garavan, H., Hill, M. & Gallagher, L. (2008). A review of neurological and neuroimaging Research in autistic spectrum disorder: attention, inhibition and cognitive flexibility. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 2, 1-16
- Sanez Ramírez, S. S. (2017). Asperger en la niñez: un caso clínico - educativo al sur de Lima. *Avances en Psicología*, 25(2), 239-252

- Sanl3ez Gonz3lez, I. (2017). *Trastorno del Espectro Autista: t3cnicas de intervenci3n*. Trabajo final de grado de Logopedia, Universidad de La Laguna.
- Schopler, E. & Reichler, R. J. (1979). *Individualized assessment and treatment for autistic and development disabled children, vol 1: Psychoeducational profile*. Baltimore: University Park Press.
- Schopler, E., Reichler, A., Bashfor, A., Lansing, M. & Marcus, L. (1990). *Psycho-educational profile-revised. (PEP-R)*. Austin: Pro-Ed.
- Schopler, E., Reichler, R. & DeVellis, R. (1980). Towards objective classification of childhood autism: childhood autism rating scale (CARS). *Journal of Autism and Development Disorder, 10*, 91-103
- Schopler, E., Reichler, R. J. & Renner, B. R. (1988). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Schopler, E., Reichler, R., Bashford, A., Lansing, M. & Marcus, L. (1990). *The Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Sevin, J. A., Matson, J. L., Coe, D. A., Fee, V. E. & Sevin, B. M. (1991). A comparison and evaluation of three commonly used autism scales. *Journal of Autism and Development Disorder, 21*(4), 417-432
- Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educaci3n en personas con autismo*. Madrid: S3ntesis.
- Soler, F., Herrera, J. P., Buitrago, S. & Bar3n, L. (2009). Programa de econom3a de fichas en el hogar. *Diversitas: Perspectivas en Psicolog3a, 5*(2), 373-390
- Tirapu-Ust3rroz, J., Garc3a-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T. & Pelegr3n Valero, C, (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo. *Revista de Neurolog3a, 46*, 684-692
- Truedsson, E., Bohlin, G., & Wahlstedt, C. (2015). The Specificity and Independent contribution of inhibition, working memory, and reaction time variability in relation to symptoms of ADHD and ASD. *Journal of Attention Disorders*.
- Turner, M. (1997). Towards an executive disfunction account of repetitive behavior in autism. En J. Russell (Ed.), *Autism as an executive disorder* (pp. 57-100). New York: Oxford University Press.

- Van Bourgondien, M. E., Reichle, N. C. & Schopler, E. (2003). Effects of a model treatment approach on adults with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*, 33, 131-40.
- Van Deurzen, L. A., Tuinier, S., Mey, H. R., Verbeeck, W. J. (2008). Theory of mind and executive functioning in autism. *European Psychiatry*, 23(2).
- Varela García, F. J., Thompson, E. & Rosch, E. (2005). *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Vives-Montero, M. C. & Ascanio-Velasco, L. (2012). Resultados del tratamiento en un caso con trastorno de asperger. *Psicología Conductual*, 20(2), 401-419
- Werls, M. & Pennington, B. F. (1988). Assessing frontal lobe functioning in children: view from developmental psychology. *Developmental Neuropsychology*, 7(32), 131-149
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós

7. ANEXOS

7.1. Consentimiento informado para los padres



Por la presente, acepto que mi hijo Joaquín D.N.I participe de forma voluntaria en el proyecto de investigación titulado “*Técnicas Cognitivo-Conductuales: Estudio de un Caso de un Niño con TEA*”, llevado a cabo como Trabajo Final de Especialización en Terapia Cognitiva de la Universidad Abierta Interamericana, por la Lic. Flavia Cueva, M.N.....

Al firmar este consentimiento, manifiesto haber comprendido que mi hijo será filmado en algunas sesiones de psicoterapia individual junto a su terapeuta, preservando su identidad, y empleando la información obtenida para los fines de la presente investigación. Comprendo que no se me brindará devolución de la información obtenida en esta práctica, así como encontrarme satisfecho/a con las explicaciones que se me han brindado, y notificado/a que se garantiza la confidencialidad de los datos y el anonimato tanto del niño como de los padres.

Firma madre: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Firma padre: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

Lugar y Fecha: _____