



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Autoridades de la Universidad

Rectora Académica: Arq. Ruth Fische

Vicerrector: Lic. Christian Kreber

Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales: Lic. Beatriz Labrit

Tutora temática: Lic. K. Sambataro

Asesora metodológica: Lic. Zulma Gabriela Gastaldo & Lic. Sergio Yepez Santiago

Nombre y apellido de la alumna: Ma. Carla Stefanatto

Nº de Legajo: 23.696

TESINA

Influencia del aprendizaje de formas de comunicación básicas en la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas y niñas con TEA en un consultorio de CABA

Noviembre 2020

Índice

Resumen	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
1. Marco teórico.....	7
2. Antecedentes.....	28
3. Planteo del problema	34
4. Objetivos.....	36
5. Método.....	37
6. Resultados.....	40
7. Discusión	46
8. Conclusión.....	49
Referencias	51
Anexos	56

Resumen

La comunicación es una de las funciones que más frecuentemente se ve afectada en los Trastornos del Espectro Autista (TEA), generando consecuencias en el desarrollo emocional y social del niño y la niña, y provocando alteraciones en su conducta. Este estudio se propone comprobar si el aprendizaje de formas de comunicación básicas favorece la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA. Para ello se planteó una metodología cualitativa desde el enfoque de la Teoría Fundamentada, utilizando la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos. Los participantes fueron ocho profesionales (tres psicopedagogas, dos fonoaudiólogas, dos psicólogos, unapicomotricista) que se desempeñan en un Centro Terapéutico ubicado en Palermo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las familias de cinco niños y niñas diagnosticados con TEA que asisten al Centro mencionado. Los resultados mostraron que la comunicación y la conducta están estrechamente relacionadas en los casos de niños y niñas con TEA. Las dificultades comunicativas que presentan generan conductas disruptivas, al no poder expresar adecuadamente sus necesidades, disgustos o frustraciones, recurren a comportamientos extremos como gritar, golpear, autoagredirse. Con la implementación de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), los niños y niñas afianzan otras modalidades de comunicación, disminuyendo notoriamente sus conductas disruptivas.

Palabras clave: trastornos de espectro autista – habilidades comunicativas - conductas disruptivas – sistemas aumentativos y alternativos de comunicación

Abstract

Communication is one of the functions that is most frequently affected in Autism Spectrum Disorders (ASD), generating consequences in the emotional and social development of the child, and causing alterations in their behavior. This study aims to verify whether learning basic forms of communication favors the reduction of disruptive behaviors in children with ASD. For this, a qualitative methodology was proposed from the Grounded Theory approach, using the semi-structured interview as a data collection instrument. The participants were eight professionals (3 psychopedagogues, 2 speech therapists, 2 psychologists, 1 psychomotor specialist) who work in a Therapeutic Center located in Palermo, in the Autonomous City of Buenos Aires, and the families of five children diagnosed with ASD who attend the Center mentioned. The results showed that communication and behavior are closely related in the cases of children with ASD. The communication difficulties they present generate disruptive behaviors, as they cannot adequately express their needs, dislikes or frustrations, they resort to extreme behaviors such as yelling, hitting, self-harm. With the implementation of Augmentative and Alternative Communication Systems (SAAC), children strengthen other communication modalities, notably reducing their disruptive behaviors.

Keywords: autism spectrum disorders - communication skills - disruptive behaviors - augmentative and alternative communication systems

Introducción

La capacidad de comunicar consiste en el acto de transmitir una idea, sentimiento o necesidad a un semejante, y, aunque en apariencia es una función sencilla, no son tan simples los mecanismos que se requieren para alcanzar esa meta (Maggio et al., 2015). La comunicación se sirve del lenguaje oral como su herramienta más evolucionada y más distintiva del ser humano. La codificación y expresión de un mensaje verbal conlleva numerosos procesos, y depende de aspectos tanto estructurales como funcionales. Además, la interacción con los semejantes es también un factor determinante en el desarrollo del lenguaje (Grañana, 2013).

Las habilidades comunicativas son algunas de las más afectadas en el caso de los Trastornos de Espectro Autista (TEA). Los TEA se caracterizan por: deficiencias en la comunicación e interacción social, y por patrones repetitivos y restrictivos de la conducta. Estos dos elementos se presentan en los primeros años, y afectan significativamente la vida cotidiana, afectiva, social, académica y laboral del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Uno de los desafíos más importantes en la educación de un niño con TEA, es poder brindarle herramientas comunicativas que le permitan interactuar de manera más eficiente con su entorno, a la vez que fomenten el desarrollo de sus propias potencialidades expresivas.

En este contexto surgen los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC). Se trata de instrumentos complementarios de comunicación, que son objeto de intervención educativa sistemática, destinados a personas con diversas alteraciones de la comunicación y/o del lenguaje. Están constituidos por un conjunto de signos no vocales, con o sin ayuda o soporte físico y/o tecnológico, que permiten llevar a cabo actos comunicativos (Tamarit, 1993). Existe una gran diversidad de SAAC, entre los cuales se puede mencionar la lengua de señas, el *Picture Exchange Communication System* (PECS), la agenda visual, el tablero de comunicación, el Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC). Todos ellos se valen de recursos complementarios, generalmente visuales, que buscan acompañar y potenciar el desarrollo de la oralidad.

La presente investigación se propuso comprobar si el aprendizaje de formas de comunicación básicas favorece la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA. Se planteó una metodología cualitativa desde el enfoque de la Teoría Fundamentada, utilizando la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos. Los participantes fueron ocho profesionales (tres psicopedagogas, dos fonoaudiólogas, dos psicólogos, unapsicomotricista) que se desempeñan en un Centro Terapéutico ubicado en Palermo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las familias de cinco niños y niñas diagnosticados con TEA que asisten al Centro mencionado.

Los resultados mostraron que la comunicación y la conducta están estrechamente relacionadas en los casos de niños y niñas con TEA. Las dificultades comunicativas que presentan generan conductas disruptivas, al no poder expresar adecuadamente sus necesidades, disgustos o frustraciones, recurren a comportamientos extremos como gritar, golpear, autoagredirse. Con la implementación de SAAC, los niños y niñas afianzan otras modalidades de comunicación, disminuyendo notoriamente sus conductas disruptivas.

Agradezco infinitamente la participación de todos los profesionales y familias, que brindaron su tiempo y buena predisposición para realizar las entrevistas virtuales para esta investigación. También el apoyo de todos mis seres queridos, sin los cuales no hubiera podido alcanzar esta meta. Y sobre todo, agradezco a los profesores de la Universidad y tutores de esta tesina, quienes me ayudaron a perseverar y a superarme.

1. Marco teórico

Paradigmas sobre la concepción de discapacidad

Como bien expone Leyva Fuentes (2005), hasta hace pocos años se entendía a la discapacidad desde un modelo médico, considerando la discapacidad como un problema innato de la persona a consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud, que requería de cuidados médicos. Desde esta perspectiva, los cuidados estaban dirigidos a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta. En contraposición aparece el modelo social de la discapacidad, que sostiene que el problema es el contexto que no brinda al sujeto las condiciones necesarias para su pleno desarrollo.

Paulatinamente el modo de pensar sobre las personas con discapacidad y los apoyos que se les proporcionan han ido evolucionando. Desde el modelo bio-psico-social, se considera que la discapacidad implica limitaciones en las actividades cotidianas del sujeto, y esas limitaciones se deben al interjuego entre aspectos propios de su salud, las características de la actividad en sí misma, las posibilidades de participación que se le brindan, y diversos aspectos ambientales y personales (Maldonado y Jorge, 2013). Es decir, que la discapacidad deriva de una interacción entre las condiciones de la persona y las condiciones del ambiente en el que se desenvuelve. Esta mirada permite construir una visión más optimista sobre las posibilidades para desenvolverse de las personas con discapacidad, haciendo énfasis en la integración, en la igualdad de oportunidades, en el desarrollo de las capacidades y de la autonomía.

Clasificación de los trastornos del desarrollo

Fejerman (2010) realiza un recorrido histórico del conocimiento sobre trastornos del desarrollo, y señala que, en las primeras décadas del siglo XX, fueron surgiendo descripciones de conductas hiperactivas e impulsivas en niños y niñas con inteligencia normal y sin déficits neurológicos. Entre los años 1940 y 1950 se definen los conceptos de daño cerebral y daño cerebral mínimo, con precisas descripciones de los trastornos de aprendizaje y la conducta. Ya en la década del '60 surgen discusiones sobre la

existencia o no de una lesión cerebral tan mínima que no se puede objetivar. En 1962 un grupo de neuropediatras reunido en Oxford recomienda suplantarlo el término “lesión cerebral mínima” por “disfunción cerebral mínima”, resaltando la importancia de la funcionalidad por sobre las lesiones orgánicas. En la década del ‘70 aparecen también los trabajos más importantes sobre la semiología neurológica que debe aplicarse en estos pacientes, y se publica también una serie de libros dedicados al tema de la disfunción cerebral mínima.

En 1980 aparece la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980). Allí se señaló que el desorden de déficit en la atención (ADD de acuerdo a su sigla en inglés) era básico y se delinearon tres grupos: ADD con hiperactividad (ADHD); ADD sin hiperactividad (ADD noH), y ADD de tipo residual, donde se incluyó a los adolescentes con ADD que habían sido hiperkinéticos en la niñez. La edición revisada del DSM-III-R (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987) identificó el grupo de “trastornos específicos del desarrollo” y los “trastornos en habilidades académicas y del lenguaje y el habla”, e incluyó los que se producen en “habilidades motoras”. El ADHD fue clasificado como un ítem separado entre los “trastornos de conductas disruptiva”.

En la cuarta edición del Manual mencionado (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) el ítem “Trastornos de la comunicación” engloba a los trastornos del desarrollo y los trastornos específicos del desarrollo, que anteriormente aparecían como subtítulos independientes e incluían las dificultades motrices, de lenguaje y habla, y de aprendizaje. Además, en el DSM-IV se reconocen variantes dentro del ADHD: los tipos predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). En los años 2000 y 2002, el DSM-IV-TR incluyó Códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, CIE-10. Allí se quitaron los conceptos de “Trastornos del desarrollo” y de Trastornos específicos del desarrollo” de manera que éstos últimos quedaron solamente dentro de los subtítulos de “Trastornos del aprendizaje, de las habilidades motoras y de la comunicación”. Se mantuvo el grupo de “Trastornos generalizados del desarrollo” y se volvieron a incluir por separado los “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Trastornos del Espectro Autista

Grañana (2013) afirma que cuando un niño tiene dificultades en todas las áreas de su maduración se considera que tiene un retraso global del desarrollo o discapacidad intelectual. Pero cuando la dificultad es más marcada en las áreas de interacción social, comunicación y lenguaje, con conductas repetitivas e intereses restringidos, nos encontramos frente a un Trastorno del Espectro Autista (en adelante, TEA). De acuerdo a la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), el TEA se manifiesta a través de dificultades en el desarrollo del lenguaje, las habilidades sociales, los juegos, la construcción de conocimientos, y la adaptación al medio en general. Implica una ruptura dentro del proceso de desarrollo normal durante los primeros años de vida. El mencionado manual lo ubica dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, e involucra los siguientes aspectos o criterios diagnósticos:

- a) Deficiencias en la comunicación e interacción social, que abarcan: reciprocidad emocional, conductas comunicativas no verbales, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.
- b) Patrones repetitivos y restrictivos de la conducta, en relación a: movimientos o habla estereotipados, comportamientos monótonos e inflexibilidad en las rutinas, intereses fijos y restringidos, reacciones desmedidas frente a estímulos sensoriales del entorno (excesivo interés o apatía).
- c) Los dos aspectos anteriores son los que determinan la gravedad del trastorno, y se presentan en las primeras etapas del desarrollo.
- d) Los síntomas repercuten significativamente en el ámbito social, laboral, y otras áreas de la vida cotidiana del individuo.
- e) Las alteraciones no se encuadran en un trastorno del desarrollo intelectual o retraso global del desarrollo.

La gravedad del TEA se determina por los ítems a) y b). Según el diagnóstico, pueden establecerse tres niveles de gravedad de acuerdo a los apoyos que el individuo requiera: 1. necesita ayuda, 2. necesita ayuda notable, 3. necesita ayuda muy notable.

Diagnóstico específico

Frente a un cuadro compatible con TEA, es importante considerar que la denominación de “espectro” hace referencia a que los síntomas presentan un rango variable de gravedad. Aun teniendo el mismo diagnóstico, cada niño manifiesta características diferentes dentro de ese espectro. Por esa razón actualmente se adopta una visión dimensional del trastorno, que permite comprender estas diferencias. En este sentido, se evalúan también componentes intelectuales, sensoriales, y grados de actividad, todos ellos aspectos que se encuadran en rangos (reducido, normal o aumentado). Un niño, por ejemplo, puede tener más dificultad en el lenguaje; otro presentar conductas inflexibles y restringidas; y un tercero puede estar más aislado. Se completan con tres ejes más: el nivel cognitivo, el nivel regulación sensorial y el nivel de actividad. Con un mismo nivel cognitivo, el funcionamiento cotidiano puede ser diferente. El DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) señala las siguientes dimensiones del TEA:

- a) Cociente intelectual: severo/moderado/de alto funcionamiento.
- b) Interacción social: aislado/pasivo/sociable pero extraño.
- c) Comunicación: no verbal/verbal.
- d) Conductas repetitivas: severas/leves.
- e) Regulación sensorial: hipersensibilidad.
- f) Actividad motora: hipo/hiperactividad.

La evaluación de estas dimensiones determinará el diagnóstico diferencial dentro de los subtipos clínicos de trastornos generalizados del desarrollo que anteriormente establecía el DSM-IV, a saber:

Trastorno autista

En esta categoría diagnóstica se engloban todos los subtipos (como TEA) definidos según los criterios mencionados anteriormente. El momento de la consulta es habitualmente entre los 2 y 4 años, muchas veces por un retraso en la aparición del lenguaje. Los niños y niñas han llegado a los 2 años sin decir palabras y no compensan con otros modos de comunicar, no intentan comunicarse por otros medios, no sostienen

la mirada, no realizan gestos como jugar a saludar con la mano, hacer carita de enojado, etc. Además, tienen dificultades en la conducta como la tendencia de hablar de forma repetitiva, ecológica, a tener estereotipias en los movimientos como aletear con las manos, balancearse con el cuerpo o la cabeza, caminar en puntas de pie, etc. Pueden ser rutinarios, angustiarse con los cambios, y suelen mostrar adherencia a cosas peculiares o juntar objetos inusuales. Estas características pueden acompañarse de retraso en otras pautas madurativas. La edad promedio del diagnóstico es alrededor de los 4 años.

Síndrome de Asperger

Si bien los criterios diagnósticos del DSM-IV marcaban como excluyente la presencia de trastorno o compromiso del lenguaje, diversos trabajos han demostrado que sí puede haber retraso inicial en el desarrollo del lenguaje en las formas de Asperger. Las dificultades en la pronunciación o en la prosodia hacen que estos niños y niñas parezcan extranjeros. Según Grañana (2013):

Tienen dificultades en organizar el discurso, les cuesta llegar al punto, no cuentan que sucedió en la escuela, y cuando los padres les preguntan explican en forma fragmentada, omiten detalles como si el que escucha hubiera estado ahí, o bien hablan por teléfono de cosas que ellos están viendo como si el entorno también los viera. Les cuesta interactuar con sus compañeros, se interesan poco de los temas de intercambio. Cuando se acercan son inapropiados, insisten en sus temas preferidos, siempre de forma mecánica más que por el significado. Pueden tener un buen rendimiento académico, pero son frecuentes las dificultades en la comprensión de textos (p. 45).

Son rutinarios, muchas veces se angustian ante los cambios.

Síndrome o enfermedad de Rett

Es un trastorno producido por una alteración del gen MeCP2 del cromosoma X. En las niñas, que tienen dos cromosomas X, el cromosoma enfermo es compensado parcialmente por el sano. En los varones el sexo está determinado por el cromosoma Y.

Este no puede compensar la lesión del X y por eso la mayoría de los varones no llega sobrevivir.

En este síndrome se describen cuatro etapas: en la primera desde el nacimiento, hay un desarrollo inicial normal o con un retraso en la adquisición de pautas madurativas, con hipotonía. La segunda etapa de regresión o pérdidas de pautas se produce con las formas típicas entre los 6 y los 18 meses de edad. El inicio de los síntomas puede estar acompañado por un cuadro de desconexión con conductas de aislamiento, con estereotipias motoras por movimiento repetitivo de las manos en una modalidad tipo *washing* o lavado de manos. Además, se pierde la posibilidad de tomar o agarrar con las manos. También hay pérdida de la motricidad, de la coordinación, dificultad en el inicio de los movimientos y temblor. En la tercera etapa, después de los 10 años o en la adolescencia, continúa un deterioro lento, se incrementan la rigidez, las dificultades motoras, los problemas de crecimiento de la columna, y los problemas vasculares sistémicos, aunque el contacto social generalmente se mantiene. Hay menos expectativa de vida pero actualmente con las formas atípicas existen mujeres de más de 40 años.

Trastorno desintegrativo

Anteriormente se definía sólo por un inicio tardío de los síntomas, luego de los 4 años. Más tarde se encontraron etiologías o causas neurobiológicas evolutivas en la mayoría de estos niños y niñas. Al deteriorarse por la lesión destructiva progresiva, los niños y niñas pierden el contacto visual, habilidades de comunicación, lenguaje, se desconectan y pierden pautas madurativas, pero no por un cuadro autista estable; por tal motivo este trastorno se retiró de los subtipos.

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NOS)

Actualmente denominado “TEA no especificado”. En este caso los síntomas son leves y no se llegan a reunir criterios diagnósticos completos luego de una evaluación exhaustiva, ya sea porque el niño y la niña es muy pequeño y no se ha definido, porque le faltan síntomas para completar los criterios, o bien por tratarse de situaciones

residuales, luego de intervenciones exitosas, donde sólo quedan algunos síntomas residuales, pero no el cuadro completo.

A partir del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) todas las patologías mencionadas se denominan Trastornos del Espectro Autista, y se determinan por criterios diagnósticos. En vez de subtipos clínicos, se definen los mencionados ejes de síntomas en un espectro de leve a severo para cada eje. Así es posible entender formas distintas de acuerdo con el nivel de gravedad de cada síntoma, de manera que con éstas características es posible definir mejor la evolución. Además, el trastorno se puede evaluar según su causa o etiología, y también las formas primarias y secundarias a otras enfermedades neurobiológicas que originan síntomas de autismo.

El proceso de detección y diagnóstico

De acuerdo con Mandell et al. (2005), a los 3 años de edad es posible diagnosticar un cuadro de autismo clásico, a los 4 años pueden detectarse las formas no especificadas de trastornos del desarrollo, y alrededor de los 7 a 10 años, pasado el inicio de la etapa escolar, se suelen diagnosticar el síndrome de Asperger y formas de alto rendimiento. El primer nivel de detección es el nivel de *screening* realizado a todos los niños y niñas en atención médica y en el sistema escolar, para detectar signos de alarma sobre trastornos del desarrollo. Esta detección se basa exclusivamente en los comportamientos. En este sentido, se detectan 4 signos predictores que están presentes en el 90% de los niños y niñas con autismo: falta de contacto visual, falta de orientación al llamarlos por su nombre, ausencia de señalamientos, y ausencia de conducta para mostrar.

Según Díez-Cuervo et al. (2005):

El proceso diagnóstico en los casos de TEA es una actividad que requiere especialización y experiencia, tanto con relación al conocimiento del autismo, como para trabajar en equipo con diferentes profesionales. Igualmente, los profesionales que afrontan la tarea de realizar un diagnóstico de autismo deben promover la participación eficaz de la familia y fomentar el intercambio de información en busca de una visión compartida del problema (p. 302).

Y más adelante, menciona que se debe dar información precisa sobre los resultados a los adultos responsables del niño y la niña con TEA y al mismo paciente, además de brindarles la oportunidad de aclarar las dudas, como así también de consultar otros profesionales para obtener segundas opiniones.

La detección y diagnóstico de los TEA busca caracterizar la conducta del individuo dentro de una categoría puntual, identificando patologías como comorbilidades, y realizando un diagnóstico diferencial con otros trastornos intelectuales o del desarrollo. De esta manera, un diagnóstico acertado y oportuno sirve para brindar, tanto al sujeto como a su familia y otras instituciones, parámetros para una atención integral, que incluya intervenciones psicopedagógicas, farmacológicas, conductuales y de apoyo familiar, entre otras (Diez-Cuervo et al., 2005). En este sentido, el procedimiento de diagnóstico se inicia con el relevamiento de la información pertinente y detallada, que configura la historia clínica.

Además de considerar los criterios diagnósticos del DSM-V, la aplicación de pruebas específicas permitirá conocer mejor el perfil psicológico y la sintomatología individual (Mandell et al., 2005). Estas pruebas pueden ser: 1. Escala de observación ADOS-G, que consiste en un instrumento estandarizado de observación semiestructurada con situaciones de juego o diálogo, y se aplica a niños y niñas mayores de 36 meses de edad mental; 2. Escala CARS, que puntúa conductas en relación a los desvíos del comportamiento de personas con la misma edad mental; 3. Encuestas de diagnóstico, como la ADI-R, que constituye un modelo de entrevista a padres muy preciso, y se aplica en el caso de niños y niñas con una edad mental superior a 18 meses.

Conductas disruptivas

Lovaas (2003) afirma que los berrinches y el comportamiento auto-lesivo fueron introducidos como ejemplos de conductas extremas muchas veces observadas en personas con autismo. Estos comportamientos se manifiestan de diferentes formas, tales como gritar, morder, tirarse el pelo, pegar y tirar objetos. Los berrinches pueden ser dirigidos hacia otros, hacía sí mismo (como un comportamiento auto-lesivo) o ambos. Los comportamientos de berrinches en exceso pueden empezar poco tiempo después del nacimiento, pero son mayormente observados hacia los 2 años de vida, y luego

aumentan en intensidad y frecuencia en los años subsiguientes. A medida que el niño y la niña crece, puede convertirse en peligroso hacia sus referentes familiares o hacia sí mismo, necesitando derivaciones en instituciones, el uso de restricciones físicas o el uso de medicación sedativa.

Por su parte, Leaf y McEachin (2006) afirman que los comportamientos alterados de los niños y niñas con TEA, tales como el llanto, pataletas, y/o agresividad, casi siempre satisfacen múltiples funciones, fundamentalmente la disminución del estrés y la frustración. Otros de los objetivos perseguidos a través de las conductas disruptivas se relacionan con evitar situaciones que no resultan agradables, o captar la atención de los referentes de su entorno. En este sentido, algunos autores afirman que los síntomas autistas como el deseo de invariancia ambiental y las conductas estereotipadas, se originan como resultado de niveles extremos de ansiedad. Grañana (2013) afirma que las conductas restringidas, repetitivas e inapropiadas, que son características de los TEA, interfieren en la calidad de vida, en el tratamiento, en la inclusión escolar, familiar y social; y por ello es de vital importancia la intervención. El objetivo principal de la intervención es la educación de conductas agresivas, autoagresivas e impulsivas, no simplemente la supresión de las mismas.

Alteraciones en la comunicación

Para Maggio et al. (2015), comunicar consiste en el acto de transmitir una idea, sentimiento o necesidad a un semejante. Resulta una definición simple, pero no son tan simples los mecanismos necesarios para alcanzar esta meta. Todo sujeto se constituye a partir de sus condiciones genéticas y por la intervención del ambiente, y la combinación de ambos factores es lo que finalmente da como resultado un perfil comportamental, adaptativo, intelectual, y comunicativo. Niños y niñas desfavorecidos biológicamente pueden mejorar su inserción en el mundo a partir de la ayuda medioambiental; y, a la inversa, aquellos con buenas condiciones biológicas pueden mostrar perfiles de funcionamiento atípicos a partir de la presencia de malos modelos de intervención familiar. El interjuego de biología y ambiente es determinante en el desarrollo.

La herramienta más evolucionada de la comunicación es el lenguaje oral. Ahora bien, para lograr esta habilidad existen previamente muchos procesos que son

fundamentales para que esta función se despliegue correctamente. El progreso de la comunicación ocurre, pues, a partir de los primeros años de vida y tiene una íntima vinculación con el desenvolvimiento de aspectos sociales y emocionales. Un niño de 3 meses de vida, por ejemplo, es capaz de mirar y sonreír al adulto que le sonríe; esto, que históricamente se ha reconocido como sonrisa social, da lugar a los primeros mecanismos vinculados a la comunicación y pueden resultar predictores en el mecanismo de atención conjunta (posibilidad de compartir la atención con otros) (Martos y Ayuda, 2002).

La comunicación social es un acto cotidiano en el que se ven implicados elementos físicos (emisor, receptor, mensaje verbal y/o gestual), y otra serie de elementos no verbales (intención comunicativa, contexto en el que se produce, información compartida por los interlocutores), que se interrelacionan entre sí, creando actos comunicativos únicos e irrepetibles (Monfort, 2009). Además, el lenguaje requiere un amplio conjunto de capacidades ocultas, como son la fonología, que permite tratar los sonidos del habla; la sintaxis, que implica la capacidad de utilizar reglas de la gramática; la semántica, que hace posible la comprensión y creación de significados; y la pragmática, que consiste en la capacidad de usar el lenguaje con fines comunicativos.

En el caso de una persona con TEA, existen alteraciones en todos o algunos de estos aspectos. En lo que respecta a la intención comunicativa, Monfort (2009) plantea que, en todo acto comunicativo, el emisor parte de una intención comunicativa que no siempre es observable a ojos del receptor, bien porque el emisor puede tratar de ocultarla, bien porque esconde motivaciones tan profundas que ni él mismo conoce, o porque el código elegido para su expresión no es compartido por emisor y receptor y éste no es capaz de descifrar el mensaje.

En el caso de la interacción con un niño con TEA, el receptor, sea familiar o docente, deberá utilizar la empatía para tener en cuenta las variables que están influyendo en la situación, hacer uso del conocimiento previo sobre ella para ir más allá de las apariencias y llegar a la verdadera motivación de la conducta comunicativa del niño y la niña. Paulatinamente se irá ampliando el nivel de comprensión, pudiendo dar respuesta a las demandas comunicativas del niño y la niña y reforzando así su

autoconfianza para expresarse. También esto posibilitará que el adulto le brinde los apoyos necesarios y adecuados, incorporando nuevas alternativas de comunicación.

Con el propósito de atraer la atención del interlocutor, un grito repentino o un ruido fuera de contexto pueden despertar la atención de cualquier persona cercana, pero una fugaz mirada a la fuente de sonido suele ser suficiente para comprobar que nada malo ocurre y tranquilizar nuestra curiosidad, abandonando así la atención dirigida en un primer momento hacia la citada fuente. La habilidad para mantener la atención captada en un primer momento, y asegurarse de que el interlocutor atiende, implican que entre en juego la motivación, es decir, el conjunto de factores internos y externos que determinan en parte las acciones de una persona. En los primeros años de vida, los niños y niñas buscan juguetes, canciones u objetos que realmente despierten su interés. En el caso de los niños y niñas con TEA, estos suelen ser elementos que sirven para conseguir llamar su atención y hacerlos partícipes de la actividad que se quiere compartir. Gracias a esta motivación inicial, es posible fomentar los primeros aprendizajes (González-Moreno, 2018).

En lo que respecta al mensaje, las palabras expresan sólo una parte de lo que se quiere transmitir. El déficit en la comunicación no verbal es uno de los criterios diagnósticos para TEA que enumera el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Las personas con autismo presentan alteraciones en relación a la comprensión y uso de gestos naturales como forma de comunicación. La existencia de déficit en el desarrollo de la intención comunicativa y de las habilidades de atención conjunta puede estar en la base de estas alteraciones. La enseñanza de gestos naturales constituye uno de los primeros pasos a seguir en la intervención en comunicación en personas con TEA, estableciendo una relación clara entre el gesto y su efecto en el entorno, y reduciendo al mínimo los elementos distractores.

No solamente los gestos, sino su interrelación con las palabras, la voz, la entonación, es decir, la coordinación de todos los recursos comunicativos, es lo que hace que sea realmente complejo interpretar o enviar un mensaje. Si un niño con TEA le dice a su maestra que quiere ir al baño, el hecho de no mirarla a la cara y el bajo tono de voz hacen que la docente probablemente no atienda a su mensaje. Las consecuencias de esta falta de entendimiento pueden ser muy variadas, pero rara vez sean positivas para el

niño y la niña y el entorno. En nuestra vida cotidiana, son muchos los malentendidos que pueden suceder, provocando a veces situaciones cómicas y otras veces incómodas y difíciles de resolver, y en cualquier caso, casi siempre alejadas de la intención comunicativa original. Es de gran complejidad para una persona con TEA comunicar sus intenciones, hacerse entender, y una vez conseguido todo ello, asegurarse de que el mensaje original ha sido correctamente comprendido (Soto Calderón, 2007).

Asimismo, las personas con TEA presentan dificultades para acceder a las claves contextuales relevantes en función del entorno, y desarrollar así una conducta adecuada en cada caso. La teoría de la coherencia central (Frith, 1991) también nos habla de la tendencia de las personas con TEA a dirigir su atención a determinados estímulos del ambiente, que generalmente no coinciden con los elementos principales, y su dificultad para atender al resto de estímulos intervinientes en la situación y otorgarles una coherencia que les permita interpretar el sentido completo. Las aulas de los colegios deben tener sentido para los chicos con TEA, una efectiva estructuración física del mobiliario y los materiales ayuda a disminuir la estimulación visual y auditiva que pueda distraer y resultar molesta para los alumnos.

Intervención en las habilidades comunicativas

El objetivo para prepararse para aprender en relación con la comunicación implica que el niño y la niña entienda que para recibir respuesta a su demanda tiene que comunicarla primero. Aprender a comunicar como una relación causa-efecto es fundamental, tanto en niños y niñas no verbales que usan conductas inapropiadas para comunicar como en los que hablan, pero no comunican; hablan de sus temas preferidos en discursos, enumeraciones, descripciones, pero no saben transmitir un mensaje. Por lo tanto, se requiere lograr la comunicación a partir del nivel del niño y la niña: preverbal, verbal y pragmático-conversacional (Soto Calderón, 2007). En la medida en que el lenguaje se desarrolle, la simple expresión verbal de las emociones en respuesta al estrés, podrá agregarse al repertorio que es capaz de manejar.

Uno de los aspectos principales a desarrollar en los niños y niñas y niñas con TEA es el trabajo encaminado a ayudarlos a desarrollar una comunicación funcional.

Éste es uno de los aspectos de base para iniciar un modelo de aprendizaje. Al respecto, Monfort (2009) sostiene que:

Sin comunicación no hay aprendizaje. Uno de los principales retos a asumir, entonces, es el desarrollo correcto de una comunicación funcional, sea ésta verbal o no, ya que el desarrollo de las capacidades comunicativas funcionales del niño y la niña influye directamente en muchas de las conductas inapropiadas que pueden presentar y que son típicas en los cuadros de autismo. La mala calidad de comunicación genera grandes berrinches. A su vez el aislamiento del niño y la niña se acentúa y puede aumentar aún más los desórdenes sensoriales. Igualmente, el desarrollo del lenguaje y la comunicación está íntimamente ligado al desarrollo de la inteligencia social y emocional (p. 55).

Las personas con diagnóstico de TEA tienden a desarrollar el “pensamiento visual”. Esto no se refiere a apoyos visuales para pedir, para anticipar actividades o para comprender una determinada tarea, sino que es, por encima de todo, un estilo de pensamiento que basa en las imágenes la representación mental de la realidad. Teniendo en cuenta esto, es posible acercar términos abstractos, ideas complejas, a las personas con TEA utilizando estímulos visuales para representarlos. Los apoyos visuales ayudan a los niños y niñas con TEA a organizar, estructurar su tiempo, tanto en la escuela como en el tiempo de ocio. Saber qué va a pasar les ofrece seguridad y favorece un entorno predecible. Podemos utilizar diferentes horarios individualizados a cada chico para reducir la ansiedad, mejorar las transiciones y organizar su tiempo en su día a día.

Las nuevas formas de intervención educativa a través de diversos instrumentos semióticos han dado lugar a la creación de nuevos programas comunicativos y sistemas de signos con diferentes soportes: desde gestos naturales y señas hasta objetos o dibujos. Tales sistemas de comunicación se llaman “Sistemas Alternativos de Comunicación” (SAC), “Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación” (SAAC) o directamente “Comunicación Aumentativa” (CA) (González-Moreno, 2018).

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación

Los Sistemas Aumentativos y/o Alternativos de la Comunicación resultan una herramienta de mucho valor para potenciar o activar las capacidades o potencialidades

de comunicación de personas que tienen carencias en este aspecto. Grañana (2013) considera dentro de los SAAC a los programas visuales, con gestos, con carteles o pictogramas, que reemplazan el lenguaje oral. Aquellos que acompañan en forma simultánea a las consignas verbales y visuales se denominan aumentativos. No buscan reemplazar el lenguaje, sino potenciar la oportunidad de que el niño y la niña recupere la palabra a través de la memoria visual; también permiten ofrecer modos adecuados de comunicación hasta que logre desarrollar el habla.

La cualidad de “aumentativos” y no sólo “alternativos” quiere señalar que los SAAC no son necesariamente opciones al habla, sino que pueden contribuir a favorecer su aparición. Es decir, de ninguna manera el uso de SAAC va a impedir que un niño hable, inquietud bastante frecuente entre los padres y docentes. Muy por el contrario, posibilita la comunicación y, en la medida de las posibilidades del niño y la niña y el cuadro que presente, favorecerá el desarrollo del lenguaje verbal. La comunicación no verbal en estos casos es fundamentalmente visual. Se enseñan inicialmente programas de comprensión verbal con ayudas visuales y luego se agregan programas de expresión con ayuda visual. Echeguía Cudolá (2016) sostiene que es importante comprender que, como tales, los SAAC son conjuntos organizados de elementos no vocales para comunicar, que no surgen espontáneamente en el desarrollo, sino que se adquieren a través de un aprendizaje formal y deliberado.

Tamarit (1993) brinda una definición muy completa al respecto:

Los Sistemas Alternativos de Comunicación son instrumentos de intervención logopédica/educativa destinados a personas con alteraciones diversas de la comunicación y/o del lenguaje, y cuyo objetivo es la enseñanza, mediante cinco procedimientos específicos de instrucción, de un conjunto estructurado de códigos no vocales, necesitados o no de soporte físico, los cuales, mediante esos mismos u otros procedimientos específicos de instrucción, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos, o en conjunción con códigos vocales, o como apoyo parcial a los mismos, o en conjunción con otros códigos no vocales (p. 18).

Esta definición nos dice que los beneficiarios de la comunicación aumentativa son individuos con una diversa dificultad en el área de la comunicación. En el caso de esta investigación se focaliza en niños y niñas y niñas con autismo, con Síndrome de Asperger o con otro trastorno del desarrollo. Pero tal como señala Tamarit (1993), los SAAC pueden ser utilizados por cualquier persona que padezca alguna dificultad, permanente o transitoria, de comunicación. En este sentido, se aplican SAAC en casos de deficiencia auditiva o visual, disfasias, parálisis cerebral, secuelas de accidentes cerebrovasculares, entre otros.

Es importante señalar que los SAAC son herramientas de comunicación que deben ser enseñadas de manera intencional, tal como se imparten los contenidos escolares propios del diseño curricular (Forteza-Sevilla et al., 2015). La enseñanza de SAAC debe contar con objetivos, estrategias, y actividades específicas y planificadas. Esta enseñanza debe estar contextualizada y relacionada con los demás aprendizajes funcionales, es decir, involucrar a los distintos actores como la familia, el docente, los compañeros, la maestra integradora, y los profesionales que atienden al niño. De esta manera, el aprendizaje de los SAAC atraviesa todos los ámbitos de la vida del niño y la niña, y le permite interactuar con las personas que lo rodean. Además, debe evaluarse de manera permanente y sistemática.

Para el caso puntual de los niños y niñas diagnosticados con TEA, los SAAC más utilizados en los tratamientos son:

Sistema de Intercambio de Figuras para Comunicación (PECS según sus iniciales en inglés: Picture Exchange Communication System)

De acuerdo a lo que plantea Grañana (2013), este SAAC es el que demuestra mayor utilidad. Su desarrollo empezó en 1985, basado en los principios de la psicología conductista, y sus creadores fueron Andy Bondy y LiryFrost. Se puede utilizar PECS con variedad de edades y dificultades, siendo su uso más frecuente con niños y niñas dentro del Espectro Autista. Se trata de una comunicación aumentativa porque es un mecanismo, método o sistema que puede ser usado para complementar el habla, y es alternativo porque puede ser usado para la comunicación cuando no se ha desarrollado el habla o se ha perdido. Es decir que PECS puede actuar como sistema aumentativo y/o alternativo de comunicación.

En el PECS se utilizan imágenes o pictogramas, que consisten en dibujos, fotografías o incluso un objeto pequeño tridimensional pegado en cartón. Al inicio se utiliza una tarjeta para pedir comidas, bebidas, juegos, salidas o juguetes motivantes para el niño y la niña. Luego el trabajo se hace más complejo, con frases de dos o tres palabras; se puede armar un cuaderno cuyas páginas contengan pictogramas por categorías: alimentos, juguetes o acciones. El niño y la niña pedirá lo que desee entregando la tarjeta correspondiente en la mano del terapeuta. Este método le permite saber si se pudo dar a entender, por este motivo no sólo tiene un sentido comunicativo, sino que también reduce la frustración y desarrolla la tolerancia en tiempos de espera (Maggio et al., 2015).

El Sistema PECS se focaliza en facilitar la comunicación espontánea, con entrenamiento previo en el uso de pictogramas. Otra de sus ventajas es que no requiere de materiales complejos ni de una capacitación altamente técnica. A los niños y niñas que utilizan PECS se les enseña a aproximarse y entregar la figura del ítem deseado a su interlocutor. De esta manera, inician un acto comunicativo con un resultado concreto dentro de un contexto social. Para los niños y niñas que tienen autismo, pedir es la primera función que enfoca el PECS. Así durante las primeras horas del entrenamiento, cuando se está enseñando a pedir (en tanto genera consecuencias tangibles) las consecuencias de tipo social (alabanza, agradecimiento) aparecerán luego, y a medida que éstas últimas se vuelven más eficaces en el mantenimiento de la conducta, se introducen más funciones comunicativas con base social (Jesús et al., 2017).

El sistema PECS está formado por seis fases (Jesús et al., 2017):

1. El intercambio físico: al ver un estímulo preferido, el niño y la niña recogerá la figura del ítem, extenderá la mano hacia el terapeuta, y soltará la figura en la mano de este último. Durante esta fase no se emplean instigaciones verbales. Se debe intentar utilizar más de un ítem preferido, presentando uno a la vez.

2. Aumento de la espontaneidad: el niño y la niña va a su tablero de comunicación, despegla la figura, va hacia el adulto y suelta la figura en la mano de éste. En esta fase no se emplean instigaciones verbales. Se debe mostrar una figura a la vez y realizar un frecuente inventario de los refuerzos.

3. Discriminación de la figura: el niño y la niña solicitará los ítems deseados dirigiéndose al tablero de comunicación, seleccionando la figura apropiada de un grupo de ellas y entregando la figura. Durante esta fase no se emplean instigaciones verbales.

4. Estructura de la frase: El niño y la niña solicita ítems que están presentes y otros que no están empleando una frase con palabras múltiples al dirigirse al objeto, escogiendo un símbolo/figura de “Yo quiero”, poniéndolo sobre una tarjeta porta-frase, escogiendo la figura de lo que desea. Hacia el final de esta fase, el niño y la niña tiene generalmente de 20 a 50 figuras en el tablero de comunicación y se está comunicando con una amplia variedad de personas. Durante esta fase no se emplean instigaciones verbales.

5. Responder a ¿qué querés?: el niño y la niña puede pedir en forma espontánea una variedad de ítems y contestar la pregunta “¿qué querés?” Es conveniente reforzar verbal y tangiblemente cada respuesta correcta y utilizar la instigación demorada para el entrenamiento durante esta fase.

6. Respuesta y comentarios: el niño y la niña deberá contestar apropiadamente a las preguntas “¿qué querés?”, “¿qué ves?”, “¿qué tenés?”, así como a otras similares hechas al azar. Hay que reforzar cada acto comunicativo en forma apropiada: es aconsejable utilizar reforzamiento social y tangible para los pedidos y refuerzos de tipo social para los comentarios.

Sistema bimodal: la comunicación a través de gestos

La comunicación bimodal se describe como el conjunto de prácticas que se caracterizan por el uso de la lengua oral acompañada de unidades gestuales extraídas de la lengua de señas (Prieto Abia, 2017). Se enseñan con ayuda física y masiva, dándole al niño mucha ayuda al principio, para luego ir retirándola paulatinamente, usando la mano del niño y la niña para hacer el gesto (no hay que pedirle que imite, sino moldearle el movimiento). Siempre se acompañan de la palabra, y el gesto se organiza con ciertas pautas, como repetirlo tantas veces como sílabas tiene la palabra. Es decir, que este SAAC consiste en complementar el lenguaje oral con gestual, propio de la lengua de señas.

Maggio et al. (2015) sostienen que en la comunicación bimodal los signos se realizan siguiendo el orden marcado por la estructura del idioma oral correspondiente, y

cada signo guarda una relación directa con una palabra existente en dicho idioma. Este medio de comunicación se utiliza frecuentemente con aquellas personas que tienen deficiencias auditivas, o aquellos que oyen pero no tienen habla funcional, por ejemplo, personas con TEA, retraso mental, afasia, anartria adquirida, entre otras. Una de sus mayores ventajas es que se trata de un sistema natural, dado que los primeros intentos comunicativos del bebé son a través de gestos. A diferencia de los sistemas con ayuda, la comunicación bimodal mantiene muchas de las características de la comunicación oral, como el contacto visual, y la instantaneidad en la producción-recepción. Otras de sus ventajas son: que un signo puede moldearse físicamente, que puede enseñarse a partir de un nivel cognitivo bajo (12 a 18 meses), que puede utilizarse en cualquier circunstancia y no depende de un objeto externo, que su adquisición en los adultos es más fácil que la lengua de signos.

En cuanto a las limitaciones del sistema bimodal, cabe señalar que requiere cierto grado de habilidad motriz, aunque los signos pueden simplificarse si existen fallas en este sentido. Otro de los requerimientos es el aprendizaje por parte del entorno (familia y educadores). Suele tener una connotación negativa, ya que muchas familias creen que el uso de signos es perjudicial para sus hijos y añoran la normalidad del uso exclusivo de la lengua oral (Prieto Abia, 2017). Resulta fundamental que el niño y la niña cuente con una comunicación permeable para que pueda recibir realimentación del entorno; de lo contrario, las consecuencias emocionales y sociales pueden ser peores. Por regla general, un niño de 2 años que no comprende la lengua oral y uno de 3 años que no tiene habla funcional, deben ser introducidos a este sistema.

Es importante señalar que se debe animar al niño a que acompañe los signos con vocalizaciones, aunque sean ininteligibles. Cuando el niño y la niña se expresa con signos, el adulto debe verbalizar lo que está signando. Además, los contenidos deben negociarse con el niño y la niña, ya que es preciso ajustar los contenidos a la situación vital de cada persona. También es fundamental tener en consideración la enseñanza incidental, es decir, la enseñanza no programada. En casos de TEA o discapacidad intelectual severa, no alcanzan las demostraciones o la utilización de gestos en contextos naturales, porque lo que está ausente es el propio interés por comunicarse. En este caso, es necesaria la aplicación de estrategias más dirigida. Los procedimientos de enseñanza para la introducción de signos se inspiran en los métodos clásicos de

modificación de conductas: modelado, encadenamiento hacia atrás, retraso temporal, con y luego sin inducción, entrega de refuerzo directo e indirecto (Tamarit, 1993).

Es preciso incorporar cada nuevo signo a una situación operativa, aunque sea necesario controlar mucho las contingencias. Asimismo, es preciso seleccionar muy bien los estímulos y que el refuerzo esté dado por el objeto mismo y no por un refuerzo externo. Por ejemplo: si el niño y la niña dice la palabra “moto” no se le premia con un caramelo sino con la moto misma. Es fundamental que el niño y la niña comprenda que el hablar o signar se hace siempre para algo, para modificar de alguna manera la realidad exterior. En este sentido, Valdez (2012) sostiene que el éxito de un medio alternativo de comunicación depende de tres factores fundamentales: el interés del usuario por aprender, la funcionalidad de los contenidos, y los cambios efectivos que provoca el código sobre el entorno inmediato.

El uso de los SAAC tiene un efecto facilitador. Por un lado, existe un resultado indirecto, ya que al aprender los signos mejora la interacción con el entorno, que puede reconocer los gustos y necesidades del niño y la niña; y ese mismo entorno le brinda un *feedback* oral, pues suele reproducir verbalmente lo que los niños y niñas signan. Por otro lado, hay un resultado directo: el niño y la niña que decide transmitir un mensaje en signos pasa por las mismas etapas del lenguaje que quien se expresa con palabras, salvo en la etapa fonológica y en la articulatoria, que son reemplazadas por los gestos manuales. Para concluir con este desarrollo, cabe destacar que, para el uso de SAAC, tanto terapeutas, padres como pacientes, participan diariamente en el mismo contexto educativo, afectivo y social, y por ello comparten emociones y experiencias de la realidad cotidiana, que serán fundamentales en el desarrollo integral de cada niño.

El acompañamiento psicopedagógico

Como profesionales intervinientes en niños con TEA, resulta fundamental tener en cuenta el papel relevante que tienen las familias en la educación y aprendizajes de sus hijos. Son ellos los transmisores de las primeras experiencias emocionales y educativas, y su adecuado funcionamiento garantizará la seguridad y estabilidad necesaria para el desarrollo desde las primeras etapas evolutivas. En general, son los padres quienes más tiempo comparten con los niños. Por ello, es esencial que familia y

profesionales coordinen y compartan las actuaciones y objetivos planteados (Márquez et al, 2004).

Siguiendo la misma línea, la participación de los padres u otros miembros de la familia ha mostrado resultados positivos en los tratamientos de niños con TEA, al reducir los problemas de conducta, mejorar la comunicación verbal y no verbal, el juego y las habilidades de imitación (Valdez, 2016). Además, como se mencionó con anterioridad, el acompañamiento familiar en las intervenciones terapéuticas permite diseñar programas teniendo en cuenta la cotidianidad de la persona, lo cual permitirá una mejora en la calidad de vida. Ergo, favorece el desarrollo en todas las áreas, promueve la generalización de sus aprendizajes a otros contextos y facilita que estos aprendizajes sean más estables y duraderos en el tiempo (Peralta y Arellano, 2010).

Ciertamente, para que la intervención con SAAC resulte eficaz es necesario que el sistema de apoyo que se utilice sea funcional al usuario y su entorno; que se promueva una comunicación espontánea, esto es, que la persona que lo utiliza pueda iniciar actos comunicativos; y que resulte generalizable, es decir que las emisiones comunicativas enseñadas puedan llevarse a cabo en diversos contextos y con diversas personas (Valdez y Ruggeri, 2012).

Ahora bien, existen dos maneras de abordar a la familia de personas con autismo: considerarla un agente necesario para el éxito de la intervención en el niño o como destinataria de programas de intervención. Haciendo referencia al primer abordaje, considerarla como agente necesario para la mejora en la calidad de vida de la persona, lleva a pensar en una intervención no solo sobre las particularidades del niño con TEA sino sobre la totalidad de su sistema familiar. Tal como se viene exponiendo, es difícil abordar terapéuticamente a una persona de manera aislada, porque la vida de este está inmersa en un contexto y acompañado de un sistema familiar, que influyen cotidianamente sobre él. En cuanto al segundo tipo de abordaje, pensarla como destinataria de las intervenciones, resulta fundamental considerar que la complejidad de este trastorno (en el que se ven afectados aspectos tan relevantes como la sociabilización, la comunicación e imaginación) hace que la familia sea indispensable para generar avances en el tratamiento del niño (Grañana, 2014).

Ambas perspectivas tienen una gran significancia, sus fundamentos se basan en enfatizar la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es imprescindible para las necesidades del niño (Rodríguez, 2020). Sea cual fuere el abordaje que el profesional utiliza, para dar sentido a las intervenciones con la familia es fundamental que las orientaciones, herramientas y estrategias que se brinden tengan como objetivo el aprendizaje continuo dentro de la variedad de situaciones que se dan en la cotidianidad de la persona con TEA. Es así que, desde una perspectiva profesional, conviene situar los objetivos del trabajo en el ámbito familiar de las personas con TEA dado que se trata de un ámbito mucho más amplio y eficaz contraria a una visión estrictamente individual, psicopatológica y de intervención terapéutica (Alcatud, 2013).

A partir de las argumentaciones precedentes está claro que para una intervención eficaz resulta esencial generar objetivos de trabajo en un plano de colaboración familias-profesionales, en lugar de establecer jerarquías profesional-familia en la que esta última es solamente receptora pasiva de las orientaciones e intervenciones (Cuesta et al, 2013). La participación activa de la familia en todas las fases del proceso de atención de la persona con TEA es sumamente importante, lo que no debe obviar las necesidades de apoyo de la propia familia (Valdez y Ruggeri, 2012).

2. Antecedentes

A lo largo de las últimas décadas, las investigaciones sobre los TEA y sus necesidades especiales permitió el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicoeducativa. Por otro lado, se encontraron varios estudios sobre la aplicación de SAAC para estimular el desarrollo del lenguaje en niños y niñas con TEA, y sus repercusiones en las conductas disruptivas que manifiestan los niños y niñas en los diversos ámbitos de su vida cotidiana. A continuación se mencionan algunas de esas investigaciones, consideradas como antecedentes para la presente:

Larrañaga y Bodoque (2002) realizaron un trabajo dedicado a la necesidad de formación en SAAC para propiciar el aprendizaje socioafectivo y la comunicación. El estudio pretendió evaluar el nivel de conocimiento sobre algunos SAAC de los docentes de tres establecimientos educativos de Enseñanza Primaria de Cuenca, España. Para el relevamiento de datos se distribuyó un cuestionario confeccionado específicamente para la investigación.

A partir de los resultados, se pudo apreciar un desconocimiento general sobre los SAAC por parte de los docentes, siendo que el Sistema Braille dicen desconocerlo un 46,4% y el Gestual un 50%, distribuyéndose el resto del porcentaje entre distintos grados de conocimiento, pero no alcanzando ninguno el nivel de "mucho", ni "bastante". Sólo un 25% de los encuestados afirmó haber realizado cursos específicos sobre ellos. Con respecto a los sistemas gráficos como el Bliss, SPC y Makaton, el desconocimiento es generalizado: el 96,4% "nada" para Bliss y SPC; y el 100% "nada" en el sistema Makaton. Los sujetos que tienen conocimiento de estos sistemas lo atribuyen a la realización de cursos específicos. Los autores señalan algunas diferencias respecto a los docentes menores de 30 años, que han recibido información sobre estas herramientas de comunicación a partir de su formación académica de base.

Al año siguiente, Arteta y Preciado (2003) llevaron a cabo un estudio de caso de un alumno de 19 años diagnosticado con Trastorno Generalizado del Desarrollo. El estudiante se encontraba escolarizado en el Programa de Tránsito a la Vida Adulta en el Centro de Educación Especial Isterria, en Navarra, España. El objetivo de la investigación fue proveer al alumno de un medio de comunicación alternativo a largo plazo, cuando el desarrollo del lenguaje oral se evidenciaba totalmente imposible. A

este objetivo las investigadoras añadieron: brindar al estudiante estrategias y recursos para que pueda desenvolverse por sí mismo en el medio y con las personas con las que convive, mejorar las relaciones personales y aumentar el grado de aceptación, y disminuir las conductas desadaptadas en la medida que aumenta y diversifica el tipo de respuestas reguladas y aceptadas por el entorno. Luego de seleccionar el SAAC más apropiado a las características y necesidades del alumno, que resultó ser el PECS, comenzó el proceso de aplicación. La utilización de este SAAC se realizaba en el aula con la profesora, y con la logopeda en las sesiones individuales que mantenían con él dentro del aula, y luego se fue extendiendo a otros contextos: la actividad de paseo por los alrededores del colegio, recreos, excursiones. Los materiales y recursos consistieron en fotos de objetos reales, plastificados y colocados en un tablero con cinta de velcro a su alcance para que pudiera tomarlos cuando así lo quisiera.

Como resultado principal se observó el inicio de una forma válida de comunicación sistematizada en el estudiante, quien pudo ser capaz de identificar sus demandas y hacerlas tangibles a través de las tarjetas. Por otro lado, disminuyeron de forma significativa las conductas disruptivas (tirar las sillas, echar los juegos y materiales por la ventana, intentos de fuga, entre otras). El sujeto pudo ampliar la conducta de petición, ya que de alimentos pasó a la elección de actividades preferidas (recortar, armar rompecabezas) y de algunas necesidades básicas (beber agua, ir al baño) siguiendo el mismo mecanismo de intercambio de tarjetas. También aumentó de forma progresiva la permanencia del alumno sentado en la silla trabajando y dentro del aula, y su familia mostró interés por el sistema de las tarjetas, viendo que era posible esperar algunas conductas reguladas en su hijo.

Por su parte, Alcedo Gallego (2009) detalló el trabajo realizado con un SAAC denominado Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC) en la atención de alumnos con autismo en Granada, España. La enseñanza del SPC tiene como objetivos: entender la simbología de los pictogramas, realizar una secuencia con ayuda de pictogramas, realizar actividades con desplazamiento, comprender el mundo que los rodea y disfrutar de distintas opciones de ocio. Los resultados de esta intervención muestran que el SPC constituye un importante apoyo para el desarrollo del lenguaje oral en niños y niñas con autismo y para potenciar su comunicación. El autor destaca la importancia de introducir tempranamente un SAAC en la educación de niños y niñas con TEA para facilitarles la interacción y la participación en el mundo que los rodea.

Con el objetivo de destacar la importancia del lenguaje y la comunicación en el desarrollo del ser humano, principalmente en personas con necesidades educativas especiales, Chacón Gaitán (2013) llevó adelante una sistematización de experiencias del trabajo desarrollado con un niño de 4 años de edad diagnosticado con autismo en Bogotá, Colombia. La metodología utilizada fue cualitativa, de intervención pedagógica, basada en el enfoque ecológico, es decir, considerando al individuo y a su ambiente (familia y comunidad). En el trabajo se implementaron SAAC y apoyos tecnológicos con el objetivo de favorecer las habilidades comunicativas y el proceso de aprendizaje del niño y la niña. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: la evaluación ecológica, entrevista a padres, evaluación de comunicación, evaluación de función para utilizar una ayuda técnica, evaluación del sistema de comunicación elegido.

A través de las experiencias recogidas, se evidencia la importancia de la participación de los diferentes actores que participan en la vida de los niños y niñas con TEA, como son la familia, la escuela, y los terapeutas de apoyo, quienes al estar comprometidos con la utilización del sistema de comunicación elegido ayudan a conseguir logros significativos a nivel de comunicación. Luego de la intervención se evidenciaron logros en el niño y la niña a nivel de auto reconocimiento, esquema corporal y participación en algunas de las actividades básicas cotidianas mediante la utilización del SAAC, y la creación de algunas rutinas con pictogramas, tableros de comunicación y computadora.

Fortea-Sevilla, Escandell-Bermúdez, Castro-Sánchez y Martos-Pérez (2015) se propusieron demostrar la efectividad de los SAAC para el desarrollo del lenguaje oral en niños y niñas pequeños con TEA en Madrid, España. La muestra estuvo compuesta por 25 niños y niñas y 5 niñas, diagnosticados con TEA entre los 18 y 30 meses de edad. Al momento de realizar el estudio, ninguno de ellos evidenciaba desarrollo del lenguaje oral. La intervención se diseñó basada en el uso de comunicación total por parte del terapeuta, y el entrenamiento de los niños y niñas en el SAAC por intercambio de imágenes. Los resultados se evaluaron luego de un año de aplicar el sistema, a través de la prueba de lenguaje oral de Navarra-R[evisada], ya que se había desarrollado el lenguaje oral. Se observó que todos los niños y niñas estudiados habían desarrollado el

lenguaje oral en alguna medida. Los autores concluyeron que la atención temprana y el uso de SAAC con apoyos visuales favorecen el desarrollo del lenguaje oral en niños y niñas con TEA en los primeros años de vida.

Otro ejemplo de intervención fue el de Mira Pastor y Grau (2017), quienes llevaron adelante un estudio en base al Programa de Habla Signada o de Comunicación Total de Schaeffer, con una metodología cualitativa de estudio de caso. El sujeto seleccionado para la investigación fue una niña de 8 años diagnosticada con TEA, y el objetivo que se plantearon las investigadoras fue brindarle a la alumna un SAAC que le permitiera, mediante la utilización de signos, expresar sus necesidades y reducir sus conductas desafiantes. Las autoras estimaron que esas conductas tenían una intención comunicativa que no podía ser expresada de manera adecuada, por ello su hipótesis de trabajo fue que la introducción de los SAAC ayudaría a cubrir el déficit comunicativo que presentan las personas con TEA y, como consecuencia, reducirían las conductas desafiantes.

El programa se llevó a cabo en un Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) de gestión pública de la Comunidad Valenciana, España. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Desarrollo Brunet-Lezine y la Escala de Evaluación del Autismo GARS-2, evidenciando que el área de comunicación y lenguaje era la más afectada. También se realizaron entrevistas a las profesionales (maestra de pedagogía terapéutica y de audición y lenguaje, y educadora), y observaciones durante el horario escolar, registrando conductas como: autolesión, agresión, perturbación (gritar y destruir) e incumplimiento (levantarse), la frecuencia de esas conductas y su intención (obtener, evitar o llamar la atención), como también los elementos del contexto que las propiciaban (comunicación, frustración, aburrimiento y daño físico). Los resultados muestran una disminución de las conductas desafiantes de casi el 50% en todos los tipos de conducta, a excepción de agredir, y la niña logró incorporar ocho signos a su lenguaje para utilizarlos de manera funcional en distintos contextos.

Muñoz Fernández (2017) llevó adelante un estudio sobre la implementación de los SAAC en experiencias de personas con autismo en Valladolid, España. La metodología se basó en la revisión de fuentes bibliográficas, la entrevista, y la narrativa de las experiencias propias de la autora. Los objetivos planteados se refirieron a: dar a conocer los SAAC y disipar algunas ideas erróneas sobre los prejuicios que producen en

el desarrollo de la oralidad, y destacar algunos aspectos ventajosos del PECS en la población con autismo. La muestra estuvo compuesta por tres pacientes que asistían al Centro de Día de la Asociación de Autismo de Valladolid. En base a la observación e intervención supervisada por una logopeda, los resultados mostraron que el PECS, además de mejorar la comunicación de los usuarios y de desarrollar el lenguaje oral en muchos de los casos, también favorece la reducción/eliminación de las conductas disruptivas de tal modo, que las habilidades sociales así como las relaciones personales de los sujetos también se ven beneficiadas.

Por último, León Cruz (2020) desarrolló una propuesta de intervención a partir del estudio de caso de un alumno de 6 años diagnosticado con TEA, que se encontraba inscrito en una institución educativa de Almería, España. El trabajo se propuso modificar la rigidez y las conductas disruptivas que presentaba el niño y la niña (pegar, pellizcar, a la vez que pronunciaba “trompeta” y “coche”). La metodología utilizada fue de diseño experimental de caso único ABA, el cual está formado por tres elementos; una línea base (A), una intervención (B) y la posterior retirada de dicha intervención o fase de post-intervención (A), lo que permite comprobar la eficacia real de la intervención. Para ello, las técnicas utilizadas para modificación de la conducta se basaron en reforzamiento positivo, omisión, historias sociales, entre otras, todas ellas implementadas a través de dibujos y pictogramas.

El programa de intervención fue modelo “Tratamiento y Educación de Niños y niñas con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación” (TEACCH por sus siglas en inglés). Lo característico de este modelo es su nivel de estructuración basado en los siguientes componentes: usar estrategias visuales para guiar al niño (pictogramas e imágenes), aprovechar sus puntos fuertes y habilidades, estructurar las actividades y el entorno y trabajar en casa con los padres empleando el mismo material. Este modelo se aplicó durante un trimestre escolar, y se propuso aumentar la tolerancia a los cambios en el niño y la niña y reducir las conductas disruptivas asociadas a la frustración y ansiedad, todo ello provocado por un alto nivel de rigidez mental. La autora sostiene que en los niños y niñas con TEA la ansiedad sirve como estrategia de afrontamiento para autorregularse, teniendo un papel fundamental en el mantenimiento del control del miedo y de la angustia. Como consecuencia de la situación de pandemia mundial por covid-19, los resultados sólo incluyeron el registro de la línea base (frecuencia de las conductas disruptivas antes de la intervención).

Con respecto a los resultados de la observación abierta y directa, la autora pudo concluir que las conductas disruptivas que se daban con mayor frecuencia, tanto cuando se producía un cambio en la rutina del niño y la niña como durante el periodo de trabajo, eran pegar manotazos, pellizcar y decir las palabras “trompeta” y “coche”. Los resultados derivados de la línea base muestran un aumento de la frecuencia de los comportamientos disruptivos (decir “trompeta” y pegar manotazo) durante el segundo día del registro, y este aumento fue debido a un contratiempo que se suscitó en la jornada escolar de ese día, ya que se intercambió la hora de trabajo guiado por la clase de educación física sin avisar previamente a los niños y niñas.

3. Planteo del problema

El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, de inicio en la infancia, niñez y adolescencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En esta última década ha sido investigado desde diferentes perspectivas, por ejemplo la psiquiatría, la neuropsicología genética, la psicología cognitiva, la neurobiología, entre otras, formulándose definiciones sobre la etiología y la práctica clínica que han ido variando o se han complementado desde las primeras conceptualizaciones del término alrededor de 1940.

Dentro de un cuadro de TEA se observan diferentes intensidades en forma de un “espectro continuo”. En términos generales, la sintomatología básica de un TEA se refleja en: un desarrollo anormal o disfuncional de aparición previa a los 3 años de edad, importantes alteraciones cualitativas de la interacción social y la comunicación, y la presencia de patrones de conducta, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas (Martos y Ayuda, 2002).

En este marco, las dificultades de comunicación están también relacionadas con las conductas disruptivas. Aquellas personas que no cuentan con modalidades adecuadas para transmitir lo que les pasa o lo que desean, buscan formas de expresarlo por otras vías. Tal como sucede con los bebés, que utilizan el llanto para manifestarse y demandar atención frente a la sensación de hambre o dolor, y a medida que van creciendo desarrollan otras capacidades comunicativas, pudiendo utilizar el lenguaje oral para pedir lo que necesitan.

En el caso de los niños y niñas y niñas con TEA, las dificultades que experimentan para comprender un hecho y para expresar lo que quieren, puede generarles ansiedad y frustración, lo que provoca conductas disruptivas. Estas situaciones de conductas disfuncionales se observan como un factor recurrente, y la imposibilidad de manejar el entorno provoca malestar en el niño y la niña (Soto Calderón, 2007). De hecho, muchos padres relatan momentos específicos de conductas disruptivas en los niños y niñas, sin importar el medio en el que se encuentren, y algunas familias renuncian a actividades sociales para evitar situaciones que se “salgan de control”.

La comunicación e interacción social, conductas estereotipadas, patrones repetitivos de comportamiento, intereses y participación en actividades, son funciones afectadas en los niños y niñas con diagnóstico de TEA, por lo cual se hace necesario favorecer el desarrollo de las habilidades comunicativas para contribuir con la disminución de conductas consideradas disruptivas. Los berrinches y el comportamiento autolesivo son ejemplos de conductas disruptivas, observadas en personas con autismo. Tales comportamientos se manifiestan en diferentes formas, tales como gritar, morder, tirarse el pelo, pegar y tirar objetos (Solcoff, 2012). La propuesta de investigación aquí presente, pretende destacar la importancia de los aprendizajes de formas de comunicación aumentativa y alternativa, para favorecer la disminución de conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA.

En este marco, se define la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia del aprendizaje de formas básicas de comunicación en la disminución de las conductas disruptivas en niños y niñas con TEA en un consultorio de la Ciudad de Buenos Aires?

4. Objetivos

Objetivo general

Analizar si el aprendizaje de formas de comunicación básicas favorece la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA.

5. Método

Diseño

El presente proyecto de investigación se enmarca en una metodología cualitativa, debido a su flexibilidad y características, es el diseño que mejor se adapta a los objetivos planteados y a los participantes del estudio. Esta flexibilidad del diseño permite lograr el principal objetivo de toda investigación cualitativa: la comprensión de los aportes y las perspectivas propias de cada unidad de análisis que conforma la muestra (Flores et al., 1999).

De acuerdo a lo que plantean Hernández et al. (2006), esta investigación se define como no experimental, ya que los hechos se analizan luego de ocurridos. No se realiza ninguna manipulación de las variables de estudio, sino que se observan tal y como suceden, y luego se extraen conclusiones a partir del análisis y vinculación de las mismas. Además, el trabajo se desarrolla como un estudio descriptivo y explicativo, ya que describe las variables a partir del rastreo bibliográfico, y explica sus relaciones a través del análisis de la información y la elaboración de conclusiones.

Por último, se señala también que la presente investigación se sostiene desde un enfoque de Teoría Fundamentada, es decir, que se apoya en datos cualitativos obtenidos de forma sistemática, y sometidos a un proceso de análisis riguroso, caracterizado por la minuciosidad, creatividad y flexibilidad, en el cual el investigador está abierto a un abanico de oportunidades de producción intelectual (Carrera, 2014).

Participantes

La investigación se realizó en el lugar de trabajo de la autora, un Centro Terapéutico ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), específicamente en el barrio de Palermo, en donde asiste un amplio porcentaje de personas con diagnóstico de TEA. En este contexto se posibilitó la observación de los pacientes en el trabajo diario con sus terapeutas. El Centro cuenta con más de 100 pacientes en tratamiento, teniendo cada uno la terapia que resulte necesaria: psicología,

psicopedagogía, terapia ocupacional, kinesiología, psicomotricidad, musicoterapia, fonoaudiología y apoyos escolares. También se trabaja con los profesionales, padres y coordinadores del equipo, ya que algunas observaciones se realizan durante las terapias de los niños y niñas como en la sala de espera del lugar. El Centro funciona de lunes a sábado de 8 a 20 hs. y se sustenta del pago de las Obras Sociales y Prepagas. El nivel socioeconómico de quienes asisten es de clase media.

Para el trabajo se consideró una muestra de ocho profesionales que se desempeñan en el Centro, a saber: tres psicopedagogas, dos fonoaudiólogas, dos psicólogos y una psicomotricista. También participaron las familias de cinco niños y niñas de entre 5 y 11 años con diagnóstico de TEA (representadas por las madres de los pacientes), que llevaban un mínimo de tres años en tratamiento psicopedagógico, psicológico, fonoaudiológico y de psicomotricidad.

Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue el cuestionario, a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a todos los participantes, tanto a los profesionales como a las madres de los pacientes. De esta forma, partiendo de una guía de preguntas, se pudieron realizar ajustes e intervenciones puntuales según lo requiriera cada situación.

Los tres ejes de trabajo que guiaron el análisis de las entrevistas fueron los siguientes:

1. Alteraciones en la comunicación y conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA
2. Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)
3. Efectos de los SAAC en las conductas disruptivas de los niños y niñas con TEA

Procedimiento

Para llevar adelante las entrevistas, y dado el aislamiento social obligatorio vigente desde marzo de 2020 a causa del Covid-19, se procedió a establecer contacto

con las profesionales y las madres de los menores a partir de llamados telefónicos. Esto fue posible gracias al conocimiento personal de los profesionales del Centro, y el acceso a los datos de los pacientes se vio facilitado porque la investigadora se desempeña en el mismo.

Luego de establecer el contacto telefónico con cada participante sobre los fines de la investigación y la confidencialidad de sus aportes a la misma, aquellos que aceptaron participar, recibieron por medios virtuales el formulario de consentimiento informado, devolviéndolo firmado por la misma vía.

Las entrevistas se realizaron por videollamada en días y horarios convenidos entre las partes. Se utilizaron las plataformas Google Meet y Zoom para llevar a cabo tales encuentros. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Todos los participantes se mostraron dispuestos a brindar información sobre el tema, aceptando los términos planteados para la investigación.

Con posterioridad, las entrevistas fueron desgrabadas y transcritas, a fin de extraer de las mismas los aportes más significativos a los fines de la investigación. Cada una de esas respuestas seleccionadas fue analizada según una simplificación de la técnica de análisis del discurso procurando encontrar la convergencia-divergencia, a la luz del marco teórico y los antecedentes detallados con anterioridad.

6. Resultados

Como se había previsto y ya se mencionó, fueron entrevistados los profesionales que trabajan en el Centro Terapéutico seleccionado para la investigación, como así también las familias de cinco niños y niñas con diagnóstico de TEA que asisten al mismo. Los profesionales que trabajan con dichos niños y niñas son: tres psicopedagogas, dos fonoaudiólogas, dos psicólogos, y una psicomotricista. Para confeccionar las preguntas orientadoras para la entrevista en profundidad, se tuvo en cuenta el objetivo general de la investigación: comprobar si el aprendizaje de formas de comunicación básicas favorece la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA.

En relación al primer eje de análisis, destinado a analizar las alteraciones en la comunicación y conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA, se comenzó por indagar sobre la prevalencia de este diagnóstico, y los cambios en la incidencia a lo largo del tiempo. En este sentido, los profesionales entrevistados coincidieron en señalar que en las últimas décadas ha crecido la cantidad de diagnósticos de TEA, no necesariamente porque tenga mayor incidencia sobre la población, sino porque se les presta más atención a los síntomas que presentan los niños y niñas en sus primeros años de vida, tanto en las familias como en las instituciones educativas. En referencia al Centro Terapéutico en particular, la prevalencia de pacientes con este diagnóstico es de un tercio aproximadamente, de acuerdo a lo manifestado por los profesionales, como por ejemplo, una de las Psicólogas, que manifestaba lo siguiente:

“En este Centro en particular, alrededor del 30% de los pacientes presentan trastornos vinculados con cuadros autistas, y la gran mayoría son niños y niñas. Como se trata de una situación con muchas variables, también reciben tratamientos diversos. Trabajamos en equipo para poder brindarle una atención singular, porque depende de sus necesidades particulares, pero también global, porque consideramos todos los aspectos que puedan estar afectados.”

(Psicóloga A)

Por su parte, en este mismo sentido, una de las Psicopedagogas comentó:

“Con los años vamos observando que cada vez hay más pacientes diagnosticados con espectro autista. Recordemos que es un cuadro que se

detecta en los primeros años de vida. Creo que tanto las familias como las escuelas, en las últimas décadas están más atentos a las necesidades que presentan los chicos, y más dispuestos a buscar todos los apoyos necesarios. En otras épocas convivíamos con mucha negación. Además hay que considerar que hubo cambios en los criterios diagnósticos, y hoy por hoy lo que se definía como Asperger o TGD, se considera dentro de los trastornos autistas. La clasificación se simplificó, en cierto sentido, pero también permitió que se particularicen las necesidades de cada individuo de acuerdo a sus síntomas.” (Psicopedagoga C)

Teniendo en cuenta estos aportes, y en relación a las alteraciones en la conducta que se observan con mayor frecuencia en los niños y niñas con TEA, tanto los profesionales como las familias entrevistadas señalaron que las conductas disruptivas son algunas de las manifestaciones más características, además del ensimismamiento y la falta de interacción con el entorno. Sus afirmaciones se resumen en aportes como el siguiente:

“Suelen ser niños y niñas ensimismados, aislados de su grupo social. Sufren mucho cuando algo de su rutina se altera, entonces tienen reacciones abruptas, hacen descargas motrices que llaman la atención de todo el entorno. Hay chicos que gritan, tiran objetos, comienzan a autoagredirse. Son los modos que conocen para manifestar su ansiedad, su disgusto o su frustración”.(Psicomotricista)

En este punto, también los familiares entrevistados comentaron su parecer, reflejándose en testimonios como el siguiente:

“Lo que nos empezó a llamar la atención de “T” es que desde muy chiquito se interesaba por cosas que otros nenes no. No por los objetos en sí, sino por la atención intensa que ponía en eso, parecía que no pasaba nada a su alrededor, como que podía concentrarse mucho en algo y no distraerse. Ya de más grande, con un diagnóstico y un tratamiento en proceso, todavía sigue teniendo conductas como esa. Se “mete” mucho en lo que hace, y pierde registro de lo que pasa alrededor”. (Madre de T.)

Otra de las madres aportaba:

“Las dificultades en la conducta son más que nada los berrinches. Cuando algo no le gusta se empaca, patalea, grita, hasta puede pegarle al que esté al lado. Tiene esas reacciones que son muy de nena chiquita, pero ya tiene 9. Y eso mismo, que siempre hace en casa, lo lleva a la escuela. Entonces es un problema para relacionarse con sus compañeros, para jugar, para poder estar en el aula tranquila trabajando”. (Madre de A.)

Continuando con el primer eje de análisis, se les consultó a los entrevistados sobre las dificultades en la comunicación que observan en los niños y niñas, siendo éste uno de los aspectos más afectados en los TEA. La totalidad de los participantes coincidió con esta afirmación, agregando que las alteraciones comunicativas generan en los niños y niñas frustración y problemas de interacción social. A continuación se transcriben las respuestas de dos de las Psicopedagogas entrevistadas:

“El mayor problema es el desarrollo de la oralidad. En muchos casos hay comorbilidad con discapacidad intelectual, lo que afecta la adquisición del lenguaje. También puede presentarse un déficit neurológico en las áreas cerebrales encargadas de la comprensión y decodificación lingüística. Incluso hay niños y niñas con autismo que pueden comprender el discurso del otro, pero no logran expresarse por la misma vía, puede haber afasias asociadas. Depende de cada caso. En definitiva, el lenguaje y la comunicación es una de las áreas más afectadas en los TEA”. (Psicopedagoga B)

“Para un niño con autismo es difícil el comienzo de la escolaridad. Desde que nace comparte su vida con su familia, y ellos se van adaptando a sus demandas, a su forma de comunicarse, lo entienden. Cuando empieza el jardín, y comienza su proceso de socialización secundaria, se da cuenta de que los otros niños y niñas se comunican diferente, que ya no es una diferencia generacional entre él y sus padres, sino que hay otras personas de la misma edad que ellos que parecen tener otras herramientas para interactuar con el mundo”. (Psicopedagoga A)

También se obtuvo el siguiente aporte de una de las fonoaudiólogas:

“La comunicación se ve afectada casi en un cien por ciento de los casos. La mayor dificultad está en la interacción con los demás. Un niño con TEA no

logra darse a entender, y a veces tampoco entiende el lenguaje oral de los demás. Esto le provoca dificultades para relacionarse, para expresar lo que necesita, para tener un simple intercambio comunicativo como saludar”.

(Fonoaudióloga A)

En relación a este mismo eje, las respuestas que aportaron las familias de los pacientes (representadas por las madres) se ven reflejadas en la siguiente expresión:

““J” no habla. Eso fue lo que nos encendió la luz de alerta en su momento. Tenía 3 años y todavía no lograba silabear. Muchos amigos y profesionales inclusive, nos dijeron que había que darle tiempo, que tarde o temprano iba a hablar, porque no tenía ningún problema estructural en la boca, en la garganta, en los oídos, etc. Con el tiempo aprendimos como familia que lo funcional es tan, o más, importante que lo estructural, porque lo estructural se puede solucionar con alguna operación o con algún dispositivo que lo compense, pero los problemas funcionales requieren de un aprendizaje, que puede llevar toda la vida”. (Madre de J.)

Para dar respuesta al segundo eje de análisis planteado, se buscó indagar sobre los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación. En este punto, los participantes afirmaron conocer algunos de los sistemas, como el PECS, el lenguaje de señas, el sistema Braille, entre otros. En el caso de los niños y niñas con TEA, las modalidades más usadas son aquellas que recurren a las imágenes (dibujos, fotos, símbolos, pictogramas) para ayudar a que el niño y la niña manifieste su intención comunicativa, y poco a poco se vayan incorporando las verbalizaciones. Dos de los profesionales comentaban:

“Los sistemas alternativos son muchos, y es importante saber que no reemplazan al lenguaje oral, sino que lo complementan y ayudan a que se desarrolle. Dependiendo de la dificultad predominante, se puede usar Braille, lenguaje de señas, apoyos pictográficos como el SPC o el PECS”.

(Psicopedagoga B)

Una de las fonoaudiólogas también señaló:

“Los SAAC pueden presentarse con ayuda de tecnología, o sin ayuda, como los gestos, el lenguaje de señas, etc. Lo importante en cada caso es evaluar las

fortalezas y debilidades de cada persona, para decidir cuál es la herramienta que mejor puede ayudar a desarrollar su potencial comunicativo”.

(Fonoaudióloga B)

En relación a este mismo punto, las familias manifestaron cuestiones como las siguientes:

“Tanto en el Centro como con otros profesionales que ha trabajado A, los métodos de comunicación siempre fueron a través de imágenes. En algún lugar de su cabecita, ella entiende mejor un dibujo o una foto, que algo que le digas oralmente. Por suerte en la escuela donde está integrada también usan ese método, así ella se acostumbra a la misma forma de comunicarse en todos los lugares a los que va”. (Madre de A.)

A partir del estudio de los dos primeros ejes de análisis, se estableció un tercer eje, que se basó en describir los efectos de los SAAC en las conductas disruptivas de los niños y niñas con TEA. En este sentido, los profesionales y padres en las entrevistas señalaron de manera coincidente que el aprendizaje de nuevas formas de comunicación a través de los SAAC, contribuyeron a disminuir las conductas denominadas como disruptivas, como los berrinches, las autoagresiones, y algunas conductas repetitivas y estereotipadas que realizaban los niños y niñas. Los profesionales entrevistados sostienen que esa disminución se debe a que los niños y niñas encuentran en los SAAC otras formas de comunicar lo que les pasa, lo que necesitan, lo que no les gusta. De esta manera, logran expresar su frustración, su ansiedad, o simplemente su deseo, sin necesidad de recurrir a gritos, golpes, u otro tipo de conductas disruptivas. Además, el uso de los SAAC permite una mejor comunicación con su entorno, lo que favorece la construcción de vínculos con los demás. Estas fueron algunas de sus declaraciones:

“A partir de que “S” aprendió a usar el tablero de comunicación, está mucho más tranquilo. Logró una seguridad para expresarse que antes no tenía, vivía con la incertidumbre de si iba a lograr que los demás entendieran lo que quería decir, y se enojaba cuando eso no sucedía. Solía ponerse a gritar y golpearse la cabeza. Para nosotros era desesperante ver esas reacciones en él. Con el tiempo, el acompañamiento de los profesionales, y una muy buena predisposición en la escuela, aprendió a usar el tablero, todos aprendimos a

usarlo, y ahora creo que realmente siente que se puede comunicar con el resto del mundo. Por eso cambió mucho su forma de reaccionar”. (Madre de S.)

Desde el punto de vista de uno de los psicólogos, se pudo relevar la siguiente información:

“De acuerdo a mi experiencia, los sistemas alternativos generan muchos cambios en los niños y niñas con TEA. Principalmente le permite comunicarse con su entorno de una manera efectiva y satisfactoria, y eso redundo en muchos beneficios para él. No nos olvidemos que el vínculo con el otro es determinante en la construcción de la propia subjetividad, y al no poder comunicarse fluidamente, esa relación se puede ver sumamente afectada”. (Psicólogo B)

Por su parte, una de las psicopedagogas entrevistadas señalaba que:

“Los cambios en la conducta son muy notorios, y se relacionan claramente con las posibilidades comunicativas. Cuando un niño logra manifestar un deseo, una insatisfacción, una frustración, o cualquier emoción que quiera transmitir, se siente gratificado y eso genera una retroalimentación. Como le sucede a cualquier niño, va reforzando su modalidad de expresión en función de lo que le devuelve el entorno. Si la gente que lo rodea lo entiende, y actúa en consecuencia, él va afianzando esa manera de comunicarse, dejando de recurrir a comportamientos inapropiados o exabruptos”. (Psicopedagoga C)

7. Discusión

La investigación presente se propuso comprobar si el aprendizaje de formas de comunicación básicas favorece la disminución de las conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA. Se discuten a continuación los tres ejes de análisis propuestos.

El primer eje de análisis indagó sobre las alteraciones en la comunicación y conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA. En primer lugar, tanto los profesionales como las familias de los pacientes que asisten al Centro Terapéutico, señalaron que las conductas disruptivas son algunas de las manifestaciones más características, coincidiendo con Lovaas (2003), quien afirma que los berrinches y el comportamiento auto-lesivo son conductas extremas observadas frecuentemente en personas con autismo. Los entrevistados nombraron todos los comportamientos que menciona el autor: gritar, morder, tirarse del pelo, pegar, tirar objetos, hacer berrinches, autoagredirse.

También se señaló como una conducta frecuente en los niños y niñas el ensimismamiento y la falta de interacción con el entorno. Este último punto se relaciona con las dificultades en la comunicación, lo cual genera en los niños y niñas frustración y un aumento de las mencionadas conductas disruptivas. Como señala Soto Calderón (2007), es de gran complejidad para una persona con TEA comunicar sus intenciones, hacerse entender, y una vez conseguido todo ello, asegurarse de que el mensaje original ha sido correctamente comprendido. Los profesionales entrevistados también destacaron la relevancia de las patologías asociadas, como determinantes de la conducta y de las limitaciones comunicativas de los niños y niñas.

El segundo eje de análisis pretendió indagar sobre los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación, y su utilización tanto en el consultorio por parte de los profesionales, como en el entorno familiar del niño y la niña. A partir de los resultados obtenidos, se observó que los profesionales conocen una variedad de SAAC, pero que destacan la importancia de evaluar cuál es el más apropiado en cada caso, de acuerdo a las capacidades y a las limitaciones del niño y la niña. En contraposición, los docentes entrevistados en la investigación de Larrañaga y Bodoque (2002), evidenciaron tener muy poco conocimiento sobre los SAAC. Las familias que participaron de este estudio,

por su parte, no conocen muchos sistemas alternativos, pero sí manejan adecuadamente aquellos que implementan con sus hijos. De acuerdo a lo que plantean Fortea-Sevilla et al. (2015), los SAAC deben implementarse en diversos contextos funcionales, con diferentes actores implicados: familia, docentes, compañeros, terapeutas. Los signos deben enseñarse de manera contextualizada, por eso es necesario involucrar a todas las personas y todas las actividades escolares y familiares. Al igual que en la investigación de Chacón Gaitán (2013), es importante destacar la participación de los diferentes actores en la vida de los niños y niñas con TEA, como son la familia, la escuela, y los terapeutas de apoyo, quienes adoptan el mismo SAAC y facilitan el afianzamiento de una misma herramienta comunicativa para el niño y la niña y la niña.

Cabe resaltar que los SAAC no constituyen lenguajes naturales, sino que requieren de una enseñanza sistemática, por lo cual las familias también se han visto en la necesidad de aprender a utilizar estas herramientas comunicativas. Esta afirmación se sustenta en lo que sostiene Echeguía Cudolá (2016), al afirmar que los SAAC son conjuntos organizados de elementos no vocales para comunicar, que no surgen espontáneamente en el desarrollo, sino que se adquieren a través de un aprendizaje formal y deliberado. Los participantes afirmaron conocer algunos de los sistemas alternativos, especialmente el lenguaje de señas y el sistema Braille. También mencionaron el PECS, SPC, entre otros.

En el caso de los niños y niñas con TEA, las modalidades más usadas tanto en el consultorio como en el hogar, son aquellas que recurren a las imágenes, como la agenda visual y el tablero de comunicación, dependiendo de las limitaciones y capacidades propias del sujeto. Para Grañana (2013), los programas visuales que utilizan pictogramas o gestos, no buscan reemplazar el lenguaje oral, sino potenciar la oportunidad de que el niño y la niña recupere la palabra a través de la memoria visual; también permiten ofrecer modos adecuados de comunicación hasta que logre desarrollar el habla.

El tercer eje de análisis se basó en describir los efectos de los SAAC en las conductas disruptivas de los niños y niñas con TEA. Para Monfort (2009) la prioridad de los SAAC es el desarrollo de una comunicación funcional en los niños y niñas, que le permitirá no solamente interactuar con otros, sino también construir aprendizajes. El

autor sostiene que el desarrollo de las capacidades comunicativas funcionales de los niños y niñas influye directamente en muchas de las conductas disruptivas que suelen presentar, y que el desarrollo del lenguaje y la comunicación está muy ligado al desarrollo de la inteligencia social y emocional.

En este sentido, los profesionales y padres señalaron que el aprendizaje de nuevas formas de comunicación a través de los SAAC, contribuyeron a disminuir las conductas disruptivas en los niños y niñas. Estos resultados coinciden con varias de las investigaciones tomadas como antecedentes de este estudio (Arteta y Preciado, 2003; Alcedo Gallego, 2009; Mira Pastor y Grau, 2017; Muñoz Fernández, 2017). La información que brindaron algunos de los profesionales en las entrevistas permitió comprobar que los niños y niñas con TEA encuentran en los SAAC otras formas de comunicar sus necesidades y emociones, y de esta manera van dejando paulatinamente de recurrir a gritos, golpes, u otro tipo de conductas disruptivas como medio para expresar su frustración, su ansiedad, o simplemente su deseo. Por otro lado, a través de los SAAC se favorece la construcción de vínculos, facilitando la comunicación y el intercambio con los demás.

8. Conclusión

La propuesta de investigación aquí presente, nos ha brindado aportes en relación a la importancia que constituyen los aprendizajes de formas de comunicación e interacción social, para favorecer la disminución de conductas estereotipadas, patrones repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que son funciones afectadas en los niños y niñas con diagnóstico de TEA, consideradas como conductas disruptivas.

A través de las entrevistas con los participantes se logró detallar como dichas conductas que perturbaban la vida social de los niños y niñas, fueron reemplazadas por las formas de comunicación alternativas, ofrecidas, y aprendidas para lograr expresar lo que antes se realizaba a través de una expresión conductual abrupta, la cual afectaba emocionalmente tanto al niño como a su alrededor (familia, amigos, terapeutas, escuela). Como consecuencia de ese aprendizaje se pudo dar cuenta de su influencia directa y positiva en muchas de las conductas inapropiadas que presentaban y que son típicas de los cuadros de autismo, favoreciendo el desarrollo del niño y la niña en el ámbito social y emocional.

Finalizado el proceso recorrido en el presente trabajo, se retoma la pregunta de investigación, concluyendo que la comunicación y la conducta están estrechamente relacionadas en los casos de niños y niñas con TEA, ya que sus dificultades comunicativas son las que muchas veces originan conductas disruptivas. Con la implementación de un sistema aumentativo y alternativo de comunicación, los berrinches, gritos, golpes, autoagresiones, y otros comportamientos de este tipo se ven notablemente disminuidos.

El desarrollo de este trabajo se vio limitado por la situación de pandemia por covid-19, motivo por el cual las entrevistas con los participantes debieron realizarse por medios virtuales. Por otro lado, se recomienda para futuras investigaciones acrecentar el tamaño de la muestra, para obtener resultados más representativos de la población. Sería importante incorporar también el punto de vista de los docentes y demás actores de las instituciones educativas a las que asisten los niños y niñas con TEA, para indagar sobre su conocimiento y manejo de los SAAC, las ventajas y limitaciones de su implementación en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Recordemos que, desde el rol psicopedagógico, para que la implementación de este tipo de sistemas sea exitoso, resulta fundamental el acompañamiento familiar. Esto posibilita la potencialización no sólo del niño, sino también de los recursos que posee cada profesional, pudiendo repensar en la creación de alternativas y criterios de intervención. De esta manera se optimiza el aprendizaje para todos los que componen la red del sujeto. Asimismo, es fundamental un abordaje en todos los contextos de la persona con TEA, posibilitando que el sistema de comunicación utilizado sea implementado en todos los lugares a los que concurre el niño, que sea conocidos por sus familiares y personas cercanas y escuela.

Propuesta superadora

A partir de lo desarrollado en esta investigación, se reafirma la relación existente entre las dificultades de comunicación y la conducta de los niños y niñas con TEA, por lo que se sugiere:

1. Difundir el conocimiento de los SAAC, tanto en las instituciones educativas como a toda la sociedad, para favorecer la comprensión y el uso de los mismos en las situaciones de interacción con personas con dificultades en el lenguaje.
2. Proveer a las escuelas de los recursos tecnológicos, materiales y humanos suficientes para poder responder a las necesidades especiales de comunicación que presentan los niños y niñas con TEA en el transcurso de su escolaridad.
3. Profundizar en el conocimiento de las particularidades del espectro autista y sus diferentes manifestaciones, para facilitar el diagnóstico temprano y preciso del trastorno y poder brindar a las personas todos los apoyos necesarios para el desarrollo de sus potencialidades.

Referencias

- Alcedo Gallego, D. (2009). Uso de SPC en alumnado autista. *Revista Innovación y Experiencias Educativas*, 45(6), 1-8.
<http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/TECNOLOGIA%20EDUCATIVA/SAAC/LENGUAJES%20PICTOGRAFICOS/SPC/uso%20del%20SPC%20en%20alumnado%20autista%20-%20Alcedo.pdf>
- Arteta, R. M. & Preciado, P. (2003). *Comunicación con PECS como regulación de la conducta*.
<http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/TECNOLOGIA%20EDUCATIVA/SAAC/LENGUAJES%20PICTOGRAFICOS/PECS/Comunicacion%20con%20PECS%20como%20regulacion%20de%20la%20conducta%20-%20Arteta%20y%20Preciado%20-%20art.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-III*. Washington D.C.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1987). *Criterios diagnósticos del DSM-III-R*. Washington D.C.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV*. http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV: Actualización de la codificación*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V*.
<https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- Carrera, R. M. H. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas. Revista de Ciencias de la Educación*, (23), 187-210.
<https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815/8588>

- Chacón Gaitán, E. (2013). *Importancia de la intervención pedagógica y la implementación de Sistemas Aumentativos de Comunicación (SAAC) para el desarrollo comunicativo en un niño con autismo de cuatro años* (tesis de grado). Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá, Colombia.<http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/401/TO-17889.pdf>
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, Mulas, G., Tamarit, J., Valdizán, J.R., Hervás-Zúñiga, A., Belichón-Carmona, M., Hernández, J.M., Martos-Pérez, J., Palacios, S., Posada-De la Paz, M., y Artigas-Pallarés, J. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurol*, 41(5), 299-310.https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35448669/guia_de_buena_practica_aautismo.pdf?1415297507
- EcheguíaCudolá, J. (2016). Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación para el tratamiento de niños y niñas con trastorno del espectro autista. *Diálogos pedagógicos*, 14(28), 104-126.[https://doi.org/10.22529/dp.2016.14\(28\)07](https://doi.org/10.22529/dp.2016.14(28)07)
- Fejerman, N. (2010). Trastornos del desarrollo en niños y niñas y adolescentes. *Trastornos del Habla y del Lenguaje*, 131, 1-64.<https://apelizalde.org/actividades/Dr.%20Natalio%20Fejerman.pdf>
- Flores, J. G., Gómez, G. R., y Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. <http://148.202.18.157/sitios/catedrasnacionales/material/2010b/ortiz/infmic.pdf>
- Forteza-Sevilla, M. S., Escandell-Bermúdez, M. O., Castro-Sánchez, J. J., y Martos-Pérez, J. (2015). Desarrollo temprano del lenguaje en niños y niñas pequeños con trastorno del espectro autista mediante el uso de sistemas alternativos. *Revista de Neurología*, 60(1), 31-35.<https://www.adngirona.com/data/recursos/pecs-en-espanol/a460a289c3974dd18fed9570671ac9b1-pecsenspain.pdf>

- Frith, U. (1991). *Autismo: una explicación del enigma*.
<http://209843.motorradwehres.de/download/209843/Autismo%253A%2Bhacia%2Buna%2Bexplicacion%2Bdel%2Benigma.pdf>
- González-Moreno, C. X. (2018). Intervención en un niño con autismo mediante el juego. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(3), 365-374. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v66n3/0120-0011-rfmun-66-03-365.pdf>
- Grañana, N. (2013). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., y Lucio, P.B. (2006). *Metodología de la investigación*. MacGraw-Hill.
- Jesus, J. C. D., Oliveira, T. P., y Rezende, J. V. D. (2017). Generalización de mandos aprendidos por PECS (Picture Exchange Communication System) en los niños y niñas autistas. *Temas en Psicología*, 25(2), 531-543. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n2/v25n2a07.pdf>
- Larrañaga, E. y Bodoque, A. R. (2002). Aprendizaje socioafectivo y comunicación: la necesidad de formación en SSAAC. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 5(3), 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1034498>
- Leaf, R. y McEachin, J. (2006). *Autismo: una pedagogía del progreso*. Pearson Education.
- León Cruz, I. (2020). Modificación de la rigidez mental y de conductas disruptivas asociadas en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Know and Share Psychology*, 1(3), 2-15.
<http://ojs.ual.es/ojs/index.php/KASP/article/view/3689>
- Leyva Fuentes, M. (2005). Una nueva mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad según la CIF. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 7(3), 193-214. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3633>

- Lovaas, O. I. (2003). *Teaching individuals with developmental delays: basic intervention techniques*. <https://psycnet.apa.org/record/2002-06247-000>
- Maggio, V., Álvarez, A., Benavidez, C., Almeida, M. F., & Trombetta, G. (2015). *Comunicación bimodal: elementos básicos para su aplicación*. <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=NEY8CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq>
- Maldonado, V. y Jorge, A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008
- Mandell, D. S., Novak, M., y Zubritsky, C.D. (2005). Factores asociados con la edad de diagnóstico en niños y niñas con trastornos del espectro autista. *Pediatrics*, 116(6), 1480–1486.
- Martos, J. y Ayuda, R. (2002). Comunicación y lenguaje en el espectro autista: el autismo y la disfasia. *Revista de neurología*, 34(1), 58-63. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48546281/COMUNICACION_Y_LEN_GUAJE_EN_PERSONAS_CON_TEA.pdf?1472935384
- Mira Pastor, R. y Grau, C. (2017). Los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) como instrumento para disminuir conductas desafiantes en el alumnado con TEA: estudio de un caso. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 5(1), 113-132. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6023238>
- Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños y niñas con trastorno de espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), 53-56. https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/293.1-comunicacion_lenguaje.pdf
- Muñoz Fernández, S. (2017). *Picture Exchange Communication System (PECS): experiencias de aplicación en autismo* (tesis de grado). Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/28473>

- Prieto Abia, A. (2017). *Sistema bimodal como sistema aumentativo en la comunicación* (tesis de grado). Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/26952>
- Solcoff, K. (2012). *Comunicación y lenguaje en los trastornos del espectro autista: psicología del lenguaje*. Ed. FLACSO.
- Soto Calderón, R. (2007). Comunicación y lenguaje en personas que se ubican dentro del espectro autista. *Actualidades investigativas en educación*, 7(2), 1-16. <https://biblat.unam.mx/hevila/Actualidadesinvestigativaseneducacion/2007/vol7/no2/11.pdf>
- Tamarit, J. (1993). ¿Qué son los sistemas alternativos de comunicación? En M. Sotillo (coord.). *Sistemas alternativos de comunicación* (pp. 17-42). Trotta.
- Valdez, D. (2012). *Comunicación y lenguaje en los trastornos del espectro autista*. Ed. FLACSO.

Anexos

Entrevista a profesionales del Centro Terapéutico

1. Alteraciones en la comunicación y conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA

a. ¿Cuántos pacientes con TEA atiende en este Centro aproximadamente? ¿Qué proporción de ellos son niños y niñas menores de 12 años? ¿Ha observado que esa prevalencia se modificó con el tiempo?

b. ¿Qué dificultades presentan los niños y niñas con TEA que Ud. atiende en relación a su conducta en los distintos ámbitos de su vida cotidiana?

c. ¿Cuáles son sus mayores dificultades en cuanto a la comunicación?

2. Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)

a. ¿Qué estrategias implementa en el consultorio para ayudar a los niños y niñas a superar sus dificultades de comunicación?

b. ¿Qué sistemas aumentativos y alternativos de comunicación conoce? ¿Cuáles de ellos utiliza para favorecer el desarrollo del lenguaje oral en sus pacientes con TEA?

3. Efectos de los SAAC en las conductas disruptivas de los niños y niñas con TEA

a. ¿Qué cambios observa en las habilidades comunicativas de los niños y niñas a partir de la utilización de esos sistemas alternativos?

b. ¿Observa modificaciones en su conducta? ¿Cuáles?

Entrevista a las familias

1. Alteraciones en la comunicación y conductas disruptivas en los niños y niñas con TEA

a. ¿Hace cuánto que su hijo/a asiste a este Centro? ¿A qué edad fue realizado el diagnóstico de TEA?

b. ¿Qué dificultades observó u observa en su hijo/a en relación a su conducta en los distintos ámbitos de su vida cotidiana?

c. ¿Tiene dificultades en cuanto a la comunicación? ¿Cuáles?

2. Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)

a. ¿Qué modalidad o modalidades de comunicación utilizan con su hijo/a cotidianamente?

b. ¿Conoce otros sistemas de comunicación alternativos o aumentativos del lenguaje oral? ¿Cuáles?

3. Efectos de los SAAC en las conductas disruptivas de los niños y niñas con TEA

a. ¿Qué cambios observa en las habilidades comunicativas de su hijo/a a partir de la utilización de esos sistemas alternativos?

b. ¿Observa modificaciones en su conducta? ¿Cuáles?

Consentimiento informado

Para cumplimentar con un requisito académico se realizará una investigación sobre *la relación entre el aprendizaje de formas básicas de comunicación y las conductas disruptivas en niños y niñas con TEA*. Por ello, le brindaré información y lo/a invitaré a participar de esta investigación. No obstante, no tiene que decidir hoy si participar o no. Todo aquello que Ud. no comprenda será explicado en profundidad.

Tipo de Intervención de Investigación

Para comenzar con el trabajo, se realizarán entrevistas a ocho profesionales del Centro Terapéutico ubicado en Palermo, que se ofrezcan a participar de manera voluntaria. También se entrevistarán a cinco familias de niños y niñas con diagnóstico de TEA que asisten al mismo Centro. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación, ni la información recogida que usted aporte para el proyecto, ni su información personal. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Sólo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información con sumo secreto. No será compartida ni entregada a nadie.

Usted posee el derecho a negarse o retirarse cuando lo considere pertinente. Esto es una reconfirmación de que la participación es voluntaria e incluye el derecho a retirarse.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado/a a participar en la investigación que refiere a *la relación entre el aprendizaje de formas de comunicación básica y las conductas disruptivas en niños y niñas con TEA*.

Entiendo que me realizarán una serie de preguntas referidas a mi actuación. He sido informado/a de que no existen riesgos, y que los beneficios pueden traducirse en mejoras institucionales. Se me ha proporcionado el nombre del/la investigador/a que puede ser fácilmente contactado/a. La información en torno a la investigación me ha sido leída y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Firma del Participante:

Aclaración:

Fecha:

Geolocalización del consultorio:

