

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Análisis de un paciente con Trastorno del
Espectro Autista y sus conductas disfuncionales

María Paz Ramaglio Vionnet

Tutor: Manuel Rotman

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. Revisión Histórica sobre el Autismo.....	4
3.2. Trastorno Autista.....	5
3.2.1. Epidemiología.....	6
3.2.2. Etiología.....	6
3.2.3. Diagnóstico.....	8
3.2.3.1. Disfunciones Cualitativas de la Interacción Social.....	9
3.2.3.2. Alteraciones del Lenguaje y la Comunicación.....	10
3.2.3.3. Conducta Estereotipada	10
3.2.3.4. Síntomas conductuales asociados: Conductas Disfuncionales.....	11
3.3. Modelo Conductual: Análisis Conductual Aplicado (ABA).....	13
3.3.1. Técnicas de Intervención ABA.....	16
3.3.1.1. Ensayo Diferencial de Enseñanza (DTT).....	16
3.3.1.2. Análisis de la conducta verbal (VB).....	17
3.3.1.3. Entrenamiento en Respuestas Centrales (PRT).....	18
3.3.1.4. Análisis Funcional de la Conducta (FA).....	18
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1. Participante.....	25
4.2. Instrumentos.....	26
4.3. Procedimiento.....	26
5. DESARROLLO.....	27
5.1. Objetivo 1: Describir y analizar dos de las conductas disfuncionales	

(romper y tirar) previas a la intervención terapéutica.....	28
5.2. Objetivo 2: Describir las estrategias de intervención terapéutica por medio del Análisis Funcional de la Conducta realizadas en el niño para modificar las conductas disfuncionales.....	33
5.3. Objetivo 3: Analizar si hubo cambios en las dos conductas disfuncionales del niño luego de las estrategias de intervención terapéutica aplicadas.....	38
6. CONCLUSIÓN.....	43
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
8. ANEXOS.....	54

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de integración surge en el contexto de la residencia de habilitación profesional realizada en un centro educativo terapéutico y de investigación en Psiconeurología.

Este centro, es una entidad sin fines de lucro fundada en el año 2007, que dedica su labor al tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista; brinda asistencia educativo terapéutica a nivel individual y grupal con orientación Cognitivo Conductual.

La práctica realizada tiene una duración total de 280 horas en un promedio de 20 horas semanales durante los meses septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Dichas horas se distribuyen asistiendo al Centro, donde se puede observar gran parte de las actividades que los niños realizan en él: desayuno, trabajo educativo terapéutico en aula, educación física, fonoaudiología, almuerzo, talleres funcionales grupales, terapia ocupacional, musicoterapia, pileta y merienda.

En el marco de esta experiencia aparece la motivación de abordar la observación de un caso, un niño de 12 años con Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Dicho seguimiento se da en los ámbitos de terapia individual y grupal del paciente prestando atención a sus repetidas conductas disruptivas, lo cual resulta ser el origen de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar en un niño con Trastorno del Espectro Autista la presencia de conductas disfuncionales y las estrategias de intervención terapéutica destinadas a modificarlas por medio del Análisis Funcional de la Conducta.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir y analizar dos de las conductas disfuncionales presentes en el niño (romper y tirar) previas a la intervención terapéutica.
2. Describir las estrategias de intervención terapéutica por medio del Análisis Funcional de la Conducta realizadas en el niño para modificar las

conductas disfuncionales.

3. Analizar si hubo cambios en las dos conductas disfuncionales del niño luego de las estrategias de intervención terapéutica aplicadas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Revisión histórica sobre el autismo

El término autismo, proviene del griego *autos* que significa sí mismo, y refiere a la expresión de "ausente o perdido" (Talero et. al., 2003).

Este término ha sido utilizado por primera vez en 1911 por Bleuer, para explicar la conducta intencional de evitar relaciones sociales que algunos pacientes esquizofrénicos presentaban para expresar la retirada a un mundo de fantasía. Es Kanner quien diferencia al autismo de tal trastorno aludiendo a la incapacidad de establecer vínculos relacionales. En un artículo titulado "Autistic Disturbances of Affective Contact", publicado en 1943, Kanner define las características de lo que denomina autismo infantil precoz. Partiendo de una muestra compuesta de once niños con manifestación de conductas extrañas no recogidas previamente en ningún sistema nosológico, describe el autismo como un síndrome comportamental cuyos tres rasgos distintivos son alteración del lenguaje, relaciones sociales y procesos cognitivos (Balbuena Rivera, 2007; Cabrera, 2007; Gómez Echeverry, 2010).

López Gómez, Rivas Torres y Taboada Ares (2009) afirman que los rasgos más característicos de este cuadro, según el propio Kanner, son: incapacidad para establecer contacto con los demás, retraso importante en la adquisición del habla, utilización no comunicativa del habla (en autistas verbales), ecolalia retardada, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, carencia de imaginación, buena memoria mecánica y aspecto físico normal y anormalidades en la primera infancia.

En 1944, el pediatra Asperger describe el *síndrome de psicopatía autística* caracterizado por un contacto muy perturbado, pero en forma superficial en niños en buen estado intelectual; ausencia de progresividad, trastornos del pensamiento y disociación afectiva (Talero et. al., 2003).

De acuerdo a Coben y Meyers (2008), el síndrome ha sido llamado por

una gran variedad de nombres en la literatura clínica: autismo infantil, autismo de niños, psicosis infantil, esquizofrenia de la niñez, desarrollo atípico de la personalidad, trastorno primario de la personalidad y comportamiento desviado severo.

Es a mediados de la década de los ochenta del siglo XX que logra alcanzarse un consenso en cuanto a la concepción del autismo concibiéndolo como un síndrome conductual que afecta a una amplia gama de áreas tanto del desarrollo cognitivo como del afectivo, juzgándolo como Trastorno Generalizado del Desarrollo normal del niño, tal como recogen las diferentes clasificaciones nosológicas -CIE-10 y DSM-IV-TR- (Tabla I) (Balbuena Rivera, 2007).

Tabla I

Clasificación según CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y *DSM-IV-TR* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000)

CIE-10	DSM-IV
Autismo Infantil (F84.0)	Trastorno Autista
Síndrome de Rett (F84.2)	Trastorno de Asperger
Otros trastornos desintegrativos infantiles (F84.3)	Trastorno de Rett
Síndrome de Asperger (F84.5)	Trastorno desintegrativo infantil
Autismo atípico (F84.1)	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8)	
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico (F84.9)	
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados	

En la actualidad, algunos autores utilizan como sinónimo los términos Trastorno Generalizado del Desarrollo y Trastorno del Espectro Autista, mientras que otros consideran los TEA como: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El concepto de espectro autista alude entonces a que los rasgos autistas pueden situarse en un conjunto de continuos que no sólo estarían alterados en el autismo sino también en otros cuadros que afectan al desarrollo (Ministerio de Educación de Chile, 2008).

3.2. Trastorno Autista

El autismo y los trastornos invasivos del desarrollo engloban un conjunto amplio de trastornos cognitivos asociados y trastornos neuroconductuales, incluyendo alteración cualitativa de la interacción social, alteración en las habilidades comunicativas, patrones de comportamiento o intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. Las alteraciones cualitativas que lo definen son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto y acostumbran ponerse de manifiesto durante los primeros años de vida, asociándose, frecuentemente, a algún grado de retraso mental (Lopez Gómez et. al., 2009; Sadock & Sadock, 2009).

Más aún, presentan síntomas conductuales comorbidos, siendo el retraso en el control de los esfínteres, la poca capacidad de atención y las conductas autolesivas y disruptivas los más significativos (Balbuena Rivera, 2007).

3.2.1. Epidemiología

Por definición, el inicio del trastorno ocurre antes de los 3 años de edad, y en la mayoría de los casos de forma gradual (Solíz Añez, Delgado Luengo & Hernández, 2007). Entre 60.000 y 115.000 niños menores de quince años de edad en los Estados Unidos cumplen con los criterios diagnósticos basado en estimados de prevalencia de 10 a 20 casos por 10.000 personas (Filipek, et. al., 2000). Además, Talero et. al. (2003) y Cabrera (2007), afirman que el promedio global del desorden autista es de cuatro casos por cada mil niños entre los tres y diez años de edad, con una relación de 4 hombres por cada mujer.

3.2.2. Etiología

Numerosos estudios médicos indican una multiplicidad de causas biológicas (genéticas, metabólicas, infecciosas) que pueden provocar la alteración del desarrollo mental que se manifiesta en el trastorno autista (Rodríguez-Barrionuevo & Rodríguez-Vives, 2002).

Según Talero et al. (2003), este trastorno puede considerarse como una entidad multifactorial que tiene muchos desencadenantes; se ha asociado a dificultades perinatales, a la rubéola congénita, al Síndrome de Down y demás alteraciones.

De acuerdo a Mabarak et. al. (2009), tal trastorno podría provenir de un funcionamiento anormal del sistema nervioso central, debido a que la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de autismo presentan disfunción cerebral y aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados presentan un encefalograma anormal.

Evidencias actuales apoyan la existencia de una base genética para el desarrollo del trastorno autista en la mayoría de los casos. Los estudios genéticos demuestran que los hermanos de un niño con este trastorno poseen un índice de autismo entre 50 y 200 veces mayor. Igualmente, incluso cuando no sufren autismo, los hermanos tienen un riesgo elevado de presentar distintos trastornos del desarrollo que suelen estar relacionados con las habilidades comunicativas y sociales (Sadock & Sadock, 2009).

Asimismo, Folstein y Rutter (1997) confirman que los estudios en gemelos muestran la alta influencia hereditaria del autismo, ya que presentan una concordancia del 36% al 95% en gemelos monocigóticos, y del 3% al 6% en gemelos dicigóticos.

La elevada tasa de retraso mental entre los niños con trastorno autista, así como las tasa superiores a lo esperado de trastorno epilépticos, aporta un respaldo adicional a la idea de que existe una base biológica en el trastorno autista. Aproximadamente, el 70% de los niños autistas presentan retraso mental. Cerca de un tercio de estos niños sufre un retraso mental de leve a moderado, mientras que aproximadamente la mitad de ellos tienen un retraso grave o profundo (Sadock & Sadock, 2009).

Cabe destacar, las explicaciones psicodinámicas sobre tal trastorno, las cuales resultan diversas y poco consensuadas. Según Balbuena Rivera (2009), las hipótesis psicoanalíticas más destacadas parecen ser las de los autores Battelheim y Tustin.

Battelheim sugiere que el autismo se debe al rechazo de un maternaje patológico, planteando que el autismo infantil conforma un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir una situación extrema y desesperanzadora caracterizada por el recorrido del niño por distintos períodos críticos evolutivos con un repliegue afectivo de la figura materna. Debido a ello,

el niño decide retirarse física y emocionalmente de la realidad circundante, siendo la reacción espontánea del niño hacia la actitud materna y no la madre la que genera la condición autista, de tal forma que para que ésta se cronifique es necesario que el niño responsabilice a su madre de todo lo que sucede, ya sea desde la realidad interna o externa, configurando así en sus psiquismo un rechazo (reacción autista) hacia la madre, cuya perdurabilidad o no depende de la respuesta ambiental (Balbuena Rivera, 2009).

Tustin por el otro lado, propone una clasificación del trastorno autista diferenciándolo en tres tipos: el autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial, cuyo rasgo más significativo es una indiferenciación entre el cuerpo del niño y el de la madre, siendo su etiología predominantemente orgánica; el autismo encapsulado o de *segunda piel*, caracterizado por la armadura forjada por el niño para protegerse del mundo exterior; por último, el autismo secundario regresivo, donde tras la sobreadaptación del niño al ambiente y luego de un período de desarrollo evolutivo normal, éste vivencia una ruptura con la realidad, sintiendo su cuerpo desintegrado e invadido por una confusión amenazante, juzgándolo una forma clínica de esquizofrenia infantil (Balbuena Rivera, 2009).

3.2.3. Diagnóstico

Los expertos han acordado utilizar ciertos criterios de comportamiento para el diagnóstico de Autismo. El esquema más reciente y detallado es el descrito por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (Tabla II) (Frith, 1999; Mebarak et. al., 2009).

Tabla II

Criterios diagnósticos del trastorno autista según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

A. Un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, pos-

turas corporales y gestos reguladores de la interacción social

- (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
 - (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p.ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
 - (d) Falta de reciprocidad social o emocional
2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (a) 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)
 - (b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
 - (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
 - (d) 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:
- (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (d) Preocupación persistente por parte 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 de un trastorno desintegrativo infantil

3.2.3.1. Disfunciones Cualitativas de la Interacción Social

Los niños con autismo poseen contacto visual pobre o de poca frecuencia, a menudo no logran distinguir a las personas más importantes en

sus vidas y pueden mostrarse excesivamente ansiosos cuando se altera su rutina habitual; existe una notable carencia en la capacidad para jugar con sus compañeros o hacer amistades, mostrando un comportamiento social torpe que puede resultar inapropiado (Sadock & Sadock, 2009).

Más aún, según Frith (1999), no tienen la capacidad de una Teoría de la Mente, definida por Premack y Woodruff (1978) como la habilidad para asignar y atribuir estados mentales (desear, pretender, creer) a otros y a uno mismo. Esto impide que los niños se den cuenta de lo que piensan, creen o desean otras personas, lo que los conduce a una ausencia de reciprocidad social (Gómez Echeverry, 2010).

3.2.3.2. Alteraciones del Lenguaje y la Comunicación

Tanto las dificultades en el desarrollo del lenguaje como el utilizarlo para transmitir ideas se encuentra entre los principales criterios para el diagnóstico de este trastorno; la desviación del lenguaje y el retraso en su desarrollo son característicos (Sadock & Sadock, 2009).

Los niños autistas presentan una alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación con otros. Cuando logran desarrollar el habla, tanto el volumen, entonación, velocidad, ritmo o acentuación suelen ser anormales. Acostumbran a repetir palabras y frases prescindiendo de su significado o poseen un lenguaje idiosincrásico que sólo es entendido por quienes están familiarizados con él. Pueden conversar ofreciendo información pero no muestran consciencia de cómo responde su interlocutor ni entienden ironías o significados implícitos (Albores Gallo, Hernández Guzmán, Díaz Pichardo, Cortes Hernandez, 2008; APA, 2000).

3.2.3.3. Conducta Estereotipada

Los movimientos corporales estereotipados pueden manifestarse con las manos (dar golpecitos, aletear) o todo el cuerpo (balancearse, inclinarse y mecerse). Los niños autistas suelen tener anomalías posturales (caminar de puntillas, movimientos manuales y posturales corporales extravagantes), experimentar una preocupación persistente por ciertas partes de objetos

(botones, partes del cuerpo) y fascinarse por un movimiento determinado (el girar de las ruedas de un auto, el abrir y cerrar de una puerta, un ventilador eléctrico) (APA, 2000).

Estos niños pueden alinear un número exacto de juguetes del mismo modo muchas veces y reproducir una y otra vez, por ejemplo, los comportamientos y muletillas de un actor de televisión. A menudo se observa un exagerado interés por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en expresar determinadas acciones (Lopez Gómez et. al., 2009).

3.2.3.4. Síntomas conductuales asociados: Conductas Disfuncionales

El presente proyecto se focaliza en las conductas disfuncionales que poseen los niños con TEA. Según Dueri (2002), estas conductas pueden comenzar a aparecer como conductas autoestimulantes (conducta repetitiva no dirigida a una meta, como mecerse y gesticular), autolesiones (morderse la mano, golpearse la cabeza, arañarse o tirarse del pelo), problemas al dormir o comer, contacto ocular pobre, insensibilidad al dolor, hiperactividad, trastornos de atención, impulsividad, agresividad, berrinches y rabietas (gritar, romper objetos).

Burgos, et. al. (2010) cita a Langley (2008), quien afirma que tales conductas son cualquier tipo de comportamiento que interfiere en el aprendizaje o en el normal desarrollo de los niños; resulta dañina para ellos, o para otros, y puede situarlos entre la población que tiene alto riesgo de manifestar posteriormente problemas sociales o fracaso escolar.

Así mismo, Carr, McConnachie, Carlson, Kemp y Smith (1996) declaran que las conductas disruptivas constituyen, con frecuencia, el medio que utilizan los niños y niñas que carecen de las habilidades comunicativas y socioemocionales necesarias para expresar sus necesidades y aparecen cuando existe un desajuste en la interacción que establecen con su contexto social. Debido a ello, puede percibirse este tipo de conductas como sujetas a una función que le sirve al individuo para algo (Trivisonno, 2007).

Más aún, Tamarit (2005) declara que las conductas desadaptativas están causadas, en un porcentaje superior al 90%, por una carencia de habilidades

de comunicación, de interacción social y de control del entorno (por ejemplo, carencia de predicción y conocimiento de lo que va a ocurrir). Por tanto, las conductas cumplen unos propósitos generalmente muy claros: se hacen para pedir algo que se desea pero no se sabe pedir de otra manera, se hacen para orientar la atención hacia la persona, para evitar continuar en una situación desagradable, para rechazar algo no deseado. Todas estas funciones son necesarias en el desarrollo personal y hay que mantenerlas, lo que hay que cambiar es la forma de las conductas que se utilizan para lograr esos fines.

A pesar de la alta existencia de niños con conductas desafiantes presentes en la población, Matson y Nebel-Schwalm (2006) afirman que no ha habido gran cantidad de investigaciones respecto a la evaluación, identificación y seguimiento de dichos comportamientos.

Horner, Carr, Strain, Todd y Reed (2002), explican que, según investigaciones disponibles, los niños con autismo poseen un riesgo significativo a desarrollar problemas de conducta; sin la adecuada intervención, esos comportamientos son más propensos a empeorar que mejorar, teniendo un impacto dramático y perjudicial en ámbitos educativos y sociales.

Recientes estudios dirigidos por Emerson enuncian que aproximadamente una de cada tres mil personas presentan discapacidad del desarrollo y conductas desafiantes de importancia. Si extrapolamos este dato a la población argentina tendríamos como resultado que existirían alrededor de 12.000 personas (unas 7000 entre los 15 y 64 años) con discapacidad del desarrollo y conductas desafiantes de importante intensidad, siendo la situación en más de 2000 de esas personas absolutamente crítica (Tamarit, 2005).

Cabe destacar un estudio descrito por Murphy, Healy y Leader (2009), en el que se estudió la identificación de los factores de riesgo para la ocurrencia de conductas disruptivas en una muestra de niños con TEA en Irlanda. La aparición de las conductas fue examinada en comparación con las siguientes variables: sexo, edad, nivel de discapacidad intelectual, el tipo de intervención y las horas de intervención que recibieron. Los resultados indicaron que el 64,3% de los 157 participantes mostraron conductas desafiantes con una alta frecuencia a través de las diferentes categorías evaluadas (Murphy, et. al.,

2009).

Más aún, Matson, Wilkins y Macken (2008), realizaron una investigación sobre comportamientos disruptivos en 313 niños. Se demostró que los niños con TEA presentan mayores niveles de conductas desafiantes que en los grupos control, tanto en niños con desarrollo normal como niños con desarrollo psicopatológico o atípico. Asimismo, los autores examinaron la relación entre las conductas desafiantes y los síntomas de autismo en los niños con TEA, concluyendo que los Trastornos del Espectro Autista severos muestran niveles significativamente más altos de problemas de conducta que los niños con TEA leve o moderado.

3.3. Modelo Conductual: Análisis Conductual Aplicado (ABA)

Las diferentes técnicas de modificación de la conducta se basan en el denominado Modelo Conductual. Dicho modelo surge como una reacción y renovación de los postulados psicológicos vigentes a principios del siglo XX. En esos momentos el objeto de estudio predominante de la psicología era la mente o la conciencia y su contenido, siendo la introspección su método (Sanchez & Sanchez, 2011).

Surge, entonces, la necesidad de cambiar estos conceptos por otros más acordes con las nuevas tendencias, que apuestan por desplazar a la mente como objeto de estudio a favor de la conducta y la introspección como método por el utilizado en la ciencia experimental. El postulado fundamental de la nueva Psicología Conductual es que la conducta es fundamentalmente una consecuencia del aprendizaje, teniendo lugar en el medio social en el que crece y se desenvuelve el individuo y la única manera de entender su comportamiento es mediante el estudio de las conductas observables (Banús Llor, 2012).

De esta manera, siendo la conducta humana algo que puede observarse, medirse y condicionarse, es posible predecirla, controlarla y manipularla; por esta razón la mayor parte de los estudios de la psicología conductual están dirigidos a este objetivo, saber de qué manera se puede obtener un cambio de conducta a través de modificaciones en los estímulos, las condiciones, el

entorno, etc (Bigge, 2004).

Las bases teóricas y experimentales de la modificación de conducta surgen fundamentalmente tras los estudios de Thorndike (1898) y de Skinner (1938). El primero realiza experimentos con animales en los que éstos eran encerrados en las que él llamaba "cajas-problema"; para poder escapar de estas cajas y acceder a la comida que tenían visible los animales debían mover un cerrojo o presionar una palanca. A partir de aquí, Skinner desarrolla dicho modelo utilizando el término de condicionamiento operante. Su principio básico es que las conductas se aprenden y se mantienen como resultado de sus consecuencias, sentando así la importancia del ambiente (Caballo, 1998).

Este aprendizaje se denomina operante debido a que el sujeto aprende a realizar ciertos comportamientos; para ello, son fundamentales los refuerzos y castigos: un premio o refuerzo es cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que cierta conducta sea repetida por el sujeto; un castigo, por el otro lado, es cualquier estímulo que disminuye la probabilidad de que cierta conducta sea repetida (Craig & Baucum, 2001).

Una de las más reconocidas terapias conductuales con base fuertemente empírica destinadas al autismo es el Análisis Conductual Aplicado (ABA), del inglés Applied Behavior Analysis (Hastings, 2003; Mebarak et. al., 2009; Smith, 1999). Esta técnica utiliza los principios fundamentales de la teoría del aprendizaje para mejorar conductas, habilidades o aptitudes humanas socialmente significativas (Alessandri, Thorp, Mundy & Tuchman, 2005).

Según Schramm (2006), es Lovaas, quién diseña las primeras implementaciones del ABA utilizado para personas con este trastorno. Tal autor, publica, en el año 1987, un artículo en el "Journal of Consulting and Clinical Psychology" bajo el título *Terapia Conductual y funcionamiento educativo en niños jóvenes con autismo*, donde describe un proyecto de intervención conductual (iniciado en 1970) que pretendía maximizar los beneficios del tratamiento conductual en niños autistas durante la mayor parte de las horas de del día durante muchos años (Trivisonno, 2007).

En la investigación mencionada, un número de 38 niños con diagnóstico de autismo fueron asignados semialeatoriamente a dos grupos, uno

experimental de tratamiento intensivo con 19 niños recibiendo 40 horas (o más) de tratamiento semanal y un grupo control de tratamiento mínimo, compuesto por 19 niños, recibiendo 10 horas (o menos) semanales de tratamiento. A su vez, estos grupos se compararon con un tercer grupo de 21 niños, los cuales recibieron tratamientos exclusivamente en la comunidad y no formaron parte del proyecto. Al cabo de dos años, los niños del grupo que recibía 40 horas semanales de terapia aumentaron su Coeficiente Intelectual; nueve de los 19 niños había podido completar el primer curso de escuela primaria "normal", sin ningún tipo de ayuda o asistencia especial, teniendo una inteligencia promedio; ocho niños completaron el primer curso en un aula para niños con retraso del lenguaje, y poseían un coeficiente intelectual designado como de retraso leve; sólo dos de los 19 niños del grupo experimental tuvieron que ser incluidos en aulas para niños autistas y poseían un coeficiente intelectual clasificable de retraso severo. En cuanto a los dos grupos control (sumando 40 niños), sólo 1 niño alcanzó un rendimiento intelectual promedio, pudiendo ser incluido en una clase para niños "normales" (Lovaas, 1987; Trivisonno, 2007).

Schramm (2009) declara que ABA es la opción correcta para la mayoría de las familias con niños autistas o con desórdenes del desarrollo, ya que se desarrollan progresos significativos a través de este enfoque.

El análisis conductual permite alcanzar una comprensión profunda de las conductas; mediante la aplicación de los principios de análisis del comportamiento se pueden establecer una serie de condiciones que darán lugar a cambios conductuales positivos o socialmente relevantes en los pacientes (Mebarak et. al., 2009).

Asimismo, Trivisonno (2007) explica que la terapia ABA implica la manipulación deliberada de ciertas variables, las cuales son las que realmente "controlan" un comportamiento, por lo que al manipularlas se modifica la conducta en cuestión. Existen dos tipos de estas variables centrales, aquellas que tienen lugar *antes* del comportamiento, llamadas Estímulos antecedentes de la Conducta y aquellas que son *consecuencia* de él, las cuales reciben el nombre de Estímulos Consecuentes.

Como explica la National Autistic Society (NAS) (2004), mediante la

identificación de posibles factores desencadenantes de la conducta resulta factible encontrar estrategias de prevención para que el comportamiento no se repita en el futuro. Además, Trivisonno (2007) explica que la mayoría de los comportamientos humanos se mantienen por su función, y, a su vez, la función se encuentra en parte determinada por las consecuencias de la conducta en cuestión.

Un estudio realizado por Hayward, Eikeseth, Gale y Morgan (2009) examina los progresos encontrados en niños con autismo que recibieron un tratamiento uno a uno con ABA en un promedio de 36 horas semanales en la Universidad de California de Los Angeles durante un año. Se realizaron dos comparaciones: un modelo clínico de tratamiento intensivo ABA aplicado por todo el personal de terapia (N = 23), y un modelo intensivo de tratamiento ABA manejado por padres con supervisión exhaustiva (N = 21), examinando si los progresos estaban asociados con el tratamiento ABA o no. Se observa que los niños de ambos grupos mejoraron significativamente en el coeficiente intelectual, visual-espacial, comprensión del lenguaje, lenguaje expresivo, habilidades sociales, habilidades motoras y comportamiento adaptativo. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna de las medidas en el seguimiento.

De igual modo, Grindle et. al. (2012), informa sobre los resultados de una investigación realizada con 11 niños (3-7 años) con autismo, los cuales asistieron a una clase de intervención educativa ABA en una escuela convencional. Al cabo de un año, los niños adquirieron nuevas habilidades, sumando a estas otras habilidades adicionales durante el segundo año. Los resultados de los análisis grupales sobre pruebas estandarizadas (coeficiente intelectual y conducta adaptativa) mostraron moderados a grandes cambios durante un año, con más cambios durante el segundo año. Más aún, se analizaron los resultados de pruebas estandarizadas de 9 niños autistas con educación ABA en comparación con un grupo de 18 niños con autismo que recibieron educación convencional durante dos años. Esta investigación dio como resultado efectos estadísticamente significativos a favor del grupo ABA para habilidades adaptativas. El análisis exploratorio muestra también, que los

aumentos en el lenguaje y habilidades de aprendizaje en el grupo ABA estaban asociados, generalmente, con cambios positivos en las pruebas estandarizadas. Esto implica que el modelo integral de intervención conductual puede aplicarse con éxito en un entorno escolar ordinario.

Es importante aclarar que los resultados empíricos de intervención con ABA en niños autistas han sido tanto positivos como negativos. Desde el lado positivo, el tratamiento conductual puede construir comportamientos complejos, como el lenguaje, y puede ayudar a suprimir conductas patológicas, por ejemplo la agresión y las conductas autolesivas. Por el otro lado, los logros del tratamiento han sido específico para el entorno concreto en el que se trata al cliente, se han observado recaídas sustanciales en el seguimiento y ningún cliente ha sido reportado como totalmente recuperado (Lovaas, 1987).

3.3.1. Técnicas de Intervención ABA

La metodología ABA utiliza varias técnicas de intervención, entre las cuales se encuentran: Ensayo Diferencial de Enseñanza (Discrete Trial Teaching), Análisis de la conducta verbal (Verbal Behavior), Entrenamiento en Respuestas Centrales (Pivotal Response Training) y Análisis Funcional de la Conducta (Functional Assessment) (Mebarak et. al., 2009; Schramm, 2009).

3.3.1.1. Ensayo Diferencial de Enseñanza (DTT)

La DTT es el método mayormente usado en la ciencia del ABA. Las sesiones de enseñanza se componen por múltiples series de ensayos independientes, donde se individualiza y se simplifica la instrucción para mejorar el aprendizaje en niños. En lugar de enseñar una habilidad entera de una sola vez, ésta se descompone en diferentes partes a seguir y se construye por medio de ensayos discretos que enseñan cada paso uno a la vez, recompensando todos los logros (Schramm, 2006; Smith, 2001).

Este método es considerado muy útil para instruir a niños autistas en nuevas formas de comportamiento (sonidos del habla o movimientos motores que el niño no hubiera podido hacer) y nuevas discriminaciones (responder correctamente a peticiones diferentes), ya que estos niños pueden presentar

dificultades para aprender, relacionarse y jugar con los demás (Pétursdóttir & Sigurdardóttir, 2006).

De acuerdo con Smith (2001), el DTT puede aumentar la motivación y el aprendizaje de un niño autista debido a tres razones importantes: primero, los ensayos son cortos, haciendo que las pruebas de enseñanza puedan completarse, permitiendo así numerosas oportunidades de aprendizaje; en segundo lugar, el método de DTT de uno a uno es completamente individualizado, respetando las necesidades de cada niño; en último lugar, el formato de procedimiento crea claridad para el niño.

3.3.1.2. Análisis de la conducta verbal (VB)

El VB es un programa de lenguaje que motiva a los niños, adolescentes o adultos autistas a aprender el lenguaje mediante la conexión de las palabras con sus propósitos. El estudiante aprende a utilizar el lenguaje para comunicar ideas y realizar peticiones (Mebarak et. al., 2009).

Schramm (2006) explica que este método se basa en la Clasificación Conductista del Lenguaje creada por Skinner, quien organiza todo el lenguaje en nueve funciones separadas: Demanda (pedido de ítems, actividades o información); Imitación Motora (copiar o imitar una acción que se ve); Imitación Verbal (repetir exactamente lo que se escucha); Lenguaje Receptivo (habilidad de seguir instrucciones o cumplir pedidos); Tacto (habilidad de identificar verbalmente objetos, acciones y eventos en el ambiente); Receptiva por Característica, Función y Clase -REFC- (habilidad de identificar receptivamente ítems específicos cuando se da alguna descripción de su función, sus características o su clase); Interpersonal (se lidia con las respuestas de preguntas o conversaciones donde las palabras que se usan son controladas por las distintas palabras del otro); Textual (lectura de palabras escritas); Escritura (palabras dictadas).

3.3.1.3. Entrenamiento en Respuestas Centrales (PRT)

El PRT es un método de aprendizaje para orientar y modificar comportamientos clave en los niños con autismo, dando lugar a amplios efectos

positivos en la comunicación, el comportamiento y las habilidades sociales (Mebarak et. al., 2009).

Según Koegel y Koegel (2006), es debido a que el PRT trabaja con las motivaciones naturales de cada niño y enfatiza la comunicación funcional sobre el aprendizaje de memoria, que este modelo integral ayuda a los niños a desarrollar habilidades que realmente pueden utilizar. Con este recurso, los educadores y terapeutas acompañan de mejor manera a los niños autistas, disfrutando de interacciones más positivas, una comunicación más eficaz y un mayor rendimiento académico.

3.3.1.4. Análisis Funcional de la Conducta (FA)

Resulta importante conocer la función que tiene un comportamiento, ya que toda conducta tiene un propósito. La manera más destacada de entender el propósito de una conducta es haciendo un Análisis funcional del mismo. Dicho análisis permite identificar si un comportamiento se encuentra sostenido por atención, evitación o autoestimulación (Carr et. al., 1996; Schramm, 2006).

Según Carr et. al. (1996), los casos de problemas de comportamiento que sirven para obtener la atención de los demás se dan debido a que los niños con TEA aprenden que una conducta problemática es una forma eficaz, en determinadas circunstancias la única, de conseguir de los demás mayor contacto social. Así mismo, Trivisonno (2007) explica que cuando a un niño con TGD se le quita la atención que desea, es decir, se le priva del Reforzamiento Social, éste tiene la posibilidad de aprender rápidamente que una manera eficaz de llamar la atención es mediante un comportamiento disruptivo.

Por el otro lado, los niños autistas suelen responder de forma agresiva cuando se les presenta una tarea que no desean realizar (Schramm, 2009). En un estudio realizado por Carr, Newson y Binkoff (1980), citado por Carr et. al. (1996), cuando a dos niños con retraso mental se les pedía que realizaran tareas escolares sencillas, respondían mordiendo, arañando y dando patadas al profesor, pero cuando se les retiraba la tarea casi no se mostraban agresivos. Este patrón de comportamiento sugirió que la agresión tenía como resultado la evitación del trabajo. Trivisonno (2007) explica que esta conducta es mantenida

por un Reforzamiento Negativo.

Por último, están las conductas problema con la funcionalidad de ayudar a los sujetos a acceder a cosas concretas, tales como, actividades favoritas, juguetes y comida (Carr et. al., 1996). Según Trivisonno (2007), los niños pueden llorar, gritar, patear con el objetivo de obtener aquello que desean; estas conductas se sostienen por medio de la Obtención de una Tangible, tienen como función la obtención de un reforzador tangible o material.

Resulta importante destacar que, en situaciones de la vida real, es probable que un sujeto utilice la misma conducta disruptiva para alcanzar objetivos diferentes (Goldiamon, 1974); la misma persona puede usar la agresión para obtener la atención de los demás, para evitar una situación desagradable u obtener objetos o actividades (Carr et. al., 1996). Por ejemplo, en un estudio realizado por Carr y Durand (1985), una niña de cinco años se mordía a sí misma, pegaba a los demás y gritaba, tanto para evitar una tarea de desarrollo de vocabulario como para llamar la atención de su maestro cuando este no se la brindaba.

Más aún, Trivisonno (2007) expone que, ciertos comportamientos disruptivos se dan con mayor frecuencia o intensidad, no sólo en ciertas situaciones, sino ante determinadas personas, destacando la importancia de identificar los estímulos que indican que una respuesta puede ser reforzada. Estos estímulos reciben el nombre de Discriminativos, a contraposición a los Delta, los cuales indican que una respuesta no será reforzada.

Conforme lo dicho por Schramm (2006), es significativo determinar qué conducta es o no apropiada en determinado momento. Mientras que muchos comportamientos inapropiados resultan obvios, como las conductas agresivas (pegar, escupir, romper, morder, arañar) o el lastimarse a si mismo (sacudir la cabeza de forma violenta o morderse), otros no son tan fáciles de reconocer, ello dependerá de la situación en la que se realicen.

La mejor manera de analizar cuál es la interacción de un comportamiento es respondiendo a tres cuestiones: detectar el comportamiento disfuncional y determinar su antecedente y su consecuencia (García Coto, 2010; Schramm, 2009). Esto último se lleva a cabo mediante la observación directa y el registro,

durante al menos dos semanas, para obtener una imagen clara del contexto social del problema de conducta, su naturaleza específica y la reacción que la conducta disruptiva suscita en los demás (Tabla III) (Carr et. al., 1996).

Tabla III

Registro de la conducta del Análisis Funcional de la Conducta

Antecedente	Conducta	Consecuencia

(Trivisonno, 2007)

El próximo paso es realizar una evaluación conductual y así poder plantear una intervención para frenar el refuerzo de la conducta disfuncional y comenzar a reforzar otros comportamientos más convenientes (Schramm, 2006).

La evaluación conductual es el proceso mediante el cual se arriba a un *estado actual* del comportamiento disfuncional del niño que brinda la información necesaria para seleccionar los objetivos del tratamiento y las estrategias mediante las cuales se alcanzarán tales objetivos (Trivisonno, 2007). Esta etapa es de suma importancia, ya que de una correcta valoración pueden depender los resultados de las estrategias implementadas (Tijmes, Varela & Barrera, 2009).

Las estrategias de intervención posibles son: Extinción, Refuerzo Diferencial de Conductas Alternativas, Sobrecorrección, Tiempo Fuera, Autocontrol, Negociación y Redirección de la conducta (García Coto, 2010).

La Extinción es ignorar la conducta; ignorar es la manera más fiable de saber que no se está reforzando un mal comportamiento, es no retar al niño, no pelear con él, no gritarle, no hablarle, intentar no mirarlo, no hacer gestos, continuar con lo que se está haciendo y no decirle "no". Es una de las estrategias más efectivas para disminuir la conducta y también una de las más difíciles de aplicar, sólo se utiliza en aquellas conductas que no pongan en

riesgo la integridad del niño y de los demás (García Coto, 2010).

Este tipo de intervención, conforme lo dicho por Trivisonno (2007), es más eficaz si se combina con reforzamiento positivo de comportamientos alternativos u opuestos, es decir, no sólo ignorar la conducta problema sino también reforzar algún comportamiento adecuado alterno.

Además de reducir la conducta, la extinción tiene varios efectos importantes a tener en cuenta: el comportamiento que está sometido a extinción puede aumentar en intensidad, frecuencia y duración al comienzo del proceso (justo cuando procedemos a la retirada del reforzador); puede producir temporalmente conductas emocionales, tales como llorar, conductas agresivas o destructivas; y el comportamiento que se ha extinguido puede ocasionalmente volver a ocurrir, es lo que se conoce con el nombre de Recuperación Espontánea (Banús Llord, 2012; Caballo, 1998).

En el Refuerzo Diferencial de las Conductas Adecuadas se refuerzan otras conductas que pueden o no ser incompatibles con el comportamiento desadaptativo (García Coto, 2010). Existen dos modalidades: Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI) y Reforzamiento de Otras Conductas (RDO). En la primera, se trata de disminuir la ocurrencia de una conducta por medio del refuerzo de una conducta discrepante; si se refuerza un comportamiento antagónico al que se quiere eliminar, esta conducta aumentará su frecuencia y, consecuentemente, la conducta que se quiere reducir disminuirá su frecuencia. El RDO, en cambio, refuerza cualquier otra conducta (Trivisonno, 2007).

Es importante destacar que no se aplica ninguna consecuencia a la conducta que se desea eliminar (Carr, 1996).

La Sobrecorrección consiste en pedir a un individuo no sólo que rectifique la conducta disfuncional, sino que corrija los efectos de la misma (Banús Llord, 2012). Se requiere que el sujeto restaure el daño ocasionado y mejore dicho daño llevándolo a un estado mejor que el estado original. Por ejemplo a un niño que se ha metido algo inadecuado en la boca, se le puede pedir que saque el objeto y, además, que se lave la boca con algún antiséptico (Trivisonno, 2007).

Según García Coto (2010), el Autocontrol apunta a que el niño pueda controlar por sí mismo la conducta problema mediante diferentes sistemas de

refuerzo. Por ejemplo, a un niño que cuando pierde se enoja, grita y rompe el juego, se le enseñará, mediante una tarjeta que le dice lo que debe hacer en esa situación, la forma correcta de expresar su enfado.

La Redirección de la conducta disruptiva consiste en generar una conducta apropiada que la reemplace. El objetivo es lograr que el paciente deje de realizar esa conducta haciendo la que le pide el terapeuta; el niño se distrae del comportamiento inapropiado y se concentra en una tarea que le ayuda a comportarse correctamente. De esta manera, en lugar de ser castigado por su impropiedad, se le da la oportunidad de tomar una decisión diferente al verse envuelto en una actividad distinta (Banús Llor, 2012; García Coto, 2010).

En la Negociación se produce un intercambio de elementos o acciones para lograr que ambas partes consigan su objetivo (Schramm, 2006).

Por último, Tiempo Fuera radica en la supresión contingente de la oportunidad de obtener reforzamiento positivo durante un determinado período de tiempo (máximo 10 minutos); se trata de aislar al niño de refuerzos positivos (retirar al niño de un ambiente reforzante a uno no reforzante) (Trivisonno, 2007). Como dice García Coto (2010), consiste en privar al niño de todos los estímulos a los que estaba expuesto en el momento de la conducta disfuncional. Esta intervención suele disminuir las escaladas de agresiones, elude el circuito de gritos que en ocasiones puede terminar en castigo físico y se evita a largo plazo una serie de situaciones que podrían deteriorar los vínculos y la convivencia.

Resulta importante cuidar que esta retirada física no comporte algún tipo de beneficio indirecto al niño; por ejemplo conseguir dejar de estudiar o evitar comer algo que no quiere, ya que se estaría reforzando la conducta inadecuada (Banús Llor, 2012).

Una vez decidido el posible propósito del comportamiento disruptivo y determinado la intervención adecuada para afectar a la conducta de una manera positiva, es indispensable llevar a cabo un registro para saber si el comportamiento ocurre con menos frecuencia con el paso del tiempo; sólo así se puede determinar de forma confiable si una intervención está teniendo el efecto deseado (Tabla IV) (Schramm, 2009).

Tabla IV

Registro de intervención del Análisis Funcional de la Conducta

Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia

(Trivisonno, 2007)

Más aún, para lograr un buen resultado, se debe ser constante y coherente en la aplicación de la técnica; para ello, resulta necesario que las personas a cargo del niño actúen de igual manera antes la aparición de las conductas disruptivas a evaluar. (Banús Llor, 2012).

Según Carr et. al. (1996) pueden surgir dificultades al momento de la evaluación conductual, la cual será incompleta si aparecen determinados conflictos: Primero, si el problema de conducta aparece con muy poca frecuencia, entonces un período de dos semanas de observación no será suficiente, por lo cual se deberá alargar tal período. Segundo, después de que se ha iniciado la intervención, pueden surgir cambios en los programas de trabajo u horarios de los profesionales. En estas situaciones pueden aparecer conductas problemáticas nuevas, debido a factores distintos de los ya evaluados. La solución es llevar a cabo una observación directa adicional, ya que debe ser un proceso continuo y no una actividad realizada al inicio de la planificación del programa para luego ser suspendida.

En suma, se ha referido acerca del Trastorno Autista, desde su historia hasta su epidemiología, etiología y diagnóstico, teniendo en cuenta las conductas características del trastorno y destacando los comportamientos disfuncionales que presenta. Luego, se ha mencionado el modelo desde el cual se trabaja la modificación de la conducta, el modelo Conductual, teniendo en cuenta sus comienzos y distinguiendo la terapia de Análisis Conductual

Aplicado, la cual presenta diferentes técnicas de intervención. Una de estas técnicas es el Análisis Funcional de la Conducta, procedimiento que se utiliza a los fines de este proyecto.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo: caso único.

1. Participante

El paciente, F, es un niño de 12 años, con Trastorno Generalizado del Desarrollo no específico, diagnosticado desde los 2 años de edad, quien recibe tratamiento en forma continua a partir de la determinación de su diagnóstico.

Además, el niño posee Dermatitis Atópica, diagnosticada en el año 2003, la cual produce una reacción en la piel que lleva a hinchazón y enrojecimiento continuos.

Comienza su terapia en el centro en el año 2009 con una frecuencia diaria y de jornada completa (9 a 16hs). A partir de su inclusión, se lo inicia en un tratamiento cognitivo conductual, modalidad 1 a 1 y grupal.

Recibe aproximadamente 19 horas semanales de práctica educativa especial, cuatro horas semanales de educación física, cuatro horas semanales de actividades grupales, una hora semanal de terapia ocupacional, una hora semanal de fonoaudiología y una hora semanal de pileta. En un total, unas 30 horas de asistencia semanal.

Consta de un certificado de discapacidad, realiza tratamiento neurológico, se encuentra medicado y efectúa salidas con acompañamiento terapéutico.

Su familia tiene un nivel socioeconómico medio-alto. Sus padres se encuentran separados, por lo cual vive con su madre y hermano varón de 9 años.

4.3. Instrumentos

Se trabaja con las siguientes técnicas para la recolección de datos:

Historia Clínica. A través de la misma se describen los datos del paciente, motivo de consulta, genograma, diagnóstico, medicación, evolución del tratamiento actual, etc.

Carpeta de registro de los terapeutas acerca de las evoluciones del niño. En estos registros, realizados dos veces al día, se consigna la actividad diaria del paciente, incluyendo el rastreo sobre el Análisis Funcional de la Conducta, por medio del cual se determinan los comportamientos relevantes del niño durante un período de dos meses. Tal registro es cumplimentado diariamente por los profesionales de la unidad asignados a ello.

Observación no participante del niño a través de dos guías de observación aplicadas durante la práctica educativa en el aula de educación especial y en el horario de educación física del centro. El estudio se realiza durante dos meses, cuatro días a la semana, cinco horas por día. Tales guías de observación se encuentran en los apartados Anexo 1 y Anexo 2.

4.4. Procedimiento

En la primer etapa de la investigación se analiza la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta su diagnóstico y tratamiento dentro de la institución.

Posteriormente, se examina la carpeta de registro de los terapeutas en cuanto a la recopilación de datos sobre el Análisis Funcional de la Conducta realizado en el paciente.

Luego, se recolectan los datos necesarios para responder al objetivo 1. Para ello se utiliza durante un mes la primer guía de observación (Anexo 1) aplicada cuatro días a la semana durante cinco horas en las actividades realizadas en aula del centro. Se toma registro de las conductas disfuncionales (romper y tirar) del niño, teniendo en cuenta los antecedentes y consecuencias de cada uno de esos comportamientos.

Seguidamente, se reúnen los datos pertinentes a contestar el objetivo 2 y 3; se realiza durante un mes, cuatro días a la semana por cinco horas, una

anotación de los comportamientos disruptivos (romper y tirar) del niño y las intervenciones terapéuticas aplicadas por los profesionales en las actividades de aula del Centro, administrando la segunda guía de observación (Anexo 2) y prestando atención a las consecuencias que tales conductas provocaban.

Con la información recabada se procede a efectuar la descripción del desarrollo sobre el proceso del análisis funcional de la conducta realizado en el niño.

Finalmente, con los resultados arrojados por dicho análisis, se coteja la información para poder describir los resultados y conclusiones arribadas de la investigación.

5. DESARROLLO

A continuación se realiza, a modo de introducción, una breve presentación del niño en cuanto a los datos descriptos en su historia clínica, para así dar a conocer de manera apropiada el caso a analizar.

Se destaca que el paciente posee un nivel de inteligencia práctica similar al de su edad mental.

En la dimensión social, tiene una aceptable relación con sus padres, pero las veces que se comunica con otros niños es siempre iniciativa de los otros. Puede realizar actividades grupales y entiende la dinámica de juego, aunque en ocasiones le cuesta respetar su turno. Es capaz de atribuir estados mentales a los demás con algunas limitaciones.

En la dimensión comunicativa, a lo largo del tratamiento en el centro, ha incorporado muchas palabras y aprendido a estructurar frases, aunque le cuesta armarlas enteras y de forma correcta para pedir algo. La manera en que se comunica depende de su estado en general; si no está bien tiende a hablar más cerrado, por lo que se le entiende menos. Generalmente se irrita al no poder expresar lo que siente o cuando no es posible comprenderlo.

En cuanto a la dimensión de anticipación y flexibilidad, puede realizar una tarea sin vigilancia y de forma sistemática. Acepta los cambios inesperados, aunque los entornos ordenados y rutinarios lo organizan.

Por último, se muestra activo, energético e inquieto, adoptando

conductas desafiantes, del tipo tirar elementos de trabajo, que tornan difícil la labor en mesa y sala.

A los fines del presente proyecto se considera apropiado explicar la modalidad del método utilizado dentro del centro para una mejor comprensión del proceso en cuanto a las metas del tratamiento.

En este caso, se plantea realizar con el niño un Análisis Funcional de la Conducta (FA), procedimiento de evaluación que permite realizar intervenciones orientadas a modificar las variables que se relacionan funcionalmente con los comportamientos problemáticos de los pacientes (Carr et. al., 1996).

Los encargados de realizar el FA fueron la terapeuta a cargo del niño, C, y el docente de educación física, O. Ambos profesionales concurren al centro en el horario de mañana (9 a 13hs), mientras que el paciente realiza jornada completa (9 a 16hs); por lo tanto, dicho análisis es elaborado sólo durante el primer turno de la institución, cinco horas por día durante dos meses.

Es importante aclarar que el resto de los profesionales del centro no participan del análisis sobre el estudio a ejecutar, pero sí lo hace del programa de modificación de la conducta, por lo cual las debidas intervenciones se realizan durante ambos turnos de actividad, tanto mañana como tarde.

Se admite entonces, como explica Banús Llorca (2012), que todas las personas del centro a cargo del niño se encuentran actuando de igual modo ante las conductas problema, siendo constantes y coherentes en las intervenciones.

De esta manera, habiendo realizado la debida aclaración, se procede a contestar a los objetivos planteados en el trabajo de investigación.

5.1. Objetivo 1: Describir y analizar dos de las conductas disfuncionales presentes en el niño (romper y tirar) previas a la intervención terapéutica.

La carpeta de registro de los profesionales pone de manifiesto que los comportamientos disruptivos presentados por F son *tirar* y *romper*, que, según Dueri (2002), se interpretan de tipo berrinches o rabietas e interfieren en el

aprendizaje o en el normal desarrollo del niño (Langley, 2008 en Burgos et. al. 2010).

Son conductas que aparecen en el paciente espontáneamente y las cuales repite con alta frecuencia (por lo menos cinco o seis veces por día). Siguiendo a Schramm (2006), resultan inadecuadas en el contexto o situación en el que se realizan, ya que de acuerdo a la observación realizada, F se comporta de manera problemática en horario de trabajo en aula con sus terapeutas y docentes.

Tales comportamientos presentan un propósito o función para el niño; son, conforme lo dicho por Carr et. al. (1996), su manera de expresar necesidades ante una desajuste en su interacción social. Acorde a ello, siguiendo a Tamarit (2005), estas conductas pueden estar manifestándose en F ya sea para pedir algo que quiere sin saber pedirlo de otra forma, llamar la atención de una persona, evitar permanecer en una situación desagradable o para rechazar algo que no desea.

Para ello, por medio del Análisis Funcional de la Conducta, se realiza una observación de las conductas problema por separado y se estudian sus antecedentes y consecuencias para así obtener una imagen clara del contexto social de ese comportamiento, su naturaleza específica y la reacción que suscita en los demás (Carr. et. al., 1996).

Mediante lo examinado a través de la guía de observación y la carpeta de registro de los terapeutas se desprende que, por un lado, la conducta *tirar* resulta reiterativa durante las clases de educación física y en el trabajo educativo en aula, descartando los horarios de recreo, almuerzo, pileta, fonouadiología, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.

Mientras que en su sala arroja objetos tales como tarjetas de trabajo, cuadernos, lápices y fibras de forma violenta y con fuerza, en el horario de educación física lo hace con los conos y las pelotas, tirando estas últimas fuerte contra la pared o hacia los ventiladores de techo de forma deliberada.

Se desprende de ello que quienes habitualmente resultan encontrarse cerca cuando se produce el problema son C, la terapeuta de la mañana del niño, O, el docente de gimnasia y la psicopedagoga de la tarde, L.

Más aún, teniendo en cuenta los antecedentes y consecuencia de dicho problema, datos arrojados por la observación ejecutada, se observa que F realiza el comportamiento en cuestión, en su mayoría, por un llamado de atención o porque no quiere realizar o desea retrasar la tarea u ordenes asignadas, lo cual, acorde a Trivisonno (2007), se determinan como comportamiento mantenido por un Reforzamiento Social, en el primer caso, y un Reforzamiento Negativo, en el segundo.

En el Reforzamiento Social, los niños aprenden que una buena manera de llamar la atención es mediante un comportamiento disruptivo (Carr et. al., 1996). Algunos indicadores de que una conducta puede estar siendo mantenida por Reforzamiento Social son: la atención de las personas que rodean al individuo sigue inmediatamente a la conducta; la persona mira o se acerca a los demás justo antes o durante la ejecución de la conducta; la persona se sonríe justo antes o durante la ejecución de la conducta (Trivisonno, 2007).

En el caso de F, se observa que varias de las consecuencias a la conducta tirar son de interacción social, como retos o repetición de ordenes, lo que refuerza el comportamiento en cuestión. Además, en muchas de las situaciones en las que ocurre este comportamiento, el paciente lo realiza mirando al terapeuta y/o acompañado de una sonrisa.

Un ejemplo de ello se explicita en la Tabla V, en donde se observa cómo la consecuencia de la conducta es llamar la atención de la terapeuta que se encuentra asistiendo a uno de sus compañeros, como se señala en el antecedente. La conducta resulta funcional al niño, ya que es reforzada positivamente en términos de atención (refuerzo social).

Más aún, es característico cómo F mira a la profesional antes y durante la ejecución del comportamiento y se sonríe al realizarlo, ambos indicadores de que la conducta se encuentra mantenida por un Reforzamiento Social.

Tabla V

Registro de la conducta tirar sostenida por Reforzamiento Social

Antecedente	Conducta	Consecuencia
El niño realiza una actividad	Se para, mira a su	Se sienta y mira a su

educativa junto con su terapeuta y compañero de sala. F realiza la consigna de forma satisfactoria. La terapeuta (C) dice "muy bien F" y comienza a trabajar con el otro niño.	terapeuta y tira una de las tarjetas que estaban sobre la mesa para arriba con fuerza, sonriendo.	terapeuta; ésta le llama la atención y le dice que levante la tarjeta del piso. F lo hace y se sienta en su silla. Comienza a tocarse el labio superior de la boca.
--	---	---

Gracias a la observación realizada, puede registrarse que este tipo de situaciones se ha repetido con frecuencia, por lo que se desprende que la terapeuta estaría enseñando al niño que la conducta funciona para obtener atención.

En cuanto al Reforzamiento Negativo, muchos comportamientos problemáticos se mantienen porque permiten al niño evitar y retrasar tareas o escapar a personas (Carr et. al., 1996).

Según Trivisonno (2007), indicadores de que una conducta puede estar siendo mantenida por este tipo de reforzamiento son, en primer lugar, el hecho de que tareas, demandas u ordenes anteceden a la conducta en cuestión y en segundo lugar que la consecuencia del comportamiento sea la evitación o escape de dichas tareas, demandas u ordenes; lo cual se evidencia en los antecedentes y consecuencias de las conductas problema de F.

El registro de la Tabla VI muestra un ejemplo de ello. En este caso se ve que el antecedente es una demanda y, a causa de la conducta disfuncional, la petición es retirada un instante. La conducta resulta funcional a niño, pero a diferencia del ejemplo anterior, aquí el comportamiento es reforzado negativamente, al permitir a F escapar o retardar la demanda propuesta.

Tabla VI

Registro de la conducta tirar sostenida por Reforzamiento Negativo

Antecedente	Conducta	Consecuencia
F se encuentra en Educación	Lloriquea, toma una pelota	El profesor le llama la

física realizando un circuito. Al finalizar, el docente lo felicita, le comunica que ha terminado y le pide que se siente a esperar nuevamente su turno.	que se encuentra dentro del circuito y la tira contra la pared con fuerza. Vuelve a agarrarla y la tira hacia el lado opuesto del salón.	atención y le pregunta si quiere jugar con la pelota; el niño contesta "sí" y el profesor lo deja patear la pelota un momento. Luego le pide que se siente, a lo que el niño obedece riendo.
--	--	--

Es significativo resaltar que, como menciona Goldiamon (1974), F se encuentra utilizando la conducta disruptiva de tirar cosas para alcanzar dos objetivos diferentes, tanto para obtener la atención de los demás como para evitar una situación desagradable.

Por el otro lado, tal como se aprecia en la carpeta de registro de los terapeutas, la conducta *romper* es realizada, en su mayoría, durante el trabajo educativo terapéutico en aula, frente a su terapeuta C y, con menor frecuencia, en el gimnasio, ante la presencia del docente O.

Los materiales a romper en aula son tarjetas visuales y hojas tanto de su cuaderno de trabajo como las hojas sueltas utilizadas para dibujar; en educación física resulta insistente el empeño de F de romper la alfombra destinada a los descansos luego de finalizados los ejercicio a ejecutar.

Mediante la observación realizada, se destaca de forma interesante que ante la presencia de la profesional C, F no sólo rompe cosas, sino que además, al hacerlo, repite la palabra *rompí* mirando a su terapeuta de forma deliberada.

Por ello, resulta importante destacar la posibilidad de que C estuviera reforzando sistemáticamente los comportamientos disruptivos de F, lo que lleva a considerarla, entonces, como un Estímulo Discriminativo. Así lo argumenta Trivisonno (2007), declarando que ante ciertas situaciones o personas, se suele emitir determinada conducta que probablemente no se efectuaría de no presentarse dichos estímulos.

De esta manera, se puede describir la conducta de romper en F como mantenida por un Reforzamiento Social, ya que, como muestran las consecuencias de tal comportamiento, las cuales fueron rastreadas por medio del registro de observación, el niño busca llamar la atención de los profesionales.

En la Tabla VII se observa un ejemplo de lo dicho. Se advierte que la consecuencia del comportamiento es llamar la atención de la profesional, la cual asiste a uno de sus compañeros. La conducta resulta funcional al niño ya que obtiene la atención deseada. Además, resulta considerable como F observa a su terapeuta al momento de realizar el comportamiento problema.

Más aún, se destaca la posición de la terapeuta como Estímulo Discriminativo, ya que el niño no sólo logra la atención de la profesional, sino que además, la mantiene al ganar nuevamente su turno para trabajar.

Tabla VII

Registro de la conducta romper mantenida por Reforzamiento Social

Antecedente	Conducta	Consecuencia
El niño está trabajando, junto con un compañero y su terapeuta (C). Es el turno del otro niño.	Rompe una tarjeta. Dice "rompí, rompí, rompí...". Mira a su terapeuta y dice "enojada".	La profesional le quita la tarjeta de la mano, lo reprende diciendo "F rompiste, eso no se hace" y pregunta si quiere trabajar, a lo que el niño contesta que sí. Comienzan una nueva consigna.

Se concluye entonces, que los compartimentos desadaptativos del niño se encuentran mantenidos por Refuerzo Social, al romper cosas, y Refuerzo Social y Negativo al tirar elementos.

5.2. Objetivo 2: Describir las estrategias de intervención terapéutica por medio del Análisis Funcional de la Conducta que se realizarán con el niño para modificar las conductas disfuncionales.

Dada la evaluación conductual presentada en el apartado anterior, se da lugar al planteamiento de una intervención para frenar el refuerzo de los comportamientos disfuncionales (Schramm, 2006), ya que, conforme lo dicho por Horner et. al. (2002) sin la adecuada intervención, las conductas problema son más propensas a empeorar teniendo un dramático impacto tanto educativo

como social.

Según el Modelo Conductual el ser humano se encuentra determinado por su entorno y la única manera de entender su comportamiento es a través del estudio de sus conductas observables (Banús Llor, 2012).

Considerando que, como afirma Bigge (2004), la conducta humana puede observarse, medirse y condicionarse, siendo posible predecirla, controlarla y manipularla, se procede a emplear técnicas de intervención apropiadas para modificar los comportamientos disruptivos de F y así eliminar los estímulos que facilitan tales conductas.

Los criterios principales que se siguen para la selección de las técnicas terapéuticas son tanto el tipo de conducta que se pretende modificar, así como las propias variables del niño que pueden facilitar la aplicación de las mismas.

Conforme la carpeta de registro de los terapeutas, se manifiesta que las estrategias de intervención utilizadas para el programa de modificación de conducta son: Extinción como método principal para la disminución del comportamiento y, en segunda instancia, Tiempo Fuera y Redirección de la Conducta, pudiendo utilizar estas últimas de forma combinada con la primera.

En primer lugar, se elige la Extinción, debido a la hipótesis de que el niño se encuentra realizando las conductas disfuncionales para reivindicar ciertas demandas o llamar la atención de un adulto (Reforzamiento Negativo y Reforzamiento Social). Este método de intervención, declara García Coto (2010), es un procedimiento para disminuir la conducta que no está basado en el castigo y alude a ignorar el comportamiento problema para así saber que no se esta reforzando ninguna conducta, entonces sencillamente desaparece.

De esta manera, se procede a desatender a los comportamientos disruptivos del paciente, evitando el contacto ocular o la emisión de cualquier recriminación, palabra o gesto, haciendo como que la conducta no ha tenido lugar.

En la Tabla VIII, se muestran dos ejemplos sobre aplicación de la intervención Extinción en F, uno sobre la conducta *romper* destinada a llamar la atención y el otro sobre el comportamiento *tirar* designado a evitar una situación desagradable. En ambos se observa que la consecuencia no es la

esperada para el niño ya que no aparece un Reforzamiento Social o Negativo por lo que la conducta no resulta funcional: F no logra llamar la atención de su docente ni evitar o retrasar la situación no deseada.

Tabla VIII

Registro de la intervención Extinción sobre las conductas romper y tirar

Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia
F espera su turno mientras la terapeuta trabaja con su compañero.	Mira a la profesional y rompe el materia con que están trabajando diciendo "rompí... rompí..."	Extinción: C continúa trabajando con el otro niño.	F llorisquee y agarrar un lápiz. Se queda quieto y tranquilo con el lápiz en la mano.
El niño se encuentra haciendo un dibujo. Al finalizar el horario de clase, se le indica que guarde la cartuchera.	Tira una fibra hacia adelante.	Extinción: la profesional comienza a guardar los materiales utilizados.	Se levanta, busca la fibra y vuelve a tirarla. Recoge la fibra del suelo, la pone en la cartuchera y guarda ésta en su caja de materiales.

Por el otro lado, la técnica Tiempo Fuera, supone una variación de la anterior en tanto es una intervención que utiliza básicamente la retirada de atención, pero en este caso, se encuentra basada en el castigo negativo, esto es, el retiro de un reforzador positivo contingente con la conducta determinada. Ante la presencia de una conducta disfuncional, se retira físicamente al niño, de forma inmediata, del espacio en el que se encuentra para trasladarlo a otro sitio por un determinado período de tiempo (máximo 10 minutos), privándolo de todos los estímulos a los que estaba expuesto en el momento de la conducta, ignorando posibles llantos y/o quejas (García Coto, 2010; Trivisonno, 2007).

Cabe mencionar, que al aplicar la técnica citada, los profesionales a cargo prestan especial atención a determinadas circunstancias para realizar el trabajo de la manera más adecuada posible: sólo realizar Tiempo Fuera si la Extinción resulta ineficiente; disponer de un área de aislamiento correctamente iluminado sin acceso a reforzadores; tener especial cuidado de que tal retirada física no implique algún tipo de beneficio indirecto al niño, ya sea el conseguir dejar de estudiar o evitar realizar una tarea que no desea debido a que se estaría

reforzando la conducta inadecuada; no perder de vista al niño durante el tiempo fuera; al finalizar el tiempo fuera se debe felicitar al niño frente a alguna tarea realizada satisfactoriamente sin mencionar la situación problemática ocurrida (Banús Llort, 2012).

Un ejemplo de ello se menciona en la Tabla IX. En este caso, F realiza la conducta de romper en busca de un llamado de atención, por lo cual su docente aplica la técnica Extinción. Al no recibir la consecuencia anhelada, F vuelve a realizar la conducta disruptiva. Frente a ello, el profesional opta por introducir la intervención Tiempo Fuera, teniendo en cuenta que tal estrategia no resulta beneficiosa para el niño, ya que éste no se encuentra queriendo escapar de una situación desagradable. De esta manera, el niño no posee la presencia de reforzadores y así, la conducta no resulta funcional. No se trata de castigar al niño con aversión ni de expulsarlo de clase sin motivo alguno, lo cual suele ser reforzante, sino de privarlo de una situación agradable como es el tener la atención del profesor.

Tabla IX

Registro de la intervención Tiempo Fuera sobre la conducta romper

Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia
F finaliza de jugar al basquet con la pelota. El profesor de gimnasia lo felicita y le pide que se siente a descansar. Es el turno de otro niño.	Se sienta, mira al profesor y comienza a tirar de los hilos de la alfombra, rompiéndola, sin sacar la vista del docente.	Extinción: el docente sigue trabajando con otro niño. Tiempo Fuera: se lo saca de la clase por 10 minutos. Se lo sienta en una silla mirando a la pared.	El niño sigue rompiendo la alfombra riendo. Durante el Tiempo Fuera permanece tranquilo. Al finalizar la intervención e indicarle que puede volver a la clase, se sienta en el piso y se queda calmo. Finalizada la actividad, se da la orden de ordenar la sala y el profesor lo felicita por haber

organizado los
materiales
correctamente.

Se infiere de suma importancia la segunda parte del Tiempo Fuera, en donde el profesor elogia al niño ante una actividad ejecutada adecuadamente, puesto que se hace experimentar al paciente que, al llevar a cabo conductas inadecuadas se le retira la atención, mientras que cuando las hace de forma correcta, se le ofrece atención.

Por último, se opta por la Redirección de la Conducta para generar un comportamiento alternativo que reemplace, en este caso, a la conducta disfuncional de romper; siendo ésta una forma de distraer al niño de la conducta inapropiada e incentivarlo a concentrarse en una tarea que lo ayudará a comportarse correctamente (Banús Llord, 2012).

En el diseño de las conductas alternativas a implementar en la Redirección, tal como muestra la carpeta de registro de los terapeutas, se consideran: sentarse en una silla en lugar de hacerlo en la alfombra del gimnasio si el niño llegara a romperla y recortar o romper papelitos para luego pegarlos en una hoja y así realizar un dibujo como alternativa a romper los materiales del aula.

El registro de la Tabla X muestra un ejemplo de ello. El niño busca llamar la atención de su docente mediante la conducta inadecuada de romper. En un principio, su docente lo ignora, por lo que el niño insiste manteniendo el comportamiento. Así, el profesor implementa la intervención Redirección de la Conducta. De esta manera, además de no recibir el reforzador buscado, se le ordena que realice una actividad en la que no puede efectuar la conducta en cuestión, retirando así la funcionalidad del comportamiento.

Teniendo en cuenta la importancia del tratamiento planteado, resulta considerable resaltar que, luego de aproximadamente una semana de realizadas las técnicas de intervención por medio del programa de modificación de conducta por parte de los profesionales, estos abandonan el registro del estudio dejándolo inconcluso.

El rastreo efectuado por medio de la observación revela que, a pesar de

la interrupción antes mencionada, ante el comportamiento desadaptativo romper, la terapeuta C mantiene la ejecución de la técnica Extinción, mientras que frente a la conducta tirar lo efectúa de tanto en tanto, siempre sin realizar registro alguno de los antecedentes y consecuencias sobre ninguno de los dos comportamientos a analizar.

Tabla X

Registro de la intervención Redirección de la Conducta sobre la conducta romper

Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia
Mientras F espera su turno descansando sobre la alfombra, un compañero comienza a llorar y patea al docente porque no quiere realizar un actividad.	Rompe la alfombra riendo y mirando al profesor.	Extinción	El niño continúa tirando de los hilos de la alfombra y riendo.
		Redirección de la conducta: "F sentate en una silla".	F se sienta en la silla y comienza a aplaudir.

En cuanto al docente O, se verifica su ausencia del centro durante el período de dos semanas debio a un compromiso personal. Tales hechos dificultan el desarrollo de la evaluación a elaborar, ya que, como dice Carr et. al. (1996), el FA debe hacerse durante al menos dos semanas sin interrupción.

Debido a ello, a los fines de cumplimentar el presente proyecto, gozando de anotaciones incompletas realizadas por los profesionales para conocer el caso, se desarrolla una resolución de los cambios conductuales en el niño basada en el registro de observación a través de las guías de análisis ejecutadas.

5.3. Objetivo 3: Analizar si hubo cambios en las dos conductas disfuncionales del niño luego de las estrategias de intervención terapéutica aplicadas.

Por medio del FA se estudian ambas conductas disfuncionales, tirar y romper, atendiendo a sus antecedentes y consecuencias para dar cuenta si tales comportamientos disminuyen en frecuencia con el paso del tiempo y, a su vez, ratificar que la intervención tiene el efecto deseado (Schramm, 2009).

Una vez desarrollado el programa de modificación de la conducta, resulta interesante analizar las distintas reacciones del niño ante las técnicas aplicadas.

Al comienzo del proceso de intervención, el registro observacional realizado y la carpeta de registro de los terapeutas, muestran que los comportamientos disfuncionales de F, tanto *romper* como *tirar*, empiezan a manifestarse con mayor frecuencia y más duración. Si con anterioridad se efectuaban cinco o seis veces por día, luego de la intervención aplicada, comienzan a ejecutarse por duplicado, de diez a doce veces por día. Esto ocurre durante el período de una semana.

Tal hecho, conforme lo dicho por Caballo (1998), resulta habitual al someter el comportamiento desadaptativo a la Extinción; debido a que se retira el reforzador que mantiene la conducta, ésta aumenta en intensidad, frecuencia y duración aún sin ser reforzada.

La Tabla XI muestra una secuencia en la que F, al no encontrar la respuesta buscada, esto es, llamar la atención de su terapeuta, reitera las conductas problema notoria e insistentemente; la situación de no recibir refuerzo alguno crea en él un estado aversivo de frustración (Banús Llord, 2012) que lo lleva a repetir el comportamiento que solía darle los resultados deseados.

Analizando la conducta problema *romper*, como exhibe el registro realizado mediante la observación, resulta considerable destacar que luego de una semana de aplicada la debida intervención, ésta deja de ser ejecutada por el niño durante un tiempo de seis días, para luego ocasionalmente volver a ocurrir dos veces en dos días esporádicos durante la clase de gimnasia, extinguiéndose completamente después de ello.

Tal circunstancia, la reaparición de la conducta problema, es lo que Banús Llord (2012) y Caballo (1998) llaman Recuperación Espontánea, hecho usual ante la técnica de intervención utilizada (Extinción), la cual consiste en la

reaparición de la respuesta extinguida después de un período en el cual no se ha tenido contacto con el estímulo que condiciona tal conducta.

Cabe resaltar que aquellas dos veces en las que aparece la conducta desadaptativa, la intervención efectuada por el docente suplente de educación física resulta acertada, aún sin estar al tanto del FA llevado a cabo; aplica en ambas instancias la Redirección de la Conducta, indicándole a F que se siente en una colchoneta en lugar de hacerlo en la alfombra al visualizar que el niño se encontraba rompiéndola.

Tabla XI

Registro de las conductas disfuncionales frente a la intervención Extinción

Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia
La terapeuta presenta el material de trabajo y comunica la tarea a realizar.	Tira una tarjeta para arriba, la vuelve a agarrar y la rompe diciendo "rompí".	Extinción: la terapeuta toma otra tarjeta y da comienzo a la actividad.	F se levanta de la silla y mira por la ventana mientras la terapeuta sigue trabajando con el compañero del niño.
F vuelve de la ventana y se sienta.	Toma una fibra de la mesa y la tira para arriba.	Extinción: la profesional continúa trabajando con el otro niño.	F se levanta y busca la fibra.
	Tira la fibra a la mesa con fuerza mirando a su terapeuta.	Extinción: felicita al compañero de F por haber realizado bien la actividad.	Al ir a buscarla vuelve a tirarla hacia el techo y dice "rompí" mirando a su terapeuta. La levanta y se sienta riendo.

Se determina entonces, teniendo en cuenta que no se ha podido contar con el registro de los profesionales para realizar conclusiones, que la intervención utilizada Extinción, junto con las alternativas Tiempo Fuera y Redirección de la Conducta, han sido efectivas durante el proceso del FA para modificar y eliminar el comportamiento *romper* realizado por F, aún sin la debida finalización del procedimiento efectuado.

De todas maneras, cabe mencionar que la extinción de la conducta en cuestión trae como consecuencia la necesidad del paciente de realizar otro comportamiento considerado como desadaptativo, para así obtener el Reforzamiento Social deseado por parte de terapeutas y docentes.

En cuanto a ello, la guía de observación aplicada registra que F da comienzo a ciertos gritos fuertes frente a reiteradas circunstancias estimadas como semejantes a las consecuentes de la conducta *romper*.

La Tabla XII muestra cómo el niño realiza el nuevo comportamiento disfuncional de gritar ante la falta de atención de su terapeuta C, la cual lo asiste, emitiendo la respuesta que el niño espera obtener de ella.

Tabla XII

Registro de la conducta gritar sostenida por Reforzamiento Social

Antecedente	Conducta	Consecuencia
El niño trabaja con un compañero y su terapeuta en la sala. El otro niño realiza de forma satisfactoria la tarea y la profesional lo felicita.	Mira a su terapeuta, se para y grita fuerte.	La profesional le pide que se siente, le pregunta si necesita algo y le acaricia la cabeza.

De este modo, se determina que aunque se ha eliminado el comportamiento disfuncional *romper*, el llamado de atención por parte del paciente parece continuar efectuándose por medio de la nueva conducta disruptiva *gritar*, manteniendo así el móvil de tales comportamientos.

Por el otro lado, con respecto al comportamiento *tirar*, la observación efectuada demuestra que el programa de modificación de conducta no ha tenido el mismo efecto. Luego de advertir el aumento en la constancia de tal conducta como proceso normal del tratamiento, se observa una ocurrencia continua con una leve disminución hacia el final del proceso, realizando el comportamiento en un promedio de una vez por día.

Se destaca que tal conducta se mantiene sobretodo en el horario de terapia educativa en aula, ante la presencia de la profesional C y la psicopedagoga L, apareciendo en menor cantidad durante las clases de educación física.

En cuanto a su funcionalidad, parece seguir siendo la misma, llamar la atención de los terapeutas y evitar o retrasar una tarea no deseada.

En cuanto a este hecho, se considera relevante nombrar el abandono por parte de los profesionales al FA. Es justamente frente a la conducta de tirar que se deja de lado la intervención pertinente, por lo que se estima el sobrevenir de tal comportamiento como producto de la interrupción del tratamiento.

Por lo tanto, se precisa que las intervenciones destinadas a modificar tal conducta no han sido debidamente efectuadas durante el curso del tratamiento por medio del FA, puesto que el niño continúa realizándola, aunque en menor frecuencia.

Finalmente, cabe destacar la aparición de una segunda conducta que puede determinarse como disfuncional en el niño. Gracias al registro efectuado por medio de la guía de observación, se visualiza en el paciente el comportamiento repetitivo de llorar al inicio del día al dar por comenzado el bloque de trabajo educativo en aula con la terapeuta C.

Tomando a Carr et. al. (1996), quien manifiesta que después de iniciada la intervención pueden surgir cambios en los programas de trabajo u horarios de los docentes que den como resultado el surgimientos de comportamientos disfuncionales nuevos a causa de factores distintos de los evaluados, se deduce que tal hecho puede deberse a la ausencia del docente de educación física O, debido a que el niño se encuentra acostumbrado a comenzar su día con la clase de gimnasia y luego de la retirada del profesor realiza tal clase en el segundo bloque de trabajo.

Tal comportamiento se manifiesta durante el último período del FA, al menos cinco días, incrementando en continuidad y duración.

Se deduce oportuno efectuar un nuevo plan de tratamiento por medio del FA sobre las conductas *gritar* y *llorar* para verificar su funcionalidad y modificar su ocurrencia, teniendo en cuenta nuevas técnicas de intervención que suplementen las anteriores.

6. CONCLUSIÓN

El presente informe pone de manifiesto el Análisis Funcional de la Conducta realizado en dos de los comportamientos disfuncionales de un niño con Trastorno del Espectro Autista concurrente a este centro.

El haber participado y colaborado en dicho centro ha permitido observar una gran cantidad de actividades posibles y necesarias dirigidas a mantener y enriquecer la salud de los niños con TEA, así como un sustancioso aprendizaje de técnicas cognitivas conductuales destinadas a aumentar el lenguaje, desarrollar la cognición y mejorar la conducta.

A partir del presente trabajo se concluye acerca de la importancia del FA como metodología destinada a modificar las variables que se relacionan funcionalmente con las conductas disruptivas de pacientes problemáticos.

Se ha podido cumplir con los objetivos específicos 1, 2 y 3 planteados para este informe.

A través de una observación exhaustiva, se han analizado las conductas problema *romper* y *tirar* presentes en el niño, infiriendo que resultan ser mantenidas por Reforzamiento Social, la primera, y Reforzamiento Social y Negativo la segunda.

Más aún, teniendo en cuenta el tipo de conductas que se pretenden modificar y las variables propias del niño en cuestión, se han descrito las estrategias de intervención aplicadas para modificar los comportamientos disfuncionales, siendo estas la Extinción, la Redirección de la Conducta y el Tiempo Fuera.

Asimismo, se ha analizado los cambios en las conductas disruptivas del niño luego de las técnicas de intervención suministradas, concluyendo que el tratamiento ha logrado por un lado, una total extinción del comportamiento *romper*, mientras que por el otro no ha logrado una disminución relevante de la conducta *tirar*, la cual continúa efectuándose en un promedio de una vez por día.

Ciertamente, el presente estudio ha presentado algunas limitaciones de alcance como son el hecho de que los profesionales destinados a realizar el Análisis Funcional en el niño no han conseguido finalizar tal procedimiento de evaluación, incidente que compromete el análisis del tratamiento y dificulta

arribar a una debida conclusión sobre el tema, lo que obliga a desarrollar una resolución alternativa basada en la observación ejecutada.

Otra dificultad se debe a que por disposición institucional no ha sido posible el acceso a los familiares del paciente para adquirir información relevante, ya sea sobre la etapa evolutiva del niño en el momento de la ejecución del tratamiento, como sobre la realización de las conductas desadaptativas en el hogar, lo cual se considera hubiera enriquecido el análisis, debido al otorgamiento de un testimonio relevante que hubiera logrado una mayor precisión del análisis conductual realizado.

Un aporte ha considerar es que se podría haber trabajado de manera más sustanciosa sin la suspensión de FA por parte de los profesionales a cargo y que otros terapeutas tomaran su lugar, hecho que no hubiera obstaculizado el tratamiento, debido a que se hubiera podido finalizar el programa de modificación de la conducta de una manera adecuada y así realizar el análisis correspondiente para arribar a una definición sobre el estudio efectuado.

Asimismo, cabe mencionar la importancia de lo que hubiera sido poder efectuar el Análisis Funcional de la Conducta con la colaboración de los familiares del niño y así continuar el programa de modificación de comportamiento en su hogar. De esta manera, la intervención efectuada no hubiera resultado suspendida fuera del centro y el niño hubiera recibido respuestas congruentes y similares ante las conductas disruptivas, tanto de los profesionales como de sus familiares, lo que hubiera acelerado y facilitado el proceso de tratamiento.

Igualmente, tomando a Trivisonno (2007), hubiera sido de utilidad combinar el procedimiento Extinción con el Reforzamiento Positivo de conductas alternativas adecuadas u opuestas a los comportamientos disfuncionales y no sólo ignorar estos últimos, debido a que hubiera resultado conveniente interpretar el problema ya no como conductas que se han de disminuir, sino como la necesidad de aumentar conductas deseables. De esta manera, el comportamiento alternativo adecuado estaría compitiendo con las conductas que se desean disminuir, en este caso, romper y tirar, ayudando a reducirlas y manteniéndolas en un bajo nivel.

Se determina entonces, hubiera sido relevante al tratamiento del paciente en cuanto a la intervención Extinción, el reforzamiento positivo de conductas alternativas tales como: las respuestas satisfactorias del niño ante las tareas educativo terapéuticas en sala; el esperar apropiadamente su turno cuando los profesionales trabajan con otro compañero.

Igualmente, se considera hubiera sido interesante aportar otros instrumentos al proyecto, como es una entrevista semiestructurada a la profesional a cargo de ejecutar el FA. De esta manera, se hubiera tenido un testimonio interesante de la terapeuta acerca del tratamiento, conociendo su opinión sobre la funcionalidad de las conductas disruptivas, la efectividad o no de las intervenciones efectuadas, si el modo de intervenir ha sido correcto y dar posibles alternativas al tratamiento.

Tal hecho hubiera enriquecido sustancialmente la fase final del FA; aún sin contar con la conclusión de los profesionales sobre los resultados del procedimiento efectuado, se hubiera manejado valiosa información para determinar las conclusiones apropiadas a contestar el objetivo 3 de esta investigación.

Además, se considera hubiera resultado oportuno elaborar un objetivo específico adicional, teniendo en cuenta que han surgido en el paciente nuevas conductas disruptivas a considerar. Así, el hecho de realizar un análisis de posibles comportamientos emergentes durante el proceso del FA, hubiera sido beneficioso y hubiera aportado mayor precisión a los fines del proyecto.

Finalmente, se estima que el trabajo ha sido realizado de manera profesional y ha aportado una mínima contribución al desarrollo de un cuerpo de conocimientos relativo al tratamiento psicológico de pacientes autistas con problemas de conducta.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albores Gallo, L., Hernández Guzmán, L., Díaz Pichardo, J. A. & Cortes Hernández, B. (2008). Dificultades en la Evaluación y Diagnóstico del Autismo: Una Discusión. *Salud Mental*, 31, (1), 37-44. Recuperado el 15 de diciembre del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=5231106>
- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P. & Tuchman, R.F. (2005). ¿Podemos curar el autismo?: Del desenlace clínico a la intervención. *Revista Neurológica*, 40, (1), 131-146.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona:Masson.
- Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, (2), 1-17. DOI <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352007000200006>
- Balbuena Rivera, F. (2009). Una Revisión del Autismo desde el Psicoanálisis. *Revista electrónica de Psicoterapia*, 3, (1), 188-199. Recuperado el 20 de Enero del 2013 de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/16_FBalbuena_Autismo-Psicoanalisis_CeIR_V3N1.pdf
- Banús Llord, S. (2012). La Modificación de Conducta. *Psicodiagnosis: Psicología Infantil y Juvenil*. Recuperado el 30 de octubre del 2012 de <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/lamodificaciondeconducta/index.php>

- Burgos, L. E., Valdés, A., Garcia, M. O., Rueda, C. S., Roig, M. T. & Franco, E. U. (2010). La prevención de conductas desafiantes en la escuela infantil: Un enfoque proactivo. *Fundación Educación y Desarrollo*, 10, (1), 1-229.
- Bigge, M. (2004). *Teorías del Aprendizaje para maestros*. México: Trillas.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cabrera, D. (2007). Generalidades sobre el autismo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, (1), 208-220. DOI
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615418016>
- Carr, E. G. & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, (2), 111-126. DOI
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307999/>
- Carr, E. G., Levin, E., McConnachie, G., Carlson, J., Kemp, D. & Smith, C. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza.
- Coben, R. & Myers, T. E. (2008). Connectivity theory of autism: Use of connectivity measures in assessing and treating autistic disorders. *Journal of Neurotherapy*, 12, (2-3), 161-179. Recuperado el 19 de diciembre del 2012 de <http://autism.healingthresholds.com/research/connectivity-theory-autism-use-connectivity-measures-assessing-and-treating-autistic-disord>
- Craig, G. J. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.

- Dueri, F. (2002). Visión global del Autismo. *Universidad Católica Boliviana*, 1, (1), 1-10. DOI <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v1n1/v1n1a03.pdf>
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Ashwal, S., Baranek, G.T., Cook, E.H., Dawson, G. & Volkman, F.R. (2000). Parámetro de práctica: Tamizaje (screening) y diagnóstico de autismo. Reporte del Subcomité de Estándares de Calidad de la Academia Americana de Neurología y de la Sociedad de Neurología de Menores. *Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo*. Recuperado el 20 de octubre del 2012 de <http://es.scribd.com/doc/39333413/Tamizaje-yDiagnostico-de-Autismo>
- Folstein, S. & Rutter, M. (1997). Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, (4), 297-321. DOI 10.1111/j.1469-7610.1977.tb00443.x
- Frith, U. (1999). *Autism: Explaining the Enigma*. Massachusetts: Blackwell
- García Coto, M. (2010). Manejo de conductas inadecuadas. *Desafiando al Autismo*, 1, (1), 1-3. Recuperado el 23 de octubre del 2012 de <http://desafiandoalautismo.org/manejo-de-conductas-inadecuadas/>
- Goldiamond, I. (1974). Towards a Constructional Approach to social problems. *Behaviorism*, 2, (1), 1-84. Recuperado el 20 de diciembre del 2012 de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/27758809?uid=3737512&uid=2&uid=4&sid=21101472684403>
- Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y Autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8, (15), 113-123. DOI <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=8011564> 010

Grindle, C. F., Hastings, R. P., Saville, M., Hughes, J. C., Huxley, K., Kovshoff, H. & Remington, B. (2012). Outcomes of a Behavioral Education Model for Children With Autism in a Mainstream School Setting. *Behavior Modification, 36*, (3), 298-319. Recuperado el 18 de diciembre del 2012 de <http://bmo.sagepub.com/content/36/3/298.abstract>

Hastings, R. P. (2003). Behavioral Adjustment of Siblings of Children with Autism Engaged in Applied Behavior Analysis Early Intervention Programs: The Moderating Role of Social Support. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*, (2), 141-150 DOI <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A102298320004>

Haiward, D., Eikeseth, S., Gale, C. & Morgan, S. (2009). Assessing progress during treatment four young children with autism receiving intensive behavioral interventions. *Autism, 13*, (6), 613-633. Recuperado el 18 de diciembre del 2012 de <http://aut.sagepub.com/content/13/6/613.abstract>

Hernández, G. (2008). *Paradigmas en la psicología de la educación*. México: Paidós.

Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W. & Reed, H. K. (2002). Problem Behavior Interventions for Young Children with Autism: A Research Synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, (5), 423-446. Recuperado el 20 de diciembre del 2012 de <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A102059392901>

Koegel, R. L. & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, and Academic Development*. Baltimore: Brookes Publishing Company.

López Gómez, S., Rivas Torres, R. M. & Taboada Ares, E. M. (2009).

Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, (3), 555-570. DOI
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80511929011.pdf>

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3-9. DOI
<http://faculty.caldwell.edu/kreeve/Lovaas%201987.pdf>

Matson, J. L. & Nebel-Schawalm, M. (2006). Assessing challenging behaviors in children with autismspectrum disorders: A review. *Science Direct*, 28, (6), 567-579. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2006.08.001>

Matson, J. L., Wilkins, J. & Macken, J. (2008). The Relationship of Challenging Behaviors to Severity and Symptoms of AutismSpectrum Disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2, (1), 29-44. DOI 10.1080/19315860802611415

Mebarak, M., Martínez, M., Serna, A. (2009). Revisión bibliográfico analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*, 1 , (24), 120-146. DOI
http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=2131227_007

Ministerio de Educación de Chile (2008). *Guía de Apoyo Técnico y Pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*. Santiago de Chile: Atenas Ltda.

Murphy, O., Healy, O., & Leader, G. (2009). Risk factors for challeng in behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Irland. *ScienceDirect*, 3, (2), 474-482. DOI
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2008.09.008>

National Autistic Society (2004). *Children with autism strategies for accessing the curriculum information technology* [versión Adobe Professional 6.0]. Recuperado el 16 de diciembre del 2012 de http://scotens.org/sen/resources/ICT_ASD.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.

Pétursdóttir, A. L. & Sigurdardóttir, Z. G. (2006). Increasing the Skills of Children with Developmental Disabilities through Staff Training in Behavioral Teaching Techniques. *Education and Training in Developmental Disabilities, 41*, (3), 264 –279. Recuperado el 20 de diciembre del 2012 de http://www.daddcec.org/Portals/0/CEC/Autism_Disabilities/Research/Publications/Education_Training_Development_Disabilities/2006_41_Journals/ETDD_200609v41n3p264_279_Increasing_Skills_Children_With_Developmental_Disabilities_through.pdf

Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences, 1*, (4), 515-526. Recueperado el 28 de enero del 2013 de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7131588>

- Rodríguez-Barrionuevo, A. C. & Rodríguez-Vives, M. A. (2002). Diagnóstico Clínico del Autismo. *Revista de Neurología*, 34, (1), 72-77. Recuperado el 20 de diciembre del 2012 de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/34S1/ms10072.pdf>
- Sadock, B. & Sadock, V. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sanchez, J. J. R. & Sanchez, J. J. C. (2011): Las Psicoterapias. *Psicología*, 2, (1), 1-57. Recuperado en 20 de diciembre del 2012 de <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3c.htm>
- Schramm, R. (2009). Education and Treatment of Children. *West Virginia Univeresity Press*, 32, (2), 100-120. Recuperado el 19 de diciembre del 2012 de <http://www.freepatentsonline.com/article/Education Treatment-Children/199854574.html>
- Schramm, R. (2006). Motivación y Refuerzo: Manual de Enseñanza del Enfoque Verbal Behavior del ABA. Buenos Aires: Copyright.
- Smith, T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, (7), 33–49.
- Smith, T. (2001). Discrete Trial Training in the Treatment of Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16, (5), 86-92. DOI: 10.1177/108835760101600204
- Solíz Añez, E., Delgado Luengo, W. & Hernández, M. L.(2007). Autismo, cromosoma 15 y la hipótesis de disfunción GABAérgica: Revisión. *Investigación Clínica*, 48, (4), 1-13. Recuperado el 16 de diciembre del 2012 de

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332007000400012&lang=pt

Talero, C., Martínez, L. E., Mercado, Ovalle, M., Velásquez, J. P. & Zarruck, J. G. (2003). Autismo: Estado del Arte. *Revista Científica de la Salud*, 1, (1), 68-85. DOI <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=5210107>

Tamarit, J. (2005). *Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo*. Buenos Aires: Asociación Amar.

Tijmes, C., Varela, J. & Barrera, M. (2009). Análisis Funcional del Comportamiento: Una estrategia para el manejo del aula. *Conceptos*, 1, (6), 1-11. Recuperado el 21 de enero del 2013 de <http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0037/File/Inspector/Pa%20Ciudadana%207%20manejo%20conductual.pdf>

Trivisonno, C., M. (2007). *Introducción al Enfoque ABA en Autismo y Retraso del Desarrollo*. Santa Fe: Alter.

ANEXOS

Anexo 1

Registro de observación de las conductas

Fecha	Antecedente	Conducta	Consecuencia

Anexo 2

Registro de observación de las intervenciones

Fecha	Antecedente	Conducta	Intervención	Consecuencia