

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Junio 2017

Modificación de conductas autolesivas en un niño con

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Decreasing self-injurious behaviors in a child with

Autism Spectrum Disorder (ASD)

Autor/a: Estefanía López Esteban

Tutor/a: M^a Ángeles Fernández Estévez

Isabel Carmona Lorente

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. Introducción.....	4
1.1. Características y etiología del TEA.....	5
1.2. Criterios diagnósticos y tratamiento del TEA.....	8
1.2.1. Criterios diagnósticos.....	8
1.2.2. Tratamiento del TEA.....	10
1.3. Integración de los alumnos con TEA en las aulas ordinarias.....	11
2. Metodología.....	14
2.1. Descripción del caso.....	14
2.2. Diseño de la investigación.....	15
2.3. Procedimiento.....	16
2.4. Intervención.....	17
3. Resultados.....	22
3.1. Resultados de la conducta de las mordeduras.....	23
3.1.1. Realización de la ficha.....	24
3.1.2. Integración en un aula ordinaria.....	24
3.2. Resultados de la conducta de los golpes.....	25
3.2.1. Realización de la ficha.....	26
3.2.2. Integración en un aula ordinaria.....	26
4. Discusión general.....	27
5. Referencias bibliográficas.....	29
ANEXO 1.....	31
ANEXO 2.....	33

Modificación de conductas autolesivas en un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

RESUMEN

El autismo pertenece a un conjunto de trastornos que afectan al neurodesarrollo denominado Trastornos del Espectro Autista (TEA) caracterizados, principalmente, por presentar alteraciones en el comportamiento, los intereses, la comunicación y la interacción social. Su desarrollo se inicia desde la etapa de la infancia y persiste toda la vida. A nivel mundial encontramos que un 1% de la población sufre este trastorno, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en una relación 4:1. Los niños con TEA presentan grandes dificultades para adaptarse al medio debido a su gran rigidez mental y a sus escasas habilidades sociales. En este trabajo nos centramos en el caso de un niño de 9 años que presenta TEA, el cual manifiesta conductas autolesivas, en concreto, se golpea a sí mismo y se muerde cuando se siente frustrado. El objetivo principal que planteamos es reducir ambas conductas, para ello utilizamos dos situaciones que se dan diariamente en el colegio donde aparecen con mucha frecuencia dichas conductas. En concreto, utilizamos la hora de integración en un aula ordinaria y la realización de una ficha que tiene como duración unos 15 minutos. Primero se estableció una línea base de registro que duró una semana y, a continuación, se realizó la intervención con una duración de ocho semanas. Para tratar el caso decidimos utilizar un reforzador que motivase al niño lo suficiente para que reducir las conductas autolesivas; se decidió utilizar el teléfono móvil cada vez que no se golpeaba ni se mordiera. Como resultado se consiguió reducir considerablemente ambos comportamientos autolesivos en las dos situaciones elegidas para el estudio.

Palabras clave:

Trastorno del Espectro Autista, conductas autolesivas, aula de integración, intervención, refuerzo.

Decreasing self-injurious behaviors in a child with Autism Spectrum Disorder (ASD)

ABSTRACT

Autism belongs to a group of disorders that affect neurodevelopment denominated Autism Spectrum Disorders (ASD) and characterized, mainly, by alterations in behavior, interests, communication and social interaction. Its development begins from the childhood and persists throughout life. Overall, it has been found that 1% of the population suffer from this disorder, being more frequent in males than in females, in a 4: 1 ratio. Children with ASD have a ,higher difficulty to adapt to the environment because their high mental rigidity and limited social abilities. In this study we focused on the case of a 9-year-old child with ASD, who manifests self-injurious behaviors, in particular, strikes himself and bites when frustrated. Our main goal was to reduce both behaviors in two situations that occur daily in the school where these behaviors appear very frequently: (i) the time of integration in an ordinary classroom and (ii) the 15 minutes devoted to doing a school worksheet . First, a one-week baseline was established, and then the eight-week intervention began. For the treatment, we decided to use a reinforcer that motivated the child enough to reduce his self-injurious behaviors; the mobile phone was provided every time he did not hit or bite. As a result, it was possible to reduce considerably both self-injurious behaviors in the two situations chosen for the study.

Keywords:

Autism Spectrum Disorder, Self-injurious behaviors, integration classroom, behavioural intervention, reinforcement.

1. Introducción.

El término autismo procede de *eaftismos*, una palabra griega que significa “encerrado en uno mismo”. Este concepto se introdujo en el campo de la Psicología en 1911 en la obra titulada *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* de Eugen Bleuer, donde se utiliza el término autismo para definir uno de los síntomas manifestados en el trastorno de la esquizofrenia. Este autor reemplaza la idea de *Dementia praecox* por dicho concepto, caracterizándolo como un “encierro” en sí mismo de estos pacientes, llegando a crear un mundo paralelo y ajeno a la realidad que dificulta gravemente la comunicación con los demás.

Sin embargo, los pioneros en la investigación sobre el autismo fueron Hans Asperger y Leo Kanner, ambos en el año 1943. Éste último autor, que desvinculó el concepto de autismo de la esquizofrenia infantil, investigó once casos de niños con autismo, a los cuales describió con unas características comunes: comportamiento inmóvil, aislamiento y retraso o ausencia de la adquisición del lenguaje verbal. Por su parte, Hans Asperger utilizó el mismo término para referirse a un grupo de personas de mayor edad y sin un retraso severo en el desarrollo intelectual ni en la adquisición del lenguaje, ya que manifestaban habilidades admirables en diferentes campos intelectuales. Ambos autores concluyeron que se trataba de casos diferentes con la referencia común de la psicopatología autística.

A lo largo de la historia, el concepto del autismo ha ido evolucionando adquiriendo diferentes características según las distintas etapas, fundamentalmente tres, en las que se ha utilizado este término (Olmedo, 2008):

1ª Etapa:

Aparece la primera definición de autismo con el autor Leo Kanner en 1943, la cual es utilizada hasta mediados de 1960. Según su descripción de este trastorno los pacientes presentan una gran memoria, extrema soledad, inflexibilidad ante los cambios, lenguaje alterado, carencia de rasgos físicos característicos y una extrema sensibilidad ante los estímulos.

2ª Etapa:

Posteriormente surgen otras definiciones en base a las investigaciones realizadas en Psicología Experimental. A partir de aquí se empieza a entender el autismo como un trastorno del desarrollo infantil. Además, en la intervención realizada en esta segunda etapa histórica el organismo educativo empieza a jugar un papel importante también para tratar los casos de autismo.

La terminación de esta etapa se caracteriza por la nueva definición de autismo, en la cual se considera que es un Trastorno Generalizado del Desarrollo, siendo incluido en el DSM III, DSM III-R, DSM IV Y DSM IV-R. El autismo pasa a describirse como una alteración en la comunicación, en la interacción social, manifestación de conductas repetitivas y estereotipadas, y déficit en diferentes áreas, como la interacción social, el lenguaje o el juego simbólico.

3ª Etapa:

Este período comienza en el año 1985 con la publicación del artículo “¿Tienen los niños autistas teoría de la mente?” de Simon Baron Cohen; además, dicha etapa está influenciada por teorías interaccionistas y cognoscitivas. A partir de aquí se percibe a las personas con autismo como pacientes con graves dificultades de intuición, a los que les resulta muy difícil resolver cualquier situación compleja aunque no tienen ningún problema a la hora de solucionar aquellas situaciones claras (no ambiguas). Por último, cabe señalar que las investigaciones realizadas en esta etapa estaban destinadas a analizar los procesos mentales que se desarrollan en la infancia, donde se estudiaba la alteración que manifestaban en dichos procesos los niños que presentaban autismo.

En la actualidad, el término autismo ha evolucionado hasta referirse a un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por la alteración de tres áreas principalmente: la comunicación, la interacción social y la rigidez mental. Este trastorno presenta diferentes variaciones por la gran cantidad de síntomas que lo componen y, además, por los diferentes tipos de grados de afectación en los individuos. Por tanto, se observa que las 3 áreas mencionadas anteriormente se manifiestan alteradas, en cada caso, en un nivel de gravedad distinto, es por esto por lo que se ha desarrollado el concepto de trastorno de “Espectro Autista” (TEA) el cual ha sustituido al de Trastorno Generalizado del Desarrollo (Olmedo, 2008).

1.1. Características y etiología del TEA.

El TEA presenta principalmente una triada de problemas en la comunicación y el lenguaje, la interacción social y la flexibilidad, los cuales se consideran el núcleo del Espectro Autista. Cada uno de ellos puede desarrollarse en diferentes niveles de gravedad:

-La alteración en la interacción social se refleja en que el paciente muestra dificultades para relacionarse con los demás así como indiferencia ante su entorno. Además, no tiene las habilidades necesarias para entender las reglas sociales implícitas y no comprende ciertas sutilezas

sociales. Todo esto produce que la persona con TEA no pueda interpretar las intenciones de los demás y, en el caso de los niños, les limita a la hora de integrarse en juegos porque no comprenden las reglas. Esta limitación social está vigente en los casos de TEA de manera considerable en la etapa de la infancia pero, poco a poco, con el paso del tiempo va aumentando su interés social aunque no llega al nivel que se tiene en la población normal.

-Las personas con TEA pueden presentar una nula comunicación tanto verbal como no verbal según el grado de afectación que manifiestan. Muchos de ellos dependen de lenguajes alternativos para comunicarse debido a que no utilizan el lenguaje oral. En otros muchos casos, por el contrario, se desarrolla el habla con diversas afectaciones como ecolalia, inversión pronominal, entonación anormal y perseveración. Lo más destacable de este déficit es que el lenguaje no es utilizado con fines sociales, de hecho, los pacientes con TEA solo se comunican por necesidad y, en muchos casos, ni siquiera tienen la habilidad de manifestar dichas necesidades.

-El TEA se caracteriza por la presencia de una gran rigidez mental y conductas pautadas y estereotipadas. En la etapa infantil el proceso del juego es repetitivo, con escasa imaginación y puede llegar a resultar obsesivo. Este tipo de juego no es simbólico, suelen desarrollar unos intereses que no comparten con los demás.

Además de esta tríada de alteraciones, pueden presentar otras características que afectan a su desarrollo:

-Alteraciones motoras que provocan movimientos torpes y expresiones corporales disarmónicas debido a la hiperlaxitud que pueden padecer.

-Presencia de alteraciones sensoriales que pueden variar desde una hipersensibilidad a una hiposensibilidad a los estímulos (visuales, táctiles, gustativos y auditivos). Con respecto a la hipersensibilidad, se puede dar el caso de que no soporten los sonidos a un volumen demasiado fuerte o casos en los que no soporten el contacto físico. Por su parte, en el caso de la hiposensibilidad tendríamos como ejemplo pacientes con TEA que desarrollan bajos umbrales del dolor.

-Alteraciones Cognitivas, que abarcarían desde el extremo de la discapacidad cognitiva hasta la presencia de una gran capacidad intelectual. Pueden desarrollar habilidades intelectuales

específicas como la memorización, el dibujo, la música, etc. Por otra parte, los pacientes con TEA carecen de estrategias para la imaginación o para intuir lo que los demás están pensando, es decir, tienen un déficit en lo que se ha llamado “Teoría de la mente”. Además, presentan una gran rigidez mental, y problemas a la hora de realizar juicios o de tener sentido común.

-Alteraciones emocionales que se reflejan en una pobre capacidad para reconocer las expresiones emocionales, tanto las ajenas como las propias. Debido a esto, para autorregular sus emociones es de vital importancia crear rutinas para prevenir el hecho de que puedan sentir ansiedad o frustración ante situaciones inesperadas (Aguilera, 2010).

Las diferentes teorías explicativas sobre el TEA son numerosas, aunque aún no se han encontrado evidencias sólidas al respecto. Muchos de los investigadores consideran que el déficit social que presentan es el síntoma principal del trastorno, siendo este deterioro cognitivo la consecuencia de carecer de una “Teoría de la Mente”, la cual nos posibilita ponernos en el lugar del otro.

La teoría socioafectiva de Hobson defiende que los niños con TEA no tienen estrategias sociales para interactuar de manera afectiva con otras personas. Esta falta de experiencia abarca dificultades para comprender que las personas poseen pensamiento propio y también tienen sentimientos. Hobson propuso que este déficit podría ser debido a la carencia de una teoría de la mente (Hobson, 1993 citado en Alcamí, et al., 2008).

Otra explicación interesante sobre las causas del TEA es la teoría del “cerebro masculino extremo”, basada en la teoría de la empatía-sistematización (Baron-Cohen, 2005 citado en Jodra 2015). Esta última teoría propone que el cerebro femenino se caracteriza por la habilidad de sentir empatía hacia los demás, sin embargo, el cerebro masculino está caracterizado por la capacidad de la sistematización. Así, se plantea que el cerebro de los pacientes con TEA sería “masculino extremo” ya que carece de la habilidad de empatizar y, además, tiene un alto grado de sistematización.

Actualmente, la investigación se ha centrado en poner el énfasis en las diferentes alteraciones de tipo biológico, desarrollándose diferentes hipótesis (Pérez, 2013):

-La hipótesis “bioquímica” plantea que los pacientes con TEA muestran diferencias en los neurotransmisores (noradrenalina, serotonina, GABA y dopamina). En el caso del GABA se podría decir que, al ser un neurotransmisor que actúa contra el estrés, tiene la capacidad de contener la propagación de las señales nerviosas. Por ello, los niveles bajos de GABA que presentan las personas con TEA podrían provocar que estas señales nerviosas se propaguen con gran rapidez y les provoquen hipersensibilidad. Un hallazgo importante se ha encontrado en el sistema oxitocinérgico, en el cual podría encontrarse alterados los niveles de oxitocina (el neurotransmisor denominado como “hormona de los mimosos”) originando una posible causa perinatal implicada en la etiología del TEA.

-En la hipótesis “genética” se declara que hay una mayor posibilidad de sufrir TEA en los hermanos de sujetos que la padecen, que entre sujetos de la población normal. Diferentes investigaciones manifiestan que muchos casos de TEA se han desarrollado por una alteración genética de la comunicación entre las células del sistema nervioso, además, se han encontrado genes relacionados con el TEA en la corteza del cerebelo, en concreto se han descubierto 26.

-La hipótesis “neurológica” se sustenta en evidencias observadas en el cerebro post-mortem de pacientes con TEA: diferencias en el sistema límbico, corteza cerebral, cerebelo y ventrículos cerebrales. Actualmente, diferentes estudios han encontrado anomalías estructurales en el cerebro, como en el sistema límbico, cuerpo calloso, corteza frontal y temporal, etc.

Sin embargo, hay que señalar que en estas investigaciones solo se han observado relaciones correlacionales, por tanto, no podemos asegurar qué factor o factores están causando la aparición del TEA.

1.2. Criterios diagnósticos y tratamiento del TEA.

1.2.1. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos del TEA, según el DSM-V, son los siguientes:

A. Déficits persistentes en la comunicación y la interacción sociales en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma:

1. Déficit en la reciprocidad socio-emocional.

2. Déficit en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales.

3. Déficit en el desarrollo, en el establecimiento y en la comprensión de las relaciones.

B. Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, manifestando por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado:

1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados o repetitivos.

2. Insistencia en la monotonía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales o no verbales.

3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y de focalización.

4. Reacción inusual a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.

C. Los síntomas deben presentarse desde un periodo temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser encubiertos más tarde por estrategias aprendidas).

D. Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos de funcionamiento.

E. La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.

El DSM-IV clasifica los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en los siguientes trastornos (Pérez, 2013):

-Trastorno autista.

-Trastorno de Rett.

-Trastorno desintegrativo infantil.

-Trastorno de Asperger.

-Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

“Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados” (Pichot, 1995, p.40 citado en Pérez, 2013).

Con el DSM-V se engloban las demás categorías diagnósticas en un solo término, Trastorno del Espectro Autista.

El TGD es descrito en el DSM-IV como una alteración grave y generalizada de:

1. las estrategias para interaccionar socialmente,
2. las estrategias para comunicarse y
3. la manifestación de conductas, intereses y movimientos estereotipados.

Estas tres áreas pasan a clasificarse en dos en el DSM-V, que son las siguientes:

1. Socio-comunicativa y
2. intereses estables y conductas estereotipadas.

La finalidad de este cambio realizado en el DSM-V consiste en dejar de etiquetar a los pacientes con su determinado trastorno específico, de manera que a partir de entonces se situarían a las personas con TEA en el continuo basado en las dos áreas mencionadas anteriormente, definiéndose el caso según la gravedad que presente el paciente.

1.2.2. Tratamiento del TEA

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes métodos de intervención para el tratamiento del TEA. En relación con los programas de intervención conductual podemos señalar diferentes métodos como el programa intensivo de jóvenes autistas desarrollado por Lovaas

utilizando el Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Analysis, ABA); y programa conductual-funcional del centro Ann Sullivan. El método ABA se centra en eliminar o disminuir conductas problemáticas enseñando nuevas estrategias y habilidades. Para ello, se puede realizar el tratamiento en el ambiente natural donde el sujeto se desenvuelve normalmente para enseñarle conductas que verdaderamente puede necesitar aprender. El método ABA permite que se produzca una generalización de las habilidades aprendidas en diferentes situaciones y lugares.

Por otra parte, tenemos una herramienta para facilitar la comunicación denominada SAAC (Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación), este método consiste en sistemas no verbales de comunicación para perfeccionar o reemplazar el lenguaje oral. Se utilizan herramientas representativas como pictogramas, fotografías, símbolos, signos y/o lenguaje escrito. Son especialmente útiles para promover la comunicación en personas no verbales. El método derivado del SAAC más utilizado en España es el Schaeffer, en el cual se utiliza a la vez palabras y signos (Alcamí, et al., 2008).

Para el tratamiento de niños con TEA también debemos mencionar otro método muy utilizado llamado Sistema TEACCH (Tratamiento y Educación de Alumnado Discapacitado por Autismo y Problemas de Comunicación). Este método es utilizado en el C.E.I.P. Lope de Vega por lo que se describirá con más detalle en el siguiente apartado.

1.3. Integración de los alumnos con TEA en las aulas ordinarias.

La incorporación de los niños con TEA al sistema educativo es de vital importancia, a la vez que es imprescindible realizarlo de una manera adecuada a pesar de la dificultad que acarrea para los docentes. El sistema educativo tiene el deber de diseñar un programa de integración para este tipo de alumnado, ya que presenta unas características específicas y unas necesidades especiales a las que hay que atender para su integración en el aula ordinaria de la manera más adecuada. Entre las mismas destacan diferencias a nivel comunicativo y lingüístico, en procesos cognitivos y en el desarrollo social, así como alteraciones en la conducta y en la flexibilidad comportamental.

Para realizar una correcta intervención con el alumnado con TEA se debe contar con un grupo de profesionales que cooperen de manera activa en la evaluación psicopedagógica y en la

intervención directa en el procedimiento de enseñanza-aprendizaje. Entre ellos destacan los profesores especialistas en Pedagogía Terapéutica, en Audición y Lenguaje, y los equipos de Orientación Educativa. Este conjunto de profesionales tienen diferentes funciones que realizar, como las siguientes: elaboración de material escolar adaptado, realización y seguimiento de programas adaptados de intervención individualizada para cada alumno y de programas en grupo para la clase específica; y, colaboración con el maestro-tutor y los alumnos del aula donde se va a integrar al niño con TEA.

Uno de los métodos de escolarización más utilizados en centros ordinarios es el Método TEACCH, el cual es un programa con el que se busca proporcionar a los alumnos con TEA habilidades para comprender, ayudar y relacionarse con los demás. Se trata de un conjunto de servicios comunitarios destinados a pacientes con TEA, ofreciéndose programas de escolarización, apoyo, ayuda a las familias, ocio, etc. El objetivo principal de esta intervención consiste tanto en mejorar las estrategias del paciente con TEA como en reformar su entorno para su mayor adaptación. La metodología de este programa se basa en cuatro niveles esenciales: estructura física del entorno, estructura e información visual, sistema de trabajo y agendas. Con “estructura física del entorno” nos referimos al centro y al aula donde el niño con TEA va a escolarizarse; debemos tener en cuenta que su estructura debe ser clara, organizada y manejable para este tipo de alumnado. Por otra parte, con “estructura e información visual”, nos referimos a que cada tarea debe estar organizada visualmente, de esta manera podremos fomentar la comprensión y el interés del niño ya que el desorden puede aumentar sus niveles de ansiedad. Por otro lado, debemos utilizar “sistemas de trabajo” con los que organicemos las actividades que deben realizar de manera independiente. Y, por último, tenemos las agendas que nos ayudan a ordenar, organizar y predecir las tareas a realizar cada día.

Los objetivos principales que se quieren abordar con este método serían:

- Favorecer que el alumnado con TEA comprenda situaciones y expectativas.
- Desarrollar un buen aprendizaje utilizando los recursos visuales.
- Mantener y desarrollar una seguridad y autoconfianza en su vida diaria, facilitando su independencia y autonomía.
- Disminuir los problemas de conducta y conflictos personales.
- Generalizar el aprendizaje en diferentes entornos.

Para conseguir estos objetivos se trabaja presentando simultáneamente la información verbal con elementos visuales, concretamente, con pictogramas, para favorecer su comprensión. Cabe señalar que tanto el TEACCH, como otros métodos de enseñanza para el alumnado con TEA, se encargan de proporcionar un sistema de enseñanza estructurada que permita adaptar los recursos educativos a las diferentes formas de comprender, pensar y aprender que presentan estos niños (Tortosa, 2004).

El C.E.I.P. Lope de Vega de Almería dispone de dos aulas específicas para el alumnado con TEA en las que se utiliza el método TEACCH., centradas especialmente en la Teoría cognitiva-conductista para el aprendizaje de estrategias cognitivas que favorezcan la comprensión de causas, la producción de pensamientos alternativos y la resolución de conflictos. Otra herramienta derivada del método TEACCH que utiliza el centro, es el aprendizaje sin error, el cual consiste en no prestar atención a las equivocaciones que cometen los alumnos, intentando que la posibilidad de que aparezcan sea mínima. Para ello se deben adaptar también los objetivos que se quieren conseguir al nivel evolutivo de cada alumno, haciendo uso del material y los recursos necesarios.

El trabajo realizado en ambas aulas se centra especialmente en la organización del espacio-tiempo para que al alumnado le sea más fácil realizar las actividades diarias programadas. Para ello utilizan las agendas en las que se les pone dichas actividades con pictogramas, una herramienta visual esencial para que los niños entiendan lo que deben hacer cada día. Concretamente, la rutina diaria empieza siempre con la asamblea, en la cual los niños ponen la fecha, ven lo que van a comer en el almuerzo y cantan unas canciones. Después tienen que hacer una ficha donde ponen su nombre, la fecha, lo que van a almorzar y el tiempo que hace. A continuación, se van a un aula ordinaria para realizar la integración, en ella los niños deben atender en la clase y trabajar con el material que tienen adaptado para seguir los contenidos que se dan en la clase. Una vez finalizada la integración, tienen una hora de trabajo autónomo en el cual realizan unas cuatro o cinco actividades cada día sin ayuda del profesor. Después los alumnos deben lavarse las manos, tomarse el desayuno y salir a la media hora de recreo con otros niños de aulas ordinarias para jugar con ellos. A continuación, tienen media hora para descansar, escuchar una música relajante, hacer puzzles o leer cuentos. Una vez finalizada esta media hora, según el día de la semana, hacen diferentes actividades (música, gimnasia, televisión, ordenador o manuales) seguidas por un recreo de 15 minutos tras el cual se lavan las manos para irse a casa.

Todas estas actividades están ordenadas y representadas con pictogramas para que tengan ese apoyo visual. Así mismo, el aula está estrictamente organizada para que les resulte más fácil realizar las actividades y, además, para prevenir que los alumnos puedan sufrir frustración o ansiedad ante situaciones inesperadas.

2. Metodología.

2.1. Descripción del caso.

En este estudio nos hemos centrado en el caso de un niño, siendo su inicial O., con una edad de 9 años. Dicho alumno asiste a una de las aulas específicas de autismo, junto a 4 compañeros más, en el C.E.I.P. Lope de Vega de Almería, en el cual está escolarizado desde los 3 años de edad. O. fue diagnosticado de autismo a los 2 años y medio, manifestando un retraso en el habla y un nulo juego simbólico, entre otros síntomas.

En el caso de O. se puede observar una gran rigidez mental, de hecho, se podría decir que es de los alumnos más rígidos del aula. Este niño muestra una gran dificultad a la hora de asumir algún cambio y, debido a la gran frustración que siente ante ellos, tiene la tendencia a autolesionarse ya sea mordiendo las manos o pegándose golpes en la barbilla o en la cabeza. Ante esto, se le intenta anticipar cualquier actividad con tiempo para que lo vaya asumiendo, pero la dificultad se presenta cuando hay algún cambio de última hora en las actividades escolares que no ha dado tiempo a anticipar.

El alumno puede mostrar conductas autolesivas desde que se pone en la fila para ir a clase hasta que sale del colegio. Durante la entrada se frustra si tardamos mucho en formar la fila para irnos a la clase. En ese momento, empieza a llorar y gritar “aquí” señalando la clase, intentando comunicar que quiere ir al aula, a lo que también se añaden las mordeduras y los golpes. Durante la asamblea los alumnos deben poner la fecha, ver en la pantalla lo que van a comer a medio día en casa y cantar unas canciones. Cuando en estas actividades alguna modificación afecta a su estado de ánimo, ya sea porque algún alumno se equivoque al poner la fecha, o porque no estén las ilustraciones del proyector puestas en la pantalla grande, empieza a gritar y a autolesionarse.

A continuación de la asamblea, como hemos señalado anteriormente, hacen una ficha diaria en la que escriben su nombre, la fecha, lo que van a comer y el tiempo que hace. O. se pone nervioso cada vez que se equivoca al escribir. Le cuesta mucho aceptar los errores y que se le

rectifique, por lo que durante este periodo se incrementan mucho las conductas autolesivas y los llantos, siempre y cuando se equivoque al realizar la ficha. Al terminar, tiene una hora de integración en una clase de 2º de primaria, en la cual hacemos actividades adaptadas a su nivel intelectual, aunque en alguna ocasión el profesor lo saca a la pizarra para que también participe en la clase. A O. le encanta la hora de integración y estar con los niños, pero también manifiesta conductas autolesivas si, realizando alguna actividad se equivoca y, además, se altera bastante cuando los niños gritan demasiado. Más tarde, tiene una hora de trabajo autónomo en clase, en la “mesa roja”. Últimamente no le entusiasma mucho la idea de trabajar en esa mesa y hace el trabajo demasiado rápido aunque esté mal, para terminar lo antes posible. A continuación, tiene 15 minutos para comer y la media hora de recreo, al cual se va con dos niños voluntarios que juegan con él; en este caso se altera mucho si suena la sirena y los niños aún no han llegado, por lo que vuelve a recurrir a los golpes y las mordeduras. Mientras juega con los niños está tranquilo aunque a veces se muerde para buscar estimulación, no es por sentirse frustrado. Después de la media hora de recreo tenemos media hora de descanso en la que se relaja a los niños con música tranquila tras la cual realizamos alguna actividad, ya sea cantar, manuales, ordenador o gimnasia. Durante estas actividades no suelen aparecer las conductas autolesivas pero, posteriormente, en el segundo recreo y mientras espera a que toque el timbre, se suele impacientarse para irse y aquí también hay días que muestra dichos comportamientos desadaptativos.

2.2. Diseño de la investigación.

En este estudio se utiliza un diseño experimental de caso único AB en el cual, en primer lugar, se registra una línea base de la conducta estudiada y más adelante se le aplica al niño un tratamiento.

En este estudio nos vamos a centrar en las rabietas que tiene O. y que le producen heridas por sus conductas autolesivas. Por tanto, como variables dependientes registradas en el mismo tenemos, por una parte, el número de veces que se muerde las manos y, por otra parte, el número de veces que se pega tanto en la mandíbula como en la frente. Estas variables se registran en dos situaciones distintas. La primera de ellas se registra durante la realización de la ficha diaria, en la cual se altera cada vez que se equivoca y tiene que rectificar. Debido a su gran rigidez mental, le cuesta bastante asumir errores y durante esta actividad incluso, a veces, no quiere ni coger la goma porque su uso simboliza que sirve para borrar cuando se comete una equivocación al escribir. La

otra situación en la que se va a realizar el registro va a ser en la hora de integración, un periodo en el que, aunque le gusta porque está con otros niños pero realizando actividades adaptadas a él, también presenta conductas autolesivas. En concreto, cuando se equivoca vuelve a alterarse, apareciendo de nuevo las mordeduras y los golpes. Podemos decir que durante la mañana O. muestra conductas autolesivas en las distintas actividades que se realizan en el colegio, pero en estas dos situaciones que acabamos de describir es donde más aparece la conducta. Por este motivo se ha decidido realizar el registro durante ambos periodos temporales.

En resumen, tenemos dos variables dependientes: el número de mordeduras que se produce en la mano y el número de veces que se golpea. Dichas variables se miden en dos actividades diferentes que se realizan durante la mañana (la ficha y la hora de integración). Por último, la variable independiente sería la intervención que vamos a realizar con el niño, que consiste en ofrecerle un reforzador (un rato de móvil) cada vez que realice las actividades de manera tranquila, entendiendo este estado de ánimo como la no presentación tanto de las mordeduras como de los golpes, es decir, el niño entiende que está tranquilo cuando no se frustra y, por tanto, no aparecen las conductas autolesivas.

2.3. Procedimiento.

En primer lugar, se estableció un mes de observación en el cual se inicia el contacto con todos los alumnos del aula específica y se conocen las características y necesidades que tiene cada uno de ellos. El hecho de que haya más personas en el aula es una novedad para los niños, lo que produce que se alteren por su gran rigidez mental y les cueste aceptar dicho cambio. Lo importante en esta primera toma de contacto, es establecer el apego con los alumnos. Después de unas semanas, una vez generada la relación de confianza, el siguiente paso es trabajar con el niño con el que se ha establecido una mayor relación, en el caso de este estudio fue O. Al principio le costó bastante acostumbrarse a realizar las actividades con otra persona que no fuese alguna de sus tutoras, debido a la inflexibilidad que le caracteriza frente a los cambios.

Para realizar el estudio se determinó con la tutora del aula específica cuáles eran las conductas problemáticas del niño, las cuales se daban tanto en casa como en el aula. Después de varias reuniones, se decidió intervenir en las conductas autolesivas, ya que aparecen bastante a menudo y le producen heridas a O. A continuación, se informó a los padres acerca de las conductas

elegidas para realizar el estudio y del procedimiento que se iba a seguir. Una vez informados nos dieron su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

En primer lugar, realizamos una línea base que consistía en la recogida de datos sin intervención para conocer la frecuencia de las conductas autolesivas del niño. Dicha recogida de información tuvo lugar tanto durante la realización de la ficha como en la hora de intervención. El tiempo establecido para este registro fue de 5 días.

A continuación se procedió a la intervención, teniendo la misma una duración de ocho semanas. El objetivo de esta fase es reducir o eliminar las conductas problemáticas que presenta el niño, es decir, las conductas autolesivas. Al igual que en la fase anterior, el registro de la intervención se llevó a cabo tanto en el momento de realizar la ficha, como en la integración en el aula ordinaria.

Debido a que las autolesiones son un recurso que utiliza el niño frente a la frustración desde pequeño, es muy difícil eliminar por completo esta conducta en solo ocho semanas de tratamiento, por lo que este estudio puede considerarse como el inicio de una intervención enfocada a reducir dichas conductas que se seguirá desarrollando posteriormente por el profesorado que trabaja con él para que puedan eliminarse por completo. Debido a esto, no se puede hacer una observación post-tratamiento, ya que no se le puede quitar de manera repentina el reforzador porque podría producir que la conducta se volviera a incrementar. De hecho, lo ideal sería seguir realizando dicha intervención e ir retirando progresivamente el refuerzo hasta que no lo necesite.

2.4. Intervención.

Como ya se ha señalado anteriormente, el objetivo de este estudio consiste en eliminar o disminuir dos conductas autolesivas a través de una intervención previamente diseñada. Las rabietas de O. pueden estar caracterizadas por gritos, lloros, mordeduras y golpes, aunque estos dos últimos son los que aparecen siempre, por lo que nos hemos centrado en dichas conductas, además de por su gravedad al producirle heridas.

Durante el primer mes de observación me fijé en posibles refuerzos para motivar la conducta de O. cuando está tranquilo. Me di cuenta que le gusta mucho utilizar el teléfono móvil y que le hagan masajes. Esto último no es una opción viable como refuerzo ya que no siempre los acepta y no llegan a tener un poder reforzador considerable. Por tanto, se decidió emplear para la

intervención el uso del móvil con un tiempo limitado ante la aparición de un estado de ánimo relajado que consideramos cuando habla en un tono normal y no se siente frustrado (cuando está frustrado es cuando aparecen las mordeduras y los golpes), durante la realización de la ficha y en el aula de integración.

Previamente a la intervención hablé con la tutora planteándole diferentes formas de realizar el tratamiento. En principio pensé en explicarle al niño que si se pegaba o se mordía no obtendría el teléfono móvil, pero este método no convenció mucho a la tutora, la cual dice que el centrarse en las conductas negativas hace que éstas se refuercen más aún y que se siga autolesionando. Por tanto, decidimos explicarle al niño que si permanecía “tranquilo” y “contento” tendría móvil. El niño entiende perfectamente cómo son esos estados de ánimo porque ya se habían trabajado previamente con él, por lo que O. entiende que estar tranquilo significa no sentirse frustrado así que no debe morderse ni pegarse. La profesora del aula me recomendó que no me centrara en explicarle qué conductas debe evitar para recibir el reforzador, ya que así las autolesiones se reforzarían y, por otra parte, me dijo que no hacía falta explicarle detalladamente lo que es estar tranquilo y contento porque O. ya conoce esas emociones. Además, para realizar la intervención utilizamos tablas de autorregulación con pictogramas; estos apoyos visuales ayudan al niño a entender mejor las emociones que se le quieren reforzar. Por tanto, medimos comportamientos de autolesión pero sin comunicárselo al niño. Además, hay que añadir que O. no puede darse cuenta de que se registra el número de veces que realiza las conductas que queremos reducir. El registro debe hacerse con las iniciales (“M” para morderse y “P” para pegarse) para que él no pueda leer lo que se está anotando. Según la tutora, el niño ya sabe diferenciar lo que “está bien” de lo que “está mal”, es por eso que no se puede intervenir explicándole que no debe pegarse ni morderse, sino que solo debe ser consciente de que ha de estar tranquilo.

Al inicio del estudio el número de veces que se autolesionaba mediante cada registro (tanto en los 15 minutos de la ficha como en la hora de integración) llegaba a más de 20 en el número de mordeduras y, a veces, en el número de golpes, por lo que se decidió que si se pegaba no tendría teléfono móvil. Sin embargo, en el caso de las mordeduras, éstas también las utiliza como autoestimulación, por lo que planteamos que se le daría el móvil si el número de veces que se mordía era inferior a 5. Si no cumplía estos requisitos (pegarse 0 veces y morderse menos de 5) se

le explicaba que como había estado un poquito nervioso realizando la actividad no se le podía dar el móvil, que solo se le da si está tranquilo y contento.

Durante la intervención hemos utilizado dos tablas diferentes de autorregulación que leíamos antes de realizar cada actividad. Para realizar la ficha hay una tabla específica, y para la integración hay otra diferente. En el caso de la ficha utilizamos la siguiente tabla (ver Figura 1):



Figura 1. Tabla de autorregulación para disminuir las conductas autolesivas durante la realización de la ficha.

Aquí podemos observar que en la parte roja donde poner “MAL” está puesta la frase “O. no llora, no grita”. En este caso aparece algo que no debe hacer, algo que está mal, y la explicación de por qué se ha mantenido ese mensaje “negativo” es que, desde principio de curso, cuando empezó a realizar la ficha, se le explicó cómo debía hacerla y en esa explicación estaba esa frase. Al ser tan rígido con los cambios se le dejó esa parte, porque si le quitábamos algo que leía todos los días se alteraba ya que para él “le faltaba algo a la pizarra”. Aún así, no están presentes los pictos ni de pegarse ni de morderse, por lo que no corremos el peligro de centrar su atención y reforzar ambas conductas de manera accidental.

Para realizar esta actividad lo primero que hacemos es coger la ficha, el lápiz y la goma (este último material a veces no lo cogía porque simboliza rectificar lo que está escrito, algo que al niño le cuesta aceptar). Una vez tenemos los materiales, leemos la tabla antes de empezar a escribir.

El niño debe decir “O. escribe contento y tranquilo, O. escribe pequeño y dentro, O. no llora, no grita”. Una vez que lo ha leído le vuelvo a indicar la primera línea y le digo: “sí O. escribe contento y tranquilo, ¿qué tienes?” y él me contesta “Móvil”. A continuación le respondo: “sí pero solo si estás contento y tranquilo”. Esta conversación la tenemos siempre que realizamos la ficha; le hago que lea la primera frase y se lo vuelvo a repetir para evitar que se autolesione, y así entienda que lo importante es que esté tranquilo y contento para tener el móvil. Esta es una forma de que se conciencie con mayor profundidad sobre qué debe hacer para conseguir el refuerzo, además el apoyo visual de la tabla de autorregulación le ayuda a entender mejor los estados anímicos que reforzamos para que no aparezcan las autolesiones.

Mientras O. realiza la ficha le refuerzo verbalmente diciéndole “muy bien” o “lo estás haciendo genial” siempre que está relajado. Además, cuando la termina siempre le pongo una carita sonriente y un genial al lado porque está acostumbrado a que la profesora desde inicio de curso se lo escriba, a lo que yo le añado algún mensaje como “O. hoy ha escrito pequeño y está genial” u “O. hoy ha escrito contento y eso está genial”. Pero durante la realización de la ficha, hay veces que se enfada si tiene que rectificar alguna palabra, por lo que intento anticiparle cuando tiene que borrar que no pasa nada. Para ello, cuando veo que se equivoca le digo con voz tranquila: “esto no está bien puesto, vamos a escribirlo otra vez pero no pasa nada”. Durante las primeras semanas le decía esta frase y, conforme pasaba el tiempo, aceptaba más los errores. Ahora cada vez que se equivoca decimos los dos la frase. Yo le digo: “O. esto lo vamos a escribir otra vez, se borra y no pasa...”, y él me contesta: “nada”. Esta frase también ha ayudado mucho a reducir su frustración ante los errores cuando tiene que rectificar algo, lo cual se puede utilizar de manera más generalizada ante otras situaciones frustrantes para reducir en mayor rango las conductas autolesivas.

Después de la realización de la ficha, si no se ha pegado y se ha mordido menos de 5 veces, le enseño el picto del móvil y le digo: “¿cómo ha trabajado hoy O.?” y él me contesta: “contento y tranquilo”, entonces le doy el reforzador durante dos minutos, el cual el niño utiliza para ponerse el diario deportivo Marca en Google o vídeos en Youtube sobre fútbol. Si O. se ha mordido más de 5 veces y se ha pegado le digo “O. hoy no has estado contento y tranquilo, te has puesto un poco nervioso y no puedo darte el móvil”. Cuando le digo ésta última frase el niño lo entiende perfectamente y no se queja por no obtener el refuerzo, lo que indica que él sabe que ha

estado nervioso y que no lo ha hecho bien, por lo que entiende y recuerda perfectamente cómo ha sido su comportamiento y que es éste el que determina que tenga acceso o no al móvil.

Por otra parte, en el caso de la integración empleamos la siguiente tabla (ver Figura 2) que se presenta al inicio de la actividad.



Figura 2. Tabla de autorregulación para disminuir las conductas autolesivas durante la hora de integración.

Aquí solo utilizamos la parte azul de la tabla en la que nos centramos en conductas que queremos reforzar y no de las conductas que queremos eliminar. Al igual que en el caso anterior, para la elaboración de la tabla de autorregulación se decidió destacar las conductas que O. debe realizar para que no se presenten las mordeduras o los golpes.

Cuando llegamos a la clase de integración lo primero que hacemos es leer esta tabla de autorregulación. Después de que el niño lea “O. está contento y tranquilo para tener móvil”, le pregunto: “¿cómo hay que trabajar para conseguir el móvil?”, y él me dice: “contento y tranquilo”. En ese momento yo le digo: “muy bien, si trabajas contento y tranquilo tendrás móvil”. Al igual que en el caso de la realización de la ficha, le hago que repita cómo debe comportarse para conseguir el refuerzo, de esta manera se concienza con mayor profundidad de lo que le estoy pidiendo.

Durante la integración el niño debe realizar actividades adaptadas a su intelecto, ya que está en una clase de 2º de primaria y no llega a entender la mayoría de las explicaciones, es por eso

que precisa de un material específico aunque esté en clase con otros niños. Debido a su limitado intelecto no puede intervenir muchas veces en clase pero, aún así, el profesor le saca alguna vez que otra a la pizarra. A O. le gusta salir a la pizarra y participar en clase, dentro de sus límites; esta situación no es algo que le altere y que provoque las conductas que queremos eliminar. Lo que realmente lleva a que empiece a morderse o a pegarse es, al igual que durante la realización de la ficha, que cometa alguna equivocación y tenga que rectificar lo que ha hecho. Por tanto, como se hace en el caso de la ficha, para que tenga un estado de ánimo más relajado en momentos de tensión se le dice la misma frase “se borra y no pasa...” y él contesta “nada”. La mayoría de las veces esto sirve para que deje de estar alterado, pero hay ocasiones en que la situación le ha creado demasiada frustración. Cuando pasa esto y aparecen los golpes y las mordeduras, no se le deja el móvil. En esta situación, cuando se acaba la hora de integración, se le dice con tono relajado “O. hoy has estado un poco nervioso, no has trabajado tranquilo y contento por lo que no puedes tener el móvil”. El niño entiende perfectamente que no puede recibir el refuerzo si no ha estado tranquilo, por lo que no se queja cuando no se le deja ya que comprende que no se lo ha ganado.

Por otra parte, cuando O. durante la integración no se ha pegado ninguna vez y se ha mordido un número inferior a 5 veces, sí consigue el refuerzo. En esta situación se le pregunta: “¿cómo ha trabajado O. en integración?”, y él dice: “contento y tranquilo”. Entonces se le dice: “¿y si has estado contento y tranquilo, qué tienes?”, a lo que él responde: “móvil”. Después de esto, se le deja dos minutos el móvil para premiarlo por estar relajado durante la integración. Cabe señalar que se ha observado que el niño desde el primer momento entendió el método que decidimos utilizar, lo que debía hacer para conseguir el refuerzo, facilitando que hayan disminuido las conductas problema de manera considerable.

3. Resultados.

A continuación se exponen los resultados del registro de las autolesiones realizado durante la intervención. El registro se ha organizado en dos gráficas en las que aparecerá, por una parte, la cantidad de veces que O. se muerde y, por otra, la cantidad de veces en las que se pega a sí mismo.

3.1. Resultados de la conducta de las mordeduras.

La Figura 3 nos muestra el número de veces que el niño se muerde tanto en la hora de integración como en la realización de la ficha durante cada semana de la intervención. Se puede ver en el gráfico las dos fases en las que se ha dividido el estudio, utilizando una semana como registro de línea base y ocho semanas de intervención. La línea roja del gráfico representa el número de veces que se muerde durante los 15 minutos que le lleva realizar la ficha; por su parte, la línea azul del gráfico representa el número de veces que se muerde durante la hora de integración en el aula ordinaria. El registro diario de las mordeduras está disponible en el Anexo 1.

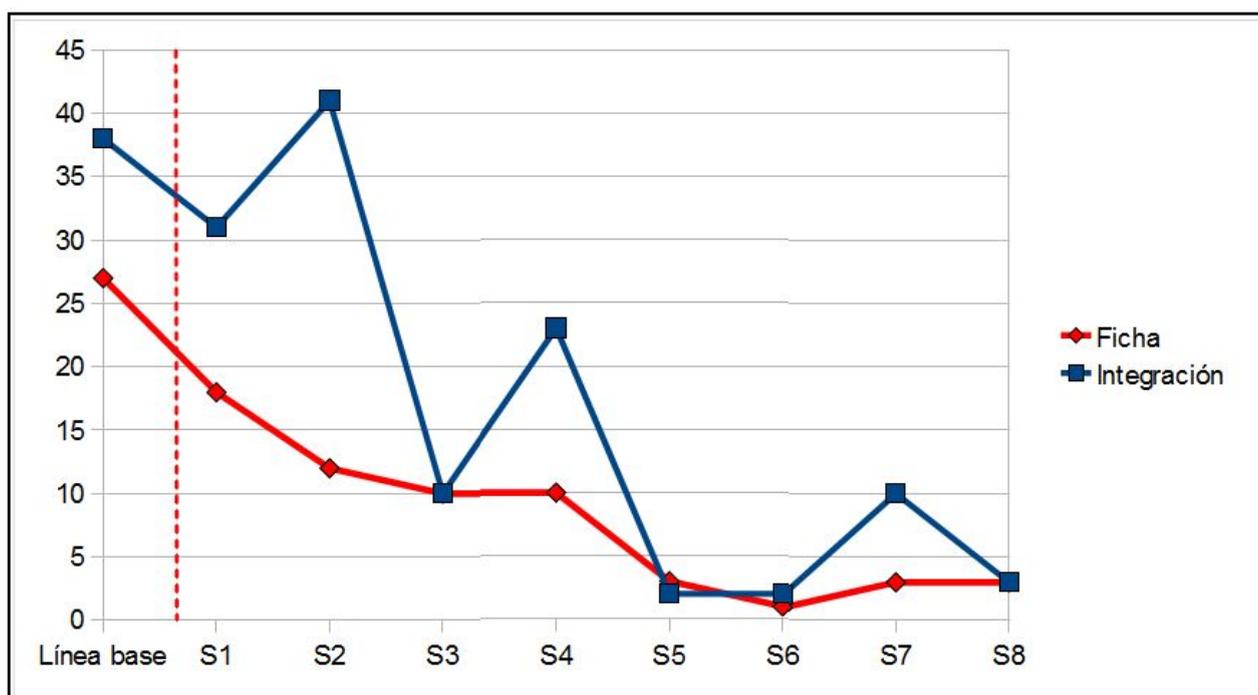


Figura 3. Frecuencia de las mordeduras durante la realización de la ficha y la hora de integración.

Cómo se puede observar en el gráfico anterior, se produce una disminución considerable de la conducta autolesiva en ambas situaciones, tanto en la hora de integración en el aula específica como en la realización de la ficha. A continuación se explicarán los resultados con más detalle según cada una de las situaciones elegidas para el estudio:

3.1.1. Realización de la ficha:

Durante la semana de la línea base se produce un número total de 27 mordeduras en los quince minutos que se tarda en hacer la ficha, siendo este el pico más alto de la gráfica. A continuación, podemos ver que desde que se implanta la intervención va disminuyendo poco a poco la conducta de morderse, hasta obtener un número total de tres veces en las últimas dos semanas de registro.

En general podemos decir que la intervención ha sido eficaz, ya que la conducta ha disminuido de manera considerable desde un inicio con casi 30 mordeduras a solo registrarse 3 durante la última semana.

3.1.2. Integración en un aula ordinaria.

Podemos observar que durante la semana de la línea base se produce una cantidad total de 38 mordeduras, siendo el segundo pico más alto que aparece en la gráfica. En la semana 1, una vez implantada la intervención ya empieza a haber una disminución del número de mordeduras que se producen, pero en la semana 2 aumenta considerablemente la conducta de morder, siendo el pico más alto de toda la gráfica. Esto es debido a que O. tuvo un día de esa semana muy alterado en clase, debido a un fallo que tuvo escribiendo una palabra, llegando a morderse el mayor número de veces de todo el registro. Más adelante, en la semana 3 se reduce la conducta registrada, pero en la siguiente semana vuelve a aparecer un pico considerable. En la semana 4, O. estuvo muy alterado debido a la utilización de una caja de lápices de colores a los que se les rompía la punta repetidamente; cada vez que el niño pintaba el lápiz se quedaba sin punta y provocaba que recurriera a la autolesión, volviendo otra vez a aumentar la conducta disruptiva. Debido a esto, dejamos de utilizar esa caja de lápices y los reemplazamos por otros de mayor calidad que no se rompían con tanta facilidad lo que provocó un nuevo descenso en las siguientes semanas de intervención. Desde la semana 5 hasta la semana 8 la conducta disminuye considerablemente respecto a la línea base, aunque hay un pequeño pico en la semana 7 que fue debido a que un día de esa semana de registro los niños del aula ordinaria estaban bastante alterados en clase, lo que produjo que O. se pusiera un poco nervioso.

En conclusión, se podría decir que hemos obtenido resultados exitosos con la intervención, ya que la conducta de morderse ha disminuido de presentarse en la línea base con una cantidad de 38 mordeduras a solo aparecer 3 en la última semana.

3.2. Resultados de la conducta de golpearse.

A continuación, la Figura 4 nos muestra el número de veces que O. se golpea en las dos situaciones que se han usado para el registro, la hora de integración en el aula ordinaria y la realización de la ficha, presentándose la frecuencia de la conducta en las distintas semanas que se ha realizado la intervención. La gráfica está compuesta por una semana de línea base, en la que se registra con qué frecuencia aparece la conducta normalmente y, a continuación, se presentan las 8 semanas en las que se ha realizado la intervención. La línea roja representa la cantidad de veces que el niño lleva a cabo la conducta disruptiva durante la realización de la ficha; por su parte, la línea azul nos muestra el número de veces que se lleva a cabo dicha conducta durante la hora de integración en el aula ordinaria. El registro diario de los golpes está recogido en el Anexo 2.

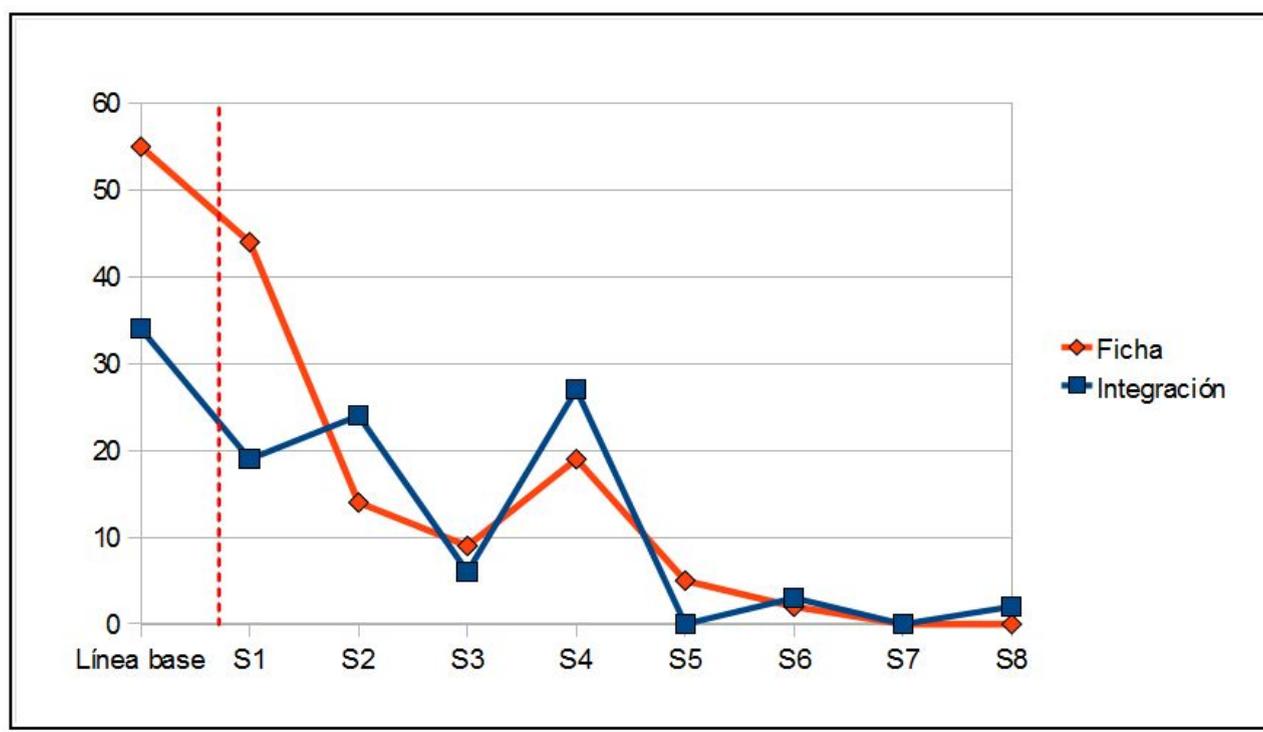


Figura 4. Frecuencia de los golpes durante la realización de la ficha y la hora integración.

El gráfico anterior nos muestra una considerable reducción de la conducta autolesiva en las dos situaciones en las que se ha realizado el registro. A continuación, los resultados obtenidos serán explicados con más detalle:

3.2.1. Realización de la ficha.

Los resultados obtenidos en la línea base nos muestran un número total de 55 en los 15 minutos que se realiza la ficha durante cada día de esa semana. A partir de la siguiente semana, se empieza a llevar a cabo la intervención dando lugar a una disminución de la conducta disruptiva. Desde la semana 1 ya empezamos a ver cómo se reduce la conducta que queremos eliminar. Por otra parte, debemos mencionar un pico que aparece en la gráfica en la semana 4. Como ya indicamos en la gráfica anterior, en esta semana O. utilizó una caja de lápices de colores a los que se les rompía la punta constantemente provocando que el niño se alterase y recurriera a los golpes. Durante las siguientes semanas se reemplazó la caja de lápices por otra de mayor calidad y se puede ver cómo vuelve a disminuir la conducta. Cualquier situación que altere al niño provoca estos picos inesperados en nuestra intervención, pero los resultados de las siguientes semanas nos muestran una bajada considerable de la conducta.

En concreto, podemos decir que la intervención ha sido bastante exitosa ya que se ha pasado de registrar un total de 55 golpes en la línea base a no aparecer ninguno en las últimas semanas de intervención.

3.2.2. Integración en un aula ordinaria.

La línea base en este caso nos muestra un total de 34 golpes durante la hora de integración en el aula ordinaria, siendo ésta la semana con mayor frecuencia de la conducta disruptiva. La intervención comienza a partir de la siguiente semana, donde ya vemos una reducción del número de golpes que O. se produce, aunque hay un pequeño aumento de la conducta durante la semana 2, en la que se registran 5 golpes más que en la semana 1. A continuación, en la semana 3 volvemos a ver una reducción considerable de la conducta pero vuelve a aparecer un incremento del número de golpes en la semana 4, los cuales se debieron, como ya hemos señalado anteriormente, a la utilización de los lápices que se rompían. Una vez reemplazados estos por otros de mayor calidad, podemos ver que la conducta vuelve a reducirse de manera considerable en las siguientes semanas.

En conclusión, podemos decir que aquí la intervención también ha obtenido buenos resultados; se ha pasado de presentarse 34 golpes en la línea base a solo manifestar 2 golpes en la última semana.

4. Discusión general.

Los resultados obtenidos en este estudio nos muestran que se han cumplido los objetivos marcados al inicio del mismo; es decir, la intervención que se ha llevado a cabo para la disminución de las conductas autolesivas de O. ha sido eficaz. Se ha utilizado el mismo tratamiento para ambas conductas, tanto para la aparición de las mordeduras como de los golpes y éste ha ayudado notablemente a que se reduzcan. En general, podemos decir que la utilización del móvil como reforzador de la conducta de estar tranquilo ha ayudado considerablemente a disminuir la aparición de ambas conductas desadaptativas. Cabe indicar que una vez establecido el apego con el niño fue más fácil trabajar con él. Al ser un niño tan rígido mentalmente le cuesta bastante asumir los cambios y quizás trabajar conmigo le afectó hasta que se acostumbró a mi presencia.

En cuanto a la realización de la ficha, hay que señalar que durante la primera semana (semana de línea base) O. tenía unas rabietas muy fuertes en las que no solo se autolesionaba, sino que comenzaba a llorar y a chillar porque se sentía frustrado. Quizás uno de los factores que influyeron en manifestar dichas rabietas fue, tal y como ya se ha señalado, hacer la ficha conmigo ya que para él era un cambio tener a una profesora diferente con la que trabajar. El mayor inconveniente de realizar la ficha con O. era que éste no aceptaba ninguna rectificación, incluso la presencia de la goma (que simboliza borrar ante un error) le incomodaba por su significado. Sin embargo, poco a poco y con ayuda del refuerzo social administrado, fue aceptando las correcciones. La utilización de la frase “se borra y no pasa nada” para facilitar la aceptación de los errores fue un buen método para reducir su ansiedad ante las rectificaciones. Este tipo de recursos son muy útiles en el caso de O. para prevenir la aparición de las autolesiones y reducir su rigidez mental. Aunque éste no fue en un principio el objetivo principal de este estudio, dicho refuerzo social ha sido un método útil que se puede seguir usando para reducir las conductas disruptivas en otros ámbitos. Otro factor importante que afectaba mucho a O. cuando realizaba la ficha era el tiempo que hacía en ese momento; una de las actividades de la ficha consiste en poner el tiempo que hace y O. no soporta que llueva y no haga sol, le cuesta aceptarlo por lo que en los días lluviosos las conductas autolesivas volvían a aumentar. En esta situación, el reforzador ha ayudado a que la conducta, a pesar de presenciar un entorno incómodo para él (la lluvia), no aparezca con tanta frecuencia en esos 15 minutos de trabajo.

Durante las primeras semanas de integración estuvo bastante nervioso y recurría a las conductas de autolesión. Tener que realizar una actividad diferente, como es ir a un aula que no es

la suya, ya es un cambio importante para él. Le costó aceptar ese nuevo entorno en su horario, pero poco a poco y con ayuda del reforzador administrado tras presentar la conducta adaptativa de estar tranquilo, se empezó a sentir más cómodo en el aula ordinaria. Las conductas disruptivas fueron disminuyendo con el tiempo menos en la semana 4 donde, como hemos dicho antes, hay un aumento del comportamiento autolesivo. Por desgracia, el uso de los lápices de colores que se rompían con facilidad provocaron un estado alterado en O. que interrumpió el buen transcurso del estudio. A pesar de esto, los golpes y las mordeduras siguieron disminuyendo en las siguientes semanas hasta llegar a cero en muchas ocasiones. Al principio el niño no estaba muy cómodo en clase por el hecho de ser un entorno diferente para él, sin embargo, poco a poco empezó a disfrutar de la compañía de los demás compañeros, llegando incluso a intervenir en clase saliendo a la pizarra o contestando a alguna pregunta que le hacía el profesor.

En concreto, podemos decir que las conductas que se querían eliminar se han reducido de manera considerable en ambas situaciones. Sin embargo, hay otras actividades de clase en las que se altera, por lo que es recomendable seguir con el tratamiento abarcando otros momentos de clase que no se han tratado para conseguir reducir los comportamientos autolesivos de manera más generalizada.

En el caso de O. hay que mencionar también que siempre ha sido un niño muy limitado por su inflexibilidad ante cualquier cambio por muy insignificante que parezca. Desde pequeño ha tenido dificultad para jugar y relacionarse con los demás aunque actualmente, durante el recreo, juega todos los días con dos niños a la pelota, lo cual es un gran avance ya que años atrás lo único que hacía era dar vueltas en el patio siguiendo con su mano la pared. En el caso de las excursiones, ha resultado difícil hacer disfrutar al niño de estas actividades fuera del colegio. Para él era muy difícil asimilar salir del centro escolar y hacer actividades diferentes a las habituales, se alteraba incluso cuando tenía que subirse al autobús, lo que provocaba inestabilidad en el grupo de clase. Hoy en día, el niño tiene más facilidad para aceptar las salidas del colegio e, incluso, disfruta de muchas de ellas y de la compañía de los demás compañeros.

Es muy importante utilizar estos recursos para facilitar a los niños con TEA un mayor desarrollo de la flexibilidad; tanto la integración en el aula como las excursiones exponen a los niños a situaciones diferentes y a relacionarse con los demás compañeros que es algo fundamental que necesitan. La exposición a otros entornos fomenta sus destrezas sociales. Es importante sacarles de la rutina, estructurando muy bien las nuevas actividades, para facilitar su adaptación y, además,

conseguir que poco a poco desarrollen sus habilidades para hacer una vida más normalizada, para la cual necesitan integrarse en la sociedad. Es por ello que es muy importante la hora diaria que tienen de integración en un aula ordinaria y la media hora de juego en el recreo. Estas situaciones ponen a prueba a los niños con TEA, ya que cada vez que necesitan algo tienen que comunicarse con los demás y hacer uso de sus habilidades sociales. Por otra parte, hay que destacar la importancia de las excursiones, en las que los niños salen del entorno habitual (el colegio) y están expuestos a otras situaciones en las que deben de establecer relación con otros niños y comunicarse con ellos, lo que nos lleva a una mayor integración social.

Por último, debemos señalar que es de vital importancia exponer a estos niños a situaciones de la vida cotidiana para fomentar su autonomía, como es comprar una bolsa de chucherías, asearse ellos mismos sin ayuda, hacer su cama, hacer deberes del colegio solos, etc. Este tipo de actividades ayuda a que los niños con TEA lleguen a tener una vida más autónoma y normalizada. En el caso de O. este tipo de actividades ha ayudado mucho a que avance considerablemente, a que desarrolle sus habilidades sociales y no dependa tanto de las figuras paternas o del personal del colegio para realizar tareas que puede hacer de manera autónoma.

5. Referencias bibliográficas.

- Aguilera, M. C. (2010). *Manual de apoyo a docentes: educación de estudiantes que presentan trastornos del espectro autista*. Santiago de Chile: SDL impresiones.
- Alcamí, M. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental*. Madrid: Gráficas Crutomen.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bravo, A. (2011). *Alumnado con trastorno del espectro autista*. Barcelona: Graó.
- Cuxart, F. (2000). *El Autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe.
- Giraldo, A. M. (2014). La psicopatología del trastorno del espectro autista en perspectiva de segunda persona. *Pensamiento Psicológico*, 12 (1), 183-194.
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Madrid. Editorial Alianza.
- Jodra, M. (2015). *Cognición temporal en personas adultas con autismo: un análisis experimental*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

-Miguel, A. M. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Revista Electrónica Teoría de la educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 7 (2), 169-183.

-Morant, A. (2001). *Trastornos generalizados del desarrollo. Una perspectiva neuropediátrica*. Confederación Asperger España. Recuperado de https://www.asperger.es/articulos_detalle.php?id=181Trastornos%20generalizados%20del%20desarrollo.%20Una%20perspectiva%20neuropedi%20E1trica

-Olmedo, C. (2008). La evolución del término autismo. *Innovación y Experiencias Educativas*. Recuperado de: http://.csi-csif.es/andalucia/modules/mod-ense/revista/pdf/Numero_9/CATALINA_OLMEDO_1.pdf

-Pérez, M. A. (2013). *TEA. Trastorno del Espectro Autista*. Universidad de Alicante, Alicante. Recuperado de: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30496/1/TEA.%20Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

-Riviere, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid. Editorial: Trotta.

-Taylor, P. (2015). *Trastornos del espectro autista: guía básica para educadores y padres*. Madrid: Narcea Ediciones.

-Torras, M. (2015). *Trastornos del Espectro Autista*. Universidad Internacional de Valencia, Recuperado de: <http://apacv.org/wp-content/uploads/2015/07/trastornos-espectro-autista-estrategias-educativas-para-ninos-con-autismo.pdf>

-Tortosa, F. (2004). *Intervención Educativa en el alumnado con Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado de: <http://www.psie.cop.es/uploads/murcia/Intervenci%C3%B3n%20TEA.pdf>

Anexo 1. Registro diario de la conducta de morderse.

Semana	Día	Ficha	Integración
Línea base	27 de marzo	3	11
	29 de marzo	7	14
	30 de marzo	17	13
-	-	-	-
Semana 1	3 de abril	8	13
	4 de abril	2	3
	6 de abril	2	6
	7 de abril	6	9
-	-	-	-
Semana 2	19 de abril	4	12
	20 de abril	3	26
	21 de abril	5	3
-	-	-	-
Semana 3	25 de abril	2	5
	26 de abril	3	3
	27 de abril	2	1
	28 de abril	3	1
-	-	-	-
	2 de mayo	0	5

Semana 4	3 de mayo	9	4
	4 de mayo	0	8
	5 de mayo	1	6
-	-	-	-
Semana 5	9 de mayo	0	1
	10 de mayo	2	0
	11 de mayo	1	1
-	-	-	-
Semana 6	15 de mayo	0	1
	16 de mayo	1	2
	17 de mayo	0	1
-	-	-	-
Semana 7	23 de mayo	2	3
	24 de mayo	0	0
	25 de mayo	1	4
-	-	-	-
Semana 8	29 de mayo	2	2
	30 de mayo	0	1
	31 de mayo	1	0

Anexo 2. Registro diario de la conducta de golpearse.

Semana	Día	Ficha	Integración
Línea base	27 de marzo	14	6
	29 de marzo	9	15
	30 de marzo	32	13
-	-	-	-
Semana 1	3 de abril	29	2
	4 de abril	10	2
	6 de abril	0	6
	7 de abril	5	9
-	-	-	-
Semana 2	19 de abril	6	7
	20 de abril	6	17
	21 de abril	2	0
-	-	-	-
Semana 3	25 de abril	0	2
	26 de abril	1	2
	27 de abril	5	0
	28 de abril	3	0
-	-	-	-
	2 de mayo	0	5

Semana 4	3 de mayo	16	8
	4 de mayo	0	8
	5 de mayo	3	6
-	-	-	-
Semana 5	9 de mayo	0	0
	10 de mayo	4	0
	11 de mayo	1	0
-	-	-	-
Semana 6	15 de mayo	0	1
	16 de mayo	2	2
	17 de mayo	0	0
-	-	-	-
Semana 7	23 de mayo	0	0
	24 de mayo	0	0
	25 de mayo	0	0
-	-	-	-
Semana 8	29 de mayo	0	1
	30 de mayo	0	0
	31 de mayo	0	1