Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía

Trabajo Final de carrera del Licenciatura en Psicopedagogía

Título **El juego lúdico como dispositivo de abordaje con pacientes con autismo.**

Alumno: Buet Lorena Soledad

Sede Centro

Noviembre 2020

Resumen 3
Introducción 4
Planteamiento del problema 5
Antecedentes de investigación 7
Marco conceptual
I. Trastorno del espectro autista. 16
- ¿Qué es el autismo? 16
- Criterios diagnósticos 18
- Características del TEA 18
- Niveles de gravedad del TEA 19
- Discapacidad y la familia 20

II. Neuropsicología del Autismo 24
- Teoría de la coherencia central 25
- Funciones Ejecutivas 25
- Mecanismo de la teoría de la mente 25

III. El juego 26
- Actividad lúdica según Freud 27
- El juego en los TEA 28
- Piaget 29
- El juego simbólico
- El papel de las familias en el juego 32

IV. Abordajes terapéuticos
- Modelos conductuales 32

- ACA (Análisis conductual aplicado)
- Modelos relacionales 34

- DIRFlootime
- Tecnologías de la información y la comunicación 35

Objetivo general 36
Objetivos específicos 36
Diseño de investigación 36
Muestra 37
Técnica e instrumento de recolección 37
Guía de preguntas a profesionales 37
Guía de preguntas a padres 38
Análisis de los datos 40
Conclusión 45
Referencias 48

Resumen

El tema de investigación, “el juego como dispositivo de abordaje con pacientes con autismo”, tuvo como objetivo conocer los beneficios de la implementación de la técnica Floortime del modelo DIR. Dicha técnica se trata de una forma sistemática de jugar siguiendo el liderazgo natural del niño, mientras se busca desafiarlo para que suba escaleras en su desarrollo emocional y funcional.

El modelo DIR creado por Stanley Greenspan, es un novedoso marco teórico, que considera el afecto como director del desarrollo infantil y otorga a las familias un rol protagonista. Esta técnica les permite a las familias estimular las áreas de comunicación, socialización y lo cognitivo, adecuándose a los intereses y necesidades específicas de los niños con trastorno del espectro autista.

En esta investigación se busca conocer si el método DIR/Floortime, permite a niños con TEA disfrutar del juego en compañía de otros. Para este propósito se realizaron entrevistas semiestructuradas; la muestra consistió en profesionales (cuatro terapeutas) y padres (cuatro familias) que hayan utilizado este método en niños diagnosticados clínicamente con un cuadro de trastornos del espectro autista. El método de investigación fue cualitativo. Utilizando como instrumento una entrevista en la cual se determinan los niveles principales sobre la conducta social, desarrollo emocional y habilidades de juego de los niños.

La investigación determinó bueno resultados, dado que existe una diferencia en la estimulación de los niños con TEA mediante la intervención dirigida a potenciar el desarrollo personal capacitando sus habilidades, orientando en sus cuidadores la comprensión de sus intereses, tomando en cuenta el perfil único de cada persona. Promoviendo un ambiente que facilite su autonomía para el desarrollo de sus capacidades emocionales y funcionales.

Introducción

La presente investigación aborda el tema del Juego en niños con trastorno del espectro autista (TEA), ya que presentan dificultades en aprender a jugar. El juego no se adquiere de manera natural, sino que los niños atraviesan etapas de desarrollo de habilidades. Específicamente, este trabajo se propone investigar sobre el juego lúdico en niños con trastorno del espectro autista. Etimológicamente la palabra autismo, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, proviene del griego "autos" que significa "sí mismo", indicando una falta de respuesta social y dificultad de la palabra. De manera análoga, el Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales considera que las características fundamentales del autismo son: un desarrollo de la interacción social y de la comunicación claramente anormal o deficitaria, y un repertorio muy restringido de actividades e intereses, siendo los Trastornos del Espectro Autista (TEA) parte de los problemas de salud mental y catalogados como trastornos generalizados del desarrollo (neuropsiquiátricos). El autismo alude a un trastorno del desarrollo que se prolonga y persiste a lo largo de la vida. Dicho de otra manera, la ausencia del desarrollo del lenguaje hablado y simbólico, también de la búsqueda libre del compartir y el disfrutar. Al autista se le es visto con una connotación de ausencia de la que prevalece su inadecuación a la realidad, en la que su cuerpo se halla fragmentado y no existe una relación con el mundo que le rodea.

Este tema ha sido abordado por diversas investigaciones, sin embargo no es específica la información sobre el disfrute del juego en niños con TEA. Por un lado las investigaciones se centran en el abordaje del juego en estos pacientes para ser usado de forma terapéutica. Otras investigaciones muestran que el juego en el autismo es algo que es dejado de lado ya que suelen priorizarse otros aprendizajes.

El juego es fundamental en el crecimiento físico y emocional del niño. El ser humano se desarrolla y madura jugando. Es la ejercitación necesaria para un desarrollo saludable. Es placentero, espontáneo y expresa los deseos inconscientes. A través del juego el niño expresa y canaliza sus miedos, angustias, dudas y fantasías. Es la manera que tiene de comunicar su mundo interno, aquello que no puede expresar con palabras.

Tomando los conceptos del psicoanálisis freudiano, así como el adulto se comunica principalmente mediante el lenguaje hablado, el niño se comunica a través del juego. Esto le permite explorar el cuerpo propio y el de los demás; ejerciendo dominio sobre el juguete. Siendo este el instrumento que le permite elaborar situaciones de la realidad que pueden ser placenteras o traumáticas, relacionadas con situaciones de la vida real o con sus fantasías.

Siguiendo los lineamientos de Freud, logran expresar aquello que viven, o padecen de manera pasiva, pero al jugar, ellos toman un rol activo, casi como dominando ese objeto y la situación que están interpretando. Esta es una manera de volver a disfrutar tanto situaciones felices como también de procesar aquellas que fueron traumáticas.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas y algunas características del juego en los TEA; las dificultades que presentan en la comunicación y la interacción social, en comprender estados mentales, en el control ejecutivo y la planificación de secuencias de acción, a lo que se suman los intereses restringidos y los trastornos en las competencias de ficción y lo simbólico traen aparejadas diferentes cuestiones que dificultan el jugar en estos niños. Los autores (Cadaveira & Waisburg 2013) afirman que se puede estimular la aparición de comportamientos interactivos espontáneos que tengan propósitos y sean placenteros como también funcionales. Para lograrlo es necesario encontrar claves no verbales de expresión que se relacionen con sus experiencias, involucrar sus afectos ayudarlos a armar su propia historia con lo que sienten y piensan y que verbalmente no pueden expresarlo. A su vez los niños con TEA presentan dificultad en la construcción de su imagen.

Martín Martínez (2018) realizó una investigación destinada a conocer mediante medios innovadores procedentes de las artes, el caso de un niño con TEA que presenta dificultades en el control postural, en el lenguaje espontáneo, baja autoestima, escasa conciencia corporal y dificultades en las relaciones sociales. Por lo que pudo concluir, que es el teatro de sombras el que actúa como el espejo (haciendo referencia a Lacan en “el estadio del espejo”, donde el niño proyecta su imagen global vivenciándose de forma fragmentada con respecto al cuerpo de su madre.) y es lo que le permite conformar su propia imagen personal y social. El teatro de sombras actúa como el espejo que le devuelve imágenes completas de su cuerpo. Le despierta la emoción dejándole una huella neuronal. Esta

experiencia le genera un nuevo estado de conciencia, lo que le ayuda a incrementar y estimular su conciencia corporal.

Según Winnicott, el juego es una actividad creadora que se desarrolla en una zona intermedia, entre su mundo interno y el de la realidad objetiva. El jugar es un asunto muy serio, en el que se concentra asumiendo roles en un escenario donde el niño instaura un tiempo y un espacio imaginarios.

El niño crea una nueva realidad en la que es actor y director y en la que ensaya una y otra vez temas que para los adultos pueden no ser importantes, pero para él son experiencias de vida.

Para que aparezca el juego debe poder abrirse un espacio entre la madre y el niño, donde pueda separarse de ella ocupando ese espacio. Primero con objetos y luego con juegos, manteniendo la ilusión de la unión primitiva que le da confianza en su acercamiento a la realidad externa.

Con relación a los trastornos en la comprensión de lo simbólico (Herrera et al., 2004) han desarrollado un entorno de aprendizaje basado en Realidad Virtual (RV) en el que se recrea la actividad de compra-venta de un supermercado. Dentro de este entorno de aprendizaje, se ha desarrollado la herramienta denominada 'Voy a hacer como si…' Este estudio tiene como propósito la valoración de los efectos de un programa de intervención basado en las TIC (Tecnologías de la información y la comunicación) sobre el desarrollo de dos niños con diagnóstico de TEA.

El uso de una aplicación de RV desarrollada para la enseñanza del juego simbólico, les permitiría el manejo autónomo de los objetos, ya que son equivalentes a los del entorno virtual. Además permitiría mejorar sus capacidades de juego de ficción, como también la comprensión de la imaginación. Se tomó como marco teórico a la teoría de la mente, que trata sobre la capacidad de atribuir pensamientos e intenciones a otras personas. En consecuencia solo uno de los dos participantes generalizó estas conductas de juego a otros entornos, personas y situaciones.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, este trabajo de investigación toma como interrogante inicial ¿El método DIR/Floortime, permite a niños con TEA disfrutar el jugar en compañía de otros?

Para interpretar la realidad se usaron estudios de casos registrados en investigaciones previas, es decir, de fuentes secundarias. De esta manera conocer y comprender la particularidad de situaciones concretas.

Antecedentes de investigación

El juego cumple una función vital para el desarrollo físico, intelectual e integral del niño porque por medio de este adquiere habilidades del movimiento, se divierte desde la imaginación y logra establecer relaciones sociales, incursionar en planteamientos y solución de problemas propios de la edad infantil. El juego considerado como un acto de interacción desde el nacimiento del niño, se presenta como la elaboración de una acción del mundo infantil lo que le permite interactuar con su propia historia. Por tanto se infiere el juego como una construcción de una realidad en la que el niño desarrolla un modo de comunicación con el otro desde su entorno como parte de su psiquismo.

Varias conceptualizaciones e investigaciones al respecto consideran que el juego cumple un rol fundamental en la construcción del sujeto, ya que a través del mismo el niño aprende, razona y construye su personalidad. Por tal motivo varios estudiosos del juego infantil han observado y comprobado cómo el juego nos puede brindar información acerca del psiquismo infantil, y es por eso que ha cobrado gran importancia el análisis del mismo. La cuestión del juego en TEA ha sido abordada por numerosos investigadores y especialistas de diversas disciplinas, como neurociencias, psicología, etc. y desde distintos enfoques. El juego es clave en el desarrollo de todo niño, todas las funciones sociales, mentales o físicas se ejercitan a través del juego; en niños con TEA las dificultades en la comunicación y la interacción social, en comprender estados mentales, en el control ejecutivo y la planificación de secuencias de acción, a lo que se suman los intereses restringidos y los trastornos en las competencias de ficción y lo simbólico traen aparejadas diferentes cuestiones que dificultan el jugar en estos niños. Cadaveira & Waisburg (2013) afirman que

se puede estimular la aparición de comportamientos interactivos espontáneos que tengan propósitos y sean placenteros como también funcionales. Para lograrlo es necesario encontrar claves no verbales de expresión que se relacionen con sus experiencias, involucrar sus afectos ayudarlos a armar su propia historia con lo que sienten y piensan y que verbalmente no pueden expresarlo. Involucrar por ejemplo la integración sensorial, (esta puede ser visual, auditiva, táctil, vestibular, propioceptiva, olfativa, y gustativa según las características de cada niño), que está relacionada con las experiencias sensoriales y la ejecución motora

Uno de los trabajos de referencia es el estudio del juego simbólico, (Herrera et al, 2004) quienes abordan la cuestión desde un entorno de aprendizaje basado en Realidad Virtual (RV) en el que se recrea la actividad de compra-venta de un supermercado. Dentro de este entorno de aprendizaje, se ha desarrollado la herramienta denominada 'Voy a hacer como si…' que está destinada a facilitar la comprensión de la imaginación en personas con TEAs. Los participantes deben realizar la compra siguiendo una lista que se proporciona de forma visual, con pictogramas y/o fotografías y/o texto. Los autores profundizan en lo que les permitiría a niños con TEA mejorar sus capacidades de juego de ficción, como también la comprensión de la imaginación.

(Herrera et al, 2004) definen el juego de ficción como algo que cubre tanto el juego funcional (utilizar objetos, miniaturas o juguetes, como si ellos fueran el objeto que representan. Por ejemplo, mecer y dar de comer a un muñeco 'bebé' o empujando un cochecito de juguete haciendo los ruidos propios de un coche) y juego simbólico (utilizando objetos como si tuviesen algo más, con propiedades imaginarias, o como si fuesen algo distinto a lo que son).

Este estudio de casos tiene como propósito la valoración de los efectos de un programa de intervención basado en las TIC sobre el desarrollo de dos niños con diagnóstico de TEA. Participante 1, niño de 8 años y 6 meses de edad y participante 2, adolescente varón de 15 años y 7 meses de edad, ambos presentan dificultades en el juego de ficción.

El uso de una aplicación de RV desarrollada para la enseñanza del juego simbólico, les permitiría el manejo autónomo de los objetos ya que son equivalentes a los del entorno

virtual. Además permitiría mejorar sus capacidades de juego de ficción, como también la comprensión de la imaginación. Los juegos de ficción implican atribuir a uno mismo, a los compañeros de juego o a los objetos del entorno, propiedades y características que no se corresponden con la realidad. (Elaime Maciques, 2013)

Una de las características de las personas diagnosticadas con TEA son las dificultades en la comprensión de lo simbólico, Murray (1997) sugiere que las TIC suponen un contexto efectivo, facilitador y emocionalmente implicante para el aprendizaje en individuos con autismo. Ya que las TIC´s son útiles para dirigir la atención del usuario, y a su vez ofrecen buen control del entorno.

Esta investigación se realiza desde perspectivas teóricas muy distintas desde el desarrollo de las TIC y la Psicología. Se tomó como marco teórico a la teoría de la mente, que trata sobre la capacidad de atribuir pensamientos e intenciones a otras personas, así mismo el desarrollo de la Teoría de la Mente está estrechamente ligado a la percepción, las emociones y el juego de ficción; se utilizó también la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, poniendo énfasis en las teorías cognitivas en autismo, desarrollando los déficit mentales presentes en el espectro autista.

Como método se usó el estudio de casos. Aportando datos de tipo cualitativo además de tipo cuantitativo. Esta metodología de investigación ha heredado el nombre de investigación-acción de la práctica educativa. Es decir se usó un diseño cuasi- experimental ya que no cuenta con grupo control. Las pruebas se administraron durante la primera quincena de Marzo de 2003 y el retest en la primera quincena de Junio del mismo año.

Los resultados obtenidos apuntan a que la RV es una herramienta útil en la intervención educativa en niños con trastornos del espectro autista. A su vez para hacer posible esta comparación, los autores, están pensando en un futuro trabajo de investigación. Finalmente, los autores creen necesario realizar una comparación de los resultados obtenidos con la realidad virtual con aquellos que se pudieran obtener utilizando herramientas convencionales.

Se observa que la evidencia que proporciona este trabajo de investigación de casos es únicamente información de sujetos masculinos, esto concuerda con estudios como el de Lotter (1966) que afirma que hay más varones que niñas con TEA.

Para conocer si la intervención llevada a cabo ha tenido alguna repercusión en el comportamiento social de los participantes, se solicitó información a las personas de sus entornos más cercanos, tanto los padres como los profesionales informaron que el participante 1, generalizó estas conductas de juego a otros entornos, personas y situaciones. En cambio en el segundo participante, aun siendo sus avances importantes, no se informó generalización de este juego en otros lugares o situaciones. Por lo que es preciso señalar que, es necesario para que exista un juego funcional, desarrollar la capacidad de imitación, para que exista un juego simbólico tenemos que ser capaces de entender las representaciones reales del mundo exterior y poder entender las claves sociales implícitas en el juego para poder predecir nuestras conductas y la de los demás. Asimismo, las dificultades cognitivas impiden que el juego del niño se desarrolle hasta el punto de resultar atractivo y de ser de una complejidad suficiente como para que se desarrolle juego social a partir de él (con intercambio de roles, etc.).

En el segundo participante, La ausencia de inicio de contacto social y de inicio de comunicación por sí mismo, supone la explicación de que no haya realizado ningún uso social de la imaginación. En cuanto a este comportamiento, en la adolescencia, una persona con autismo puede atravesar un deterioro social y funcional más acentuado que en la infancia. Las relaciones interpersonales, el desarrollo de habilidades sociales suelen ser muy difíciles. No obstante, un pequeño porcentaje logra realizar avances en la comunicación y la interacción social. (Jennifer Delgado, 2016)

La misma cuestión, pero desde un enfoque diferente, es desarrollada por el trabajo de (Laura Marín Martínez, 2018) dicho estudio se detiene en la intervención de teatro de sombras en un caso con necesidades educativas especiales por trastorno de espectro autista. (Arteterapia y necesidades educativas especiales). Es un tipo de diseño experimental de caso único. Los objetivos de esta investigación son conocer si existe mejora en la intención comunicativa, en el área propioceptiva, lingüística y emocional del menor tras la intervención de teatro de sombras.

Como resultaron encontraron que los niños con TEA presentan dificultad en la construcción de su imagen. Por lo que pudieron concluir, que es el teatro de sombras el que actúa como el espejo (haciendo referencia a Lacan en "el estadio del espejo", donde el niño proyecta su imagen global vivenciándose de forma fragmentada con respecto al cuerpo de su madre.) y es lo que le permite conformar su propia imagen personal y social. El teatro de sombras actúa como el espejo que le devuelve imágenes completas de su cuerpo. Le despierta la emoción dejándole una huella neuronal. Esta experiencia le genera un nuevo estado de conciencia, lo que le ayuda a incrementar y estimular su conciencia corporal.

Una investigación relevante sobre la temática en cuestión es el estudio realizado por (López Sánchez, 2019) la dramatización como instrumento para el desarrollo de la comunicación en alumnos con trastorno del espectro autista. La misma se basa en capacitar a los niños con TEA para afrontar las adversidades y actuar ante ellas. Desde un tipo de diseño no experimental- histórica (caso único) y el caso de los seis niños experimental. Entre sus principales resultados encontramos que en los casos mencionados puede verse que los niños con TEA presentan una gran dificultad en la educación emocional y las habilidades comunicativas. En el caso único el alumno se deja llevar por sus compañeros, los acepta y permite a su vez el contacto físico. El juego en el autismo es algo que es dejado de lado ya que suelen priorizarse otros aprendizajes. El niño de este caso único, al no estar habituado a estos juegos, presenta nerviosismo por lo que se infiere que se debe llevar a la práctica en principio en solitario, para luego realizarlo junto a sus pares.

En la observación a los 6 alumnos con TEA se llegó a la conclusión de que los ejercicios de expresión plástica y musical favorecen el desarrollo socioemocional del niño lo ayuda a eliminar su frustración y logra que se establezcan las relaciones sociales con iguales. Como también en la investigación pudo observarse que la dramatización favorece el desarrollo de la comunicación, la autonomía y el autocontrol.

Los niños con TEA presentan ausencia o capacidad disminuida para la apreciación de claves sociales y para mostrar reciprocidad social o emocional. La teoría de la mente es la dificultad para predecir y explicar la conductas de otras personas, como fingir, creer, suponer, inferir, etc. Una persona con la teoría de la mente bien desarrollada debería poder distinguir entre fantasía y realidad, identificar deseos y poder diferenciar las intenciones,

reconocer emociones propias, de otros; mentiras, mentiras piadosas, engaños como también contar con esta capacidad. Las personas con TEA presentarían dificultadas para darse cuenta de lo que piensan sienten o creen las demás personas.

Por otra parte, Rojas Torres, et al, (2019) realizaron un trabajo de estudio con la finalidad de revisar documentos relacionados con la intervención con el modelo DIR/Floortime, en niños con TEA. El método utilizado fue la búsqueda en cuatro bases de datos, de los cuales solo fueron seleccionados los documentos publicados en revistas científicas. Se encontraron 18 estudios que aportan datos empíricos en la aplicación del método de intervención DIR/Floortime.

Este método es una intervención específica, que tiene sus bases sobre el modelo basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones, esto es el modelo DIR; fue desarrollado en los años 80 por Stanley Greenspan. La premisa del Floortime es que un adulto puede ayudar a un niño a ampliar sus círculos de comunicación al ponerse en su nivel de desarrollo y a partir de ahí fortalecer sus habilidades. La terapia a menudo es incorporada a actividades de juego en el piso.

De los documentos encontrados, seis de ellos son estudios de casos, cuatro son ensayos clínicos con pretest y postest, seis con ensayos clínicos aleatorizados y dos son estudios de seguimiento de estudios previos.

En los estudios de casos los resultados fueron, que el 58% de los niños tuvieron mejoras en habilidades sociales, tareas cognitivas, y habilidades académicas. El 25% de los niños solo mejoraron en términos medios y el 17% restante continuaron con dificultades comunicativas y de relaciones. Estos logros se combinaron con disminución significativa de un ensimismamiento, conductas evitativas, aislamiento y autoestimulación (Rojas Torres, et al., 2019).

Dentro de los hallazgos se encuentra el trabajo de los autores (Wieder y Greenspan, 2005) quienes realizan un seguimiento entre diez y quince años a 16 niños y sus familias, participantes de un estudio anterior y sobre los que siguieron desarrollando sesiones de DIR. El desarrollo emocional de estos niños/adolescentes demuestra que, en algunos casos, niños previamente diagnosticados como TEA pueden llegar a desarrollar habilidades

académicas y un pensamiento empático, creativo y reflexivo con relaciones sociales con sus iguales satisfactorias.

Este estudio aporta descripciones sobre la evolución del proceso, pero adolece de cuantificación métrica del mismo, por lo que resulta imposible atribuir las mejoras al uso del método DIR/Floortime.

Los dos demás estudios de casos únicos, aunque los resultados manifiestan cambios cualitativos, la falta de evaluaciones métricas relativizan la importancia de estos cambios. (Rojas Torres, et al., 2019).

A su vez en los estudios cuasi- experimentales pre-postest se obtuvieron resultados positivos pero este estudio no contó con un grupo control, lo que impide la generalización de los resultados obtenidos.

En la misma dirección, Solomon, Nechleles y Ferch y Bruckam (2007) desarrollan un programa para entrenar a los padres en el juego con sus hijos con TEA basados en los principios de DIR/Floortime. Este Proyecto se llamó, PLAY, en este estudio se quiso determinar la eficacia de la metodología en las habilidades parentales y las habilidades sociales de los niños. El periodo de intervención fue de 14 meses. Las familias participantes recibieron una visita domiciliaria al mes, donde recibían instrucciones adicionales, modelado, entrenamiento, evaluación sobre sesiones grabadas en video y objetivos escritos para ayudar a implementar y ajustar la secuencia de habilidades. Todos los niños que participaron en esta investigación fueron evaluados al principio y al final, utilizando la prueba FEAS. La mayoría de los padres reportaron mejoras en las relaciones, logrando intercambios en las interacciones de manera recíproca. Aunque este estudio expone información valiosa, presenta algunas limitaciones, una de ellas fue no incluir grupo control, lo cual hace imposible determinar que los resultados se atribuyen a la intervención PLAY Project, ya que la mayoría de los niños participaban en otros programas de educación.

Con respecto a los ensayos clínicos aleatorizados, la intervención no cumple con todos los principios de la metodología DIR/Floortime y no se describe la participación de los padres.

Los autores concluyen sobre el análisis de los estudios referenciados, en primer lugar, que el número de estudios empíricos sobre el DIR/Floortime es escaso.

En algunos casos no se ha aplicado estrictamente el modelo DIR/Flootime, aunque sí las técnicas Floortime. En otros casos, se ha intervenido con el objetivo de mejorar aspectos de interacción comunicativa y en otros, con la finalidad de disminuir la agresividad y problemas de conducta. En cuanto a, cómo se han medido los resultados, la heterogeneidad es también manifiesta. Lo más común es utilizar la escala FEAS (Rojas Torres, et al., 2019). La edad de aplicación y el diagnóstico son otras tantas fuentes de variación. En alguno de los trabajos se informa de la combinación de dinámicas, rutinas y metodologías de otras intervenciones, ya que la gran mayoría de estos niños se encontraban inscritos en programas de otro tipo para el fortalecimiento de diversas áreas del desarrollo, razón por la cual no se podría decir que el modelo DIR per se es el que logra los avances en el niño. Teniendo en cuenta que las principales características en los TEA son las alteraciones en la interacción social, la comunicación y la conducta e inflexibilidad de intereses (Rojas Torres, et al., 2019), podemos decir que el método DIR/Floortime es prometedor, aunque las evidencias aún no lo demuestren con rotundidad. En la presente revisión se encontró que la implementación de la metodología Floortime parece fortalecer la reciprocidad social (Rojas Torres, et al., 2019).

Con respecto a las investigaciones citadas se puede inferir que la música es un buen complemento para los apoyos visuales y una herramienta eficaz para fomentar la atención conjunta. Utilizar las TIC, (tecnología de la información y la comunicación), que combinen ambos factores puede suponer una importante oportunidad para proporcionar apoyos efectivos, para facilitar la comunicación y a su vez para ser usadas para anticipar situaciones y comprender claves sociales.

La carencia de la mentalización puede ser compensada con diferentes tratamientos, a través de la experiencia, el aprendizaje explícito y el entrenamiento específico. Esto estaría relacionado con las neuronas espejo, las cuales participan en la comprensión de la conducta de los demás, interviniendo en el aprendizaje por imitación. Aquí encontramos a través de la investigación realizada, una similitud ya que la experiencia vivenciada en el teatro de

sombras hace vibrar la amígdala, comprende las estructuras del sistema límbico y de los circuitos que generan la emoción y pone en funcionamiento las neuronas espejo.

El juego dramático implica la expresión artística, corporal y verbal, logrando así obtener habilidades mentales fundamentales para la asimilación de conceptos del pensamiento creativo. Habrá que tener en cuenta las características peculiares de cada niño y a su vez, que no es posible realizar dramatización sin tener en cuenta la edad de los protagonistas y las características que conforman el grupo.

El juego dramático conduce al niño a la curiosidad, a las ganas de descubrir, un juego al que llegará a través de la experimentación. El niño debe integrarse por completo, pensamiento y cuerpo.

De los resultados de las investigaciones consultadas se deduce que el niño autista a través del juego comienza a hacer parte de los múltiples significados y significantes con los que recrea la realidad a partir de su propio mundo, la edificación de un lenguaje simbólico que le permita el ingreso al otro, con modelos relacionales de interpretación que orientados al habla crean en el autista un sujeto con autonomía. Sobre este tema se conoce también que, si bien hay alteraciones en el desarrollo de la comunicación y en las relaciones sociales, lo que se trata es, de una comprensión, de entender, de vivir el fenómeno: el espectro. Asimismo el método DIR/Floortime parte del interés del niño para trabajar y estimular sus capacidades relacionadas con, el vínculo, la atención la autorregulación, la comunicación lenguaje- pensamiento. En esa perspectiva, el sujeto autista no es considerado “diferente”. Pero todavía no se investigó sobre este aspecto: ¿El método DIR/Floortime permite a niños con TEA disfrutar el jugar en compañía de otros?

Marco conceptual

Consideramos de importancia profundizar sobre los trastornos del espectro autista, teniendo en cuenta, criterios diagnósticos, características, desarrollo de las funciones ejecutivas; para de esta forma, poder comprender mejor su naturaleza. Por otro lado explicar teorías y conceptos que otorgan fundamentos al desarrollo del estudio. Se construye de este modo una base conceptual psicológica para analizar y describir el juego y como se presenta este en los TEA. A su vez la influencia de las nuevas tecnologías de información y comunicación y las diferentes formas de abordajes terapéuticos.

I. Trastorno del espectro autista

¿Qué es el autismo?

El autismo es un conjunto de alteraciones heterogéneas a nivel del neurodesarrollo que inicia en la infancia y permanece durante toda la vida. Implica alteraciones en la comunicación e interacción social y en los comportamientos, los intereses y las actividades.

Se sabe en la actualidad, que la prevalencia mundial está alrededor del 1% y se da más frecuentemente en hombres que en mujeres en una relación 4:1, aunque se ha observado que las mujeres con autismo tienden a expresar un mayor compromiso a nivel cognitivo.

Las personas con autismo tienen perfiles cognitivos atípicos, de modo que puede observarse alteraciones en la cognición y de la percepción social, además de disfunción ejecutiva y procesamiento de la información atípico.

Estos perfiles se basan en desarrollo neuronal anormal, donde la genética junto con factores ambientales desempeñan un papel clave en la etiología.

La evaluación debe ser multidisciplinaria, en cuanto a la detección, esta debe ser temprana, lo cual es esencial para una intervención rápida, esta debe estar dirigida a mejorar la comunicación social y a reducir la ansiedad y la agresión.

El concepto clásico de autismo fue variando significativamente, en la actualidad, se habla de un continuo. Trastorno de espectro autista, dada la variable afectación cognitiva y del lenguaje.

La palabra autismo deriva del griego auto (actúa sobre uno mismo), este con el sufijo Ismo, que quiere decir proceso patológico que actúa sobre uno mismo.

Un poco de historia, de donde proviene el término

Este se nombró por primera vez en 1908, Eugen Bleuler describía en su monografía a algunos pacientes con esquizofrenia, donde se hablaba de demencia precoz o grupo de esquizofrenia.

Luego en 1943 el psiquiatra Austriaco Leo Kanner, publicó un artículo: Trastornos autistas del contacto afectivo. Donde señaló que se trataba de una incapacidad para relacionarse con otros, con alteración del lenguaje, que variaba del mutismo total a relatos sin significado; movimientos repetitivos sin finalidad especifica. A su vez destacó características comunes a todos los niños que observó, estas eran: extrema soledad, deseo obsesivo a la invariancia ambiental, excesiva memoria, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real, limitaciones en la variedad de la actividad espontánea. En el trabajo de Kanner están configuradas las características esenciales que describen el autismo.

Casi en simultáneo con Kanner, el psiquiatra y pediatra Hans Asperger, publicó un artículo: Los autistas psicópatas (1944), basado en la observación de cuatro niños, que presentaban buenas competencias verbales. Aunque dicho artículo fue conocido, tardíamente, en la década del 90´, momento en que Lorna Wing lo tradujo al inglés, ya que estaba escrito en Alemán. Fue esta autora quien cambió el término psicopatía autista por síndrome de Asperger.

Los criterios diagnósticos del autismo deben ser revisados, la última revisión, pertenece a mayo del 2013 DSM V (Manual estadístico diagnóstico) de trastornos mentales, el cual sirve no solo al diagnóstico sino a su vez para la investigación. Es uno de los manuales más usados en el mundo, el otro es el CIE10, es el acrónimo de la clasificación internacional de

enfermedades. Es importante realizar revisiones para evaluar los criterios diagnósticos, tal es así que en el DSM I el autismo fue clasificado como esquizofrenia infantil.

Criterios diagnósticos

DSM IV TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	*DSM V TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA*
Subtipos	***Tres niveles de gravedad de los síntomas***
Trastorno autista -Sindrome de Asperger - Trastorno desintegrativo infantil - Sindrome de Rett - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Leve -Moderado -Severo
Triada de síntomas	Dos categorias de síntomas
Trastornos del lenguaje y la comunicación	Deficiencias en la comunicación social
Trastorno en la socialización	Comportamientos repetitivos y restringidos
Conductas estereotipadas e intereses restringidos	
Aparecen antes de los 36 meses	Están presentes en la infancia, pero pueden manifestarse plenamente mas tarde

Características diagnosticas Trastorno del Espectro Autista

A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción en todos los contextos, (no explicables por retraso global del desarrollo.)

    1. Alteración en la capacidad para expresar reciprocidad social y emocional.

    2. Alteración en la capacidad del uso de conductas de comunicación no verbal involucradas en la interacción social.

    3. Dificultad en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.

B. Patrones repetitivos restringidos de conducta, intereses o actividades.

1-Movimientos corporales estereotipados y repetitivos, uso de objetos o discurso (estereotipias motoras simples, alinear objetos, golpetear objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas.)

2-Adherencia excesiva a rutinas, patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal, o resistencia excesiva al cambio.

3-Intereses muy restringidos, con fijación anormal en intensidad o foco. Como fuerte adherencia o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscriptos o perseverativos, hiper o hipo reacción a estímulos sensoriales o intereses inusuales de aspectos sensoriales del ambiente.

C. Los síntomas están presentes desde la infancia temprana (pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas sociales exceden su limitada capacidad.)

D. Los síntomas en conjunto limitan y comprometen el funcionamiento de la vida diaria.

Niveles de gravedad del TEA

Categoria dimensional del TEA en DSM-V	***Comunicación social***	***Comportamientos restringidos y repetitivos***
GRADO 3 Necesita ayuda muy notable	*Mínima comunicación social*	*Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco de atención*
GRADO 2 Necesita ayuda notable	*Marcado deficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas*	*Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco*
GRADO 1 Necesita ayuda	*Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social*	*Interferencia significativa en, al menos, un contexto*
Síntomas subclinicos	*Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas*	*Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere*
Dentro de la normalidad	*Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia*	*No interferencia*

Discapacidad y la familia

La autora Virginia Satir en su obra, detectó que la autoestima de cada uno de los miembros de familia, es un pilar básico para formar familias enriquecedoras. Como así también, la comunicación, las normas, y los vínculos.

En las llamadas familias enriquecedoras- facilitadoras, las personas miembros de estas familias manifiestan su amor, intelecto, y su respeto por la vida. En este tipo de familias se puede manifestar cariño, el dolor, la desaprobación, no da miedo asumir riesgos. Viven como personas de pleno derecho, Hay buen humor y risas.

Las familias conflictivas influyen de forma negativa, la organización del ambiente familiar puede generar tensión en el niño mostrando reacciones inversas en su desarrollo. Ya que estas crisis familiares repercuten en cada uno de sus miembros. Las familias enriquecedoras favorecen nuestro trabajo, por ejemplo, al llegar a consulta, ya que son los padres los que dicen por el niño. A su vez, resulta ser importante porque son las personas que mejor lo conocen y es la primera y mayor influencia para el niño, en cuanto a afecto y seguridad. Esta familia, desde su ambiente familiar, puede brindar el apoyo necesario para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño.

Frente a una familia facilitadora nos encontramos con una familia que alienta, acompaña, genera autoestima en sus niños.

En cambio en una familia conflictiva nos enfrentamos a padres que obstaculizan el avance del niño. Es necesario, en principio hablar con esos padres para que puedan ver a ese niño, y entenderlo. Realizar actividades para que esos padres puedan reencontrarse con su hijo, en donde puedan compartir y divertirse. Abriendo el camino para que el niño sea integrado a la familia.

Los padres que tienen una gran autoestima tienen muchas más probabilidades de formar una familia enriquecedora, y los padres con una autoestima baja, a formar familias conflictivas.

Es preciso señalar que las demoras por parte de las familias en la detección de alguna dificultad en el desarrollo y la búsqueda de alternativas de orientación y evaluación

adecuadas, dificultan la detección temprana. Al mismo tiempo, es necesario formar un perfil psicológico familiar para otorgar a las familias recursos de afrontamiento lo que incrementa la calidad de vida de toda la familia.

Anteriormente los niños con discapacidad edad segregados, escondidos. La familia buscaba hacerlo pasar desapercibido para que “no molestara”. A partir de la década de 1970, la sociedad comienza a replantearse incluir al diferente. Esto dio lugar al reconocimiento del hijo discapacitado dentro de la familia, como alguien por el que se puede hacer algo.

En la actualidad se considera a la persona con dificultad intelectual dentro de un contexto familiar, y no solo en su interacción con la madre. Deben tenerse en cuenta, a su vez, los vínculos con el padre y hermanos.

Con relación al apego materno, encontramos diferentes tipos de vinculaciones:

- Madres distantes o evitativas, las cuales generan apegos ansiosos.
- Madres obsesivas, generadoras de apegos resistentes.
- Madres desorganizadas, crean apegos desorganizados y desorientados.
- Madres autónomas, creadoras de apegos seguros.

Los factores que colaboran a un apego seguro del padre con su hijo, son similares al apego materno. Estos son:

- Sensibilidad a las manifestaciones del niño.
- Autoestima personal, producto de apegos seguros confiables, de su propia infancia.
- Armónica relación conyugal.

En el vínculo paterno se puede observar que se restringe el rol de compañeros de juego. Recién cuando el niño disminuido ha adquirido ciertas capacidades cognitivas, lúdicas y lingüísticas aumenta la frecuencia y calidad de las relaciones.

En muchos casos, al padre, le es difícil comprender las señales comunicativas emitidas por su hijo.

Estilos de familias

- Familias de padres con apegos distantes. Algunas de estas madres en el transcurso de los años, asumen el papel de maestras, y el padre de normalizador, de lo que ese hijo debe hacer. Los hermanos fueron exigidos, solicitándoles que jueguen con sus hermanos con discapacidad, o que los cuiden como si fueran verdaderos terapeutas.

  Estos padres cumplen con lo que se les pide en las escuelas, donde asisten sus hijos, pero no promueven encuentros con otros niños o adolescentes, fuera del ámbito escolar.

- Familias sobreprotectoras. La sobreprotección es un modelo que dificulta la separación y el crecimiento del niño. Durante los primeros años esto es más acentuado en la madre, no obstante, el padre refuerza con su conducta de no compromiso.

En el periodo de latencia y en la adolescencia esa falta de acción paterna no ayuda a la separación y al logro de una mayor autonomía.

Los hermanos juzgan que ese hermano discapacitado, es el “preferido”, que todo se hace por él. Un sentimiento de profundo enojo llega a empañar asiduamente el vínculo fraterno.

- Familias con vínculos desorganizados o desorientados. Ciertos padres, reconociendo las vivencias de desagrado que uno u otro pueden sentir para con ese niño, buscan compensar ese vínculo disarmónico, con mayor presencia acentuándose una modalidad de vínculo simbiótica.

La relación vincular con los hermanos, el hermano sano asume el rol de hermano mayor (aunque no lo fuere), y el niño o adolescente con discapacidad, el rol de hermano menor.

Ambos padres, o uno de ellos, esperan entonces de ese hermano un comportamiento ejemplar; nunca están del todo satisfechos por lo que hace. Promueven, inconscientemente, que ese hijo sano actúe como padre sustituto, incrementando el resentimiento, hacia sus padres y hacia el hermano con discapacidad.

- Familias sanas o padres autónomos y seguros. Saben que ese hijo no es el esperado o soñado, pero logran una reacomodación y una nueva distribución de las tareas del hogar. Aceptan que ambos tienen que atender e interpretar al niño. A su vez buscan el disfrute con sus otros hijos. Si bien pueden atravesar periodos de tristeza, logran superarlos.

Estos hijos al sentirse seguros y esperanzados aumentan su capacidad cognitiva. El saberse no criticado, ni desvalorizados y aceptados bien en su medio familiar, los ayuda a ubicarse más apropiadamente en otros medios.

Estos padres disfrutan de los avances lúdicos, lingüísticos y cognitivos de sus hijos.

Los hermanos al no considerar a este hermano como rival, colaboran y atienden, conjuntamente con sus padres las necesidades de este hermano.

Los padres atraviesan tres crisis en diferentes etapas; la primera de estas crisis se da al recibir el diagnóstico. Pasan por diferentes fases para la elaboración del duelo, como shock, negación, recuperación, reorganización. Cada familia hace uso de diferentes recursos para enfrentar lo nuevo o lo desconocido (Núñez, 1991 P.24)

La segunda crisis se da en el ingreso a la latencia, los padres atraviesan una etapa de inquietud cuando su hijo ingresa al medio escolar, ya sea este especial o normal. Esta etapa profundiza y reabre el efecto del diagnóstico.

Aquí la crisis, no solo la hacen los padres, por el efecto que la inteligencia ocupa en la fantasmática paterna, sino también el niño. Por un lado, los padres se preguntan ¿mi hijo será inteligente? Para desarrollar inteligencia es necesario que esté el deseo de querer apropiarse de algo del saber.

Por otro lado, en el niño, comienzan los descubrimientos de las diferencias con los otros, sean estos hermanos, primos, amigos o compañeros. Pueden reconocer qué les pasa y enojarse. Es necesario que ese sentimiento de pesar sea tratado en terapia psicológica, para que no lo dañe y no los entorpezca en la escuela. Es importante que se pueda liberar el deseo de aprender.

Finalmente se da la crisis durante la adolescencia, en los padres y en los hijos.

En los jóvenes se observan dificultades de crecimiento. Dado que no logran desprendimientos afectivos de sus padres hacia nuevos objetos libidinales, sean estos objetos amorosos o nuevas amistades.

La sexualidad que emerge es sentida por padres e hijos como algo que asusta, Por consiguiente los padres lo viven como una situación conflictiva, traumática, indeseada.

Los jóvenes tienen dificultades para tener proyectos personales o ser ellos tomados en cuenta en sus inquietudes. En consecuencia, presentan desconocimiento del paso del tiempo, solo logran posicionarse como verdaderos jóvenes, cuando sus padres o hermanos los aceptan tal como son.

Cabe resaltar, que la resiliencia es una capacidad individual, una capacidad de superación que ciertas familias tienen; siendo promotoras de capacidades de superación en niños o adolescentes, con minusvalías. Es la capacidad para soportar el golpe de un diagnóstico y establecer un desarrollo en circunstancias adversas.

II. Neuropsicología del autismo

La neuropsicología del autismo es el estudio del modo en que el cerebro del individuo con TEA procesa la información. A continuación se proponen las teorías neuropsicológicas sobre déficit en el funcionamiento mental.

Teoría de la coherencia central

Consiste en la tendencia espontánea a interpretar con una teoría gestáltica y global una situación que vivimos. Por ejemplo, si entramos en una habitación donde hay alumnos sentados escribiendo y una persona hablando, interpretamos que es una clase o una conferencia y actuamos en consecuencia.

Nos permite integrar información en contexto, globalizar, dar un sentido univoco u holístico. Las dificultades en establecer esta teoría, llevan a los niños con trastornos del espectro autista a no entender las situaciones, a focalizar en detalles y objetos irrelevantes, y generar conductas inapropiadas.

Funciones ejecutivas

Estas representan un modo de habilidades mentales que contienen los mecanismos orientados a la resolución de problemas nuevos y novedosos. Cuando surge un problema durante una acción, por ejemplo: si estamos aprendiendo a manejar y el auto de adelante frena; se activan mecanismos para resolver ese problema. Implica activar varios componentes como, tener iniciativa para resolver; desarrollar un plan; establecer la secuencia de pasos, y la relación causa consecuencia; ejecutar el plan en el tiempo adecuado, monitorear si se resuelve y sino, cambiar de plan con flexibilidad mental.

Estos componentes están alterados en el autismo, y por lo tanto, las fallas en las capacidades descriptas hacen que a los afectados les cueste resolver los problemas, hasta que no los hayan automatizado por aprendizaje y repetición.

Mecanismo de la teoría de la mente (TOMM)

A partir del TEA se descubrió una función mental independiente: la cognición social, que se define como la capacidad de comprender las conductas comunicativas verbales y no verbales de las personas y se basa en la teoría de la mente.

Esta última fue descripta en 1978 por Premack y Woodruf como las habilidades para reconocer estados mentales propios y de otros, comprender a su vez, las relaciones entre acciones y estados mentales.

Desde pequeños los niños comienza a diferenciar que el Otro puede sentir, pensar o creer de manera diferente, porque tiene otra mente.

La teoría de la mente se desarrolla en forma progresiva en la infancia y se concreta alrededor de la adolescencia. Permite lograr la empatía, la capacidad para reconocer estados emocionales y tiene una reacción emocional al respecto; ponerse en el lugar del otro.

En el TEA hay un déficit en el desarrollo de la teoría de la mente, este está lentificado o ausente. Por lo que a estas personas les cuesta inferir, anticipar o ponerse en el lugar de los demás. Sobre todo en los casos más sutiles, especialmente en situaciones emocionales.

La teoría de la mente posee base neurobiológica. En este sentido, los estudios de neuroimágenes, muestran las zonas del cerebro que se activan cuando se realiza una tarea relacionada con la teoría de la mente. Por un lado los aspectos resolutivos despiertan el área parasingular anterior, que incluye la corteza medial pre frontal, para el análisis de inferencias y ponerse en el lugar de los demás

Por otro lado el lóbulo temporal a nivel del surco temporal superior y polo temporal establece la relación con la memoria y los procesos afectivos y emocionales.

III. El juego

A través del juego los niños pueden orientarse acerca de su ambiente y como aprenden dentro del mismo. Se apoderan así de lo que aprenden a hacer, como relacionar cosas o situaciones y cómo adaptarse a las demandas que la sociedad les exige. De ahí que, se considera un componente invaluable en el cuidado de la salud de un niño.

Es por medio del juego que llegan a conocer la realidad y a comunicarse con esta. Se trata de un aprendizaje a través de la acción y de las interrelaciones de la personalidad

con los componentes del entorno. Por consiguiente, aprendemos a tomar decisiones y desarrollar estrategias de resolución de problemas; es en el juego donde se experimenta y se buscan alternativas. Asimismo involucra la superación del fracaso y la falsa estimación.

Son competencias del juego, desarrollar y mejorar la fuerza muscular, coordinación y balance; disminuir el exceso de energía física; favorecer la comunicación con otros, estableciendo amistad y desarrollando interés por otros; aprender a cooperar y compartir; favorecer la expresión de la imaginación, creatividad e iniciativa; mediante la imitación se favorece el aprender acerca de las actividades sociales y los roles adultos; implica probar y someterse a la realidad.

Actividad lúdica según Freud

Para Freud el juego une a través de la acción los objetos y las situaciones imaginarias de la fantasía con las cosas tangibles y visibles del mundo real. Esta unión es la que distingue el juego infantil de la fantasía. El niño imita lo que sabe de la vida de los adultos. Por tanto, el juego permite diferenciar entre fantasía y realidad. Mientras el niño desarrolla esa actividad sabe que es de mentira y no real. Entonces, el juego constituye una acción específica que, además de desarrollar la capacidad psicomotriz, promueve la ampliación del psiquismo y del conocimiento en general; resulta el antecesor dela ensoñación diurna (Fantasías conscientes)

Esta última, según Freud, se encuentra en los deseos inconscientes insatisfechos que buscan su cumplimiento a través de ellas. Representan un intento de modificación de una realidad displacentera.

Las fantasías conscientes (ensoñaciones diurnas) surgen en sustitución del juego infantil y se diferencian de este porque el sujeto se avergüenza de ellas y las oculta, cosa que no sucede con la actividad lúdica del niño que es exhibida y compartida.

El juego es uno de los modos privilegiados de expresión del niño, así como de elaboración de sus conflictos. Y es en el juego en que ya tempranamente se puede ver la colaboración de ambas formas de pensamiento, haciendo referencia a las formas de

pensamientos conscientes e inconscientes. En los primeros juegos (como el de esconderse y aparecer), lo que se va afianzando es la construcción de la diferencia yo-otro, y la posibilidad de separarse del otro y recuperarlo. En los juegos dramáticos (como el de la mamá, los príncipes, los guerreros, etc.), el niño acomoda, rearma el mundo a la medida de sus deseos, pero siguiendo ciertas reglas, con organización y coherencia. Estos juegos le dan la posibilidad de tener una experiencia altamente creativa, en la que es él, el sujeto activo, el que puede transformar lo vivenciado, teniendo a la vez muy claro que es un "como si". El tercer tipo de juegos, los juegos reglados, presuponen la aceptación de reglas sociales compartidas.

El juego en los TEA

Los juegos de ficción implican atribuir a uno mismo, a los compañeros de juego o a los objetos del entorno, propiedades y características que no corresponden con la realidad. En un juego los niños pueden simular ser padres o madres, maestros, doctores y despliegan los roles correspondientes y de esta manera se mueven dentro la metarrepresentación, el cual es un sistema cerebral innato y conforma un módulo de la teoría de la mente. El juego simbólico infantil es el primer signo del funcionamiento de este sistema.

El desarrollo de la teoría de la mente está estrechamente ligado a la percepción, las emociones y el juego de ficción. Este último implica el reconocimiento de las propias representaciones mentales sobre la realidad, como también, representar formas de interacción social, donde se atribuye emociones al otro y estados mentales, posibilitando las relaciones, así como la comprensión y poder predecir las conductas.

A través del juego, de sus mecanismos y del lenguaje que se emite al jugar se da la identificación de la intencionalidad en el participante y los posibles sentidos que este le da a su realidad, tanto por su conducta como por la que le atribuye a otros objetos o personas.

La falta de juego simbólico forma parte de las alteraciones sociales asociadas a los TEA. Para que exista un juego funcional debemos desarrollar la capacidad de imitación, al mismo tiempo para que exista el juego simbólico debemos ser capaces de entender las representaciones del mundo exterior, y comprender las claves sociales implícitas en el juego, para, de esta manera, predecir nuestras conductas y la de los demás.

Los niños con TEA no logran alcanzar un nivel de imitación que les permita establecer una relación de juego funcional, presentan un desorden sensorial, por un lado, las conductas repetitivas y estereotipadas generan que el juego pierda su propósito. Por otro lado, se les dificulta ser empáticos con el otro y comprender las normas sociales. En consecuencia, encuentran dificultades para integrarse a los juegos en colectivo.

Piaget

Piaget establecía, que la capacidad de pensar, hechos, objetos o personas ausentes, marca el comienzo de la etapa preoperacional. El niño posee una mayor habilidad para usar símbolos, gestos, palabras, imágenes y números, con los que representa las cosas reales del entorno. Ahora puede pensar y comportarse en formas que antes no eran posibles. Comienza a usar las palabras para comunicarse.

Para Piaget, el juego se caracteriza por la asimilación de los elementos de la realidad sin tener que aceptar las limitaciones de su adaptación.

El juego simbólico

En primer lugar es necesario hablar del juego pre simbólico, para de este modo tener una idea acabada de la formación del símbolo. Este como su nombre lo indica es un juego previo a la adquisición de la función simbólica, y por tanto, a la aparición del juego simbólico como tal.

La simbología que se expresa en este juego se realiza a través del propio cuerpo y de las acciones desarrolladas por el niño en los espacios y con los objetos. Son pre simbólicos los juegos de llenar y vaciar recipientes con materiales como agua, arena, con cualquier objeto o con uno mismo, aparecer y desaparecer unos instantes o construir y destruir. Sin que esta dualidad de acción implique el proceso reversible. Ya que un niño puede

jugar a destruir, por ejemplo, cuando ha establecido una relación de juego en la que, normalmente un adulto, construye para que él sienta el placer de destruir.

Un ejemplo muy conocido de la teoría psicoanalítica que explica esto es, el juego del Fort- Da, (Fort se fue, Da aquí está), lo que significa para Freud la manera que tenía el niño de inventar el símbolo relacionado con la ausencia de la madre, reemplazando el objeto real por el significante.

Esto hizo a Freud comprender, que el niño no solo jugaba de manera placentera sino que al jugar también repetía situaciones dolorosas, elaborando lo que era excesivo para su Yo.

En los juegos presimbólicos se traduce el deseo de reencontrar la presencia simbólica en la ausencia. La función simbólica se forma a partir del sentimiento de pérdida.

Tomando la teoría de Winnicott, para que aparezca el juego debe poder abrirse un espacio entre la madre y el niño, donde pueda separarse de ella ocupando ese espacio. Primero con objetos y luego con juegos, manteniendo la ilusión de la unión primitiva que le da confianza en su acercamiento a la realidad externa.

Tipos de juegos presimbólicos

Jugar a destruir, esto está relacionado con el deseo de separarse y ser uno mismo. Juegos de placer sensoriomotor se refiere a perder los puntos de apoyo y volverlos a recuperar, logrando de a poco el control del cuerpo. Jugar a envolverse, taparse con mantas colchonetas, etc, son manifestaciones de deseo de protección. Jugar a esconderse relacionado con la vivencia de presencia y ausencia. Jugar a ser perseguido, este está relacionado con los juegos de esconderse, ya que normalmente cuando el niño es perseguido busca un refugio donde esconderse para sentirse seguro. Jugar a llenar y vaciar, reunir y separar.

El juego simbólico aparece casi al mismo tiempo que el lenguaje, pero de forma independiente a él. Y representa un papel considerable en el pensamiento de los pequeños, como fuente de representaciones individuales (a la vez cognoscitivas y

afectivas) y de esquematización representativa igualmente individual. (Ruiz de Velasco Gálvez A. 2016)

Este momento se sitúa en el final del periodo sensoriomotor (Desde 0 a 2 años de edad) y el principio del estadio preoperatorio (de 2 a 7 años de edad aprox.). Gracias a su recién estrenada capacidad para manejar los símbolos y sus significados de manera consciente e intencionada, el niño puede distanciarse de la realidad para crear una situación ficticia.

Según Piaget, el niño realiza ficticiamente lo que se le ha prohibido, lo que no puede realizar en la realidad.

El juego simbólico permite desarrollar al niño su pensamiento con una comprensión y asimilación del entorno circundante en la medida que consigue ampliar su lenguaje, favorecer la imaginación utilizando como recurso la creatividad recurriendo a los símbolos; simulando situaciones y personajes que no están presentes al momento preciso del juego, de la ficción. En el juego simbólico el niño puede fallar sin miedos. En este el niño realiza actividades simuladas e imaginarias, pruebas y ensayos.

Mediante la recreación del juego, el niño reproduce e interpreta actitudes, modelos y comportamientos captados de un mundo que no es fácil de comprender y asimilar, pero que es indispensable conocer. El juego con símbolos en los primeros años le va a permitir captar, interpretar y apropiarse de la realidad.

El juego simbólico tiene que cumplir unas reglas obligatorias, pero libremente aceptadas. Se trata de sus reglas para sí mismo, reglas como dice Piaget, de autolimitación y de autodeterminación interior. El niño se dice a sí mismo: debo comportarme así y asá en este juego.

Lo característico de este juego es la utilización se símbolos que permiten “hacer como si” acá la realidad se convierte en ficción. Es imaginativo, debido a que el niño puede, mediante actividades lúdicas simbólicas, ser cualquier cosa o persona, realizar a su vez, cualquier actividad.

El papel de las familias en el juego

Algunos padres, queriendo ser compañero de juego de sus hijos, llevan la dirección del juego y coartan la iniciativa del niño; otros, no juegan o no saben cómo jugar o tienen la falsa creencia de que "jugar por jugar es una pérdida de tiempo", ya que para ellos no hay contenidos que intervengan en el desarrollo de la mayor cantidad de facultades intelectuales. Muchos padres se olvidan de una tarea fundamental con el niño: dejarle jugar libremente y posibilitar las actividades lúdicas.

El juego es una actividad que permite crear un lazo rico entre padres e hijos y que establece una interacción mutua satisfactoria: el niño se siente feliz por el hecho de que sus padres jueguen con él y los padres se sienten satisfechos ante esa felicidad.

Tanto los padres como el niño hacen descubrimientos en el juego. Por una parte, los padres ven lo que les gusta a su hijo, lo que puede hacer, cómo reacciona ante el éxito, el fracaso o en situaciones divertidas. Por otra parte, siendo su dominio el del juego, el niño sabrá, sin ninguna duda, sorprender al adulto con su ingenio y su imaginación y ser el objeto de la atención del adulto, lo cual le procurará confianza y seguridad.

El niño que juega con sus padres y seres queridos se siente atendido, cuidado y apreciado. Todo ello proporciona al niño la confianza y la seguridad necesarias para su desarrollo integral. El adulto al compartir el juego con el niño debe dejarse guiar por él.

IV. Abordajes terapéuticos

Modelos conductuales

ACA-ABA (Análisis conductual aplicado)

Las personas con trastornos del desarrollo no aprenden con facilidad espontáneamente, esto puede lograrse con una instrucción basada en el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA por sus siglas en ingles), que toma como base la presencia de déficits y excesos comportamentales que pueden llegar a modificarse mediante interacciones con el ambiente cuidadosamente programadas; a través de los principios reforzamiento

positivo y extinción. La estrategia debe ser administrada de manera sistemática, con el fin de incrementar, disminuir, mantener o generalizar conductas objetivo, entre ellas, conductas académicas y sociales o reducir las conductas desadaptativas.

Uno de los métodos de instrucción, es el entrenamiento en ensayos separados (DTT) donde se descomponen habilidades específicas en pequeños pasos, que se aprenden de forma gradual, estos son altamente estructurados. El ensayo consiste en cuatro etapas: - El terapeuta presenta una orden o pregunta clara (estímulo). - En caso necesario, la orden va seguida de un refuerzo. - El niño responde de manera correcta o incorrecta (respuesta). - El terapeuta proporciona una consecuencia: una respuesta correcta recibe un refuerzo, mientras que una incorrecta se ignora o se corrige.

La importancia de la intervención temprana, puede influir de manera significativa en el crecimiento y desarrollo de los niños.

El objetivo general del tratamiento es maximizar el nivel de funcionamiento del niño, para que logre desarrollar relaciones interpersonales significativas con los otros y poder aprovechar las oportunidades de aprendizaje de sus hogares, escuela y comunidad.

Los objetivos específicos son pensados en la modificación de una conducta. Como puede ser, reducir excesos; conductas repetitivas, agresiones berrinches; aliviar déficits en la comunicación, aprendizaje, área social, juego, autocuidado y atención.

Los modelos conductuales apoyan la intervención temprana para lograr un mayor impacto en los tratamientos y una menor discrepancia. El tratamiento es estructurado, por lo que a mayor estructura menos natural es la intervención.

La intervención temprana es exhaustiva, requiere de muchas horas de tratamiento semanal, hasta cuarenta horas. Y se propone un módulo de tres años de intervención, lo que consideran, en base a sus expectativas que el niño obtenga resultados exitosos.

Modelos relacionales

DIR/Floortime

El Modelo DIR/Floortime permite a, padres, terapeutas y educadores a realizar una evaluación completa, y un programa de intervención para ayudar niños con necesidades especiales y con trastornos del espectro autista.

El modelo DIR principalmente es un marco teórico para comprender al niño y su familia y para diseñar enfoques dirigidos hacia sus niveles funcionales de desarrollo emocional y a su perfil individual de procesamiento, en el contexto de interacciones de aprendizaje y afectivas, basadas en la familia y las personas de cuidado.

La parte D (Desarrollo) del Modelo describe cada paso en la construcción de esas capacidades. Incluye ayudar al niño a aprender cómo atender y permanecer calmado, a relacionarse con otros, a iniciar y responder a todos los tipos de comunicación, empezando con gestos sociales y emocionales, a vincularse en resolución de problemas sociales compartidos que involucren muchas interacciones consecutivas, usando ideas para comunicar necesidades, a jugar y pensar creativamente y a combinar ideas para pensar lógicamente en sucesivos niveles de complejidad para disfrutar las relaciones con pares y lograr habilidades académicas.

La parte I (Diferencias Individuales) del Modelo describe las maneras únicas y biológicas con las cuales cada niño recibe, responde y comprende las sensaciones tales como el sonido, el tacto, planifica y secuencia ideas y acciones. Algunos niños, por ejemplo son muy hiper reactivos al tacto y al sonido, mientras que otros son hipo reactivos, y otros, más aún, buscan estas sensaciones.

La parte R (Basado en las Relaciones) del Modelo describe las relaciones de aprendizaje (con cuidadores, educadores, pares, etc.) que son ajustadas a las diferencias individuales del niño para permitirle progresar en el logro de estas capacidades básicas.

Diferencia entre DIR y Floortime y cómo se relacionan

Lo central al Modelo DIR/Floortime es el rol de las emociones y los intereses naturales del niño que han demostrado ser esenciales para las interacciones de aprendizaje que les permiten a las diferentes partes de la mente y del cerebro trabajar juntas y construir sucesivamente niveles más altos de capacidades emocionales, sociales e intelectuales.

Floortime es una técnica específica que conjuntamente sigue los intereses emocionales naturales del niño, al mismo tiempo que lo desafía a tener logros cada vez mayores tal como conversaciones e interacciones en otros lugares. Sin embargo, el Modelo DIR/Floortime es un marco comprensivo que permite a los profesionales y padres construir un programa ajustado a las fortalezas y desafíos únicos de cada niño. A menudo incluye, además de Floortime, ejercicios variados de resolución de problemas y generalmente, un abordaje de trabajo en equipo con Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Programas Educativos y, cuando es apropiado, Intervenciones Biomédicas. El Modelo DIR/Floortime además pone énfasis en el rol crítico de los padres y otros miembros familiares dada la importancia de sus relaciones emocionales con el niño. Los objetivos de este tratamiento es generalizar los logros a distintos contextos.

Tecnologías de la información y la comunicación

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) nos permiten diseñar dispositivos adaptados y generar procesos de intervención accesibles. Las TIC, para las personas con TEA, son un vehículo de intervención, un apoyo que debe basarse en las condiciones que definen un programa de intervención eficaz. Estas fomentan la comunicación, la socialización y la imaginación. En personas con TEA las TIC, promueven su autonomía personal, el desarrollo de destrezas cognitivas y comunicativas, y el desarrollo de competencias para la interacción con otras personas y su entorno.

Objetivo General

Analizar los beneficios que se obtienen al implementar la terapia floortime del modelo DIR, para identificar habilidades del juego colectivo en niños con TEA.

Objetivos específicos

- Identificar las características de interacción social que presentan los niños.
- Indagar sobre la intervención mediada por la participación de la familia, y como modifica esto los resultados.
- Describir la ejecución de destrezas sociales de los niños cuando se realizan las intervenciones bajo el enfoque DIR/floortime.
- Determinar si se incrementan o perfeccionan las habilidades del juego posterior a las intervenciones con el modelo DIR/Floortime.

Diseño de investigación

Para este trabajo se utilizó un tipo de diseño cualitativo, fundamentado en una perspectiva interpretativa; mediante entrevistas abiertas y revisión de documentos. Aplicando un método holístico.

Población

Al hablar de población se describe como el conjunto de fenómenos a investigar. La población que se tomó para este trabajo fue, profesionales que se desarrollen como terapeutas en discapacidad. Además, padres de niños con TEA.

Criterios de inclusión

- Los profesionales que trabajan con niños con la condición TEA, deben haber abordado el tratamiento con la técnica Dir/ floortime.
- En su plan de intervención terapéutica deben estar incluidos objetivos de destrezas sociales y juego.

- Los padres de niños con TEA deben haber llevado a cabo una terapia con el modelo DIR/Floortime.

Criterio de exclusión

No pueden participar de la entrevista quienes:

- No hayan llevado adelante la técnica.
- Padres de niños que no poseen diagnóstico del trastorno del espectro autista.

Muestra

Se define como muestra al grupo de individuos que se toma de una población determinada, para estudiar el fenómeno abordado. Para esta investigación, la muestra está conformada por cuatro terapeutas que trabajaron desde la técnica DIR/Floortime y cuatro familias que recibieron este modelo de intervención.

Técnica e instrumento de recolección

La técnica que se aplicó es la entrevista semiestructurada. Donde se constituyen parámetros previos de cuestiones relevantes que se buscan conocer.

Las categorías de análisis que se han tenido en cuenta para elaborar la guía de preguntas son:

- Aplicación del método
- Descripción de conductas sociales de los niños con TEA
- Implicación de la familia en el abordaje.

Guía de preguntas a profesionales

Intervención en niños con trastorno del espectro autista.

El propósito de esta encuesta es recabar información para mi trabajo de investigación final. Sus respuestas serán de tipo confidencial.

Datos personales

Nombre:

Profesión:

1. ¿Aplicando como estrategia de intervención el modelo DIR/Floortime, en niños con TEA, que resultados obtuvo?
2. ¿De qué forma estimula normalmente usted, el desarrollo de las habilidades como: juego e interacción social?
3. Considera que mediante las estrategias que ha utilizado para estimular dichas habilidades, ¿los niños han avanzado lenta o rápidamente?, según su criterio.
4. Mediante este abordaje con el modelo DIR/Floortime, ¿hay aumento de la atención conjunta durante el juego?
5. En las familias, ¿hay buena disposición para trabajar en conjunto?
6. ¿Qué experiencia ha tenido respecto de que los padres se conviertan en "terapeutas"?
7. Desde esta perspectiva de intervención, ¿los padres ingresan a las sesiones?

Muchas gracias.

Guía de preguntas a padres

Estoy realizando una investigación sobre terapias utilizadas en TEA, específicamente, me interesa saber si, en su familia, han utilizado el modelo de abordaje DIR/Floortime. Este es un modelo de abordaje relacional basado en el desarrollo del niño, es un momento de juego e interacción. Ayuda a construir bases saludables para capacidades sociales, emocionales e

intelectuales. Basándose, a su vez, en relaciones de confianza entre el niño y sus padres o cuidador primario.

Las respuestas son de tipo confidencial. El propósito de esta encuesta es recabar información para mi trabajo de investigación final.

1. Háble me un poco de su hijo/a, ¿Qué es lo que más le gusta hacer, que lo divierte?
2. ¿Tiene algún juego o juguete preferido?
3. ¿Cómo se comporta en casa y en la escuela?
4. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales, es incluido por el grupo de compañeros de clases?
5. ¿Disfruta del juego con otros niños?
6. ¿Prefiere jugar con niños o adultos?
7. ¿Disfruta de las charlas familiares?
8. ¿Realiza su hijo/a actividades recreativas de esparcimiento?
9. Su hijo/a, ¿ha recibido la terapia del modelo DIR/Floortime?, de ser así, durante cuánto tiempo?
10. ¿Ha notado cambios en el funcionamiento de su hijo desde que comenzó a utilizar esta terapia? Elabore la respuesta
11. ¿Cree que la relación con su hijo/a ha cambiado desde que comenzó a implementar la terapia? Elabore la respuesta.
12. ¿Tiene alguna información o comentario para agregar a la información anterior?

Nombre del niño:

Edad:

Gracias por su participación

Análisis de los datos

Para analizar los datos cualitativos se comparó la información obtenida de las entrevistas a padres de niños con TEA que llevaron a cabo la intervención con el modelo DIR/Floortime. Como también las entrevistas a profesionales que abordaron tratamientos con la técnica DIR/ Floortime a niños con la misma condición.

Una vez obtenida dicha información se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos en conjunto, para determinar la influencia de la técnica en las habilidades de interacción social y las relaciones, a su vez las habilidades en el juego.

Los datos recolectados demostraron resultados positivos en las habilidades de interacción en niños con TEA al utilizar la intervención DIR/Floortime.

Aportes de las entrevistas

Al adentrarnos en lo que dicen los profesionales entrevistados con respecto a la técnica DIR/Floortime, conseguimos las siguientes manifestaciones al preguntar sobre ella:

"(…) Me han resultado muy positivos para pacientes, familias y para mí por tener afinidad de conceptos. Es una propuesta humanista y respetuosa de las necesidades de intervención, diagnóstico, tratamiento y acompañamiento en la atención de las infancias" (J. Psicopedagoga)

"(…) Me resulta muy enriquecedora esta técnica, en especial por ofrecer al músico terapeuta un eje referencial, bibliografía actualizada, formación y coherencia de abordajes no verbales, verbales y lúdico corporales" (M. Musicoterapeuta)

"(…) Es muy favorecedora para el desarrollo del juego y la interacción con la familia" (S. Terapista ocupacional)

"(…) Hemos notado cambios satisfactorios, se está comunicando un poco más" (padre de niño con TEA)

- Con respecto a las características de interacción social que presentan los niños con TEA antes de comenzar la intervención con DIR/Floortime, los padres nos refieren:

“(…) No sabía cómo ayudar a mi hijo cuando se alteraba y comenzaba a irritarse, esta situación nos generaba malestar en casa” (Madre de V.)

Sabemos que el juego paralelo y las actividades solitarias les aportan, a las personas con TEA, estabilidad y bienestar. Es por esto que la terapia que se elija no debe anular las actividades autistas. En la entrevista encontramos elementos que se relacionan con esto:

“(…) Los terapeutas debemos respetar el perfil individual que presenta cada caso en su singularidad” (N. Lic. en psicopedagogía)

Los intereses particulares y personales, presentan seguridad, límites y una medida de control. (Rattazzi, 2018) Cada persona dentro del TEA necesita de intervenciones que son como un “traje a medida”.

Las personas con TEA presentan resistencia a los cambios, dado que poseen un déficit en la flexibilidad, afrontar los cambios en sus actividades y en su entorno les genera una complicación. Lo que para los padres es una prueba diaria que genera estrés y angustia.

Esta es una justificación importante para la intervención mediada por padres. Por lo tanto contar con herramientas y estrategias para afrontar estas situaciones es fundamental para las familias.

“(…) Poder saber qué hacer y notar una diferencia con nuestra actuación, por mínima que sea, nos hace sentir más conectados con nuestro hijo” (Mamá de C.)

Por otro lado, la interacción con sus pares en los casos entrevistados, muestra que debido a las alteraciones en las habilidades de comunicación verbal y no verbal presentan dificultades en la interacción social, esta es aún mayor fuera del ámbito familiar.

“(…) los demás chicos lo buscan para jugar y estar con él, pero él se va” (Madre de C.)

“(…) Es incluido por compromiso” (Madre de F.)

Se encontró que hay una recurrencia en las entrevistas en donde se indaga sobre las relaciones interpersonales, si es que (el niño/adolescente con TEA) prefiere el juego con

otros niños o adultos; Las respuestas de cada padre nos demuestran que los niños y adolescentes con TEA tienen preferencia por vincularse con adultos.

"(…) Solo con personas mayores a él, les cuesta comprender los términos en que se expresan sus pares) (Mamá de F.)

"(…) Prefiere vincularse con adultos) (Mamá de C.)

"(…) Le encanta vincularse con adultos con una comunicación rígida) (Mamá de N.)

"(…) Se vincula mejor con adultos, con otros chicos no sabe qué hacer y los golpea) (Mamá de V.)

- Por otro lado, al indagar sobre la intervención mediada por la participación de la familia, y como modifica esto los resultados. Uno de los terapeutas nos dice:

"(…) Involucrar a los padres en la intervención es vital, debido a que la familia, son las personas que acompañan al niño o adolescente con TEA la mayor parte del tiempo." (J. Lic. en Psicopedagogía)

Son los padres los que conforman el ambiente habitual y primario de los niños y adolescentes, es importante que cuenten con herramientas y estrategias adecuadas para intervenir. A su vez al estar involucrado el afecto tiene mayor peso y los efectos son aún mejores.

"(…) Cuando los padres se familiarizan con la terapia y la aplican en casa los resultados son muy buenos" (Lic. en psicopedagogía N.)

"(…) Muy buenos resultados en niños cuyas familias se comprometieron e involucraron en el tratamiento" (Lic. en Terapia ocupacional S.)

Lo que hacen los padres en esta intervención mediada, presenta mayor efectividad en los tratamientos. Este tipo de intervención les da a los padres herramientas que consisten en saber cómo relacionarse con sus hijos. Lo que genera en los padres un aumento de

confianza en sus habilidades para manejar los problemas de conducta y otras dificultades que presentan sus hijos. Asimismo da como resultado la disminución del estrés familiar.

- Por otra parte, durante las entrevistas al buscar información para describir la ejecución de destrezas sociales de los niños cuando se realizan las intervenciones bajo el enfoque DIR/floortime. Nos encontramos con:

"(…) Durante el tratamiento que seguíamos en casa, notamos con mi marido, una mejor relación o interacción de V. con nosotros" (Mamá de V.)

"(…) Notamos que luego de realizar la terapia, presta más atención al entorno" (Mamá de C.)

"(…) los niños con TEA necesitan que otros estén interactuando con ellos, debemos poder hacerlo identificando sus intereses." (Lic. en psicopedagogía N.)

En relación a esto es necesario poder saber que es a lo que el niño o adolescente le da su atención, qué cosas le interesan; solo de esta manera podemos lograr captar su atención para trabajar lo motivacional. Para lograrlo hay "(…) que mirar donde están mirando, la mirada y la actividad del niño nos muestran en que está interesado" (Rattazzi, 2018)

Es con cada uno de los intereses que se debe trabajar para enganchar al niño o adolescente en el juego.

"(…) fue después de la intervención que N. empezó a entender lo que decimos" (Mamá de N.)

El abordaje DIR/Floortime en la intervención familiar obtuvo resultados positivos en la mejora de habilidades del lenguaje, tanto expresivas como comprensivas en los niños y adolescentes. "El desarrollo sociocomunicacional ocurre a través del juego" (Rattazzi, 2018), es vital ayudar a los padres a que sepan cómo jugar con sus hijos y aprovechar este "enganche" del niño ya que la interacción social es la raíz del aprendizaje.

- Al indagar sobre las habilidades del juego posterior a las intervenciones con el modelo DIR/Floortime. Encontramos respuestas positivas.

"(…) Busca a los adultos para jugar y se nota que lo disfruta, siempre que sea él quien toma la iniciativa" (Mamá de C.)

Uno de los logros dados por el abordaje DIR/Floortime es un aumento en la atención conjunta durante el juego.

"(…) Hay mayor conexión entre los cuatro" (Mamá de V.)

"(…) Comunica mucho más, está más sintonizado" (Mamá de N.)

Los niños con TEA tienen desafíos particulares para poder sintonizar con su cuidador, va a haber diferentes grados para poder hacerlo. Dado que la habilidad para conectarse afectivamente está afectada y cuando hay dificultad para percibir procesos va a haber dificultad para responder a esas señales, entonces nosotros, como terapeutas, vamos a tener que estar atento a ese proceso que se va desarrollando y como se va ajustando o no.

"(…) Para los padres de niños con TEA es realmente importante recibir ayuda para unirse al nivel emocional de sus niños" (J. Lic. en psicopedagogía)

Asimismo es importante que desde el comienzo del tratamiento, se apoyen procesos positivos y que se apoye este desarrollo de la sintonía, debemos recordar que es el cuidador el que inicia, el niño debe responder y lo que pasa en el medio es lo que, como terapeutas, debemos apoyar. Por lo tanto es necesario no solo conocer los síntomas y signos, sino, conocer los desafíos de estos niños o adolescentes, conocer su historia, conocer sus fortalezas. Para descubrir a ese niño y a esa familia.

Necesitamos mirar a la familia y comprender cómo son esos patrones y cómo es el afecto, no solo las relaciones sino como es la sintonía, cómo es para ellos, el estar presentes y cómo son sus patrones de relación.

"(…) Algunas padres jóvenes dicen: no, no jugamos" (M. Musicoterapeuta)

De ahí que nuestra primera meta es proveer guía y continuidad a la familia, mientras los padres aprenden a estar juntos, y facilitar a ellos la manera de estar presentes con sus hijos y estar en el mundo. Una de las mejores lugares, pragmáticamente, para ayudar a la familia

es ayudarlos a desarrollar rutinas de la vida diaria. Es importante indagar como son sus días.

Anteriormente, durante las entrevistas a padres, se indago sobre las actividades recreativas y de esparcimiento que llevaban a cabo los niños y adolescentes con TEA, las respuestas que obtuvimos presentan recurrencia, la mayor parte de personas solo asiste a plazas, parques, paseos por la cuidad, solo uno de ellos realiza una actividad recreativa, en época de verano, momento en que asiste a la colonia de vacaciones.

Por otro lado, al consultar si son incluidos en el grupo de pares, las respuestas fueron mayormente que sí, pero solo en situación de aula de clases. Y en ninguno de los casos fuera de la institución escolar.

Considero que esta situación impacta de manera negativa en el desarrollo emocional del niño o adolescente. En consecuencia, el derecho al juego de las personas con TEA se encuentra vulnerado. Es aquí donde debemos comenzar a crear espacios que mejoren la calidad de vida de estas personas.

Finalmente, como profesionales, deberíamos comenzar a entender qué apoyos son necesarios para que las personas con TEA puedan participar de forma plena de las actividades recreativas. Armando puentes donde puedan relacionarse con pares neurotípicos, para lo que es necesario que puedan disfrutar de un momento lúdico con pares.

Conclusión

Los resultados de esta investigación demuestran datos significativos acerca del uso del abordaje mediante la técnica DIR/Floortime y la intervención mediada por padres. Se ha observado que los niños con TEA, presentan un déficit en la interacción social, ya que sus habilidades sociales se encuentran disminuidas, lo que los lleva a presentar dificultades en los juegos compartidos, lo cual es importante en la calidad de vida y desarrollo de todas las personas. Es por esto que podemos decir, que es de suma importancia desarrollar destrezas sociales para lograr relaciones sociales significativas. Debido a que, al no participar de las

actividades lúdicas del mismo modo que sus pares, y disfrutar se ellas, será difícil que puedan construir lazos de amistades sostenibles en el tiempo.

Las familias facilitadoras/enriquecedoras (Satir, 2006) viven como personas de pleno derecho. Desde su ambiente familiar, puede brindar el apoyo necesario para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Por otro lado, favorecen nuestro trabajo. A su vez, resulta ser importante porque son las personas que mejor conocen al niño y es la primera y mayor influencia para él, en cuanto a afecto y seguridad.

Los efectos de las intervenciones mediadas por padres (quienes implementan la intervención), que se observaron en la investigación son: un aumento de la atención conjunta durante el juego; entendiendo que la atención es el disparador para abordar los intereses del niño. Una mejora en la sincronía de los padres durante la interacción con sus hijos. Y un aumento de confianza de los padres en su habilidad para manejar los problemas de conducta y otras dificultades en sus hijos. También, en los niños se describió una mejora en las habilidades tanto expresivas como comprensivas.

Cabe destacar que estas familias, facilitadoras/enriquecedoras (Satir, 2006), favorecen la detección temprana, esto es de vital importancia ya que cuanto más temprano se comience el tratamiento, está comprobado que cambia el pronóstico del niño con TEA y al mismo tiempo, la calidad de vida de la familia. De aquí la importancia de detectar los riesgos lo antes posible para otorgar a las familias recursos de afrontamiento y los apoyos necesarios. El ambiente donde el individuo se encuentra habitualmente es el mejor contexto para estimular.

Para resumir, retomando la pregunta de investigación, ¿El método DIR/Floortime, permite a niños con TEA disfrutar el jugar en compañía de otros? consideramos la intervención DIR/Floortime una buena puerta de acceso a la motivación. Para que, en principio, la persona con TEA pueda elegir actividades recreativas de su interés. Descubriendo, junto a su familia, una mejor manera de comunicarse, para lograr un efecto positivo en su autoestima, dado que esto es lo que aumenta las relaciones interpersonales.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación nos presentan un modelo de intervención viable para el tratamiento de las habilidades lúdicas y de interacción social.

Conocer esta investigación le permite al psicopedagogo tener una opción de tratamiento para niños o adolescentes con TEA, proveyendo un contexto de terapia distinto, para ir en busca de generalizaciones de estas destrezas, tan importantes en la vida y en la interacción de los niños con pares.

Esta investigación sirve como base para futuras investigaciones sobre la integración de la intervención mediada por la familia y la técnica DIR/Floortime.

En base a los datos obtenidos se recomienda para la práctica a los psicopedagogos:

- Dar a conocer a las familias de niños con TEA las características que engloban el trastorno para la mejor comprensión de sus características y habilidades.
- Proporcionar a padres una debida preparación mediante capacitación familiar y dar participación en la elaboración de planes e intervención.
- Potenciar las características y habilidades sociales, cognitivas y lúdicas de los niños con TEA promoviendo un ambiente cálido, que facilite su autonomía, control corporal e interrelación.
- Desarrollo de la capacidad de autodeterminación, procurando que no se anule el derecho a elegir de la persona con TEA.

Referencias

Martín Martínez, L. (2018) Arteterapia y necesidades educativas especiales: intervención de teatro de sombras en un caso con necesidades educativas especiales por trastorno de espectro autista. Revista de educación de la universidad de granada, REUGRA

Cadaveira, M. & Waisburg, C. (2013) Autismo Guía para padres y profesionales Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Paidós

Elaime Maciques, 2013 El juego en el desarrollo infantil y el autismo

Herrera, G.; Alcantud, F.; Jordan, R.; Blanquer, A.; Labajo, G.; de Pablo, C, Desarrollo del juego simbólico mediante el uso de herramientas de realidad virtual en niños con TEA. Un estudio de caso. Ediciones Pirámide, 2007. pp. 69 - 86.

Jennifer Delgado, 2016 Autismo después de la infancia: Adolescentes y adultos

Noelia Patricia López Sánchez (2019) La dramatización como instrumento para el desarrollo de la comunicación en alumnos con trastorno del espectro autista. Universidad de Sevilla, Facultad de ciencias de la educación.

Valdez, D., & Ruggieri, V. (2011). Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Satir Virginia, (2006) Peoplemaking El arte de crear una familia. Editorial Integral.

Soifer Raquel, (1983) Psiquiatría infantil operativa. Tomo II, psicopatología primera parte. Ediciones Kargieman

Gardner, Howard, (1993) La mente no escolarizada. Paidós. Barcelona

Ruiz de Velasco Gálvez A.; Abad Molina J., (2016) El juego simbólico. Noveduc

Vanessa Casals Hierro.(2012). Centro MOA- Afecto en Movimiento, Las Palmas de Gran Canaria. Norte de salud mental, 2012, vol. X, nº 44: 54-61.El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación.

José L. Cuesta Gómez & Víctor Abella García (2012) Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Burgos. Revista Española sobre discapacidad intelectual. Vol. 43, núm. 242 Pág. 6 a Pág. 25. Tecnologías de la información y la comunicación: aplicaciones en el ámbito de los trastornos del espectro del autismo

Rojas Torres L.; Alonso E.; Alcantud-Marín F., (2019) Universidad de Salamanca /CC BY-NC-ND Siglo Cero, Vol. 51 (2), 2020, abril-junio, pp. 7-32 Revisión de evidencia de las técnicas de DIR/Floortime para la intervención en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo.

Rattazzi A., (2018) Lo que no te contaron acerca del autismo, construyendo un mundo inclusivo. Editorial Bonum Argentina