



ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO
(Applied Behavior Analysis - ABA)
Y AUTISMO

Autor: Claudia Noemí Cocimano

Tutor: Dr. Manuel Rotman

Asesoramiento teórico: Lic. Cynthia D'Agostino

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEORICO.....	4
3.1. Definición del autismo: antecedentes históricos y evolución.....	4
3.2. Tratamientos del autismo.....	10
3.3. Conductas inapropiadas.....	13
3.4. El Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis – ABA).....	16
3.4.1. Surgimiento. Definición. Principios.....	16
3.4.2. Reforzadores.....	18
3.4.3. Estructuración del ambiente.....	19
3.4.4. Técnicas.....	20
3.4.5. Tratamiento de las conductas inapropiadas.....	22
3.4.6. Análisis funcional.....	23
3.5. Adultos autistas y las técnicas ABA.....	25
4. METODOLOGÍA.....	26
4.1. Participante.....	26
4.2. Instrumentos.....	27
4.2.1. Observación participante.....	27
4.2.2. Hoja de registro específico para el análisis funcional (Tabla ABC).....	27
4.3. Procedimiento.....	28
5. DESARROLLO.....	28
5.1. Técnicas ABA según los tipos de conductas problemáticas en el autismo.....	28
5.1.1. Conductas autolesivas.....	29
5.1.2. Conductas agresivas.....	30
5.1.3. Estereotipias y autoestimulaciones.....	30
5.1.4. Hiperactividad.....	31
5.1.5. Rabietas.....	32
5.2. Técnicas ABA aplicadas a las conductas problemáticas de un adulto autista.....	33
5.2.1. Extinción.....	33
5.2.2. Reforzamiento diferencial de otra conducta.....	34
5.2.3. Time out.....	34
5.2.4. Hipercorrección.....	35
5.3. Análisis funcional de una conducta problemática en un adulto autista.....	35
5.3.1. Definición operativa de la conducta.....	35
5.3.2. Tabla ABC.....	36
5.3.3. Medición de los datos cuantitativos.....	40
5.3.4. Análisis de los datos cualitativos.....	42
6. CONCLUSIONES Y DISCUSION.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio surge de la integración teórico-práctica del proceso de 320 horas llevado a cabo en la Fundación de asistencia e investigación en autismo (F en adelante) entre mayo y agosto de 2008, en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional.

En F residen para su tratamiento personas adultas con trastornos del desarrollo quienes a lo largo del día se realizan diversas actividades tales como desayuno, almuerzo y cena, armado del cronograma, trabajo académico uno a uno, actividad física, actividades recreativas y salidas con fines educativos.

La misión que se propone F es capacitar o preparar a sus pacientes para el desempeño individual y autónomo y para lograr la mayor integración social posible. Entre sus objetivos específicos, propone el desarrollo de habilidades personales (autovalimiento, aseo, vestimenta); habilidades para la interacción social (salidas al cine, supermercado, viajes en transporte público); educativas (trabajo personalizado y en grupo, juegos de mesa, huerta, informática); habilidades para la comunicación (PECS, habla signada); psicomotricidad (gimnasia, hidroterapia) y habilidades para la ocupación (trabajar fuera de la institución con supervisión).

Como objetivos generales, la institución se propone continuar desarrollando programas de estimulación neurocognitiva, control de conductas inadecuadas y desarrollo de conductas que permitan la inserción social, y estimular al joven a fin de lograr su bienestar emocional y la adquisición de independencia y desempeño en nuestro medio.

A partir de la observación de las técnicas empleadas, en el presente trabajo se estudia la utilización de las técnicas provenientes del Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Análisis-ABA) en el tratamiento del autismo, tomando como referencia un caso particular.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar la utilización de las técnicas provenientes del ABA para el tratamiento psicoterapéutico de conductas inapropiadas en el trastorno autista, en pacientes adultos.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Describir las técnicas de tratamiento derivadas del ABA según los tipos de conductas problemáticas frecuentes en el trastorno autista.
- 2.2.2. Analizar la implementación de las intervenciones psicoterapéuticas de extinción, reforzamiento diferencial, tiempo fuera e hipercorrección -provenientes del ABA- con relación a las conductas inapropiadas observadas en un paciente adulto.
- 2.2.3. Definir y observar una conducta inapropiada particular del paciente durante 10 días, a fin de presentar un análisis funcional de la misma de acuerdo a los lineamientos del ABA.

3. MARCO TEORICO

3.1. Definición del autismo: antecedentes históricos y evolución

El autismo fue definido por primera vez por Kanner (1943), y en aquellos estudios ya se distinguían en la definición los tres núcleos de trastornos del autismo vigentes actualmente: (1) trastorno cualitativo de la relación, (2) alteraciones de la comunicación y del lenguaje, y (3) falta de flexibilidad mental y comportamental (Rivière, 2001a).

En 1997, en su conferencia sobre Desarrollo normal y Autismo, Rivière menciona tres épocas principales de estudio del autismo hasta ese momento: los primeros veinte años a partir de Kanner, en los que el autismo es considerado un trastorno producido por factores emocionales inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza, prevaleciendo las concepciones psicodinámicas; una segunda época hasta 1983, en la que se modifica la imagen científica del autismo y comienzan a dejarse de lado las hipótesis basadas en la existencia de alteraciones afectivas: en base a investigaciones empíricas rigurosas y controladas, se plantea la existencia de alteraciones cognitivas más que afectivas, surgiendo el tratamiento educativo como principal recurso. Y una tercera y última etapa, en la que se modifican significativamente las explicaciones y los tratamientos y se da un giro hacia una perspectiva evolucionista y no sólo psicopatológica del trastorno: aparece la Teoría de la Mente, a partir de la cual se explica que en el autismo existe una incapacidad específica para atribuir estados mentales a otras personas, y los procedimientos para el tratamiento del autismo se caracterizan por utilizar técnicas educativas más naturales centradas en la comunicación

como núcleo esencial del desarrollo y más respetuosas de los recursos y capacidades de las personas autistas. Finalmente, se presenta la necesidad tanto teórica como práctica de considerar el trastorno desde la perspectiva del ciclo vital completo y no sólo como una alteración propia de la niñez. Esto se pone de manifiesto en la inclusión del autismo dentro de los trastornos del desarrollo en el DSM-III, creándose de este modo una categoría para diferenciarlo tanto de la esquizofrenia o psicosis infantil, como de los trastornos específicos del desarrollo (en los que se ve afectada generalmente una sola función y no diversas funciones como en los TGD).


Las tres dimensiones antes mencionadas como núcleos del autismo, se incluyen en las definiciones diagnósticas más empleadas en la actualidad: el DSM-IV TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) y la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003).


El Trastorno autista se encuentra en el DSM-IV TR como un subtipo de los llamados Trastornos generalizados del desarrollo (TGD) acompañado de otros trastornos conocidos como Síndrome de Rett (trastorno de sustrato genético que afecta a niñas), Trastorno desintegrativo en la infancia (trastorno que se manifiesta también en los primeros años de vida y tras un período de desarrollo normal), Trastorno de Asperger (trastorno algo menos discapacitante, que no presenta retraso general del lenguaje clínicamente significativo), y los TGD Atípicos o sin especificar, el grupo más numeroso en la práctica clínica (García Coto, 2007).


Para elaborar un diagnóstico de trastorno autista según el DSM-IV TR deben cumplirse:

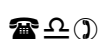
a. Un total de seis (o más) elementos de (1), (2), y (3), con al menos dos de (1), y uno de cada (2) y (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

 importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

 incapacidad para desarrollar las relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo

 ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (e.g. no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

 falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- ☎️🗣️Ⓛ retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- ☎️🗣️Ⓛ en individuos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- ☎️🗣️Ⓛ utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- ☎️🗣️Ⓛ ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- ☎️🗣️Ⓛ preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restringidos de interés que resulta anormal, en intensidad o en su objetivo
- ☎️🗣️Ⓛ adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- ☎️🗣️Ⓛ manierismo motores estereotipados y repetitivos (e.g. sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- ☎️🗣️Ⓛ preocupación persistente por partes de objetos

- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil.

En la ICD-10 este trastorno viene recogido con el nombre de Autismo infantil, con criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales (APA, 2000), y se lo incluye también entre los Trastornos generalizados del desarrollo, los cuales son definidos como un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación, y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. En esta clasificación, el Autismo infantil viene acompañado por Autismo atípico, Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia, Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, Síndrome de Asperger, y Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

Cabe aclarar, que las clasificaciones del DSM-IV TR y la ICD-10 no agotan la descripción de las áreas afectadas que pueden observarse en la clínica del autismo, dado que los diagnósticos psicopatológicos son demasiado inespecíficos debido a su complejidad y a la falta de causas simples (García Coto, 2008).

Desde este punto de vista, es necesario tener en cuenta otros aportes nosológicos relacionados con el autismo como los propuestos por Lorna Wing quien dio origen al concepto de Espectro Autista (Wing & Gould, 1979), y por Angel Rivière quien ha ampliado este concepto a lo largo de sus estudios. Ambos autores han considerado otras dimensiones que no aparecen explícitamente como criterios en los manuales de diagnóstico.

Wing (1998) diferenció cuatro dimensiones principales de variación en el Espectro Autista (EA): (1) trastorno en las capacidades de reconocimiento social, (2) trastorno en las capacidades de comunicación social, (3) trastorno en las destrezas de imaginación y comprensión social (que conforman la llamada Tríada de Wing) y (4) patrones repetitivos de actividad.

Dos ideas interesantes y con consecuencias importantes pueden extraerse del estudio de Wing y Gould: (1) el autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas que puede asociarse a muy distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados; y (2) hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas sin ser propiamente cuadros de autismo (Martos Pérez, 2001).

Rivière (1997b) ha elaborado con mayor profundidad el concepto de TEA. Según afirma Martos Pérez, la consideración del autismo como un continuo de diferentes dimensiones (y no como una categoría única y bien definida) que se presenta en diversos grados y en diferentes cuadros del desarrollo, permite reconocer a la vez lo que hay de común y diferente entre las personas autistas, es decir comprender que todos presentan alteraciones en mayor o menor grado en una serie de aspectos o dimensiones.

Las relaciones que se establecen entre el autismo, como trastorno nuclear y prototípico, los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos del espectro autista pueden observarse en la Figura 1. En primer lugar, todo diagnóstico de autismo es también un TGD y un TEA; en segundo lugar, no se puede asumir que un TGD sea estrictamente un cuadro de autismo, si bien sigue siendo un TEA; y por último, un niño con TEA, no puede ser entendido ni como un TGD ni como cuadro de autismo (Martos Pérez, 2001).

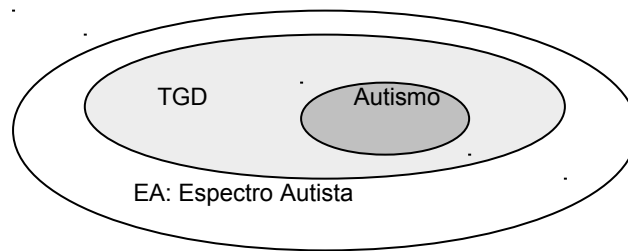


Figura 1: Relaciones entre Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Espectro Autista (Martos Pérez, 2001)

El Inventario de Espectro Autista (IDEA) desarrollado por Rivière, distingue un conjunto de doce dimensiones que se encuentran alteradas en aquellas personas que se consideran dentro del EA, cada una de las cuales incluye a su vez 4 niveles de afectación que van de trastornos más severos a menos severos.

Las doce dimensiones que señala Rivière (1997b) son: (1) trastorno cualitativo de la relación social, (2) trastorno de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas), (3) trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas, (4) trastorno de las funciones comunicativas, (5) trastorno cualitativo del lenguaje expresivo, (6) trastorno cualitativo del lenguaje receptivo, (7) trastorno de las competencias de anticipación, (8) trastorno de la flexibilidad mental y comportamental, (9) trastorno del sentido de la actividad propia, (10) trastorno de la imaginación y de las capacidades de ficción, (11) trastorno de la imitación y (12) trastorno de la suspensión (capacidad de hacer significantes).

Rivière señala a su vez, seis factores principales de los que dependen la naturaleza y expresión concreta de las alteraciones que presentan las personas con TEA en las dimensiones que están alteradas: la asociación o no del autismo con retraso mental, la gravedad del trastorno que presentan, la edad (el momento evolutivo de la persona), el sexo (el trastorno autista afecta con menos frecuencia pero con mayor grado de alteración a mujeres que a hombres), la adecuación y eficacia de los tratamientos utilizados y experiencias de aprendizaje, y el compromiso y apoyo de la familia.

García Coto (2007) sostiene que a los TGD incluidos en los manuales diagnósticos, podrían agregarse dentro del EA, una serie de cuadros clínicos que no figuran en los mismos: el Fenotipo autista ampliado (característica de personalidad con rasgos de inhabilidad social), el Trastorno del aprendizaje de las habilidades no-verbales o

Síndrome hemisférico derecho (trastorno que tal vez padezcan niños que fracasan en el circuito escolar común), el Trastorno semántico-pragmático (interés por parte de estos niños en comunicarse con las personas sin saber que para hacerlo es importante transmitir contenidos en el lenguaje), el SELD, trastorno específico del desarrollo del módulo socioemocional (aparente hipersociabilidad sin tener en cuenta lo que el otro piensa o siente), y el DAMP (déficit de la atención, de la percepción y del desarrollo de la coordinación motriz), entre otros.

La noción de un TEA que puede asociarse a diversas clases de alteraciones, puede ser muy útil desde el punto de vista clínico y para una perspectiva educativa. En el primer aspecto, permite descubrir un orden por debajo de la desconcertante heterogeneidad de los rasgos autistas; en el segundo, ayuda a comprender cómo pueden evolucionar previsiblemente, a través del proceso educativo, las personas con autismo o cuadros relacionados. También hace ver la necesidad de prever recursos (e.g., especialización en ciertos cuadros) que no sólo pueden ser aplicables a los casos de autismo en sentido estricto, sino también a un grupo más amplio de personas que, sin ser autistas, presenten rasgos de incapacidad social, alteración comunicativa, inflexibilidad, deficiencia simbólica y dificultad para dar sentido a la acción propia (Rivière, 2001a).

Estudios actuales consideran el lenguaje como un aspecto central a ser tenido en cuenta en las investigaciones que se lleven a cabo para la comprensión y tratamiento del trastorno autista (Rivière, 2001c). Partiendo del hecho de que en el autismo la adquisición del lenguaje no se da por sí sola, es imprescindible una enseñanza explícita del lenguaje y la comunicación con metodología activa, ya que un mínimo adelanto en este sentido puede cambiar la mente y el desarrollo de una persona con autismo: el darse cuenta de que puede conseguir cosas a través de las personas puede ser un avance espectacular (e.g., llevar de la mano a la persona hasta el objeto que desea). Rivière destaca además la importancia del aspecto funcional del lenguaje como punto fundamental por sobre el código o la estructura del mismo: tener en cuenta el contexto funcional para que en las situaciones naturales del niño o adulto se produzca el máximo nivel de actividad comunicativa.

Si bien el autismo sigue constituyendo en gran parte un enigma y un reto para la comunidad científica, es notable el crecimiento exponencial en la literatura e investigaciones en las últimas dos décadas. Martos Pérez (2001) atribuye estos avances a diversos factores, entre los cuales destaca: los adelantos en la investigación

neurobiológica, el refinamiento progresivo en las explicaciones psicológicas y los hechos experimentales con los que cuentan, la consideración del autismo como un trastorno del desarrollo y la introducción del concepto de espectro autista, el diseño cada vez más eficaz de procedimientos de intervención educativa y de evaluación y diagnóstico, el consenso interprofesional cada vez más ajustado, la información que desde dentro del trastorno proporcionan las personas con autismo, la incorporación de la información retrospectiva que proporcionan las familias para la comprensión del trastorno y finalmente, la presión que ejercen las organizaciones nacionales e internacionales de padres y afectados para garantizar una adecuada calidad en los servicios que se precisan a lo largo del ciclo vital.

3.2. Tratamientos del autismo

Considerando la evolución del concepto de autismo, puede observarse que tanto su entendimiento histórico como su caracterización en el desarrollo conllevan una serie de transformaciones tanto en su comprensión como en su intervención (Cuxart, 2002).

En los primeros años, a partir de la definición elaborada por Kanner, prevalecieron las hipótesis psicogénicas que postulaban que madres y/o padres incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza, producían una alteración grave del desarrollo de niños que hubieran sido potencialmente normales sin esa perturbación emocional y de relación; se sostenía la teoría de que el autismo se debía a un estilo parental frío y mecánico (Rivière, 2001a). En esta época, Bettelheim encuentra la causa del autismo en las primeras experiencias vividas por el niño, describiendo los momentos del desarrollo en los que éste puede convertirse en autista, consecuencia de su frustración e incapacidad ante un entorno ausente o impredecible (Mesibov, 2004).

Los tratamientos propuestos entonces consistían en psicoterapias dinámicas de establecimiento de lazos emocionales sanos para ayudar a los niños autistas, enfocadas a la reconstrucción del desarrollo psíquico de la persona, orientaciones que a lo largo de los años no lograron conseguir ninguna terapéutica efectiva (Cuxart, 2002).

Descartadas las hipótesis psicodinámicas por falta de justificación empírica por una parte, y debido a las investigaciones realizadas que asociaban al autismo con trastornos neurobiológicos por otra, a mitad de los años setenta comenzaron a aparecer otras tendencias en los tratamientos (Rivière, 2001a).

El desarrollo de las técnicas de modificación de la conducta operante permitió el surgimiento de los primeros programas terapéuticos conductuales aplicados al autismo, que según Cuxart (2002) en sus comienzos alternaron éxitos en áreas como la autonomía personal o las conductas problemáticas a partir de la manipulación de variables del entorno, con fracasos en el tratamiento de los síntomas nucleares de alteración de las relaciones interpersonales y de la comunicación.

Según Rivière (2001a), a partir de los años sesenta la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo debido a dos factores: por una parte, las mencionadas técnicas de modificación de la conducta que abrieron el camino para la creación de muchos programas eficaces para desarrollar el lenguaje, eliminar conductas alteradas, fomentar la comunicación y las conductas sociales, promover la autonomía y aumentar las capacidades cognitivas y las destrezas funcionales de las personas autistas; y por otra parte, la creación de centros educativos dedicados específicamente al autismo, promovidos sobre todo por asociaciones de padres y familiares de autistas, que tuvo como consecuencia una mayor sensibilización social y de las administraciones públicas acerca de las necesidades y derechos de las personas autistas, lo cual repercutió además en la organización de centros escolares específicos.

Cambios producidos hacia los años ochenta en el enfoque general del autismo, tanto en las explicaciones como en el desarrollo de nuevos focos de interés, implica que se hayan producido a su vez cambios importantes en los procedimientos para su tratamiento.

En los aspectos psicológico y neurobiológico se sustituyeron los modelos relativamente inespecíficos de los años sesenta y setenta, por teorías rigurosas y muy fundamentadas en datos. Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) descubrieron una incapacidad específica de los autistas para atribuir mente a otros (y de predecir y comprender su conducta en función de entidades mentales, tales como las creencias y los deseos) y formularon un modelo según el cual en el autismo se daría un trastorno específico de una capacidad humana muy importante a la que se denomina Teoría de la Mente, tomando mayor importancia en los tratamientos el aspecto cognitivo y la comunicación (Rivière, 2001a).

A lo largo del progreso en las investigaciones, los tratamientos se han ido centrando en la combinación de la aplicación de programas de modificación de conducta y de desarrollo de habilidades, procedentes de las terapias conductuales y de las terapias de desarrollo cognitivo, las cuales se pueden llevar a cabo conjuntamente con terapias

farmacológicas con la finalidad de controlar síntomas específicos. Estudios etiológicos de orientación biológica como investigaciones en genética, neuroquímica, exploración citológica, neuroimagen, electrofisiología y otros, han propiciado la generalización de terapias farmacológicas que en el transcurso de los años se han desarrollado notablemente (Cuxart, 2002).

Cabe destacar además la evolución de las intervenciones en comunicación y lenguaje. Sotillo (2001) menciona que mientras en los años cincuenta las intervenciones no se centraban específicamente en el lenguaje, en la décadas de los sesenta y setenta este ámbito cobra especial interés a partir de la aplicación a la enseñanza del habla de estrategias conductuales altamente estructuradas (cuya eficacia general estaba siendo comprobada en otras áreas de intervención en autismo y otros trastornos). Se diseña y generaliza el uso del programa Lovaas (derivado del ABA) y luego se amplían los programas hacia el desarrollo de competencias lingüísticas más amplias que la producción hablada, apoyándose en metodologías de corte conductual e insistiendo en el empleo significativo y comunicativo del código.

En los años ochenta, se da el cambio más radical como consecuencia de los estudios provenientes de la psicolingüística con la incorporación de perspectivas pragmáticas e intencionalistas en la intervención en autismo, integrándose comunicación y lenguaje, tanto en objetivos y contenidos como en el uso de procedimientos y materiales (Sotillo, 2001).

Szatmari (2004) por su parte, destaca que se han producido cambios positivos en los modos de intervención en los TEA cuando hace referencia a los comportamientos autistas tales como ecolalias, manierismos motores y problemas de conducta. Sostiene que en el pasado se hacía hincapié en reducir los comportamientos autistas mientras que en la actualidad, el objetivo no consiste tanto en reducir o eliminar esos comportamientos, sino más bien en facilitar la competencia social y comunicativa, y de este modo, reducir el grado de deterioro del funcionamiento cotidiano, con la consecuente disminución por sí sola de tales comportamientos. También menciona la importancia de la intervención temprana, que puede influir de manera significativa en el crecimiento y desarrollo de los niños del EA, mencionando el ABA como el principal enfoque de intervención que, combinado con un enfoque del autismo centrado en el desarrollo, conforma un modelo que se centra en comprender la función del comportamiento en cada situación particular y trata de enseñar mediante un conjunto

bien definido de metodologías del aprendizaje, comportamientos más apropiados desde el punto de vista del desarrollo.

Con relación a los tratamientos del autismo, es importante destacar que para el diseño de programas de intervención es fundamental una evaluación psicológica completa que proporcione una cualificada información sobre la ejecución y competencia del paciente. La evaluación de las áreas de interacción social, comunicación, juego y conductas inadecuadas e intereses restringidos, constituye junto con la evaluación neuropsicológica y de la conducta adaptativa, una instancia crítica y decisiva para el diseño de tratamientos individualizados y ajustados a las necesidades específicas de cada niño (Martos Pérez, 2001).

En nuestro país, según su estudio sobre ABA en trastornos generalizados del desarrollo, Matos y Mustaca (2005) afirman que las intervenciones provenientes del ABA resultan muy eficaces, ya que si bien las personas con trastornos del desarrollo no aprenden con facilidad espontáneamente, la gran mayoría sin embargo, pueden lograrlo con una instrucción basada en el ABA, que toma como base la presencia de déficits y excesos comportamentales que pueden llegar a modificarse mediante interacciones con el ambiente cuidadosamente programadas.

3.3. Conductas inapropiadas

Las conductas inadecuadas y los intereses restrictivos conforman como se ha mencionado, uno de los cuatro núcleos a tener en cuenta en el momento de realizar la evaluación psicológica de un trastorno del EA, junto con la interacción social, la comunicación y la imaginación (Martos Pérez, 2001). Es imprescindible preguntar acerca de los intereses especiales y preocupaciones del paciente, interferencias en el funcionamiento que producen esas preocupaciones, las dificultades para aceptar los cambios y las consecuencias que aparecen cuando éstos no son anticipados, la existencia de movimientos estereotipados y lo que ocurre cuando éstos son interrumpidos.

Según Rivière (2001a) en el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas de un paciente además de las conductas deben valorarse los contextos en los que éstas se presentan. La relación entre los comportamientos y los contextos es muy peculiar en autismo: la apariencia de indiferencia al contexto de muchas conductas aisladas no debe engañar; el empleo de procedimientos de análisis funcional ha

permitido demostrar la alta dependencia de las condiciones contextuales de muchas conductas de apariencia completamente endógena como las autoagresiones, heteroagresiones o rabietas. Además las dificultades de generalización y transferencia de aprendizajes propias de los trastornos del desarrollo, hacen que muchas de sus destrezas funcionales sólo se pongan en juego en contextos muy restringidos y muy semejantes a los contextos de adquisición.

Con relación a las conductas inadecuadas, Wing (1998) afirma que los métodos habituales para criar a los hijos, basados sobre todo en la suposición de que el niño comprende lo que se le dice, que tiene deseo de agradar y una conciencia creciente de las consecuencias de sus actos, no funcionan con niños con trastornos autistas.

Wing propone que cuando aparecen conductas inapropiadas la primera tarea es averiguar, de ser posible, las razones de esa conducta, y enumera algunas relaciones frecuentes: en primer lugar, la interferencia con la rutina cotidiana habitual o con las actividades repetitivas es la causa más frecuente de la conducta difícil o inadecuada, pues cambios en detalles triviales pueden ser suficientes para que se desencadene una rabieta. También la confusión y el miedo producido por hechos y situaciones no conocidas; la incapacidad para comprender las explicaciones, los intentos de tranquilización o las instrucciones; la incapacidad para comunicar las necesidades y los sentimientos con palabras o signos; las fobias a objetos o situaciones inofensivos, y la tensión al hacer tareas demasiado difíciles que no les agradan o duran demasiado tiempo. Finalmente recomienda tener en cuenta que la conducta inadecuada puede deberse a incomodidad, dolor o enfermedad, especialmente si se presenta en períodos o situaciones distintas del patrón habitual.

La falta de flexibilidad en la conducta (como en la mente) de las personas autistas es un aspecto concreto del autismo que en su momento Kanner denominó insistencia en la invarianza o necesidad de la preservación de la mismidad, y que Rivière (2001b) asocia al concepto neuropsicológico de déficit de la función ejecutiva. Este concepto se sitúa en la frontera entre lo psicológico y lo neurobiológico, y tiene que ver con ciertas características que tiene el funcionamiento mental cuando están implicados los lóbulos frontales. La actividad de los lóbulos frontales tiene que ver con la anticipación y con la planificación o futurización, es decir, con las capacidades de anticipar y planificar ya que, dicho sintéticamente, éstos recogen información que originan las emociones y las

motivaciones proveniente del sistema límbico, para convertirla en propósitos, intenciones y estrategias flexibles con las que lograr esas intenciones.

Rivière (2001b) relaciona dicha deficiencia en la función ejecutiva con la falta de sentido de la actividad que se observa en las conductas autistas. Dar sentido tiene que ver con el futuro, con lo que se anticipa, con el propósito; y este concepto es muy importante en el trabajo con las personas autistas ya que, si bien en niveles de alto funcionamiento pueden aparecer actividades autónomas de ciclo largo y con metas establecidas, las mismas tienen una motivación externa debido a la presencia de este déficit para otorgar sentido a las actividades. El autor afirma entonces, que al propiciarle a la persona autista una vida lo más previsible y estructurada posible, se lo está ayudando sencillamente a ordenarse, porque de lo contrario su mundo mental es un caos insostenible que lo obliga a recurrir a conductas tales como rituales o estereotipias, para poner un orden externo en ese mundo.

Con la utilización de las técnicas provenientes del ABA, se plantea desde un punto de vista terapéutico, la posibilidad de educar a niños y adultos autistas, eliminando o disminuyendo aquellas conductas más alteradas o disfuncionales, llamadas conductas inapropiadas, y construyendo o aumentando a la vez otras más adaptativas (Capilla et. al., 1989).

En cuanto a la evaluación y observación de las conductas, cabe mencionar el enfoque de García Coto (2001a) quien afirma que cuando la conducta es evaluada sólo en lo que se ve, es como si tuviéramos la cáscara vacía de una fruta: mantiene sus propiedades externas pero por dentro no tiene nada, la esencia no está.

La conducta entonces, no es sólo lo que aparece, es sólo la punta del iceberg, y esto debe tenerse en cuenta al momento de realizar observaciones desde el encuadre propuesto por el ABA para asegurar su máxima eficacia. Debe prestarse especial atención pues con frecuencia, es posible encontrarse en los pacientes con conductas aprendidas por sí solo (aprendizaje vicario), o con generalizaciones que no han sido enseñadas, o con emociones que no había manifestado anteriormente, o con palabras o frases que se ignoraba que podía decir.

La propuesta es la realización de un trabajo dialéctico, poniendo en práctica la capacidad de poder ver y escuchar el feed-back que constantemente hace el paciente con su propio desempeño (García Coto, 2001a).

3.4. El Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis – ABA)

3.4.1. Surgimiento. Definición. Principios

El análisis conductual es un abordaje científico para el estudio de la conducta. Como características principales pueden mencionarse que es interaccional, ya que su estudio se refiere a las relaciones conducta-ambiente; analítico, porque busca identificar relaciones funcionales entre eventos conductuales y eventos ambientales; experimental, pues trata de demostrar que eventos son responsables por la ocurrencia o no-ocurrencia de la conducta mediante la manipulación de variables; y pragmático porque consta de investigación básica y aplicada, y se propone como objetivo que la comprensión permita la predicción y el control de los eventos (Capilla et. al., 1989).

Las investigaciones y experimentos relacionados al análisis de la conducta comienzan a principios de 1920 con precursores importantes como Thorndike, Pavlov, Watson y Skinner; y hacia 1950 se comienzan a aplicar los postulados del conductismo y los principios del aprendizaje a los problemas de conducta humanos, destacándose las producciones de Skinner, Dollard y Miller, Wolpe y Ferster entre otros. En la década de 1970, con el surgimiento de las teorías cognitivas muchos terapeutas conductuales pasan a trabajar desde el marco cognitivo, desestimando las variables ambientales y enfatizando el procesamiento de la información. Por su parte, los trabajos con ABA mantienen la tradición operante y se desarrollan utilizando los principios del aprendizaje aplicados al desarrollo de conductas específicas y la evaluación de los cambios producidos, ocupándose de problemas relacionados especialmente con la educación y con intervenciones terapéuticas en conductas problemáticas tales como las autoagresiones presentes en los trastornos severos, fobias, drogadicción, desórdenes alimenticios y problemas sociales como la criminalidad (Baron, 1997).

Los estudios llevados a cabo por Ferster en 1961, quien analizó por primera vez el autismo desde el enfoque conductual proponiendo que los problemas derivados del trastorno no tenían una base emocional sino que eran el resultado de una dificultad para aprender, son precursores de un continuo de investigaciones cuyo autor más representativo es Lovaas, quien en 1987 realizó una de las primeras evaluaciones sobre la eficacia del ABA en trastornos del desarrollo. Lovaas comparó un grupo experimental de 19 niños que recibieron tratamiento ABA durante 40 horas semanales a lo largo de 2 años con dos grupos control que recibían otros tratamientos, obteniendo en

el 47% de los casos un funcionamiento normal en comparación con el 2% de los otros dos grupos (Matos & Mustaca, 2001).

Leaf y McEachin (1999), afirman que si bien los estudios de Lovaas son los citados más frecuentemente, hay otras evidencias acerca de ABA que son relevantes en cuanto a su efectividad, como la revisión de Harris y Handleman realizada en 1994 sobre varios estudios de investigación, que mostraron que más del 50% de niños autistas que participaron en programas preescolares utilizando ABA fueron integrados satisfactoriamente a salones de niños no discapacitados, con muy pocos requerimientos de tratamiento posterior.

García Coto (2001b) considera que hay varios aspectos que distinguen al ABA como disciplina: (1) es un modelo de investigación, ya que los terapeutas son en sí investigadores que hacen análisis rigurosos de lo que una persona hace y de los sucesos que gobiernan su hacer, y su trabajo es sometido constantemente a control, verificación y contrastación; (2) la conducta es el foco primario, pues en los análisis de la conducta los terapeutas no se consideran variables como personalidad, sentimientos, cogniciones y actitudes, aunque sí se acepta que luego de una intervención en la conducta tal vez el sujeto cambie en sus sentimientos y cogniciones; (3) la importancia del condicionamiento, dado que las contingencias favorables para una determinada conducta convertirán a ésta en un operante siempre dispuesto a la hora de buscar dicha consecuencia; (4) el tratamiento directo de los problemas de conducta, pues los terapeutas se concentran en los sucesos ambientales que generan y mantienen conductas, registrando las conductas foco y los sucesos que preceden y siguen a las respuestas durante varios días (línea de base) antes de iniciar cualquier tratamiento.

En cuanto a los principios del condicionamiento, Baron (1997) explica sintéticamente que tanto el condicionamiento clásico (CC) como el operante (CO) son formas básicas del aprendizaje. El CC consiste en una forma de aprendizaje en la que dos eventos estímulo se asocian de forma tal que la ocurrencia de uno de ellos predice confiablemente la ocurrencia del otro. El CO por su parte, es una forma de aprendizaje en que los organismos aprenden la relación entre su conducta y las consecuencias de la misma; así la probabilidad de que ocurra una respuesta determinada cambia dependiendo del hecho de que las conductas sean reforzadas (se fortalece o incrementa la tasa de la conducta) o sean inhibidas (se debilita o disminuye la tasa de respuestas).

Wing (1998) enumera algunos principios básicos del aprendizaje con relación al tratamiento de las conductas inadecuadas en el autismo, entre los cuales menciona: (1) la conducta que se recompensa es más probable que se repita que aquella que no se refuerza; lo importante en las personas autistas es saber qué es lo que cuenta como recompensa para ellas; (2) el momento de recompensa es fundamental para que el paciente la asocie con la conducta, debiendo quedar completamente claro para el paciente cuál es la conducta que produce la respuesta; (3) las nuevas habilidades se aprenden más fácilmente en pasos desglosados; (4) si una conducta inapropiada no se puede evitar, tampoco se debe recompensar y, de ser posible, se debe facilitar una actividad diferente y más constructiva y recompensarla para sustituir la conducta inadecuada.

3.4.2. Reforzadores

Los reforzadores son estímulos que refuerzan las conductas, los cuales se definen en función de su efecto sobre éstas, no por sus características inherentes. En las situaciones que involucran el condicionamiento operante, la probabilidad de que ocurra una respuesta determinada cambia dependiendo de las consecuencias. Los reforzadores positivos incrementan la posibilidad de que una conducta ocurra nuevamente, mientras que los reforzadores negativos hacen que una conducta sea menos probable fortaleciendo otras conductas o respuestas que llevan a evitarlos.

Con respecto a los reforzadores negativos, cabe aclarar que refuerzo negativo no es castigo; el refuerzo negativo es previo a la respuesta de evitación o escape que se quiere reforzar (e.g. levantarse temprano –antes de que suene el despertador- es reforzado negativamente por el sonido del despertador que se evita escuchar); mientras que el castigo es un estímulo aversivo que se presenta luego de la conducta que se quiere decrementar (e.g. descuentos en el trabajo por llegada tarde). Es importante destacar que el castigo no es utilizado por las técnicas de modificación de conducta ya que ha sido largamente comprobado que generalmente las conductas castigadas no son eliminadas sino suprimidas mientras el castigo es una amenaza presente, y que además puede aumentar la agresividad especialmente en los niños (Baron, 1997).

Leaf y McEachin (1999) destacan la importancia de los reforzadores en la implementación de las técnicas del ABA y proponen reglas básicas que deben tenerse

en cuenta en el momento de elegir los reforzadores a utilizar en los programas de intervención, a fin de que los mismos sean efectivos.

Los reforzadores deben ser inmediatos, es decir que se debe reforzar inmediatamente después de la conducta deseada, en especial si se trata de nuevas conductas; deben ser contingentes, es decir que no deben darse porque sí, sino únicamente si ocurre el comportamiento deseado; también deben ser variados, novedosos y apropiados para la edad del paciente, prácticos y naturales para ser aplicados fácilmente.

Los tipos de reforzadores pueden ser primarios, que incluyen comida y bebida, como golosinas, papas fritas o gaseosa; tangibles, como juguetes que le gusten al niño o fichas para intercambiar luego por algo deseado; o pueden ser sociales, como las expresiones de felicitación, sonrisas, aplausos o cosquillas.

Con relación a las objeciones acerca del uso de reforzadores, Leaf y McEachin sostienen que éstas se originan cuando las personas han presenciado un pobre uso de los mismos y con ausencia de planes para desalentar su utilización. Afirman que todas las personas se sienten realizadas a través de reforzadores que operan en el transcurso de la vida: las personas están motivadas por vacaciones, un pago inmediato, hobbies o la compañía de otros. Sostienen que a veces hay oposición a su utilización por la creencia errónea de que los reforzadores constituyen un soborno. Soborno es inducir a hacer algo inapropiado, en el ABA sería esperar hasta que la persona se rehúse a hacer algo y entonces negociar una recompensa, modalidad que no forma parte del trabajo con reforzadores, ya que éste basa su aplicación en los principios del aprendizaje y el condicionamiento.

Otros cuestionamientos acerca del uso de reforzadores están basados en la creencia de que el paciente se volverá dependiente de los mismos, y esto sólo ocurre cuando las recompensas no son desalentadas adecuadamente y cuando los motivadores naturales no son incluidos dentro del programa. Las técnicas ABA proponen programas que comienzan con los refuerzos adecuados en forma frecuente y que luego rápidamente deben desalentarse.

3.4.3. Estructuración del ambiente

El tratamiento que propone el ABA, requiere de un ambiente educativo altamente estructurado y de gran demanda interpersonal, que implica establecer objetivos en términos conductuales, analizar funcional y sistemáticamente las variables relevantes y

registrar las conductas y condiciones estímulas. El concepto de estructuración resume una necesidad fundamental en pacientes con autismo, ya que les permite percibir claramente las contingencias, y por lo tanto, aumentar sus posibilidades de aprendizaje y disminuir su aislamiento y conductas estímulas (Capilla et. al., 1989).

En el autismo, la alteración de aquellos mecanismos de percepción de contingencias sería la base para explicar las deficiencias de competencia interactiva y aprendizaje. De esta alteración también puede deducirse la falta de valor de los reforzadores sociales, las dificultades de anticipación y perturbación de los mecanismos de conducta intencional, y la propia lentitud de los procesos operantes (Rivière, 2001a).

Por otra parte, Rivière destaca que si bien los ambientes estructurados producen efectos positivos en la conducta de los niños autistas porque facilitan la percepción de contingencias, también pueden, debido a su artificialidad, dificultar la generalización de los aprendizajes. Al respecto, propone que el nivel de estructuración del ambiente, debe ser inversamente proporcional al nivel cognitivo y social del niño autista, a fin de asegurar las nuevas adquisiciones conductuales más allá de la situación escolar o terapéutica.

3.4.4. Técnicas

Para aumentar la frecuencia de las conductas apropiadas y con posterioridad transformarlas en hábitos, algunas de las técnicas ABA que se utilizan son: *reforzamiento positivo*, que consiste en dar una consecuencia ante respuestas correctas, que puede ser tanto un refuerzo social, primario o tangible; *modelado*, que es la indicación de la respuesta correcta cuando la respuesta no ocurre o es incorrecta, y su posterior reforzamiento cuando es realizada; *moldeamiento*, el cual se basa en avanzar paso a paso, recompensando cada aproximación a la conducta deseada y no sólo después de la conducta final; y *encadenamiento*, por el cual se establece una secuencia de pequeñas partes de una actividad, como una cadena de respuestas en la que la recompensa se entrega después de la última respuesta de la misma (Capilla et. al., 1989).

Para reducir las conductas tales como agresiones, autolesiones, rabietas o autoestimulaciones, es decir, para el tratamiento de las conductas inadecuadas, se aplican las técnicas de extinción, reforzamiento diferencial, saciación, costo de respuesta, tiempo fuera o time out, e hipercorrección o sobrecorrección; las cuales se describen a continuación:

- Extinción: consiste en suspender masivamente el reforzamiento que mantiene determinada conducta; atención, aprobación o reforzadores materiales dejan de seguir contingentemente a la conducta que se desea reducir. Su objetivo es la eliminación de conductas que están mantenidas por unas consecuencias específicas. Como efecto inicial produce un incremento en la frecuencia e intensidad de la conducta, o el aumento de comportamientos agresivos o emocionales, llamado estallido de extinción, por lo tanto es importante persistir en la aplicación pues asegura su efectividad.

- Reforzamiento diferencial de otras conductas (DRO) o de conductas incompatibles (DRI): utiliza reforzamiento positivo para mantener o generar conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar, ignorando ésta última. Su objetivo es la eliminación de conductas inapropiadas cuando se han observado en el repertorio del sujeto otras conductas adecuadas incompatibles con las primeras. Como efecto lleva a la reducción y eliminación de conductas inapropiadas y al incremento de conductas alternativas adecuadas.

- Saciación: consiste en la presentación de un reforzador en forma tan masiva que pierda su valor. Se puede llevar a cabo haciendo que el sujeto emita la conducta que se trata de reducir en forma masiva (saciación de la respuesta o práctica negativa), o proporcionando el refuerzo que mantiene la conducta en gran cantidad que pierda su valor recompensante (saciación del estímulo). Para aplicar esta técnica es necesario identificar y controlar el reforzador que mantiene la conducta, y no se puede aplicar si el comportamiento esta controlado por reforzadores múltiples o si estos son de tipo social. En el caso de conductas autolesivas debe combinarse con la implantación o el fortalecimiento de conductas alternativas.

- Costo de respuesta: se trata de retirar algún reforzador positivo ya adquirido, de modo contingente a la aparición de la conducta inadecuada. Si no se ha identificado un reforzador que pueda ser retirado, se puede dar al sujeto un reforzador adicional que luego pueda ser retirado cuando emite la conducta inadecuada. La eficacia de esta intervención depende de la magnitud del reforzador retirado y de que el mismo no sea

fácilmente reemplazable. Antes de aplicar esta intervención, se recomienda considerar procedimientos menos aversivos como la extinción o reforzamiento diferencial.

- Time out o tiempo fuera: consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento, o bien sacar a la persona de éstas durante un período determinado, de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada. El objetivo es la eliminación de conductas que están mantenidas por situaciones reforzantes que no pueden suspenderse, y debe aplicarse en forma consistente aunque la persona se queje, se resista o prometa portarse bien. La zona de aislamiento debe estar lo suficientemente próxima como para poder aplicar el time out de forma inmediata a la emisión de la conducta inadecuada.

- Hipercorrección o sobrecorrección: la idea central es compensar en exceso las consecuencias de la conducta inadecuada o sobre corregir a fin de desalentar la misma. Se puede aplicar como sobrecorrección restitutiva, que consiste en que el sujeto restaure el daño que ha producido y sobre corrija o mejore el estado original anterior al acto; o como sobrecorrección de práctica positiva, que requiere la emisión repetida de una conducta en la que no es posible la restitución (e.g. estereotipias) pero sí es posible la práctica de una conducta deseable e incompatible físicamente con la indeseable (Foxx & Azrin, 1973).

3.4.5. Tratamiento de las conductas inapropiadas

La aplicación de las técnicas en el tratamiento de conductas inapropiadas, requiere de modo imprescindible de una serie de pasos previos a su implementación: la identificación de la conducta problemática, su definición en términos operativos, y la medición y análisis de la misma. Este último paso consiste en la cuantificación y el registro a través del análisis funcional de la conducta, cuyo objetivo fundamental es identificar los estímulos discriminativos y reforzadores que mantienen una respuesta, para finalmente diseñar el procedimiento de intervención particular que se requiera para desalentarla (Capilla et. al., 1989).

En cuanto a la identificación de la conducta problemática, se pueden considerar tres tipos de conductas: aquellas que interfieren en el aprendizaje, las que interfieren con habilidades que ya se han aprendido, y las conductas que resultan perturbadoras para la familia o que provocan autolesiones. A la hora de establecer prioridades en el tratamiento, se deben seleccionar las conductas a modificar en función de criterios tales

como los daños físicos que conlleve para la vida del paciente y/o la familia, el grado en que dificulta y altera la convivencia en su núcleo familiar, el grado en que dificulta el acceso a tratamiento educativo y si la conducta interfiere o no en su desarrollo.

Una vez identificada, la conducta debe definirse en términos operativos, es decir especificar con toda exactitud lo que el paciente hace, evitando la utilización de términos generales ya que éstos no orientan específicamente, y es necesario saber claramente en relación con qué conducta se ha de trabajar. Para una descripción precisa deben tenerse en cuenta los tres sistemas de respuesta posibles: motor (caminar, llorar), cognitivo (asociado fundamentalmente a la conducta verbal) y psicofisiológico (respiración, frecuencia cardíaca, temperatura). De esta manera, se atiende a la conducta en sí, a las características propias que la hacen discernible de cualquier otra conducta.

Por último, la medición de la conducta permite observar cómo cambia la conducta y decidir objetivos de intervención. Puede medirse en base a la frecuencia, es decir cuántas veces ocurre en el tiempo destinado a la observación (e.g. número de veces que se levantó de la mesa durante la comida), en base al tiempo, es decir cuánto tiempo dura la conducta que se está midiendo (e.g. tiempo que se dedica a balancearse) y en base a la intensidad, en cuanto a si se trata de una conducta leve, moderada o intensa. Como regla general debe procurarse registrar durante el mismo período de tiempo todas las sesiones que se dediquen a contar; si ello no fuera posible, es necesario entonces determinar la tasa de la conducta, que se obtiene del cociente entre el número de veces que se ha producido la conducta y el tiempo dedicado al registro. La fase final de la medición consiste en la elaboración de una gráfica que recoge las anotaciones antes descritas. Además es importante establecer antes de cualquier intervención directa sobre la conducta un período llamado *línea de base* cuya duración es variable entre tres días y una semana, teniendo en cuenta preferentemente su frecuencia, ya que la misma puede demostrar la necesidad de no intervenir terapéuticamente, o bien permite comparar los progresos del paciente entre el inicio y el final de un tratamiento (Capilla et. al., 1989).

3.4.6. Análisis funcional

El análisis funcional de la conducta (AFC) registra específicamente los datos cualitativos de la conducta que estudia. El mismo se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales: un cambio en el medio (estímulo), en forma de objeto o

acontecimiento que influye en el organismo y ocurre justo antes de la conducta problema, denominado *antecedente*; un cambio en el organismo que se traduce en algún comportamiento observable que se denomina respuesta o *conducta*; y un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento que ocurre justo después de la conducta como efecto de la misma, denominado *consecuencia*.

El análisis funcional utiliza la Tabla ABC para el registro de las observaciones, y su finalidad es relacionar una conducta con varios estímulos o viceversa para formular la hipótesis en forma de una función, que posibilite luego la elaboración de programas de intervención adecuados.

Además de los presupuestos básicos que sostienen que el núcleo explicativo del comportamiento humano deriva de las interacciones entre hechos del entorno (variables situacionales y personales) y las respuestas de la persona (cognitivas, motoras, fisiológicas y afectivas), Haynes y O'Brien (1990) afirman que además deben tenerse en cuenta los aspectos relacionados con las variables cognitivas y afectivas (es decir que no sólo deben medirse las conductas manifiestas), y también deben considerarse algunos principios que tienen que ver con la causalidad, a saber: - que una conducta puede tener causas diversas, que además varían si se combina con otras conductas (causalidad múltiple); - que las causas de las conductas pueden variar con el tiempo (causalidad dinámica); - que existe bidireccionalidad entre los determinantes y los trastornos (causalidad recíproca); y finalmente que la causalidad puede ser no-lineal, es decir que una relación causal puede diferir debido a causas orgánicas o contextuales.

En cuanto a la funcionalidad de una conducta, a través del AFC se pueden establecer covariaciones causales sólo eventualmente, pues debido a la complejidad del comportamiento, en su mayoría las relaciones que pueden definirse son correlacionales. El análisis funcional en primer lugar establece un orden cronológico (la causa siempre precede al efecto conductual observado), luego elabora una explicación lógica, y finalmente excluye explicaciones alternativas, lo cual permite considerar al AFC como uno de los procedimientos más potentes para estudiar y analizar el comportamiento humano (Haynes & O'Brien, 1990).

Según García Coto (2001a), a través del análisis funcional de la conducta se trata de conocer qué significa una conducta dentro de un contexto, para qué le sirve al paciente, qué es lo que indica de él, o qué quiere expresar. Observando a través de su desempeño asociaciones entre hechos puntuales que tienen que ver con la satisfacción de

necesidades, pueden establecerse relaciones de contingencia, como si se tratase de un tipo de actividad cognitiva compleja en el paciente, aunque la misma sea primitiva.

3.5. Adultos autistas y las técnicas ABA

El autismo es un trastorno del desarrollo que acompaña toda la vida del individuo, y las personas con autismo tienen la misma expectativa de vida que cualquier persona fuera del espectro. Pese a esto, son pocos los adolescentes y aun menos los adultos con diagnóstico de autismo; el diagnóstico erróneo o la falta del mismo, son comunes en un síndrome con una enunciación científica tan reciente que hasta los años ochenta se diagnosticaba como esquizofrenia. Por otra parte, es un diagnóstico que se ha hecho fundamentalmente en niños, con lo cual, si los síntomas no se habían observado antes de los 36 meses, no se consideraba la posibilidad de la presencia de autismo (Janzen, 2002).

Sin embargo, la falta de diagnósticos no implica que el autismo en adultos no haya sido considerado. Wing (1998) afirma que entre los adolescentes y los adultos, las diferencias en el patrón de habilidades y conducta pueden ser más amplias que entre los niños con trastornos autistas. En un extremo, algunos cambian tan poco que siguen teniendo los mismos problemas que los niños de corta edad; en el otro, algunos adolescentes pueden llegar a progresar de manera tal que pueden integrarse al sistema de educación ordinario y llegar a ser adultos relativamente independientes.

Con relación a las conductas inadecuadas, Wing sostiene que, incluso en aquellos más discapacitados e inconscientes de las situaciones sociales, la adolescencia trae consigo una resistencia a aceptar la autoridad de los adultos y una decisión de no ceder. En los que tienen una capacidad limitada, estos sentimientos se pueden mostrar en una vuelta a las rabietas, agresiones y conductas inadecuadas de los primeros años las cuales suscitaran reacciones más negativas, tanto en público como dentro de la familia, que la misma conducta en un niño pequeño. La autora sugiere que, como en la niñez, se deben organizar programas para cada día en particular, predecibles, presentados en forma visual, y ajustados a los intereses, dificultades, motivaciones y actitudes de la edad.

Estas últimas, son precisamente algunas de las características (antes mencionadas) de los programas propuestos por el ABA. Aunque la mayoría de las intervenciones están basadas en niños, dado que estos niños crecerán y serán adultos con trastorno del espectro autista, necesitarán un soporte individualizado y adaptado a su nivel y

desarrollo, siendo aquellos adultos con menor lenguaje y autonomía quienes requieran de opciones más completas e individualizadas.

Si bien las personas autistas pocas veces pueden ser totalmente emancipados como adultos, tienen muchas posibilidades de incrementar su comunicación, tener logros académicos, aumentar su independencia y mejorar sus conductas mediante la escrupulosa aplicación del método ABA por parte de equipos profesionales convenientemente entrenados (Janzen, 2002).

Los adultos autistas, aprenden mediante el uso de las técnicas ABA el desarrollo de numerosos trabajos, generalmente rechazados por otros por sus características de observación, repetición, perfectibilidad y cuidados obsesivos. Empleos sencillos como limpieza, arreglo de parques, ensobrado de impuestos y propagandas, reparto de folletos, tareas de planchado, confección de artesanías, son tareas que pueden desempeñar con notable dedicación. Además pueden ser excelentes y metódicos clasificadores y pueden soportar por horas trabajos que normalmente otros rechazan (CSAAC, 1987).

4. METODOLOGÍA

4.1. Participante

Se ha realizado el análisis y seguimiento de las conductas observadas en un paciente de 23 años, cuyo diagnóstico según la clasificación del DSM-IV TR es congruente con el de trastorno autista, asociado a un retraso mental moderado, quien se encuentra en tratamiento en F hace varios años.

A fin de presentar una breve descripción del caso siguiendo los criterios del DSM-IV TR, pueden mencionarse algunos aspectos observados durante la residencia: si bien el paciente logra contacto ocular con las personas no puede sostenerlo por mucho tiempo, siendo su expresión facial básicamente siempre la misma: generalmente no utiliza gestos para modificar el ambiente, y cuando los usa, éstos no se corresponden con las situaciones. No comparte espontáneamente intereses con otras personas, aunque sí comenta repetitivamente acerca de sus intereses y obsesiones.

En cuanto al lenguaje el paciente manifiesta un retraso que no compensa con modos alternativos; el mismo es perseverativo y repetitivo, y está compuesto por palabras

sueltas, principalmente sustantivos y verbos sin nexos conectivos, que le resultan funcionales para expresar sus demandas, aunque muchas veces cuesta comprenderlo.

Presenta además, falta de reciprocidad social o emocional, ya que no percibe el estado emocional de los otros, salvo en los casos en que se le manifiesta enojo, emoción que registra claramente. Sus intereses son restrictivos, no le agradan los cambios, y constantemente necesita anticipar lo siguiente que va a ocurrir a través de preguntas reiterativas.

En cuanto a su comportamiento, presenta conductas desafiantes y la adhesión inflexible a rutinas no funcionales tales como golpear objetos, o tocar objetos y personas. Este aspecto es muy notable, pues interfiere permanentemente en todas las actividades que realiza, lo cual puede considerarse una manifestación extrema de este patrón de comportamiento propio del autismo, o bien podría pensarse en la presencia de una co-sintomatología obsesivo/compulsiva, o comorbilidad con un Trastorno obsesivo compulsivo.

La última evaluación realizada por la institución, destaca los progresos del paciente en las áreas de comunicación y lenguaje, así como en lo académico y en los hábitos de autonomía. En el área comportamental refiere la disminución de comportamientos agresivos con relación a los que manifestaba en el momento de su ingreso, predominando actualmente conductas de silbar, gritar o tocar personas cuando no corresponde.

Cabe mencionar que el paciente recibe un tratamiento farmacológico con antipsicóticos y ansiolíticos, indicado desde antes de su ingreso, el cual no ha sido modificado.

4.2. Instrumentos

4.2.1. Observación participante

Se consideran las circunstancias en las que surge la conducta que es objeto de análisis y a posteriori se realizan las anotaciones correspondientes.

4.2.2. Hoja de registro específico para el análisis funcional (Tabla ABC)

La Tabla ABC es una planilla de observación y registro del comportamiento en la que se detallan aspectos cualitativos y cuantitativos:

- A: antecedent (antecedentes): lo que ocurre inmediatamente antes de la conducta, que incluye cualquier desencadenante, signos en el paciente o información del ambiente.
- B: behaviour (conducta): comportamiento que se observa y analiza.
- C: consequent (consecuencias): lo que sucede inmediatamente después de la conducta, que puede incluir información acerca de las respuestas de otras personas ante el comportamiento y el resultado eventual para el individuo.

También se incluyen datos anecdóticos, lugar en que se realiza la conducta, tiempo de duración, frecuencia e intensidad.

4.3. Procedimiento

Los datos para la realización del trabajo se obtuvieron durante la participación en el desarrollo diario de las actividades de la institución y durante la aplicación de las técnicas ABA en el trabajo académico uno a uno con el paciente, a partir de la capacitación recibida.

Para el análisis funcional de la conducta seleccionada, se tomó nota durante 10 días cada vez que se presencié la conducta, detallando el contexto anterior a la aparición de la misma, la consecuencia o resultados siguientes, frecuencia, tiempo de duración e intensidad, a fin de obtener los datos necesarios para el registro en la Tabla ABC.

5. DESARROLLO

5.1. Técnicas ABA según los tipos de conductas problemáticas en el autismo

Para las personas con autismo las rutinas son especialmente importantes, al igual que las actividades planificadas y los ambientes estructurados, predecibles y consistentes. En este marco, el ABA propone construir comportamientos socialmente útiles trabajando para reducir los problemáticos (Leaf & McEachin, 1999).

Las conductas problemáticas que con mayor frecuencia se observan en el autismo son autolesiones, agresiones, estereotipias, hiperactividad y rabietas, entre otras tales como aislamiento, trastornos del sueño y problemas con la alimentación (Capilla et. al., 1989).

En el estudio de caso particular del presente trabajo, las conductas observadas mayormente en el paciente fueron las conductas autolesivas, rabietas e hiperactividad, y en menor medida agresiones, estereotipias o aislamiento.

5.1.1. Conductas autolesivas

Son respuestas repetidas y dirigidas hacia el mismo individuo que las ejecuta, siendo su resultado el daño físico. Se caracterizan por ser crónicas y con frecuencias que van desde cientos de veces cada hora, a pocas veces al mes o al año. Los tipos genéricos de esta conducta son el autogolpearse (darse bofetadas en la cara o golpear la cabeza contra algo), morderse partes del cuerpo, pellizcarse o arañarse, arrancarse los pelos, vomitar repetidamente, o consumir sustancias no comestibles.

Las técnicas de tratamiento que se implementan para estas conductas, son en primer lugar, el refuerzo diferencial de otras conductas (DRO) y el refuerzo diferencial de conductas incompatibles (DRI). El paciente es reforzado por todas aquellas conductas que no sean la conducta autolesiva en el caso del DRO, o es reforzado por la realización de una tarea concreta e incompatible con la acción de autolesionarse en el caso del DRI. Ambos tratamientos son cruciales para reemplazar la autolesión por conductas apropiadas por las cuales el paciente pueda obtener refuerzos.

También puede realizarse el tratamiento mediante la supresión o la retirada del refuerzo a la autolesión, para lo cual se utilizan las técnicas de extinción y time out. La extinción intenta suprimir cualquier refuerzo dado previamente, ignorando la conducta. En este caso debe ponderarse el peligro para el individuo que se autolesiona observando la frecuencia de las conductas autolesivas durante el proceso. El time out, por su parte, supone la ausencia de todo tipo de refuerzo social por un período de tiempo (es decir, un tiempo fuera de todo refuerzo positivo) mediante aislamiento de toda interacción social. Con respecto a la forma del tiempo fuera, el procedimiento debe ser aplicado inmediatamente a continuación de cada episodio de autolesión. El período debe ser breve, y terminar cuando el individuo está en calma. Las formas de time out incluyen tanto la retirada contingente del cuidador del ambiente del paciente (cuando el cuidador es la mayor fuente de refuerzo para el niño) como la colocación contingente del paciente en situación de restricción física (llevarlo a su cuarto para que se tranquilice).

Otra alternativa de tratamiento es la sobrecorrección, cuyo objetivo consiste en tratar de animar y reforzar al paciente a interactuar apropiadamente con sus ambientes y situar

sus manos lejos de los sitios más comunes de su autolesión, en conductas como autogolpearse, arañarse, etc. Las ocurrencias de la autolesión son seguidas por una pauta verbal y un período intensivo de práctica en usos alternativos de sus manos o un amplio período de relajación. La duración de la sobrecorrección es normalmente larga (veinte/treinta minutos) y termina cuando el individuo se muestra cooperativo.

Las conductas autolesivas observadas en el paciente fueron la de pegar su cabeza contra la pared que estaba detrás suyo cuando se encontraba sentado a la mesa, o bien en darse golpes en la cabeza con la mano, o tirarse de los pelos en diversas situaciones; y la intervención que se puso en práctica fue la de time out, en todos los casos.

5.1.2. Conductas agresivas

La conducta agresiva puede definirse como una forma intensa o violenta de conducta física, que produce consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuesta verbales con efectos similares, debido a su contenido o intensidad. Una conducta agresiva puede ser respondiente, es decir, producirse como respuesta a un estímulo previo percibido como agresivo, como la privación de un reforzamiento, o bien puede ser operante, es decir controlada por las consecuencias de la respuesta: hacer daño, producir ciertas reacciones en otros, obtener atención social o apoderarse de reforzadores.

El tratamiento de la agresión de tipo respondiente, consiste en retirar los estímulos que la producen, programando de forma adecuada estos estímulos para eliminar la conducta agresiva del individuo. Para la agresión de tipo operante, controlada por sus consecuencias, se utiliza el time out, aislando al sujeto del ambiente reforzante. Otro procedimiento alternativo sería el DRO, reforzando en este caso cualquier otra conducta, excepto la de agredir.

El paciente observado presentó algunas conductas agresivas, dentro de las agresiones de tipo operante, tales como un empujón o golpe en el hombro al terapeuta cuando se le proponía realizar alguna tarea, sobre las cuales se aplicó la intervención time out.

5.1.3. Estereotipias y autoestimulaciones

Estas conductas se definen como conductas motoras repetitivas, de alta frecuencia, que parecen no tener un propósito aparente. Cabe destacar, por tanto, su ritmicidad, su irrelevancia y su aparente acausalidad. La autoestimulación suele con frecuencia

interferir en el aprendizaje o la ejecución de otras actividades, por lo que el mantenimiento de estas conductas puede llevar emparejada una receptividad reducida del sujeto hacia otras formas más organizadas de estimulación. Las conductas autoestimulatorias tienen que ver también con una insuficiencia relacional: el número de respuestas autoestimulatorias dadas por un sujeto es inversamente proporcional al número de respuestas de relación o contacto con el mundo exterior.

Dado que la autoestimulación es potencialmente dañina para el sujeto a la hora de aprender, se han llevado a cabo numerosos intentos a fin de desarrollar técnicas conductuales para la supresión de las estereotipias. Además del time out y del reforzamiento DRI, se utiliza la técnica de sobrecorrección desarrollada para el tratamiento de este problema por Foxx y Azrin (1973). El procedimiento consiste en pedirle al sujeto que mueva aquella parte del cuerpo utilizada en su autoestimulación, únicamente según instrucciones, en vez de hacerlo cuando él quiera, y la forma de los movimientos ha de ser opuesta a la estereotipia original, con repetidos cambios de postura.

Para que esta intervención sea efectiva, debe cumplir cuatro características: la restitución y la práctica positiva deben estar topográficamente relacionadas con la conducta desviada, debe realizarse inmediatamente después de la conducta, su duración debe ser larga y no debe intervenir ningún tipo de refuerzo, y por último, debe ser activamente ejecutada por la persona ya que el trabajo y el esfuerzo requeridos están pensados para ser molestos y representar un hecho aversivo.

En el paciente se observaron algunos tics, tales como cerrar fuertemente los ojos o mover la cabeza de un lado a otro rápidamente varias veces seguidas; los mismos aparecieron con una frecuencia muy baja, sin interferir en general en su desenvolvimiento.

5.1.4. Hiperactividad

Este tipo de conducta problemática interfiere en la socialización del niño autista y generalmente intenta resolverse mediante la administración de medicación. Puede definirse como una conducta inespecífica, de tasa sumamente elevada, que persiste durante largo tiempo y que, en consecuencia, se torna aversiva para los demás miembros del medio social. El síntoma central que caracteriza a la hiperactividad es un grado insólito de inquietud motora sin finalidad alguna con muchos efectos asociados

que pueden estar presentes o no, como trastornos perceptivo-cognitivos, de atención o inadecuación de sus habilidades sociales.

La hiperactividad puede ser reforzada por dos tipos distintos de consecuencias, ya sean de naturaleza intrínseca a la propia actividad, lo que la convierte en una conducta similar a la de la autoestimulación, o de tipo extrínseco, por la que obtiene gran cantidad de reforzamiento social: se le presta atención, se le habla, se le intenta controlar.

En el primer caso, el tratamiento a aplicar es el de refuerzo de conductas incompatibles (DRI), como sería permanecer sentado o sin moverse durante períodos cada vez mayores. En un principio, debe reforzarse por períodos reducidos, que se aumentan gradualmente, hasta que el sujeto obtenga fuentes de reforzamiento adicional que mantengan esas conductas, físicamente incompatibles con la hiperactividad.

En el segundo caso, el tratamiento a implementar es el procedimiento de time out. Al aislar al sujeto de la situación en que obtiene reforzamiento, no sólo se corta el acceso a dichas consecuencias, sino que también se lo aleja de la presencia de estímulos discriminativos que se asocien a ellas. El time out contingente a cada respuesta de hiperactividad, acompañado de los estímulos verbales que faciliten el control posterior, resulta un procedimiento sumamente eficaz para este tipo de problemas.

El paciente presentó a diario conductas que pueden incluirse dentro de la hiperactividad, entre las que pueden mencionarse el “volverse a tocar” cuando se está dirigiendo hacia otro lugar, el no poder permanecer sentado, o el moverse constantemente balanceándose sobre las piernas mientras está parado. Sobre estas conductas reforzadas principalmente por consecuencias extrínsecas, tales como retos o intentos de control, se utilizó la técnica DRI en la mayoría de los casos.

5.1.5. Rabieta

Este tipo de conductas son reforzadas inadvertidamente por los agentes del medio social. La explicación puede encontrarse en el hecho de que este tipo de conducta emocional resulta aversiva para los otros, ya sea por su intensidad o por su duración.

Para el tratamiento de las rabieta, pueden implementarse dos tipos de procedimiento. El primero es la extinción: suspender el reforzamiento, es decir, las consecuencias acostumbradas (atención, regaños) hasta que la conducta desaparezca. El segundo es el time out, el cual produce efectos más inmediatos que los de la extinción, aunque si no es asociado a estímulos verbales discriminativos apropiados, no reduce la probabilidad de

la conducta. Existen circunstancias en que estos procedimientos pueden resultar poco efectivos, en tales casos, se utiliza el reforzamiento de conductas incompatibles (DRI).

El paciente presentó numerosas veces durante la observación conductas de berrinche o rabieta, caracterizadas especialmente por su persistencia más que por su intensidad, y las intervenciones utilizadas fueron tanto la extinción como el time out.

5.2. Técnicas ABA aplicadas a las conductas problemáticas de un adulto autista

A partir de la observación del comportamiento del paciente durante el desarrollo de sus actividades diarias en la institución, se describen a continuación las intervenciones psicoterapéuticas de extinción, reforzamiento diferencial, time out e hipercorrección, llevadas a cabo sobre diferentes conductas inadecuadas.

5.2.1. Extinción

La aplicación de la técnica de extinción, fue observada cada vez que el paciente emitía un zumbido con su boca.

Conducta “zumbido”: el paciente se queda mirando fijo al terapeuta, comienza a hacer un sonido parecido al zumbido de una abeja y suspende la realización de la tarea o actividad que se encuentre realizando, quedándose inmóvil.

La conducta se observó generalmente durante situaciones de trabajo individualizado, en las que terapeuta y paciente se encuentran sentados frente a frente, con los materiales de trabajo sobre la mesa. La intervención consistió en ignorar la conducta y continuar con las indicaciones que hasta el momento se estuvieran realizando, evitando el reforzamiento mediante retos o llamados de atención.

Situación ejemplo: trabajando con el programa Atributos. Se le presentan al paciente dos objetos y debe señalar el atributo por el cual se le pregunta. El terapeuta le dice “señalá el cubo grande”, y en vez de señalar, el paciente comienza a hacer el zumbido. El terapeuta toma los cubos, los coloca a la altura de la vista del paciente para captar nuevamente la atención del mismo, apoya los cubos en la mesa y repite la consigna “señalá el cubo grande”, sin hacer ninguna alusión al zumbido, como si nada hubiese ocurrido, manteniendo la misma actitud y el mismo tono de voz.

5.2.2. Reforzamiento diferencial de otra conducta

La técnica de reforzamiento diferencial de otra conducta incompatible con la conducta inadecuada (DRI), se observó toda vez que el paciente intentaba realizar la conducta de “ir a patear”, dirigiéndose a otro sitio distinto del que se encontraba en ese momento.

Conducta “ir a patear”: el paciente se dirige hacia otro lugar de la casa o sale afuera con el fin de tocar con el pie o con otra parte del cuerpo algún lugar u objeto determinado.

La conducta se presentó numerosas veces, cuando realizando alguna actividad, el paciente intenta irse a tocar. Las intervenciones consistieron en pedir al paciente que realice una actividad alternativa incompatible con el “ir a patear” la cual luego fue reforzada.

Situación ejemplo: esperando la llegada del taxi que lo lleva de regreso a su casa, el paciente debe permanecer sentado en el sofá. Se sienta un instante e inmediatamente se para e intenta salir al jardín. Cuando se le pregunta a donde quiere ir, contesta “a patear”. Inmediatamente el terapeuta le ordena que vuelva a sentarse y a continuación le pide que lleve un objeto o un mensaje a otro terapeuta: “tomá, guardá este lápiz en el cajón de la cocina y volvé”. Cuando vuelve se lo refuerza socialmente o con caramelos o papitas, y se le indica que se siente nuevamente.

5.2.3. Time out

La aplicación de esta intervención se ha observado ante la conducta de gritar en la mesa.

Conducta “gritar”: el paciente se pone tenso, sacude su cabeza de un lado a otro y emite gritos agudos en tono muy alto.

La conducta fue observada generalmente durante el desayuno, el almuerzo o la merienda, mientras está sentado a la mesa. El paciente deja de comer, sacude su cabeza y grita reiteradas veces. La intervención consiste en sacarlo del ambiente donde está realizando la conducta.

Situación ejemplo: durante el almuerzo, mientras el terapeuta le habla a otro paciente, emite gritos y fuertes movimientos de cabeza de un lado a otro. Inmediatamente luego de la conducta, el terapeuta le ordena que se levante y vaya a su habitación. Si se resiste igual se la lleva a cabo. El terapeuta lo acompaña, y le indica de modo firme y con mucha tranquilidad que se siente en una silla y se calme, sin permitirle realizar otra cosa

que lo indicado, y se retira. Luego de unos minutos transcurridos sin que emita gritos, se lo autoriza a volver a la mesa.

5.2.4. Hipercorrección

La aplicación de esta técnica se ha observado ante la conducta inapropiada de “escupir” en situaciones no estructuradas de trabajo, cuando el paciente se encuentra realizando alguna actividad en el parque o en el patio.

Conducta “escupir”: el paciente se acerca a una persona extraña que se encuentra trabajando en la casa, y escupe su hombro o su espalda.

La aparición de la conducta se observó generalmente ante personas que se encuentran de paso trabajando en el lugar (albañil, jardinero). La intervención consiste en ordenarle que realice varias acciones con el fin de subsanar la molestia o el daño producido.

Situación ejemplo: el albañil se encuentra agachado, trabajando sobre unas baldosas del patio. Cuando el paciente lo ve, deja lo que está haciendo, se acerca y lo escupe en la espalda. Después de la conducta, se le ordena en primer lugar que se disculpe por lo que hizo, luego se le pide que busque una toalla, limpie la suciedad en la ropa de la persona y lleve la toalla al recipiente de la ropa sucia. Se le pide además que lleve el canasto de la ropa sucia al lavadero y ayude con la puesta del lavado.

5.3. Análisis funcional de una conducta problemática en un adulto autista

5.3.1. Definición operativa de la conducta

La conducta seleccionada para la elaboración del análisis funcional es la conducta “tocar a las personas”, la cual a la vez que interfiere con el aprendizaje resulta inapropiada y perturbadora para el desempeño social y familiar.

Conducta “tocar a las personas”: ya sea con sus manos o con su cabeza, el paciente trata de tocar la cabeza de otra persona; o bien con su mano, intenta tocar las manos de otro apoyadas sobre la mesa. Mientras lo hace, generalmente fija su atención en la otra persona y se queda observando aunque no manifiesta expresiones verbales. Si la persona se pone fuera de su alcance trata de tocar como le sea posible.

5.3.2. Tabla ABC

En base a las observaciones realizadas 4 horas diarias durante 10 días, entre las 9 y las 13 hs, se presenta a continuación la Tabla ABC, confeccionada con la finalidad de analizar los antecedentes y consecuentes de la conducta, y calcular su frecuencia e intensidad.

Día 1

<p>Antecedente: Desayuno, todos sentados a la mesa. Conducta: Trata de tocar al terapeuta que esta a su lado con la mano. Consecuente: El terapeuta le dice "no toques" y le para el movimiento. El llamado de atención es con tono cada vez más alto. Frecuencia: Cuatro veces Duración: Algunos segundos cada vez Intensidad: Leve</p>
<p>Antecedente: Organizando las actividades del día de pie frente al calendario con dos terapeutas: una terapeuta le da indicaciones, el otro terapeuta observa. Conducta: Toca con su mano la cabeza del terapeuta que esta observando. Consecuente: El terapeuta que esta a su lado le dice "estamos trabajando, seguimos". El terapeuta tocado le dice "no me toques" y se aleja. F: Dos veces D: Varios segundos cada vez I: Leve</p>
<p>Antecedente: Almuerzo, momento de silencio. Todos sentados a la mesa. Conducta: Trata de tocar la cabeza del terapeuta que está a su lado con la mano. Consecuente: El terapeuta se aleja y le pregunta "me querés hacer una caricia? Acariciame, ahora te acaricio yo". Hace la caricia, se deja acariciar y suspende la conducta. F: Una vez D: Varios segundos I: Leve</p>

Día 2

<p>Antecedente: Desayuno. Todos sentados a la mesa. Conducta: Acerca su cabeza al terapeuta que está a su lado. Consecuente: El terapeuta se aleja y le pregunta "me querés dar un beso? Dame un beso". Da un beso, recibe un beso y sigue insistiendo. F: Cuatro veces D: Varios segundos cada vez. I: Intenso</p>
<p>Antecedente: Almuerzo en restaurant. Conducta: Al pasar al lado de otras mesas para salir, el paciente se acerca a una persona desconocida e intenta tomarle una mano como para saludarlo. Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca a las personas, vamos" y lo aleja de la mesa, guiándolo físicamente hacia la puerta de salida. F: Una vez D: Varios segundos I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Trabajo académico uno a uno, sentados frente a frente. Conducta: Toca la cabeza de la terapeuta con su mano.</p>

Consecuente: El terapeuta le dice "seguimos trabajando" y continúa con el programa.

F: Tres veces

D: Varios segundos

I: Moderado

Día 3

Antecedente: Transición, previa al desayuno, parados en la cocina.

Conducta: Intenta tocar con la mano a un terapeuta parado a su lado.

Consecuente: El terapeuta pregunta "¿qué pasa, estas contento?" y le para la mano. El paciente contesta "sí" y deja el intento.

F: Una vez

D: Algunos segundos

I: Moderado

Antecedente: Desayuno, sentado frente a la terapeuta que esta atendiendo a otro paciente.

Conducta: Trata de tocar la frente de la terapeuta con el dedo.

Consecuente: El terapeuta se aleja y le dice "no se toca a las personas" y le retira la mano. Lo reta en tono cada vez más alto.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Día 4

Antecedente: Transición previa al desayuno, parados en la cocina.

Conducta: Se acerca al terapeuta para tocarlo con la cabeza.

Consecuente: Cuando se acerca el terapeuta le dice "no se toca a la gente" y se aparta. El paciente da unas vueltas por el comedor y vuelve a intentarlo.

F: Cuatro veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Antecedente: Desayuno. Sentados enfrentados en mesa del comedor.

Conducta: Trata de tocar a la terapeuta que esta a su lado.

Consecuente: La terapeuta se aleja sin decir nada. Sigue intentando varias veces hasta que el terapeuta le dice "no" en tono alto, y suspende la conducta.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Antecedente: Jugando al aire libre con la pelota de basket. El jardinero esta cerca ordenando herramientas.

Conducta: Toca con la mano la cabeza del jardinero que esta agachado.

Consecuente: El terapeuta le dice "no se toca". Se aleja y vuelve a intentar.

F: Cuatro veces

D: Varios segundos cada vez

I: Intenso

Día 5

Antecedente: Tarea independiente, sentados frente a frente.

Conducta: Intenta tocar la cabeza de la terapeuta con la mano

Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca a las personas", el paciente detiene el movimiento y quita la mano. Se ríe y se queda mirando. La terapeuta le dice "continúa con la tarea". Sigue unos segundos y vuelve a intentar.

F: Cuatro veces

<p>D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Caminando hacia el supermercado. Conducta: Intenta tocar con la mano la cabeza del terapeuta que camina a su lado. Consecuente: El terapeuta se aparta y lo para con sus manos, diciendo "no se toca a las personas". El paciente se aleja y el terapeuta debe alcanzarlo para continuar. F: Dos veces D: Varios segundos cada vez I: Intenso</p>
<p>Día 6</p>
<p>Antecedente: Transición entre desayuno y actividad física. Conducta: Sale afuera y toca al jardinero en la cabeza. Consecuencia: El jardinero se aleja diciendo "ya me saludaste". Simultáneamente la terapeuta lo llama y le dice "no se toca a las personas". Vuelve a la casa e intenta nuevamente seguir al jardinero. F: Dos veces D: Varios segundos I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Tarea independiente, sentados frente a frente. Conducta: Toca la frente de la terapeuta con el dedo. Consecuente: La terapeuta se aleja y le dice "no se toca a las personas" y le retira la mano. El paciente se queda mirando fijo, y sigue intentando. F: Cuatro veces D: Varios segundos cada vez I: Leve</p>
<p>Día 7</p>
<p>Antecedente: Desayuno, levantando utensilios de la mesa. Conducta: Se cruza con otro paciente, estira la mano para tocarlo y sigue su tarea. Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca". El paciente grita, vuelve a intentarlo y continúa la actividad. F: Dos veces D: Varios segundos I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Actividad física. Conducta: Suspende la actividad y se acerca al terapeuta con el brazo extendido para tocarlo. Consecuente: El terapeuta también levanta su brazo y le dice "choque esos cinco, ahora seguí". Choca las manos, y continúa con la actividad. F: Una vez D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Almuerzo. Sentados a la mesa, esperando por la comida. Conducta: Estira el brazo para tocar la cara de la terapeuta que esta enfrente. Consecuente: La terapeuta le dice "no toques" y le para el brazo. Realiza otros intentos. Cuando el reto es en tono más alto, deja de intentar. F: Tres veces D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Almuerzo. Se le indica que levante los utensilios y no lo hace. Conducta: Cuando el terapeuta se acerca, estira el brazo para tocarlo.</p>

Consecuente: El terapeuta se aleja y dice "no se toca". El paciente se queda mirando, no toca y no obedece la consigna. Se le repite la consigna.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Intenso

Día 8

Antecedente: Desayuno.

Conducta: Con un dedo presiona la mano de la terapeuta apoyada sobre la mesa.

Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca a las personas". Suspende el movimiento, comienza a silbar e intenta nuevamente. Se le dice "poné las manos sobre la mesa" en tono cada vez más alto y deja la conducta.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Antecedente: Trabajo académico uno a uno entre tareas, sentados frente a frente.

Conducta: Toca la cabeza de la terapeuta con la mano

Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca a las personas, pone las manos sobre la mesa". Continúa intentando acompañando con silbidos y risas. La terapeuta lo lleva a la habitación, suspendiendo las actividades.

F: Cinco veces

D: Varios segundos

I: Intenso

Antecedente: En el baño, debe lavarse la cara luego del descanso.

Conducta: Intenta tocar la cabeza de la terapeuta.

Consecuente: La terapeuta se aleja, le vuelve a dar la consigna varias veces y no obedece. Cuando le dice "no se toca a las personas" en tono alto, deja de intentar y se lava la cara.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Día 9

Antecedente: Desayuno.

Conducta: Con un dedo presiona la mano que el terapeuta tiene sobre la mesa.

Consecuente: El terapeuta pregunta "me querés acariciar?" y le toma la mano. Aleja la mano, se queda mirando fijo y deja de intentar.

F: Una vez

D: Algunos segundos

I: Leve

Antecedente: Tarea independiente, sentados frente a frente

Conducta: Mira fijo y estira el brazo para tocar a la terapeuta.

Consecuente: La terapeuta se aleja y le dice "no se toca a las personas, poné las manos sobre la mesa". Vuelve a intentar y se le repite la consigna varias veces.

F: Tres veces

D: Varios segundos cada vez

I: Moderado

Antecedente: Tarea independiente, sentado al lado del terapeuta.

Conducta: Deja la tarea y le toca la mano al terapeuta.

Consecuente: El terapeuta le dice "no se toca a las personas, sacá la mano". Se queda mirando fijamente, vuelve a la tarea unos segundos, e intenta nuevamente.

F: Cuatro veces

<p>D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Día 10</p> <p>Antecedente: Armando el cronograma de trabajo, de pie frente al cronograma. Conducta: Acerca su cabeza a la de la terapeuta. Consecuente: La terapeuta le dice "no se toca a las personas" y se corre del lugar. El paciente se va, da unas vueltas y vuelve para continuar con la actividad cuando la terapeuta lo llama. Los llamados de atención son en tono cada vez más alto. F: Cuatro veces D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Actividad física en el parque, llevando un canasto con elementos. Conducta: Deja el canasto y se acerca al jardinero con el brazo extendido. Consecuente: El jardinero se aleja y a la vez el terapeuta le dice "no se toca a las personas, traé el canasto". Intenta nuevamente y responde cuando el tono de voz es más alto. F: Dos veces D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>
<p>Antecedente: Trabajo académico uno a uno. Conducta: Deja de atender a las consignas, mira fijo y estira el brazo para tocar la cabeza de la terapeuta. Consecuente: La terapeuta se aleja y lo mira sin decir nada. Vuelve a intentarlo hasta que le dice "no se toca a las personas, estamos trabajando" F: Cuatro veces D: Varios segundos cada vez I: Moderado</p>

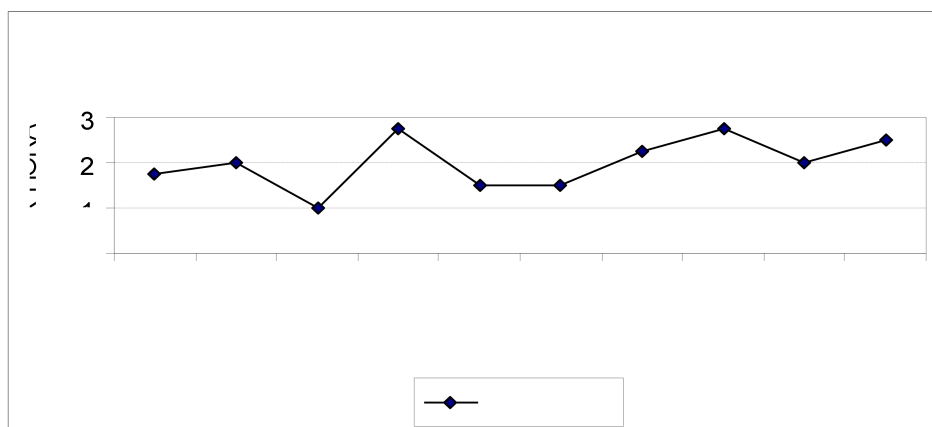
5.3.3. Medición de los datos cuantitativos

1. Frecuencia: se observaron por día, durante las 4 horas de evaluación, entre 2 y 4 intervalos de aparición de la conducta. Dentro de cada uno de estos intervalos la conducta se manifestó entre una y cinco veces.

Día	Intervalos de aparición	Nro total de veces	Frecuencia (Veces por hora)	Intensidad Leve/Mod/Intenso
1	3	7	1,75	Leve
2	3	8	2	Moderado-Intenso
3	2	4	1	Moderado
4	3	11	2,75	Moderado-Intenso
5	2	6	1,5	Moderado-Intenso
6	2	6	1,5	Leve-Moderado
7	4	9	2,25	Moderado-Intenso
8	3	11	2,75	Moderado-Intenso

9	3	8	2	Leve-Moderado
10	3	10	2,5	Moderado
Total: 28		Promedio: 7.9	Promedio: 2	

En base a estos datos, se puede decir que la conducta “tocar a las personas”, se presentó en 28 oportunidades, con una ocurrencia promedio de 7.9 veces en 4 horas. La frecuencia de aparición por hora de la conducta fue de 2 veces por hora, a partir de lo cual se puede graficar su distribución a lo largo del período de observación.



Considerando que se trata de días normales en la vida cotidiana del paciente en cuanto a que no ocurrieron eventos extraordinarios como cumpleaños o salidas excepcionales (las salidas realizadas corresponden a programas habituales), puede considerarse que el período es lo bastante representativo para afirmar que la conducta observada se presenta por regla general con dicha frecuencia, lo cual implica que se trata de una conducta estable y de muy frecuente aparición, con alto nivel de interferencia en el tratamiento y en la vida cotidiana.

2. Duración: en cuanto al tiempo que dura la conducta concreta del tocar, en todos los casos dura algunos segundos cada vez, lo que varía es la insistencia para llegar a concretarla antes de dejar los intentos. En algunos intervalos el paciente toca o intenta tocar y desiste de la conducta al primer intento, y en otras insiste una y otra vez para concretarla, por lo cual se requieren diferentes intervenciones a fin de disuadirla.

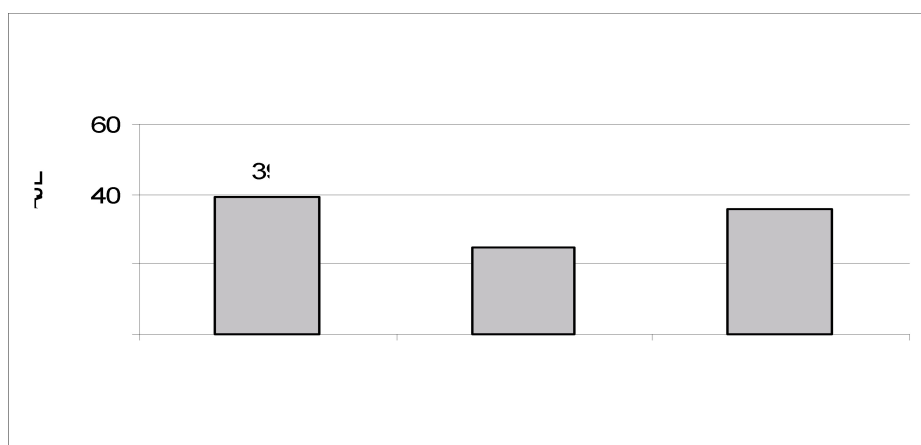
3. Intensidad: El “tocar” leve, moderado o intenso se refiere a la fuerza o empeño que pone el paciente al realizar la conducta. Se observó que la conducta se presentó en forma moderada la mayoría de las veces.

5.3.4. Análisis de los datos cualitativos

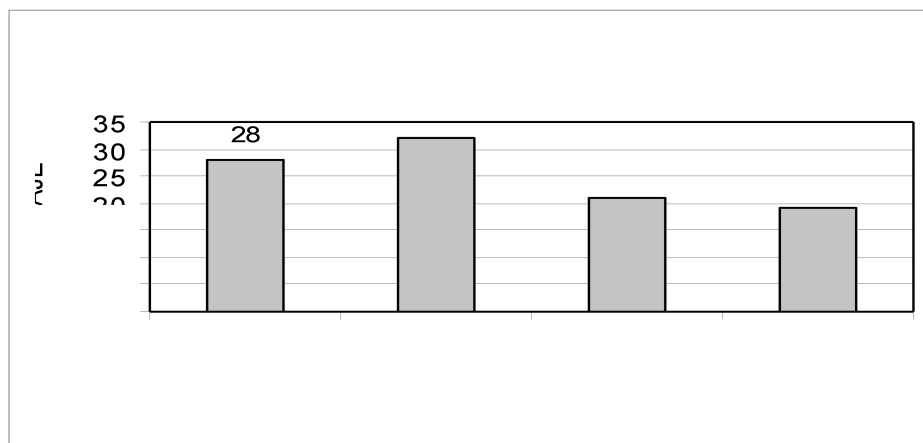
1. Antecedentes: pueden mencionarse tres contextos diferentes en los que se manifestó la conducta observada:

- situaciones de desayuno y almuerzo: se observó la conducta en aquellos momentos en que el paciente estaba desayunando o almorzando, sentado a la mesa con terapeutas y otros pacientes.
- trabajo académico o independiente uno a uno: durante la realización de trabajo individualizado uno a uno, sentado frente al terapeuta o a su lado.
- momentos de transición y de realización de otro tipo de actividades como paseos, ejercicio físico, aseo personal, juego y armado del cronograma diario.

En base a lo anterior, se puede decir que la conducta apareció en todos los contextos de las actividades que realiza el paciente durante el período en que se realizaron las observaciones, con una distribución relativamente uniforme.



2. Consecuentes: los resultados o consecuencias de la conducta observada fueron, en su mayoría la evitación de tareas académicas y actividades diversas, o bien interrumpir los momentos de espera que deben respetarse durante las comidas, y también conseguir la atención del o los terapeutas en distintas situaciones.

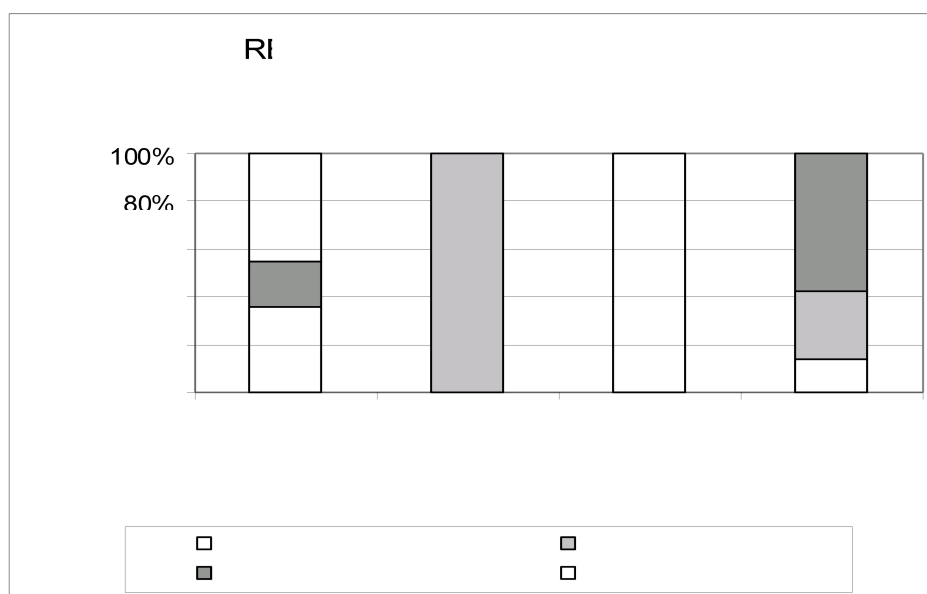


3. Relación entre los antecedentes y los consecuentes: se observa que la consecuencia de *evitación* aparece en la mayoría de los contextos, se trate de realización de tarea académica uno a uno o independiente, otras actividades como ejercicios físicos, armado del cronograma diario, o durante las comidas.

Por otra parte, la consecuencia de *obtener atención*, se presenta en todas las situaciones de transición entre actividades, en la mayoría de situaciones de almuerzo y desayunos y durante la caminata hacia el supermercado.

Las relaciones funcionales que pueden establecerse entre los antecedentes de la conducta “tocar a las personas” y las consecuencias que la misma genera para el paciente, son las siguientes:

- la conducta posibilita la suspensión de la realización de tareas académicas, ya sea uno a uno o independiente, en todos los casos observados.
- en los momentos de transición observados, la conducta es funcional para obtener la atención del terapeuta.
- durante los desayunos y almuerzos observados, la conducta obtiene el 45% de las veces las consecuencias de suspender o evitar los momentos en que debe adaptarse a las esperas en las comidas, tales como no levantarse hasta que todos terminen o esperar a que todos estén servidos para comenzar a comer; llamar la atención un 36% de las veces y suspender la realización de actividades un 19%.
- en el desempeño de actividades diversas como jugar, realizar ejercicio físico, planificar el cronograma diario con el terapeuta o hacer una caminata, la realización de la conducta permite evitar actividades en un 57%, evitar la realización de tareas un 28% y atraer la atención un 15%.



Dado que no se trata de una conducta nueva, al momento de realizar las observaciones ya se estaban implementando intervenciones sobre esta conducta. La intervención aplicada por los terapeutas en la mayoría de las situaciones de trabajo individualizado consistió en darle una pauta verbal y alejarse para evitar el contacto, diciendo “no toques” o “no se toca a las personas”.

Otra intervención aplicada sobre la conducta, utilizada en situaciones de desayuno o almuerzo, consistió en formularle al paciente una pregunta con relación a esa aproximación, ya sea preguntándole si deseaba acariciar o si estaba contento. Cabe señalar que los días que se realizó esta intervención (véase días 1, 3, 7 y 9) la conducta fue realizada sólo una vez, continuándose con la actividad. Es importante señalar que si bien la intervención posibilita que se continúe con el trabajo, ésta no disuade la conducta, ya que finalmente se provee al paciente del estímulo buscado.

Por otra parte, cabe destacar que solamente en uno de los intervalos de aparición de la conducta, debió ser suspendida completamente la actividad que se encontraba realizando el paciente (véase día 8). En el resto de las situaciones, luego de la intervención del terapeuta, independientemente del tipo de intervención, el paciente continuó con la actividad o tarea.

De acuerdo a los lineamientos del ABA, el próximo paso a seguir consistiría en determinar si de acuerdo a los datos obtenidos, es necesario intervenir de otro modo sobre la conducta observada y en ese caso definir los objetivos de intervención y luego diseñar el tratamiento correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSION

De acuerdo a los objetivos planteados para este estudio, se han descripto, observado y analizado las técnicas derivadas del enfoque ABA, y se han relacionado las mismas con las conductas inapropiadas de un adulto autista.

En cuanto al aspecto teórico, esta aproximación al autismo teniendo en cuenta las necesidades de un adulto, da cuenta de que la mayoría de los estudios y desarrollos teóricos están basados en niños, y que recién en los últimos años aparecen movimientos de organizaciones y grupos de padres orientados a conseguir una adecuada atención y servicios a lo largo del ciclo vital y no solamente durante la niñez.

Acerca de esto, cabe mencionar la importancia y necesidad de atención específica de los adultos autistas, ya que es muy probable que los adultos autistas sean derivados a centros neuropsiquiátricos, perdiendo no sólo la posibilidad de ser independiente o trabajar - teniendo en consideración todo lo que una persona con autismo puede hacer si cuenta con el apoyo adecuado-, sino también la posibilidad de mantener habilidades logradas aun cuando se encuentren dentro un marco institucional.

Con relación al desarrollo del trabajo, se ha notado en primer lugar la importancia de la estructuración de las actividades y del ambiente para la efectiva implementación de las técnicas ABA, y en segundo lugar, se ha observado que es fundamental el conocimiento y experiencia por parte de los terapeutas, ya que cuanto más experimentados, con mayor facilidad obtenían los resultados que se proponían en las intervenciones, ya sea por la utilización del tono de voz adecuado o por la claridad en las consignas.

Con respecto al tratamiento de las conductas inapropiadas con técnicas ABA, se ha observado que las mismas consiguen los objetivos de disminución en la frecuencia y de reemplazo por conductas más funcionales, en la medida que son aplicadas con regularidad y consistencia, atendiendo a la efectividad de los reforzadores y respetando la estructuración del ambiente y las rutinas establecidas. En este sentido, se observó un cambio favorable cuando en el espacio destinado a la realización de las tareas académicas, se redujo el número de objetos dentro del lugar para facilitar la concentración de los pacientes, y se empapelaron las ventanas que daban al parque para evitar las distracciones con las actividades que simultáneamente se estaban llevando a cabo afuera, por ejemplo otro paciente realizando ejercicio físico.

Cabe señalar que al momento de la realización de las observaciones el equipo de la institución se encontraba en formación, y se estaba formulando una revisión de los programas y experimentación de estrategias. Por ejemplo, las intervenciones sobre la conducta inapropiada que si bien permiten continuar con la actividad, no la disuaden (mencionada en el análisis funcional), fueron redefinidas dado que no estaban cumpliendo con el objetivo de disminuir y reemplazar la misma.

Haciendo referencia a la conducta analizada en particular, es importante mencionar algunos aspectos que no han sido contemplados en el marco del trabajo, pero que deberían tenerse en cuenta a momento de diseñar nuevas intervenciones sobre la conducta. Con respecto a las observaciones realizadas, las mismas se han efectuado durante la mañana, momento del día en que se realizan por mayoría actividades estructuradas, lo cual podría estar ocasionando un sesgo en la conclusión, cuando se afirma que la conducta aparece en todos los contextos; es decir, para tener una observación más completa y próxima a la realidad, sería conveniente la realización de observaciones que comprendan también otros momentos del día, o instruir a los padres para que completen una Tabla ABC con observaciones realizadas en el ámbito familiar, y de ese modo contar con un panorama más abarcativo acerca del modo en que se manifiesta la conducta a lo largo del día y durante los fines de semana.

Otro aspecto a considerar, tiene que ver con aquellos días en que el paciente vuelve a su hogar por la noche o se queda en la institución, ya que en las mañanas siguientes a haberse quedado a dormir, se lo ha observado casi siempre mucho más ansioso y obsesivo en sus conductas que en aquellos días en que llega a la institución luego de haber dormido en su casa.

Asimismo, al momento de evaluar la efectividad de las intervenciones, otro factor que podría tenerse en cuenta tiene que ver con el sexo de los terapeutas, ya que se observó que ante un mismo tipo de intervención, el paciente respondía de modo diferente según se tratara de un varón o una mujer.

En cuanto a posibles intervenciones que generen conductas alternativas a la conducta inapropiada de tocar a las personas, a partir del análisis funcional realizado es posible sugerir, por ejemplo, la implementación de un programa de trabajo uno a uno que consista en ensayar distintos tipos de saludo como palmada en el hombro o dar la mano, resignificando el “tocar” y enfatizando en que se realizan sólo una vez. También podría pensarse en la aplicación de la técnica de modelado cada vez que la conducta aparece,

corrigiendo el movimiento de tocar hacia una forma de saludo (como la palmada o dar la mano), reforzando esta última. Además, se podría implementar el reforzamiento del concepto de saludar en vez de tocar a través del relato de historias sociales. Las historias sociales familiarizan a los pacientes con TEA con situaciones cotidianas a través de guiones específicos e individualizados, para proveerles información social que le puede estar faltando. El caso analizado, las historias hablarían de saludar a las personas sólo una vez, distinguiendo si se trata de una persona conocida o de un desconocido, mencionando que a las personas en general no les gusta que las toquen, y siempre utilizando un lenguaje apropiado y oraciones breves y concretas que tengan sentido para el paciente.

Con referencia a los tratamientos para adultos, surge del trabajo la importancia de lograr prioritariamente objetivos que apunten a la independencia, a la autonomía, y a mejorar la comunicación de modo que resulte funcional para conseguir fundamentalmente una mejor calidad de vida. Todo esto sin olvidar que el cerebro cuenta con una plasticidad sináptica que le da la capacidad, aun cuando se trata de personas adultas, de continuar realizando asociaciones neuronales para lograr nuevos aprendizajes, aunque por supuesto, con otros tiempos diferentes a los tiempos de los niños, que poseen un cerebro en pleno desarrollo, mucho más receptivo y plástico para crear nuevas conexiones y lograr nuevos conocimientos.

También es importante tener en cuenta la posibilidad de desarrollar de actividades que le puedan proporcionar la inserción social o laboral. Con estos fines existe el empleo con apoyo que, según la AESE (2008) consiste en un conjunto de servicios y acciones centradas en la persona, totalmente individualizadas, para que la persona con discapacidad y con dificultades especiales pueda acceder, mantenerse y promocionarse en una empresa ordinaria en el mercado de trabajo abierto, con el apoyo de profesionales y otros tipos de apoyos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, independencia y autonomía, y posibilitar su promoción personal y laboral.

Como conclusión general, lo observado en la práctica corrobora lo que afirman estudios actuales (Martos Pérez, 2001) acerca de la necesidad de integración y transdisciplinariedad en los tratamientos. La aplicación de técnicas, el tratamiento farmacológico, la exploración clínica de los procesos neuropsicológicos, y la permanente evaluación clínica conforman un tratamiento complejo cuya característica principal debe ser la individualización.

7. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. Text Revised). Washington D.C: APA
- Asociación Española de Empleo con Apoyo AESE (2008) *El Empleo con Apoyo*. Recuperado de: <http://www.empleoconapoyo.org/aese/article15.html>
- Baron, R. (1997) *Fundamentos de Psicología*. México: Prentice Hall Hispanoamericana
- Baron Cohen, S., Leslie A. & Frith U. (1985) Does the autistic child have a theory of mind ? *Cognition*, 21.
- Capilla, M., Gallardo C., Martos J., Osorio I., Puras S. & Valdemoro L. (1989) *Análisis conductual aplicado: alteraciones de conducta*. Madrid: Centro Nacional de Recursos (CNREE)
- CSAAC Community Services for Autistic Adults and Children (Productor) (1987) *Almost like you and me* (VHS). Disponible por CC-M Inc., 7755 16th St. NW, Washington, DC 20012, EE.UU.
- Cuxart, F. (2002) *Autisme la Garriga 25 anys 1976-2001*. Barcelona: Fundació Privada Congost Autismo
- Foxx, R. & Azrin, N. (1973) The elimination of autistic self-stimulatory behaviour by overcorrection. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 6, 1-14.
- García Coto, M. (2001a) Tratamiento del autismo: programa neurocognitivo. En Valdez, D. (Coord.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Tomo 1*. (pp. 89-126). Buenos Aires: FUNDEC
- García Coto, M. (2001b) Tratamientos actuales del Espectro Autista. *Curso Anual sobre Autismo y otros Trastornos del Desarrollo*. Buenos Aires: CIDEP
- García Coto, M. (2007) *Autismo. Comentarios acerca de esta curiosa forma de estar en el mundo*. Recuperado de: <http://www.grupocidep.org/autismo.html>
- García Coto, M. (2008) *Psicopatología del desarrollo*. Recuperado de UP Virtual: https://acad.palermo.edu/virtual/courses/21599/document/Psicopatologia_del_desarrollo_1.pdf?cidReq=21599
- Haynes, S. & O'Brien W. (1990) Functional analyses in Behavior Therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.

- Janzen, J. (2002) *Understanding the Nature of Autism: A guide to the Autism Spectrum Disorders*. Texas: Communication Skill Builders
- Kanner, L. (1943) Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Leaf, R. & McEachin, J. (1999) *A work in progress. Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York: DRL Books
- Martos Pérez, J. (2001) Autismo. Definición. Instrumentos de evaluación y diagnóstico. En Valdez, D. (Coord.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Tomo 1*. (pp. 15-50). Buenos Aires: FUNDEC
- Matos, M. & Mustaca A. (2005) Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina. *Revista Interdisciplinaria*, 22, 59-76.
- Mesibov G., Shea V. & Schopler E. (2004) *The TEACCH approach to Autism Spectrum Disorders*. New York: Plenum Press
- Rivière, A. (1997a) Desarrollo normal y Autismo. *Curso de Desarrollo normal y autismo, celebrado los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1997 en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España)*. Recuperado de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2006/TrastDsllo/Lecturas/Autismo/RivDslloNorAut1.htm
- Rivière A. (1997b) El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: principios generales. En Rivière A. & Martos J. (Comp.), *El Tratamiento del Autismo: Nuevas perspectivas* (pp. 23-60). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)
- Rivière A. (2001a) *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta
- Rivière, A. (2001b) Trastornos de la flexibilidad en el autismo. En Valdez, D. (Coord.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Tomo 1*. (pp. 51-68). Buenos Aires: FUNDEC
- Rivière, A. (2001c) Lenguaje y autismo. En Valdez, D. (Coord.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Tomo 2*. (pp. 15-42). Buenos Aires: FUNDEC

- Sotillo, M. (2001) Comunicación y lenguaje en autismo. Sistemas alternativos de comunicación. En Valdez, D. (Coord.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Tomo 2.* (pp. 43-68). Buenos Aires: FUNDEC
- Szatmari, P. (2004) *Una mente diferente.* Nueva York: Paidós
- Wing, L. (1998) *El autismo en niños y adultos.* Buenos Aires: Paidós
- Wing, L. & Gould, J. (1979) Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-29.
- World Health Organization (2003) *International classification of diseases* (10ma. Ed.) Ginebra: WHO