

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

"Tratamiento abierto" en autismo. Un estudio de caso.

Valentín Suarez, Pilar Del Rosario.

Cita:

Valentín Suarez, Pilar Del Rosario (2008). *"Tratamiento abierto" en autismo. Un estudio de caso. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/164>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/1eP>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

“TRATAMIENTO ABIERTO” EN AUTISMO. UN ESTUDIO DE CASO

Valentin Suarez, Pilar Del Rosario
Asociación de Padres de Autistas. Argentina

RESUMEN

Se presenta una variante de tratamiento psicoeducativo de los TGD llamada “Tratamiento Abierto” a través de un estudio de caso. En él se comparan el estado de la paciente de TGD de siete años de edad al inicio del tratamiento y diez meses después. Los resultados se obtienen con instrumentos abiertos (entrevista y observación) y cerrados (“Escala de Madurez Social de Vineland”). La evaluación de los cambios difiere parcialmente, según los distintos instrumentos. Esto sugiere la necesidad de adaptar y contar con métodos de evaluación más sensibles al cambio. Al mismo tiempo, se mantiene la posibilidad de aplicar esta variante de tratamiento cuando las modalidades de más probada eficacia no se puedan implementar.

Palabras clave

TGD Autismo Tratamiento cognitivo-conductual

ABSTRACT

“OPEN TREATMENT” IN AUTISM. A CASE STUDY

A variant of the psychoeducational treatment of the PDD called “Open Treatment” is presented through a case study. It compares a seven years old PPD patient’s states at the beginning of the treatment and ten months later. The results are obtained with open (interview and observation) and closed (Vineland Adapted Scale) instruments. The evaluation of the changes differs partially, according to the different instruments. This suggests the necessity to adapt and employ methods of assessment more change-sensitive. At the same time, it stays the possibility of applying this treatment variant when the modalities of more proven effectiveness cannot be implemented.

Key words

PDD Autism Cognitive-behavioral treatment

INTRODUCCIÓN

Desde que Kanner describiera en 1943 un síndrome al que denominó “Trastornos autista de contacto afectivo”, se ha precisado todo un espectro de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), avanzado en la detección temprana, establecido de prevalencias, reconocido de factores ligados a ellas y evaluado toda suerte de tratamientos. Dos de los cuales, al presente, han reunido más apoyo científico y clínico: los enfoques conductual psicoeducativo y biomédico (Bodfish, 2004).

El tratamiento psicoeducativo, brevemente, contempla “La aplicación de métodos conductuales cuyas características son: (1) definición operativa de las conductas objetivo observables, (2) definición de antecedentes y consecuentes conductuales que hacen explícito la relación funcional entre el ambiente y la conducta objetivo, (3) un análisis de tareas que define explícitamente el procedimiento de tratamiento y un sistema de medición para cuantificar la adquisición y generalización de la conducta objetivo” (Rogers, 2000).

TRATAMIENTO ABIERTO

El abordaje del tratamiento a nivel mundial mayormente se encara desde la perspectiva psicoeducativo conductual (Riviere, A, 2001, Bodfish, 2004).

En Argentina la detección temprana del autismo se incrementó en los últimos cinco años y la modalidad de tratamiento predo-

minante es Cognitivo Conductual, domiciliario e intensivo. Dada la gran cantidad de recursos que implica esta forma de tratamiento y características geográficas del país, la cobertura del mismo se ve limitada. Todo ello redundando en dificultades y demoras para iniciar la intervención, lo cual aumenta angustia de los padres y familiares (Cuxart, 1998) y perjudica las posibilidades de los pacientes, ya que se sabe que mientras antes se inicie el tratamiento, más oportunidades tendrá la persona de mejorar su calidad de vida y ser integrada a su medio social (Riviere, 1998).

El Tratamiento Abierto (TA) es una posible respuesta a este problema de atención de la salud mental. Es una variante psicoeducativa consistente en la elaboración e implementación de Planes de Trabajo Individualizados, según objetivos específicos y funcionales, ejecutados por miembros de la familia, a quienes un terapeuta orienta para fijar objetivos, capacita en Técnicas cognitivo-conductuales y en los programas de Comunicación Alternativa y supervisa quincenalmente.

Los planes de trabajo contienen programas de tipo funcional agrupados en diferentes áreas de tratamiento, de dificultad y generalización crecientes, adaptados a las situaciones naturales. Se trata de evitar que la familia pierda el rol que le compete y al mismo tiempo potenciar los recursos de sus miembros.

Las personas que requieren integración escolar cuentan además, con un Proyecto de Integración Escolar.

La duración del tratamiento es indefinida y, naturalmente, las familias podrán optar por seguir con esta modalidad o darle de baja.

Se presenta a continuación el caso de Z, niña de 7 años y 6 meses, del interior bonaerense, con diagnóstico de TGD, que ilustra la implementación del TA.

I) PRIMERA EVALUACIÓN

I.1) Entrevista a la Madre

I.1.A. Antecedentes:

El embarazo y parto fueron normales (44 semanas; pesó al nacer 2700grs). Por "falta de oxígeno" estuvo en incubadora por 48 horas. A los ocho meses de edad la madre notó "algo raro" y consultó sucesivamente a pediatra, neuropediatra y neurólogo que le respondieron "que todo iba bien"; hasta que a los dos años y cuatro meses consultó nuevamente al segundo, de quien recibió el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo no específico. Z. también presentó además problemas auditivos en uno de los oídos. A esta edad decía algunas palabras sueltas "las más comunes en los niños" y tarareaba algunas melodías que aprendía con facilidad.

Inmediatamente la nena inició tratamiento Cognitivo-Conductual domiciliario, por cuatro horas diarias (dos en la mañana y dos por la tarde). A los tres años inició el jardín de infantes, reduciendo las horas de tratamiento a dos por día. Este esquema se mantuvo por tres años hasta iniciar el pre-escolar. Entonces dejó el tratamiento domiciliario, para acudir a un centro terapéutico en Capital Federal que trabajaba con el mismo método. Z. estuvo allí ocho meses hasta que los padres la retiraron porque observaron que "comenzó a copiar conductas de sus compañeros: agresión, gritos y demás". Tampoco les agradaron las formas excesiva contención física.

I.1.B Situación:

Z. con 7 años y 6 meses se encontraba sin tratamiento. No fue aceptada en la escuela. Sus conductas disruptivas (auto-lesiones, deambulación sin propósito, etc.) aumentaron a pesar que los padres trataron de controlarla y "cada vez es más dependiente y demandante". Con todo, su madre aprovechó su ecolalia para instaurarle frases cortas a fin que pudiera interactuar con los demás.

La madre consideró que el tratamiento Cognitivo Conductual recibido en un comienzo ya había "cumplido su ciclo", aunque reconocía que "sirvió para estructurarla". Creía también que Z. necesitaba "trabajar cosas propias de su edad" que la "acercaran más a su familia". Así que en marzo de 2007 acudió por cuenta propia a la Institución tratante (APadeA), para solicitar información acerca del tratamiento ofrecido y los requisitos de

admisión.

I.2) Observación

La observación domiciliar corroboró y amplió la información dada por la madre. Z. mostró deambulación sin propósito, falta de contacto ocular, conductas autolesivas y falta de control de esfínteres. Subía las escaleras alternando los pies, pero no al bajar. A pesar de que no le gustaba sujetar con las manos, podía beber de una taza más no de un vaso. Accionaba el interruptor de la luz y garabateaba espontáneamente por unos segundos cuando se le entregaba un lápiz, para luego arrojarlo. No permaneció sentada durante las comidas e interrumpía con vehemencia la comida de los demás. Desarrollaba conductas severamente disfuncionales con todo aquel que portara anteojos, el observador incluido. Recibía ayuda masiva para comer, vestirse y asearse. Presentó imitación muy escasa, ecolalia inmediata y diferida y comunicación instrumental. En ocasiones, repitió sonidos, palabras y oraciones cortas con función comunicativa. A veces se orientaba al sonido de la voz de sus familiares por lo que debían buscarla o llamarla reiteradamente.

I.3) "Escala de Madurez Social de Vineland"

La escala evalúa básicamente desarrollo social alcanzado con 117 ítems dispuestos según dificultades progresivas en manejo social, que cubren logros esperables de 0 a 25 años. Los ítems se agrupan en las siguientes categorías: *Auto vestimenta, Capacidad para valerse por sí solo en general, Capacidad para comer por sí mismo, Auto dirección, Ocupación, Locomoción, Comunicación y Socialización*. El equipo tratante obtiene un porcentaje de ítems logrados sobre el total esperable para cada categoría y estos porcentajes se interpretan cualitativamente tomando para cada habilidad los valores: *Lograda, En vía de logro, En proceso de aprendizaje y No lograda*.

Cuando Z. tenía una edad cronológica de 7 años 6 meses, el puntaje obtenido la ubicó su edad social en un año 8 meses, correspondiente a un cociente social de retardo Mental profundo. Según nuestro criterio no presentó ninguna Habilidad Lograda. *La Capacidad para Valerse por sí mismo y Locomoción se encontraban dentro de las Habilidades en Vías de Logro. Auto-dirección fue Habilidad No Lograda. Y la restantes Habilidades en Proceso de Aprendizaje.*

TRATAMIENTO

En base a esta información, se concertaron los objetivos estrategias y programas del TA con buena colaboración del entorno familiar. El tratamiento llevaba 10 meses al momento de la segunda evaluación. Z. ya había hecho un mes de un nuevo ciclo escolar, integrada con acompañante pedagógico. Problemas de "vida cotidiana" amentados por la distancia geográfica entre familiares y profesionales, hicieron que las supervisiones programadas inicialmente no se cumplieran siempre al ritmo quincenal previsto y deseable.

2º Evaluación (a 10 meses de iniciado el TA).

II.1) Entrevista a la Madre.

La madre refiere cambios en muchos aspectos, sobre todo sociales. Aunque aún se deba trabajar la silla a la hora del almuerzo Z. puede permanecer sentada durante toda la comida, al cabo del cual se levanta y se retira "¡ya no manotea los alimentos de los demás!". Ahora Z. busca al hermano u otro miembro de la familia para jugar. Durante el verano participó de una colonia y se relacionó con los demás chicos participando en los juegos, sentándose al lado de ellos, invitándoles golosinas (antes se las comía todas). En la calle se acerca a personas y las saluda, permite que la madre se pare y salude a los amigos o vecinos e intercambie algunas palabras. En esto depende aún de las instrucciones que le den "¡pero las hace!". Usa el cinturón de seguridad y ya no hace rabieta durante el viaje ni molesta al conductor. Los "arrebatos de anteojos" casi han desaparecido. Participa del aseo y vestido colaborando ante las diferentes consignas que le dan, ayuda a poner la mesa llevando los diferentes utensilios y acomodándolos según indicación recibida. La madre está funcionalizando cada vez mejor la ecolalia de Z. lo cual le permite saludar, realizar pedidos de algunas cosas, dar algún

tipo de información. Ahora sus emisiones tienen más sentido y se dan en contexto. Fue aceptada en una escuelita que está cerca de su casa, acudiendo con un acompañante pedagógico. Aunque aún presenta algunas conductas disruptivas durante la clase se relaciona bien con sus compañeros, los mira intencionadamente, juega con ellos y comenzó a imitar algunas conductas académicas. Cuando el papá llega a la casa participa de las actividades programadas.

II.2) Observación.

En el domicilio, Z. interactuó en ocasiones con la mamá, otras con el papá, algunas con la empleada, cuando los padres no pueden hacerlo. Aunque todos juegan con ella, el hermano y los abuelos son los preferidos. Cuando su madre le dio la consigna y modeló la frase, Z. saludó; otra vez saludó en forma espontánea anticipándose a la consigna. Tiró de los anteojos del observador solo para pedir atención en tres oportunidades (quería jugar), se acercó a las personas para hacerles mimos. Ayudó a poner la mesa, durante el almuerzo cuando se sentó trabaron la silla y permaneció sentada durante toda la comida y unos segundos más al término de la misma. Usó tenedor y comió sola. Un par de veces recibió ayuda inicial para asir el tenedor continuando sola después. Con previo modelado, pidió el jugo. Cuando terminó de comer, se levanto y salió del comedor respetando a los demás comensales. Cumplió las diferentes consignas que le dieron, algunas fueron repetidas hasta en dos oportunidades, recibiendo ayuda inicial en la tercera. A veces acude cuando la llaman, la mayoría de veces es necesario reiterar el llamado. Cuando no está su hermano, Z juega con los abuelos o busca a las personas con quien desea jugar. Colaboró en el vestido, aseo y cepillado dental. Las conductas lesivas se han sustituido por llevarse el dedo a la boca sin morderse.

En la escuela, Z puso cierta resistencia para ingresar al centro pero una vez dentro se dejó llevar por sus compañeritas. Se observó afinidad con su acompañante pedagógico.

II.3) “Escala de Madurez Social de Vineland”.

A Z. de 8 años 4 meses le correspondió una edad social en 3 años 2 meses, correspondiente a un cociente social de Retardo Mental Moderado. No presentó ninguna *Habilidad Lograda* a pesar que la mayoría de sus puntajes habían aumentado.

CONCLUSIONES

Queda claro que tanto por las observaciones, las entrevistas y el hecho de haber dado los primeros pasos en escolarización, que Z. ha hecho avances importantes. Lo que hablaría a favor de eficiencia del tratamiento; tanto más, habida cuenta de las imperfecciones de la implementación.

Son interesantes también los avances de la familia que se siente más capaz y efectiva para enfrentar dificultades cotidianas ligadas al TGD.

Por otra parte, la Escala Vineland, que muestra progresos en la “edad social”, no arroja avances significativos en logros de habilidades específicas. Esto podría ser debido a que con el “scoring” propuesto no tiene la sensibilidad suficiente para detectar los cambios que el TA logra en 10 meses. Se podría argumentar también que como esta escala adapta los logros a la edad cronológica, la ausencia de cambios positivos y negativos es ya cierto logro.

Estos resultados, aún no conclusivos y restringidos en su generalización por las limitaciones metodológicas de un estudio de caso, permiten dejar abierta la cuestión de la efectividad y la eficacia terapéutica del TA. Expresan también la necesidad de progresar y ampliar en los métodos de evaluación del impacto de los tratamientos en estos casos y hacerlos a la vez que estandarizados y por lo tanto aptos para las comparaciones, más adaptados a las particularidades de las distintas formas de los TGD.

BIBLIOGRAFÍA

BODFISH, J W (2004) “Treating the core features of autism: are we there yet? mental retardation and developmental disabilities research reviews, 10: 318-326

CUXART, F., DOMÉNECH LLAVERÍA E., POLAINO LORENTE A. (1997) “El Impacto del Niño Autista en la Familia”. Madrid. Rialp.

RIVIÈRE, A. (2001) “Autismo”. Madrid. Editorial Trota.

RIVIÈRE, A. MARTOS, J. (1998). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: IMSERSO.

RUTTER M, SHOPLER E, (1894) “Autismo”. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento. .Ed: Alambra. España.