

Universidad de Palermo.
Facultad de Humanidades y Cs Sociales.
Licenciatura en Psicología.

Trabajo Final Integrador.

Título: Conductas inadecuadas de autolesión y lesión a terceros en un paciente con TEA.

Alumna: Carolina Vizcay.
Legajo: 76440.
Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía.

Buenos Aires, 2018.

Índice.

1. Introducción	3
2. Objetivos General	4
2.1 Objetivos específicos	4
3. Marco Teórico	5
3.1 Introducción al autismo	5
3.1.2 Etiología del concepto Trastorno del espectro autista	7
3.1.3 El Trastorno del espectro autista	8
3.2. Neuropsicología del Autismo	10
3.3 Conductas inadecuadas e intervenciones	14
3.3.1 La comunicación en el Trastorno del espectro autista	17
3.4 Modos de intervención	18
3.4.1 Programa TEACCH	18
3.4.2 Modelo PECS	20
3.4.3 Modelo ABBA	21
4. Metodología	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos	23
4.4 Procedimiento	24
5. Desarrollo	24
5.1 Presentación del caso	24

5.2 Objetivo 1-----	25
5.3 Objetivo 2-----	28
5.4 Objetivo 3-----	33
6. Conclusiones-----	35
7. Referencias Bibliográficas-----	39

1. Introducción.

La pasantía profesional tuvo lugar en un centro educativo terapéutico que se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha institución trabaja con niños y adolescentes entre 10 y 19 años y la mayoría diagnosticados con trastorno del espectro autista. El centro está formado por un equipo interdisciplinario de psicólogos, terapeutas ocupacionales, pediatras y psiquiatras.

Esta práctica se realizó a partir de una observación no participante y teniendo un cronograma para todos los días de la semana, asignando un aula por día, cumpliendo con la observación del caso clínico elegido en este plan. La institución cuenta en total con cinco aulas de tres alumnos cada una. Cabe aclarar que la pasantía profesional se desarrolla en el turno de la mañana.

La temática surgió al observar durante unas semanas de iniciada la práctica cómo son las formas de comunicación del paciente dentro de la institución y en qué momento surge una conducta inadecuada de autolesión o lesión a terceros. Resulta significativo poder describir la causa de esas conductas inadecuadas, las causas por las que se originan, si se repiten en una actividad o contexto particular, si perduran en el tiempo, si a partir de las intervenciones de sus terapeutas se observa una disminución de esa conducta o si no se encuentra cambio y la terapeuta tiene que buscar otra intervención para extinguirla.

Por último, el método que utiliza este centro es el Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH) dentro de la terapia cognitivo conductual.

2. Objetivo General.

-Describir las conductas inadecuadas de autolesión y lesión a terceros de un paciente con diagnóstico de trastorno del espectro autista y las intervenciones realizadas por los terapeutas.

2.1 Objetivos Específicos.

-Describir las conductas inadecuadas de autolesión y lesión a terceros de un paciente de género masculino con diagnóstico de trastorno del espectro autista en un centro educativo terapéutico.

-Describir las intervenciones de la terapeuta a partir de la aparición de una conducta inadecuada de autolesión o lesión a terceros.

-Describir los cambios surgidos a partir de las intervenciones realizadas por la terapeuta cuando aparece una conducta inadecuada de autolesión o lesión a terceros, después de cuatro meses de observación.

3. Marco teórico.

3.1 INTRODUCCION AL AUTISMO.

El concepto de autismo fue descubierto en 1943 por un psiquiatra ucraniano llamado Leo Kanner, este autor propuso una serie de criterios, el primero era el aislamiento voluntario y lo denominó *soledad autista extrema*. Este criterio se caracterizaba por la incapacidad del niño de relacionarse de manera normal con los otros, teniendo una deficiencia en la conciencia social actuando como si estuviera hipnotizado, haciendo caso omiso a cualquier situación externa, según este autor se trataba de una sabiduría silenciosa. Afirmando que los niños son autosuficientes pero metidos en su caparazón. La segunda clasificación y última era el deseo ansiosamente obsesivo de imperturbabilidad, este concepto fue la rigidez de esta patología, es decir el temor al cambio y poder mantener el statu quo (Silberman, 2016).

Unos de los principales investigadores del autismo es Ángel Riviere (1997), este autor elaboró tres teorías explicativas sobre el trastorno, una de las etapas surge a partir de los años 60 que ponían principal énfasis en teorías psicodinámicas y el autismo era considerado como una psicosis de la infancia, presentando síntomas como rechazo emocional y respuestas de inhibición. Otras de las teorías fue el conductismo, que seguía tomando a este trastorno como una psicosis infantil hasta que, en la década del 70, cambia la mirada y lo empiezan a denominar como un trastorno del desarrollo normal del niño. En esa misma época, surge el método de Tratamiento y Educación en niños con Autismo y Discapacidades de Comunicación (TEACCH), que es innovador y con carácter integrador y educativo. Este programa nace en Carolina del Norte, EE.UU y su finalidad es otorgar una enseñanza estructurada, es decir que, a partir de cómo los niños con autismo procesan la información, de manera visual, logrando independencia en las tareas, mediante la percepción visual y enfocándose en poder estabilizarlos. La dinámica de este programa es que, a partir de cómo se organizan las áreas del aula, se trabaja con pictogramas que

fomentan la percepción visual utilizando ilustraciones o instrucciones visuales (Grañana, 2014).

En la última etapa ha surgido un concepto primordial sobre el autismo. El autor fue Simón Barón-Cohen, y ha planteado el interrogante si los niños con autismo tienen teoría de la mente. Esta teoría puso principal énfasis en la capacidad de los seres humanos de entender que los otros seres humanos tienen pensamientos, emociones y creencias, es decir que los demás tienen una mente (Premack & Woodruff, 1978).

El concepto de espectro surge a partir del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5; American Psychiatric Association, 2013) y tiene que ver con un enfoque dimensional, es decir, un conjunto de síntomas que tienen un rango o niveles de gravedad variable. Por eso, cada niño va a ser diferente, aunque compartan los mismos síntomas, es decir, tengan el mismo diagnóstico. Todos los síntomas o ejes de este trastorno van a cumplir con distintos grados, no forman parte de categorías. Estos ejes son interacción social, coeficiente intelectual, conductas repetitivas, comunicación, actividad motora y regulación sensorial. Los rangos van desde déficit severo, moderado y alto rendimiento. Esta nueva visión dimensional reemplaza de forma radical la concepción de ausencia o presencia de un síntoma acuñada por la cuarta versión revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM IV-TR; American Psychiatric Association, 2002) en donde se cumplía un criterio o no a partir de un conjunto de síntomas formado por categorías.

En lo que respecta hoy en día a cifras y datos sobre el trastorno del espectro autista (TEA), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en abril del 2017, se encontró que uno de cada ciento sesenta niños tiene TEA, esta es una cifra media variando considerablemente en diferentes estudios, al mismo tiempo en otras investigaciones con validez y confiabilidad se han encontrado cifras mayores. A partir de estudios realizados hace más de cuarenta años se observó un significativo aumento en la prevalencia mundial de esta patología, las variables pueden ser por: una ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas para la detección y una mayor concientización. La OMS no solo contribuyó a estos datos y cifras sino que garantizó derechos a las personas con TEA sobre

la discriminación y la estigmatización, garantizando también derechos a la salud, educación y oportunidades para participar en sus comunidades.

Al mismo tiempo se garantiza que:

Las personas con TEA pueden tener los mismos problemas de salud que afectan al resto de la población. Además, pueden tener otras necesidades asistenciales especiales relacionadas con el TEA u otras afecciones comórbidas. Pueden ser más vulnerables a padecer enfermedades no transmisibles crónicas debido a factores de riesgo como inactividad física o malas preferencias dietéticas, y corren mayor riesgo de sufrir violencia, lesiones y abusos.

Al igual que el resto de individuos, las personas con TEA necesitan servicios de salud accesibles para sus necesidades sanitarias generales, en particular servicios de promoción, prevención y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, en comparación con el resto de la población, las personas con TEA tienen más necesidades sanitarias desatendidas y son también más vulnerables en caso de emergencia humanitaria. Un obstáculo frecuente radica en los conocimientos insuficientes y las ideas equivocadas que tienen los profesionales sanitarios sobre los TEA (OMS, 2017).

3.1.2 ETIOLOGIA DEL CONCEPTO DE TEA.

Se encuentran varias teorías sobre las causas del autismo, unos de los autores significativos fue Bruno Bettelheim.

Este autor acuñó el concepto de madre nevera, para referirse a las madres de niños con autismo. Para este autor, estas madres eran las causantes de esta patología y, al ser psicoanalista, relacionó esta teoría con el complejo de Edipo, denominando a estas madres, como represoras, frías, sin capacidad emocional. En este sentido, este autor consideraba que, estos niños, sufrían de un mal vínculo materno (Bettelheim, 2012).

No solo aparecían teorías que les atribuían las causas de padecer autismo al vínculo materno sino que, también, aparecían teorías de las más diversas. En 1997, se ha publicado un artículo en una revista científica llamada Lancet, sobre la causa del autismo. Esta fue

escrita por Andrew Wakefield (1998), la publicación se refería a un estudio con 12 niños que habían sido vacunados con la vacuna triple que se encontraban dentro del calendario normal de vacunación, antes de que se les manifieste autismo. Este artículo fue una conmoción mundial y las personas dejaron de vacunar a sus hijos, generando que se desencadenaran casos de sarampión. Tras esta errónea información, el autor del artículo refutó su teoría y comenzó a fomentar que la gente vuelva a vacunar a sus niños. Pero esta publicación no descartó la causa de que, en el autismo, pueda estar alterado el sistema inmunológico (Silberman, 2016).

Otras teorías significativas sobre la causa del autismo son las neuropsicológicas y son las de mayor relevancia actualmente, se pone principal énfasis en déficits electrofisiológicos, anomalías anatómicas o alteraciones a nivel cerebral, además de déficits en neurotransmisores como la serotonina, el GABA o en la oxitocina y antecedentes genéticos (Grañana, 2014).

Al mismo tiempo comienza a escucharse el concepto de neurodiversidad, una nueva perspectiva que se contrapone con la mirada médica, más precisamente anti psiquiátrica y que responde a poder entender que en la base neurológica del autista no se observa un déficit, es decir, que en la variedad del genoma humano se encuentra una variación normal. Además de sacarle el valor negativo al diagnóstico, por ejemplo como concepto de enfermedad o discapacidad, ya que estos producen prejuicios o estigmatizaciones. Para esta nueva perspectiva se tiene que dejar de debatir si el autismo se “cura” o no y pone principal énfasis en la producción de una mejora en el alojamiento de las necesidades físicas y la aceptación de las personas con autismo. Esta corriente contempla las diferencias en los diferentes estilos de pensar, de percibir o procesar la información (Casanova, 2013).

3.1.3 EL ESPECTRO AUTISTA.

En el momento que un niño comienza a tener dificultades en todas las etapas de su desarrollo madurativo, se empieza a observar que tiene una discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo. Es importante aclarar que cuando el infante tiene mayor

déficit en áreas como el lenguaje, la interacción social y la comunicación, sumado con intereses restringidos y conductas estereotipadas y repetitivas, se lo va a denominar Trastorno del Espectro Autista (TEA; Grañana, 2014).

Anteriormente en la clasificación de DSM IV-TR (APA, 2002) sobre autismo, se encontraba dentro de una agrupación de patologías denominada Trastorno generalizado del desarrollo, en ella se incluía el Trastorno de Rett, Trastorno Autista, Trastorno Desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado

El Trastorno Autista se dividía en tres criterios, con diferentes subcriterios cada uno. El primer criterio se basó en un déficit en la interacción social, que comprendía la ausencia de compartir con otras personas intereses y objetivos, es decir, existe una ausencia de tendencia espontánea. La siguiente fue la alteración del uso de comportamientos no verbales, como son la expresión facial, contacto ocular, posturas corporales y gestos reguladores para la interacción social. El segundo criterio constituía la alteración de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Por último, una alteración cualitativa de la comunicación con ausencia de juego imitativo social o juego realista espontáneo, además de falta de capacidad para mantener o iniciar una conversación y retraso o ausencia de lenguaje verbal. Estos criterios deberían aparecer antes de los tres años de edad.

La concepción del autismo, ha cambiado significativamente en estos años, no solo por su nueva clasificación en el DMS 5 (APA, 2013) que lo incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo, sino que ya no se considera un trastorno generalizado del desarrollo (TGD), como lo clasificaba el DSM-IV-TR (APA, 2002) sino que ahora se ha denominado Trastorno del Espectro Autista y ya no incluyen los subtipos de autismo que aparecían en el criterio diagnóstico anterior, como el Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

Las características fundamentales del autismo según el DSM 5 (APA, 2013) son:

Deficiencias en la interacción social y en la comunicación, como, por ejemplo, déficits en la reciprocidad emocional, déficits en las conductas comunicativas no verbales,

alteraciones en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones. Otras de las manifestaciones del autismo son los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, como movimientos, uso de objetos o habla estereotipada, ecolalia, frases idiosincráticas alineación de juguetes. Otro punto es la insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal. Además de un h́iper o hiporreactividad a est́imulos sensoriales, elevada angustia ante pequeños cambios, patrones de pensamiento ŕigido y rituales de saludo.

Según el DSM 5 estos śıntomas se tienen que manifestar en procesos de desarrollo temprano, pero pueden no manifestarse hasta que aparezcan las demandas sociales y estas las sobrepasen. Los śıntomas causan deterioro cĺnico significativo en el área social y laboral (APA, 2013).

3.3.1 NEUROPSICOLOGIA DEL AUTISMO.

Para la neuropsicología hay tres teorías básicas sobre cómo procesan la información los individuos con TEA. Estas son las funciones ejecutivas, la teoría de la coherencia central y la teoría de la mente (Richaudeau, 2014). Las cuáles serán abordadas en los apartados siguientes.

Las funciones ejecutivas (FE) cumplen un rol fundamental en lo que respecta a TEA, otorgando una mejor comprensión de esta patología. El concepto de FE fue evolucionando a lo largo del tiempo sobre todo con el inicio de la neuropsicología. Según Richaudeau (2014), las FE las define como la capacidad de elaborar un plan, la toma de decisiones, el juicio, y el automonitoreo, la mayoría de las definiciones de FE tienen en común estos tres constructos que realizaron muchos autores.

Según Pennington y Ozonoff (1996) las FE se distinguen por anticipar las consecuencias, iniciar acciones apropiadas, generar respuestas novedosas, monitorear el curso exitoso o la falla de una conducta, desarrollar planes para futuras acciones, modificar el rendimiento en función del ambiente y realizar un plan de acción en la memoria de trabajo. Las FE se constituyen a partir de procesos y componentes cognitivos. Los procesos son flexibilidad para la adaptación al medio, automonitoreo, seleccionar un objetivo,

predecir resultados, anticipar consecuencias y elegir lo prioritario, planificación y organización para la realización de secuencias de acción. Los componentes son la memoria de trabajo y el control inhibitorio para extinguir conductas impulsivas, la atención selectiva sostenida y el foco atencional discriminando los estímulos irrelevantes.

Las bases neuroanatómicas que comprenden las funciones ejecutivas son el córtex frontal, más precisamente la corteza pre frontal, el cerebelo, conexiones con ganglios basales, componentes corticales y subcorticales, además de la distribución de una amplia red neuronal. Al mismo tiempo, se encuentran dentro de las funciones ejecutivas tres circuitos relacionados con el control socioemocional, denominados cíngulo anterior, orbitofrontal y dorsolateral. El circuito cíngulo anterior se caracteriza por estar implicada la iniciación del comportamiento y la motivación. El orbitofrontal implica todo lo relacionado con la autonomía personal y la inhibición de interferencias. Y por último, el dorsolateral, está implicado en la flexibilidad comportamental y la planificación, además que este es el más relacionado a las funciones ejecutivas. Cuando se observa un déficit en alguno de estos circuitos, más específicamente en el cíngulo anterior, se pueden encontrar disfunciones en la inercia comportamental o en la apatía, si se produce en el orbitofrontal puede producir desinhibición y actividades compulsivas y en el dorsolateral trae aparejado una alteración en las funciones ejecutivas. Estas disfunciones están ligadas al TEA (Richaudeau, 2014).

Richaudeau (2014) toma el modelo de desarrollo de las FE de Anderson (2002) para identificar dominios ejecutivos y cómo se desarrollan estas a lo largo de la niñez y adolescencia.

Anderson (2002) observa que se encuentran dos dominios nucleares que son la flexibilidad cognitiva y el establecimiento de objetivos y dos dominios subsidiarios que son la velocidad de procesamiento y el control atencional. En la flexibilidad cognitiva se encuentra la transferencia conceptual, la memoria de trabajo, la atención dividida y el uso del feedback ambiental. En el establecimiento de objetivos se encuentra el razonamiento conceptual, la planificación y la iniciación. En los dominios subsidiarios como el procesamiento de información que contempla la velocidad de procesamiento, también se observa la fluencia y eficiencia, finalizando con el control atencional que se caracteriza por

la autorregulación, automonitoreo, atención selectiva y sostenida y el control inhibitorio. Este autor relata que estas funciones siguen una línea temporal en la que cada dominio tiene su propio transcurso y momento de menor o mayor desarrollo.

El control inhibitorio se caracteriza por la atención selectiva de un estímulo discriminando o inhibiendo la atención a estímulos irrelevantes. La flexibilidad cognitiva se basa en la habilidad para alternar entre una actividad que está siendo realizada y cambiar a otra más eficaz flexibilizando la conducta y actualizando la situación. En la transferencia y razonamiento conceptual, en el autismo se caracteriza por ser literales en su pensamiento, habiendo un déficit para elaborar un razonamiento abstracto, siendo útiles en la sistematización como repetir, ordenar, clasificar y focalizándose en los detalles. En la planificación al tener baja flexibilidad les es difícil realizar secuencias o pasos o crear nuevas estrategias ya que la planificación es la organización o identificación para cumplir una secuencia de acción con el fin de lograr un objetivo. La memoria de trabajo se constituye por un bucle fonológico relacionado con el hemisferio izquierdo, ocupándose de la información auditiva. Después se encuentra la agenda visoespacial que se ocupa de mantener activa la información visual y está vinculada al hemisferio derecho y, por último, está el ejecutivo central que regula los procesos cognitivos y atencionales para almacenar la información mientras se realiza la tarea. La fluencia se caracteriza por la capacidad de generar diferentes respuestas específicas y se relaciona con la creatividad y la flexibilidad (Anderson, 2002).

La teoría de la coherencia central fue creada por Uta Frith (1989) para describir como integran la información las personas con TEA, estos se caracterizan por focalizar la atención en pequeños detalles, en vez de atender a un todo, de manera global o gestáltica. Esto permite dar un significado a esa situación, es decir, leer el contexto. Para los individuos con TEA este mecanismo está alterado, produciendo conductas inapropiadas, sin poder darle un significado.

Esta teoría, a diferencia de la teoría de la mente, esclarece un poco más los déficits de los pacientes con autismo, se destacan más en los detalles que en un todo global, procesan la información basándose en los detalles y perdiendo la interpretación del contexto. Pueden procesar rasgos parciales, pero se observan déficits en reconocer

expresiones emocionales. Hoy en día, se cuestiona si la coherencia central se encuentra relacionada con un mayor grado de procesamiento perceptivo y el foco atencional o si se da por un déficit en la integración de la información. El déficit en este procesamiento tiene como resultado alteraciones en las funciones ejecutivas como la inhibición de respuestas erróneas a través de un contexto particular (Maggio, 2014).

Precisamente se toma la teoría de la mente para conocer y explicar la forma en la que perciben la realidad, los individuos con TEA. Esta teoría describe la lectura mental que hace un organismo para interpretar conductas de otros organismos. El autor Baron-Cohen (1995), realiza el hallazgo de una nueva función mental, denominada *cognición social*, esta es la capacidad de comprender las conductas comunicativas no verbales y verbales de los demás individuos, esta teoría comienza en la infancia y va desarrollándose a lo largo del tiempo, completándose en la adolescencia y logra que el individuo pueda ponerse en lugar de los demás, es decir, producir empatía y tener una reacción emocional al respecto. En las personas con TEA, se observa un déficit, que se traduce en una ausencia o lentitud de esta función mental, no pudiendo anticipar, inferir o ponerse en el lugar del otro.

El modelo de Barón Cohen (1995) toma la teoría de la mente como un mecanismo constituido por tres elementos, el detector de intencionalidad, el detector de dirección ocular y el mecanismo de atención compartida. El detector de intencionalidad se basa en un dispositivo que es capaz de identificar algo o alguien y atribuirle deseos o metas. Es de carácter perceptual. El detector de dirección ocular tiene que ver con el sistema ocular y, por último, el mecanismo de atención compartida se constituye a partir de una representación triádica entre agentes, el self y un tercer objeto. Todos los mecanismos están relacionados entre sí. Este autor pone principal énfasis en que los sujetos con TEA, tienen una incapacidad para atribuirle mente a otros, por ejemplo comprender y predecir la conducta, deseos o creencias.

Para Riviere (1997) las personas con TEA no tienen solo la dificultad de leer la mente ajena, sino que tampoco le otorgan sentido a la propia. Así mismo este autor afirma

que las necesidades de compartir mundos mentales, de relacionarnos y de comprender a los otros son una característica básica de la especie humana y que estos pacientes contemplan una conducta aislada y autista, es decir, es ir en contra de las *“leyes de gravedad entre las mentes”*.

3.4 CONDUCTAS INADECUADAS E INTERVENCIONES

Según Wing (1996) las conductas inadecuadas siempre tienen una razón, es necesario averiguar la causa de estas que pueden ser de carácter comunicativo o intencional. Algunas son la incapacidad para entender las explicaciones o instrucciones, la incapacidad de comunicar los sentimientos o necesidades en forma verbal o no verbal, el miedo a situaciones o hechos no conocidos, la hipersensibilidad a la proximidad excesiva de otros individuos, el ruido o la luminosidad intensa hasta los olores pueden generar conductas inadecuadas, produciendo un aumento en su nivel de ansiedad. Otra de las razones significativas que pueden conducir a estas conductas es que el niño este sintiendo una incomodidad por alguna enfermedad o dolor y que no pueda comunicarlo. Pero la causa más frecuente de estas conductas se debe a las interferencias de la vida cotidiana que en el momento que se produce un cambio minúsculo puede ser suficiente para que se desate una conducta inadecuada.

Wing (1996) afirma que las intervenciones que se realizan para estas conductas, principalmente dependiendo de las razones, son estructurar las rutinas diarias del niño y al mismo tiempo hacerlo predecible, es decir anticipar las acciones o situaciones, esto ayuda a que el paciente sienta estabilidad y orden. Cualquier cambio en la rutina es necesario incorporarlo de forma gradual, en lo que respecta a la hipersensibilidad como el nivel de ruido o las luces demasiado intensas se tiene que encontrar una forma que no generen más

ansiedad, es necesario no exigirle un rendimiento que no está al alcance de su capacidad y, por último, las formas de comunicación tienen que adaptarse a las necesidades y comprensión del niño. Para esta autora también es importante incorporar el mecanismo de premios y castigos, es decir, si se quiere reforzar una conducta, se la recompensa. Para las conductas inadecuadas la mejor forma para que no se produzcan es evitándolas, es decir se debe direccionar la conducta hacia alguna actividad diferente y luego recompensarla, para suplantar la conducta anterior. El *timing* en estos casos es básico, la respuesta es necesaria que se ajuste para que quede claro cuál es la conducta que produce esa respuesta, alentándola o ignorándola. Es crucial que la respuesta a esa conducta inadecuada no sea incoherente.

Con respecto a las autolesiones o lesiones a terceros es imprescindible según Wing (1996) realizar un análisis funcional de esta conducta observando de forma minuciosa y obteniendo un registro de las situaciones en que se dispara la autolesión o lesión a terceros, cuando se establece la causa de ella, es necesario sustituirla por una conducta más adecuada para conseguir los mismos objetivos pero sin la conducta inadecuada. Cuando el niño tiene un déficit superior en los niveles de comunicación se le presentan imágenes para que señale lo que le sucede.

Tamarit (1995) elabora varios criterios para describir las conductas inadecuadas, uno de ellos es el daño o riesgo para sí o para las personas u objetos a su alrededor. Es de gran importancia realizar una intervención cuando aparece una conducta de este tipo. Un ejemplo es si un niño se muerde o golpea las manos u brazos, colocarle una férula para que sirva de mecanismo de restricción, pero a su vez, esta intervención tiene ir acompañada de otros mecanismos más efectivos porque con solo la férula no se estaría solucionando el problema, es decir trabajar en los mecanismos de autocontrol, otorgándole sistema de ajuste personal además de intervenir en la prevención y educación. El próximo criterio es la rehabilitación y la interferencia con la actividad educativa, es decir, cuando el niño realiza una conducta inadecuada dentro de un contexto, como arrojar objetos dentro del aula, lo importante es trabajar esa conducta en contexto, más precisamente se interviene en conductas en contexto y la valoración de esa conducta se lee frente al contexto donde se realiza. Por último, se encuentra el criterio de limitación a entornos que implican un mayor

grado de restricción, se caracteriza por ser conductas que no tienen carácter dañino para sí o para terceros pero son de carácter restrictivo porque el niño que las realiza no puede beneficiarse de compartir otros entornos, por ejemplo el infante se masturba en una plaza o en algún lugar público, es decir que sus familiares lo restringen de ir a ciertos lugares porque es una conducta inadecuada.

Estas conductas tienen una función y una forma. La función o propósito es evitar una situación o una actividad y es de carácter comunicativa, más precisamente intencional y la forma o topografía de la conducta es, por ejemplo, golpearse la mano con una mesa. Muchas veces se trabaja sobre la topografía o forma interviniendo para enseñar conductas más adaptativas y preservando la función. Las conductas inadecuadas, no solo aparecen en niños con autismo, sino que también suelen ocurrir en niños sin patología alguna, como los berrinches, gritos, golpes, algún malestar o mismo en adultos como manías u obsesiones. Pero los niños con autismo no tienen las herramientas para expresarlo (Tamarit, 1995).

Carr (1996) toma el concepto de motivación para relatar que las conductas inadecuadas, como en las conductas autolesivas, hay un componente orgánico. Este autor interroga sobre si hay una mayor repetición de la conducta cuando se le presta atención, se elimina algún refuerzo o cuando están en compañía de adultos o si la realizan en solitario, si las respuestas a estas cuestiones es si, hay una motivación para obtener un refuerzo positivo. Pero si la motivación a estas conductas es cuando se le exige o demanda algo a ese niño, la respuesta son los reforzadores negativos. Entonces cabe destacar que cuando el niño se autolesiona en un momento que se encuentra acompañado de un cuidador o familiar es un refuerzo positivo para que haya una contención, es decir demanda de afecto, en cambio sí se lesiona porque no quiere realizar una actividad o tarea o hay una exigencia del otro, allí aparece un refuerzo negativo. Es decir que estas conductas suelen aparecer dentro de un medio social. Por último, si ese medio carece de estímulos, de motivación, de actividades es probable que surjan estas conductas autolesivas.

Para García Coto (2011), todas las conductas inadecuadas cumplen con algunas características como la interferencia en el ámbito educativo, no corresponden al contexto que se maneja, no es acorde a la edad cronológica, limita los entornos a los que se puede acceder, no se presenta de manera aislada y por último es un daño físico para el paciente o

los demás. Este autor aborda la necesidad de realizar un análisis funcional de estas conductas, registrando el propósito y las variables ambientales que producen este tipo de conductas. Para este análisis funcional es necesario buscar los antecedentes, las consecuencias y la reacción del niño frente a estas, partiendo de la premisa que los castigos no son un método de enseñanza y produce temor e inhibición en el paciente.

3.4.1 LA COMUNICACIÓN EN EL TEA.

Para Maggio (2014), el lenguaje oral es la forma de comunicar más desarrollada del ser humano, surge a partir de los 12- 18 meses y, anterior a expresarlo, se originan otros procesos relacionados como el contacto visual o la utilización de gestos simples, la empatía, la manifestación de los procesos básicos de la teoría de la mente y la interpretación y reconocimiento de las emociones. A los 3 meses de edad surge la sonrisa social, que se caracteriza por sonreírle y tener un contacto visual con un adulto, aquí no solo cumple con la función comunicativa, sino que también se observa otra función que es la atención selectiva, es decir, el mecanismo de compartir la atención con otros. Según esta autora, las emociones cumplen un factor fundamental para la comunicación, que no surge de forma espontánea, sino que es a través de significados que se le da al ambiente o contexto gracias a un adulto que anticipa esa significación a partir del contacto visual, por el feedback, es decir mirar y ser mirado. El contacto visual se origina en forma conjunta con la sonrisa social, aproximadamente a los 3 meses de vida todavía no están del todo desarrollado los movimientos oculares y recién a los 6 meses pueden discriminar los colores vivos, pero dentro de este tiempo los profesionales y los familiares tienen que

observar si el niño desarrolla estos procesos o no. En cambio, los gestos en niños con TEA son de uso excesivo por tener carácter visual y repetido. Los gestos es otra forma de comunicación y transmiten intenciones, pueden ser protoimperativos, el objetivo es pedir o protodeclarativos la intención es compartir con otros la atención. Esto genera que procesen la información por dos vías, una visual y otra auditiva, combinando el uso de la palabra con el gesto, cuando la información mayoritariamente se recibe por vía auditiva.

La mayoría de los niños con TEA, como se informó anteriormente, tienen alteraciones profundas en el lenguaje y en la forma de comunicar verbal o no verbal, a su vez que suele haber ausencia de intención comunicativa. Algunas de las formas para comunicar de manera no verbal, son los actos instrumentales, los sistemas alternativos de comunicación (SAC) y los gestos naturales. Los actos instrumentales se caracterizan por ser pasos o modos de actuar para obtener o alcanzar un objetivo, por ejemplo, es muy característico de estos niños tomar de la mano a un adulto y llevarlo hasta el objeto que quiere alcanzar. Son los primeros actos de comunicación y es muy preciso distinguirlos, además de ser la clave de los primeros gestos naturales. Los SAC, son la enseñanza de procedimientos de instrucción específicos, de manera estructurada no verbal pero con un sistema de representación con el fin de comunicar, uno de ellos es el PECS, en donde el niño puede pedir, elegir anticipar, armar comunicadores visuales o armar guías de secuencia (Molina Montes, 1997).

Para Valdez (2016), todos estos programas para la comunicación son signos para organizar el mundo de estos niños, son nuevas maneras de intervención educativa mediante instrumentos semióticos, favoreciendo su autonomía e inclusión.

3.5 MODOS DE INTERVENCIÓN.

3.5.1 Programa TEACCH.

El programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped children*; Shopler, 1971), como se mencionó anteriormente, nace en Carolina del Norte, EE. UU, en la década de los 70. Unos de los

pilares más importantes de este modelo es poder capacitar al niño a que pueda entender el mundo y ser lo más autónomo e independiente posible. El programa consiste en otorgarle al paciente habilidades comunicativas funcionales, es decir, al inicio es necesario preparar el ambiente para que se inicie la práctica en la forma más predecible y estructurada posible, con la ayuda de claves visuales. El terapeuta tiene que comprender la cultura del autismo y no realizar presunciones, tiene que ser el intérprete, traducir las reglas de un mundo no autístico, para que el niño pueda funcionar en él. Los principios más importantes son mejorar las habilidades sociales del individuo con TEA, la estructuración y modificación del entorno, es decir, la acomodación mutua y darle las herramientas necesarias para mejorar la adaptación y la autonomía. Es una enseñanza estructurada que no debe solo realizarse dentro de la institución terapéutica y educativa sino realizarla dentro de su vida cotidiana (GandaraRossi, 2007).

El programa TEACCH se basa en una estructura para poder generar aprendizaje y existe una metodología con la que se trabaja, una de las más significativas es la organización del aula, que se caracteriza por tener un sistema de trabajo con rincones o talleres, son espacios concretos que se subdividen en el aula para una actividad o tarea en particular. Estos rincones o talleres tienen que ser discriminados por el niño con límites físicos o visuales. Cada actividad tiene que tener su espacio físico, los límites se encuentran muy marcados como, por ejemplo, una colchoneta, sillas, bancos o cintas pegadas en el suelo. Los rincones se dividen en trabajo en grupo, trabajo individual, habilidades sociales, habilidades de autonomía, juego interior o exterior, merienda, de transición, pre vocacional, habilidades domésticas y ocio. En ocio, se distinguen tareas más específicas de cada niño, es decir, más personalizadas como, por ejemplo, escuchar música, juegos de TV o de PC o puzzles. El aula tiene que ser diseñada de forma estratégica y esto se realiza minimizando los elementos distractores visuales y auditivos, adaptar el aula a las necesidades y características emocionales o cognitivas de cada niño e indicar visualmente los rincones para que los alumnos puedan trabajar de manera autónoma (RepetoGutierrez ,1997).

Además de la organización del aula, el programa TEACCH, desarrolla tiempos de actividad, con cronogramas, estos tienen como objetivos lograr anticipar la actividad y

duración de la tarea, promover la independencia, promover la motivación intercalando actividades aburridas con otras interesantes y lograr la organización espacio temporal. El cronograma puede comenzar con cajas de materiales para trabajar y la dinámica de trabajo es apilar cajas en el piso, que contienen actividades, siempre a la izquierda de la mesa, se anticipa al niño con “*vamos a trabajar*”, se extrae el material, se realiza la actividad, se deposita la caja del lado derecho, después de haber juntado todo los elementos de la actividad, si es necesario se ayuda al niño a ordenarlo y se finaliza diciendo “*termine*”, este cierre se completa después que el niño pega el pictograma dado vuelta en la caja u otras de las posibilidades es tachar la actividad finalizada en la agenda. El siguiente paso es preguntarle al paciente que le toca hacer, se busca el cronograma y se continúa con la siguiente actividad. Otras de las posibilidades para las cajas puede ser realizar tiras de cartón donde se ubican pictogramas con objetos pequeños tridimensionales y a medida que el niño va progresando las imágenes son bidimensionales, con fotografías o figuras con palabras de la actividad. (Grañana, 2014).

Por consiguiente, el programa TEACCH, trabaja la autonomía y la comprensión de consignas. La autonomía es abordada a partir de la atención independiente, esto se organiza otorgándole al niño una serie de bandejas con materiales o carpetas organizadas por páginas, allí se le da la consigna “*arma*” y el terapeuta se ubica detrás del paciente controlando que lo complete, a continuación las bandejas terminadas se depositan del lado derecho. Esta actividad fomenta al niño a tener auto organización, atención y tolerancia a los tiempos de espera. En lo que respecta a la comprensión de consignas, el mensaje tiene que ser corto y directivo, es decir palabras simples, por ejemplo “*pone*”, si el niño entiende la consigna es felicitado (Grañana, 2014).

3.5.2 Modelo PECS.

El modelo PECS (*Picture Exchange Communication System; Bondy & Frost, 1985*), se utiliza para facilitar la comunicación de manera espontánea, realizando previamente un entrenamiento con el uso de pictogramas. Se les enseña a pedir y, a medida que van aprendiendo las consecuencias tangibles, más adelante hay un avance de las consecuencias del tipo social, de poder tener más consecuencias comunicativas con base social. Este modelo se emplea tanto para sustituir el lenguaje verbal como para acompañarlo. Al comienzo se utiliza una tarjeta para pedir bebidas, juegos, comidas o juguetes, más adelante se completa con palabras, frases o mismo realizar un cuaderno con imágenes por categorías, como acciones, juguetes o alimentos. El PECS contiene seis fases, la primera es el intercambio físico, la segunda fase el aumento de la espontaneidad, la tercer fase la discriminación de la figura, la cuarta fase estructura de la frase, aquí ya aparecen ítems como *yo quiero*, la quinta fase responder *¿Qué Quieres?*, y la última es respuesta y comentarios, el niño debe responder adecuadamente a las preguntas *¿Que ves? ¿Qué tenés?* (Maggio, 2014).

Este modelo no solo trabaja con imágenes y pictogramas sino que también es acompañado de gestos, un ejemplo es el “termine”, con ayuda de la terapeuta. Más adelante ir retirándola de manera paulatina, llevando la mano del niño para hacer el gesto, es decir moldearlo con el movimiento, pasando una mano por encima de la otra con cada una de las sílabas “*te-mi-né*” el gesto se acompaña con la palabra (Maggio, 2014).

Este sistema de comunicación, según Valdez (2016), beneficia la enseñanza del área comunicacional y destaca, desde el inicio, la función de petición, se basa justamente en que el niño puede intercambiar imágenes por objetos. Esos objetos son de principal interés para el paciente, favoreciendo la interacción social, porque pide, elige y anticipa, formando una construcción de signos y disminuyendo las conductas inadecuadas, favoreciendo el bienestar emocional y desarrollando el lenguaje verbal en algunos casos que sean probables.

3.5.3 Modelo ABBA.

El modelo ABBA (Applied Behavior Analysis; Lovaas, 1987), es la aplicación práctica de conocimientos acuñados del conductismo de Skinner (1938), pero adaptado a los seres humanos, cumpliendo los principios fundamentales de la teoría del aprendizaje, denominado condicionamiento operante, constituido por otorgar refuerzos y castigos. Los cuales se definen a continuación. (Silberman, 2015).

La definición de *reforzamiento*, para Iyaca (2014), es el mantenimiento o fortalecimiento de una conducta cuando ocurre un evento o situación y se expresa en términos cuantitativos como la frecuencia, duración, velocidad, intensidad y latencia. Los refuerzos no siempre son recompensas. Hay refuerzos negativos o positivos y se caracterizan por la desaparición o aparición de un estímulo. Para disminuir una conducta inadecuada hay que eliminar las consecuencias que la sostienen y eso se define como extinción, que es el mecanismo para finalizar o disminuir una conducta como consecuencia de la desaparición del reforzamiento que lo sostenía. Para la extinción de una conducta se necesitan varios criterios, como controlar los refuerzos en toda la manifestación de la conducta inadecuada, también es de suma importancia identificar bien la conducta que se va a extinguir además de poder identificar una conducta alternativa y darle un refuerzo similar al que obtenía como consecuencia de esa conducta inadecuada. Por último, se debe tolerar un elevado aumento de la conducta en la fase inicial antes que se desencadene el descenso de esta compartiendo conductas de agresión o de desborde emocional. Otro tipo de intervención es el *moldeamiento*, que se caracteriza por iniciar gradualmente una conducta del nivel más bajo hasta llegar a su ideal. También se encuentra el desvanecimiento de la conducta es decir realizar un cambio gradual de ese estímulo, de modo que se pueda hacer la misma conducta, pero con otro estímulo diferente. Finalizando, este autor toma el concepto de *generalización* para explicar que toda intervención terapéutica, tiene que tener el objetivo que esa conducta trabajada con el paciente pueda realizarse en su vida cotidiana, es decir que se de en ausencia del terapeuta. Esta técnica es de gran importancia para que el paciente pueda tener una mejor autonomía y calidad de vida.

Además de los reforzamientos, el modelo ABBA (Lovaas, 1987), ha de utilizar algunas técnicas o intervenciones de origen conductual como *Discrete Trial Teaching* o

Enseñanza de Tareas Discriminadas (DTT), que se ocupa de trabajar las unidades de aprendizaje discretas, la práctica repetitiva, el entrenamiento en discriminación, la programación de mantenimiento y generalización y la instrucción sistemática. Otras de las técnicas se denominan *Pivotal Response Training o el entrenamiento en respuestas centrales (PRT)* y *Análisis de Conductas Verbales (VB)*. La PRT surge específicamente para que el individuo pueda tener herramientas para su vida cotidiana, más precisamente en sus habilidades sociales, el juego y la comunicación. Su finalidad es identificar las conductas centrales, para después poder modificar otras conductas secundarias, en cambio, el VB pone principal énfasis en elementos fundamentales del lenguaje (Mebarak, Martínez & Serna, 2009).

Así mismo, no solo el modelo ABBA, se basa en técnicas puramente conductuales, sino que se encuentran algunas intervenciones que se centran en áreas cognitivas, sociales y afectivas, como *el Tiempo de Suelo o Floor time*, que trabaja en la comunicación bidireccional y la compleja, la autorregulación y las ideas y pensamiento afectivo. Otras intervenciones como el *Relationship Development Intervention o Intervención para el desarrollo de Relaciones (RDI)*, que se ocupa de ejercitar la flexibilidad cognitiva, la coordinación social, la retrospectiva, el lenguaje declarativo y las aptitudes para la referencia afectiva (Mebarak, Martínez & Serna, 2009).

4. Metodología.

4.1 Tipo de estudio:

Estudio de caso único.

4.2 Participantes:

Un paciente, quien se llamará Franco tiene 13 años de edad, él vive con sus padres y tiene una hermana menor. Hace tres años que se encuentra en la institución y el diagnóstico es autismo con retraso mental severo (en el apartado Desarrollo se profundizara el caso clínico).

Una terapeuta quien se llamará María tiene 30 años, trabaja en la institución hace cinco meses y la orientación teórica es cognitivo conductual.

Los participantes residen en la Ciudad autónoma de Buenos Aires.

4.3 Instrumentos.

Se utilizó:

- Método de observación no participante, registro escrito de la misma.
- Observación del cuaderno de comunicaciones del paciente.
- Entrevista semi-estructurada a la terapeuta. Con el propósito de obtener las intervenciones que realizan cuando aparece una conducta inadecuada, si pueden anticiparlas, si hubo cambios en el tiempo desde la llegada del paciente a la institución y cómo utilizan el método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped children; Shopler, 1971*).

4.4 Procedimiento:

La información se ha recolectado en un periodo de cuatro meses, todos los días de la semana, a través de una observación no participante. La entrevista fue llevada a cabo a los tres meses de empezada la pasantía profesional y contó solo con una entrevista, realizada a la terapeuta, con una duración aproximada de 30-40 minutos. Las notas de campo fueron registradas en estos 4 meses.

5. Desarrollo.

5.1 Presentación del caso.

Franco hace tres años que concurre al centro educativo terapéutico (CET), en la entrevista con su terapeuta, se menciona que el paciente ingresó con síntomas como: ausencia de contacto visual, ausencia de lenguaje, no respondía a su nombre, poseía movimientos estereotipados con los dedos, déficits en la atención, hipersensibilidad auditiva- táctil y ausencia de control de esfínteres (APA, 2013).

A partir de lo observado y según el DSM 5 (APA, 2013), el niño presentaba síntomas como estereotipias motrices simples, acompañada con sonidos, hiperreactividad a estímulos sensoriales, aparente indiferencia al dolor o temperatura, como por ejemplo salir al patio en remera en pleno invierno, fascinación visual con luces y movimientos, oler o tocar excesivamente objetos. Deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, ausencia de interés por otras personas y elevada angustia ante pequeños cambios (APA, 2013).

Cabe destacar como lo caracterizaba la terapeuta al paciente:

“Franco es un deambulador, su atención dura segundos, no puede quedarse quieto, en los momentos que más tranquilo se queda es en el desayuno o almuerzo después a la hora de hacer actividades no para de levantarse de la silla, igual evolucionó un montón comparado a cuando llegó al centro terapéutico”(Cita de la entrevista a la terapeuta).

El paciente asiste al turno mañana, almuerza en la institución y cuando finaliza el almuerzo vuelve a su hogar. En el CET comparte sala con un compañero y en la clase de educación física comparte grupo con cuatro niños más. La observación se realizó en la sala y en la clase de educación física, solo se observaron cuatro sesiones de terapia ocupacional.

La rutina de Francocomenzaba en el aula saludándose con su compañero y su terapeuta, después realizaban la agenda, en ella se anticipaba todo lo que iba a realizarse durante el día; luego asistían a la clase de educación física. Cuando finalizaba la clase de educación física, regresaban al aula para desayunar, terminado el mismo, la terapeuta le pedía al compañero de Franco que levantase la mesa y depositara los vasos, cubiertos y platos en una caja, allí le tocaba al paciente, bajar a la cocina del CET con la caja, cabe aclarar que era acompañado por su terapeuta y su compañero, para que guarde los objetos del desayuno, y deposite las botellas de agua en la heladera, y los vasos, platos y cubiertos dentro de la bacha de la cocina, si los platos tenían migas, se le pedía que lo tirase a la basura con las servilletas.

A continuación iba al baño acompañado de su terapeuta y de su compañero, llevada a cabo esa actividad, concurrían al patio, unos quince minutos, no mucho más para que no se desorganizaran y por último regresaban al aula para realizar actividades. El paciente dos veces por semana concurría a terapia ocupacional dentro del centro. Es importante aclarar que siempre que finalizaba una tarea, el desayuno, o ir al baño se acompañaba con el “*terminé*”.

Además de conocer el gesto y la palabra “*terminé*”, el sujeto comprende algunas otras palabras como “*pone*”, cuando tiene que realizar una actividad de encastre, o en el momento del desayuno conoce que es un vaso, plato o cubierto, preguntándole “*dame tu plato*” y el niño lo entrega para que la terapeuta le sirva el desayuno (Shopler, 1971)

El trabajo casi siempre se realizaba en forma individual y esporádicamente realizaban actividades en conjunto o con otros compañeros de salas diferentes. Las actividades que suelen compartir con otros niños de otra sala son actividades de tocar algún instrumento como tambores o maracas, mientras la terapeuta toca la guitarra.

Descriptas las características generales, en el apartado siguiente, se analizará las conductas autolesivas o lesivas a terceros del paciente de acuerdo a como lo postula el primer objetivo.

5.2.Describir las conductas inadecuadas de autolesión y lesión a terceros de un paciente de género masculino con diagnostico trastorno del espectro autista en un centro educativo terapéutico.

Según lo expuesto en el objetivo específico, en lo que respecta a las conductas inadecuadas, el paciente se autolesiona, desarrolla conductas tales, como golpearse la cabeza con su rodilla, o pegarse en la cara con su mano abierta o cerrada, golpearse la cabeza contra la pared, o lesiones a terceros como morder.Carr (1996) pone principal énfasis en las conductas auto lesivas caracterizándolas como un componente orgánico pero que es necesario registrar si lo realizan solo para llamar la atención de su cuidador, familiar, es decir un adulto o suelen también autolesionarse en solitario. En Franco estas conductas solían desatarse cuando había alguien que lo mire sea el profesor de educación física o su terapeuta.

A su vez, según la perspectiva de Carr (1996) es importante afirmar que las conductas inadecuadas en el paciente han mostrado que a través de ellas lograban obtener lo que ellos pedían o demandaban, para este paciente realizar una conducta disruptiva producía salir de la clase de educación física, es decir, esta conducta cumplía con una función adaptativa, siendo dificultoso para su entorno.

También se observó que le extrae comida a su compañero o come comida que encuentra en el piso, la situación de sacarle comida a su compañero refleja lo que Premack y Woodruff, (1978), relatan en la Teoría de la mente, de no poder discernir que hay un otro. Unas de las intervenciones que realizaba la terapeuta para esta problemática, era ponerle un *timmer* y sentarlo en la colchoneta para que trabaje el tiempo de espera, allí el paciente sabía que cuando sonaba la alarma debía levantarse de la colchoneta y había terminado el tiempo de espera.

Otros comportamientos inapropiados de Franco son los berrinches, llorar y gritar. Es importante destacar que estas conductas inadecuadas son de carácter comunicativo y se les pueden otorgar muchos significados. Por ejemplo, que el paciente se siente mal y no sabe cómo expresarlo, que hay algo que le molesta como mucha luz o ruido, o no desea realizar una actividad, por ejemplo cuando Franco no quería realizar actividades individuales en la

sala y comenzaba a hacer berrinches. Algunas de estas conductas pueden ser intencionales o no, pero resulta necesario que el terapeuta pueda descifrarlas (Wing, 1996).

Continuando con los conceptos de Wing (1996), hay diferentes razones o disparadores que generan conductas inadecuadas, una de las más significativas en Franco es cuando la terapeuta interrumpe las auto estimulaciones del paciente, esto desencadena golpes hacia sí mismo, berrinches, llanto y hasta mordeduras.

Según lo expuesto por Tamarit (1995) en lo que respecta a las conductas inadecuadas, Franco presenta los tres subtipos, la primera son las conductas restrictivas que generan que el niño en el momento de participar de un entorno social no pueda beneficiarse de esa situación, por ejemplo no poder compartir con los compañeros una clase de música, porque se levanta y sale del aula, realizando auto estimulaciones auditivas y caminando por todo el salón, además de masturbarse en ella o en cualquier sitio de la institución, este criterio se denomina por el autor "*criterio de limitación a entornos*". El siguiente subtipo son las conductas disruptivas que realiza el paciente para sí y para terceros u objetos alrededor, por ejemplo mordiéndolos o darse la cabeza contra su rodilla, este criterio se intenta solucionar con mecanismos de autocontrol y de ajuste personal, al mismo tiempo, interviniendo en la prevención y educación. Por último, el siguiente criterio es la rehabilitación e interferencia en la actividad educativa, como por ejemplo, cuando el paciente se desorganiza en la clase de educación física, es imprescindible poder trabajar esa conducta en contexto y la valoración de esa conducta se lee dentro de ese contexto.

Además de distinguir si una conducta inadecuada refleja una intencionalidad también es imprescindible discriminar conductas que tiene que ver con el control inhibitorio relacionado con la funciones ejecutivas; a Franco le resultaba muy difícil autorregularse, y esto ocasionaba sus autolesiones, es decir, no extinguía esa conducta impulsiva (Pennington & Ozonoff, 1996).

Para Richaudeau (2014) en lo que respecta a las FE, se observó en Franco déficits en el control inhibitorio, es decir, en poder discriminar o discernir la atención selectiva en una tarea. Al paciente le resultaba difícil atender a un estímulo en concreto, teniendo un nivel atencional que durara unos segundos. No sólo el control inhibitorio en Franco se da sobre cuestiones atencionales sino que también se observa un déficit en la autorregulación a la hora de dirigir su conductas autolesivas o de lesión a terceros con falta de automonitoreo; el niño no puede autocontrolarse, es decir, no puede inhibir una conducta como por ejemplo realizar berrinches o llorar porque no quiere realizar una tarea. Otra de la problemática, de las conductas inadecuadas es la masturbación, el niño no puede traducir qué es lo que le pasa y qué son esas sensaciones, y termina produciendo por un déficit en su control de impulsos y como consecuencia surgen autolesiones.

Otra de las capacidades cognitivas que se encuentra en déficit, es la flexibilidad cognitiva, en Franco hay una ausencia para alternar de una tarea a otra más eficaz, sin poder planificar o realizar secuencias de acción para lograr un objetivo (Richaudeau, 2014).

En lo comentado anteriormente, se atribuye una alteración en el control inhibitorio más precisamente en la atención selectiva para realizar una tarea, pero a su vez se observó en el paciente que a la hora de comunicar, para Maggio (2014) se identificó en Franco una sonrisa social, es decir, Franco al llegar todas las mañanas que llegaba al centro terapéutico, sonreía, se acercaba a la terapeuta y la abrazaba generando un contacto visual con ella y la pasante.

En el siguiente apartado se describirán las intervenciones que realiza la terapeuta para poder extinguir las conductas autolesivas y lesivas a terceros del niño, cumpliendo con un plan de acción para calmar las crisis de Franco y descifrar la naturaleza de esa conducta.

5.3 Describir las intervenciones de la terapeuta a partir de la aparición de una conducta inadecuada de autolesión o lesión a terceros.

El análisis que se realiza a partir de este objetivo específico son las intervenciones que adopta la terapeuta para extinguir las conductas inadecuadas, según lo entrevistado y lo observado, lo que se intenta lograr al inicio de una intervención es poder distinguir la naturaleza de esa conducta inadecuada, es decir, qué quiere comunicar ese niño, como también a partir de refuerzos poder disminuir o aumentar una conducta, favoreciendo las conductas adaptativas y moldeando hasta su eliminación las desadaptativas.

Se observó que en Franco es muy dificultoso que pueda mantener el control atencional, entonces las actividades que se realizaban son de un tiempo corto y la dinámica es realizar dos actividades y descansar, con la finalidad de que el niño no se sienta exigido y eso genere alguna conducta disruptiva. Las tareas son encastrar figuras o poner palitos de helado en un tarro, rompecabezas simples, sobre todo los que tienen que poner las figuras iguales. Es de suma importancia, observar cómo está el paciente a la hora de darle las actividades, es decir, si se encuentra regulado, si se encuentra bien a nivel atencional, si conecta con el contacto visual, es preciso observar esos signos porque cada día es diferente y la productividad también es distinta (Iyaca, 2014).

Otras actividades tienen que ver más con lo sensorial, como tocar esponjas o varias texturas, que juegue con una caja con porotos o en la hamaca tratando de trabajar con su coordinación motora, dándole broches de ropa y que pueda con la ayuda de la terapeuta insertarlos en un tubo. Estas actividades suelen realizarse también para que el paciente pueda organizarse y trabajar la motricidad fina. Franco al tener un bajo nivel cognitivo suele desestructurarse muy fácilmente. Otra de las intervenciones que realiza su terapeuta es ponerle música muy suave, que se acueste en la colchoneta del aula y apagar la luz para que no haya ningún estímulo que lo disperse. Toda actividad que realizaba el paciente, de forma satisfactoria, es reforzada con una galletita, mismo si el paciente le cuesta finalizarla y se levanta del asiento, se lo refuerza con galletitas, con la finalidad de mantener o fortalecer esa conducta (Iyaca, 2014).

Es importante destacar que en esta institución se trabaja con el programa TEACCH (Shopler, 1971) más allá de las intervenciones que se abordaron anteriormente, todas se basan en este programa, las divisiones del aula, como las actividades individuales y grupales. Las claves visuales en el sujeto funcionan muy bien, pero hay una falta de

interpretación en lo que respecta a los límites y rincones del aula, Franco no logra discriminar la organización del aula, no cumple con las pautas a la hora de poder trabajar en equipo, suele levantarse de la silla y acostarse en la colchoneta, lo mismo sucede cuando tiene que realizar alguna actividad individual, le cuesta mucho mantenerse sentado y poner atención a esa actividad, comienza a deambular por todo el aula y muchas veces abre la puerta y se intenta ir (Repeto Gutiérrez, 1997).

Por otro lado, no se observó en el paciente que pueda comprender la consigna, que cada vez que finalizaba una actividad, debía depositar la bandeja del lado derecho del escritorio como se explicó en el programa TEACCH. Si se observó que entiende la consigna de “*armá*”, la terapeuta se ubica detrás del sujeto, controlando que lo complete. Por ende, todavía en Franco hay un déficit en la tarea independiente debido a su bajo nivel cognitivo (Grañana, 2014).

Además de intervenir con el programa TEACCH, los PECS (Bondy & Frost, 1985) son de gran ayuda para Franco, sobre todo a la hora del desayuno, él tiene un tablero en el que se encuentran todos los pictogramas de la comida que va a desayunar, manzana, galletitas de arroz y jugo, puede pedir y a la hora de esperar su turno, lo hace sin problema. Otra de las funciones que trabajan los PECS, es la comunicación y esto se observa cuando el paciente se autolesiona debido a no poder expresar lo que le pasa, la agenda y pictogramas ayudan a que Franco pueda darse a entender y disminuyan sus autolesiones. Así mismo la terapeuta, intervino poniendo un panel con pictogramas de lugares contra la puerta de la sala, es decir, que las veces que el paciente se levantaba de la mesa o se quería ir del aula pudiera comunicar, si quería ir al patio, a la sala de terapia ocupacional o al baño.

Para Maggio (2014) es necesario que a la hora de comunicarle al niño se dé a través de dos vías la auditiva y visual, en el momento que el paciente le da a su terapeuta el pictograma por ejemplo de la manzana es necesario que ella le muestre el pictograma y diga *¿Quieres manzana? “Dame tu plato”*. Cabe aclarar que se trabaja anteriormente para que Franco entienda el concepto de plato y otros objetos como vaso, tenedor, es decir todos los objetos que utiliza el niño a la hora de desayunar o almorzar, es un aprendizaje que se

da mediante la conceptualización de manera visual de los objetos o mejor dicho se apoya en la visualización de los conceptos.

Por el momento no tiene pictogramas que sean de su interés como escuchar música o jugar con una pelota, en estas actividades de ocio se observa un déficit (Repeto Gutiérrez, 1997). Según el relato de la entrevista con la terapeuta, ella comenta que:

“Franco no tiene actividades que sean todavía de su interés, es muy dificultoso trabajar de esa manera porque la mayoría de los chicos tiene intereses y a la hora de realizar sus tareas cuando se portan bien se los premia con las actividades que les gustan. En cambio en Franco no se observa algo de su interés y a la hora de realizar alguna actividad hay que mostrarle una galletita para que lo haga. Su gusto es la comida. En cambio su otro compañero de sala le gusta escuchar música como Bob Marley o los Rolling Stones. Eso no quiere decir que cuando pongo música no se tranquiliza pero no es algo que el día de hoy pida“(Cita de la entrevista con la terapeuta).

Es necesario darles a esos niños signos para que ellos puedan comunicarse y organizar su mundo, todavía se interviene con Franco para que se agrande el abanico de posibilidades a la hora de poder elegir y pedir que aprenda otras funciones de petición es decir que pueda intercambiar nuevos pictogramas por otros objetos, como por ejemplo, la terapeuta está trabajando para que el paciente pueda pedir ir al baño cuando quiere masturbarse, ya que esa situación produce una gran interferencia provocando conductas disruptivas, es decir, que el día de mañana él pueda pedir mediante un pictograma cuando quiera auto estimularse (Valdés, 2016).

Debido a estas conductas de auto estimulación, que a veces son la naturaleza de las conductas autolesivas en el paciente, no solo las descritas anteriormente, se dio lugar para que la coordinación general del centro terapéutico se reuniera con la terapeuta para poder realizar un plan de acción, buscando y elaborando intervenciones para que Franco deje de masturbarse en público (cabe aclarar que estas intervenciones no fueron resueltas en el tiempo que la pasante se encontraba en la institución).

Otras de las cuestiones sobre el paciente es que tiene elevados niveles de desorganización, además de la masturbación que muchas veces genera esa desorganización,

se observó que la mayoría de las veces aparecía la conducta problema cuando se encontraba en la clase de educación física. La clase se organizaba a través de circuitos divididos por estaciones, en cada estación se desarrolla una tarea, como por ejemplo andar en zigzag entre conos, lanzamiento de pelota a un aro, lanzamiento de aros a un cono, caminar sobre bancos, subir por una rampa y saltar y pasar bajo una valla, incorporarse y saltar. La clase al estar compuesta por cinco niños, Franco tiene que esperar mucho tiempo para que sea su turno, cabe destacar que en la clase de educación física no se ha observado ninguna intervención con claves visuales para que el sujeto pueda predecir, anticipar y entender que tiene que esperar su turno, en esos momentos él comienza a deambular, entonces el profesor de educación física le reclamaba que vuelva su lugar. Esa espera y ese tiempo generaba en Franco una conducta inadecuada, se lo intentaba calmar dándole objetos como esponjas o porras de cotillón para que se calmase pero esas acciones duraban muy poco tiempo y volvía a levantarse (Repeto Gutiérrez, 1997).

El último tiempo, se observó que la terapeuta lo llevaba al aula porque sus llantos y berrinches se hacían cada vez más seguidos y elevados, allí en la sala la terapeuta lo calmaba agarrándolo de los brazos para que no se lesione más y que sienta presión, muchas veces le daba cabezazos en los brazos a ella o la mordía, la terapeuta le dice “basta”, “tranquilízate”, le apagaba la luz del aula, para que no haya ningún estímulo, hasta que se organizase. La demanda que surge cuando el profesor de educación física lo hace esperar su turno o realizar el circuito es una exigencia en Franco que aparece como reforzador negativo. Hay un refuerzo positivo en el momento que aparece la terapeuta y se lo lleva solo a la sala, se puede observar una demanda de afecto, de contención en el niño (Carr, 1996).

Según Valdes (2016) es condición necesaria que a la hora de enseñar a comunicarse el niño pueda mediante pictogramas aprender la función de petición, esto da como resultado una disminución de las conductas inadecuadas pero en el paciente esta función es escasa, solo se observa a la hora del desayuno y esto genera que las conductas inadecuadas en el sujeto sean más frecuentes y que haya poca construcción de signos.

Además de lo descrito por Valdes (2016), para Wing (1996) es imprescindible realizar un análisis funcional de la conducta problema, en este caso porque Franco tiene

berrinches en la clase de educación física, puede haber varias hipótesis de por qué se siente cómodo en la clase, o las actividades que realiza en ella, generando una evasión a esa situación produciendo en la espera de cada turno que desencadene en el niño altos niveles de ansiedad. Es necesario que se direcciona la conducta, es decir que se pueda suplantar por otra conducta diferente para que reemplace la anterior, siempre reforzándola con alguna recompensa. Al mismo tiempo el ambiente se tiene que tornar predecible, evitando aspectos del entorno que generen ansiedad.

5.4 Describir los cambios surgidos a partir de las intervenciones realizadas por la terapeuta cuando aparece una conducta inadecuada de autolesión o lesión a terceros, después de cuatro meses de observación.

Según el último objetivo específico no se pudieron observar cambios en lo que respecta a las conductas inadecuadas del paciente desde el inicio hasta la finalización de la pasantía profesional. Si hubo un progreso en Franco desde hoy al momento que ingresó al CET.

Actualmente, el paciente mantiene contacto visual, registra su nombre, hay un mayor desarrollo en su comunicación como por ejemplo puede pedir mediante sus pictogramas cuando quiere un vaso de jugo o galletitas, aprendió a dar abrazos y le sonríe a su terapeuta. Se puede observar que hay una evolución en la comunicación del paciente, es decir, tiene un mayor nivel de interacción social (Maggio, 2014).

En lo que respecta a la problemática a nivel atencional, todavía se encuentran déficits y el paciente se sigue levantando de la silla, costándole poder finalizar una tarea o actividad grupal e individual, salvo en los momentos que se lo refuerza con alguna galletita. Para Wing (1996), suele ser un momento de tensión, a la hora de realizar alguna tarea o actividad, dando como resultado conductas inadecuadas.

Con respecto a las conductas inadecuadas, en el último tiempo, se habrían incrementado las autolesiones, el sujeto se golpeaba en el aula, en el patio y en la clase de educación física, la causa que le atribuían a la frecuencia de estas conductas era que el niño se masturbaba constantemente y cuando se intervenía para extinguir la conducta el niño se

autolesionaba. No se observó un progreso de las conductas de auto estimulación, siendo más progresivas e intensificando las conductas autolesivas o lesivas a terceros.

Abordando la problemática que surge en la clase de educación física, no se observó ningún progreso, el paciente siguió realizando berrinches y llantos, según Tamarit (1995), cuando el niño realiza una conducta inadecuada en un contexto, es necesario trabajarla dentro de ese contexto, porque justamente la valoración de esa conducta se debe al contexto en particular donde se desencadena, pero al paciente lo retiraban de la clase de educación física y lo llevaba la terapeuta a la sala para calmar su crisis. Allí, la terapeuta lo acostaba a Franco en la colchoneta, le apagaba la luz y trataba de frenar los golpes que el niño se producía, cuando estaba más calmado lo sentaba en el escritorio individual y le daba una tarea como armar un puzle o encastrar figuras, otorgándole un refuerzo, como galletitas de arroz después de finalizar la actividad.

Es preciso aclarar que el paciente asiste hace poco tiempo a la institución y además debido a su bajo nivel cognitivo, los cambios que producen de manera gradual, es decir, llevan tiempo y tienen que estar en constante entrenamiento. Según el programa TEACCH, se deben repetir las actividades para favorecer su comprensión y anticipación (Shopler, 1971).

Por consiguiente, el paciente pudo adaptarse a los cronogramas y el armado de agenda al inicio del día, pudo aprender que en cada actividad que realizaba como por ejemplo cuando iba al baño, patio, clase de educación física, terapia ocupacional y mismo cuando ingresaba nuevamente a la sala, poder depositar el pictograma de cada área nombradas anteriormente en los pictogramas que se encuentran al ingreso de las mismas, desarrollando la predicción y anticipación. Mismo sucedía cuando el paciente quería ir al patio o al baño, sacaba del cronograma que se encontraba pegado a la pared, los pictogramas de los lugares que quería ir (Bondy & Frost, 1985). Es preciso comentar en lo que respecta a las actividades independientes, en el trabajo “*uno a uno*”, paciente y terapeuta, Franco está trabajando de forma satisfactoria, pero en lo que tiene que ver con la actividad grupal o trabajo con su compañero de sala, todavía no se observan avances (Shopler, 1971).

Otros de los avances significativos en el paciente fue poder reconocer los vasos, platos y cubiertos, también poder guardarlos en sus respectivos lugares, como por ejemplo las botellas de agua dentro de la heladera y también guardar la comida para su almuerzo cuando llega al CET.

Con respecto a lo relatado en el párrafo anterior, se observó en el sujeto que en las últimas semanas de la pasantía, Franco, estaba trabajando para poder ir al baño solo y aprender a lavarse las manos, es decir, que hay un progreso en el control de esfínteres, produciendo un aumento en su adaptación y autonomía.

6. Conclusión.

De acuerdo a los objetivos planteados para este estudio, se han descrito y observado las conductas inadecuadas de autolesión y lesión a terceros de un paciente con TEA. Así mismo se han relatado las intervenciones de la terapeuta a partir de una conducta inadecuada, y si se observaron cambios en Franco desde el comienzo hasta la finalización del estudio, como el contacto visual, un aumento en la interacción con la terapeuta, poder responder cuando es llamado por su nombre, se observaron avances en el trabajo “*uno a uno*”, como también lo comentado anteriormente sobre un progreso en el control de esfínteres.

A modo de conclusión es importante relatar las limitaciones de la pasante en el momento que comenzó la práctica, es decir la escasa información que tenía acerca de la patología que trabajaba la institución, a medida que pasaba el tiempo se pudieron incorporar conocimientos y poder comprender el autismo, la manera de cómo comunicarse, el modo directivo para hablarle a los pacientes, como utilizar los pictogramas, los gestos como por ejemplo el “*termine*” en una actividad, es decir un mundo que empezó a naturalizarse.

Según GandaraRossi, (2007), el terapeuta tiene que conocer la cultura del autismo y ser el intérprete de él en el mundo no autístico, es decir, de a poco, la autora de este trabajo,

ha dejado de realizar presunciones de por qué el niño realizaba una conducta disruptiva, por qué se manejaba el paciente de manera agresiva hacia sí mismo, por ende se empezaron a interpretar esas conductas, ponerle palabras, buscar las causas, es decir, lo que el niño quería comunicar. A medida que pasaba el tiempo se comenzaba a conocer al paciente, qué le molestaba, cuándo tenía una interferencia por sus auto estimulaciones, cuándo realizaba berrinches porqué tenía hambre, cuándo se autolesionaba porque no le gustaba una tarea, si la luz o los ruidos le molestaban o cuando tenía un dolor físico, es decir, varias interpretaciones que pueden ser erróneas o no pero que hay voluntad para poder comprenderlas.

A su vez, hubiera sido de gran ayuda poder tener información sobre Franco en su vida cotidiana, este trabajo es solo un recorte de como el paciente es paciente dentro de un CET, pero este estudio tendría más riqueza si se pudiera haber observado al sujeto relacionándose con sus familiares, o tener información de él fuera de la institución. Estos aportes hubieran sido de gran ayuda para poder probar los conocimientos y habilidades que aprendió el paciente en el centro, según el programa TEACCH.

Si se pudo acceder, gracias a la buena voluntad de la terapeuta al cuaderno de comunicaciones del paciente, en el cual se registraba las notas de la madre y la terapeuta, el cuaderno era escrito día a día, comentándole a la madre del paciente como había estado, si había realizado de forma eficaz las actividades y la madre si necesitaba informarle algo sobre el niño como por ejemplo que no había dormido bien esa noche o tenia dolor de panza, etc., es decir, toda conducta o estado de ánimo era registrado en ese cuaderno.

Sin embargo, hubiera sido de gran relevancia haber contado con más tiempo para observar al paciente, dado esta premisa, en lo que respecta a las intervenciones realizadas para que el sujeto empiece a ir al baño por sus propios medios, ya que al principio de la práctica el paciente no tenía control de esfínteres.

A través de la mirada, de pasante, hubiera trabajado de forma diferente a la de la terapeuta en varias intervenciones. Según Wing (1996) hubiera realizado un análisis funcional para saber que intenta comunicar con esas conductas inadecuadas, por ejemplo en la clase de educación física, la intervención hubiera sido que en vez de sacarlo cada vez que Franco tenía una crisis y llevarlo al aula, según la autora de este trabajo, hubiera sido

organizarlo y que regrese a la clase de educación física, trabajar con el profesor de esa materia para que le de algún objeto para distraerlo, o ser más claro en las consignas y que no se desestructure con el tiempo de espera, produciendo en el paciente sus autolesiones debido a su baja tolerancia, es decir, no se observó en la terapeuta un análisis funcional de la conducta del paciente, ni los antecedentes ni las consecuencias de estas, en este contexto (García Coto, 2011). Así mismo para Carr (1996) hay mayor repetición de esa conducta problema cuando se le presta atención, si aparece la terapeuta cada vez que Franco presenta esas conductas auto lesivas en esa situación es probable que este demandando afecto en ella.

Otra intervención que hubiera realizado sobre esa problemática es haberle dado más herramientas al paciente para que puede anticipar o predecir su turno, algún pictograma o claves visuales, para que pueda esperar y no desencadene una crisis o también otra posibilidad era darle actividades simples, que trabajan la motricidad fina como por ejemplo poner palitos en una botella de plástico vacía, para que se organice y al mismo tiempo que pueda esperar su turno. Lo mismo hubiera realizado para la problemática de la auto estimulación, le hubiera otorgado claves visuales o pictogramas para que entrene su función de petición a la hora de sentir ganas de masturbarse y pedir ir al baño para realizarlo, es decir que pueda discernir que eso no se realiza en un lugar público y que necesita intimidad.

Por otro lado cabe destacar la buena labor del equipo profesional, las supervisiones entre los profesionales era constante, se observó un gran apoyo entre ellos a la hora de existir algún conflicto, la pasante pudo acceder gracias a la buena voluntad del equipo de coordinadores a las capacitaciones que se dictaban en el CET y fueron de gran aprendizaje y formación profesional para la autora de este trabajo, obteniendo herramientas para utilizar en el futuro.

Así mismo se generaron varios interrogantes, por ejemplo sobre la comunicación de estos niños; es verdad que no hay una comunicación como suele haber en los neurotipicos, pero ellos se comunican a su manera, pero no quiere decir que no hay comunicación, ni demandan afecto, crean vínculos a su modo, más precisamente al realizar una conducta inadecuada algo está intentando comunicar, es decir, tiene otra forma de ver y entender el

mundo, tratándose de que los otros comiencen a aceptar y comprender la neurodiversidad (Casanova, 2013). Volviendo a lo anterior es necesario que partir de la inclusión según Valdez (2016) se pueden crear programas para favorezcan esa comunicación y dar al niño herramientas para su autonomía.

Esto genera en la autora nuevas líneas de investigación, poniéndole principal énfasis en el futuro de este paciente y de muchos pacientes más diagnosticados con TEA, sobre el abordaje del programa TEACCH o el modelo PECS, dentro de la vida cotidiana de los pacientes, en otros términos, como estos procesos es llevado a cabo fuera del CET. Pudiendo analizar en futuros estudios, como se presentan las conductas inadecuadas en este caso clínico en particular, como es abordado por los familiares o cuidadores, como estos pacientes se comunican con su entorno y si realmente hay certezas de que estas intervenciones favorecen su adaptabilidad y autonomía en otros ámbitos de la vida diaria (Valdez, 2016).

Por último, es notable destacar que queda mucho por recorrer en lo que respecta a esta patología, observando la cantidad de diagnósticos por año sobre TEA (OMS, 2017) y la falta todavía en este país de información, de aceptación y de inclusión social de estas y otras personas con discapacidad.

7. Referencias Bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publish.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publish.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Londres: MIT Press.
- Bettelheim, B. (2012). *La fortaleza vacía, autismo infantil y la fortaleza del yo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (2007). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Carr, E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza.
- Casanova, M. (2013). El movimiento de la neurodiversidad: buenas intenciones pero una pobre base científica. *Autismo Diario*. Recuperado de: <https://autismodiario.org/2013/09/07/el-movimiento-de-la-neurodiversidad-buenas-intenciones-pero-una-pobre-base-cientifica/>.
- Frith, U. (2006). *Autismo hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.
- Gándara Rossi, C.C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. Vol. 27, No. 4, 173-186.
- García Coto, M.A. (2011). Manejo de conductas inadecuadas. *Biblioteca Brincar*. Recuperado de: <http://biblioteca.brincar.org.ar/manejo-de-conductas-inadecuadas/>.

- Maggio, V. (2014) Lenguaje y Comunicación. En N. Grañana (Ed), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico* (pp. 255-303). Buenos Aires: Paidós.
- Mebarak, M; Martinez, M & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2009000200007.
- Molina Montes, A. (1997). Como potenciar la comunicación en el alumnado con trastorno del espectro autista. En S. Repeto Gutiérrez (Ed), *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica, volumen 1, los trastornos del espectro autista* (pp. 74-85). Andalucía: Consejería de educación.
- Organización mundial de la salud (2017). *Trastorno del espectro autista*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>.
- Pennington, B & Ozonoff, S. (1996). *Executive Functions and Development Psychopathologies*. *Child Psychology Psychiatry. Annual Research Review*, 37, pp 51-55.
- Perner, J. (1994). *Comprender la mente representacional*. Barcelona: Paidós ibérica.
- Repeto Gutiérrez, S. (1997). Naturaleza de los trastornos del espectro autista. En S. Repeto Gutiérrez (Ed), *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica, volumen 1, los trastornos del espectro autista* (pp 8-25). Andalucía: Consejería de educación.
- Richaudeau, A (2014). Funciones ejecutivas. En N. Grañana (Ed), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico* (pp. 217-244). Paidós. Buenos Aires.
- Riviere, A (1997). Desarrollo normal y Autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. *Curso de Desarrollo Normal y Autismo*.

Universidad Autónoma de Madrid, Santa Cruz de Tenerife España. Recuperado de:<http://files.rekursostictac.webnode.com/200000114-d680bd7773/Riviere%20Desarrollo%20normal%20y%20Autismo.pdf>.

Silberman, S. (2016). *Autismo y Asperger, otras formas de entender el mundo*. Buenos Aires: Planeta.

Tamarit, J. (1995). *Conductas Desafiantes y Autismo: Un Enfoque Contextualizado. : Trastornos Profundos del Desarrollo*. Sevilla: ASPANRI.

Valdez, D (1997) La Teoría de la mente y sus alteraciones en el espectro autista. En S.Repeto Gutiérrez (Ed), *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica, volumen 1, los trastornos del espectro autista* (pp 26-73) Andalucía: Consejería de educación.

Valdez, D. (2016). *Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas*. Buenos Aires: Paidós.

Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos, una guía para la familia*. Barcelona: Paidós Iberia.

Iyaca, E (2014). "Conducta". Capítulo 8. *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. Ed: N.Grañana. (pp. 321-342). Buenos Aires: Paidós.