

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDAD Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Sistemas Alternativos Aumentativos de la Comunicación como modificador de conducta en TEA

Alumna: Montero, Mariela

Profesor tutor: Dra. Piovano, Silvia

Buenos Aires, Noviembre 02 de 2018

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Marco teórico.....	4
3.1. Conceptualización del TEA.....	4
3.1.1. Etiología.....	6
3.1.2. Neuropsicología del autismo.....	7
3.1.3. Criterios diagnósticos. Prevalencia.....	8
3.2. Comunicación en TEA: Estrategias o métodos para favorecer la comunicación.....	11
3.2.1. La comunicación en TEA. Características del lenguaje.....	11
3.2.2. Conducta disruptiva en TEA.....	13
3.2.3. Estrategias de Intervención.....	14
3.3. Sistemas alternativos de comunicación en TEA.....	15
3.3.1. <i>Picture Exchange Communication System (PECS)</i>	16
3.3.2. Sistema de comunicación total de Benson & Schaeffer.....	18
3.3.3. Sistemas tecnológicos	19
3.3.4. <i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication- Handicapped Children (TEACCH)</i>	20
3.3.5. Applied Behavior Analysis (ABA)	22
4. Metodología	23
4.1 Tipo de estudio	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento.....	24
5. Desarrollo	25
5.1 Presentación del caso.....	25
5.2 Objetivo 1.....	26
5.3 objetivo 2.....	29
5.4 Objetivo 3.....	34

6. Conclusión.....	38
7. Referencias bibliográficas	43

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V. La misma se llevó a cabo en un Centro Educativo Terapéutico, situado en un barrio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho centro se dedica al tratamiento de niños y adolescentes de entre 4 y 21 años de edad, con Trastornos del Espectro Autista y diversas patologías del desarrollo. Se trabaja de manera interdisciplinaria con un abordaje de Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Se concurrió a la institución hasta completar un total de 280 horas, de lunes a viernes, de 9hs a 13hs. Las funciones que se desempeñaron en el centro fueron diversas; entre ellas, la de asistencia y observación de las diferentes salas y las intervenciones de los terapeutas, como así también participación en la capacitación brindada a los profesionales que trabajan en la institución. Algunas de las actividades realizadas en la sala consistieron en juegos, trabajos en mesa, acompañamiento de salidas a la plaza.

Fue un factor concluyente en la elección de la temática elegida, el interés generado en conocer los logros que se producen a través de la implementación de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) en un joven con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presenta conductas disruptivas como; autoagresiones, gritos y llanto frente a la propuesta de realizar una actividad en otro espacio que no sea la sala o volver a trabajar de manera independiente junto a la terapeuta luego de un tiempo de descanso, debido a la falta de comunicación que lo caracteriza. Y a su vez fue de interés destacar como repercute en su vida las nuevas herramientas de comunicación que le proporcionaron para adaptarse de manera más adecuada al medio social.

Para el desarrollo del presente trabajo se contó con la descripción de caso único, un joven de 14 años diagnosticado con TEA, la sintomatología que presenta y las diferentes técnicas utilizadas en comunicación para modificar la conducta, como así también los cambios que se presentaron en el transcurso de la observación.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Describir los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación PECS que se utilizan en un joven de 14 años con trastorno del espectro autista, para modificar la conducta disruptiva de autoagresión aplicados en un centro educativo terapéutico al que asiste, desde el modelo TCC.

2.2. Objetivos específicos

- Describir la conducta disruptiva de gritos y autoagresión, en un joven de 14 años con trastorno del espectro autista al inicio de la observación.
- Describir la utilización de diferentes técnicas y estrategias de comunicación para modificar conductas disruptivas.
- Describir los cambios observados en la conducta disruptiva de gritos y autoagresión, luego de tres meses de intervención.

3. Marco teórico

3.1 Conceptualización del TEA

El concepto de autismo ha ido cambiando a lo largo de los años. Uno de los pioneros dentro de las investigaciones en el campo de esta patología fue Kanner, quien en el año 1943 describió el caso de unos niños con aislamiento autista que compartían características tales como: dificultad en la interacción social como así también en la comunicación, conductas repetitivas, intereses restringidos y aislamiento (Frith, 1991).

Un año más tarde, Asperger publicaba su tesis doctoral “Psicopatía Autista en la Infancia”, con observaciones similares a las aportadas por Kanner, en la que se describían discapacidades por dificultades en la interacción social de un grupo de niños de entre 6 y 11 años de edad, sin problemática aparente en lo cognitivo y verbal. Asperger introdujo el concepto de psicopatía autista, sin embargo, su investigación no fue tomada en cuenta hasta que Wing, médica

psiquiatra, tradujo sus trabajos, e introdujo en el año 1981 el término de síndrome de Asperger (Riviere, 1991).

En 1989, siguiendo con esta línea de investigación, Wing indicó que el espectro autista constituye un trastorno de grado variable; esto significa que, aunque el diagnóstico sea el mismo, cada niño tiene características diferentes. La autora postula que las deficiencias que se registran en las áreas de interacción social, comunicación e imaginación, sumadas a un patrón de conducta repetitivas, conforman la tríada de deficiencias que define el trastorno de espectro autista (Wing, 1996).

Otro de los grandes investigadores del autismo fue Riviere (1991), quien estableció tres etapas explicativas sobre el trastorno. La primera surge en un período que va desde 1943 hasta los años 60, con una perspectiva psicodinámica en la que el autismo era considerado como una psicosis de la infancia. En la segunda etapa, a mediados de la década de los 70, se lo define como un trastorno generalizado del desarrollo (TGD), y se explica que existe una alteración cognitiva que afecta la flexibilidad cognitiva, comunicación y lenguaje. Esto fue aceptado en la clasificación del DSM-III (Consejería de Educación, 2006).

La tercera etapa, denominada cognitivista-interaccionista, comienza en 1985; en ella se trata de responder cuál o cuáles de los procesos mentales que se desarrollan en la infancia sufren alteraciones que tienen como resultado el espectro autista. El autor destacado en esta época fue Simon Baron-Cohen, quien planteó la Teoría de la Mente, descrita como la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro (Riviere, 1991).

A partir del año 2013, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5) presenta características definitorias tales como: deficiencias persistentes en la interacción y comunicación social en diversos contextos, patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, habla estereotipada, ecolalia, monotonía, inflexibilidad, así como también híper o hiporreactividad a estímulos sensoriales. Hay especificadores que van a determinar la gravedad del trastorno. Los síntomas deben estar presentes desde la primera infancia y deben alterar la funcionalidad en lo social, académico u ocupacional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

3.1.1. Etiología

El TEA es un trastorno complejo. En la actualidad, las investigaciones fundamentan que su origen no se debe a una sola causa, sino que se trata de un trastorno plurietiológico. En su desarrollo se involucran factores genéticos como consecuencia de alteraciones poligénicas, factores neuroquímicos que comprometen la maduración del sistema nervioso central (SNC) en etapas desarrollo temprano, y factores ambientales (Artigas Pallares, 2013).

Algunas de las causas mencionadas fueron neurobiológicas las cuales presentan anomalías anatómicas y funcionales del cerebro y menor activación cortical; macrocefalia asociado al gen fosfatidilinositol-3,4,5-trisfosfato 3-fosfatasa (PTEN); la teoría de neuronas espejos asociada a la empatía, donde se produce la activación de grupos neuronales cuando se observa a alguien realizar una acción sin necesidad de estar realizando la misma, es decir, las neuronas del individuo imitan como "reflejando" la acción de otro: así, el observador está él mismo realizando la acción del observado, de allí su nombre de "espejo". Esta teoría, que estipula a la imitación como moldeadora de la conducta y el aprendizaje haciendo énfasis en lo social, asegura que en las personas con autismo hay una menor activación (Rizzolatti & Fabbri- Destro, 2010).

Aunque no existan estudios que lo detecten para diseñar un diagnóstico clínico, el TEA está relacionado con causas genéticas donde hay alteraciones cromosómicas X; a la vez, existe una alta repetición de gemelos iguales o monocigotas y también en dicigotas o no iguales. En padres de un hijo con TEA, hay un 5% de probabilidad de que, en caso de que tuviesen otro hijo, este también lo padezca (Grañana, 2014).

Otra causa a considerar es la de los neurotransmisores; el ácido gamma-aminobutírico (GABA) es un neurotransmisor encargado de disminuir la actividad cerebral mediante diversos mecanismos. Por ello es considerado el principal neurotransmisor inhibidor del cerebro; el gen ARID1B, relacionado con el TEA, causan disminución de las conexiones gabaérgicas en el SNC (Grañana, 2014).

En base a lo expuesto, queda en evidencia que no hay una respuesta única que pueda explicar la etiología del trastorno como así tampoco, curar y prevenir la patología, el cual puede ser producto de múltiples causas posibles y múltiples deficiencias (Frith, 1991).

3.1.2. Neuropsicología del autismo

La Teoría de la Mente busca explicar la presencia de los déficits en la comunicación y la interacción social en las personas con TEA. Entiende que la mente se desarrolla de manera progresiva desde la infancia hasta completar la adolescencia, y refiere a la capacidad del sujeto de lograr la empatía y poder ponerse en el lugar del otro. Desde la primera infancia, los niños pueden diferenciar el hecho de que el otro puede sentir y pensar de una manera distinta porque tiene otra mente (Barón Cohen, 1995). Se trata de no observables, de estados mentales que requieren de una inferencia a partir de acciones. Son los pensamientos los responsables de hacer seres sociales de las personas (Tallis, 2005). Sin embargo, en los niños con TEA se observa un déficit en este desarrollo, que está lentificado o ausente, por lo que les cuesta poder ponerse en el lugar del otro, como así también anticipar o poder inferir (Barón Cohen, 1995).

Para poder realizar una hipótesis acerca de lo que otras personas sienten o piensan, se requiere de un mecanismo mental capaz de permitirlo. De acuerdo con Barón Cohen (1995), los problemas al respecto presentes en los niños con TEA se relacionan con un déficit cognitivo.

Otra de las teorías de gran relevancia es la de Coherencia Central, desarrollada por Frith (1989) y que permite integrar información al contexto, globalizar y entender las situaciones. Trata de explicar las dificultades de las personas con TEA para integrar la información en un todo único, coherente, integral y general. Tiene dos implicancias, por un lado, la perceptual, implica la preferencia que tienen las personas con TEA en el procesamiento de la información local antes que la global, y por otro la conceptual, que engloba el fracaso hacia lo contextual y el conocimiento previo (Frith, 2006).

En cuanto a la Teoría de la Disfunción Ejecutiva formulada por Pennington y Ozonoff (1996), intenta explicar los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados de las personas con TEA. Las funciones ejecutivas (FFEE), son un conjunto de habilidades cognitivas que se utilizan para llevar a cabo actividades de manera autónoma; se asocia a la capacidad para resolución de problemas, donde hay que desarrollar un plan, hacer secuencia de pasos, ejecutarlo y monitorear si llega a la solución o se debe poner en marcha otro plan con flexibilidad cognitiva; en el paciente con TEA estas capacidades están alteradas y restringidas por eso les cuesta las resolución de problemas (Riachaudeu, 2014).

3.1.3. Criterios diagnósticos. Prevalencia

Tras la evolución de los conceptos del autismo y la breve historia detallada en el apartado precedente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) publicó la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) donde las características principales son:

-Criterio A, asociado al déficit en la comunicación e interacción social, que abarca los síntomas que se detallan a continuación:

- Déficit en la reciprocidad socio-emocional: poca disposición en compartir intereses y emociones, problemática en mantener una conversación normal; acercamientos sociales no convencionales.
- Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social: dificultad para mantener contacto visual, lenguaje corporal y uso de gestos; falta de emocionalidad y de comunicación no verbal; dificultades en la integración de conductas comunicativas verbales y no verbales.
- Déficit relacional: dificultad para compartir juegos, hacer amigos, ausencia de interés en el entorno familiar, “no encajar” en el contexto social.

-Criterio B, relacionado a patrones de conducta, intereses o actividades, restringidos y repetitivos, y que hacen referencia a:

- Movimiento: uso de objetos, habla o movimientos repetitivos y estereotipados: alinear objetos, movimientos motores continuos, voltear objetos, ecolalia, fraseado idiosincrático.
- Insistencia en la monotonía: rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado; ira o malestar extremo ante cambios, rituales de movimiento (seguir siempre un mismo camino) patrón rígido de pensamiento.
- Intereses restringidos anormales por su intensidad y foco: intereses perseverantes, apego excesivo a objetos inusuales.
- Híper o hipo-actividad a estímulos sensoriales; interés inhabitual por el entorno.

- Criterio C, los síntomas están presentes desde la primera infancia. El criterio D indica que los síntomas causan un deterioro significativo en la funcionalidad cotidiana (APA, 2013).

A continuación, se hará referencia de los principales cambios realizados en el DSM IV y el anterior mencionado. Algunos de las modificaciones más relevantes es la denominación de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) por TEA. Otro ítem a mencionar son los subtipos,

donde el Síndrome de Rett deja de pertenecer al mismo. Como así también el cambio de la sintomatología clínica, donde en el DSM IV se tenía en cuenta la tríada y actualmente se considera la diada que incluye la comunicación social e interacción, las conductas repetitivas y estereotipadas y otra característica es el diagnóstico prematuro.

Tabla 1. *Diferencias entre DSM-IV (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013) respecto al autismo.*

	DSM-IV	DSM-5
Definición de autismo	“Trastornos generalizados del desarrollo” (TGD).	Trastornos del espectro autista dentro de los trastornos del neuro-desarrollo
Subtipos	Trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD no especificado) y el síndrome de Rett.	Todos se incluyen dentro del Trastorno del Espectro Autista y se descarta el síndrome de Rett de esta clasificación.
Sintomatología Clínica	Tríada: deficiencias en la interacción social, deficiencias en el lenguaje y la comunicación, interés y actividad restringida.	Diada: “deficiencias en la comunicación social, comportamientos restringidos y repetitivos”.
Aparición	Síntomas antes de los 36 meses de edad.	Síntomas presentes desde la infancia temprana, sin condicionamiento de meses.
Diagnóstico diferencial	Deficiencias en el lenguaje.	Trastornos de la comunicación social y presencia de comportamientos repetitivos.

Al momento de establecer el diagnóstico, el nuevo DSM-5 exige establecer en profundidad las características del trastorno y la severidad de las alteraciones en cada una de las dimensiones que define (discapacidad intelectual, alteraciones del lenguaje, problemas

neurológicos, por ejemplo). Los criterios de severidad mencionados se clasifican de acuerdo al grado de apoyo necesario y se detallan en la Tabla 2 (Valdez, 2009).

Tabla 2. *Nivel de severidad del TEA* (Valdez, 2009).

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
Nivel 1 – Requiere apoyo	Respuestas típicas fallidas. Alteración en la comunicación social. Falta de interés para interactuar socialmente. No hay apertura social	Inflexibilidad en el comportamiento; obstaculización de la independencia por problemas de organización y planificación.
Nivel 2 - Requiere apoyo sustancial	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; déficit social aun con el apoyo; respuesta atípica en la socialización, limitada interacción social	Dificultades para afrontar cambios; conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado; malestar al cambiar focos de conductas.
Nivel 3 – Requiere apoyo muy sustancial y multifacético	Déficits severos en todos los órdenes del lenguaje y comunicación; déficit social muy marcado, respuesta atípica y reducida a intentos de relación con el otro. Casi no presenta interacción social ni contacto visual	Extrema dificultad para aceptación de cambios; malestar extremo al cambio de conducta; comportamiento repetitivo extremo que interfiere marcadamente en el funcionamiento de otras áreas.

Por último, y una vez diagnosticados los criterios de severidad, se deben especificar si existen o no alteraciones acompañantes, o si el trastorno está asociado o no a factores genéticos y ambientales, a algún otro trastorno o patología neurológica, y si tiene o no criterios de catonía ligados a algún otro trastorno mental (Valdez, 2009).

La prevalencia para TEA es cerca del 1% de la población. Se considera tanto a jóvenes como adultos ya que el trastorno está presente a lo largo de todo el ciclo vital. Se registra, a su vez, una prevalencia mayor en hombres que en mujeres: 1 de cada 4 hombres puede sufrir el trastorno (APA, 2013).

3.2. Comunicación en TEA: estrategias o métodos para favorecer la comunicación

3.2.1. La comunicación en TEA. Características del lenguaje

El vínculo más importante de socialización y desarrollo del ser humano es la comunicación; a través de ella se produce la integración del individuo a la sociedad. De manera general, se trata de un proceso social mediante el que se realiza la trasmisión de información -se comunica algo- y las personas se relacionan entre sí. Los elementos que deben intervenir para que se logre un proceso de comunicación comienzan con una fuente de información que suministra los datos, un emisor que selecciona los datos de esa fuente, los concreta y los transforma en mensaje, un canal por el cual la información llega al receptor, y un receptor que recibe el mensaje que se quiso transmitir (Muñoz, 2010).

En el proceso de comunicación, el lenguaje es la herramienta fundamental, ya que permite la expresión de sentimientos y pensamientos a fin de compartirlos y relacionarnos con el otro. El lenguaje entendido como un sistema convencional de signos creados por el hombre para establecer un proceso de comunicación y de trasmisión sociocultural. Desde la niñez, funciona como sistema de mediación, y a lo largo del desarrollo se convertirá en regulador del comportamiento. Es considerado un proceso bio-psico-social que empieza en el nacimiento y se amplía en las diferentes etapas de la vida, pero que cambia de manera radical en individuos con TEA (Muñoz, 2010).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el lenguaje oral es la manera de comunicación más avanzada que comienza a manifestarse alrededor del primer año de vida del niño. De manera previa al lenguaje expresivo, existen otros procesos relevantes, como pueden ser el contacto visual, la atención conjunta y los gestos. Todos estos procesos revisten una gran importancia por tratarse de recursos de valor aumentativo en relación a la comunicación de niños con TEA. La combinación resultante de acompañar la palabra con un gesto da la posibilidad de retener y recibir información por dos vías (Maggio, 2014).

En cuanto a la comunicación en niños con TEA, el desarrollo del lenguaje sufre alteraciones. Por ello, en algunos casos hay ausencia de lenguaje oral, sumado a que suele haber imposibilidad de comunicarse gestualmente. Como también tienen conductas comunicativas

restringidas, es decir, en base a que estos niños tienen conductas de comunicación limitadas, es posible observar esos tipos de comunicación no habituales, tales como el uso instrumental de personas a las que llevan hasta el objeto deseado sin utilizar palabras o gestos para llegar a su objetivo (Juárez & Morfort, 1993).

Al tener en cuenta las alteraciones en el lenguaje, en algunos casos implica que las intenciones comunicativas resultan difíciles de entender para los demás. Como consecuencia, las conductas de los niños pueden ser llanto, golpes, rabietas, entre otras, al no poder expresarlo de una manera apropiada. Así, surge la necesidad de incrementar los recursos de comunicación para que lo hagan en un contexto sin llegar a conductas disruptivas. Entre los diferentes recursos, empieza a hacerse uso de los sistemas alternativos de comunicación (Molina Montes, 1997).

De acuerdo a lo mencionado, las alteraciones presentes en el paciente con TEA se pueden clasificar en función de si aparecen en la vertiente expresiva, si aparecen en la comprensión y expresión, o si se relacionan con el proceso de formulación (Tamarit, 2009):

- Trastornos de la vertiente expresiva. Déficit de la programación fonológica, donde la articulación es confusa y los enunciados no se entienden; presentan buena comprensión y la articulación silábica deficiente en repeticiones silábicas aisladas. En cuanto a la dispraxia verbal, hay alteraciones en la fluencia, grave afectación articulatoria, incapacidad de repetición articulatoria de enunciados de dos o tres palabras y poseen una comprensión próxima a la normal.
- Trastornos de comprensión y expresión. Síndrome fonológico-sintáctico, la vocalización es deficiente; tienen pobreza gramatical sintáctica y semántica; articulación del habla alterada; perturbación en la fluidez verbal; sintaxis deficiente, no hay expresión, pero sí comprensión; la dificultad en la comprensión se verá reflejada en frases largas y complejidad del enunciado. El niño no puede decodificar el lenguaje que escucha y tampoco puede comunicarlo mediante elementos no verbales; es el caso de la utilización del adulto para alcanzar su objetivo, por problemas de agnosia auditiva verbal.
- Trastornos del proceso central del tratamiento y de la formulación. Las alteraciones tienen que ver con el síndrome léxico-sintáctico que afecta la incapacidad de articulación de palabras, tartamudeo ocasional, incapacidad de recordar una palabra y asociarla con su significado; comprensión fugaz de palabras sueltas pero deficiente comprensión de enunciados. También influye en lo relacionado con lo semántico-pragmático del lenguaje,

e incluye el desarrollo del lenguaje que se inicia con articulación normal, pero con ligeras dificultades; emisión de frases aprendidas de memoria; dificultades severas en la comprensión y esperar el turno de la palabra; alteraciones en la adaptación del lenguaje al entorno interactivo. Mutismo selectivo.

3.2.2. Conducta disruptiva en TEA

Para empezar a hablar de conducta en personas con TEA hay que saber que, no solo se considera lo observable. Esto significa que, aunque se observe a un niño dar un golpe a sí mismo o a otra persona, hay una función o propósito que cumple esa conducta para esa persona. Por lo tanto, hay que hacer un análisis de la función que cumple, sin dejar de lado lo que el entorno hace ante la situación. Esto se llama análisis funcional contextualizado (Tamarit, 1995).

Es difícil que las conductas se lleven a cabo en un contexto aislado. Las conductas están relacionadas con el contexto y fundamentalmente con el ámbito social, por lo cual es importante conocer acerca de reforzadores sociales para poder sostener o modificar conductas (Love, 2009).

En relación a problemas de comportamiento, por lo general, tienen muchas finalidades y requieren de varias intervenciones. Esto implica cambiar sistemas sociales, no individuos. El uso adecuado de la intervención para modificar una conducta comprende el análisis de todas las variables importantes, como son las sensoriales, homeostáticas y orgánicas. En las sensoriales, la autolesión puede estar sostenida por la estimulación que esta le produce a la persona. Por su parte, en relación a las homeostáticas, a veces la conducta es producto de que en el ambiente hay poca estimulación o, por el contrario, excesivos ruidos; entonces, el niño opta por los golpes para bloquear los estímulos de su alrededor (Guess & Carr, 1991). Otra de las variables importantes es orgánica, en la que la desregulación puede ser resultado de factores biológicos (Carr, 1977).

En la actualidad, las técnicas de modificación de la conducta surgen como estrategias eficaces, no sólo para la eliminación de conductas problemáticas en personas con TEA, sino también en el mantenimiento de aquellas conductas más adaptativas, que permiten mejorar la interacción social, la comunicación y el aprendizaje. Por ello, es fundamental definir cuál es la conducta que se desea eliminar, establecer los objetivos para incrementar aquella que se quiere mantener y elaborar un programa de modificación conductual específico, registrando los resultados de acuerdo a un tiempo establecido y evaluando su efectividad (Verdugo, 2010).

3.2.3. Estrategias de intervención

Al considerar que la comunicación es una de las características que sufre alteración en una persona que padece TEA, se desarrollaron diferentes programas de intervención. Según Grañana (2014) se entiende como intervención a cualquier acción terapéutica o de tratamiento diseñada para ayudar a personas con autismo a reducir o curar los síntomas nucleares, mejorar las habilidades adaptativas de la vida diaria, reducir las conductas disruptivas, incrementar el desarrollo cognitivo de habilidades académicas y laborales, como así también mejorar la calidad de vida. Las intervenciones deben implicar la enseñanza de nuevas habilidades para que sustituyan a las conductas que implican problemas de comportamientos; el objetivo deber ser el de proteger al niño con TEA, buscando que deje de agredirse a sí mismo o a otros, y que esto se sostenga a largo plazo (Carr, 1991).

Al momento de elegir un programa de intervención, y para que este funcione de manera efectiva, deben contemplarse las bases neurobiológicas de los síntomas, la edad y la etapa del desarrollo evolutivo en que la persona se encuentra. De la misma manera, debe atenderse a los principios del tratamiento, aquellos programas cuya eficacia clínica esté demostrada, los aspectos socio-ambientales y las áreas afectadas como las fortalezas y las barreras que presente para el aprendizaje. Lo más habitual es que las intervenciones realizadas a temprana edad se realicen de manera individual con un equipo interdisciplinario y, una vez que el niño adquiere ciertas habilidades, comience a participar en grupos de trabajo más amplios (Grañana, 2014).

Como se mencionó anteriormente, elegir un programa adecuado para la intervención en comunicación entre los diferentes propósitos implica ayudar a disminuir conductas disruptivas. Según Wing (1996), estas conductas siempre tienen un origen y es necesario averiguar sus causas, que pueden ser de carácter comunicativo o intencional. Otra razón por la que dichas conductas se presentan puede ser que el niño esté sintiendo una incomodidad debido a alguna enfermedad o dolor, y no pueda comunicarlo de manera verbal. Sin embargo, una de las causas más frecuentes refiere un cambio que por más pequeño que parezca, puede provocar una conducta inadecuada.

Por dichos motivos, Wing (1996) propone que las intervenciones que se realizan para estas conductas sirvan para estructurar las rutinas diarias del niño. Esto significa anticipar las acciones o situaciones, al servir como ayuda a estabilizarlo y producir orden. Cualquier cambio

que se quiera introducir tiene que ser gradual, así como también las formas de comunicación tienen que adaptarse a las necesidades y comprensión del niño. Hay que usar pocas palabras, las mismas tienen que ser concisas. En cuanto a conductas disruptivas que se han mencionado en el apartado anterior, y más precisamente en el mecanismo de las autolesiones o lesiones a terceros, es imprescindible realizar un análisis funcional sobre ellas, observando y obteniendo un registro en los momentos en los que se producen. Una vez identificado el disparador de la causa, es preciso sustituirlas por conductas más adecuadas, con el fin de conseguir los mismos objetivos, pero sin el elemento disruptivo.

3.3. Sistemas alternativos de comunicación en TEA

El diagnóstico precoz es fundamental para establecer pautas y estrategias de intervención priorizando el desarrollo de la comunicación y el lenguaje. Es importante plantear un sistema alternativo y aumentativo de comunicación (SAAC) definido a los programas visuales como pictogramas, gestos, que reemplazan el lenguaje verbal. Estos sistemas buscan aumentar las alternativas de comunicación, puesto que la manera visual es clave para llegar a cumplir los objetivos. Inicialmente, se enseñan programas de comprensión verbal con ayudas visuales para luego pasar a programas de expresión con ayuda visual (Grañana, 2014).

De acuerdo con Grañana, Riviere (1997) sostiene que los SAAC, al ser sistemas estructurados de códigos, necesitan ser enseñados previamente a su uso, para realizar el intercambio comunicativo a partir de los mismos. El objetivo es llevar a cabo actos de comunicación teniendo para ello que ser funcionales (los niños deben tener siempre su comunicador, adaptado a sus dificultades), espontáneos (donde se busca la iniciativa de las acciones comunicativas y no sólo que responda a las acciones de los demás) y, por último, cuya finalidad es que sean generalizables, es decir con distintas personas y en diferentes contextos.

La información espacial, visual y concreta se procesa de manera más adecuada que la auditiva, al presentarse problemas de comprensión del lenguaje oral. Por este motivo, los sistemas alternativos son programas visibles. Se los pueden manipular, es decir, llevar consigo mismo a todos lados, y además son espaciales y concretos (Pascual, 1993).

Cabe destacar que la utilización de los SAAC será de acuerdo a las propias necesidades del niño; su fin último es el de generar una comunicación espontánea sin ayuda de un tercero, al mismo tiempo que organizar el mundo del niño. En caso de que exista lenguaje verbal, la

finalidad del sistema alternativo será la de ayudar a tener una comunicación más funcional y fluida, de modo tal que favorezca su autonomía e inclusión (Molina Montes, 1997).

Los sistemas alternativos se enseñan de manera estructurada. A partir de cada programa elegido, se plantean los objetivos en función de las capacidades de cada uno. Es importante que el aprendizaje sea evaluado constante y sistemáticamente, para lograr una mejor intervención y cerciorarse de que es el indicado, como así también para efectuar ajustes en caso de que sea necesario (Valdez, 2015).

3.3.1. *Picture Exchange Communication System (PECS)*

Al considerar los diferentes programas de comunicación aumentativa y alternativa, uno de los que demuestra mayor efectividad es el *Picture Exchange Communication System (PECS)*. Este se focaliza en facilitar la comunicación espontánea, con entrenamiento previo en el uso de pictogramas, ilustraciones que representan un objeto real y sirven para la rehabilitación, educación y comunicación. Se utilizan imágenes o pictogramas, que consisten en dibujos, fotografías, o hasta puede tratarse de un objeto tridimensional pegado a un cartón. Tiene doble funcionalidad: la de acompañar al lenguaje oral y la de ser un medio de comunicación en aquellos casos en que este último no exista (Bondy & Frost, 1994).

El PECS se caracteriza por la utilización de diferentes estrategias, tanto de enseñanza y razonamiento como de corrección de errores y generalización, y se fundamenta en un intercambio de imágenes. Comienza con la enseñanza de habilidades comunicativas funcionales para el niño: se les enseña a aproximarse y entregar la figura deseada a otro interlocutor, como manera de pedir algo deseado. Al principio, es un intercambio de las imágenes por los objetos que desea; estas van a la par de las de tipo social, y a medida que estas últimas se vuelven eficaces en el mantenimiento de la conducta, se introducen más funciones comunicativas con base social (Grañana, 2014).

El programa fue desarrollado para usar en niños con TEA y otros déficits de comunicación social. Se inicia un acto comunicativo en respuesta a obtener resultado dentro de un contexto social. Como los niños con esta patología no poseen interés por las consecuencias de tipo social, empiezan por las consecuencias tangibles, a través de los objetos que desean; si bien en los primeros entrenamientos se hace énfasis en lo tangible, a la par se introducen los elementos de tipo social (Grañana, 2014).

Al principio se utilizan tarjetas que hacen referencia a pedir comida, bebidas o juegos; una vez adquirido esto, la progresión se va volviendo más difícil y el niño empieza a completar frases con imágenes, donde hay tres categorías: una tiene que ver con acciones, otra con alimentos y una tercera con intereses tales como jugar, descansar, entre otros. Según Maggio (2014) hay seis fases, y su progresión implica una complejización del proceso hasta completar la última etapa, en la que se espera que pueda responder y comentar. En 1994 Bondy y Frost establecieron una serie de fases, cuyo orden es necesario respetar para que el aprendizaje se dé correctamente:

-Fase 1: se basa en el intercambio físico. Dos terapeutas trabajan en conjunto junto a un niño. Se le seleccionan varios objetos que sean de su interés y mediante la observación se averigua cuál es el que más desea para empezar a trabajar. Una terapeuta estará detrás del niño moldeando los movimientos y la otra sentada al frente con quien realizará la actividad. Es necesario quitar las ayudas a medida que se observe que va adquiriendo la tarea. Esto se conoce como desvanecimiento de ayuda. En esta etapa, al ser propiamente de aprendizaje, se aconseja no dar instigaciones verbales y no interferir con estímulos auditivos.

-Fase 2: se busca un aumento de la espontaneidad en el uso de las claves. El niño, en esta fase, tiene que poder buscar en su tablero de comunicación lo que desea y entregar la figura al terapeuta en la mano. Es preciso contar con varios ítems que sean de su preferencia. El tablero debe estar a una distancia considerable, de modo que él tenga que levantarse para poder buscar la imagen e ir generando cada vez mayor distancia. Esta fase finalizará cuando el niño pueda entregar la clave visual al terapeuta sin ningún tipo de ayuda.

-Fase 3: en esta fase se espera que el niño pueda discriminar entre una cantidad de claves visuales que son de su interés y aquellas que cumplen la función de distractor y son irrelevantes para él. Hay que verificar que lo que él pide corresponda con sus acciones y, una vez que pueda discriminar entre dos y tres ítems, se sugiere hacer verificaciones periódicas para estar seguros de que es lo que realmente quiere. Además, hay que reordenar la ubicación de las claves que está discriminando, para que no se acostumbre a buscar siempre en el mismo lugar. Otro dato a tener en cuenta es que, cuando se comete un error durante el entrenamiento, no se debe usar la palabra “no”, ya que esto implica confundirlo con el lenguaje oral y bloquear la acción que cometió.

-Fase 4: estructura de la frase. Del lado izquierdo del porta-frases, habrá en forma fija dos claves visuales “yo quiero”, y el niño tendrá que elegir en una cantidad de claves lo que desea”.

En principio, todos los entrenamientos son con ayuda hasta que el niño aprenda; posteriormente, se irá retirando la ayuda masiva. Se empieza con el encadenamiento inverso: primero, el niño pone el objeto que quiere; segundo, tiene que completar con el “quiero y objeto” que desea para, por último, armar la frase completa. Por ejemplo: “yo quiero galletitas”.

-Fase 5: se usa cuando el niño ya tiene cierta autonomía y responde a la pregunta: “¿qué querés?”. Debe contestar señalando el tablero de una manera indicando “yo quiero”. Es importante generar estrategias para que los niños utilicen su sistema comunicativo en diferentes contextos y no sólo se responda a preguntas por parte del terapeuta.

-Fase 6: también se usa para responder preguntas y hacer comentarios espontáneos, como, por ejemplo: ¿qué querés?, ¿qué ves?, ¿qué tenés?

Este sistema se basa en que el niño, a través del intercambio de claves visuales por objetos, incrementa su capacidad de comunicación. Y se basa en la función de que pueda elegir y pedir, favoreciendo la interacción social como el bienestar emocional (Valdez, 2015).

3.3.2. Sistema de comunicación total de Benson y Schaeffer

El programa de habla signada para niños no verbales con autismo promueve, en primer lugar, el desarrollo del lenguaje signado espontáneo. De esta manera, se llega al habla signada espontánea para dar lugar, finalmente, al lenguaje verbal en niños que tengan capacidad para llegar a esta última etapa (Glennen, 1997). Por esta razón, cuando se utiliza el término *habla signada*, se hace referencia a la producción simultánea de signos y palabras realizadas por los niños con TEA no verbales y las personas que están enseñándole. Comunicación total, por su parte, es la producción de signos y palabras de manera simultánea realizada por el adulto (Schaeffer, 2005).

Para aplicar este programa hay que seguir técnicas específicas de enseñanza. En relación a las secuencias en las que se instruyen las funciones lingüísticas, primero se aborda el lenguaje signado y la imitación verbal, para lograr que los niños empiecen a utilizar su lenguaje signado espontáneamente y desarrollen habilidades de producción del habla (Schaeffer, 1978).

En primera instancia, la enseñanza comienza con ayuda física, usando la mano del niño para hacer el gesto; no se busca que interprete la consigna, sino moldearle el movimiento acompañado de la palabra. Por ejemplo, con el vocablo *terminé*, se le toma de las dos manos y se

pasa una por encima de la otra, haciendo en tres sílabas, *ter-mi-né*. Luego, se va retirando paulatinamente la ayuda hasta que pueda hacerlo solo (Grañana, 2014).

Los signos deben ser concretos, visibles y deben ser moldeados lentamente para que el procesamiento de la información sea más fácil. Sólo hay que decir la palabra y moldear el gesto, sin agregar o mezclar otras palabras que puedan interferir en el procesamiento. Los primeros gestos van a ser simples y, a medida que se adquiere un ítem, se pasa al siguiente. Cada ítem será más complejo que el anterior, a la par que la ayuda se irá desvaneciendo de forma paulatina, para fomentar al niño a que termine haciendo el gesto por sí mismo y que pueda comunicarse con o sin él de manera espontánea frente a un contexto similar (Riviere, 2001).

3.3.3. Sistemas tecnológicos

Dados los avances tecnológicos en el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC), en la actualidad se dispone de nuevos instrumentos en el ámbito educativo para fortalecer el aprendizaje de las personas con TEA y de aquellos que tengan déficit en el lenguaje. Las herramientas son variadas, adaptables a la comunicación y el comportamiento, de acuerdo a las características propias del trastorno en cada individuo. Si bien el uso de programas es relativamente reciente, el potencial actual de la tecnología atrae aún más el procesamiento visual de los niños con TEA hacia los medios electrónicos (Jiménez Peñuela, 2011).

Si bien los sistemas tecnológicos son multisensoriales, la mayoría son visuales y de gran ayuda, puesto que el procesamiento visual es el más desarrollado en personas con TEA. Estos dispositivos cuentan con variables a favor en tanto estrategias de intervención a través de la tecnología informática, con programas computarizados interactivos y eficaces para la adquisición de vocabulario receptivo, mejoramiento de la comunicación y el lenguaje. De la misma manera que en las relaciones interpersonales motivantes, los TIC requieren un alto nivel de atención, disminuyen la frustración, se adaptan a las características de cada uno favoreciendo el aprendizaje y mantienen al sujeto con un nivel de alerta y activo (Pérez de la Maza, 2000).

Al contrario del pensamiento de ciertos autores que consideran que las TIC pueden fomentar aún más el aislamiento, bien utilizadas y con el acompañamiento adecuado representan una herramienta de auxilio a la interacción social. En este sentido, Vigotsky (1988) las caracteriza como un instrumento entre el proceso de aprendizaje del individuo, a través del cual se potencia la zona de desarrollo próximo, haciendo referencia a la distancia entre el nivel actual

de desarrollo (determinado por la capacidad de resolver de manera autónoma un problema) y el desarrollo potencial (determinado a través de la resolución de un problema con la ayuda de otro más experto).

A continuación, se detallan algunos programas, utilizados en niños con TEA, que intentan acompañar las habilidades sociales:

- *Smile Maze for autism*: serie de laberintos que se traspasan si el niño realiza determinadas expresiones faciales. Finalidad: fortalecer la comprensión y producción de expresiones faciales.
- *Myschoolday CD-ROM*: videos en situaciones especiales. Por ejemplo, un día cotidiano en la escuela con interacciones en la clase, en el bar, en el recreo, en diferentes salas. Finalidad: favorecer comportamientos sociales e interactivos de los niños dentro del entorno escolar.
- *Aprende con Zapo*: propuestas educativas con tareas estructuradas en niveles de menor a mayor complejidad. Finalidad: el reconocimiento de emociones básicas y complejas.
- *Pictograma*: videojuegos educativos con un perfil lúdico en el que se refleja la imagen real de la persona y, sobre ella, se superponen imágenes creadas por computadora, remarcando la extremidad que se esté trabajando en ese momento dado. Finalidad: trabajar el auto reconocimiento, la atención conjunta, la comunicación, las relaciones con los demás, el desarrollo del esquema corporal y la diferenciación de uno mismo respecto a los demás.

Como conclusión, todos los modelos enfatizan la importancia de empezar un programa lo más temprano posible, ya que al inicio las intervenciones tienden a ser individuales para que, una vez que los contenidos estén aprendidos de manera suficientemente fluida, puedan aplicarse en grupo. A la vez, resulta de suma importancia un programa que se aplique de forma diaria, durante todo el año (Grañana, 2014).

3.3.4. Treatment and Education of Autistic and Related Communication- Handicapped Children (TEACCH)

El TEACCH se desarrolló con la intención de crear una red descentralizada, como programa de oferta de servicios que incluyera actividades individuales de apoyo y escolarización,

entre otros, para niños, jóvenes y adultos con TEA , buscando prevenir la institucionalización innecesaria de estos pacientes (Montalva, Quintanilla & Del Solar, 2012).

Es un programa educativo con base conductual y de enseñanza estructurada que pone el eje en la comunicación, organización de la conducta y las habilidades espacio-temporales a fin de preparar a la persona con TEA a relacionarse en los diferentes entornos en los que se desenvuelve: casa-escuela-comunidad. Organiza herramientas tales como el uso de agendas para organizar el tiempo, secuencias de auto valimiento, uso funcional de los aprendizajes de la vida diaria y tareas independientes para realizar en forma autónoma. Al momento de usar este programa se requiere de los siguientes aspectos: las directrices, las ayudas y refuerzos (Grañana, 2014).

El objetivo del modelo es que estos pacientes logren desenvolverse de manera autónoma, funcional y productiva. Para esto el programa fue diseñado de manera tal que se adapte a las capacidades de cada niño, por lo que los objetivos se organizan de acuerdo a edad, comprensión y nivel cognitivo de cada uno. Cuando el chico está llevando a cabo un programa y presenta dos errores seguidos tiene una nueva oportunidad, brindándose al tercer error seguido, la ayuda física para evitar frustraciones. Del mismo modo, cuando se está enseñando una actividad, se evita el ensayo-error. Por ese motivo se le brinda ayuda masiva. Es importante felicitarlo en cada logro y trabajar con reforzadores (Montalva et al., 2012).

Resulta destacable en cuanto a la operatividad de la metodología TEACCH su adaptación, en forma minuciosa, al entorno, llevando a disminuir las conductas desadaptativas en la medida en que se logra la comprensión y adaptación a las pautas de interacción en el contexto determinado, disminuyendo el nivel de frustración de los pacientes (Rodríguez, 2006).

Al organizar las actividades, lo primero que se debe hacer es presentar el cronograma de espacios, anticipándole al niño qué actividades va a realizar en el día, si alguna se suspende, cuándo finalizar. De esta manera, se le brinda seguridad e información, la cual debe ser justa, concreta, sencilla y ordenada. En el armado de actividades se le presentan cajas con los materiales que se ubican del lado izquierdo de la mesa (no deben ser superior a tres o cinco en cada bloque de trabajo, dependiendo de las características de cada uno). Una vez finalizadas, se le brinda ayuda para guardar en un canasto del lado derecho, cerrando con la palabra *terminé*. Luego, va a descansar. Cada vez que termina una actividad, el niño retira la clave visual de la agenda y la guarda; lo mismo sucede con la clave de descanso o juego (Carnahan, 2009).

3.3.5. *Applied Behavior Analysis (ABA)*

El modelo ABA (Applied Behavior Analysis; Lovaas, 1987), surge de las teorías del conductismo con el aporte de diferentes autores. Algunos de ellos, Skinner (1938) exponente de los principios del condicionamiento operante, constituido por otorgar refuerzos y castigos. Pavlov (1927), quien acuñó la fórmula Estímulo – Respuesta y Watson (1913), haciendo alusión a los principios del condicionamiento operante para el aprendizaje en niños (Silberman, 2015).

Este programa define al *ensayo discreto* como la base del condicionamiento operante y consiste en fragmentar la tarea en pequeñas unidades llamadas estímulos. En estas se le ordena al niño que ejecute una tarea y cada vez que la respuesta sea correcta va seguido de un refuerzo o consecuencia, como una felicitación, darle jugo, galletitas o algo que sea de su interés para que de esta manera asocie el aprendizaje con una experiencia agradable. Los reforzadores pueden ser primarios, aquellos que naturalmente son motivantes, ejemplo – golosinas, juegos o reforzadores secundarios, que son los que tienen una motivación social como ser, felicitaciones, gratificaciones sociales o lo que resulte motivante a la persona en particular. Esto opera en la conducta del niño para producir un efecto reforzante, de manera tal que se incremente la probabilidad de que ocurra nuevamente esa conducta. A medida que el niño haya aprendido lo que se quiso enseñar, los reforzadores se van retirando de manera progresiva y queda como motivación única la satisfacción de lo aprendido. En caso que se quiera eliminar una conducta inadecuada o disruptiva hay que disminuir o desaparecer los reforzadores que la mantienen y este mecanismo se define como extinción. Para la extinción de una conducta se necesitan varios criterios como, identificar la conducta que se va a extinguir y los reforzadores que la mantenían, pudiendo evitar la aparición del refuerzo en todas las manifestaciones de la conducta inapropiada. Es necesario estar preparado para un aumento de la aparición de las conductas acompañadas de agresiones y angustia al principio de la extinción y por último se debe poder identificar una conducta alternativa y darle un refuerzo similar al que obtenía como consecuencia de esa conducta inadecuada (Iyaca, 2014).

La finalidad de dicho modelo es modificar, disminuir o aumentar conductas y para ello hay que valerse de algunos principios como el reforzamiento, que es el mantenimiento o fortalecimiento de una conducta cuando ocurre una situación y se expresa en términos cuantitativos como la frecuencia, duración, velocidad, intensidad, latencia, precisión de la

conducta e intensidad. Hay reforzadores positivos el cual su efectividad aumenta si se aplica seguido de la conducta que se busca aumentar. En situación donde el niño de una respuesta incorrecta, la forma de corregir es dando un *no informativo* y dándole una nueva oportunidad a que lo haga, en caso de ser necesario es conveniente ayudarlo para que de esta manera adquiriera la correcta sin haber atravesado por tantos errores y ahí reforzar esa respuesta (Grañana, 2014).

ABA realiza una evaluación de las conductas y observación de supuestos reforzadores que hacen que una conducta se mantenga en el tiempo, para luego realizar una intervención comportamental con el objetivo de disminuir la conducta problema (Montalva et al., 2012).

A continuación, y teniendo en cuenta lo que hasta aquí se ha analizado, se realizará el estudio específico para evaluar los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación PECS que se utiliza en un joven de 14 años con Trastorno del Espectro Autista para modificar la conducta disruptiva de autoagresión aplicado en un centro educativo terapéutico al que asiste.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

Se realizó el seguimiento a Juan, de 14 años, con trastorno del espectro autista, quien actualmente vive con su mamá y papá. No tiene hermanos. Hace 4 años asiste al centro educativo terapéutico de lunes a viernes en jornada simple de 9 a 12.30 hs. El joven, ante el pedido de la terapeuta de cambiar de un lugar a otro, como ser de la sala para ir al gimnasio o espacio de terapia ocupacional, empieza a presentar conductas disruptivas de autoagresión, como golpes de puño en su cabeza, golpes a las paredes, gritos y angustia, que muchas veces terminan en llanto.

Los otros participantes fueron: la coordinadora del centro, Licenciada en Psicología graduada en la Universidad de Buenos Aires, con posgrado en Terapia Cognitiva Conductual en niños y adolescentes en Fundación Foro; desde hace 5 años trabaja en el centro terapéutico, aunque se desempeña como coordinadora hace 2 años. La otra participante fue la terapeuta actual de la sala, Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de Palermo hace dos años.

Cuenta con un posgrado realizado en Psicoterapia integrativa contemporánea, y trabaja desde el modelo TCC integrando el modelo *Developmental, individual-differences & Relationship* (DIR).

4.3. Instrumentos

- Observación no participante durante el período en el CET. Se realizó el seguimiento del caso haciendo foco en describir las conductas disruptivas que presentaba un joven con TEA como así también las intervenciones frente a las mismas por parte de la terapeuta que lo asistía y los cambios producidos concluido el tiempo de la observación.

- Acceso a la historia clínica. Se permitió consultar y tomar nota para tener información sobre su desarrollo, cómo era cuando ingresó al centro, síntomas, conductas disruptivas que presentaba, si presentó cambios o no, y se trabajó con registro escrito de las conductas y síntomas durante las intervenciones de la terapeuta encargada de la sala.

- Entrevistas semi-dirigidas con una duración de 30 minutos aproximadamente a la terapeuta y a la coordinadora del centro para que brinden información acerca de las intervenciones que se realizan cuando aparecen conductas disruptivas, expliciten si pueden anticipar estas conductas y si hubo cambios, o continúa de la misma forma, desde el momento en que el joven entró al centro.

4.4. Procedimiento

Se observó a Juan, de 14 años de edad, con trastorno del espectro autista, en el CET de lunes a viernes durante el turno de la mañana de 9hs a 12.30hs, por un periodo de tres meses aproximadamente, principalmente en las actividades de sala como así también en las diferentes áreas en las que se desenvolvía. Después de la observación se hizo un registro escrito volcando las conductas disruptivas observables que aparecían y ante qué situaciones se manifestaban, así como también la manera de intervenir de la terapeuta.

Se realizaron dos entrevistas semi-dirigidas, una a la coordinadora de la institución y otra a la terapeuta de la sala con una duración de 30 minutos aproximadamente.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Juan fue diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista a los 3 años. Desde ese momento está acompañado por un equipo terapéutico interdisciplinario. Según lo recabado en su historia clínica, el joven presentaba ausencia en la comunicación verbal, déficit en la interacción social, dificultad para mantener contacto visual y compartir juegos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, movimientos motores estereotipados y continuos, ira o malestar extremo ante pequeños cambios e hiper-reatividad a estímulos sensoriales (APA, 2013).

Hace cuatro años que asiste al centro educativo terapéutico de lunes a viernes en jornada simple de 9 a 12.30 hs. La rutina cotidiana a partir de su llegada al CET se iniciaba con el recibimiento por parte de su terapeuta, quien ordenaba que sacara su mochila y de ella su cuaderno de notificaciones, luego buscaba la vianda en la que llevaba para su desayuno y almuerzo. Terminado esto se dirigía a la sala que compartía con dos compañeras más. Mientras estas dos últimas iban al espacio de educación física los primeros 45 minutos, el joven trabajaba bloques individuales con la terapeuta 1 a 1; donde armaba el cronograma de espacios y de esta manera sabía a qué lugares y que actividades iba a realizar en el día. A continuación, daba comienzo al armado de la agenda de actividades y una vez presentado esto empezaban a desarrollar los bloques de trabajo que variaban según los objetivos propuestos.

Finalizado el bloque de trabajo, el joven ponía la mesa para el desayuno. Luego del mismo, cada uno guardaba los objetos en un canasto que era llevado a la cocina acompañado de su terapeuta y ante las ordenes iba guardando cada cosa en su lugar.

Continuaba con actividades de la vida diaria, donde buscaba su agenda de la sala y seguía una secuencia de acciones programadas; como hacer pis, lavarse las manos, cepillarse los dientes para estas dos última contaba con ayuda física y orden verbal por parte de la terapeuta. Cada vez que terminaba de hacer algo, decía “termine” y sacaba la clave de la agenda para guardar en una caja. Esto se hacía de manera estructurada para que tuviera registro de que finalizada una actividad debía seguir por otra y a su vez iba marcándole el tiempo que le quedaba de permanecer en cada espacio.

Luego de esto, iba al patio donde jugaba a la pelota o descansaba por un tiempo de 10 minutos aproximadamente, no más de eso para que no se desorganizara. Finalizaba yendo al espacio de educación física donde trabajaba juntos a otros compañeros y de ahí bajaba para almorzar.

Almorzaba juntos a otros compañeros en un sum y cuando terminaba acompañado por su terapeuta iba al baño, donde realizaba higiene personal para después esperar en el espacio de terapia ocupacional (TO) hasta que llegara su mamá a buscarlo. Se le asignó ese lugar para que en ese momento de descanso no se desorganizara o viera interferido por tantos ruidos del ambiente.

Estas actividades programadas no siempre se llevaban a cabo tal cual estaban planificadas, dependía de cómo llegara ese día y la flexibilidad para cambiar de espacios como así también actividades. Con frecuencia sucedía que el joven presentaba conductas disruptivas como gritos o golpes cuando tenía que cambiar de espacios o le ordenaban que realizara una actividad que no era de su interés. Estas conductas también aparecían cuando llegaba irritado por no haber descansado bien ya que padecía problemas para dormir.

En el siguiente punto se describirán con mayor precisión las conductas disruptivas que manifestaba el joven y los momentos en los que se observaban las mismas.

5.2 . Describir la conducta disruptiva de gritos y autoagresión, en un joven de 14 años con trastorno del espectro autista al inicio de la observación.

Ante la limitación del lenguaje oral y al no contar con otros recursos para comunicarse, tales como apoyatura visual o gestos, Juan manifestaba conductas disruptivas cuando quería hacerse entender. Consultada la terapeuta acerca de esto, indicó que había incorporado el golpearse la cabeza con las rodillas o el pegarse golpes de puño en la cara como maneras de expresar su negativa a realizar cambios o actividades que no eran de su grado.

Existieron situaciones específicas donde el joven estaba en la sala y ante la orden de su terapeuta que le proponía subir al espacio de educación física para continuar allí con sus rutinas diarias y este no quería, empezaba a darse golpes.

Al tener un lenguaje oral taxativo y no contar con otros recursos para comunicarse ante determinadas situaciones, presentaba conductas no adecuadas para el contexto, las que podría

pensarse fueron sostenidas y reforzadas en el tiempo por el entorno terapéutico, haciendo que le resultaran útiles y adaptativas garantizando con las mismas la permanencia en el espacio deseado. De esta forma la terapeuta quedaba sin saber realmente el detonante de esa manifestación inapropiada. Debe recordarse que las conductas disruptivas o problemáticas pueden ser adaptativas al contexto y por eso aparecen con frecuencia (Carr, 1977).

Con el propósito de trabajar sobre esas conductas autoagresivas y de acuerdo con lo dicho por la terapeuta, ambas, ella y la coordinadora, siguiendo lo propuesto por Tamarit (1995), concibieron un análisis funcional de las mismas, sin dejar de lado el contexto y la reacción ante dicha situación. Esto significa que, aunque se observaba a Juan golpearse a sí mismo, había una función o propósito detrás de esa conducta, en el momento dado.

En otras oportunidades, Juan, solía reiterar estas dificultades al no poder adaptarse a los cambios de rutinas, siendo ejemplo de esto cuando se cambiaban los espacios donde había aprendido que realizaba cada actividad, como en situaciones donde las clases de educación física eran llevadas a cabo en la plaza cerca del CET y no en el espacio físico que él estaba acostumbrado.

Dentro de los objetivos terapéuticos propuestos para llevarse a cabo durante el año, habían programado realizar la clase en la plaza una vez a la semana. En ellos participaban el profesor de educación física, la terapeuta y otros compañeros con los cuales compartía esta rutina. Las mismas no eran habituales ya que el joven llegaba a la institución y todas sus actividades se desenvolvían en la misma, por lo tanto, la primera vez y hasta que fue incorporando en sus rutinas, le costaba poder adaptarse al cambio, por ende, siempre aparecían como consecuencia los golpes. Cuando la terapeuta le mostraba la clave visual de gimnasio y al lado ponía la de plaza explicando "*hoy gimnasia hacemos en la plaza*" (Terapeuta), empezaba con balanceos del cuerpo y cabeza, continuando con los golpes en la cara. Ante estas desregulaciones se optaba por cambiar la rutina y que se quedara en la sala, primando la estabilidad de los chicos y que puedan estar bien y organizados. Esto demostraba que el cambio de espacios no anticipado durante la rutina diaria lo desorganizaba, al no tener asociado esta nueva secuencia de actividades. Estas manifestaciones reflejan, por un lado, la falta de capacidad para procesar la información, lo cual hace del mundo autista un entorno imprevisible y desorganizado (Wing, 1996).

La terapeuta en la entrevista llevada a cabo, refería que esto era habitual en el joven debido a que no se manejaba con un sistema de comunicación alternativo donde se podía anticipar los cambios si hubiese o las actividades previstas para ese día.

Por lo tanto, en los niños con TEA, quienes presentan déficit en la comunicación hay que evaluar las manifestaciones que son consideradas como no apropiadas, en el caso presentado, otras manifestaciones presentes eran las rabietas, gritos y llantos en algunas ocasiones (Ruggieri, 2015).

Estas situaciones se daban en momentos específicos donde terminaba de descansar y tenía que volver a trabajar junto a la terapeuta en bloques individuales y al no poder expresar que no quería comenzaba con gritos que cada vez eran más fuertes. En algunas ocasiones se lo veía angustiado siendo esto último más habitual los días jueves y viernes ya que llegaba más cansado al centro y le costaba poder realizar todas sus actividades y como recurso comunicativo comenzaba con los gritos o llantos de esta manera asegurándose quedar descansando.

Al tener conocimiento de que estas conductas podían aparecer - de acuerdo a lo observado por esta autora - la terapeuta tenía programado un plan B, consistente en la realización de actividades que implicaran un despliegue físico, como el juego con pelotas, intentando captar su atención a través del pasaje de la misma entre ambos. Otra opción era el guardado del objeto en alguna caja para que él lo buscara o el juego con burbujas, apelando también al uso de otros elementos, requiriendo que el paciente los guardase al finalizar. Considerando la presencia de estas conductas disruptivas que aparecen ante situaciones nuevas o al retomar sus rutinas, y de acuerdo a lo señalado por Wing (1996), se trata de manifestaciones claramente inadecuadas, pero con carácter comunicativo. Citando a la misma autora, se coincide en la posibilidad de que Juan no quisiera realizar la actividad o que la misma no le agradase, pudiendo atribuirse carácter causal a la interferencia de algún sonido inesperado, como así también a la presencia de luz u otro estímulo que le causase malestar físico. En consecuencia, existen diversas posibles causas para las conductas disruptivas, en todos los casos con la misma interpretación en cuanto a su carácter comunicativo. Ruggiere (2015) concuerda en que en una conducta hay más para ver que lo que se observa, entendiéndose por esto que no debe quedarse en la manifestación (el golpe o grito) sino que hay que ir más allá, buscando su propósito o función. Algunas podrán ser intencionales y otras no, siendo tarea de la terapeuta su interpretación, en vistas a lograr su disminución o ausencia.

También se pudo observar en Juan una fuerte rigidez a la hora de cambiar de actividades, no pudiendo planificar o realizar secuencias para lograr un objetivo, de manera independiente, requiriendo para esto de la ayuda de su terapeuta, debiéndose esto, de acuerdo con Richaudeau (2014), a un déficit en la flexibilidad cognitiva. En algunos bloques, trabajando en el armado de rompecabezas de uso habitual y que podía llevar adelante sin inconvenientes, se presentaron situaciones en las que no pudo colocar correctamente una pieza, trayendo como consecuencia su desconcierto y malestar, manifestándolo a través de gritos angustiados. Ante el caso y para evitar que siguiera angustiándose con la imposibilidad de finalización de la tarea, la terapeuta terminaba el bloque de trabajo, cambiando de actividad. No conseguía de esta forma que disminuyera su angustia, sumando además la falta de previsión, al presentarse una propuesta fuera de la secuencia agendada, también de carácter angustiante. Como consecuencia, en esas situaciones optaba por realizarle masajes en la cabeza y darle contención corporal, evitando nuevas intervenciones que lo alteraran.

Esto expone que gozaba de poca tolerancia a la frustración por ello había que estar pendiente de cuando se desarrollaban actividades de manera independiente o en grupo porque era predecible que emergieran estas manifestaciones disruptivas.

Como conclusión, se sostiene que toda conducta esta relacionada con el contexto y fundamentalmente con un contexto social (Love, 2009). Por eso es de importancia hacer un análisis del mismo al momento de ejecutar un plan. Al momento de evaluar las conductas que eran pertinentes para el joven y, por ende, se deseaban sostener o modificar la terapeuta junto a la coordinadora del CET hicieron una lectura del contexto. Por ejemplo, en qué momento se presentaban las mismas, quienes estaban presentes, el antecedente que precedía a la conducta, la frecuencia con la que aparecía.

En el siguiente objetivo se describirán las intervenciones que realizó la terapeuta para poder extinguir las conductas auto lesivas y como adquirió una manera de comunicación funcional y adaptativa al contexto sin llegar a las desregulaciones, cumpliendo con un programa de intervención específico para llegar a lo propuesto.

5.3. Describir la utilización de diferentes técnicas y estrategias de comunicación para modificar conductas disruptivas.

En este apartado se hace una descripción de las intervenciones que fueron realizadas por la terapeuta luego de hacer un análisis de las conductas inadecuadas. En primer un momento buscó la causa de la conducta para luego ejecutar diversas técnicas que consideró acorde a las características y capacidades del joven. Se utilizaron SAAC, recursos alternativos para aumentar el área de comunicación del lenguaje en niños con dificultades en dicha área (Grañana, 2014).

Al ser los bloques de trabajo individual, en la primera hora de la mañana, comenzaron a hacer foco en ese momento para presentar las actividades de espacio. La terapeuta hizo referencia que una de las maneras de intervención fue, que todas las mañanas Juan comenzara con una rutina. La misma consistía en armar el cronograma de espacios para que se organizara mentalmente sabiendo que primero iba a estar en sala, luego salían al patio, volvían nuevamente a la sala y de ahí a educación física para finalmente ir al comedor a almorzar y de ahí regresar a su casa.

Al principio de la observación, el armado de cronograma fue motivo de angustia. Al no poder realizarlo se enojó, comenzando a gritar, no queriendo permanecer sentado y arrojando las claves al piso, junto a la agenda. La terapeuta optó por ir trabajando de a una clave por vez, hasta lograr la incorporación de la misma en el espacio terapéutico, esto es, que Juan pudiera aparear la misma con otra igual para poder avanzar en el trabajo con otra clave. De esta manera disminuía el nivel de frustración y de exigencia. De igual modo cuando terminaba de estar en la sala, tenía que guardar la clave en una caja colocada junto al cronograma. Esta es la primera intervención que hizo, para poder anticipar donde iba a estar durante las horas que permaneciera en el centro y cuál era el siguiente espacio al que debía concurrir.

También se trabajó la agenda de actividades, usando la misma metodología. Se le indicaba cada una de las actividades que iba a realizar. Si bien la terapeuta le presentaba la agenda completa diciendo que tenía que hacer, el objetivo primero estaba puesto en una sola clave y a medida que fue adquiriendo fueron aumentando las claves. La metodología aplicada es la del Método Teacch, que se basa en brindar información visual, sirve para organizar el espacio donde va a estar y que actividades realizara. Se ubican cajas apiladas, lo recomendable es entre tres o cinco cajas y que en cada una de ellas haya una tarea a realizar, las mismas deben estar puestas a la izquierda de la mesa y cuando finaliza del lado derecho hay una caja de guardado donde va poniendo los objetos (Grañana, 2014).

Considerando que Juan tenía poca tolerancia a la frustración como así su tiempo de permanencia en mesa al principio eran de tres minutos aproximados, acostumbraba levantarse de la silla e ir a la colchoneta. Cuando tenía que realizar alguna actividad individual, le costaba mantenerse sentado y poner atención en lo que estaba haciendo, por ello las tareas eran pensadas en su flexibilidad teniendo en cuenta las variables que eran consideradas detonantes de malestar. Alguno de los pedidos fueron que ponga palitos de helado en una botella, o armara un rompecabezas de cuatro piezas que siempre era el mismo. Una vez realizado esto obtenía como reforzador jugo o papas fritas dependiendo de su elección e iba a descansar a la colchoneta, con la finalidad que no se sienta exigido y genere malestar. Retomando con la distribución de los espacios en la sala, se lo observaba que no tenía muy explícito cual era la función de las cajas apiladas, como tampoco el porqué de los espacios marcados. Lo que se pudo percibir con el transcurrir del tiempo y durante el proceso de observación fue el cambio de conducta de manera efectiva, porque al estar anticipado y contar con más recursos de comunicación podía hacerse entender si algo no quería hacer, sin llegar a las auto lesiones. Cabe mencionar que el CET trabaja con la Metodología Teacch por eso fue una de las usadas como primer recurso.

Era importante poder hacer una lectura de como llegaba el joven cada día y en base a eso definir las actividades, es decir, si se encuentra regulado, si había descansado bien, como se lo veía en relación a su nivel atencional y si conectaba con el contacto visual. Es imprescindible entender que, aunque el diagnóstico sea el mismo, cada caso es único como lo manifestó Wing (1996).

En situaciones donde Juan llegaba desregulado y fuera difícil realizar actividades estructuradas, la terapeuta disponía de una caja armada con objetos sensoriales como; esponja, burbuja, espuma, masa, entre los que eran de su preferencia. En un contexto dinámico sin exigirle y estando en la colchoneta jugaban con alguno de ellos. Lo fundamental era poder regularlo en los momentos que estuviera mal y el trabajo se basaba en eso. Los objetos sensoriales son de ayuda en situaciones de desregulación ya que por lo general son de agrado para la persona y tienen la función de autorregular (Grañana, 2014).

Otra de las intervenciones fue moldear los gestos que hacía el joven porque muchos no eran los apropiados cuando quería comunicar algo. Por ejemplo: en momentos del desayuno pedía comer galletitas, pero al momento de elegir el objeto concreto su mano inclinaba para agarrar el jugo. Por ende, comenzaron trabajando el objeto concreto “jugo” y “galletitas”. La

terapeuta respondía al pedido diciéndole “vos querés jugo” y reforzaba expresando la frase verbal acompañado del gesto. Al ser algo desconocido y era una fase de aprendizaje, la terapeuta le tomaba la mano y le moldeaba el gesto llevándole la mano como si fuera al pecho y en simultáneo repetían la palabra “quiero”. El lenguaje verbal era limitado y decía algunas palabras sueltas de esta manera Juan fue aumentando su lenguaje y aprendió a tomar el objeto y entregarlo a la terapeuta. Este tipo de intervención es conocido como Sistema de comunicación total de Benson Shäffer, en el cual se trabaja a la par la producción de signos y la imitación verbal con el objetivo de crear una comunicación espontánea y funcional (Rivière, 2001). Si bien este programa fomenta la producción gestual como verbal se consideraba que el joven estaba comunicándose y de igual manera la terapeuta respondía al pedido cuando solo tomaba el objeto y lo entregaba sin llegar a hacer el gesto “quiero”. De a poco fueron ampliando la cantidad de palabras y gestos, pero profundizaban en que los hiciera bien y sea funcional.

La terapeuta buscaba la forma de poder aplicar y fomentar este programa en varios momentos de trabajo. Tenía que contar con motivación por parte del joven, por lo tanto, se generaban situaciones que eran de su interés. Por ejemplo, ponía las burbujas a la vista de él, y cuando este pedía “burbuja” la terapeuta decía “quiero burbujas”, al mismo tiempo registra que la incorporación de los gestos a la expresión verbal se lleva a cabo emitiendo el sonido de la primera consonante o sílaba en conjunto con el gesto. Es importante remarcar que, ante los actos comunicativos, se reforzaban dándole el objeto deseado y felicitándolo para que la conducta comunicativa se signifique y refuerce al ver que dicho intento comunicativo es alentado, aunque en un primer momento no eran los correctos (Gortázar, 1999).

En el centro se trabajan con diferentes SAAC, considerando que la emergencia de la función comunicativa es la apropiación de diversas herramientas compartidas en el contexto social a partir del cual puede interactuar de manera apropiada con otros. Valdez (2015) sostiene que los sistemas de comunicación son modos de aprender, es construir conocimientos en personas con TEA, poder hacer un recorrido viable en un terreno extenso. La construcción de herramientas para poder comunicarse les corresponde a los terapeutas en conjunto con la familia e ir considerando según las capacidades de cada uno y hasta que fase puede llegar para contemplar con otros. En las observaciones quedo expuesto el uso compartido de diferentes modos de comunicación. Cuando Juan quería descansar se levantaba y buscaba de su agenda que tenía colgada en la pared la clave de “colchoneta” le entregaba a la terapeuta e iba a descansar. Y

en el momento del desayuno combinaba gestos con el uso de claves, por ejemplo: “yo” (señalaba en el porta frases) “quiero” (hacia el gesto llevando la mano al pecho) “comer” (usaba un gesto indicando la boca) “galletitas” (tomaba el objeto concreto).

Además de los sistemas mencionados, la terapeuta hizo énfasis en que el joven pudiera comunicarse usando el PECS (Bondy & Frost, 1994). Considerando que podía armar una carpeta con diversos intereses y de esta manera él pudiera elegir lo que quería hacer evitando que caiga en la desregulación. Este sistema de intercambio por imágenes, la primera función comunicativa que tiene es la de enseñar a pedir y se hace con objetos que sean motivantes. Empezaron a trabajar desde la fase 1, donde el intercambio es con ayuda física. En el tiempo de trabajo uno a uno, ponía sobre la mesa galletitas y cuando él tomaba el tupper, ella le tomaba de la mano enseñándole a sacar la clave “galletitas” y que le entregara. Tras entregar la clave visual, se le da la galletita y se vuelve a intentar. Se observa que durante este primer ensayo no hay expresiones verbales, la única ayuda que se le brinda es física. En la segunda fase, se trabajó la espontaneidad y retiró la ayuda masiva. Cuando quería pedir, se levantaba y sacaba la clave de la agenda para entregarle a la terapeuta. Es de consideración mencionar que en esta etapa se lo observaba más conectado con la terapeuta y sostenía el contacto visual mientras le daba la clave. Luego de un par de ensayos durante unos días consecutivos la terapeuta comenzó a presentarle las dos claves juntas “galletitas” y “jugo” para que tuviera la opción de elegir lo que quería. Este proceso es la tercera fase de discriminación. Las situaciones donde usaba PECS se generalizaban y no solo para pedir comida o bebida, sino también fueron agregando objetos de interés como: pelota, burbujas, masa.

Así llegaron hasta la fase 4, donde empezaba a armar oraciones en el porta frases. Se realizaron un par de ensayos más para que elija lo que quería comer y después, armaba la oración completa en un tablero con las claves visuales previamente adquiridas. Disponía de cuatro claves visuales: una que decía “yo” “quiero”, otra que representaba la acción “comer” o “tomar” y la última hacía referencia al objeto “jugo” “galletitas”. Esta fase, se enseña por encadenamiento inverso, significa que, la terapeuta dejaba fijo las tres primeras claves y el joven ponía la clave del objeto. Una vez aprendido, comenzó poniendo dos claves y así sucesivamente hasta armar la oración completa.

Otra de las intervenciones de la terapeuta utilizando PECS, fue poniendo un panel con clave de los espacios donde podía ir. Para que las veces que el joven se levantaba de la mesa o

quería salir del aula pudiera comunicar, si quería ir al patio, a la sala de terapia ocupacional o sum. De esta manera disminuían las autolesiones ya que el uso de la agenda y pictogramas ayudan a que pueda darse a entender y expresar lo que le pasa.

A través del uso los diferentes SAAC pueden comenzar actos comunicativos espontáneos y compensar los déficits de comunicación propio de TEA (APA, 2013). Los objetivos propuestos en la institución parten de la premisa que sea funcional para la vida diaria de la persona para que luego lo que se trabaja uno a uno, puedan llevarse a cabo en otros contextos y el caso de lograr estas intervenciones coincide con el planteo de Ruggieri (2015) que el niño logre ir generalizando las categorías aprendidas y extenderlas a diferentes ambientes.

5.4. Describir los cambios observados en la conducta disruptiva de gritos y autoagresión, luego de tres meses de intervención

Respecto a la observación realizada se pudo indicar una disminución parcial de las frecuencias en cuanto a las conductas disruptivas de autoagresión. Esto se vio reflejado al contar con la capacidad de poder indicar el lugar donde quería estar. Además, disminuyó su baja tolerancia a la frustración. Las conductas de autoagresiones y gritos durante el inicio de la observación surgieron sobre todo en los momentos donde Juan tenía poca anticipación sobre la actividad que debía hacer o al espacio al que debía asistir. Existieron múltiples factores que se sumaron a que las manifestaciones se presentaran en repetidas ocasiones como, por ejemplo: la observación se llevó a cabo durante el comienzo de las actividades en la institución donde estaban empezando a hacer uso de las diferentes intervenciones para alcanzar los objetivos propuestos por el CET, sumado a la incorporación de una nueva terapeuta que iba a estar en la sala y esto hacía que se desregulara con más frecuencia por haber tantos estímulos en el ambiente.

Conociendo las conductas problemáticas que presentaba el joven, se puede mencionar los cambios como así también los avances parciales que se observaron. Mediante el armado de cronograma de espacios y agenda de actividades lograba anticipar que tenía como tarea para cada día. Esto como consecuencia hizo que disminuyeran los gritos y llantos cuando la terapeuta le decía de cambiar de espacio, en situaciones donde, si estaban en la sala y tenían que ir a educación física o en caso de pasar de una actividad a otra. Al mismo tiempo de estar trabajando

la anticipación, fue incorporando que actividad realizaba en cada espacio. Si estaba en sala, sabía que tenía una cantidad de bloques de trabajo intercalando con descanso. O si iba al baño, tenía que llevar a cabo una secuencia de higiene, así en cada uno de los espacios que asistía. Cuando terminaba de estar en el espacio de terapia ocupacional, patio, gimnasio y mismo cuando estaba en la sala, aprendió a guardar la clave visual en una caja que tenía pegada en la pared al ingresar a la misma, marcando de esta manera el inicio y fin de permanencia en un lugar. Esto es propio del método TEACCH (Carnahan, 2009) donde busca adaptar y estructurar el entorno a las necesidades y capacidades del niño con TEA, volviéndolo más comprensible para él, y en la medida en que conoce las pautas de determinadas acciones las conductas problemáticas y la frustración tenderán a disminuir. Fue casualmente lo que se pudo observar en Juan a lo largo de los tres meses de permanencia en la institución.

Haciendo foco acerca de las auto lesiones que surgían al momento de ir a educación física, se observaron en la conducta cambios parciales en sus manifestaciones. Esto significa que, si bien los golpes disminuyeron y no se presentaban con tanta frecuencia como al principio de la observación, los mismos seguían apareciendo ocasionalmente. Referido a lo que postula Carr (1977) que las conductas disruptivas cumplen con una función adaptiva, esto se seguía sosteniendo en Juan, porque en algunas oportunidades cuando no quería ir a educación física, siendo previamente anticipado en su cronograma de espacios, igualmente comenzaba con los golpes de rodillas en su cara. Finalmente quedaba en la sala, ya que no era apropiado que saliera de la misma en esas condiciones. La terapeuta junto a la coordinadora a pesar de haber estudiado y anticipado las variables que consideraban eran causantes de conductas inapropiadas, no lograron su total eficacia. Dado que algo hacía que manifestara estas conductas y debido a su déficit comunicacional no podía expresar de manera funcional, ya que las mismas seguían persistiendo en el tiempo.

En estas situaciones se tenía en cuenta lo planteado por Tamarit (1995), cuando se produce una conducta inadecuada en un contexto, es necesario trabajarla dentro del mismo, porque justamente la valoración de esa conducta se debe al lugar en particular donde se desencadena y es de suma importancia registrar el valor que le brinda el contexto a la conducta problemática ya que están relacionadas. Por lo tanto, mediante un análisis funcional trataban de acercarse a una hipótesis que les diera más resultado. Aunque cuando una conducta aparece esporádicamente es más difícil llegar a dicho fin, debido que los antecedentes pueden no ser siempre los mismos y la

posibilidad de variables mucho mayor. Como consecuencia de las mencionadas anteriormente, era imposible seguir con sus rutinas diarias debido a la demanda atencional que le generaba cualquier actividad que sea estructurada. Por lo tanto, quedaba descansando en la colchoneta con luz apagada y la menor cantidad de estímulos sonoros que pudieran interferir, logrando así que vuelva a reorganizarse.

Considerando la forma de las conductas presentes y la función que emerge a cada una de ellas, se concluye en mencionar lo fundamentado por Carr (1977) que la conducta problemática es un medio de comunicación para el joven y esto quedó expuesto en el apartado al describir las manifestaciones que se vivenciaron.

Otra de las conductas disruptivas de autoagresión se presentaba cuando las rutinas de educación física eran llevadas a cabo en la plaza, al ser algo nuevo, este comenzaba con golpes, gritos y balanceos optando la terapeuta porque no saliera del CET. Considerando los inicialmente mencionados criterios de TEA, queda expuesto la rigidez y la inflexibilidad que Juan presenta ante el cambio de rutinas (APA, 2013), como así también la preferencia restringida de los intereses al momento de proponerle actividades recreativas, donde siempre optaba por las pelotas o tomaba de la mano a la terapeuta para que le haga cosquillas. Dicha conducta manifestada en esta situación específica fue modificada a lo largo de la observación y durante el último mes de la pasante en la institución, no habiéndose presenciado inconvenientes al momento de llevarse a cabo la salida. La intervención propuesta por la terapeuta, consistente en anticipar mediante el cronograma de espacios que los días miércoles permanecería en la sala, más tarde en el patio, retornado a la sala luego para después concurrir a la plaza, junto a la foto del profesor y otras claves visuales de pelotas y canastos, funcionó como anticipatorio, preparándolo así, evitando que actuara de manera disfuncional. Esto llevó a que, en las ocasiones en que el joven no quería asistir, pudiera exteriorizarlo espontáneamente, de manera verbal, a través del no. Esto se dio luego de que a diario se trabajara intensamente en los bloques, uno a uno, con la anticipación a través de pictogramas y sumado al modelado de los gestos, lo que ayuda a promover el uso del lenguaje oral de manera espontánea, tal lo explicado por Riviere (2001) utilizando para esto el método Benson y Schaeffer.

En cuanto a la angustia que solía presentar en situaciones en las que no quería volver a trabajar, manifestando gritos y llantos, ha disminuido favorablemente, pudiendo en ocasiones comunicarse a través del sistema PECS. Juan logró indicar su preferencia por seguir descansando

algunas veces, ante la propuesta de la terapeuta de volver a la labor programada. Se comunicaba con su agenda de actividades donde tenía claves visuales indicadas para trabajar o descansar, intercaladas, hasta completar tres bloques de actividades. Además se le presentaba la cantidad de cajas de actividades a trabajar por bloque, ubicándolas a la izquierda de la mesa y posteriormente, las colchonetas de descanso, siguiendo el programa TEACCH, marcando de esta manera los espacios y momentos en la sala. Retomando y haciendo foco en el uso de su agenda como medio de comunicación, la misma resultó de gran utilidad, ya que, ante la propuesta de continuar trabajando, y ante su deseo de no hacerlo, tomaba la clave correspondiente, entregándosela en mano a la terapeuta, levantándose de la silla y yendo a la colchoneta. Ante esta situación siempre se lo dejaba descansar valorando y premiando la acción comunicativa. Logrando lo mismo en otras situaciones comunicativas, como poder solicitar jugo u otro objeto de su interés, como una pelota o galletitas, en caso de desearlo, mediante el uso del mismo sistema, permaneciendo las claves en su panel de elecciones de manera constante (Grañana, 2014).

Los cambios observados en Juan, se debían a las nuevas formas de comunicación, ya que en diversas ocasiones en las que, por uno u otro motivo, no se le anticipaba la actividad por hacer, las conductas disruptivas reaparecían.

Asimismo, las diferentes intervenciones demostraron que a pesar de la inflexibilidad cognitiva y todos los patrones característicos propios del trastorno que tenía el joven cuando se encontró dentro de un contexto organizado y predecible su conducta cambió. Para ello fue fundamental la utilización de claves visuales para lograr la representación del entorno y del tiempo, como también trabajar todos los días usando los mismos SAAC. Sin duda, las agresiones y auto agresiones pudieron ser reemplazadas paulatinamente por nuevas formas de conducta conservando su función comunicativa.

Sin desmedro de lo arriba relatado, de acuerdo con la observación de la autora, el plazo dedicado a la práctica resultó corto, no pudiéndose observar, de manera acabada, los efectos de la terapia, propuestos como objetivo. El modelo PECS, tal lo explicado, consta de seis fases, contando como criterio de avance de fase la concreción del logro propuesto de manera autónoma (Bondi & Frost, 1985). En la práctica, sólo pudo ser observada hasta la fase cuatro, de forma inconclusa. Los tiempos dedicados a la toma de conocimiento y evaluación del caso fueron de aproximadamente 40 días, lo que postergó mucho, en relación con la presente observación, la

implementación de las técnicas cuyos resultados se buscaba evaluar.

6. Conclusión

Este trabajo es producto de la materia Práctica y Habilitación Profesional 5, realizada en una Centro Terapéutico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al que asisten niños y adolescentes con patología del neurodesarrollo, específicamente TEA.

La elección de la institución tuvo que ver con el interés personal en el trabajo con personas de esos grupos etarios. La observación de casos con marcada limitación en la comunicación fue disparadora de los objetivos planteados para el caso. El importante déficit comunicacional existente en los pacientes del centro, así como la presencia de intereses restringidos y de conductas repetitivas (APA, 2013) resultaron motores de la búsqueda de información acerca del vínculo entre los inconvenientes a la hora de comunicarse y la manifestación de conductas disfuncionales. Se buscó entonces conocer las herramientas, técnicas y estrategias de intervención que permiten el manejo de la temática en un caso particular.

La elección del caso se produjo post observación de todas las salas, optando por el chico que presentaba las conductas inadecuadas más interesantes para la autora del presente trabajo. Contaba con una absoluta restricción de la posibilidad de manifestación de su disconformidad de forma apropiada, apelando a su demostración a partir de golpes y fuertes gritos. Los golpes, tanto con las manos como con las rodillas, siempre fueron en detrimento de su propia persona, no afectando a terceros, tratándose entonces de autoagresiones. Estos comportamientos fueron entendidos, de acuerdo con lo planteado por Carr (1977), como representantes de la frustración experimentada ante su imposibilidad de optar por formas funcionales de comunicación.

Se han observado conductas disruptivas, como la presencia de gritos y autoagresiones, a lo largo del proceso, habiendo ido mermando durante el mismo. Es de destacar que, ante la presencia de extraños, de situaciones que le disgustan especialmente, de la hiperestimulación de cualquiera de sus sentidos o el cansancio acumulado o malestar, su presencia se incrementaba. Se entiende como fundamental que estas expresiones deben ser analizadas en el contexto, mediante su análisis funcional, buscando un sentido a las mismas (Tamarit, 1995).

De este modo, entendidas estas conductas como formas particulares de expresión de su desagrado, se buscó conocer las diferentes técnicas y estrategias de comunicación para modificar la conducta. Siguiendo a Love (2009), en todos los casos, las actividades deben planearse de

manera particular y única, pensadas para cada niño, acorde a sus necesidades y fortalezas. Se trabaja básicamente con la anticipación, buscando la estabilidad de la conducta. Como se trata de un trabajo que debe incluir al contexto y buscando su generalización (Ruggieri, 2015), se entiende fundamental la incorporación de una participación más activa de manera conjunta con su núcleo familiar, lo que se observa como limitación en la institución analizada.

Se trató de fomentar la comunicación a través de actos comunicativos espontáneos como forma de regulación de su conducta, incorporando otros sistemas de comunicación, en vistas a ampliar y flexibilizar su patrón conductual (Grañana, 2014). Los SAAC aparentaron ser eficientes a la hora de interactuar con el contexto, permitiendo representarlo previamente, con la consecuente modificación en el procesamiento de la información. Permiten a su vez cumplir con la función para la cual la conducta disruptiva ha sido implementada, eje fundamental de la intervención tal lo expresado por Tamarit (1995). La rigidez e inflexibilidad de respuesta debe ser permutada por una forma más flexible, ofreciendo nuevos y más amplios repertorios, más funcionales a la interacción. El adecuado y funcional uso de la comunicación permite que el paciente vaya logrando encontrar el sentido inherente a su comunicación y por tanto, evitar la frustración que la ausencia de logro promueve (Grañana, 2014).

A partir de esto pudieron verse cambios en las conductas disruptivas al cabo de tres meses de tratamiento. Es de destacar, de todas maneras, que el plazo planteado para la práctica resultó insuficiente, por lo que los cambios visibles no fueron tantos. La evaluación y comprensión del caso lleva aproximadamente un mes, por lo que la implementación de las primeras intervenciones particularmente pensadas para el niño, comenzaron a ser plasmadas hacia los 40 días de iniciada la pasantía, resultando corto el tiempo restante para su evaluación. No pudo evaluarse en su totalidad el PECS, en tanto sólo pudieron observarse cuatro de sus seis fases (Bondy & Frost, 1994). De todas maneras lograron identificarse como cambios concretos la adquisición de un mayor grado de flexibilidad en las conductas, fundamentalmente observada en la fluidez lograda en el cambio de actividades diarias programadas, el cambio de algunos gritos de desacuerdo ante una actividad planteada por la utilización de una clave visual, respuesta mucho más funcional y efectiva o el logro de la asistencia de manera regulada a las prácticas físicas en la plaza, en caso de haber sido previamente anticipadas. Todo esto puede entenderse como una mejor tolerancia a las frustraciones.

En cuanto a las limitaciones encontradas, pudieron identificarse, por un lado, la arriba mencionada insuficiencia del plazo de observación destinado para esta práctica.

En cuanto a lo personal, se encontró como inconveniente la falta de conocimientos suficientes acerca de la patología, sus modos de abordaje y estrategias de intervención. Con el paso del tiempo se logró incorporar conocimientos, permitiendo la mejor comprensión del TEA, la acertada manera de comunicación con estos pacientes, la utilización del modo directivo para dirigirse a ellos, además del uso de elementos específicos, como pictogramas. Este desconocimiento inicial puede haber sido responsable de la pérdida de información importante en las primeras observaciones. Hubiera sido interesante contar con lectura acerca de la patología previa al inicio de la práctica.

Por otro lado, la utilización de sistemas tecnológicos, como por ejemplo los pictogramas en versión electrónica, reducen la posibilidad de extensión a otros espacios, como los públicos, en lo que no se cuenta con la seguridad adecuada que su uso requiere. Su traslado a estos espacios podría colocar a Juan en situación de riesgo, como es la posibilidad de robo, en un joven especialmente vulnerable en una CABA no particularmente segura. Al tratarse de dispositivos que pueden resultar tentadores, se entiende importante limitar su uso en ellos. Se propone entonces la implementación de dispositivos que puedan manejarse fácilmente fuera del espacio institucional, tendientes a aumentar la autonomía del paciente sin exponerlos a dichas situaciones, como un kit de tarjetas comunicacionales en cantidad y tamaño adecuados para ser transportados.

Es de destacar que dentro del CET se trabaja de manera interdisciplinaria, contando con distintos profesionales que se comunican entre sí, buscando el beneficio de cada niño. Dado que la patología interfiere con el paciente en sus diferentes áreas, es fundamental este tipo de abordaje, buscando obtener el mejor provecho de cada uno (Riviere, 1997). No obstante esto, se ve a Juan de manera recortada, en su actuación dentro del CET, no contándose con información sobre él en otros ámbitos, como en relación con sus familiares, que se entiende resultarían relevantes para su mejor interacción social y funcionalidad.

En relación con esto, cabe destacar que se observa cierta falta de interacción familia – institución, que además de no contemplar de manera activa su generalización a otros espacios fuera del terapéutico, reduce la comunicación y conocimiento de objetivos, inconvenientes y logros, además de la posibilidad de una forma de vinculación lúdica entre ellos, por lo que se

propone como aporte la construcción de espacios quincenales de juego y trabajo conjunto de 90 minutos de duración, con alguno de los familiares de manera alternada

En algunas ocasiones se observa que la terapeuta prioriza algo más el trabajo de aquellos niños que requieren más atención, impactando en algún grado en la tarea con los más adaptativos, que pueden verse operando más solos en esas ocasiones. Se trata de eventos ocasionales, en los que se interpreta una necesidad especial por parte de alguno de los niños, proponiéndose contar con la presencia de auxiliares a fin de colaborar en estas circunstancias.

En el CET se observó una propuesta de trabajo, a nivel institucional, que apela de manera recurrente al modelo TEACCH. Si bien se ajusta adecuadamente a los modelos teóricos, observándose el logro de resultados, lo que es sumamente importante, puede resultar, en ocasiones, algo excesivo. Se trata de un formato altamente estructurado, que no siempre es el más apropiado. Ante la presencia de conductas disruptivas, por ejemplo, podrían utilizarse otros modelos, más relacionales y orientado al individuo, como el DIR, cuyo objetivo es traer al niño nuevamente al dispositivo de aprendizaje social, recurriendo a un abordaje de evaluación e intervención basado en el desarrollo madurativo, las diferencias individuales y relacionales, considerando sus emociones e intereses naturales (Grañana, 2014).

A modo de futuras líneas de investigación, se propone una investigación sobre el trabajo vincular entre terapeuta y paciente teniendo como objetivo evaluar el impacto del mismo sobre ambos participantes y, por otro lado, la evaluación del impacto del tipo de trabajo general en pacientes con TEA desplegado sobre la persona del terapeuta. Se trata de pacientes activos, que requieren de mucho manejo físico, con terapeutas expuestos a posibles golpes u otras agresiones, por lo que se considera interesante esta evaluación.

Elaborar un programa de seguimiento de los chicos fuera de la institución, a fin de evaluar la efectividad de la misma, considerando los objetivos de sus intervenciones y los logros alcanzados una vez fuera de ella, dada la falta de estudios acerca del impacto de estos centros en la Argentina.

Pensar en la implementación de posibles salidas, como un centro para el tratamiento de chicos como Juan, una vez cumplida la edad establecida para la finalización de la etapa educativa en los CET, a fin de poder continuar con la misma, contando con espacios propios, donde sean incluidos y escuchados. Estos no existen hoy en el país, lo que coloca a los padres en la angustiante

situación de no saber cómo seguir colaborando con sus hijos ni contando ellos con el apoyo adecuado y a los pacientes en una posición de desventaja vital.

Como síntesis del trabajo, es de destacar la importancia del uso comunicativo del lenguaje y otros modos funcionales comunicativos como manera de lograr los objetivos por el paciente deseados, sin recurrir a explosiones, autoagresiones y otras formas de manifestación disfuncionales y autoagresivas (Valdez & Ruggieri, 2015).

7. Referencias bibliográficas

- Artigas Pallares, J. (2013). Trastornos del Espectro Autista. En J. Artigas Pallares y J. Narbona (Eds.), *Trastornos del Neurodesarrollo* (pp. 309-357). Barcelona: Editores Viguera.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*. (4th Edition). Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5° Edición (pp. 50-55). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Baron Cohen, S. (1995) *Mindblindness. An essay on autism and theory of mind*. Cambridge: The MIT Press.
- Bondy, A. & Frost, L. (1994). The picture Exchange Communication System. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 9(3), 1-19. doi: 10.1177/108835769400900301
- Carnahan, C., Hume, K., Clarke, L., & Borders, C. (2009). Using structured work systems to promote independence and engagement for students with autism spectrum disorders. *Teaching exceptional children*, 41(4), 6-14. Doi: 10.1177/004005990904100401
- 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
- Cataldo, M. F., & Harris, J. (1982). The biological basis for self-injury in the mentally retarded. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 2(1), 21-39. doi: 10.1016/0270-4684(82)90004-0
- Consejería de Educacion. (2006). *Los Trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica. Los trastornos del espectro autista*. Volumen 1. Colección de materiales de apoyo al profesorado. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Frith, U. (2006). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Frost, L. & Bondy, A. (1996). *PECS. El sistema de comunicación por Intercambio de figuras. Manual de entrenamiento*. Lima: Pyramid Educational Consultants, Inc.
- García Coto, M.A. (2011). Manejo de conductas inadecuadas. Biblioteca Brincar. Recuperado de: <http://biblioteca.brincar.org.ar/manejo-de-conductas-inadecuadas/>
- Glennen, S. L. (1997). Introduction to augmentative and alternative Communication. En S. L. Glennen y D. C. Coste (ed.), *Handbook of Augmentative and Alternative Communication* (pp. 3-20). San Diego: Singular Publishing Group Inc.

- Gortázar Díaz, M. (1999). El tratamiento del lenguaje y la comunicación. Recuperado de http://cepdecantabria.es/phocadownload/diversidad/Tratamiento_lenguaje_y_comunicacion.pdf
- Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Guess, D. & Carr, E. (1991). Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 96(3), 299-319.
- Iyaca, E (2014). “Conducta”. Capítulo 8. *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. Ed: N.Grañana. (pp. 323-342). Buenos Aires: Paidós.
- Jiménes Peñuela, J. (2011). Perspectivas en educación mediada por TIC para el contexto autista. *Revista educación inclusiva*. 4(2), 111-120.
- Juárez, I & Monfort, M (1993). Autismo y lenguaje oral. En: D. Valdez & V. Ruggeri, *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*, (pp. 199- 217). Buenos Aires: Paidós.
- Love, J. R., Carr, J. E. & Le Blanc, L. A. (2009). Functional assessment of problema behavior in children with Austim Spectrum Disorders: A sumary of 32 outpatients cases, *Journal of Austism and Developmental Disorders*, 39(2), 363-372. doi: 10.1007/s10803-008-0633-z
- Maggio, V. (2014). Lenguaje y Comunicación. En Grañana, N. (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico* (pp.255-303). Buenos Aires: Paidós.
- Molina Montes, A. (1997). Cómo potenciar la comunicación en el alumnado con trastorno del espectro autista. En S. Repeto Gutiérrez (Ed.), *Los trastornos generales del desarrollo. Una aproximación desde la práctica, volumen 1, los trastornos del espectro autista* (pp. 74-85). Andalucía: Consejería de educación.
- Montalva, N., Quintanilla, V., & Del Solar, P. (2012). Modelos de Intervención Terapéutica Educativa en Autismo: ABA y TEACCH. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*. 23(1), 50-57.
- Muñoz, R (2010). *Bases de lingüísticas y pedagógicas de la comunicación*. Barcelona: Editorial TSFL.

- Muñoz, J. A. (2013). Comprender, prevenir y afrontar las conductas desafiantes en niños con trastornos del espectro autista. En F. Alcantud (Coord.) *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana* (pp. 267-280). Madrid: Pirámide.
- Pascual, R. (1993). Técnicas y juegos de estimulación de la comunicación y el lenguaje en contextos clínicos y educativos. En: D. Valdez & V. Ruggieri, *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento* (pp.219-240). Buenos Aires: Paidós.
- Pérez de la Maza, L. (2000). Programa de Estructuración Ambiental Por Ordenador para personas con Trastornos del Espectro autista: PEAPO. En: F.J. Soto Pérez y J. Rodríguez Vázquez (Coords.). *Las nuevas tecnologías en la respuesta educativa a la diversidad. Murcia: Selegráfica* (pp. 255-258). S.L.
- Richaudeau, A. (2014). Funciones ejecutivas. En: N. Grañana (Ed.), *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico* (pp. 217-244). Buenos Aires: Paidós.
- Riviere, A. (1997). *El tratamiento del autismo*. España: Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Riviere, A. (2001). Lenguaje y Autismo. En: D. Valdez et al. (Eds.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación* (pp. 15-39). Buenos Aires: Fundec.
- Riviere, A. (2004). *IDEA: Inventario del espectro autista*. Buenos Aires: Fundec.
- Rodríguez, M. C. (2006). La respuesta Teacch en el aula para alumnos/as dentro del espectro autista. En Junta de Andalucía (Comp.). *Los trastornos del espectro autista* (pp. 86-103). Andalucía: Forma Animada S. L. L.
- Ruggieri, V. (2015). Trastornos del espectro autista. En Fejerman, N. (2015). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes* (pp.195-221). Buenos Aires: Paidós.
- Schaeffer, B. (1978). Teaching spontaneous sign language to nonverbal children: Theory and method, *Sign Language Studies*, 21, pp.289- 316.
- Schaeffer, B., Musil, A. & Kollinzas, G. (2005). *Habla signada para alumnos no verbales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Silberman, S. (2016). *Autismo y Asperger, otras formas de entender el mundo*. Buenos Aires: Planeta.
- Tallis, J. (2005). *Autismo Infantil: lejos de los dogmas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

- Tamarit, J. (1995). Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado. En: AA. VV. (ed.), *La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes* (pp. 1-10), Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Educación, Cultura, Deporte y Juventud.
- Tamarit, H. (2009). *Los trastornos del lenguaje y la comunicación en TEA. 7ma ed.* Madrid: Inersio editores. Madrid, III, 9, 342-354.
- Tustin, F. (1984). *Autismo y Psicosis infantiles*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Valdez, D. (2009). *Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Valdez, D. & Ruggieri, V. (2015). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. 1º edición. Buenos Aires: Paidós.
- Verdugo, M.A. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero* 41(236), 7-21.
- Vigotsky, L. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México: Crítica Grijalbo.
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos, una guía para la familia*. Barcelona: Paidós Iberia.