

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria (Junio 2019)

**Intervención en el ámbito emocional en fobia
específica a las canciones infantiles en una niña con
trastorno del espectro autista**

**A girl with autism spectrum disorder. Intervention in
the emotional field about specific phobia of children's
songs**

Autora: Lorena Martínez Fuentes

Tutora: Irene León Estrada

RESUMEN

Las fobias, temores o pesadillas son características recurrentes en el trastorno del espectro autista (OMS, 2018). Siendo un comportamiento desadaptativo, son muchas las disciplinas que estudian este fenómeno (Grande, 2000). Ocasionalmente, estas fobias están relacionadas con la desregulación emocional que pueden sufrir las personas con TEA y la carencia en el reconocimiento de las propias emociones (Chuan, 2015). En este estudio se lleva a cabo una intervención terapéutica en entornos naturales en un caso único de una niña de 6 años diagnosticada con trastorno del espectro autista (TEA) que presenta una fobia específica a las canciones infantiles. Esta intervención se lleva a cabo en la casa de la niña, respetando las condiciones de la intervención en entornos naturales donde el contexto donde se lleva a cabo la intervención es cómodo y adaptado a las condiciones de la niña. En cuanto al programa de intervención, se lleva a cabo una desensibilización sistemática, desarrollada originalmente por Wolpe en 1979 (Martínez & Carrillo, 2010). Este programa tiene como objetivos generales la superación del miedo o ansiedad de la niña ante las canciones infantiles, así como que su adaptación al entorno sea más funcional al superar la fobia. La intervención se lleva a cabo en sesiones de una hora a la semana, los miércoles, en casa de la niña con sus padres. Tendrá una duración aproximada de seis meses, aunque dependerá de la superación de los ítems totales de la desensibilización sistemática. Tras cuatro sesiones de tratamiento en desensibilización sistemática, los resultados han sido positivos en superación de ítems de la escala jerárquica y en la generalización de los resultados y adaptación de la niña al contexto. Esto concuerda con la evidencia científica que muestra que una intervención específica en contextos naturales es más efectiva que en cualquier otra condición terapéutica.

Palabras clave: autismo, desensibilización sistemática, TEA, fobias, entornos naturales.

ABSTRACT

Phobias, fears, or nightmares are a recurrent feature of autism spectrum disorder (OMS, 2018). This is a disadaptive behavior, there are many disciplines that study this phenomenon (Grande, 2000). Sometimes, these phobias are related to the emotional deregulation that people with autism spectrum disorder can suffer, as well as the deficit in the recognition of their own emotions (Chuan, 2015). In this degree project explains a psychological intervention in natural contexts for a case of a 6-year-old child with Autism Spectrum Disorder (ASD) with a specific phobia of children's songs. The intervention is developed at the girl's house. The natural context must be comfortable and adapted to the conditions of the child. The intervention will be a systematic desensitization developed in 1979 by Wolpe (Martínez & Carrillo, 2010). The main objective is the girl could listen the songs without fear and the girl adapts in a functional way to the environment. The intervention will be during around six month, one hour per week on Wednesday. But the time depends on the developing of the intervention. After four sessions of treatment in systematic desensitization, the results have been positive both in overcoming items of the scale and in the generalization of the results and adaptation of the girl to the context. This is consistent with the scientific evidence showing that a specific intervention in natural contexts is more effective than in any other therapeutic condition.

Keywords: Autism, Systematic desensitization, Autism spectrum disorder, phobias, natural contexts.

ÍNDICE

Resumen.....	
Abstract.....	
1- Introducción... ..	5
2- Marco teórico... ..	8
2.1- Trastorno del espectro autista	8
2.1.1- Evaluación del trastorno del espectro autista... ..	10
2.1.2- Prevalencia del trastorno del espectro autista	11
2.1.3- Evolución en la descripción diagnóstica.....	12
2.2- Rigidez conductual y emocional... ..	12
2.3- Fobias y ansiedad en trastorno del espectro autista... ..	13
2.4- Intervención en contextos naturales.....	15
2.5- Metodología: desensibilización sistemática.....	18
3- Plan de intervención.....	21
3.1- Perfil clínico.....	21
3.2- Objetivos generales y específicos de la intervención	22
3.3- Evaluación pre-tratamiento.....	23
3.4- Sesiones	24
3.5- Instrumentos	24
3.6- Intervención	25
4- Resultados.....	31
5- Discusión y conclusiones.....	32
6- Referencias bibliográficas.....	35

Anexos

1-INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno de origen neurobiológico que afecta al sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades sobre todo en las siguientes dos áreas: dificultades en la comunicación e interacción social y en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta (Autismo España, 2018).

Aunque en la actualidad no se conoce la causa u origen de este trastorno, se conoce que tiene una implicación genética. En cuanto al término espectro, este se refiere a la gran variabilidad de los síntomas y nivel de las dificultades mencionadas anteriormente, que dependen del desarrollo y del tipo de ayudas que tenga cada niño/a. Es un trastorno que se detecta en edades muy tempranas del desarrollo pero que persiste a lo largo de toda la vida, aunque el desarrollo personal depende de las experiencias y desarrollo adquirido (Autismo España, 2018).

Como clasificación de este trastorno el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (APA, 2013) clasifica este trastorno dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

En cuando a prevalencia de este trastorno, según Autismo-Europa 1 por cada 100 personas lo padecerían (Autism-Europe, 2018). En cuanto a datos españoles se refiere, no se ha investigado mucho acerca de la prevalencia en España, encontrando así un estudio realizado en Canarias, donde encontraron la prevalencia de 1/164 niños. Aunque este dato no es representativo, pues la muestra es reducida a la comunidad canaria (Marín, Esteban & Iturralde, 2016) citan a (Fortea, Escandell & Castro, 2013).

Según el CIE-11 (OMS, 2018), las fobias son frecuentes en el trastorno del espectro autista, así como temores o pesadillas. El estudio de las fobias y miedos en el desarrollo infantil ha sido multidisciplinar durante todos estos años, ampliando así los conocimientos en el campo. La fobia es un miedo grave ante una situación o estímulo

determinado. Cabría distinguirlo del miedo en cuando a que el miedo es un fenómeno adaptativo de precaución ante el entorno y la fobia es desadaptativa e irracional, fuera del control de la persona que la padece y llevando a ésta a evitar esa situación fóbica (Grande, 2000). El padecimiento de estas fobias estaría relacionado con una de las características de este trastorno que es la desregulación emocional asociada a la incapacidad de reconocer y comprender emociones propias. Por lo tanto, la respuesta ante esas emociones puede no ser adaptativa (Chuan, 2015).

Este tipo de fobias específicas en niños con trastorno del espectro autista están relacionadas con otras de las características sintomatológicas de este colectivo, la inflexibilidad cognitiva y comportamental. Ésta es la capacidad para cambiar de pensamiento o de conducta en función de los cambios en el contexto o en las situaciones (Paula-Pérez & Martos, 2011). Por otro lado, se pueden dar problemas para inhibir un comportamiento o un pensamiento ante el estímulo, en este caso el estímulo desagradable desencadenante de la respuesta de fobia. En ocasiones, las personas con TEA pueden presentar problemas para cambiar su manera de responder, con la consecuente dificultad de crear un nuevo repertorio de respuestas adaptativas hacia el mismo estímulo inicial (Paula-Pérez & Martos, 2011).

Se tiene muy poca información acerca de cómo intervenir y tratar esta inflexibilidad cognitiva desde la teoría de la mente. Por lo que muchas diferentes terapias intentan trabajar en ello en la actualidad (Calderón, Congote, Richard, Sierra & Vélez, 2012). Cabría distinguir que esta teoría explica la habilidad que tienen los seres humanos de comprender la conducta y emoción del otro, anticipar las acciones de los otros y la capacidad de buscar la solución a problemas (Calderón et al., 2012).

En cuanto a la desensibilización sistemática es una técnica que fue propuesta por Wolpe en el año 1958. Se usa para tratar miedos y fobias y consiste en entrenar al paciente

en técnicas de relajación, y formular junto con el paciente una escala de situaciones ansiógenas. Después, llevar a cabo la exposición de forma gradual ante esos estímulos ansiógenos, mientras se lleva a cabo las técnicas de relajación. Enfrentarse a la jerarquía de estímulos ansiógenos de forma gradual, junto con la puesta en marcha de las técnicas de relajación, lleva a una remisión de los efectos ansiógenos de los ítems de la escala jerárquica (Olivares-Olivares, Costa & Olivares, 2016). Siendo la relajación una respuesta incompatible con la ansiedad o el miedo, este último quedaría extinguido (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016).

El estudio realizado con un caso único de un estudiante con fobia específica a las aves en el cual se utilizó la técnica de desensibilización sistemática como método de intervención (León-Sanabria, 2007) muestra lo siguiente. Previo a la intervención, se crearon los ítems que se usarían en la desensibilización sistemática, y se entrenó al paciente en una técnica de relajación por respiración diafragmática. A continuación, se le fueron presentando las escenas jerárquicas representativas de la fobia y como conclusión y resultados, estos autores afirmaron que es una técnica efectiva para la eliminación de la fobia específica a las aves.

Otro estudio donde también se encontraron resultados favorables a la utilización de este tratamiento fue el de (Chalfant, Rapee & Carroll, 2007) con 47 niños con autismo, 13 con altas capacidades y 34 de bajas capacidades. Se trataron fobias como, por ejemplo, comer delante de gente, a los inodoros o los ascensores. En este trabajo se dedicaron las primeras sesiones al entrenamiento en relajación y a la exposición las últimas sesiones. Esta exposición se llevaba a cabo en casa junto con los familiares que a diario realizaban un informe explicando cómo había transcurrido el tratamiento. Encontrando que no hay diferencias significativas en el grupo de niños con TEA de altas capacidades y de bajas capacidades. Por otro lado, los niños que habían recibido tratamiento en exposición

mejoraron sus puntuaciones pre-tratamiento en ansiedad y miedo específicos. Entendiendo por ello el éxito del tratamiento.

El programa de intervención que se presenta en este trabajo será llevado a cabo en casa de la niña, en su contexto natural. Como afirma (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etcheparaborda, Abad & Téllez de Meneses, 2010) incluir a la familia en la ejecución del tratamiento es fundamental para las necesidades del niño. De esta manera, la familia tiene información acerca del procedimiento, conoce los objetivos, recibe los resultados de forma inmediata, dan soporte en el día a día a esta intervención y dan apoyo emocional y respaldo al niño/a. Esta intervención en contextos naturales se ha llevado a cabo con éxito en niños con TEA en estudios como los que se desarrollaran posteriormente en este trabajo de los autores (López, Vidal & Peirats, 2016) donde se adaptó el aula ordinaria de una escuela para el tratamiento en habilidades sociales de un niño con TEA y el estudio de (Kern, 2010) donde se trabajó las habilidades de espera en un niño con TEA de 6 años adaptando un entorno natural como es la clase de música a las características del niño.

2-MARCO TEÓRICO

2-1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La definición del término ‘trastorno del espectro autista’ ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas. Hasta el siglo XX se conocía a estas personas simplemente como gente con sintomatología extraña o fantasiosa (Chuan, 2015). El término ‘autismo’ no llega hasta aproximadamente los años 40 siendo Kanner el primero en hablar de este término, pues fue en 1943 en el artículo “Autistic disturbances of affective contact” donde definió el término, haciéndolo mediante la observación del caso clínico de 8 niños y 3 niñas (Artigas-Pallarès & Paula, 2011).

Este autor llamó al trastorno en sus orígenes ‘autismo infantil precoz’ y se basó en estos criterios diagnóstico para crear el término: escaso contacto con las personas, apego inusual a los objetos, alteración de la comunicación verbal y mutismo o lenguaje no comunicativo (Artigas-Pallarès & Paula, 2011). Es en estas primeras descripciones del trastorno en las que se afirma que la posible etiología del trastorno reside en los factores ambientales como desencadenantes de los síntomas (Chuan, 2015).

Quizás una de las aportaciones más importante de Kanner fue incluir el TEA en los trastornos del neurodesarrollo siendo el psicoanálisis la rama psicológica en auge en los años 40 (Artigas-Pallarès & Paula, 2011).

Hoy en día el DSM-V (APA, 2013) incluye este trastorno dentro de la clasificación de trastornos del neurodesarrollo. Basándose en los siguientes criterios diagnósticos;

- A) Dificultad en la interacción y comunicación social, deficiencias en la comunicación no verbal, dificultad para mantener una conversación y dificultad para adaptar el comportamiento a los diferentes contextos.
- B) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, insistencia en la monotonía, intereses restringidos y fijos, así como pensamientos rígidos y rituales. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales.

En cuanto al lenguaje, a veces existe inversión prenominal, que consiste en que el niño/a no se llama así mismo ‘yo’ sino por su nombre propio o ‘usted’. También encontramos ecolalias o lenguaje inventado (Calderón et al., 2012). Con respecto a las ecolalias, se definirían como la repetición de las palabras o frases que otra persona ha dicho anteriormente. No son funcionales y se producen de forma automática (Martínez, 2004).

La etapa en la que se muestran los síntomas varía dependiendo del individuo. También la manifestación de los síntomas hace alusión al término ‘espectro’ pues depende de la gravedad de estos en los casos individuales según el DSM-V (APA, 2013).

2.1.1-EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

El diagnóstico y la evaluación del TEA es esencial a la hora de comenzar lo antes posible con las técnicas y tratamientos para conseguir el desarrollo óptimo. El TEA es un trastorno del que no se tienen datos como marcadores genéticos o biológicos por lo que su evaluación y tratamiento depende de un equipo de profesionales multidisciplinares mediante una observación o una entrevista. A lo largo de estos años se han ido creando tests y pruebas que ponen a prueba las diferentes conductas que se recogen en los criterios diagnósticos de los manuales como el DSM y el CIE (Chuan, 2015). El diagnóstico suele darse en torno a los 3 años (Chuan, 2015).

Dentro de estas pruebas o tests diagnósticos se encuentra el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Campana, Lerner & David, 2015) esta prueba consiste en que los padres respondan a una serie de preguntas acerca del comportamiento que observan en sus hijos, con edades cerca de los 18 meses. Consta de 23 preguntas de respuesta si/no sobre temas sociales, de atención, de interacción etc. Si obtiene la respuesta ‘SÍ’ en tres de los ítems, o en dos de los ítems críticos, se considera que el niño tiene riesgo de padecer TEA (Campana et al., 2015). Esta prueba es de gran ayuda para el diagnóstico del TEA pues se basa en la relación que tiene el niño con los padres y la interacción con estos (Campana et al., 2015).

Otra prueba que nos acerca a un diagnóstico es el Clinical Indicators of Risk for Child Development (CDRI) con características similares al M-CHAT y dividido en 4 rangos desde 0 hasta 18 meses (Campana et al., 2015). La ventaja de esta prueba es la

pronta evaluación del niño. Gracias a que son los padres los que cumplimentan la prueba se puede evaluar al niño en sus primeros meses de vida (Campana et al., 2015).

El proceso de detección del TEA se podría dividir en niveles. El nivel uno que sería la mera observación diaria del desarrollo del niño, el diagnóstico específico en el nivel dos, siendo el nivel tres la puesta en marcha de un tratamiento de atención temprana en un centro especializado (Hernández, Artigas, Martos, Palacios, Fuentes, Belinchón & Posada, 2005). Sin embargo, al ser un trastorno del desarrollo, los síntomas a lo largo de la vida pueden ir cambiando por lo que hay que ir evaluando las necesidades de la persona a lo largo de su vida (Chuan, 2015).

2.1.2- PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

En cuanto a la prevalencia de este trastorno se han hecho bastantes estudios y metaanálisis con respecto a la prevalencia de los TEA, pues al ser un trastorno del que todavía se desconoce la causa, buscar otras variables o circunstancias que nos acerquen a conocer la etiología de este trastorno es esencial. (Marín, Esteban & Iturralde, 2016) realizaron un metaanálisis usando la revisión de dos estudios que hacen un análisis de la prevalencia en un total de 69 estudios en diferentes países. En este metaanálisis concluyen que la prevalencia entre el año 2000 y 2012 aumentó significativamente, en Suecia, Dinamarca y Reino Unido, siendo en el año 2000 la prevalencia de 1/150 llegando a ser en el año 2012 de 1/68. Sin embargo, se cree que este incremento se debe únicamente al mayor conocimiento del trastorno, mayor diagnóstico y a los diferentes criterios diagnósticos que se han creado y modificado durante estos años (CIE, 8,9 y 10, DSM IV, DSM TV-R y otros).

Por otro lado, la prevalencia que recoge el DSM-V (APA, 2013) es del 1% de la población infantil y adulta padecería este trastorno.

2.1.3- EVOLUCIÓN EN LA DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

Los dos manuales más importantes en la descripción y diagnóstico de este trastorno son el CIE-11 (OMS, 2018) y el DSM-V (APA, 2013). Estas con las ediciones más actuales, pero sería necesario hacer un resumen de cómo ha ido cambiado la descripción del trastorno a lo largo de los años en estos manuales.

En el DSM-I publicado en 1952 se describía este trastorno como reacción esquizofrénica infantil. Con la publicación del DSM-III en 1980, se produjo un cambio en el criterio diagnóstico pues fue la primera vez que se incluyó el trastorno del espectro autista como categoría diagnóstica específica, siendo esta categoría 'Autismo'. Con la publicación en 1994 del DSM-IV hubo otro gran cambio en este diagnóstico, pues se incluyeron las cinco diferentes categorías de autismo incluyendo el trastorno de Asperger, Rett, desintegrativo infantil, autismo y trastorno generalizado del desarrollo sin especificar (Artigas-Pallarès & Paula, 2011).

No es hasta el DSM-V (APA, 2013) que se usa el término 'trastorno del espectro autista' como un continuo de sintomatología, características y gravedad diferente en cada sujeto.

2.2- RIGIDEZ CONDUCTUAL Y EMOCIONAL

Como se afirma en el DSM-V (APA, 2013), la rigidez en el pensamiento y en el comportamiento son unos de los síntomas o criterios diagnósticos de este trastorno. Esta rigidez se define como la dificultad para cambiar de pensamiento o de acción de un contexto a otro (Paula-Pérez, 2011). Esta característica ha sido analizada en un estudio con 36 sujetos, niño/as con TEA y TDHA (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) llevado a cabo por (Forner, Miranda, Casas, Fortea, & Piquer, 2016) en el ámbito educativo. En él se encuentran como conclusiones, que los niños que tienen TEA presentan poca flexibilidad conductual y rituales de aprendizaje inflexibles. A

menudo tienen ideas tan inflexibles que si están equivocadas y otra persona les corrigen muestran gran hostilidad y frustración.

Esta inflexibilidad cognitiva y comportamental estaría relacionada con las funciones ejecutivas, pues ésta tiene que ver con la teoría de la mente, pero también con las funciones cognitivas como la inhibición de la respuesta prepotente o dominante, la creación de nuevo repertorio de respuestas y la utilización de la memoria de trabajo para mantener información relevante acerca de la tarea (Paula-Pérez, 2011). Por ello, la rigidez o inflexibilidad cognitiva no puede deberse solo a un déficit en la teoría de la mente, sino que también están involucradas las funciones ejecutivas (Paula-Pérez, 2011).

Como comprobaron (Calderón et al., 2012) en su estudio, los niños con trastorno del espectro autista recogen y analizan la información de forma literal, por lo que algunos de ellos tienen dificultad para pensar una alternativa diferente a la cuestión que le han planteado, no son capaces de ir más allá de la literalidad de los hechos, pudiendo así generar posibles soluciones para diferentes contextos. Esta inflexibilidad y rigidez cognitiva está relacionada así a la generalización de las fobias a diferentes contextos, aunque estos no sean amenazantes. Y por consiguiente la dificultad en su tratamiento.

2.3- FOBIAS Y ANSIEDAD EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Existe comorbilidad entre el trastorno del espectro autista y el padecimiento de ansiedad según el DSM-V (APA, 2013). Es en el DSM-IV (APA, 1994) donde se especificaba que las personas con este trastorno tenían escasa respuesta de miedo ante estímulos potencialmente peligrosos, pero ocasionalmente desarrollaban un miedo o ansiedad desadaptativo a objetos inofensivos. Un estudio llevado a cabo por (Mayes, Calhoun, Murray & Zahid, 2011) con una muestra de 627 niños diagnosticados de TEA con edades comprendidas entre 1 y 17 años donde se estudió la ansiedad en relación con

el padecimiento de TEA y se encontraron como resultados que la ansiedad en personas diagnosticadas de TEA aumentaba conforme crecían los niños. Entre los uno y cinco años el 36% de los niños con TEA presentaban ansiedad y entre los 11 y 17 años un 88% de los niños presentaban ansiedad.

Como ya se explicó en la introducción, el miedo es un fenómeno adaptativo que nos prepara psíquica y fisiológicamente para la huida y para protegernos. La ansiedad clínica sería cuando se dan esos cambios psíquicos y físicos sin amenaza directa o real. En esta ansiedad o miedo desadaptativo es donde se pondrá el foco de atención (Paula- Pérez, 2013).

Aunque ansiedad y fobias específicas representan una gran dificultad a la hora del desarrollo de los niños con TEA, aún no se conoce si esta ansiedad o miedo es un trastorno con comorbilidad con el TEA o un subtipo de TEA ya que son muchos los que la padecen, pero no todos (Paula-Pérez, 2013).

Las fobias específicas en niños con TEA, en ocasiones interfieren en la adquisición de habilidades tanto educativas como del día a día (Maskey, Lowry, Rodgers, McConachie & Parr, 2014). En ocasiones los niños que padecen estas fobias evitan situaciones participativas por miedo a que aparezca este sentimiento por lo que es esencial un tratamiento que posibilite la adaptación funcional del niño (Maskey et al., 2014).

Como posibles explicaciones de la creación y desarrollo de estas fobias, según la hipótesis del error social, estas fobias o miedos específicos se pueden desarrollar en el trastorno del espectro autista gracias al déficit en la interpretación del contexto, al no comprenderse las bromas, el tono en la conversación, la hipersensibilidad a los sonidos etc., no contextualizan los sucesos por lo que no pueden adaptar su comportamiento a la situación (Paula-Pérez, 2013).

El cambio en su rutina dejando ésta de ser previsible, creando miedo y malestar en este colectivo se ha incluido en las posibles causas de la formación de las fobias en este colectivo (Paula-Pérez, 2013). Aunque otros autores como (Laurent & Rubin, 2004) afirman que la formación de estas fobias podría deberse al déficit en la teoría de la mente, pues no tienen la suficiente capacidad de regulación del estado emocional.

Por otro lado, el comportamiento repetitivo, rigidez y estereotipias han ido acompañadas de esta ansiedad o miedo. El estudio de (Rodgers, Glod, Connolly & McConachie, 2012) con una muestra de 67 niños diagnosticados con trastorno del espectro autista a los que se les paso la prueba de The Spence Children's Anxiety Scale- Parent Version (SCAS-P) (Spence, 1997) que consta de 38 ítems donde se evalúa la ansiedad por subescalas y The Repetitive Behaviours Questionnaire (RBQ) (Turner, 1995) para medir los comportamientos repetitivos de los niños, encontraron como resultados que el grupo de niños con mayor puntuación en ansiedad también tenían mayor puntuación en el test de comportamiento repetitivo, encontrando así la comorbilidad entre ansiedad y estereotipias o comportamiento repetitivo en TEA.

2.4- INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS NATURALES

La vida familiar y comunitaria son dos contextos principales en el desarrollo del niño en la infancia, por lo que se espera que los beneficios de una intervención psicológica sean muchos mayores si se llevan a cabo en estos contextos (Dunst, Hamby, Trivette, Raab & Bruner, 2000).

Aunque la intervención en contexto o entornos naturales no hace alusión solo al lugar donde se lleva a cabo el tratamiento sino también a la gente que interviene en ese tratamiento y trabajan conjuntamente (Dunst et al., 2000).

En primer lugar, es necesario ayudar a las familias a mejorar o adquirir modelos de interacción para el contexto diario, tanto en el juego, en las tareas diarias como por ejemplo el vestirse, explicarle la programación del día etc. (Moreno & Calet, 2015).

La familia, las personas que cuidan del niño y los profesores son un pilar más para desarrollar el programa de intervención (Millá & Mulas, 2009) puesto que la intervención de las familias en el tratamiento terapéutico da pie a que el niño se desarrolle en un entorno estructurado, mejora las interacciones familiares, las necesidades diarias y rutinarias del niño haciendo así que las respuestas emocionales de éste sean más adaptativas y funcionales.

Este tipo de intervención, aparte de ser en la casa del niño o en un contexto habitual como el colegio, debe ser totalmente individualizada basándose en las habilidades y dificultades de éste, conocidas gracias a la observación del niño en su entorno natural (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

Otro de los beneficios es la capacidad de generalización de las habilidades aprendidas, dado que se han aprendido de forma funcional en el entorno natural, en la casa o el colegio (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

La intervención en entornos naturales se basa en la estructuración del entorno de manera que sea más predecible para el niño y facilite su autonomía, usar gestos y lenguaje sencillo, participación del niño/a en tareas del día a día, así como crear patrones de conducta que favorezcan el sentimiento de confort del niño (Millá & Mulas, 2009).

En el estudio de (Kern, 2010) se muestra un programa de intervención para un niño de cuatro años con diagnóstico de TEA basado en la musicoterapia, pasión del niño. Como objetivo principal a tratar estaba el 'guardar turnos' pues el niño se frustraba cuando debía esperar a sus compañeros en clase o a su hermano en casa.

Esta intervención se realizó en el entorno natural del niño, tanto en casa como en la escuela. Basándose en las características principales mencionadas anteriormente, en esta intervención se acondicionó el aula del niño para crear un entorno estructurado y organizado. Se ordenó todos los instrumentos, se señaló en el suelo mediante cojines de colores los sitios correspondientes al niño con TEA y al de sus compañeros de clase, así como diferentes estilos de comunicación que se aplican por igual a los compañeros de clase como al niño que recibe la terapia (Kern, 2010). Como resultados de este estudio, se encontró que el niño progresó adecuadamente durante las seis primeras sesiones de terapia. Siguiendo en pie el estudio, denota la importancia de este contexto natural estructurado para su evolución durante las primeras seis sesiones.

También se encuentra otro estudio realizado por (López et al., 2016) donde el objetivo era la inclusión social de un niño con TEA dentro de un aula ordinaria, así como la intervención con técnicas de modificación de conducta disruptiva que presentaba el niño. En este caso, se trabajó dentro del aula ordinaria, un entorno en el que aparecen las conductas disruptivas del niño, así como la interacción con los niños de la clase. Para que esta intervención funcionara, se adaptó el contexto natural de la clase de forma espacio-temporal. Se dividieron las zonas de la clase según su utilidad, se creó un horario que pudiera ver el niño para así tener organización de las actividades del día, así como una organización de las actividades, intercalando actividades de larga duración con actividades de corta duración. Con ello, se han delimitado las conductas disruptivas y se ha aumentado el número de actividades sociales en las que participa el niño. Sin necesidad de que el niño abandone la clase ordinaria y su entorno natural (López, et al., 2016).

Esta técnica de tratamiento en contextos naturales también se ha usado para desarrollar habilidades sociales y reconocimiento de los estados de ánimo en cinco niños

con TEA de altas capacidades. (Rogers, 2000) cita a (Ozoff y Miller, 1995) que llevaron a cabo el estudio de 14 semanas en el colegio de los niños, en entornos escolares inclusivos, en el contexto natural de las clases del aula ordinaria, encontrando diferencias significativas en la interacción social en comparación con el grupo control que no tuvo esta intervención en el aula ordinaria. Se concluyó que los efectos de la capacitación en habilidades sociales dependían de las características sociales del medio (Rogers, 2000) cita a (Ozoff y Miller, 1995).

En el tratamiento de este tipo de fobias, y en este colectivo concreto, la importancia del apoyo familiar reside en el apoyo emocional y la interacción afectiva, que el niño se sienta cómodo, apoyado y en confianza es una base esencial en el tratamiento del trastorno del espectro autista (Moreno & Calet, 2015).

2.5- METODOLOGÍA: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

En cuando al tratamiento de fobias, miedos y ansiedades las técnicas que más se utilizan en el tratamiento de la ansiedad en niños neurotípicos son la exposición, relajación, reestructuración cognitiva y modelado, en ese orden (Calderón et al., 2012). Para tratar la ansiedad y el miedo en niños con TEA se han empleado sobre todo técnicas de habilidades comunicativas, psicoeducación de los padres en las técnicas de tratamiento, modelado y establecimiento de metas. Por ello, la técnica más eficaz para tratar la ansiedad en TEA sería una combinación entre la exposición y la psicoeducación de los padres en las técnicas del tratamiento (Calderón et al., 2012).

A esto, (Maskey et al., 2014) suman el tener en cuenta los intereses del niño en el tratamiento, usar técnicas visuales específicas y la presencia de los padres en la intervención.

La técnica de desensibilización sistemática fue creada por Wolpe en 1979. Creó esta técnica en el departamento de Farmacología de la universidad de Witwatersrand,

Johannesburgo donde se centró en la experimentación sobre cómo se adquirirían, generalizaban y eliminaban las respuestas condicionadas (Martínez & Carrillo, 2010).

Esta intervención en desensibilización sistemática irá acompañada en todo momento de actividades para desarrollar la Teoría de la mente, que como se explica en la introducción, es la capacidad de reconocer los estados emocionales propios y del otro para desarrollar así habilidades de respuesta adecuada a la emoción del momento. Esto lo trabajaremos desde juegos simbólicos, juegos donde trabajemos el reconocimiento las emociones y juegos de imitación (Calderón et al., 2012).

En cuando a la propia desensibilización sistemática, consiste en pedirle al sujeto que, en un estado de relajación, imagine escenas u objetos que le producen miedo o ansiedad. Esta imaginación será de forma gradual, pues primero se comienza con la escena que menos miedo le dé, e iremos aumentando el nivel de miedo o ansiedad relacionado con la escena (Martínez & Carrillo, 2010). El procedimiento de esta técnica sería el siguiente.

El primer paso es el entrenamiento en relajación. Esto es, un estado emocional incompatible con la ansiedad. Tras las sesiones necesarias para este entrenamiento (unas seis sesiones) se crea la lista jerárquica de estímulos ansiógenos. Estos ítems que conformen la listan deben ser: concretos, relevantes y propuestos por el propio sujeto (Martínez & Carrillo, 2010). Esta jerarquía de ítems debe estar entre diez y veinte escenas, para las que hemos usado la Escala subjetiva de Ansiedad (ESA) y así poder ordenarlas jerárquicamente. Esta escala se comprende entre 0 (ansiedad nula) y 100 (ansiedad máxima). A la hora de crear la escala, los primeros ítems que se crean son el de nula ansiedad y el de máxima ansiedad, creando así el anclaje. Ya que se cuenta con la escala y el entrenamiento en relajación, se induce al sujeto a la relajación propiamente dicha, una vez se alcance, se comienza a imaginar la escena de ansiedad nula, pasando

después a la escena de ansiedad superior. Como criterio importante, para considerar una escena como superada, el sujeto debe haber imaginado al menos tres veces esa escena sin producirle ninguna ansiedad (Martínez & Carrillo, 2010).

A veces, este colectivo necesita una serie de revisiones o visitas al médico por encima de la media. Con ello, se encuentra la dificultad que conlleva en ocasiones estas visitas pues algunos niños tienen mayor sensibilidad a sonidos o texturas que experimentan en estos centros (Boada & Parellada, 2016). Eso puede llevar a desarrollar una fobia a los centros médicos u odontológicos. Ante esta problemática, el hospital General Universitario Gregorio Marañón creó un programa de anticipación y desensibilización sistemática para los niños con TEA que necesitaban acudir al médico (Boada & Parellada, 2016). Un equipo de profesionales multidisciplinares creó la página web www.doctorTEA.org que consiste en una desensibilización sistemática virtual para cualquier niño/a con TEA que necesite ayuda para ir al médico. En esta página web se encuentran numerosas secuencias de pictogramas informativos de las principales pruebas médicas que recibe este colectivo, así como videos donde se explica de forma sencilla paso a paso en qué consisten los tratamientos médicos (Boada & Parellada, 2016).

Esto se complementa con programas ‘in vivo’ donde profesionales se visten como profesionales de la salud y visitan a los niños, que después también se acercan a las inmediaciones de los hospitales creando así una desensibilización sistemática como tal (Boada & Parellada, 2016). Como resultados se encuentra que la página web da soporte a unos 1.500 usuarios al mes, así como el interés de asociaciones de TEA que cada vez están incluyendo esta página web en sus actividades, dada la funcionalidad de esta (Boada & Parellada, 2016).

Por otro lado, se encuentra el estudio de (Maskey et al., 2014) donde hicieron una intervención en fobias específicas como, por ejemplo, a los autobuses llenos de gente y a

las palomas. Este estudio tuvo de muestra a nueve niños con TEA con edades entre siete y 13 años. Llevaron a cabo una exposición virtual, mediante un ordenador, gradual (de menos a mayor ansiedad o miedo) a los estímulos aversivos combinados con el entrenamiento en relajación. Estas sesiones fueron de 20-30 minutos con un total de cuatro sesiones cada niño. Concluyendo como resultados la eliminación total de la fobia en cuatro de los sujetos. Los otros cinco niños pudieron hacer frente a la situación fóbica (Maskey et al., 2014)

3. PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1- PERFIL CLÍNICO

I.C es una niña que nació hace seis años mediante un parto y embarazo dentro de la normalidad según las pruebas médicas oportunas. Aunque presenta un desarrollo dentro de la normalidad hasta los 15 meses en cuanto a gateo, alimentación, sueño etc. es a partir de estos meses cuando los padres empiezan a sospechar que pasa algo en el desarrollo de su hija. I.C jugaba con las sombras, no respondía cuando se le llamaba por su nombre y giraba los objetos que tenía a su alcance. Tras esto, los padres acuden al pediatra que resta importancia a los hechos. Por ello la familia acude a un centro especializado en trastornos del desarrollo donde, tras realizar diferentes pruebas como resonancias magnéticas y electroencefalogramas se encontró un desarrollo neurológico normal, aunque se le diagnostica trastorno del espectro autista. Desde el 2013 recibe terapia en Atención Temprana. Después, desde 2015 recibe tratamiento privado en el mismo centro con terapias de una hora un día a la semana.

Tras una observación actual, se encuentra que la niña actualmente mantiene contacto ocular y corporal. Se muestra interesada en los objetos que se le ofrecen y tiene interés por las actividades y juegos. No muestra resistencia al cambio de actividades. Los padres refieren un comportamiento normal cuando se desplazan, viajan o cambian de

planes. En cuanto a las actividades verbales, las entiende a la perfección y las ejecuta. Por ejemplo, si se le dice ‘ve a la cocina y llena este vaso de agua’ la niña lo hace sin problema. En cuanto a la atención, I.C tienen mucha mejor atención a las actividades que le gusta como por ejemplo sensoriales con agua o texturas, pero por lo general su atención y espera mientras se explicaba una actividad eran adecuadas.

Se observan movimientos con las manos y los brazos como estereotipias, que suelen ir acompañadas de saltitos, en momentos de desregulación. En las habilidades y autonomía personal, es bastante independiente, come sola y sentada correctamente, aunque necesita ayuda para la higiene personal.

Los padres refieren una conducta anormal en la niña cuando escucha canciones infantiles como, por ejemplo: ‘Cumpleaños feliz’ ‘Chuchuwa’ ‘La vaca lola’ ‘La vaca lechera’ ‘Tengo tres ovejas’ etc. Esto dificulta a veces su relación con los niños de su edad. La niña normalmente no asiste a los cumpleaños de sus amigos pues está en constante tensión esperando que alguien cante ‘cumpleaños feliz’. Cuando escucha alguna canción de este estilo, la niña comienza a llorar, entra en pánico, sacude sus manos y busca algún sitio donde irse lejos.

3.2-OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo general de la intervención en desensibilización sistemática es la eliminación total de la fobia específica a las canciones infantiles. O lo que es lo mismo, la superación total de todos los ítems de la escala jerárquica. Tras esto, se espera conseguir una adaptación mucho más funcional a su contexto. Esta intervención tendrá una duración de aproximadamente seis meses con las sesiones semanales. Esto quiere decir que se superará una media de al menos un ítem de la escala jerárquica por cada dos sesiones. Así como la dedicación del primer mes y medio para el entrenamiento en

relajación. Aunque estos objetivos deben estar adaptados al desarrollo de la intervención y a las necesidades que surjan durante el proceso.

3.3-EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

Se concertó una entrevista con los padres donde explicaron detalladamente el comportamiento desadaptativo que tenía la niña. Son los propios padres los que comienzan a darse cuenta de que la niña se pone nerviosa, llora e intenta huir de donde se encuentre al escuchar la canción de ‘cumpleaños feliz de parchís’. Comentan que hace unos dos años era a la única canción a la que le tenía fobia. En ese momento la niña no era capaz de expresar que le pasaba o que era lo que le daba miedo, pero tras varios momentos de observación los padres se dieron cuenta que ocurría. Tras esto, comenzó una generalización de la fobia a muchas otras canciones infantiles, comenzando por el ‘cumpleaños feliz’ tradicional y pasando canciones que se suelen cantar en cumpleaños infantiles como ‘el patio de mi casa’. Esto suponía un problema en la niña, pues en muchas ocasiones no quería entrar a ninguna casa que ella supiera que había televisión, no podía estar presente en ninguna reunión de personas mientras una de ellas tuviera el móvil en la mano, pues pensaba que en alguno de ellos podrían reproducirse estas canciones. Este miedo comenzó a expresarlo diciendo ‘no, no hay nada que no me guste’ cuando veía la televisión encendida o el móvil.

Los padres también nos explican que la niña sufrió un episodio de exposición involuntaria a las canciones infantiles en el colegio. En el colegio pusieron en su clase canciones infantiles sin el consentimiento de la niña y sin posibilidad de huir. Tras esto la niña generalizó su miedo a muchos estímulos que tenían relación con los cumpleaños como las velas, las tartas o los globos. También de esta forma la niña perdió mucha de la confianza que tenía en sus padres y profesores. Por ello, se ha hecho mucho énfasis en

hacer esta técnica en contexto natural, reforzando la plena confianza en los padres y terapeuta.

3.4- SESIONES Y CRONOGRAMA

Se establece una planificación de las sesiones de una hora semanal los miércoles. La sede de las sesiones será la casa de la niña y estarán presentes los padres, la terapeuta y la autora de este trabajo.

El desarrollo de las sesiones es semanal, siendo de 1 hora y media los miércoles de 19:30h hasta las 21:00h. La intervención tendrá una duración aproximada de seis meses, unas veinticuatro sesiones con una media de dos sesiones necesarias para la superación de cada ítem de la escala jerárquica. Siempre teniendo en cuenta que depende de la superación de los ítems totales de la escala gradual de la desensibilización sistemática.

3.5-INSTRUMENTOS EN LA INTERVENCIÓN

En las primeras cuatro sesiones, se utilizaron refuerzos positivos como lo son las chuches para esta niña. En la primera sesión de intervención se usaron fresas de chuchería. En la segunda sesión se usaron caramelos, de color rosa. Es importante el color puesto que esta niña es apasionada del color rosa y esto aumenta la probabilidad de querer probarlos y para probarlos debe enfrentarse al estímulo estresor. En la tercera sesión se usó fruta disecada y la ‘capa de supervaliente’. Esta fue confeccionada exclusivamente para estas sesiones, pues cada persona que decía el nombre de una canción que no le gustaba se colocaba la capa. Eso levantaba fuertemente el interés de la niña por la actividad, haciendo que se enfrentara cada vez a más estímulos ansiógenos. En la cuarta sesión, se usó unos huevos de chocolate de su tienda favorita, de color rosa, y unos sellos de alienígenas. Para la quinta sesión, se anticipó a la niña el refuerzo positivo que encontraría.

Este sería un teatro sobre el pintor ‘Picasso’ que la

propia niña propuso y una clase sobre la Guerra Civil española, pues es un tema que le interesa mucho a la niña y atrae totalmente su atención. Por lo que como instrumentos necesitaríamos unos cuadros de Picasso impresos y material ilustrativo sobre la Guerra Civil.

3.6-INTERVENCIÓN

Previo a estas sesiones de desensibilización sistemática se ha llevado a cabo en tres sesiones el entrenamiento en relajación con la niña.

Estas sesiones fueron el miércoles 13, 17 y 20 de febrero. En estas sesiones, primero se hicieron juegos para conocer si la niña reconocía bien los estados de ánimo propios y de otras personas. Por ejemplo, ‘el juego de imitar’ con una carantoña o algún sonido como el llorar, la niña tenía que decir que emoción le correspondía, y viceversa. Se encontró que la niña era capaz de simular y reconocer diferentes emociones como tristeza, nerviosismo, alegría, sorpresa etc.

Tras esto, se usó diferentes ocasiones en las que la niña se puso nerviosa para explicar cómo podría relajarse. En ocasiones, se inducía de forma planificada este estado de nerviosismo para así poder trabajar la relajación. Por ejemplo, se le avisaba de que se pondría una canción en el móvil, y si no sabía el título, ella comenzaba a ponerse nerviosa, pues cabía la posibilidad de que fuera una canción de las que le da miedo. Se aprovecharon estas ocasiones para identificar con la niña todas las conductas que ocurrían al ponerse nerviosa. De manera verbal, se le preguntaba ¿Qué te ocurre? ¿Por qué mueves las manos? La niña es la que avisa de que está nerviosa. También comentarios como ‘I.C creo que estas nerviosa, pues estas moviendo las manos’.

De esta manera la niña asoció su comportamiento a sus emociones. Tras esto, se usó la respiración consciente como técnica de relajación, con el objetivo final de enseñar

a la persona a controlar su nivel de activación. Se usaron estas ocasiones en las que se ponía nerviosa para enseñarle a respirar profundo y relajarse.

Se usó también alguna técnica como, por ejemplo, que la niña corra o salte y después que se tumbe y note su respiración, sea consciente de ella (Larumbe, 2013).

Se identificó la conducta, por ejemplo, el aleteo de manos y se le avisaba ‘vaya I.C parece que estas nerviosa, ¿respiras de esta manera? La niña al no tener ningún problema de imitación comenzó a hacerlo, reforzándolo mediante palabras como ‘vaya, te veo mucho mejor’, ‘que bien respira I.C profundamente’.

La niña aprendió rápidamente que, respirar profundo servía para acabar con el aleteo de manos y su nerviosismo.

Tras el entrenamiento en relajación las sesiones partían con una conversación relajada acerca de cómo se siente la niña, que ha hecho durante esta semana y se planifica una agenda junto con la niña donde pondremos los diferentes juegos que se usarán para realizar la intervención dejando, libertad a la niña para que elija los últimos juegos dedicados al tiempo libre y la relajación. En el Anexo I se puede encontrar un ejemplo sobre esto. Se lleva a cabo esta intervención en el salón de la casa de la niña, donde se encuentra en total confianza y junto a sus padres que intervienen en los juegos y actividades. La intención es dar total confianza a la niña, ofrecerle un ambiente sin tensiones, que el niño/a tenga unas normas claras que le den seguridad a la hora de actuar, creando así también confianza en el mismo, en el ambiente y en los acompañantes (Grande, 2000).

También es importante los elogios hacia el niño/a cuando realiza alguna actividad para desarrollar aún más la confianza, siempre y cuando estos no sean excesivos o innecesarios (Grande, 2000). Previo a las sesiones propias de desensibilización sistemática y entrenamiento en relajación se dedicó una sesión entera de una hora y media

a la elaboración de los ítems de forma jerárquica sobre los estímulos y condiciones que generan miedo a la niña. Los ítems fueron creados por la propia niña siendo estos claros y precisos y se muestran a continuación. Estos ítems se crearon en forma de juego, se le dijo a la niña que se crearía una lista escrita de lo que más le daba miedo hasta lo que menos le daba miedo para informar a todo el mundo y que nadie pusiera las canciones que no le gustaban.

0-Cantar canciones de Cadena Dial, como por ejemplo Chantaje de Maluma y Shakira.

1-Decir el nombre de una canción infantil.

2-Leer el nombre de una canción escrita.

3-Escribir el nombre de la canción.

4-Leer un trozo de una canción en voz alta sin entonarla, sin cantarla.

5-Leer la canción entera sin cantarla.

6-Ver un video en el móvil sin sonido donde los niños estén bailando 'Chuchuwa'.

7- Cantar ella misma el principio de la canción 'Cumpleaños feliz', hasta 'te deseamos todos'.

8- Escuchar a su madre cantar 'Cumpleaños feliz' entera.

9-Ver a sus padres bailar 'El patio de mi casa'.

10- Escuchar cualquier canción infantil entera en el móvil, como por ejemplo 'El patio de mi casa'.

11-Escuchar y bailar los pasos de una de las canciones, por ejemplo, los pasos específicos de la canción infantil 'Chuchuwa'.

Sesión 4. Miércoles 6 de marzo de 2019: se llevó a cabo la primera intervención en desensibilización sistemática. Como reforzador positivo se utilizó unas chuches de fresa, puesto que son sus preferidas. Es esencial conocer los intereses y gustos del niño. Tras la conversación inicial con la niña, fluida y agradable, primero se indujo el estado de relajación (explicado detalladamente en las tres primeras sesiones) y se pasó a explicar en qué consistía el juego al que llamamos ‘El juego de ser valiente’ que consistiría en el primer ítem de la desensibilización sistemática. Este consistía en que cada persona (padre, madre, terapeuta, la niña y yo) podrían decir una canción que no les gustara y les diera miedo y a cambio recibirían una fresa de chuche como ‘recompensa’ por haber sido muy valientes. En todo momento se le explica que el control de ‘las cosas que no le gusta’ (como ella misma se refiere a las canciones infantiles) lo tiene ella y solo ella podrá decir el nombre de una canción que no le guste en voz alta. Enfrentándose así al propio miedo de solo escuchar el nombre y al hecho de haber sido ella misma quien lo dijo. Comenzaron los padres de la niña, la terapeuta y yo, pues ella aún no se atrevía. Se decía el nombre de una canción y se elogiaban unos a los otros: ‘qué bien, que valiente has sido papá, que campeón’. Poniendo énfasis en lo valientes que habían sido, pues esto es esencial para que la niña vea que es capaz de hacerlo al igual que los demás. Tras dos rondas en las que no participó, se decidió a decir el título de una canción. Tras esto se le dio la fresa de chuche que había conseguido, la niña comenzó a llorar por lo que se paró el juego y se esperó a que la niña volviera al estado de tranquilidad que se necesita en esta técnica, dando por no superado el primer ítem. Cuando la niña se recuperó se volvió a hacer otra ronda a la que la niña volvió a decir otra canción, tras esto, se comenzó a jugar a los juegos libres que la niña había propuesto pues no se debe sobrepasar el nivel de activación o nerviosismo de la niña pues esta técnica requiere la tranquilidad y relajación del sujeto. Tras jugar a los juegos como ‘pilla-pilla’ o ‘escondite’, se preguntó

a la niña como se había sentido durante la sesión y si en otra ocasión le gustaría volver a jugar. Es esencial saber cómo se ha sentido. El juego no debe considerarse como desagradable. En este caso, no recuerda el juego como traumático y estaría dispuesta a jugar en otra ocasión.

En todo momento es necesario y de mucha importancia el apoyo y soporte de los demás presentes en la terapia. En todo momento se le animó y se le dijo que ella era capaz y valiente, a la vez que se intentó que se relajara en todo momento pues a veces se ponía un poco nerviosa pensando que alguno de los presentes diría el nombre de una canción que a ella no le gustaba. Darle el poder a la niña de ser ella la única que podía nombrar esas canciones mantuvo constante la relajación de la niña.

Sesión 5. Miércoles 13 de marzo: la intervención fue de la misma manera incluyendo esta vez como reforzador los caramelos rosas. En esta ocasión, se comenzó a jugar al ‘Juego de ser valientes’ pues para dar por superado un ítem se debe de trabajar al menos tres veces sin presentar miedo o ansiedad por parte de la niña (Martínez & Carrillo, 2010). Esta vez consiguió decir tres nombres de canciones, superando por segunda vez el ítem uno. Terminó la actividad para dar comienzo a las actividades elegidas por la niña. También se registró cómo se había sentido la niña y dijo que si podría volver a jugar en otra sesión. Como variante, en esta sesión se añadió la capa de ‘supervaliente’ que ayuda a que la niña reciba el apoyo por parte de las personas a las que más quiere y confía como son sus padres.

Sesión 6. Miércoles 20 de marzo: se comenzó de nuevo con el ‘Juego de ser valientes’. La niña consiguió decir de nuevo el nombre de 3 canciones infantiles que le dan miedo. En todo momento se mantuvo tranquila y mantuvo la relajación en todo momento. Tras eso, se jugó a juegos como el ‘pilla-pilla’ y pintó un planetario con témperas. Como en cada sesión, al terminar se preguntó a la niña acerca de las emociones

que ha tenido durante la sesión. Confirma que ha estado muy tranquila y le ha gustado mucho los juegos de la sesión. Por ello, se da por superado el ítem uno.

Sesión 7. Miércoles 27 de marzo: se pasa al siguiente eslabón o ítem que consiste leer el nombre de las canciones infantiles que no le gustan. Se explica a la niña que el juego de este día consistía en poner un sello de alienígena en cada nombre de canción que dijera y la terapeuta escribiera en una libreta. De esta forma la niña ya no solo tiene el estímulo de forma auditiva sino también de forma visual, algo que al comienzo de las terapias era imposible. En este caso, la confianza de la niña y lo apetitoso del refuerzo hizo que la niña tras decir el nombre de tres canciones las leyó de una libreta donde la terapeuta las escribió y acto seguido pegó los sellos de alienígenas, que en este caso eran el reforzador positivo. Tras un pequeño descanso, se repitió dos veces más el mismo procedimiento, consiguiendo que la niña hiciera el mismo proceso totalmente relajada, no volvió a llorar en ninguna sesión. Siendo un total de seis canciones las que dijo y después leyó de la libreta. Se aprovechó la relajación de la niña y se anticipó la siguiente sesión, que sería del ítem tres, justo antes de comenzar los juegos libres.

Se anticipó a la niña el refuerzo positivo que encontraría, pues el nivel de dificultad aumentaba hasta quince títulos de canciones que serían las que tendría que decir y escribir ella misma. Este tipo de anticipación sirve para mantener la relajación de la niña en la siguiente sesión, pues el cambio iba a ser brusco al añadir tal número de títulos. Se explicó a la niña qué obtendría si realizaba la tarea, que sería el teatro y la explicación sobre la Guerra Civil explicadas anteriormente en el apartado de instrumentos. Se pegó en la pared de su salón a su vista la lista de las canciones que había conseguido decir en voz alta hasta el momento y la niña las miraba sin ningún miedo ni tensión.

4-RESULTADOS

El objetivo de la intervención propuesta era la superación total de todos los ítems. Tras tres meses de intervención, se ha conseguido la superación del primer y segundo ítem. En este caso, la superación del ítem uno necesitó un total de tres sesiones, dado que la primera sesión no se consiguió mantener la relajación y se tuvo que suspender la exposición. En la primera exposición para la superación del ítem uno la niña dijo en voz alta el título de ‘cumpleaños feliz’, tras esto comenzó a llorar y ponerse muy nerviosa por lo que no se dio por válido. En la misma sesión, tras la relajación de la niña se volvió a intentar la exposición y en este caso la niña dijo en voz alta el título de la canción ‘Chuchuwa’.

Del mismo modo en la siguiente sesión se trabajó el ítem uno, en este caso la niña dijo el nombre de tres canciones infantiles dando por superado el ítem uno. Estas canciones fueron ‘cumpleaños feliz’ ‘tengo tres ovejas’ y ‘chuchuwa’.

La superación del ítem dos se logró en una sola sesión, la niña dijo en voz alta y leyó dos títulos de canciones por cada vez que se hizo la exposición. En este caso fueron: ‘cumpleaños feliz, tengo tres ovejas, el patio de mi casa, chuchuwa, al pasar la barca y cinco lobitos tiene la loba’.

En cuanto a la relajación, también se encontraron mejoras. La niña controla mucho mejor el reconocimiento del nerviosismo y no necesita la ayuda de la terapeuta para comenzar la respiración consciente. También, se ha repetido la entrevista con los padres, que afirman que situaciones como las que vivían al principio de la intervención, habían cesado. Actualmente la niña no tiene problema en entrar en ninguna casa ni de ver encendida la televisión. Previo a una anticipación adecuada, la niña es capaz de comer tarta de cumpleaños, cosa que antes era imposible y está volviendo a estar tranquila la mayoría del tiempo en clase en el colegio.

Tras lo observado en estas cuatro últimas sesiones propias de la desensibilización sistemática se espera que, en las siguientes sesiones, la superación del ítem tres se lleve a cabo en aproximadamente dos sesiones. La sesión de desensibilización del ítem tres quedó anticipada en la sesión anterior, y tiene dos temas muy reforzadores para la niña como consecuencia de la superación del ítem. Aun así, se pueden encontrar dificultades para su superación en dos sesiones debido a la dificultad de la tarea para la niña.

Tras la diferencia que se encuentra entre la superación del ítem uno y del ítem dos en cuanto a sesiones de terapia que fueron necesarias (tres sesiones para el ítem uno y una sesión para el ítem dos), se espera que la superación de los ítems requiera diferente número de sesiones dependiendo de la dificultad de la tarea correspondiente a cada ítem, por lo que cabría esperar variación en cuanto a la media de dos sesiones por ítem.

5-DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La adaptación funcional de la niña al contexto era uno de los objetivos clave del estudio ya que, en la entrevista inicial con los padres, confirmaron que la fobia impedía que la niña tuviera un comportamiento dentro de la norma en espacios como casas ajenas o el colegio, pues se asustaba ante cualquier estímulo que pudiera relacionar con las canciones infantiles como, por ejemplo, las televisiones. El otro objetivo del estudio es la superación de los ítems de la escala jerárquica. La entrevista con los padres revela que, tras superar el ítem uno que consistía en que la niña dijera en voz alta el título de algunas canciones infantiles y el ítem dos de la escala, que consistía en decir en voz alta el título de algunas canciones infantiles, así como después leer el mismo título escrito en una libreta, la niña ha cambiado parte de sus conductas desadaptativas. Por otro lado, una entrevista con los profesores de su colegio y del aula TEA nos confirma que el tratamiento está teniendo éxito. La niña está mucho más relajada en clase, aun cuando está el ordenador encendido. Esto influye también en su desarrollo académico y social. Estos datos nos

muestran la generalización a otros contextos de los resultados obtenidos hasta ahora en la desensibilización sistemática.

Se ha superado dos de los once ítems de la escala jerárquica, en un mes y tres semanas de intervención propia en desensibilización, entrando dentro de la media propuesta de dos sesiones por ítem. Sin embargo, se encuentra que el ítem uno necesitó tres sesiones para su superación (una más que la media establecida). Teniendo en cuenta la dificultad de la superación del ítem uno, se puede hipotetizar la necesidad de más de dos sesiones para la superación de los ítems superiores y más difíciles para la niña. Con ello se puede hipotetizar una falta de sesiones totales propuestas para la superación total de los ítems de la escala jerárquica.

En otros estudios como el de Maskey et al., (2014) donde como resultados se obtiene la superación total de la fobia, el cronograma de la intervención es de hasta 16 meses de sesiones semanales de 20 minutos por lo que cabría reestructurar este estudio y añadir más semanas de intervención con el fin de que la niña supere completamente su fobia a las canciones infantiles.

Esta propuesta de aumento del tiempo del tratamiento deberá estar basada en los mismos criterios realizados hasta ahora. Se deberá seguir el trascurso de la desensibilización del mismo modo que hasta ahora, en el contexto natural de la niña y con al apoyo de los padres. Se espera la superación al menos de los 8 primeros ítems al finalizar estos seis meses.

En el estudio comentado anteriormente de Chalfant, et al., (2007) con 47 niños con autismo, 13 con altas capacidades y 34 de bajas capacidades en el que se trataron fobias específicas como por ejemplo a comer delante de gente, a los inodoros o los ascensores, mediante la exposición en casa junto con los familiares, se encontró que al final del tratamiento los niños habían superado sus miedos y fobias específicas. En este caso, de

nuevo las sesiones fueron bastante más cuantiosas que en este estudio, doce sesiones con dos horas de duración cada una (Chalfant, et al., 2006), abriendo de nuevo una posible mejora en el presente estudio.

Por otro lado, en cuanto a la evolución en la niña en este estudio, ha sido positiva. Aun no habiendo superado el objetivo del presente estudio, el desarrollo de la intervención fue favorable, la niña estuvo en todo momento receptiva al tratamiento y tranquila. Por ello, se cree que es bueno seguir en esta dirección en cuanto al tratamiento. Los resultados conductuales explicados anteriormente, la mejor adaptación al entorno que tiene la niña denota cómo el avance en la terapia se está generalizando a diferentes contextos, cosa muy favorable e importante a tener en cuenta con el seguimiento del tratamiento.

6-BIBLIOGRAFÍAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4to ed.). Washington DC: APA.

Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.

Autismo España. Consultado el 16 de marzo del 2019. Recuperado de <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>

Autismo Europa. Consultado el 16 de marzo del 2019. Recuperado de <https://www.autismeurope.org/>

Boada L, Parellada M. (2016). Ir al médico sin miedo: www.doctorteia.org para la habituación al entorno médico de pacientes con autismo. *Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc.)*

Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *CES Psicología*, 5(1), 77-90.

Campana, N. T. C., Lerner, R., & David, V. F. (2015). CDRI as an instrument to evaluate infants with developmental problems associated with autism. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25(60), 85-93.

Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: *A controlled trial. Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1842-1857.

- Chuan, M. J. (2015). Cognición temporal en personas adultas con autismo: un análisis experimental (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Dunst, C. J., Hamby, D., Trivette, C. M., Raab, M., & Bruder, M. B. (2000). Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention, 23*(3), 151-164.
- Fortea, M., Escandell, M. y Castro, J. (2013). Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. *Anales de Pediatría, 79* (6), 352-359.
- Grande, M. D. P. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. *Aula, 12*.
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol, 41*(4), 237-245.
- Kern, P. (2010). Musicoterapia con niños pequeños con TEA y sus familias para una mejor calidad de vida. *Música, musicoterapia y discapacidad, 14*.
- Laurent, A. C., & Rubin, E. (2004). Challenges in emotional regulation in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Topics in Language Disorders, 24*(4), 286-297.
- Larumbe, N. Consultado el 9 de febrero del 2014. Centre Giner. Recuperado de <https://www.cginer.es/2013/02/09/relajacion-infantil/>
- León-Sanabria, G. (2007). Consistencia entre el reporte verbal y los efectos psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la desensibilización sistemática (DS). *Acta Colombiana de Psicología, 10*(2), 95-105.

- Marí, M. L., Esteve, M. I. V., & Chacón, J. P. (2016). Intervención pedagógica de las conductas desafiantes de un alumno con TEA en un aula de Educación Infantil. In EDUNOVATIC 2016-I Congreso Virtual internacional de Educación, Innovación y TIC.: Del 14 al 16 de diciembre de 2016. Libro de actas (pp. 386- 395). REDINE. Red de Investigación e Innovación Educativa.
- Marín, F. A., Esteban, Y. A., & Iturralde, S. M. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7-26.
- Martínez Moreno, A., & Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología* (Internet), 8(2), 33-42.
- Martínez, F. D. (2004). Repetición, ecolalia, patologización. *Estudios de lingüística clínica: lingüística y patología*, 31.
- Martínez, J. O., & Carrillo, F. X. (2010). Técnicas de modificación de la conducta. Madrid.
- Martos-Pérez, J., & Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de neurología*, 57(1), S185-S191.
- Maskey, M., Lowry, J., Rodgers, J., McConachie, H., & Parr, J. R. (2014). Reducing specific phobia/fear in young people with autism spectrum disorders (ASDs) through a virtual reality environment intervention. *PloS one*, 9(7).
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables associated with anxiety and depression in children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(4), 325-337.

- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev neurol*, 48(Supl 2), S47-52.
- Miranda-Casas, A., Berenguer-Forner, C., Baixauli-Fortea, I., Roselló-Miranda, B., & Palomero-Piquer, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 103-112.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), 77-84.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour research and therapy*, 42(7), 813-839.
- Olivares, P. J. O., Moreno, F. J. C., & Olivares, J. (2016). Evaluación y tratamiento de un caso de agorafobia sin trastorno de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(1).
- Paula-Pérez I. Coocurrencia entre ansiedad y autismo. Las hipótesis del error social y de la carga alostática. *Rev Neurol* 2013; 56 (Supl 1): S45-59.
- Paula-Pérez, I., & Martos, J. M. P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153.

Rogers, S. J. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism.

Journal of autism and developmental disorders, 30(5), 399-409.

Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B., & McConachie, H. (2012). The relationship between

anxiety and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of autism*

and developmental disorders, 42(11), 2404-2409.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory

factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 280.

Turner, M. A. (1995). Repetitive behaviour and cognitive functioning in autism.

Unpublished doctoral thesis, University of Cambridge, UK.

Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática.

Una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, 13(2), 157-168.

ANEXO 1. Agenda planificadora de las sesiones de terapia con la niña.

