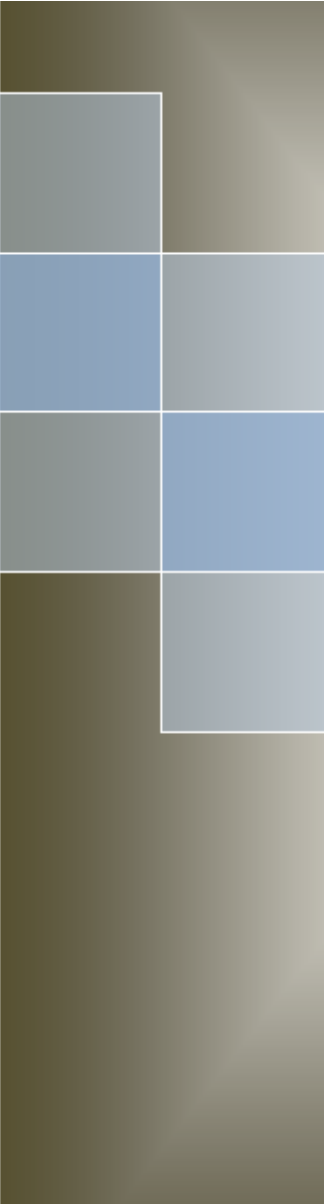


Universidad de Palermo.



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Conductas Inadecuadas en el
Espectro Autista
Estrategias de Intervención

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	4
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. Orígenes del concepto de autismo.....	4
3.2 Características generales y diagnósticas del espectro autista	7
3.2.1. Déficits persistentes en la comunicación social e interacción social.	10
3.3.2. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses	12
3.3 Concepción de conducta inadecuada dentro del espectro autista.....	13
3.4 Tratamiento terapéutico en el espectro autista	16
3.5 Intervenciones terapéuticas llevadas a cabo frente a conductas inadecuadas en el tratamiento del espectro autista	21
4. MÉTODOLÓGÍA	24
4.1 Tipo de estudio y diseño	24
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	25
4.4 Procedimiento	25
5. Desarrollo	26
5.1 Introducción breve del caso	26
5.2 Describir y analizar las conductas inadecuadas que se presentan en un niño con autismo	28
5.3 Analizar las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo ante las conductas inadecuadas de un niño autista	30
5.4 Describir si las conductas inadecuadas disminuyen a partir de la implementación de las intervenciones terapéuticas en el proceso de tratamiento de un niño autista	34
6. Conclusiones	39
7. Referencias bibliográficas	43

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Final Integrador es producto de la práctica profesional V realizada en un Centro Educativo Terapéutico, situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La residencia en la institución constó de 250 horas, durante las cuales existe la oportunidad de observar y participar distintos espacios que forman parte de la misma. El Centro, (CE) tiene como objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizaje a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico en pacientes con trastornos del espectro autista. La concurrencia de los pacientes a este centro tiene modalidad ambulatoria, diaria y se produce en jornada simple o doble. La atención se lleva a cabo de forma individual y/o grupal de acuerdo a criterios de edad, condiciones psicofísicas y actividades a realizar, procurándose en todos los casos la utilización de ambas metodologías según corresponda.

Algunos concurrentes de la institución poseen tendencias a presentar conductas potencialmente dañinas para sí mismos y su entorno. En el caso de P., un niño de 9 años con trastorno autista que asiste a la misma, habitualmente se observan este tipo de comportamientos. Dada esta situación, fue necesario llevar a cabo el desarrollo de un plan de acción para poder reducir este tipo de conductas.

Considerando que este tipo de procesos representan gran importancia en el tratamiento del trastorno autista, se evaluó la posibilidad de proceder a analizar las diferentes estrategias e intervenciones llevadas a cabo en presencia de conductas inadecuadas en el caso del niño P.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar las estrategias e intervenciones implementadas para la corrección de las conductas inadecuadas en el caso de un niño con trastorno autista.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir y analizar las conductas inadecuadas que se presentan en un niño con autismo.
- Analizar las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo ante las conductas inadecuadas de un niño autista.
- Describir si las conductas inadecuadas disminuyen a partir de la implementación de las intervenciones terapéuticas en el proceso de tratamiento de un niño autista.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Orígenes del concepto de autismo

La palabra autismo fue utilizada por primera vez por Bleuler en el año 1911, refiriéndose a un trastorno que se presentaba en pacientes esquizofrénicos, consistente en una pérdida del contacto con la realidad que conllevaba, por consecuencia, el cese de la comunicación con el otro. La vida del sujeto, de esta manera, lograba una predominancia de lo interior y el detrimento de la relación con la realidad exterior (Belinchón, 2001; Firth, 2011; Pérez & Ramos, 1995).

Rivière (2001) considera que existe la posibilidad de trazar una línea para dividir la historia del autismo conformando tres diferentes etapas del estudio del autismo. La primera sería conformada desde el año 1943 al 1963, iniciada por las investigaciones de Kanner y Asperger. La segunda desde 1963 hasta 1983 marcada por una influencia más conductista y por último, una tercera desde el año 1983 hasta la actualidad, con el apogeo de lo cognitivo conductual.

En la primera etapa, año 1943, el término autismo es retomado por Kanner, pero es preciso resaltar, tal como lo hace Rivera (2007), que Bleuler lo definía como una retirada activa del sujeto, siendo una conducta intencional realizada con el objetivo de evitar las relaciones sociales. Al contrario, Kanner aludía a una incapacidad para poder establecer vínculos, es decir, que el sujeto no sentía necesidad de recluírse en sí mismo, sino que estaría imposibilitado. Esta conclusión la obtuvo a partir de sus investigaciones, basadas en diferentes casos de niños diagnosticados con esquizofrenia que poseían características extrañas similares.

Dentro de las características que se repetirían en estos niños se encuentran: la aparición temprana del trastorno, la extrema soledad autista, insistencia en la invariancia ambiental, ausencia de rasgos físicos, excelente memoria con un buen potencial cognitivo, hipersensibilidad a estímulos, mutismo o lenguaje sin intención comunicativa y limitaciones en su repertorio de actividades espontáneas (Kanner, 1943). Algunas de las mismas, funcionarían más adelante como criterio diagnóstico para el trastorno autista, en ese entonces considerado como una psicosis infantil (Martos, 2011; Belinchón, 2001).

Paralelamente a Kanner, Asperger también identifica un grupo de cuatro niños con características que llaman su atención. Describe un trastorno muy similar al de Kanner, caracterizado principalmente por una limitación de las relaciones sociales, extrañas pautas comunicativas y por un carácter obsesivo en pensamiento y acciones. (López Gómez, Rivas Torres & Taboada Ares, 2009).

Cabe destacar, tal como lo hace Martos (2011), que, al contrario de lo que ocurrió con la publicación de Kanner, el trabajo de Asperger habría permanecido desconocido hasta que fue traducido del alemán al inglés. Lo que trajo como consecuencia su poca popularidad hasta años posteriores.

Según Firth (2011) estas investigaciones, al estar ubicadas en un momento donde el paradigma psicodinámico era hegemónico, las explicaciones causales del trastorno tanto de Asperger como de Kanner se veían influenciadas por el mismo. Ambos sugerían la existencia de una alteración de contacto en el nivel de los instintos y lo afectivo en la niñez. Así, el autismo sería considerado como un trastorno emocional con origen en relaciones afectivas inadecuadas entre el niño y sus padres, donde el sujeto, a consecuencia de estas falencias generaría una inhibición y, hasta un rechazo emocional hacia sus figuras de crianza. Carente de base empírica, dicha hipótesis ha sido duramente criticada desde diversas perspectivas por diferentes investigadores (Rutter, 1968; Wing, 1993)

Retomando las divisiones históricas de Rivière (2001), la segunda etapa de estudio consideraría los años entre 1963 y 1983. En esta etapa, algunos autores como Rimland (1965) y Rutter (1968) lograron virar los estudios hacia una explicación de corte conductual, cognitiva y biomédica. Surgiría entonces una visión más científica del autismo, buscando una explicación del trastorno a en la neurobiología principalmente. Según López Gómez et al. (2009) a partir de este momento, gracias a la influencia de Rutter principalmente, surgen numerosas investigaciones en el campo del aprendizaje, lenguaje y las habilidades sociales, lo que también produce un cambio en las formas de tratamiento hacia una perspectiva conductual.

Dentro de la tercer etapa, constituida por los años entre 1985 hasta la actualidad, los investigadores del espectro autista se vieron mas influidos por la corriente cognitivista interaccionista, lo que motivó, según Rivière (2001), la búsqueda del estudio de los procesos mentales que se desarrollan en la infancia que se encontrarían alterados por el trastorno; dando como nacimiento conceptos como la teoría de la

mente, por ejemplo. En esta última etapa las hipótesis sobre el origen del autismo se centran en causas biológicas, psicológicas y ambientales. También aquí es que nace el concepto de continuum o espectro autista, si bien según la mirada de la autora Belinchón (2001) fue utilizado por primera vez por Allen, la popularidad del concepto comenzó a partir de las publicaciones de Wing.

Wing y Gould (1979) en un estudio epidemiológico, describieron a la manifestación de los síntomas del autismo como algo gradual. Ya que percibieron que en su muestra de estudio, las personas no demostraban las alteraciones de igual forma, sino que existían diferentes gradientes. Los niños podrían compartir la misma edad y capacidad intelectual pero demostrarían diferente gravedad de los síntomas y la afectación de las áreas. Describieron a consecuencia, un continuo donde existen un conjunto de síntomas que tienen en común una tríada autística: las alteraciones en la interacción social, alteraciones en la comunicación social y por último, las alteraciones en la imaginación social.

López Gómez et al. (2009) consideran que Wing, a través de la concepción del autismo como algo continuo, generó un gran avance dentro de la investigación del autismo, ya que se comienza a considerar la complejidad y heterogeneidad de la dispersión sintomatológica del trastorno. Las características del autismo podrían manifestarse en personas que no sufren la totalidad del trastorno, con síntomas leves, al mismo tiempo que existirían individuos que presentarían sus síntomas en toda su gravedad y profundidad.

Ésta visión será una influencia para la American Psychiatric Association (1987), al momento de establecer los criterios diagnósticos del trastorno autista en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) versión III-R. En la publicación respetarían los dos primeros componentes de la tríada (las alteraciones en la interacción social y alteraciones en la comunicación social) y las alteraciones en la imaginación social, serían reemplazadas por los patrones de comportamiento repetitivo, como última parte de la tríada. (Wing, 1993). El continuo autista resulta ser, de esta manera, una concepción substancial para el estudio del área y deriva finalmente en el concepto de los trastornos de espectro autista (TEA) que es utilizado en el presente. (Wing, Gould & Gillberg, 2011).

3.2 Características generales y diagnósticas del espectro autista

Tal como se ha visto descripto en apartados anteriores, la definición del autismo ha variado notablemente a lo largo de los años y además, lo ha hecho, a consecuencia, su diagnóstico. Pérez y Ramos (1995) remarcan esto y explican que en un principio, cuando el autismo era pensado como un tipo de psicosis infantil, los criterios diagnósticos eran focalizados en conductas del tipo bizarras con explicaciones principalmente psicodinámicas. Al variar los enfoques explicativos, los diagnósticos se han modificado, enfatizando cada vez más los déficits cognitivos y conductuales de los individuos.

Bartin Robins, Jashar, Brennan y Fein (2013) ejemplifican claramente lo escrito anteriormente cuando describen al espectro autista como un grupo de desórdenes en el neurodesarrollo definido conductualmente, en el que se observan dificultades en la comunicación, interacción social y un repertorio restrictivo de conductas repetitivas. Estos mismos autores, realizan un análisis sobre los cambios recientes que han sido formalizados por la American Psychiatric Association en su concepción del trastorno. La misma ha sido reevaluada, principalmente, debido a la dificultad que existía en la diferenciación de los subtipos del trastorno generalizado del desarrollo, además de ver plasmados los hallazgos científicos en la materia hasta el momento.

Antiguamente, la *American Psychiatric Association* (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV) dividía a los trastornos generalizados de desarrollo (TGD) en: el trastorno autista, el síndrome de asperger, el trastorno desintegrativo, el síndrome de rett y TGD no especificado. Sin embargo, en la publicación DSM-5 ya no existirían estos subtipos (APA, 2000, 2013). En concreto, proponen un único grupo: TEA. De esta forma, según De La Iglesia y Sixto Olivar (2012), se lograría enfatizar la visión dimensional de este trastorno en sus diferentes áreas afectadas.

Por otra parte, en la publicación del DSM-IV de APA (2000) dentro de los criterios para el diagnóstico del trastorno autista se enumeraban las características nombradas anteriormente: alteración cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación y, por último patrones de comportamiento, intereses y actividades consideradas restringidas, repetitivas y estereotipadas. Mientras que, en la actual publicación del DSM-5 (APA, 2013) se han considerado los aspectos comunicativos y las dificultades sociales de forma conjunta. Esta modificación ha acarreado críticas, ya que algunos

autores la han considerado como una sobre simplificación.

Un ejemplo claro de este tipo de críticas es la publicación de Wing et al. (2011), dos de ellos grandes pioneros en los estudios del autismo y en empuñar el concepto de espectro autista. Estos autores, luego de realizar un análisis a partir de un borrador de la próxima publicación del DSM-5 en ese momento, resaltaron la posibilidad de que un porcentaje de casos de TGD queden excluidos del diagnóstico de TEA. Y realizaron hincapié en la importancia de considerar el grupo de alteraciones nucleares que se conocen como la triada de Wing (1998), nombradas anteriormente en este trabajo.

Los criterios diagnósticos del DSM-5 de APA (2013) considerarían, en primer lugar, déficits persistentes en la comunicación social e interacción social, abarcando los mismos a: a) déficits en reciprocidad social; b) déficits en conductas comunicativas verbales y no verbales usadas en la interacción social; c) déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

Por otra parte, existe la segunda dimensión que abarca a los patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Se consideran: a) Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos; b) Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal o no verbal ritualizados; c) Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco; d) Hiper o hipo reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno.

Los síntomas deberían hacerse presentes en la etapa del desarrollo temprano, causar alteraciones clínicamente significativas y no podrían explicarse mejor por medio del diagnóstico de discapacidad intelectual. La severidad se basaría en la alteración social y comunicativa, además de en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos. Existirían tres diferentes niveles, siendo el nivel 1 el que requiere menos apoyo, el nivel 2 el intermedio y el nivel 3 el que requeriría más apoyo (APA, 2013).

A continuación, se ahondará únicamente en las características del nivel 3 ya que describe la tipología aplicable al caso a evaluar en el presente trabajo. Siendo las descripciones de los niveles 2 y 1 extensas y no congruentes con el sujeto en cuestión.

El nivel 3, requiere un apoyo muy sustancial. En la dimensión de la comunicación social existirían déficits severos en las habilidades de comunicación verbal y no verbal. Estas mismas podrían traer como consecuencia alteraciones en el funcionamiento de las interacciones. Se iniciarían pocas interacciones y respondería mínimamente a los intentos de relación de otros. En cuanto a la dimensión de intereses restringidos y conductas repetitivas, se observaría inflexibilidad en el comportamiento y extrema dificultad al momento de afrontar cambios, comportamientos restringidos o repetitivos que intervendrían en el funcionamiento en todas las esferas y por último existirían, además, dificultad al cambiar el foco de interés de una conducta.

Existen diferentes escalas e inventarios tenidos en cuenta al momento de realizar el diagnóstico, Milla y Mulas (2009) realizan una enumeración de diferentes herramientas que pueden ser utilizadas en este momento. Entre las mismas enumeran el Inventario De Espectro Autista (IDEA), *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), *Behaviour Rating Instrument for Autistic and Atypical Children* (BRIACC), *Behaviour Observation Scale for Autism* (BOS), *Peabody* y Análisis de la Competencia Comunicativa e Interactiva en el Autismo ACACIA.

Rivière (2002) realiza la categorización que es utilizada en el inventario IDEA. Describe 12 dimensiones del desarrollo que consideraba siempre alteradas en los TEA, agrupadas en cuatro conjuntos mayores: a) las alteraciones en la socialización (relaciones sociales, referencia conjunta, intesubjetividad y mentalismo); b) alteraciones en la comunicación y el lenguaje (funciones comunicativas, lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo); c) alteraciones de la flexibilidad mental y comportamental (anticipación, flexibilidad y sentido de la actividad) y d) las alteraciones de ficción e imaginación (ficción, imitación y suspensión).

A continuación se retomarán las dos dimensiones consideradas por el DSM-5: a) déficits persistentes en la comunicación social e interacción social y b) patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Con la finalidad de explicar un poco más lo escrito sobre ellas.

3.2.1. Déficit persistentes en la comunicación social e interacción social.

Una de las explicaciones para algunas de estas alteraciones de la socialización es el concepto de déficit en el mecanismo de la teoría de la mente, descrito por Leslie (1987) como un sistema para inferir el

rango completo de estados mentales a partir de la conducta. Rivière, Sotillo, Sarriá y Núñez (1994) describen a la teoría de la mente como un subsistema mediante el cual los sujetos atribuyen, infieren, predicen y comprenden los estados mentales ajenos en presencia de interacciones sociales. Según Firth (2011) las personas con espectro autista tienen dificultades al momento de distinguir entre lo que se encuentra en el interior de su mente y los que existe en la mente de los demás, lo que genera como consecuencia, una limitación para ubicarse en el lugar de otra persona y, por ende, las conductas ajenas resultan imprevisibles y difíciles de comprender.

Repeto Gutierrez (2006) retoma el concepto de física intuitiva y psicología intuitiva de Baron Cohen y Balton, investigadores de corte cognitivo que, en el año 1985, presentarían el concepto de teoría de la mente, junto con Firth y Leslie. Mediante estos dos conceptos, física y psicología intuitiva, describen las dificultades que suelen poseer las personas con TEA para poder acceder y comprender el mundo social a diferencia del mundo físico.

El mundo físico tendría características simples, claras y evidentes, que permanecen en el tiempo y con un significado constante, estén en el lugar en que se encuentren. En cambio, los aspectos que rigen el mundo social serían mucho más complejos ya que para ser interpretadas deben considerarse diferentes elementos del entorno, lo que hace a su vez que sean más variables; además de ser mucho más sutiles y efímeras, ya que permanecen poco en el tiempo (Repeto Gutierrez, 2006).

Se describen estas capacidades como física intuitiva y psicología intuitiva. La primera detallaría la capacidad de comprender y regular la relación con el mundo físico, mientras que, con la segunda se comprendería y se adaptaría la relación con el mundo mental. Ambas son capacidades regulatorias independientes. Estos autores concluyen que los sujetos con TEA poseen un nivel bajo de desarrollo de la psicología intuitiva, independientemente de su nivel de desarrollo de la física intuitiva (Repeto Gutierrez, 2006).

Cuando Rivière (2001) habla sobre alteraciones del lenguaje y la comunicación, resalta el déficit de la función declarativa que suele tener el lenguaje en las personas con autismo. Esta sería la capacidad ostensiva, mediante la cual se comparte el mundo mental con el otro, la propia experiencia. El autor refiere que esta capacidad se encontraría alterada por la complejidad que implica poder poseerla, ya que, para lo mismo, sería necesario ser consciente de la percepción del otro como sujeto con experiencias propias y compartir intersubjetivamente la mente con el otro, capacidad afectada considerando la disfunción de la teoría de la mente. El lenguaje poseería, entonces, mayormente la función de modificar el mundo físico, una finalidad imperativa, donde se busca conseguir algo mediante la otra persona.

El autor sostiene que todos los niños con TEA presentan dificultades para desarrollar las capacidades lingüísticas y comunicativas en diferente grado. Las alteraciones pueden variar desde el mutismo hasta un sutil retraso en la adquisición con algunas desviaciones. Rivière (2001) hace una clasificación de diferentes niveles de alteración de la comunicación comprendiendo del nivel 1 hasta el 4: 1) Existiría una ausencia de la comunicación; 2) El niño comienza a protocomunicarse, realiza una conducta instrumental con las personas sin signos; 3) El niño tiene conductas comunicativas para pedir y lo hace mediante signos y no solo mediante conductas instrumentales; 4) Se encuentra a un niño que cuenta con conductas comunicativas, pero con escasez de declaraciones referidas al mundo interno, con poca reciprocidad y empatía. Así como existe una diferencia gradual de las dificultades expresivas, también la comprensión del lenguaje la presenta (Russo, Nicol, Trommer, Zecker & Kraus, 2009). Rivière establece como nivelaciones, las siguientes: 1) El lenguaje estaría eliminado de la mente del niño, no existiría; 2) El niño asocia conductas con emisiones, tomaría la totalidad de las oraciones sin comprender la regla de combinación de las palabras. Las oraciones son tomadas como una unidad mínima y aprendidas en un bloque; 3) El niño comprende enunciados, mediante un proceso de decodificación lingüística. Aunque con características poco flexibles y no hay comprensión de discursos; 4) Se comprenden los discursos y conversaciones, pero no diferencias entre significados literales y aspectos sutiles de la conversación (Rivière, 2001).

3.3.2. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses

Los patrones repetitivos y restringidos de conductas, es decir, la segunda dimensión que respecta a las características diagnósticas del DSM-5 mencionadas anteriormente, es una categoría que se ha mantenido del DSM-IV (APA, 2000). Muchos autores, cuando han tenido que explicar estas alteraciones

han recurrido al concepto de fallo en las funciones ejecutivas (Hill & Bird, 2006)

Wells y Pennington (1988) definen a la función ejecutiva como una habilidad que permite formular una correcta estrategia con el fin de solucionar problemas para llegar a una finalidad. Hill (2004) descompone esta función en diferentes capacidades: planificación, memoria de trabajo, control de impulsos, inhibición y flexibilidad mental y capacidad de inicio de una acción y monitorización de la misma.

Hughes y Russell (1993) han realizado una investigación donde niños con autismo debían realizar tareas que ponían a prueba su capacidad de modificación de estrategias. Como resultado hallaron que solían ejecutar de modo perseverante la acción, manteniendo la estrategia originalmente utilizada. Ambos autores explicaron luego, que la razón por la que esto ocurría sería una incapacidad de desligarse de la estrategia anterior y relacionarían luego esta falla a la alteración de la función ejecutiva dentro del autismo.

Martos Pérez y Paula Pérez (2011) en su publicación sobre las funciones ejecutivas en el TEA, desarrollan una descripción de algunas de estas funciones y describen su estado esperable en el trastorno. Sostienen que la planificación, acción por la cual se ordena una serie de pasos para realizar una tarea, en el autismo poseería un déficit, aunque esta alteración podría variar en relación a los niveles de inteligencia, tan amplios en este trastorno.

La flexibilidad cognitiva, es decir, el cambio de criterio, también estaría afectada y sus indicadores conductualmente más ligados dentro del TEA podrían considerarse las estereotipias, la rigidez cognitiva y conductual, la insistencia en la invariancia ambiental, los rituales, rutinas, ecolalias y dificultades en la regulación y modulación de los actos motores. En cuanto a la función ejecutiva de inhibición de respuesta, mediante la cual se eliminan las acciones no deseadas, clave para la regulación y control del comportamiento, ambos autores sostienen que no se han encontrado diferencias en su ejecución a comparación del desarrollo normal frente a tareas comunes. Sin embargo, sí se han observado diferencias en cuanto a la inhibición de conductas prepotentes o agresivas.

Por último, describen que en cuanto a la función del sentido de la actividad, es la capacidad de realizar acciones de forma propositiva e intencional, con claridad de significado. Para realizar esta función, es necesario planificar mediante imágenes mentales el futuro, anticipando y previendo lo que sucederá. Esta actividad en el TEA es escasa, en los casos con más gravedad existiría un vacío de acción funcional y en los de menor compromiso habría una dificultad para poder proyectar el futuro.

Sin embargo, otros autores como Firth (2011) consideran que los déficits en funciones ejecutivas podrían explicarse mejor desde la perspectiva de la débil coherencia central, es decir, la dificultad de considerar el contexto. Esta autora considera que la débil coherencia central podría llegar a explicar las fallas en las funciones ejecutivas que requieren integración con el contexto para su correcto desenvolvimiento.

3.3 Concepción de conducta inadecuada dentro del espectro autista

Considerando todas las alteraciones que se encuentran en el TEA, anteriormente descritas, Tamarit (2011) sostiene que las alteraciones en la conducta de los niños autistas es una de las cuestiones que más influye en el bienestar de las personas cercanas y el círculo familiar; lo que hace que los padres y terapeutas establezcan una prioridad en el tratamiento de estas conductas (Pituch, Green, Didden, Lang, O'Reilly, Lancioni & Sigafos, 2011) Los niños diagnosticados con TEA presentan en su vida diaria conductas inadecuadas en mayor medida que niños con desarrollo normal y con otras dificultades psicológicas (Matson, Wilkins & Macken, 2009).

Algunos autores, como por ejemplo, Tamarit (1998) consideran a la conducta problemática en el autismo bajo el término de conducta desafiante (en inglés *Challenging Behaviors*), vista como una conducta que supone un reto, un desafío, para el servicio que intenta cubrir las necesidades del individuo que la realiza. La conducta, de esta forma, no es considerada un problema en sí para la persona que lo manifiesta, ni una consecuencia dada determinada de forma absoluta por la patología que le acontece, sino, la conducta se analizaría como una respuesta dada en la interacción entre la persona y el entorno físico y social. Sin embargo, otros autores, como Wing (1998), en el momento de denominar la conducta problemática evitan utilizar el término desafiante, prefiriendo utilizar el término *conducta inadecuada*, para evitar confusiones políticas y teóricas. Por lo tanto, si bien, las conductas descritas por los autores serían las mismas, en el presente trabajo se utilizará el término conducta inadecuada, al

ser considerado más neutro y descriptivo.

Tamarit (2011) realiza una categorización de las conductas inadecuadas, dividiéndolas en: a) destructivas (autolesiones, agresiones a otros, destrucción de propiedades); b) interferentes (obstaculizan el aprendizaje o rehabilitación); c) restrictivas (impiden usar o aprovechar las oportunidades normalizadas en el contexto)

Matson, Sipes, Fodstad y Fitzgerald (2011) consideran que las conductas problemáticas en el TEA más comunes serían las agresivas, tales como: golpear, patear, escupir y destruir objetos. Y estas acciones se llevarían a cabo a lo largo de los diferentes grados de gravedad del trastorno y estarían relacionadas con la capacidad de adaptación al entorno.

Whitaker (2003) describe la aparición de la conducta inadecuada como un proceso, dividido en diferentes etapas, por medio del cual se produce una acumulación de tensión que puede llevar a una crisis donde es posible que se presente la conducta no deseada. Las etapas consideradas por el autor comenzarían a desplegarse a partir de un elemento disparador, que traería como consecuencia que el sujeto inicie la primera fase denominada desencadenante, seguida por una intensificación o escalada, crisis y luego recuperación. Este autor afirma que las características de base que componen al TEA hacen que sea más complicado poder adaptarse al ambiente ante determinados disparadores y se responda en su lugar con conductas inadecuadas. La postura de Tamarit (2011) concuerda con lo sostenido por este autor, al afirmar que la persona con TEA al contar con un repertorio limitado de conductas cuenta con una mayor posibilidad de presentar conductas dañinas ante determinadas situaciones o estímulos que no pueda comprender y afrontar con facilidad.

Siguiendo esta misma línea de análisis, Morgan (1996) considera a las conductas inadecuadas como la punta del iceberg, en cuya base oculta bajo las aguas se encuentra la posibilidad de la presencia de una incompreensión de las reglas del juego, el sentido de la conducta social del otro, el lenguaje verbal y no verbal, dificultades de autocontrol, carencia de empatía social, dificultades de imaginación, limitación en el control y predicción del entorno, no generalización del aprendizaje, el apego y la rutina proporcionan predicción y seguridad.

Varios autores sostienen que la conducta inadecuada puede ser llevada a cabo por una multicausalidad de factores (Rispoli, Ganz, Neely & Goodwyn; 2013) Según Wing (1998) las razones o disparadores de la conducta inadecuada más frecuentes suelen ser: a) La interferencia con la rutina cotidiana habitual o con las actividades repetitivas; b) La confusión y el miedo producido por hechos y situaciones no conocidas; c) La incapacidad para comprender las explicaciones, los intentos de tranquilización o las instrucciones; d) La falta de conocimiento de las normas sociales de conducta; e) La incapacidad de comunicar las necesidades y los sentimientos con palabras o con signos; f) La hipersensibilidad al ruido, a las luces intensas, a ser tocados, a la proximidad excesiva de otras personas; g) Los miedos específicos (fobias) a objetos o situaciones inofensivos; h) La tensión al hacer tareas demasiado difíciles, que no les agradan o que duran demasiado tiempo, y por último; i) Aunque hay otras razones más frecuentes, los padres y los cuidadores deberían considerar la posibilidad de que la conducta inadecuada se deba a incomodidad, dolor o enfermedad, especialmente si dicha conducta ha cambiado o se presenta en periodos distintos del patrón habitual.

Aún así, hay autores que suelen explicar a las conductas inadecuadas priorizando un solo factor como las alteraciones comunicacionales, o la dificultad en la integración sensorial. Por ejemplo, Chiang (2008), al igual que otros investigadores, realizó una investigación con el fin de observar la relación entre la aparición de conductas inadecuadas con la dificultad expresiva del TEA. Siguiendo esta premisa, llevó a cabo un estudio con niños de 3 hasta 16 años que poseían TEA y, a su vez diferentes grados de dificultades en la comunicación. En el mismo obtuvo como resultado que, quienes contaban con mayores dificultades para expresar sus necesidades solían realizar conductas inadecuadas para poder acceder a consumirlas. Utilizando las mismas como un remplazo de la comunicación expresiva adaptativa.

Diferentes autores consideran que es preciso determinar cuál es la función, el propósito que estas conductas tienen como finalidad ya que, mientras que estas sean consumadas habrá altas posibilidades de que la conducta inadecuada se mantenga en el tiempo. Las conductas problemáticas, han sido aprendidas como consecuencia de haber logrado a través de las mismas el objetivo deseado (Carr, Levin, McMonhachie, Carlson, Kemp & Smith, 1996)

En los siguientes apartados se describirá cuáles son las diferentes visiones de tratamientos utilizados en

el abordaje de TEA así como sus métodos de intervención respectivos.

3.4 Tratamiento terapéutico en el espectro autista

Cervera, Romero, Abad Mas y Mulas Delgado (2011) sostienen que las formas de intervención en el TEA han cambiado de forma abismal desde los años 50 donde la teoría psicodinámica reinaba. Afortunadamente, con el tiempo se deja de responsabilizar a los padres de haber causado en sus hijos el autismo y comienza a abrirse paso hacia otras perspectivas. A mediados de los años 60 se inicia el impulso del paradigma conductista, seguido por el cognitivo, y de esta manera a delimitarse la naturaleza cognitivo-conductual del autismo. Además, en los años 80 se generan programas desde un ámbito multidisciplinario y se realizan investigaciones para tratar de determinar las estrategias de enseñanza más adecuadas. (López Gómez et al., 2009). En la actualidad, según López Gómez, et al. (2009) los programas de intervención trabajan con componentes básicos: a) El desarrollo, aprendizaje y motivación hacia el acto comunicativo en la interacción social y en el contexto próximo; b) Aprendizaje de respuestas al medio y a sus demandas estimulares; c) Adecuación del programa de intervención al grado de afectación y a sus características del desarrollo; d) Definición de objetivos que impliquen el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida cotidiana.

Siguiendo esta visión, Tamarit (2005) propone que, además de los nombrados anteriormente se realice una orientación familiar, con el fin de fomentar un clima de colaboración, expresión de necesidades y proporcionar pautas útiles para el hogar.

Autores como Hernandez et al. (2005) indican que un diagnóstico correctamente realizado será el puntapié inicial de un buen tratamiento, debido a que proporcionará los datos necesarios para elaborar un plan de acción y permitirá las revisiones periódicas. Facilitará a los profesionales información adecuada para comparar objetivamente las variaciones observadas, analizando así, la evolución del paciente y valorar los resultados de los tratamientos aplicados. Deben utilizarse estos datos para conformar un plan individual coherente con las necesidades propias del paciente, considerando las debilidades y fortalezas del individuo. Los planes centrados en la individualidad servirán como vehículo hacia el pensamiento creativo, idealmente estos se conciben integrando las visiones de todo el equipo de trabajo del paciente (Buschbacher & Fox, 2003).

Roberts (2004) establece una categorización para dividir los modelos de intervención dentro del espectro autista. En la misma se pueden encontrar: a) intervenciones psicodinámicas; b) intervenciones biomédicas, compuestas por medicina tradicional o medicina alternativa; c) intervenciones psicoeducativas. A su vez estas últimas se subdividen en: c.a) Intervenciones conductuales, basadas en enseñar nuevos comportamientos y habilidades; c.b) Intervenciones evolutivas, se centran en que el niño pueda generar vínculos positivos, enseñando técnicas sociales y de comunicación (se ejemplifica Floor Time, DIR); c.c) Intervenciones combinadas, las cuales combinan elementos de los métodos conductuales y evolutivos; c.d) Intervenciones basadas en la familia; c.e) Intervenciones basadas en terapias que contienen: c.e.a) centradas en desarrollar habilidades comunicativas; c.e.b) centradas en el desarrollo sensoriomotor (integración sensorial). (Roberts, 2004 como se citó en Barthèlemy, Fuentes, Howlin & Van Der Gaag, 2006)

En este trabajo, con el fin de evitar un desarrollo excesivo, el foco estará ubicado solo en algunas de estas categorías, basándose en la utilidad conceptual para el mismo. De esta forma, se considerará solamente la categoría de modelo de intervención psicoeducativa. Prestando atención, principalmente, a las subcategorías de modelos de intervenciones conductuales, precisamente el modelo *Applied Behavioral Analysis* (ABA). Además de, intervenciones combinadas, únicamente focalizando en *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* (TEACCH). Y, finalmente, los modelos basados en terapias centradas en desarrollar habilidades comunicativas: *The picture Exchange Communication system* (PECS) y los Sistemas Alternativos de Comunicación (SSAAC).

Trivisonno (2007), defensor del enfoque ABA en Argentina, en este país conocido como Análisis Conductual Aplicado (ACA), comenta como fueron los inicios del enfoque en su libro *Introducción al Enfoque ABA en Autismo y Retraso del Desarrollo*. Lovaas, iniciaría en el año 1987 una investigación sobre la eficacia del método ABA en autismo (Lovaas, 1987) y más tarde sería popularizado por Maurice, madre de un niño con TEA que escribe cómo ve la mejora en su hijo a través de este abordaje en una autobiografía.

Este abordaje utiliza métodos de condicionamiento y estrategias de aprendizaje. Busca alcanzar el mayor grado de autonomía personal, para favorecer el aprendizaje de conductas adaptativas y disminuir lo máximo posible los comportamientos desadaptativos (Maurice, Greene & Luce, 1996).

Bajo este método se enseñarían unidades pequeñas y medibles de comportamientos que ayudarían al niño ver con claridad la información. Estos conocimientos se aprenderían en pequeñas partes, en ensayos. Cada ensayo está compuesto por tres elementos: el comportamiento que se quiere enseñar, el antecedente y el consecuente. El antecedente es el estímulo, instrucción, que se le presenta al niño antes de que ejecute la respuesta esperable. El comportamiento que se observa en él es la respuesta, conducta que se buscaba que el niño realice e inmediatamente el terapeuta da una consecuencia. Las consecuencias ante respuestas correctas se denominan *refuerzos positivos*, se definen operacionalmente como los estímulos que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la respuesta en condiciones similares. La acción de reforzar se denomina *reforzamiento positivo*. La consecuencia ante una respuesta incorrecta o ausencia de respuesta es un *reforzamiento negativo*, que constaría del “no” informativo o la ausencia del refuerzo positivo (Matos & Mustaca, 2005; Trivisonno 2007)

Se busca siempre que los refuerzos sean reforzadores, variados, lo más natural posibles que sean presentados de manera consistente y que disminuyan con el tiempo (Trivisonno, 2007). Se busca que con el tiempo las conductas sean aprendidas y generalizadas al contexto habitual del niño. Por generalización, se entenderá al proceso mediante el cual una conducta aprendida por medio de ABA promueve la aparición de conductas similares habituales del niño

Continuando con la descripción de los modelos de intervención se describirá el método TEACCH. Mesibov, Adams y Klinger (1997) comentan que los orígenes del mismo se han dado en el año 1966, en pleno auge de la explicación psicodinámica. Los defensores de este programa habrían demostrado a los padres de los niños con TEA que no serían la causa del autismo, sino que podrían ser parte del cambio de él. A lo largo de tres décadas posteriores el TEACCH ha tenido gran éxito haciendo énfasis en cinco bases:

1) Organizar y simplificar el entorno físico para que sea más similar a la forma en la que las personas con TEA procesan la información sensorial. Este entorno debe ser claro, interesante y accesible. Es así entonces que, al momento de planificar la disposición física del aula, será necesario tener en cuenta las necesidades individuales. El entorno se adapta al niño y no el niño al entorno.

2) Crear programas válidos para hacer que cada día resulte más predecible. Se deben establecer horarios individualizados, para que las tareas puedan ser predecibles y claras. Los mismos deben estar escritos en forma de agenda o calendario, para que anticipadamente el individuo sepa que es lo que deberá hacer en el día o en la semana, por ejemplo.

3) Desarrollar sistemas de trabajo individuales para que la persona posea un funcionamiento más independiente. Factor importante que determinará que el alumno pueda estar centrado y comprender que es lo que está sucediendo. El trabajo individual deberá dejar en claro, lo que se supone hacer, cuanto trabajo es, como saber que están avanzando y saber cuando terminaron y lo que sucederá una vez que este completo el mismo.

4) Utilizar materiales visualmente claros y organizados de forma meticulosa, cada tarea debería estar estructurada y organizada visualmente para reducir al mínimo la ansiedad, al dar la máxima importancia a la claridad, comprensión e intereses. Existen tres componentes que resultan vitales para conseguir resultados positivos: claridad visual, organización visual e instrucciones visuales.

5) Establecer rutinas positivas y productivas (Mesibov & Howley, 2010).

Continuando con la descripción de los modelos elegidos se describirán dos modelos basados en terapias centradas en desarrollar habilidades comunicativas: SSAAC y PECS Communication system (PECS) y los Sistemas Alternativos de Comunicación (SSAAC). Varios autores recomiendan este tipo de intervenciones ya que han demostrado tener gran utilidad sobre todo, en las personas no verbales con TEA. Debido a la facilidad que posee gran número de ellos para poder procesar las imágenes y la buena memoria para la información visual, lo que hace que se facilite el aprendizaje basado en claves visuales, que debe considerarse como complemento importante de otros programas educativos y sociales (Fuentes Biggi et. al., 2006)

Los SAAC, precisamente, son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para fomentar,

complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas utilizan objetos, fotografías o dibujos, apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos.

Por otra parte, se cuenta con el PEC, es una estrategia utilizada para la comunicación, se utilizan herramientas visuales y refuerzo verbal, se busca no solo que el niño logre comunicarse sino que, además, comprenda el propósito de la comunicación, este es ampliamente utilizado en el campo de los TEA.

Frost y Bondy (1994) en su Manual de Entrenamiento de PECS instruyen como realizar esta estrategia, y resaltan el hecho de que anteriormente el entrenamiento de los niños con autismo comenzaba en enseñar a los niños a mirar al rostro y a los ojos del adulto, luego se seguía por realizar sonido y posteriormente imitarlos. Finalmente se intuiría al niño como unir los sonidos en palabras. Y durante todo este tiempo de aprendizaje el niño no tendría un medio útil para comunicarse; el programa PECS le daría esta posibilidad.

3.5 Intervenciones terapéuticas llevadas a cabo frente a conductas inadecuadas en el tratamiento del espectro autista

En cuanto al abordaje de las conductas inadecuadas, numerosos estudios de la cuestión, sostienen la importancia de no tomar la conducta problemática de forma aislada. No ha de ser un proceso sencillo ni rápido el poder solucionar este problema, pero para que haya más posibilidades del éxito, la solución reside en la búsqueda de la comprensión de la conducta concreta, incluyendo así sus causas y la evaluación del entorno. Al intervenir únicamente en la conducta aislada, sin evaluar estos aspectos anteriormente mencionados, solo traería como consecuencia, en el mejor de los casos, una solución a corto plazo (Carr et al., 1994; Jordan, 2012; Tamarit, 2011)

Tamarit (2005) menciona la necesidad de un planteamiento de intervención de estas conductas que pongan en el centro el aseguramiento de las condiciones necesarias para la mejora permanente de la calidad de vida de esas personas y de sus familias. El autor Carr (1995), además, considera que la intervención ante conductas inadecuadas debe ser vista como un proceso de construcción de habilidades destinado diseñar e instaurar futuros personales deseables y posibles que aseguren la mejora permanente de la calidad de vida de la persona.

Carr (1977) sugiere que algunas de las fallas e inconsistencias en los resultados del tratamiento podrían reflejar una falta de comprensión de las variables que producen o mantienen la conducta problemática. Señala que este tipo de conductas pueden ser reforzadas por fuentes extrínsecas, por medio de un reforzamiento positivo como por ejemplo, que la persona que está con el niño le brinde atención, o a través de un refuerzo negativo, como la terminación de demandas. Además la conducta en sí puede estar produciendo algún tipo de reforzamiento intrínseco, como por ejemplo estimulación sensorial. Al ser visto, bajo la visión de este autor, la conducta como una operante controlada de manera múltiple, indicaría que no es factible que una forma única de tratamiento produzca resultados positivos consistentemente, y sugiere que para seleccionar el tratamiento potencialmente más efectivo sería necesario primero determinar cuáles son los eventos que al presente están manteniendo esas conductas.

Dada la variabilidad de razones por las que las conductas inadecuadas pueden estar sosteniéndose, Carr (1995) subraya la necesidad de, ante la presencia de este tipo de conductas, realizar un análisis funcional de la conducta. Rispoli et al. (2013) describen el proceso por el cual se elabora el análisis, se procede a evaluar el tipo de conducta que se lleva a lugar, las condiciones en las que esta ocurre (contexto desencadenante, antecedente) y las consecuencias que suelen aparecer concomitantemente (los posibles reforzadores de la conducta). Este análisis debería proveer como resultado datos que permiten identificar posibles causas de la conducta, funciones como evasión o atención, por ejemplo (Matson & Minshawi, 2007).

Luego de conocer estas razones, se deben realizar el diseño de una estrategia e intervenciones que proporcionen al sujeto habilidades para generar alternativas con sentido para sus conductas inadecuadas. Como Ruggieri (2010) sugiere, que el abordaje en el trastorno autista debe ser propuesto enfocándose en las características de cada niño, buscando alcanzar una generalización de lo aprendido para que el niño pueda utilizarlo en su vida diaria. Además, resalta la importancia que posee la formación de los terapeutas, al igual que la flexibilidad de los mismos para implementar las diversas intervenciones pautadas.

Mendizabal (2007) indica que una vez hecho el análisis funcional y la elaboración de una hipótesis acerca de propósito de la conducta, se debe acordar dos estrategias de intervención, las proactivas y las reactivas. Las primeras son definidas como las que se realizan para evitar que la conducta aparezca, son constructivas. Podemos dividir las en tres tipos: a) manipulaciones ecológicas, modificación del ambiente para que éste se adapte mejor a las necesidades de la persona con TEA, ya sea modificando elementos físicos o interpersonales (por ejemplo, estableciendo la forma en que deberían comportarse las terceras personas) o programáticos (por ejemplo, plantear actividades más fáciles para desarrollar); b) programación positiva, que consiste en educar a la persona en desarrollar medios más eficaces y adaptativos, por ejemplo brindando estrategias para una comunicación adecuada, ya sea enseñando habilidades adaptativas generales, o funcionalmente relacionadas o equivalentes, además de habilidades de autocontrol y adaptación. Por otra parte las estrategias reactivas serán las que se deberán utilizar en el momento en que se da la conducta problemática.

Dentro de las características proactivas, Leaf y McEachin (2008) resaltan la importancia del ordenamiento del ambiente, ya que este posee efectos muy grandes sobre el comportamiento. Un lugar caótico es más propenso a conducir a comportamientos explosivos, mientras que atmosferas más tranquilas generalmente resultan en conductas más calmadas.

Dentro de las normas generales para hacer frente a las conductas inadecuadas Wing (1998) propone la estructuración y organización del entorno y rutina diaria, haciendo el entorno mucho más predecible para el individuo que produce la conducta. Planificar los cambios en la rutina introduciéndolos paulatinamente, la adaptación a los métodos de comunicación para asegurarse de que el niño comprende. Se tienen que encontrar modos de hacer frente a los aspectos del entorno que producen ansiedad. Se deben evitar las presiones para obtener un rendimiento superior al nivel de capacidad del individuo. Además menciona el reforzamiento de conductas positivas, la facilitación a una actividad diferente y más constructiva y recompensarla, para sustituir la conducta inadecuada.

Según Jordan (2012) es de menester importancia enseñar conductas alternativas a las no deseadas. En muchas ocasiones las personas con autismo se ven imposibilitadas a simplemente refrenar su conducta y es necesario sustituir el vacío que estas mismas dejan por conductas que conlleven algo positivo, dada la posibilidad de que sea reemplazada automáticamente por otra más problemática aún.

Existen numerosos estudios que se demuestran la efectividad del abordaje de las conductas inadecuadas bajo el modelo de intervención conductual (Campbell, 2003; Buschbacher & Fox, 2003; Granado Alcón, 2009), Como sostiene Matson et al. (2011) siguiendo el modelo ABA, luego de establecer un análisis funcional, existen diversas intervenciones para actuar respecto a las conductas inadecuadas. Tales como el refuerzo de conductas diferentes (DRO), reforzar la conducta apropiada (DRA) y reforzar las conductas incompatibles (DRI). Otras intervenciones que han demostrado eficacia en este mismo modelo son la enseñanza de comunicación funcional, que brinda herramientas para obtener lo deseado y la economía de fichas a partir de contingencias. El objetivo del ABA en este caso sería que se disminuya la posibilidad de aparecer las conductas inadecuadas y aumenten concomitantemente las adaptativas.

Algunas estrategias reactivas que propone la visión conductual son: a) extinción, por medio de la cual se eliminan los posibles reforzadores de la conducta, quitando la respuesta ante la misma; b) redirección, se lleva el foco de atención de la persona hacia otra cosa o suceso; c) retroalimentación, recordar a la persona que es lo que debería hacer en esa situación; d) entrenamiento, aprovechando la situación para practicar conductas que suplen que están siendo enseñadas proactivamente; e) escucha activa, por medio de la cual se brinda la mayor actitud receptiva para favorecer a verbalizar y manifestar su interés; f) cambio de estímulos, el terapeuta utiliza una conducta sorpresiva y que de alguna manera desactive la conducta problemática; g) intervenciones físicas, se restringe el movimiento del paciente (Mendizabal, 2011)

4. MÉTODOLÓGIA

4.1 Tipo de estudio y diseño

Descriptivo, diseño no experimental.

4.2 Participantes

El participante de esta investigación ha sido P., un niño de 9 años, diagnosticado con trastorno general

del desarrollo, de espectro autista a la edad de 2 años. Convive con sus dos padres y sus dos hermanos menores. Sus conductas inadecuadas se habían intensificado, trayendo como consecuencia situaciones negativas y estresantes para su entorno familiar. El individuo asiste a CE .

4.3 Instrumentos

- Observación no participante llevada a cabo durante la concurrencia del niño P. en los diferentes espacios de CE durante el turno de la tarde. Incluyendo espacios de pedagogía, fonoaudiología, educación física, natación, música y momentos recreativos tales como excursiones o demás salidas realizadas durante el período de residencia.
- Registro diario de número de conductas no adecuadas. Este registro contiene una lista de las conductas inadecuadas más frecuentes en P, en las cuales se centraban las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en su tratamiento. Este registro permite indicar cuantas conductas inadecuadas se produjeron diariamente, facilitando así el análisis de la evolución de la conducta de P. a lo largo del período de tratamiento observado.
- Registro diario de intervenciones realizadas ante conductas inadecuadas. Permite realizar una enumeración de las situaciones que desencadenaron las conductas inadecuadas y las intervenciones llevadas a cabo por los terapeutas ante las mismas.
- Historias clínicas, permite conocer con más exactitud el contexto de P. fuera de CE, además de contar con información precedente de su ingreso a la institución.

4.4 Procedimiento

Se llevó a cabo una observación diaria de las actividades realizadas durante el turno tarde por P. en CE durante cinco meses. En las mismas, se procedió a completar el registro diario de número de conductas inadecuadas y el registro diario de intervenciones realizadas ante conductas inadecuadas. Luego se procedió a realizar un análisis del progreso en el tratamiento de P.

5. DESARROLLO

5.1 Introducción breve del caso

P. fue diagnosticado con TGD a los 2 años de edad. Convive con sus padres y dos hermanos: uno de 7 y otra de 12 años. Ingresó a CE a los 7 años, luego de una integración en un jardín de infantes, cuando se generó un desajuste por edad y desadaptación de conductas en dicho contexto.

En CE comparte grupo de trabajo con 2 nenes más a la mañana y con uno solo por la tarde. Las observaciones por las cuales se produce este trabajo fueron llevadas a cabo durante el segundo turno, es decir durante la tarde. El trabajo generalmente se produce de forma individual, pero también realiza actividades en las que tiene un fin en común con L., su otro compañero y esporádicamente, con niños pertenecientes a otros equipos de trabajo. Cuando se trabaja en mesa, siempre se hace con un referente principal que guía y ordena las actividades a realizar, siempre con un encuadre del tipo TEACCH.

Si se consideran los criterios diagnósticos del TEA, según el DSM 5 de APA (2013), en sus dos dimensiones constitutivas, P. poseería la mayoría de las conductas y características propias de las mismas. Primeramente, teniendo en cuenta aspectos relacionados con la comunicación social y la interacción social, se observan déficits en la reciprocidad social, si bien es un niño que disfruta mucho del juego y el cariño otorgado por otra persona, sus acercamientos sociales suelen ser inusuales y breves.

Como se sostiene en la categorización de Rivière (2001) donde se ejemplifican diferentes déficits en el TEA para el lenguaje expresivo y comprensivo, P. realiza expresiones comunicacionales orales únicamente con refuerzo y moldeamiento siendo las mismas con una utilización de la conducta instrumental mayormente, no existen interacciones del tipo protodeclarativas. Por otro lado, describiendo su lenguaje comprensivo, se puede destacar que en la mayoría de las situaciones comprende la totalidad de la oración o enunciado y ha comenzado a trabajar, mediante ACA, el armado de oraciones, pudiendo realizar y comprender combinaciones de 3 palabras.

En cuanto a los déficits en conductas comunicativas no verbales, puede sostenerse que estas no suelen compensar las limitaciones verbales, al menos al principio del período que componen las observaciones llevadas a cabo para el presente trabajo, aunque habría comenzado a ser entrenado para utilizar PECS. El niño mantiene un contacto visual lábil. Lo que trae como consecuencia que además existan déficits

para desarrollar, mantener y comprender relaciones.

Si se considerara, la segunda dimensión descripta en el DSM 5: Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, y con ella su primera categoría que implica movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos, P. mantiene varios hábitos que cumplen estas características. P. suele buscar elementos similares como fichas, imágenes, hojas de revistas y ordenarlas, alinearlas y observarlas por largo tiempo, además suele realizar movimientos de autoestimulación, como saltos, aplausos, golpes con palma abierta sobre objetos, entre otras conductas (APA, 2013).

Por otra parte, también puede observarse la búsqueda de la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizados, que trae como consecuencia, como se podrá observar más adelante en este trabajo, el advenimiento de conductas inadecuadas en algunas ocasiones por parte del niño.

Asimismo, también son observables características descriptas en la tercer sub-categoría ya que existen intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco. P. suele fomentar apego excesivo hacia objetos inusuales como hilos, sogas, revistas, hojas con imágenes, entre otros.

Además de las conductas anteriormente descriptas, también se hallan comportamientos que pueden dejar ver hiper e hipo reactividad hacia estímulos sensoriales, P. suele no reaccionar ante estímulos como el calor o el frío, es extremadamente sensible a las texturas de la ropa en su antebrazo, lo que hace que constantemente se arremangue, aunque las temperaturas sean bajas. Suele explorar los objetos mediante el olfato y la textura y encuentra mucho placer en actividades sensoriales como jugar con espuma y burbujas.

Descriptas las características generales de las conductas y hábitos que permiten que P. pueda ser diagnosticado con TEA, en el próximo apartado se proseguirá a realizar una descripción de las conductas inadecuadas del niño.

5.2 Describir y analizar las conductas inadecuadas que se presentan en un niño con autismo

Si se considera la categorización realizada por Tamarit (2011) de las conductas inadecuadas en el TEA, podría sostenerse que P. presenta comportamientos pertenecientes a los tres subtipos. Primeramente existen conductas destructivas, principalmente dirigidas hacia otras personas (golpes, patadas, pellizcos y mordiscos) y objetos del ambiente. Además realiza acciones restrictivas que limitan las posibilidades de participación en los entornos normales de la comunidad, como, por ejemplo, sus autoestimulaciones auditivas. Por otra parte, algunos de estos comportamientos suelen ser interferentes, como su apego excesivo a determinados objetos, que por ejemplo, impiden ocasionalmente que pueda seguir el desarrollo adecuado de las actividades de educación física, o pueda inhibir el estímulo que genera en él para poder redirigir la atención cuando trabaja en mesa.

En el presente trabajo se hará hincapié en las conductas inadecuadas de P. de carácter principalmente destructivo, agresivo, ya que serán luego las que generen la necesidad de que el equipo de CE realice un plan de acción con la finalidad de reducir la posibilidad de que estas aparezcan.

P. suele realizar estas conductas inadecuadas en diferentes situaciones y con distintas intencionalidades. Por una parte, existen los golpes a objetos con carácter autoestimulante, esta conducta es muy común en él al momento de trabajo en mesa, donde golpea con su mano abierta repetidas veces el mueble. Por otra parte, presenta golpes con daño intencional y dirigido, que suelen ser direccionados hacia terapeutas, compañeros u objetos. Estos últimos generalmente ocurren tal como es descrito por Whitaker (2003) luego de un escalonamiento donde se concentra tensión, aunque pueden presentarse en crisis repentinas por disparadores varios, siendo la fase de escalada muchas veces imperceptible debido al carácter altamente impulsivo de P. y a la dificultad que posee para lograr su autorregulación.

Concordantemente con lo sostenido por Rispoli et al. (2013) puede verse que la aparición de las conductas inadecuadas de P. son generadas por diferentes causas. Muchas veces estas conductas son llevadas a cabo por P. cuando existen cambios en la rutina, dado a su nivel de inflexibilidad, búsqueda de la invariancia ambiental y deseo del mantenimiento de rutinas donde queda en clara evidencia la dificultad que posee P. en el desenvolvimiento de sus funciones ejecutivas (Martos Pérez & Paula Pérez, 2011). Un ejemplo claro de este tipo de escenas se pudo observar cuando P. tuvo que comenzar a asistir a la pileta con sus compañeros. Le pusieron su abrigo y estaba feliz, salió con sus compañeros de CE y

en cuanto se dirigieron hacia la derecha (dirección contraria a la plaza donde suelen ir a jugar algunos días) P. comenzó a llorar, pegar e intentar morder. Esta conducta tuvo que ser abordada y trabajada, en el próximo apartado se explicará de qué forma se la afrontó.

Las conductas inadecuadas de P. han sido reforzadas anteriormente y se han establecido y fijado. Tal como es esperable bajo la perspectiva sostenida por Carr et al. (1996), el niño suele responder ante ciertas escenas con estas conductas agresivas ya que sabe que es probable que mediante las mismas los resultados buscados sean obtenidos, y de esta forma se han vuelto adaptativas para él, muy al contrario que para su entorno.

Si se consideran las diferentes razones o disparadores de conductas inadecuadas que Wing (1998) enumera como las más frecuentes, se podrán encontrar varias de las mismas dentro de los hábitos de P. Muchas veces él utiliza este tipo de conductas para lograr obtener cosas de su agrado como galletitas u otro tipo de comida, y por cansancio, o miedo que genera en terceras personas estas ceden para poder evitar sufrir daños por parte de P.

Otros desencadenantes posibles de sus conductas agresivas son las interrupciones a sus rituales autoestimulantes, o conductas que poseen patrones repetitivos. Estas suelen desencadenar fuertes enojos y, en su consecuencia, al no poder inhibir toda esta tensión o redirigirla -al fallar la función ejecutiva que domina esta facultad-, busca ser agresivo con su entorno u otra persona (Martos Pérez & Paula Pérez, 2011). Este tipo de situaciones suceden, por ejemplo, cuando P. en los momentos de recreo que se comparten con otros niños, comienza a realizar enfilamientos de objetos como puede ser fichas de dominó o figuritas, su ritual consiste en realizar la fila y luego observarla detenidamente. Ocasionalmente puede suceder que algún compañero busque desordenar las mismas y P. se enoje y quiera lastimarlo, o, por otra parte, sea el momento de que termine el recreo y P. tenga un fuerte berrinche por no querer guardar su estructura.

P. puede recurrir a la utilización de estas conductas, además, para dejar de realizar alguna obligación que sabe que debe cumplir, uno de los disparadores de conductas inadecuadas más comunes según Wing (1998). Esto se observa cuando en momentos de trabajar si alguna actividad no es de su agrado, comienza a patear y querer dañar el material de trabajo. En estos momentos sus terapeutas, en principio de las observaciones, antes de que cambie la forma de intervenir sobre estas conductas podrían llegar a modificar la actividad elegida para P. diciendo “¿hoy no querés hacerlo? bueno.” y proponerle algo distinto para realizar. Bajo este ejemplo, también se observa la limitación comunicacional que P. posee, ya que no es capaz de exteriorizar de una manera socialmente aceptable sus necesidades y limitaciones y un reforzamiento criticable a una conducta no deseada.

Otras veces, sus conductas autoestimulantes, tales como golpear la mesa con las palmas de sus manos suelen conducirlo a un estado de sobreexcitación que genera una acumulación de energía que P. no es capaz de controlar e inhibir, lo que trae como consecuencia que, ante algún tipo de exigencia o demanda de su entorno sea más dificultosa aún la posibilidad de autorregulación por parte del niño, y esta energía sea evacuada por medio de la conducta agresiva, tal como es descrito en el ciclo de desencadenamiento de crisis descrito por Whitaker (2003).

Ante las dificultades que los profesionales enfrentaban al tener que trabajar con P. debido a la frecuente aparición de este tipo de conductas inadecuadas, fue necesario llevar a cabo un plan de acción común que será descrito en el siguiente apartado.

5.3 Analizar las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo ante las conductas inadecuadas de un niño autista

Frente a las conductas agresivas de P. fue necesario, tal como sostiene Carr (1995), realizar un análisis funcional de las mismas. Fue, ante el pedido del coordinador general, que todos los terapeutas y profesionales que trabajaban con P. debieron tomar registro de las conductas inadecuadas con el fin de evaluar en qué contextos eran presentadas y sus finalidades o metas potenciales.

Luego de ser realizado un análisis del material, se decidió establecer una jornada específica para la capacitación, explicación e instrucción del personal en cuanto a la situación específica de P. y el entrenamiento poder actuar terapéuticamente frente a estos hechos.

En esta reunión se describieron las conductas inadecuadas de P. que provocaban un mayor obstáculo para el tratamiento y la calidad de vida del niño. Los comportamientos que cumplirían con estas características fueron los descritos en el apartado anterior, consistentes en golpes hacia otras personas y objetos. Lo que era esperable ya que las conductas de carácter agresivo suelen ser consideradas las más problemáticas en el trastorno de espectro autista (Matson et al., 2011). Estas conductas fueron divididas en dos grupos al momento de su descripción y ejemplificación: las autoestimulantes y las agresivas, pudiendo las primeras evolucionar hacia las segundas.

Estas conductas podrían llevarse a cabo, según lo analizado por el equipo de trabajo, debido a acumulación de tensión frente a diferentes disparadores, proceso descrito Withaker (2003). En el caso de P., las mismas son llevadas a cabo comúnmente con la finalidad de conseguir algo que desea o con un fin evasivo, donde buscaría evitar alguna tarea que implique algún tipo de desafío, dificultad, o simplemente que no sea de su agrado como las que implican algún cambio en su rutina, por ejemplo.

Existiendo tales conductas, tal como es sugerido por Mendizabal (2007) se plantearon diferentes estrategias de intervención, se tomará como base la categorización que realiza el autor para ejemplificar y categorizar las propuestas y llevadas a cabo dentro del tratamiento de P.

Dentro de las proactivas, se decidiría establecer una manipulación ecológica que constaría de ordenar la sala aún más bajo las características representativas del modelo TEACCH, de esta forma se lograría que el ambiente sea mucho más predecible para P. y de esta forma se realice una menor acumulación de tensión (Mesibov & Howley, 2010; Mendizabal, 2007). Tal como es sugerido por Wing (1998) se considera primordial que el ambiente se torne más predecible para el sujeto para evitar presiones o aspectos del entorno que produzcan ansiedad en el individuo. Consecuentemente a esto, también se propusieron intervenciones pragmáticas, que constarían en brindar a P. una mayor anticipación de los eventos y actividades a realizar, para que los mismos, también sean a su vez más predecibles, las actividades en mesa le exigirían un poco menos y se comenzaría a utilizar alarmas para producir la limitación de momentos deseados por P. para poder reducir la probabilidad de que el niño se enoje con el referente que acota los mismos y concomitantemente se brindaría una ayuda para establecer un fin de una acción dificultad presente debido a las insuficiencias de las funciones ejecutivas (Hill, 2004). Además se intentaría limitar las ocasiones en las que P. realice conductas de carácter obsesivo, sin embargo las mismas no serán prohibidas.

Se seguirá permitiendo que P. asista a CE con objetos de su hogar como figuritas y revistas, pero las mismas, al ingresar al salón de trabajo, deberán ser depositadas en una caja, que luego P. podrá llevar consigo en el momento del recreo pautado fuera de la sala.

Por otra parte, se buscará reemplazar el material que no motiva a P. hacia el trabajo por otro que se adapte más a sus intereses, pudiendo así disminuir las posibilidades de que el niño se niegue a realizar las actividades pautadas, incrementando su motivación y su interés hacia la consecución de la tarea. Decisión que es concordante con las bases del modelo TEACCH, donde el entorno debe adaptarse al niño y ajustarse a sus intereses (Mesibov & Howley, 2010).

Además se intervendrá mediante una programación positiva donde se busca que P. pueda llegar a aprender herramientas que logren facilitar su comunicación. Se recurrirá a brindar aún más atención y tiempo a la incorporación del PEC, con el fin de que cuando P. no pueda expresar verbalmente sus necesidades, logre hacerlo mediante la forma no verbal (Frost & Bondy, 1994). Asimismo, se buscará que P. logre verbalizar y ampliar su repertorio de palabras y expresiones para facilitar la comunicación funcional. De esta manera, se buscaría que conductas alternativas cubran las funcionalidades que las conductas inadecuadas satisfacían hasta el momento (Jordan, 2012).

Existió además la propuesta de estrategias reactivas, algunas explicadas en el marco teórico de este mismo trabajo, propuestas por Mendizabal (2011) bajo su mirada influida por la teoría conductual. Se explicó cómo debería actuar el terapeuta ante la aparición de la conducta agresiva de P., principalmente se propuso el *time out*, para actuar en estos momentos, se daría un “no” informativo como respuesta hacia el primer golpe intencional y dirigido de P. y se debería redirigir al alumno físicamente hacia un sector determinado de su aula, o un sector determinado de la zona de recreo. Y de ser necesario debería ser inmovilizado físicamente con el fin de evitar que produzca daños a un compañero, al terapeuta o al ambiente. Luego P. cuando logre su autorregulación, podrá regresar al lugar donde se encontraba. Sería arduamente importante que, si estuviera realizando una actividad, se reincorpore nuevamente a la misma con el fin de evitar que utilice esta conducta agresiva para evitar realizar las actividades no deseadas por

medio de esta intervención. De esta forma, también se estaría quitando otros reforzantes posibles para esta conducta (Matos & Mustaca, 2005).

Asimismo, tal como es propuesto por Matson et al. (2011), se plantearon utilizar ante las autoestimulaciones, el aumento de los refuerzos DRA, realizando por ejemplo una felicitación cada vez que se encuentre trabajando con sus manos quietas. Y buscar que reemplace, por medio del entrenamiento, esta acción por chocar las manos con otra persona o aplaudir. Además, se podrá recurrir, si él lo permitiera (debido a su sensibilidad y ocasional rechazo al contacto corporal), a recursos como masajes, u otro tipo de actividad que funcione como autorreguladora, por ejemplo escuchar música tranquila eliminando la mayor cantidad de estímulos que le brinden información desestructurante. Se buscará además interrumpir toda acumulación de tensión, para evitar crisis agresivas, mediante el redireccionamiento de la atención de P. hacia eventos o actividades que nada estén relacionadas con la causa que genere en él angustia o incomodidad.

Se hizo hincapié en el carácter primordial de que todas las personas que trabajen con P. estén al tanto de la evolución del niño. Y la puesta en común de diferentes enfoques y miradas de los terapeutas para poder brindar herramientas desde todas las perspectivas profesionales disponibles. Además, es de crucial importancia que puedan poseer un modo de intervenir similar, para evitar contradicciones entre ellos y generar así posibles confusiones en P. que desemboquen en conductas agresivas. Esto solía suceder cuando, por ejemplo, P. se quitaba las zapatillas por la incomodidad sensorial que las mismas le generaban, un día P. comenzó a quitárselas en el recreo cuando estaban todos los terapeutas y comenzaron a hablar de que algunos lo dejaban trabajar sin las zapatillas y otros se rehusaban completamente a esto, era posible que P. no terminara de comprender en su totalidad cuando podría o no quitarse sus zapatos. A partir de ese momento se evitó en todos los momentos de P. en CE que se quitara los zapatos. Unas semanas después, abandonó tanto la conducta de quitarse los zapatos así como también la de reaccionar agresivamente cuando se le pedía que los utilice.

Esto es importante ya que, muchas veces en el TEA, tal como es explicado por APA (2013) es difícil para el individuo identificar cuando un comportamiento es adecuado o no para un contexto, por lo que en CE primordiaron facilitar herramientas a P. para acercarlo a la conducta que es más aceptable en cualquier tipo de contexto, ya que existirán seguramente más contextos en los que es correcto utilizar zapatillas que en los que lo es estar descalzo.

5.4 Describir si las conductas inadecuadas disminuyen a partir de la implementación de las intervenciones terapéuticas en el proceso de tratamiento de un niño autista

Coincidiendo con lo sostenido por Buschbacher y Fox (2003), en CETIP se propuso un plan de acción pensado en la individualidad del sujeto, considerando fortalezas y debilidades y además bajo la perspectiva de todo el equipo de trabajo pertinente. En el período conformante de las observaciones, pudo tomarse un registro de las conductas agresivas de P. que se llevaron a cabo durante los espacios de trabajo del turno tarde. A partir de los mismos fue realizado un gráfico que permite analizar la variación y evolución de las mismas (Figura 1). Fueron eliminadas 2 semanas en la elaboración del mismo ya que, durante las semanas 11 y 15, P. no asistió a CE y, por consecuencia, no se elaboraron registros en estos días.

Se puede observar que las conductas inadecuadas consistentes en golpear a objetos y a personas fueron disminuyendo abruptamente luego de que se postule la estrategia a llevar a cabo, reunión que dio a lugar en la semana 3. Luego puede observarse un nuevo incremento a partir de la semana 14 y un nuevo decremento en las semanas posteriores. Es preciso aclarar que, durante la semana 14, P. regresó de sus vacaciones de invierno para encontrarse en CE con un cambio de terapeuta, que sería su nuevo referente principal y debería ser entrenado y capacitado para poder trabajar con P.

Más allá de la influencia emocional que pudiera este cambio generar en P., es importante considerar además que los profesionales siempre tienen un diferente nivel de hándicap que puede influir en las conductas del paciente hacia una u otra vertiente. Además, generalmente cuando los niños con TEA conllevan un cambio de terapeuta, suelen poner a prueba conductas para ver si estas son aceptadas o no por el individuo. Y en cuanto más se fortalece el vínculo, mucha más importancia tendrá la orden y la respuesta del referente.

Por otro lado, es evidente la aparición y el crecimiento que realiza otra conducta, el daño a sí mismo. P.

comenzará a golpearse su cabeza superficialmente como forma de descarga. Tal como sostiene Jordan (2012), siempre existe la posibilidad de que aparezcan nuevas conductas con la finalidad de cumplir las funciones que satisfacían las conductas no deseadas. Matson et al. (2011) propone la utilización de los refuerzos DRO, DRI y DRA, estrategia que fue llevada a cabo en CE. Mediante la misma se producían propuestas de conductas alternativas tales como aplaudir y saltar, que intentaron ser entrenadas por medio de moldeamientos, aunque no fueron lo suficientemente atractivas como para que sean incorporadas a los hábitos de P. Aunque si ha de sostenerlos cuando los terapeutas se lo proponen, lo que no descarta la posibilidad de que, manteniendo un programa de refuerzos, puedan incorporarse y manifestarse de una forma autónoma e independiente.

Esta misma conducta, los golpes en la cabeza, fue fijándose cada vez más, pero al ser golpes leves con poca intensidad, que cuando aparecían sustituían los golpes hacia otras personas, se decidió que no era un objetivo principal poder disminuir la aparición de estas conductas.

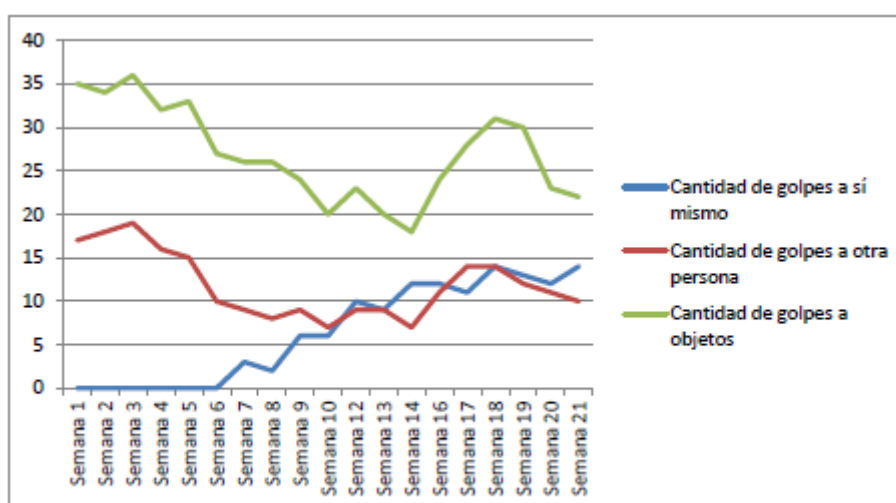


Figura 1. Registro de conductas inadecuadas de P.

Algo que no queda evidenciado dentro de la Figura 1, es la disminución de la intensidad y duración de los momentos de crisis tensionar. P. pudo autorregularse mucho mejor a partir del abordaje de sus conductas inadecuadas.

La anticipación fue una herramienta de primordial importancia, tal como sostiene Wing (1998) la planificación de los cambios y la introducción paulatina de los mismos al sujeto, son aspectos muy importantes que deben ser provistos y considerados. P., gracias a la anticipación previa, mediante apoyos visuales característicos del encuadre TEACCH, pudo comenzar a disfrutar de actividades diferentes como ir a comprar elementos útiles para el centro y asistir al club para poder realizar natación. En este último caso, fue necesaria la anticipación con historias sociales, donde se explicaba por medio de imágenes las actividades que realizaría en el día y específicamente que pasaría en el club. Se realizó un acercamiento gradual hacia la actividad, ya que intentar que P. ingrese en el primer intento a la pileta fue un gran fracaso. Primeramente, solo asistió al club, luego entró a los vestuarios, otro día se cambió e ingresó al sector de la pileta, así hasta lograr ingresar a la misma. Luego de todo este trabajo, P. comenzó a disfrutar mucho de los días en los que se realizaba la actividad de natación y hasta demostraba mucha felicidad en el momento de realizar la agenda diaria cuando esta actividad era anticipada.

Dado lo observado, se deja en claro la utilidad que tiene la estructuración que brinda el TEACCH en el TEA, ya que, como Mesibov y Howley (2010) explicaban, una característica esencial de este modelo es poder establecer un orden, claridad, predictibilidad del ambiente. El mismo, se presentaba ante P. de una

forma caótica y desordenada, lo que combinado con su inflexibilidad y aferramiento a la invariabilidad, características propias de TEA, según lo sostenido por APA (2013) llevaba a un escalamiento progresivo y acumulación de tensión, que desencadenaba en sus conductas inadecuadas. Surgiendo de esta forma la misma como la punta de un Iceberg, como sostendría Morgan (1996).

Wing (1998) afirma que uno de los disparadores más comunes de las conductas inadecuadas suele ser la tensión al momento de elaborar tareas. Considerando esta dificultad, en CE se comenzó a trabajar en su aula con materiales que se ajustaran más a sus intereses y se buscó además que realice actividades que despierten en él la necesidad de finalizarlas. En este tipo de situaciones quedó clarificado de forma evidente, la importancia que tiene centrarse en el sujeto al momento de la elaboración de los materiales y las consignas que deben seguir con los mismos (Bubschbacher & Fox, 2003). Se produjo el cambio del material, así se evitó que el aburrimiento y la falta de desafío hagan que P. se niegue a realizar las actividades. Tareas que podrían llegar a resultar difíciles fueron reemplazadas, o modificadas para hacer que sean más llamativas para P., por ejemplo, agregando a los personajes de *Toy Story*, animación que era una de sus favoritas.

Bajo este mismo lineamiento, P. se inició en el armado de palabras, para practicar su lectura global, se prosiguió a buscar imágenes claras y representativas de objetos cotidianos y debajo de esa imagen se encontraría la palabra que esta representaba. Luego se le daría la misma palabra para que aparezca y por último la misma recortada en sus letras constitutivas. Cuando P. descubrió que lo que debía hacer era justamente poner objetos similares en fila y observarlos (conducta, anteriormente descripta como repetitiva.) P. salto de felicidad y bajo este método, pudo incorporar numerosas palabras. Es menester no quedarse con un rechazo absoluto hacia las conductas no esperables o con poca aceptación social, sino buscar provecho de los recursos que el individuo posee, ver así la otra cara del espejo.

Que el ambiente haya estado mucho más estructurado, ya sea en tiempos como espacio, además de lograr mayor predictibilidad y orden, como fue mencionado anteriormente, logró que P. pueda estar mucho más orientado al momento de trabajar en mesa, conociendo la secuencia de actividades a realizar. Es importante resaltar, tal como lo hace Ruggieri (2010), la importancia que acompaña la flexibilidad del terapeuta, ya que en este ordenamiento y anticipación en el momento de la confección de la agenda, existiría la posibilidad cada tanto de que P. se negara a realizar ciertas actividades. En estas ocasiones los terapeutas solían dejar que P. pueda elegir entre las actividades a realizar alguna que prefiera. De esta forma, en vez de desencadenar algún episodio de escalada, se lograba propiciar un momento perfecto para trabajar con la flexibilidad del niño y se lo entrenarlo para que pueda ser capaz de expresar sus preferencias, señalando cuales son las cajas con las que prefería trabajar. Esta fue una conducta que debió ser entrenada mediante modelamiento y moldeamiento ya que no se encontraba presente en el repertorio de P. anteriormente. De esta forma, se buscaría reemplazar la conducta inadecuada que solía presentarse con funcionalidad evasiva, incorporando una forma adecuada de expresar sus preferencias.

Cada actividad tendría una caja específica con el fin de que P. pueda identificarlas y saber que elementos se encontraban dentro y así prepararse para la tarea que debería concretar cuando esta sea utilizada. Esto permite que los espacios no se encuentren saturados de objetos, evitando la inundación de estímulos, ordenamiento requerido bajo la estructuración del modelo TEACCH (Mesivov & Howley, 2010).

Gracias a la intervención mediante PECS, el correcto entrenamiento y moldeamiento de las comunicaciones verbales, P. comenzó a realizar más conductas con intenciones comunicativas, con fines propositivos, antes eran peticiones que se llevaban a cabo exclusivamente mediante acciones instrumentales con individuos, tal como lo describe Rivière (2001), o conductas agresivas que generaban en el terapeuta la pregunta “¿qué querés P.? ¿Tenés hambre?” por ejemplo, que culminaban con la satisfacción de la necesidad, siendo así reforzada la conducta inadecuada y haciendo más probable que esta se fije y se haga presente.

Si se considera la teoría de la mente, concepto descripto anteriormente por Rivière et al. (1994), se realizó mucho hincapié en la programación ABA de P. que tuviera incidencia en una mayor comprensión del estado mental de otras personas luego de que fueran afectadas por sus conductas inadecuadas. Por ejemplo, se incorporó en su programación de ordenamiento de secuencias, historias donde existieran

niños golpeados por compañeros o elementos rotos, donde el principal objetivo era que P. indique el estado emocional que estos sucesos desencadenaban en los personajes. Buscando de esta forma que exista una mayor posibilidad de comprender que sucede en la mente de otra persona, dificultad, considerada consecuente de este déficit de la teoría de la mente por Firth (2011).

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha abordado y analizado la dinámica y el trabajo que fue llevado a cabo en la institución CE frente a las dificultades acontecidas frente al sostenimiento de conductas inadecuadas en un niño con TEA, según criterios diagnósticos del DSM 5 de APA (2013). Las conductas inadecuadas de P., según definición de Tamarit (2011) poseían características interferentes, destructivas y restrictivas.

Dada esta situación, tal como indica Carr (1995), fue necesario realizar un análisis funcional de la conducta con la finalidad de aclarar cuales eran las razones por las cuales P. podría haber fijado estas conductas. Luego de establecer este análisis se produjo una capacitación grupal donde tuvo que asistir todo el equipo de trabajo de P. Y se conversó sobre las conductas de los terapeutas que podrían llegar a estar reforzando estas conductas, ya que, tal como sostiene Carr et al. (1996) al estar cumpliendo con lo buscado por esas conductas inadecuadas, las mismas estaban siendo mantenidas.

Luego, bajo una mirada en común, se estableció un plan de acción donde se indicaba la forma en que debería actuar para evitar que se desencadenen escalamientos de acumulación de tensión, descriptos por Whitaker (2003), bajo medidas proactivas; y como actuar frente a la presencia de las mismas, realizando estrategias reactivas (Mendizabal, 2007).

Luego de ser llevado a cabo las estrategias de intervención durante el período de 5 meses, se analizó la evolución de P. dentro del contexto de la institución CETIP, durante el turno de la tarde, en el presente trabajo.

Dado al contenido descripto en este trabajo, se puede afirmar que se han observado importantes avances en el tratamiento de P. y su desenvolvimiento. Ya que, durante este breve período, el niño pudo reducir el porcentaje de probabilidad en el que es esperable la aparición de conductas agresivas, tanto así como generar comunicaciones verbales y no verbales mucho más espontáneas que reemplazarían, en algunas ocasiones, la aparición de las conductas no deseables. Asimismo, se logró reducir la intensidad de los procesos de crisis.

Sin embargo, debe considerarse, tal como lo realiza Tamarit (2011) que este tipo de tratamientos son llevados a cabo en un tiempo prolongado y con características para nada sencillas. Esto es esperable ya que, para que las conductas adecuadas y buscadas logren incorporarse, fijarse y luego ser generalizadas en otros ambientes, requiere un trabajo arduo de entrenamiento. Dada esta premisa, podría haber sido muy positivo que el período de análisis y observación de este trabajo sea mayor ya que, debido a esta limitación no ha sido posible observar la completa evolución del niño, aunque sí una tendencia marcada e importante hacia la reducción de la aparición de las conductas no deseadas.

En cuanto a las limitaciones metodológicas de este trabajo, se podría conjeturar que hubiera sido interesante contar con alguna herramienta que permita, más allá de generar un registro de la cantidad de crisis o conductas inadecuadas, la intensidad o gravedad de las mismas. Pero esto también se considera como una falla dentro de la institución ya que no se contaba con ningún tipo de registro de seguimiento de las conductas inadecuadas, a pesar de su importante exigencia al momento de establecer el registro de la programación ABA de P. Lo que es al mismo tiempo contradictorio, ya que en su momento se dejó muy claro que la prioridad en ese momento sería el control y reducción de las conductas inadecuadas dejando un poco de lado la incorporación de nuevos conocimientos, haciendo hincapié en la necesidad que mayor importancia y gravedad tenía en el momento. Sin embargo los únicos registros de las mismas fueron las generadas a partir del presente trabajo.

Hubiera sido un aporte de gran riqueza para este trabajo contar con información sobre el desempeño de P. en otros contextos como el familiar principalmente. Así se podría haberse evaluado la posibilidad y habilidad que posee el niño para poder generalizar los conocimientos y herramientas aprendidas dentro de la institución. Si bien CE establecía contacto con los familiares, este tipo de información no se encontraba disponible para ser agregado dentro del presente trabajo.

Sería de vital importancia, se tiene desconocimiento si eso era realizado por los miembros de CE, realizar un proceso de entrenamiento y enseñanza a los familiares de P. o mínimamente, ya que eso probablemente exceda las funciones de un centro terapéutico, establecer comunicaciones diarias con los mismos con el fin de realizar una puesta en común de los abordajes que son llevados a cabo con éxito y fracaso en la institución para que la familia pueda contar con mas herramientas y así continuar con la labor planteada diariamente en CE en el hogar.

Es destacable la importancia que se brinda en CE a la formación, capacitación y entrenamiento de sus profesionales, al trabajo interdisciplinario con un fin y propósito en compartido, tal como lo resaltan Buschbacher y Fox (2003). Así como también la búsqueda de la estabilidad y ordenamiento del ambiente para que este se torne más comprensible y manejable por los niños que asisten a la institución, siguiendo las bases del modelo TEACCH (Mesibov & Howley, 2010). Muchas veces se presentaban cambios y eventos que superaban a las posibilidades de los profesionales de mantener el nivel de homeostasis de la institución, pero los mismos, debido al gran sentido de pertenencia hacia el centro, compromiso a su trabajo y cariño por los niños, terminaban haciendo hasta lo imposible por conservar el orden y preservar sus objetivos.

Mediante la elaboración de este trabajo y la asistencia diaria a CE la autora de este trabajo pudo acercarse a las bases teóricas que sustentan el uso de diferentes abordajes e intervenciones en TEA. De esta manera se ha enriquecido tanto en la práctica como en el conocimiento teórico su formación profesional. Brindando herramientas y sus fundamentos a partir de lo observado y lo aprendido a partir de las diferentes reuniones de capacitación.

En este trabajo se ven plasmadas diferentes estrategias para el control y reducción de conductas inadecuadas, lo que es una de las claves más importantes al momento encontrarse con un niño con TEA. Las conductas inadecuadas presentan en los trabajadores y en los familiares, tal como comenta Tamarit (2011), uno de los factores que más influye en el bienestar del paciente con TEA y sus cercanos. Lo que denota la importancia que tiene el estudio de su abordaje y la capacitación respecto a esta materia.

Podría ser considerado para futuros estudios la posibilidad de analizar cómo este proceso es llevado a cabo en el contexto hogareño del paciente, o realizar un estudio con mayor longitud de recolección de datos. Además, por otra parte, sería interesante establecer un análisis comparativo de diferentes individuos con TEA que asistan a la misma institución y que sean tratados por conductas inadecuadas similares, para poder establecer una comparación en el desenvolvimiento de los diferentes pacientes y sus resultados.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R: Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-R: Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Barthélemy, C., Fuentes, J., Howlin, P., & Van Der Gaag, R. (2006). *Persons with autism spectrum disorders: Identification, understanding, intervention*. Belgium: Autism Europe AISBL.
- Barton, M., Robins, D., Jashar, D., Brennan, L., & Fein, D. (2013). Sensivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Jornal Autism Developmental Disorder*, 43(5), 1184-1195. doi:10.1007/s10803-013-1817-8.
- Belinchon, M. (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la comunidad de Madrid*. Madrid: Caja Madrid.
- Buschbacher, P., & Fox, L. (2003). Understanding and intervening with the challenging behavior of young children with autism spectrum disorder. *Lenguaje, speech & hearing services in schools*, 34(3), 217-227. Doi:10.1044/0161-1461(2003/018).
- Campbell, J. M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: A quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities*, 24(2), 120–138. doi: 10.1016/S0891-4222(03)00014-3.
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84(4), 800-816. doi: 10.1037//0033-2909.84.4.800.
- Carr, E. G. (1995). *Intervención Comunicativa sobre los problemas de comportamiento: Guía práctica para el cambio positivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carr, E. G., Levin, L., McMonhachie, G., Carlson, J.I., Kemp, D. C., & Smith, C. E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas del comportamiento*. Madrid: Alianza.
- Cervera, G., Romero, M. G., Abad Mas, L., & Mulas Delgado, F. (2011). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50(3), 77-84. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S077.pdf>.
- Chiang, H.M. (2008). Expressive communication of children with autism: the use of challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 966–972. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01042.
- De La Iglesia, M., & Sixto Olivar, J. (2012). Investigaciones relacionadas con la comorbilidad diagnóstica de los Trastornos del espectro del autismo de alto funcionamiento y los trastornos de ansiedad. *Anales de psicología*, 28(3), 823-833. doi: 10.6018/analesps.28.3.124881.
- Firth, U. (2011). *Autismo, hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza Editorial.
- Frost, L.A., & Bondy, A.S. (1994). *The picture exchange communication system: manual*. Cherry Hill: Pyramid Educational Consultants.

Fuentes Biggi, J., Ferrari Arroyo, M.J., & Boada Muñoz, L. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43(7), 425-438. Recuperado de: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/material_complementario/m4/Guia_buena_practica_tratamiento.pdf.

Granado Alcón, M. C. (2009). Los programas y técnicas de modificación de conducta: Una alternativa a la educación del niño autista. *XXI Revista de Educación*, 4(1), 245-259. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/viewFile/626/964>.

Hernández, J.M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón Carmona, M., Canal, R., Diez Cuervo, A., Ferrari Arroyo, M.J., Hervas Zuñiga, A., Idiazabal, M.A., Mulas, F., Muñoz, J., Tamarit, J., Valdizán, J., & Posada de la Paz, M (2005). Guía de la buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de neurología*, 41(4), 237-245. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16075402>.

Hill, E. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24(2), 189-233. doi:10.1016/j.dr.2004.01.001.

Hill, E., & Bird, C.M. (2006). Executive process in asperger syndrome: patterns of performance in a multiple case series. *Neuropsychologia*, 44(14), 2822-2835. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.06.007.

Hollander, E., & Anagnostou, E. (2007). *Clinical manual for the treatment of autism*. Washington: American psychiatric publishing Inc.

Hughes, C., & Russell, J. (1993). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object: Its implications for theories of autism. *Developmental psychology*, 9(3), 498-510. doi: 10.1037/0012-1649.29.3.498.

Jordan, R. (2012). *Autismo con discapacidad intelectual grave: guía para padres y profesionales*. Avila: Autismo Avila.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(1), 217-250. Recuperado de: http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf.

Leaf, R., & McEachin (2008). *Esperanzas para el autismo: Un trabajo en progreso*. Aires: Rincón Especial Ediciones.

Leslie, A. (1987). Pretense and Representation: The origin of Theory Of Mind. *Psychological Review*, 94(4), 412-426. doi: 10.1037//0033-295X.94.4.412.

López Gómez, S., Rivas Torres, M. R., & Taboada Ares, M.E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11.pdf>.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3-9. doi: 10.1037/0022-006X.55.1.3.

Martos Perez, J., & Paula Perez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(1), 147-153. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33383/1/587296.pdf>.

- Matos, M. A., & Mustaca, A. (2005). Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina. *Interdisciplinaria*, 22(1), 59-76. Recuperado de : <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v22n1/v22n1a03.pdf>.
- Matson, J. L., & Minshawi, N. F. (2007). Functional assessment of challenging behavior: Toward a strategy for applied settings. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 353-361. doi: 10.1016/j.ridd.2006.01.005.
- Matson, J. L., Wilkins, J., & Macken, J. (2009). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 29-44. doi:10.1080/19315860802611415.
- Matson J. L., Kozlowski A. M., Worley J. A., Shoemaker M. E., Sipes M., & Horovitz M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 693-698. doi: 10.1016/j.ridd.2010.11.012.
- Matson, J., Sipes, M., Fodstad, J., & Fitzgerald, M. (2011). Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*, 25(7), 597- 606. doi:10.2165/11591700-000000000-00000.
- Maurice, C., Greene, G. & Luce, S. (1996). *Behavioral Intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals*. Texas: roed.
- Mendizabal, P. (2007). Protocolo de actuación ante conductas problemáticas graves y uso controlado de intervenciones físicas. *Revista de servicios sociales*, 41(1), 107-114. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2920>.
- Mesibov, G. B., Adams, L.W., & Klinger, L.G. (1997). *Autism Understanding the disorder*. New York: Plenum press.
- Mesibov, G. B., & Howley, M. (2010). *El acceso al currículo por alumnos con trastornos del espectro del autismo: Uso del programa TEACCH para favorecer la inclusión*. Valencia: autismo avila.
- Millá, M.G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno de espectro autista. *Revista Neurología*, 48(2), 47-52. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/48S02/bbS02S047.pdf>
- Morgan, H. (1996). *Adults with autism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mulas, F., Ros Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., & Monserrat, L.(2010) Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50(3), 77-84. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S077.pdf>.
- Pérez, M. & Ramos, F. (1995). El autismo infantil. En Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. *Manual de Psicopatología*. (Vol. II, cap 18) 651-674. Madrid: McGraw Hill.
- Pituch, K. A., Green, V. A., Didden, R., Lang, R., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E., & Sigafos, J. (2011). Parent reported treatment priorities for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 135-143. doi:10.1016/j.rasd.2010.03.003.
- Repeto Gutiérrez, S. (2006). Naturaleza de los trastornos del espectro autista. En Conserjería de educación (Eds) *Los trastornos generales del desarrollo: una aproximación desde la práctica. Volumen I*. 9-25. Andalucía: Junta de Andalucía.

Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista asociación Española de Neuropsicología*, 27(100), 333-353. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019653006.pdf>.

Rivière, A., Sotillo, M., Sarriá, E., & Núñez, M. (1994). Metarrepresentación, intencionalidad y verbos de referencia mental: un estudio evolutivo. *Estudios de Psicología*, 15(51), 23-32. doi:10.1174/02109399460579826.

Rivière, A. (2001). *Autismo: Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: TROTТА.

Rivière, A. (2002). *IDEA: inventario de espectro autista*. Buenos Aires: FUNDEC

Rimland, B. (1965) *Infantile Autism*. Londres: Methuen.

Rispoli, M., Ganz, J., Neely, L., & Goodwyn, F. (2013). The effect of noncontingent positive versus negative reinforcement on multiply controlled behavior during discrete trial training. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(1), 135-148. doi: 10.1007/s10882-012-9315-z.

Ruggieri, V. (2010). Trastornos del espectro autista. En: Fejerman, N. (Ed.) *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: Conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación*. Buenos Aires: Paidós.

Russo, N., Nicol, T., Trommer, B., Zecker, S. & Kraus, N. (2009). Brainstem transcription of speech is disrupted in children with autism spectrum disorders. *Developmental science*, 12(4), 557-567. doi: 10.1111/j.1467-7687.2008.00790.

Rutter, M. (1968). Concept of autism: a review of research. *Journal of child psychology and psychiatry*, 9(1), 1-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.1968.tb02204.x.

Tamarit, J. (1998). Comprensión y tratamiento de conductas desafiantes en las personas con autismo. En A. Rivière & J. Martos (Eds.), *El tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas* (pp.639-656). Madrid: IMSERSO.

Tamarit, J. (2005). Autismo: modelos educativos para una calidad de vida. *Revista española de Neurología*, 40(1), 181-186. Recuperado en: http://www.asociacionalanda.org/pdf/tamarit_calidadvida_autismo.pdf.

Tamarit, J. (2011). Conductas desafiantes en personas con trastornos del espectro autista. En: Ruggieri, V. & Valdez, D. (Eds.) *Autismo: Del diagnóstico al tratamiento*. (pp. 399-419) Buenos Aires: Paidós.

Trivisonno, C. M. (2007). *Introducción al enfoque ABA en autismo y retraso de desarrollo: Un manual para padres y educadores*. Buenos Aires: bibliografika.

Wells, M., & Pennington, B.F. (1988). Assessing frontal lobe functioning in children: view from developmental psychology. *Developmental neuropsychology*, 4(3), 131-149. doi: 10.1080/87565648809540405.

Wing, L. (1993). The definition and prevalence of autism: A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2(2), 61-74. doi: 10.1007/BF02098832.

Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 768-773. doi: 10.1016/j.ridd.2010.11.003.

Whitaker, P. (2003). *Challenging Behavior and autism: Making sense, making progress*. Londres: The National Autistic Society.

