



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Tratamiento A.B.A. aplicado a los Trastornos
del Espectro Autista**

N° 297

María Belén Ale

Tutor: Juan Carlos Ferrali

Departamento de Investigaciones
Abril 2010

Indice

Agradecimientos.....	5
Resumen	5
Introducción.....	5
1. Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD):	
Características y diferentes formas de clasificación	7
a) Rasgos generales de los TGD	7
b) Clasificación en el DSM-IV-TR.....	7
c) Clasificación de la CIE-10	8
d) Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente: CFTMEA-R-2000.....	8
e) Breve descripción de los trastornos incluidos en las tres clasificaciones	9
f) Trastornos del Espectro Autista (TEA).....	10
2. El modelo cognitivo-conductual.....	12
3. El tratamiento A.B.....	15
a) Surgimiento, generalidades y objetivos del tratamiento.....	15
b) Uso de refuerzos	18
c) Programas de intervención	19
d) Críticas al tratamiento	20
Conclusión.....	21
Referencias bibliográficas	23
ANEXO I: Modelos de hojas de registro de datos.....	24
ANEXO II: Ejemplos de dos casos clínicos	30

Agradecimientos

En primer lugar, mi mayor agradecimiento va a ser a mis padres, Cristina y José Luís, quienes, además del esfuerzo económico que hicieron, supieron acompañarme durante estos cuatro años de carrera, aconsejándome y tratando de guiarme hacia lo mejor. Gracias por haberme dado la oportunidad de elegir mi camino. También quiero mencionar a mis hermanos y cuñadas, Emmanuel, Christian, Ezequiel, Agustina y Mariana, ya que estuvieron en todo momento presentes. Gracias por escucharme, por apoyarme y por confiar en mí. Quiero dedicarle mi esfuerzo a mi querida Abuela Nelly, que estuvo siempre pendiente de mis logros. Esta dedicación va acompañada del cariño que tuve y tengo por mis otros abuelos, que ya no están conmigo: Telma, Vicente y José.

Un especial agradecimiento al Dr. Juan Carlos Ferrali, mi tutor, por su buena voluntad, su apoyo y su tiempo dedicado.

Por último, deseo mencionar a todas aquellas personas que, de alguna u otra manera, me acompañaron y me apoyaron: mis tíos, mis primos, Mariano, Héctor, Mónica, Valeria, Verónica, Soledad y a mis compañeros de la universidad.

Resumen

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica acerca del *Applied Behavior Analysis* o *Análisis conductual Aplicado*, y el uso del mismo en los *Trastorno del Espectro Autista*.

La idea principal de la tesina es mencionar las características de dicho tratamiento: surgimiento, bases teóricas, criterios para su aplicación, los programas utilizados, así como también exponer ejemplos a fin de poder observar los resultados.

Para desarrollar el trabajo se realizó una lectura exhaustiva de diferentes textos y artículos (tanto de revistas como de sitios web) referidos a la teoría en la cual se basa el modelo, y sobre el modelo en sí mismo (características y resultados obtenidos).

Se ha comprobado, a través de numerosas investigaciones, que el A.B.A. se basa en un abordaje educativo-terapéutico que genera profundos cambios a nivel conductual, lingüístico y social de individuos cuyas principales patologías se manifiestan en estas tres áreas.

Introducción

La presente tesina va a referirse al conocido *Applied Behavior Analysis* (*Análisis Conductual Aplicado*), el cual es actualmente utilizado como base para el abordaje de los *Trastornos del Espectro Autista*.

El objetivo principal será exponer la mayor cantidad de información posible acerca de cómo es utilizado el *Applied Behavior Analysis* (*Análisis Conductual Aplicado*) en niños con patologías de tipo autista, sus consecuencias positivas con respecto a la calidad de vida de estos niños y la modificación favorable que se genera en las familias de los niños. Así como también hacer una descripción del tratamiento en sí: las bases teóricas de las que parte el modelo, las características y objetivos del mismo, los programas que utiliza, las críticas, entre otras.

La elección del tema se basó en haber estudiado a fondo este tipo de trastornos, y más específicamente aquellos que abarcan el denominado *Espectro Autista* (*Autismo, Síndrome de Asperger y TGD no especificado*), Así nombrado por varios autores a partir de una publicación realizada por Lorna Wing y Judith Gould en 1979 (citado en Mascotena, M., 2007), donde las autoras hacen referencia a un continuo dentro del comportamiento autista. Se trata de patologías que sin tratamiento pueden llegar a ser muy severas, que generan grandes dificultades tanto para el niño como para la familia.

Si bien hay mucha bibliografía respecto de estas patologías, gran parte de la misma se basa en la teoría que plantea el psicoanálisis respecto el autismo. Por lo tanto, sería importante tener en cuenta la etiología del espectro autista que plantean autores con una formación desde la orientación cognitiva y conductual, y que dan gran importancia a las cualidades neurobiológicas de estos trastornos.

Durante mucho tiempo se ha hablado del autismo como una patología de base etiológica emocional. Hoy en día debido a diversas investigaciones acerca del tema y a las diferencias entre los modelos teóricos, esta idea ha tenido un vuelco importante. Se ha comenzado a hablar del espectro autista como un continuo de síntomas donde se pueden observar diferentes causas etiológicas. Se han realizado investigaciones donde se ha comprobado que el cerebro del autista no es igual al cerebro de un niño normal; algunos autores han planteado la existencia de un factor genético (Rogel-Ortiz, F. J., 2005).

Numerosas investigaciones han demostrado que la aplicación de tratamientos basados en el uso de programas con pequeños objetivos específicos mejora de manera incomparable el modo de vida de niños con estos trastornos, y más específicamente aquellos que parten de base con una orientación cognitivo-conductual.

El *Applied Behavior Analysis (Análisis Conductual Aplicado)* es uno de los modelos de intervención que cuenta con las características mencionadas previamente. Dicho tratamiento, que es de base cognitivo-conductual, busca mediante el uso de programas especializados, disminuir los síntomas característicos, así como también lograr la adquisición de conductas y habilidades que carecen estos niños.

Se trata de un modelo de abordaje educativo-terapéutico que toma como base el condicionamiento operante propuesto por Skinner, tomando como técnica principal el *reforzamiento* de las conductas deseadas y la *extinción* de las conductas patológicas o indeseadas.

Si bien es aplicable a todos los *TGD* (así como también puede ser aplicado en otro tipo de patologías que no estén relacionadas con trastornos del desarrollo), este tratamiento se centra más específicamente en los trastornos considerados como *Trastornos del Espectro Autista (TEA)*, donde se incluirían el Autismo, el Síndrome de Asperger y el *TGD* no especificado, como he mencionado anteriormente.

Esta diferenciación se basa principalmente en que estos trastornos cuentan con conductas similares, que se consideran de tipo autista. Es decir, tanto el Síndrome de Asperger como el *TGD* no especificado no cumplen con los requisitos necesarios y específicos para considerarlos autistas (por ejemplo no presentan ecolalias ni estereotipias), pero tienen rasgos dentro de sus conductas o habilidades que se incluyen en el Trastorno Autista.

El nombre de dicho tratamiento, A.B.A., hace referencia al *Applied Behavior Analysis*, lo que quiere decir *Análisis Conductual Aplicado*.

Este tratamiento es utilizado por diferentes profesionales, entre ellos psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, psiquiatras y terapeutas ocupacionales, ya que requiere de una formación específica.

Según autores como Lovaas, O. I. (1981) y más actualmente Mascotena, M. (2007), en el tratamiento A.B.A. al igual que otros modelos de tratamientos cognitivo-conductuales, el objetivo principal se basa en que el paciente logre desaprender conductas inapropiadas, y pueda adquirir determinadas habilidades sociales, cognitivas y conductuales, enfocando a una mejor calidad de vida de quienes reciben el tratamiento, y en forma indirecta para sus padres y familia.

El tratamiento debe estar dirigido por personas altamente capacitadas en la técnica A.B.A., y todos los terapeutas deben contar con una supervisión constante de su actividad.

Se trata de un programa de tratamiento personalizado. Un terapeuta trabaja sólo con un paciente.

La programación del tratamiento puede darse de dos maneras: en algunos casos concurren al tratamiento niños derivados por profesionales, previamente diagnosticados. Pero también suelen solicitar el tratamiento padres de niños que aún no han sido diagnosticados. En este caso se realiza una evaluación del niño, donde se busca establecer si el niño puede ser incluido en la categoría de *TEA*.

Una vez obtenido el diagnóstico y la evaluación del niño, se programa el tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos en particular. Esta evaluación se basa en determinar cuales son las carencias y dificultades de cada niño que se incluye al tratamiento, sirviendo como base para poder programar las actividades.

La Academia Americana de Pediatría (2001) menciona este método como único tratamiento validado para el trabajo con niños afectados por los *TEA* (citado en Valencia, C. L. & García, H., 2006).

En esta revisión actualmente publicada, Valencia, C. L. & García, H. (2006) mencionan que son muchos los autores que señalan el método A.B.A. como único método especializado y con el sostén de estudios empíricos realizados.

Así mismo, puede decirse que el *Applied Behavior Analysis (o Análisis Conductual Aplicado)* en la actualidad es utilizado a nivel mundial. Países como Estados Unidos, México, Perú, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina, España, Inglaterra, entre otros utilizan la *Modificación de la Conducta* (o por lo menos numerosas técnicas provenientes de ella) como método de abordaje para los Trastornos del Espectro Autista, pero también para abordar otras patologías como por ejemplo adicciones, trastornos de la personalidad y de la alimentación, trastornos por déficit atencional, hiperactividad, trastornos anímicos e incluso en algunos países se esta buscando la manera de implementar este método en el tratamiento de los trastornos psicóticos.

El presente trabajo constará de tres capítulos, dos anexos y una conclusión. El primer capítulo estará dividido en tres subcapítulos que abarcarán características generales y las formas de clasificación de los *TGD*, una breve descripción de los trastornos incluidos en esta categoría diagnóstica, y una mención especial acerca de los *Trastornos del Espectro Autista*.

En el segundo capítulo se hablará del modelo cognitivo-conductual, haciendo referencia a una reseña histórica del mismo y las características generales de los tratamientos.

El tercer capítulo tratará sobre el tratamiento A.B.A. en sí mismo, el cual estará dividido en cuatro subcapítulos: surgimiento, características y objetivos del A.B.A.; el uso de reforzadores; los programas de intervención; y las críticas al A.B.A.

El primer anexo va a incluir modelos de las hojas de registro que se utilizan para realizar el seguimiento de los pacientes, y el segundo anexo va a incluir ejemplos de dos casos clínicos.

Y por último se desarrollará una conclusión acerca del trabajo y del material leído.

1. Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Características y diferentes formas de clasificación.

A) Rasgos generales de los TGD.

Según la versión española de la cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR, 2002), estos trastornos se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, como por ejemplo las habilidades para la interacción social, las habilidades para la comunicación, o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

“Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto” (DSM-IV-TR, 2002, p. 80).

La décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10, 1992) señala:

Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. (p. 308)

Dichos trastornos se asocian generalmente a algún grado de retraso mental. Otras veces pueden aparecer en otras enfermedades médicas, como por ejemplo cuando los individuos presentan anomalías en el *Sistema Nervioso Central*, o en algunas infecciones congénitas.

Si bien, como explica la CIE-10 (1992), pueden presentarse alteraciones cognoscitivas y algunas patologías somáticas, estos trastornos están específicamente definidos por las desviaciones características del comportamiento en relación a la edad mental del niño.

“Los Trastornos Generalizados del Desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior)” (DSM-IV-TR, 2002, p. 80).

Mencionan Valencia, C. L. & García, H. (2006), que los individuos que reciben este tipo de diagnósticos cuentan con un importante grado de déficit en los ámbitos de la interacción social, la comunicación y presentan estereotipias en la conducta e intereses muy limitados.

B) Clasificación en el DSM-IV-TR.

Dicho manual se divide en diferentes capítulos, donde se incluyen los trastornos mentales. Se trata de una clasificación categorial.

Para realizar el presente trabajo me basaré en la cuarta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), publicado por la *American Psychiatric Association* (APA).

En este manual se describen los trastornos dentro de un sistema multiaxial que cuenta con cinco ejes:

- EJE I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- EJE II: Trastornos de la personalidad y retraso mental.
- EJE III: Enfermedades médicas.
- EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- EJE V: Evaluación de la actividad global.

Dentro del eje I se incluye la categoría *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, y dentro de esta categoría encontramos una subcategoría denominada *Trastornos Generalizados del Desarrollo* (TGD).

Esta subcategoría abarca los siguientes trastornos:

- Trastorno Autista
- Trastorno de Rett

- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno de Asperger
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado

C) Clasificación en la CIE-10.

Se trata de una clasificación elaborada por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* en el año 1992. Se tomará en cuenta la décima versión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*.

Al igual que el DSM-IV-TR, se trata de un manual multiaxial que cuenta con diferentes categorías para clasificar los trastornos mentales. Este manual se divide en tres ejes:

- EJE I: Todos los trastornos mentales, de la personalidad y somáticos.
- EJE II: Discapacidades. Evaluadas en cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y comportamiento social en general.
- EJE III: Factores ambientales y circunstanciales, incluyendo problemas relacionados con el estilo de vida y con el manejo de las dificultades de la vida.

Dentro del eje I se encuentra la categoría *Trastornos del desarrollo psicológico*. Dicha categoría cuenta con varias subcategorías, dentro las cuales se menciona los *Trastornos Generalizados del Desarrollo*, y abarcan los siguientes trastornos:

- Autismo Infantil
- Autismo Atípico
- Síndrome de Rett
- Otro Trastorno Desintegrativo de la Infancia
- Síndrome de Asperger
- Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Trastorno Generalizado del Desarrollo sin especificación

D) Clasificación en CFTMEA-R-2000.

Si bien esta clasificación se basa en la influencia del psicoanálisis en la clínica con niños y adolescentes, da una gran importancia a la integración de aportes ofrecidos por la corriente psicológica cognitiva y la neurobiología.

En este subcapítulo se va a hacer referencia a la *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000)* creado por el *Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations*, y publicado por la *Federación Francesa de Psiquiatría (FFP)*. Será utilizada la primera edición en castellano, publicada por la *Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (AFAPSAM)* en el año 2004.

Al igual que los dos anteriores se trata de un manual multiaxial, dividido en tres ejes:

- EJE I GENERAL: Categorías clínicas.
- EJE I BEBE (o a 3 años): Complemento del eje I general.
- EJE II: Factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos.

La diferencia principal de este sistema de clasificación con respecto a la CIE-10 y el DSM-IV-TR, es que no hace referencia a un grupo de *Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Este sistema incluye dos categorías distintas dentro del eje I:

- i. Autismo y trastornos Psicóticos.
- ii. Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales.

Los trastornos incluidos en B) se corresponden con la categoría general mencionada en la CIE-10 *Trastornos del Desarrollo Psicológico*, pero no con la subcategoría *Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)*. Motivo por el cual no serán tomados en cuenta en el presente trabajo.

Con respecto a los trastornos incluidos en A), algunos de ellos se corresponden con los TGD mencionados en CIE-10. Esta categoría incluye:

- 1) Psicosis Precoces (Trastornos Invasivos del Desarrollo)
 - Autismo Infantil Precoz
 - Otras formas de Autismo
 - Psicosis precoz deficitaria. Retraso mental con trastornos autísticos o psicóticos.
 - Síndrome de Asperger.
 - Disarmonías Psicóticas.
 - Trastorno Desintegrativo de la Infancia.
 - Otras psicosis precoces y otros Trastornos Invasivos del Desarrollo)
 - Psicosis precoces o Trastornos Invasivos del Desarrollo no especificados.

E) Breve descripción de los trastornos incluidos en las tres clasificaciones.

Autismo Infantil.

El DSM-IV-TR lo nombra *Trastorno Autista*. Se trata de niños con un desarrollo anormal y deficiente tres áreas principalmente: la comunicación, el comportamiento y la interacción social.

Según el DSM-IV-TR (2002) y la CIE-10 (1992), el inicio es anterior a los tres años de edad y el curso es continuo, aunque en niños en edad escolar y en adolescentes pueden presentarse algunos progresos.

“Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto” (DSM-IV-TR, 2002, p. 80).

Con respecto a la alteración en la interacción social puede deberse a una falta de reconocimiento de los otros por parte del niño, y a la falta de incorporación de un feedback emocional-social.

Pueden verse relacionados (como trastornos secundarios al autismo) algunos trastornos del sueño, de la alimentación y posiblemente fobias.

Dentro de las alteraciones del comportamiento se incluyen conductas autoagresivas, hiperactividad, conductas repetitivas y estereotipadas, y ciertos manierismos.

“Alteración cualitativa de la comunicación (ausencia de lenguaje, trastornos específicos del lenguaje, déficit y alteración de la comunicación no verbal)” (CFTMEA-R-2000, 2004, p. 42).

Por lo general no presentan ningún período previo a los tres años de aparente normalidad.

Autismo Atípico.

Según lo expuesto en la CIE-10 (1992):

Difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de Autismo. [...] Suele presentarse en individuos con retraso profundo. (p. 311)

Este trastorno se incluye en el DSM-IV-TR (2002) en la categoría de *TGD no especificado*. En la CFTMEA-R-2000 se lo incluye dentro de la categoría *Otras formas de autismo*.

TGD no especificado.

El DSM-IV-TR (2002) y la CIE-10 (1992) lo utilizan para trastornos con las características de los TGD, pero que no cumplen con las pautas requeridas de otro TGD específico.

La CFTMEA-R-2000 lo incluye en la categoría de *Psicosis Precoces o Trastornos Invasivos del Desarrollo no especificados*.

Trastorno de Rett.

Denominado *Síndrome de Rett* en la CIE-10 (1992), y hace referencia a un trastorno que hasta el momento sólo fue diagnosticado en individuos del sexo femenino.

“El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla” (CIE-10, 1992, p. 312)

Presenta pérdidas de movimientos intencionales con las manos y ciertas estereotipas. Se asocia a un retraso mental profundo. También hay una detención del desarrollo social y del juego. Los síntomas pueden aparecer a partir de los cinco meses de edad en adelante.

La CFTMEA-R-2000 lo incluye en la categoría de *Trastornos Desintegrativos de la Infancia*.

Trastorno Desintegrativo Infantil.

La sintomatología del trastorno es similar a la del Trastorno de Rett, con dos diferencias principales: por un lado los síntomas generalmente aparecen de forma súbita a partir de los dos años (teniendo un desarrollo normal esos dos primeros años de vida); y por otro lado, la prevalencia del trastorno es en el sexo masculino.

La correlación en la CFTMEA-R-2000 pertenece a los *Trastornos Desintegrativos de la infancia*, al igual que el Trastorno de Rett.

Trastorno de Asperger.

Denominado como *Síndrome de Asperger* en CIE-10 y CFTMEA-R-2000, donde la sintomatología principal se centra en una incapacidad profunda para la interacción social.

Según menciona la CFTMEA-R-2000 (2004), “Se caracteriza por la presencia de un síndrome autístico sin retraso del desarrollo cognitivo y sobre todo del desarrollo del lenguaje”. (p. 44)

Dentro de este trastorno, las dos características más frecuentes (o principales) suelen ser el alto grado de hiperactividad y de inatención. (DSM-IV-TR, 2002).

Disarmonías Psicóticas.

Así clasificado por la CFTMEA-R-2000, y su correlación con la CIE-10 es *Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo*.

Las manifestaciones suelen aparecer a partir de los tres o cuatro años, y varían de acuerdo a cada caso. Un niño también puede presentar algunas variaciones a medida que va evolucionando.

Suelen ser los principales motivos de consulta la sintomatología somática, comportamental, la inestabilidad o inhibiciones, la posible presencia de fobias, problemáticas severas en relación a la adquisición del lenguaje y a la psicomotricidad. Generalmente a estas manifestaciones sintomáticas subyacen rasgos y mecanismos de tipo psicóticos, como por ejemplo la posibilidad de la ruptura del contacto con la realidad o con el sentimiento de sí mismo. También pueden mostrarse ambivalentes al momento de entablar relaciones con otras personas, sin lograr procesos de identificación complejos. Sin embargo, cuentan a su vez con cierta capacidad para adaptarse y controlarse, lo cual les sirve como medio de protección ante este riesgo de sufrir alteraciones psicóticas (CFTMEA-R-2000, 2004).

F) Trastornos del Espectro Autista (TEA)

En referencia a este modo de clasificación que se está utilizando mucho en la actualidad para mencionar las conductas de tipo autista, Mascotena, M., (2007) señala que:

Fueron Lorna Wing & Judith Gould quienes, a partir de una publicación realizada en 1979, comenzaron a hablar de los denominados Trastornos del Espectro Autista (TEA). En esta publicación mencionaron la diferenciación de un continuo dentro de los TGD, el cual incluye el Trastorno Autista (TA), el Síndrome de Asperger (SA) y los Trastornos Generalizados del Desarrollo no Especificados (TGD-NE). Esta tríada refiere a diferentes grados de alteraciones o síntomas autísticos. (p. 13).

Tanto el SA como el TGD-NE, presentan síntomas o alteraciones en las tres principales áreas mencionadas previamente al hablar de autismo: la comunicación, el comportamiento e intereses, y la interacción social.

A través de este término (TEA) se busca poner de manifiesto que el TA, el SA y el TGD-NE comparten características de conducta y manejo general comunes, pero que a su vez dentro de estas conductas aparecen cualidades individuales, específicas de cada uno de estos trastornos, que marcan la diferencia al momento de realizar un diagnóstico diferencial entre ellos.

Según plantean Lorna Wing y Judith Gould en una publicación realizada en 1979, la diferencia dentro de esta tríada puede estar dada, a nivel cualitativo y cuantitativo, por la gravedad o la cantidad de síntomas o alteraciones que presentan (citado en Mascotena, M., 2007).

Anteriormente se solía hablar de dichos trastornos por separado, como patologías individuales, sin hacer referencia a las características que comparten entre sí. Cada individuo debía o debe cumplir con determinados requisitos, necesarios de forma obligatoria para poder ser catalogado como TGD, y más específicamente como Autismo.

Gracias a las actualizaciones que se pueden ir encontrando hoy en día, se sabe que estos trastornos comparten características y que no pueden ser considerados por separado.

Con respecto a la clasificación y caracterización de los TEA, y a partir de las publicaciones de Wing y Gould, menciona Valdez, D. (2007):

Además, la investigación y la clínica en los últimos veinte años –las que pueden conocerse apenas con una revisión de los últimos números de las revistas científicas más importantes en el área, como la británica *Autism* y la norteamericana *Journal of Autism and Developmental Disorders*– nos muestran que no podemos considerar estos trastornos como si fueran condición todo/nada, sino más bien en relación con un continuo dimensional, donde las alteraciones en el desarrollo de la comunicación, la imaginación, la flexibilidad y de las relaciones sociales nos permiten inferir *capacidades* relativas a los *niveles cualitativos* de desarrollo que cada chico alcanza en dicho continuo dimensional. (p. 148)

A las ya mencionadas conductas erráticas o disfuncionales dentro de las tres áreas a las cuales se ha hecho referencia previamente, Hibbs, E. D. y Jensen, P. S. (2005) suman una serie de características que se pueden presentar de manera comorbida junto con el comportamiento autista: los autores plantean la posible existencia de daños o afectaciones en las habilidades cognitivas, presencia de agresividad, conductas autopunitivas o perjudiciales para sí mismos, hiperactividad, labilidad emocional, el mecerse de forma estereotipada, conductas compulsivas hacia rituales y hasta retardo mental.

Si bien dichos autores mencionan estas conductas como características del Trastorno Autista, numerosas publicaciones hacen referencia también a la presencia de las mismas tanto en el SA como en los TGD-NE.

Dentro de la falta de habilidad para la interacción social que presentan los individuos con estos trastornos, pueden darse polos opuestos. Por un lado hay individuos que se mantienen totalmente aislados,

sin interactuar con los demás, como ignorando la existencia de aquellas personas que están a su lado; pero por otro lado algunos individuos pueden comportarse de manera contraria, entrometiéndose y acercándose a los otros más de lo normal, generando situaciones inapropiadas o de incomodidad para los otros individuos que conviven con ellos. Esto fue planteado por Cukier, S. H. (2005) en un artículo publicado en la Revista Argentina de Psiquiatría VERTEX.

Es explícita la indiferencia con respecto a la interacción social, por lo que casi no pueden establecer contacto visual con otros individuos. Esto puede deberse, entre otros motivos, al grado de angustia que les provoca el contacto visual a niños con estas patologías. En su texto publicado bajo el nombre *Inteligencia Social*, Goleman, D. (2006) hace referencia a una explicación de tipo neurobiológico para dicha dificultad: explica que al mirar a los ojos, se produce en el cerebro de estos niños una reacción violenta de la amígdala, lo cual les genera un miedo intenso.

Tanto Goleman, D. (2006) en dicho texto, como muchos otros autores que han hecho publicaciones respecto de los TEA, dan por sentado que ya desde los primeros años de vida pueden observarse conductas que sirven como señales precoces respecto del futuro déficit a nivel social que presentarían estos niños.

Con respecto a las causas del surgimiento de estos trastornos, hoy en día sigue abierto un gran debate. En principio se han considerado patologías cuya base se encontraba en el área psicológica-emocional. Con el advenimiento de las ciencias cognitivas, y los numerosos estudios provenientes de distintas áreas de la salud (como por ejemplo la neurología y la neuropsicología entre otras), se ha podido comprobar que "el autismo es un síndrome de disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta" (Rapin, I.; 1994; p. 16).

Uno de los motivos por los cuales se comenzó a tener en cuenta una posible etiología de base orgánica-genética fue el hecho de haber encontrado un alto grado de probabilidad de que las personas con autismo sufran de epilepsia. También es óptimo mencionar que, si bien se dejó de lado la teoría de que el autismo es una disfunción de tipo psicológico-emocional que parte de un déficit en el rol de los padres, existen casos en los cuales los padres de niños con características autistas han hecho referencia al surgimiento de las mismas como consecuencia de una situación traumática. Por esto, sería correcto no descartar por completo la posibilidad de una causa psicológica del autismo, pero la cual estaría presente en casos particulares y debido a situaciones traumáticas experimentadas por niños sumamente susceptibles. (Rapin, I.; 1994)

Lo cierto es que aún no se ha podido especificar una causa o etiopatogenia única en relación a los Trastornos del Espectro Autista. Es este un tema que se encuentra abierto a la investigación, donde hay mucho por descubrir y establecer.

Es necesario mencionar un aspecto de suma importancia en cuanto a las características cognitivas de los TEA. Y me refiero a la conocida *Teoría de la Mente*, así denominada por David Premack y Guy Woodruff en 1978.

Explica el autor Valdez, D. (2007) en su libro *Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo*, que dicha teoría se trata de una capacidad de todos los seres humanos que facilita la *capacidad mentalista*. Utiliza este concepto para referirse a la habilidad que tenemos las personas para atribuir creencias, deseos, emociones e intenciones tanto a los demás como a nosotros mismos, y que nos va a permitir sacar conclusiones acerca de los modos de comportamiento e interacción que implementamos. Por lo tanto, al presentarse alteraciones en dicha habilidad se puede observar una seria dificultad para comprender las emociones y conductas, tanto ajenas como propias. Y esto ocurre por ejemplo en individuos que presentan Trastornos del Espectro Autista. Dentro de las alteraciones que se pueden observar, relacionadas con fallas en la *capacidad mentalista* presentes en estos trastornos, se encuentran dificultades en las relaciones con pares, una falta de sensibilidad y una marcada dificultad para comprender las señales y la intencionalidad de los demás, junto con una importante limitación al momento de adaptarse al mundo social.

Dicho de otro modo, según el autor Goleman, D. (2006), se trata de la habilidad de poder *entender* lo que le sucede, a nivel mental y sentimental, a otras personas. Esta habilidad es también conocida como *Visión Mental*. Es aquella habilidad necesaria para poder adquirir lo que conocemos como empatía. Este mismo autor es quien menciona que, aquellas personas que no cuentan con esta visión carecen de relaciones interpersonales profundas, y que en dichas relaciones no se considera al otro como poseedor de sentimientos o pensamientos que le sean propios (lo cual es una característica primordial en las personas que padecen patologías del *Espectro Autista*). "Sin la *Visión Mental* [...] seríamos *ciegos de la mente*" (Goleman, D., 2006, p. 195).

Dicha Visión Mental no es innata, sino que se va desarrollando en etapas a medida que el niño va creciendo, partiendo por el primer reconocimiento propio hasta lograr adquirir conciencia a nivel social; para lo cual es necesario en primer lugar poder diferenciar entre uno mismo y los otros y a su vez comprender

que todos los seres humanos podemos tener diferentes formas de pensar las situaciones, de percibir al mundo y de lograr nuestros objetivos que a su vez pueden ser opuestos a nuestros propios intereses.

Valdez, D. (2007) expone en su texto una conclusión desarrollada por la autora Tager-Flusberg, H. en una publicación suya del año 2003, que es fundamentada a partir de numerosas investigaciones que relacionan la *Teoría de la Mente* con el *Espectro Autista*. Dicha conclusión se basa en que se puede mencionar una alta relación entre la *Teoría de la Mente* y los déficit sociales y comunicativos característicos de los trastornos autistas; sin embargo no puede sostener esta misma hipótesis en relación con las estereotipias y la restricción de intereses de estos individuos.

No está actualmente definida la correlación entre los TEA y la *Teoría de la Mente*. Es decir, no se puede determinar si las fallas en la *capacidad mentalista* son una causa o una consecuencia en la aparición de estos trastornos. Pero lo que si es cierto, y se ha probado en diversas investigaciones, es que los TEA presentan una diferencia a nivel neurológico con respecto de los niños normales. Por lo tanto, podría decirse que dichos trastornos presentan una etiología de tipo orgánica.

Si bien considero que no debe ser descartado el aspecto emocional que influye en la vida de estos individuos, tampoco creo conveniente hablar de una causa meramente emocional a nivel de las relaciones más tempranas, como se han pensado en algún momento.

En numerosas publicaciones acerca de investigaciones focalizadas a encontrar las posibles causas de estos trastornos, se han mencionado mayormente etiologías de tipo neurobiológicas.

En su publicación el *California Department of Developmental Disorders* (2002) menciona que, el término Trastornos del Espectro Autista es el que mejor se puede utilizar dentro de la clínica, para encuadrar la relación que hay entre el Trastorno Autista y aquellos otros trastornos relacionados que comparten muchas características con el mismo.

2. El modelo cognitivo-conductual.

Para hablar de las terapias cognitivo-comportamentales, es necesario remontarse a los tiempos de Watson, Skinner y Pavlov, entre otros.

Menciona Agué, C. (1986) que, a partir de lo postulado por Watson en 1913, los fenómenos psicológicos tradicionales se traducen en comportamientos que surgen a modo de resultado ante la presencia de estímulos determinados.

Según le expresado por dicho autor, se comienza a hablar del denominado conductismo contemporáneo a partir de la segunda guerra mundial. Este autor menciona al comportamiento como consecuencia de un estímulo previo al mismo. A esto se refiere cuando habla de *acto reflejo* o *respuesta*. Y Respecto de esto el autor, Agué, C. (1986), va a hacer referencia a lo siguiente:

Todo comportamiento tiene un sustrato teórico llamado *hábito* q se manifiesta como una tendencia o potencial comportamental solamente al presentarse ocasión propicia [...] Por otro lado, el *hábito* al manifestarse constituye el elemento visible comportamental (es decir, el síntoma), que permite situarlo en función de un aprendizaje previo, de su fijación o flexibilidad dentro del repertorio del sujeto, de su adecuación a distintas pautas sociales y a su posibilidad de un eventual cambio. (p. 48).

Siguiendo lo expuesto por este autor, es importante mencionar las bases del conductismo en el *Condicionamiento Clásico* de Pavlov, y en el *Condicionamiento Operante* de Skinner. En el primero, se considera al aprendizaje como una consecuencia ante la presentación continua de un estímulo incondicionado, el cual produce el comportamiento deseado; en el segundo se considera que los comportamientos son espontáneos y no existen previamente. En el aprendizaje de estos comportamientos van a influir variables de tipo emocional, motivacional, los refuerzos que se apliquen (ya sean positivos o negativos), el modelado de comportamientos, la extinción, entre otras.

Los autores Feixas, G. & Miró, M. T. (1993) hacen referencia a los dos modelos de condicionamiento en su texto "*Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*". A partir de lo expuesto por los mismos, el condicionamiento clásico busca explicar que aquellos estímulos que son incondicionados dan respuestas incondicionadas, pero que al ser presentados estos mismos, seguidos a un estímulo condicionado, van a generar respuesta condicionadas que se asemejan a las incondicionadas previas. El condicionamiento operante plantea que si se refuerza con un determinado estímulo aquella respuesta que se quiere adquirir, serán mayores las posibilidades de que esta respuesta se repita ante la presencia de ese estímulo determinado.

Dowd, E. T. (1997) menciona:

Mientras que en la psicoterapia europea ha predominado una orientación psicodinámica, la psicoterapia americana ha estado muy influida por la psicología conductual. Empezando por John Watson e Ivan

Pavlov, y continuando por Thorndike y Skinner, el centro de estudios se desplazó desde la introspección y el estudio de la mente, hacia el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de la conducta. En este proceso, la mente se redujo a la condición de epifenómeno (la *Caja Negra*). (p. 26)

A partir de este surgimiento de la *Caja Negra*, se dejó de lado el modelo estímulo-respuesta, y se comenzó a pensar que dicha caja tenía algún grado de responsabilidad e influencia entre los estímulos y las respuestas.

Pero no es tan fácil hablar del conductismo como una teoría simple. Dentro de esta misma rama surgieron diversos modelos. Por un lado los ya mencionados de Skinner y Pavlov con los diferentes tipos de condicionamiento; pero por otro lado, ya en los años setenta, da su aparición Albert Bandura con su denominado *Aprendizaje Social*. Teoría que se basa en la influencia recíproca.

El entorno y las características ambientales ejercen influencia en las respuestas y el comportamiento de las personas, pero además todos los individuos se influyen recíprocamente. Y con esto, Bandura demostró que no es necesario reforzar a los individuos para que una conducta o respuesta se produzca, ya que la misma se daría con sólo presenciar a otro individuo que es reforzado para realizar dicha conducta. (Dowd, E. T.; 1997)

Al hablar de Aprendizaje Social, el autor se refiere a lo que otros autores han denominado *Modelado* o *Shappin*. Esta teoría parte de la hipótesis de que cualquier individuo puede aprender toda aquella conducta que observe en otros individuos, quienes sería para él sus modelos. Se trataría de un aprendizaje por imitación.

Fernández Alvarez, H. (2005) menciona que los modelos conductistas van a plantear la existencia de los trastornos a partir de un proceso de aprendizaje. Ya sea por el aprendizaje de conductas erróneas que deben ser desaprendidas, o por la presencia de esquemas de cognición inadaptados que deben ser modificados.

De forma simultánea al desarrollo de la psicología de la conducta fue surgiendo la psicología (y los modelos de terapia) cognitiva.

“A mediados de la década del sesenta, pero sobre todo a partir de comienzos de la del setenta, surgieron las primeras formulaciones de terapia cognitiva” (Fernández Alvarez, H., 2005, p. 70). Este modelo, teórico y terapéutico, tuvo como principales referentes a Albert Ellis y Aaron Beck.

“Es importante considerar el trabajo de Albert Ellis y Aaron Beck como una reacción a la crisis de la teoría clínica psicoanalítica de Estados Unidos en los años sesenta” (Semerari, A., 2002, p. 21). Tanto Ellis como Beck consideraron resuelta la problemática a partir de indagar los *Pensamientos Automáticos* subyacentes a los estados emocionales (término utilizado por dichos autores para hacer referencia a las representaciones concientes o cogniciones). Hipótesis que llevaron a los profesionales a tener en cuenta la posible presencia de esquemas mediante los cuales un individuo otorga significado a la experiencia.

Albert Ellis formuló la *Terapia Racional*, mediante la cual se busca que el paciente sea conciente y pueda darse cuenta de las distorsiones presentes en sus pensamientos; mientras que Aaron Beck desarrolló su teoría a partir de plantear que la depresión se relaciona con el contenido negativo presente en las cogniciones que tiene un individuo acerca del mundo, del futuro y de sí mismo.

Hay que considerar que, Fueron Beck y Meichenbaum quienes, a comienzos de los sesenta, introdujeron a la práctica clínica el modelo de abordaje conocido como Cognitivo-conductual, ya que consideraban que la conducta hay que entenderla como algo que está determinado previamente por la cognición y el pensamiento de cada uno de los sujetos. (Fernández, F., 1998).

Fernández Alvarez, H. (2005) va a mencionar que al hablar de cogniciones se está haciendo referencia a las maneras en que cada individuo organiza las experiencias a los largo del tiempo.

Es importante mencionar su hipótesis respecto de que “la psicoterapia de la conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta es aprendida” (Feixas, G. & Miró, M. T., 1993, p. 170). Por lo que el tratamiento va a estar focalizado en modificar esta conducta aprendida que genera sufrimiento al paciente, se va a basar en modificar aquello que es observable. Estos mismos autores mencionan que la denominada *Terapia de Conducta* aparece como una alternativa consolidada ya a partir de los años cincuenta.

Pero al hablar de terapia cognitivas y conductuales surgen algunas diferencias. Por un lado se menciona en numerosas publicaciones que las terapias cognitivas han surgido y se han desarrollado a partir de los modelos de terapia conductuales.

Pero a su vez Caro Gabalda, I. (1997) hace notar que hay algunas confusiones entre las denominadas *Terapias Cognitivas* y las *Terapias Cognitivas-comportamentales*. Y va a explicar, como diferencia primordial entre ambas, que las terapias cognitivas surgieron a partir del psicoanálisis, y que las cognitivas-comportamentales provienen de la teoría de la conducta.

Lo cierto es que, más allá de estas diferencias de procedencia de ambos modelos de terapia, las psicoterapias cognitivas han logrado un gran avance y han sido de gran consideración en estos últimos tiempos.

Según Feixas, G. & Miró, M. T. (1993), esto se debe a diferentes motivos, entre ellos mencionan:

Por un lado, la convergencia de las terapias cognitivas con la orientación cognitivo-conductual en terapia de conducta. Por otro lado, durante las dos últimas décadas se ha producido una *Cognitivización* de la psicoterapia (p. 208).

En el campo de las psicoterapias o tratamientos psicológicos dentro del marco cognitivo-conductual, surge los programas elaborados a principios de los años setenta por Donald Meichenbaum (los cuales se basan en trabajos previos de Luria y Vigotzky), y mediante los cuales se busca que el paciente se de cuenta de su conducta y pueda pensar en esta conducta. Estos trabajos sirvieron como base a Meichenbaum para formular su teoría de la modificación a partir de un modelo cognitivo-conductual.

En referencia a lo expuesto previamente, Mascotena, M. (2007) plantea que:

Sobre la base del modelo conductual, se pueden incorporar conceptos cognitivos y se utiliza la aplicación de técnicas conductuales en el tratamiento. El comportamiento cognitivo permite incluir nociones del funcionamiento interno mental que el abordaje conductual estricto no tienen lugar, como las funciones ejecutivas o las habilidades de la teoría de la mente (p. 15).

Y va a expresar Fernández, F. (1998) que estos modelos de abordaje (los cognitivo-conductuales) no van a tener como objetivo final único el logro de cambios conductuales (como es en las terapias conductuales ortodoxas), sino que se busca también la adquisición de nuevas cogniciones en los pacientes y que se produzca, además, un cambio a nivel cognoscitivo. El autor refiere este modelo a una forma de modificar y suprimir las cogniciones *patológicas*, pero que estas sean reemplazadas por otras no consideradas *patológicas*.

En base a los tratamientos conductuales en general, Pérez Alvarez & col. (2003), dan a conocer en su texto *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III – Infancia y Adolescencia* -, su opinión en relación a cuáles creen que son los factores que influyen en la efectividad de estos tratamientos.

Los ítems que estos autores mencionan tiene que ver con la edad en que el niño inicia el tratamiento (planteando que el mayor grado de efectividad se obtiene si se inicia antes de los seis años de edad), la intensidad y la frecuencia con que es aplicado (entendiendo que cuanto mas intenso y frecuente sea, mejores serán los resultados), la duración de dicho tratamiento, el nivel de formación y práctica con que cuentan los profesionales que van a aplicarlo, y por último (y como un factor sumamente importante) mencionan el grado de participación de los padres en los mismos.

Uno de los aspectos que numerosos autores señalan de las terapias cognitivo-comportamentales, es que “agregan a lo conductual, una importante atención a los procesos cognitivos que están en relación con los comportamientos” (Semerari, A., 2002, p. 35). Según Caro Gabalda, I. (1997) tienen como objetivo que el paciente aprenda a controlar y tomar conciencia de sus emociones, no apuntando a éstas, sino al cambio a nivel cognitivo.

Este modelo de psicoterapias toma a los esquemas y modelos de cognición como sostén de la conducta, en cualquier individuo. Por lo tanto, tal como lo ha planteado en su momento Aaron Beck en el año 1976 (citado en Semerari, A., 2002), y hoy en día lo menciona Fernández Alvarez, H. (2005), los trastornos psicológicos van a estar dados por una falla en dichos esquemas y modelos de cogniciones, es decir, por un error en la forma en que se va a organizar la información adquirida. Lo cual supone que, los buenos resultados vendrían de la mano de tratamientos que puedan focalizarse en generar una modificación a nivel más bien cognitivo (es decir, en la forma en que estos pacientes codifican y organizan la información que van adquiriendo), y no tanto en el *por qué* de los trastornos.

Es probable que este sea uno de los motivos por los cuales los terapeutas cognitivo-conductuales deben contar con una actitud más activa, para poder dar al paciente las herramientas que necesita para lograr esta modificación. “El terapeuta es concebido como un experto capaz de instruir al paciente en la realización de tareas conducentes a la curación” (Fernández Alvarez, H., 2005, p. 51).

La psicología cognitiva, y más específicamente los modelos cognitivo-conductuales, han sido objeto de muchas investigaciones, validadas empíricamente, donde se prueba la eficacia de estos tratamientos a través de los resultados obtenidos.

Un ejemplo de esto puede ser la revisión realizada en el año 1996, la cual es citada por Meichenbaum, D. (1997) en su capítulo dentro del *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (compilado por Caro Gabalda, I.), donde se menciona que en una investigación en la cual se han tomado como muestra sesenta y ocho tratamientos con validación empírica, el 75% estarían de alguna manera relacionados con modelos cognitivo-comportamentales.

En la actualidad, y a partir de todas estas investigaciones realizadas, se consideran tratamientos altamente eficaces para diferentes tipos de trastornos, como por ejemplo ansiedades, adicciones, trastornos del estado del ánimo, y trastornos de la infancia (por ejemplo TDA con o sin hiperactividad, TGD).

Independientemente del sustento teórico al que pertenezcan los tratamientos, todos van a contar con

ventajas y desventajas. Y éstas últimas van a ser los puntos que podrán utilizarse como objeto de crítica en cualquier procedimiento.

Considero importante tener en cuenta que el abordaje terapéutico depende mucho de cada paciente, y que en cada caso será necesario poder entender cuales son las necesidades de los mismos. Es por esto que entiendo que hay tratamientos más eficaces para algunas patologías, que a lo mejor pueden ser no tan eficaces para otras.

Si bien hoy en día estos modelos de abordaje de las patologías psicológicas son considerados como muy eficaces por numerosos autores y terapeutas, hay quienes no están de acuerdo. Pero en relación a las críticas a estos tratamientos haré referencia más adelante.

3. El tratamiento ABA: características, programas, formas de aplicación y hojas de registro.

A) Surgimiento, generalidades y objetivos del tratamiento.

Feixas, G. & Miró, M. T. (1993) mencionan el Análisis Conductual Aplicado, cuya aparición se dio en el año 1968, y que en su momento tenía como fin el estudiar todas aquellas conductas que son consideradas *importantes* en el ámbito social. Estos autores van plantean que este modelo de intervención surge o tiene como base el condicionamiento operante, y su objetivo principal va a ser analizar y modificar la conducta inapropiada y sus antecedentes.

Según menciona en su publicación Mascotena, M. (2007), al hablar de tratamiento A.B.A. aplicado en niños con *Trastornos del Espectro Autista*, se está haciendo referencia al modelo de intervención conductual desarrollado por el Dr. Ivar Lovaas, el cual cobró mayor reconocimiento a partir de el estudio y la investigación realizada en 1987.

Y en cuanto a este modelo de intervención cabe señalar lo expuesto por Leaf, R. & McEachin, J. (2000):

Tres décadas de investigación del Dr. Ivar Lovaas y sus asociados en la Universidad de California (UCLA) han demostrado convincentemente que una intervención intensiva y a tiempo, puede mejorar significativamente el desarrollo de niños Autistas. Dos estudios consecutivos publicados en 1987 y 1993, han demostrado que nueve de diecinueve niños que recibieron tratamiento intensivo fueron capaces de completar su educación normal satisfactoriamente y no se podían distinguir de los niños normales en cuanto a su coeficiente intelectual, habilidades de adaptación y funcionamiento emocional. Incluso entre niños que no lograban obtener el mejor rendimiento tuvieron mejoras significativas en su lenguaje, habilidades sociales y de juego y autosuficiencia y solamente dos de todos los niños no desarrollaron habla funcional (p. 1).

No se trata de una intervención psicoterapéutica propiamente dicha, sino que es más bien un tratamiento educativo-terapéutico para estos niños que carecen de algunas habilidades (las cuales se busca que sean adquiridas) y que presentan conductas erróneas que están fuera de lo esperado por la sociedad (las cuales se busca que sean modificadas).

Se trata de una terapia cognitiva de la conducta, y a aquí van a agregar Mayor, J. & Labrador, F. J. (1986) que este tipo de terapias parte de la importancia que se le otorga a los procesos de cognición en la aparición, el mantenimiento y la posible modificación de una conducta determinada.

Y en relación a esto, se puede decir que hay una diferencia entre los tratamientos psicoeducativos o educativo-terapéuticos y la psicoterapia. En tanto que los primeros buscan que el paciente adquiera ciertas habilidades, mientras que los segundos se enfocan en cómo con aplicadas esas habilidades (Friedberg, R. D. & McClure, J. M., 2005).

Pérez Alvarez, M. & col. (2003) mencionan que a partir de estos estudios realizados e investigaciones, Lovaas quiso y pudo demostrar que la idea de que los niños autistas no pueden aprender y adquirir habilidades sociales, cognitivas y de la comunicación es errónea. Esta idea había sido totalmente sostenida hasta ese momento. Pero comprobó que estas habilidades ya no son imposibles para los niños con trastornos autistas. Así como también demostró que no sólo pueden adquirir estas habilidades, sino que además está comprobado que las mismas se mantienen en el tiempo, es decir, no desaparecen luego de un determinado período (como se creía en los primeros momentos de surgimiento de este modelo de intervención).

En un primer momento se le enseñan al niño las habilidades que carece a través de intervenciones directas, y una vez que cada habilidad es adquirida se lleva a la práctica. El objetivo de este tipo de adquisición, y mismo del tratamiento A.B.A., es que el niño aprehenda habilidades y pueda generalizarlas y llevarlas a su ambiente cotidiano.

Mascotena, M. (2007) plantea que el objetivo es:

Lograr un tratamiento intensivo y abarcativo, focalizado en enseñar al niño las conductas que no logró aprender de manera natural, utilizando como herramienta básica la técnica del *ensayo discreto* en repeticiones masivas, separadas en forma de programas divididos por áreas y con objetivos concretos [...] aplicando el principio de reforzamiento positivo para la enseñanza. (p. 14)

Esto quiere decir que los objetivos finales se dividen en objetivos más sencillos en principio. Cada tarea se divide en tareas de menor dificultad. Estos objetivos se ordenan del más simple al de mayor dificultad. El tratamiento se inicia con los objetivos de menor dificultad, y a medida que el niño avanza se busca llegar a los de mayor dificultad, y así lograr los objetivos o habilidades finales.

Según lo expuesto por Leaf, R. & McEachin, J. (2000):

La enseñanza de tareas Discriminadas envuelve: 1) Dividir una tarea en pequeñas partes; 2) Enseñar una sub-habilidad hasta que sea dominada; 3) Permitir la práctica repetitiva en un período definido de tiempo; 4) Suministrar ayuda y disminuirla gradualmente tal como sea necesario y 5) utilizar procedimientos de refuerzo. (p. 6)

Como he mencionado en la introducción, los niños que son derivados a las instituciones para realizar un tratamiento con este modelo, pueden presentarse en dos situaciones distintas: por un lado están aquellos niños derivados con el diagnóstico ya establecido, pero por otro lado algunos padres llevan a sus hijos directamente por recomendaciones de otros padres, conocidos o mismo profesionales que no están capacitados para realizar diagnósticos pero que están informados acerca de las patologías y el tratamiento.

En este último caso, lo que se realiza una vez en primera instancia es un diagnóstico clínico, donde se evaluará y se establecerá si la patología del niño en cuestión puede o no ser catalogada dentro de los *Trastornos del Espectro Autista*.

Una vez que se establece que el niño puede ser incluido en el tratamiento, se realiza un perfil individual donde se va a dejar por sentado cuáles serán los objetivos principales, las fortalezas y debilidades, y se va a diseñar el abordaje terapéutico que se adecue más a ese niño (Mascotena, M., 2007).

Es importante señalar que cada niño es un *mundo* en particular, y que si bien todos estos niños cuentan con características similares, no son iguales. No todos los niños tienen las mismas necesidades, ni el mismo nivel intelectual, ni las mismas formas de cognición. Cada niño debe ser observado y evaluado de forma particular, tomando en cuenta sus propias necesidades y sus propios avances dentro de la intervención.

Es por esto que el tratamiento se realiza de forma individual, uno a uno. Es decir, un terapeuta trabaja sólo con un niño. Además de ser por lo mencionado anteriormente, es para lograr la menor distracción posible y para asegurarse de que todos los niños pueda aprovechar el tratamiento y pueda avanzar en su trabajo.

Se puede establecer una división del tratamiento general en etapas. Un primer momento donde se busca conocer al niño y determinar sus fortalezas y debilidades, evaluar cuáles van a ser los refuerzos a utilizar, y fijar las estrategias de intervención. Un segundo momento va a ser el utilizado para lograr los aprendizajes que se desean (juegos, habilidades, comunicación, etc). Y la etapa final va a ser más natural, donde se va a buscar que el niño generalice todo lo aprendido, que lo incorpore y se logre la socialización (Leaf, R. & McEachin, J., 2000).

A través de este método lo que se busca es identificar la función y objetivo concreto por el que ocurre una determinada conducta, es decir, las variables que ejercen una gran influencia al momento de ocurrencia de esa conducta. Y a partir de esto poder establecer aquellas estrategias terapéuticas que sean más eficaces para modificar no sólo la conducta, sino también el motivo subyacente de la misma.

Me parece interesante mencionar la idea planteada por el Lic. Mascotena, M, (2007), quien expresa lo siguiente:

La intervención terapéutica consiste en generar desde el entorno familiar y profesional *relaciones* adaptadas para poder co-regular con el niño, de acuerdo a su nivel de *desarrollo* emocional y tomando en cuenta sus diferencias constitutivas *individuales*, en actividades de juego (*Floortime*). (p. 16)

Dentro de este tratamiento se utiliza la técnica conocida como *Floortime*, y que consiste básicamente en incluir momentos de juego en el piso dentro de las sesiones terapéuticas. Si bien se trata de utilizar juego que sean populares y conocidos por lo niños, es necesario seguir una serie de reglas y premisas donde se podrán practicar y evaluar características de liderazgo, de interacción interpersonal, empleando a su vez la estimulación cognitiva, sensorial y motriz.

“En la terapia del juego cognitivo-conductual intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego” (Friedberg, R. D: & McClure, J. M., 2005, p. 186).

Años atrás, Rivière, A. (1992) hizo alguna referencia relacionada a esto último, mencionando que estas estimulaciones deben ser acordes a las necesidades de cada niño, y que principalmente el niño debe ser estimulado con el objetivo de que pueda prestar atención a las cosas consideradas revelantes para el aprendizaje de cada tarea evitando las posibles distracciones hacia tareas y aspectos que son

considerados irrelevantes. Y esto también se relaciona con el hecho de que estos niños necesitan realizar aprendizajes sin errores, ya que si experimentan errores de forma repetitiva es muy probable que aumente la actitud negativa hacia la tarea y las alteraciones de la conducta, así como también aumenta el grado de desmotivación.

Al plantear los objetivos de la intervención en niños autistas es necesario tener en cuenta ciertos requisitos, como por ejemplo que los profesionales a cargo tengan conocimientos respecto del tema y la patología, las características de cada niño, el grado de desarrollo normal, las posibilidades reales con que cuenta de mejora, el nivel intelectual y las habilidades comunicativas con las que ya cuenta y con las que no, etc.

Leaf, R. & McEachin, J. (2000) van a mencionar como objetivo principal de la intervención, el enseñarle a cada paciente todas las habilidades de las cuales carece, las cuales una vez adquiridas van a facilitar el desarrollo personal del niño y la adquisición gradual de cierto grado de independencia, junto con una calidad de vida mejor (no solo para el paciente, sino que para su familia también). Pero para esto es sumamente importante la participación de la familia en el tratamiento del niño.

Según expone Mascotena, M. (2007) este programa educativo-terapéutico se basa en la intervención en tres dimensiones básicas: las *relaciones*, el nivel de *desarrollo* y las características *individuales*. Esto es conocido como *Modelo DIR* (creado por Stanley Greenspan en la Universidad de Washington). Se le otorga una gran importancia al papel que cumplen las emociones y el afecto en la formación de las conductas, en los aprendizajes, en el modo de procesar información y de responder a la misma, y en las relaciones interpersonales. En base a la evaluación de cada niño en relación al nivel actual en que se encuentra cada una de estas tres dimensiones, se va a establecer el plan y los objetivos para la intervención. En dichas intervenciones van a incluirse profesionales formados en distintas áreas y capacitados en el *Modelo DIR* (fonoaudiología, psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, integración escolar, musicoterapia, psicomotricidad, etc.) y a los padres de los niños.

Cada plan de intervención debe tener en cuenta las habilidades que cualquier persona (sin ningún tipo de patología) necesita en su vida cotidiana para lograr un grado de desarrollo óptimo, y a partir de ahí evaluar cuáles son las que cada niño (en tratamiento) no posee y cuáles debe mejorar.

Generalmente las sesiones se basan en diferentes programas a realizar divididos en bloques de tiempo. En las instituciones (nacionales y extranjeras) en donde se utiliza este modelo, por lo general las sesiones son de cinco días a la semana con una duración de tres horas cada día.

Un ejemplo de cómo organizar cada sesión puede ser: utilizar veinte minutos de juego estructurado en un espacio cerrado, luego ochenta minutos de estrategias para el lenguaje (preferentemente intercambiando veinte minutos de lenguaje, veinte minutos de juego, y así hasta completar los ochenta minutos), treinta minutos para enseñar habilidades de auto-ayuda, treinta minutos de juego estructurado pero en un espacio al aire libre y finalmente veinte minutos para la recopilación de datos y para realizar un resumen del trabajo. (Leaf, R. & McEachin, J, 2000).

En principio esta modalidad es la más recomendada por los especialistas, pero el objetivo es aumentar o disminuir la duración de cada módulo de acuerdo a las necesidades de cada niño y los avances que se van logrando. De todas maneras, la forma en que es administrado el tiempo va a ser definido por los profesionales a cargo del tratamiento o de cada institución en particular.

Algo que también es particular de cada institución o profesional, es el seguimiento de los pacientes en tratamiento. Lo más recomendado es realizar entre dos y tres evaluaciones diagnósticas y evolutivas por año (cada cuatro o seis meses). Aunque, más allá de estas evaluaciones en el día a día durante todo el año (es decir, en cada sesión) se toma nota de lo trabajado, de los objetivos logrados, los objetivos a cumplir, las dificultades y avances, etc. (ver ANEXO I y II).

Numerosos autores se han puesto de acuerdo en mencionar que hay determinados factores que incluyen en la efectividad de este tratamiento. Y dentro de estos factores hacen referencia a la edad en que el niño inicia el tratamiento, la calidad de este tratamiento, la intensidad con que es aplicado, el nivel cognitivo e intelectual del niño, la gravedad de los síntomas, la participación de los padres y el grado de formación profesional con que cuentan los terapeutas.

Mascotena, M. (2007) menciona en su trabajo que también hay otros modelos de abordaje que derivan del *Applied Behavior Analysis* (o *Análisis Conductual Aplicado*), y a modo de ejemplo hace referencia al *Pivotal Response Training* (PRT) o *Entrenamiento de Respuestas Fundamentales*, creado por el Dr. Robert Koegle en la Universidad de Cali; y el *Comprehensive Application of Behavior Analysis to Schooling* (CBAS) que traducido al español sería *Aplicación Exhaustiva del Análisis Conductual a Instructores*, el cual fue desarrollado por el Dr. Douglas Creer en la Universidad de Columbia. Si bien estos modelos no siguen las reglas básicas del A.B.A., toman algunas características y técnicas de intervención del mismo, para entrelazarlas juntos con otros métodos propuestos por estas escuelas o formas de abordaje.

Me parece interesante mencionar una conclusión que destaca Critchfield, T. S. (2002) donde explica que el A.B.A. es un buen método para proveer las herramientas necesarias a aquellas personas que no cuentan con habilidades de dominio en general, como lo ha demostrado en personas con problemas de conducta. Un ejemplo de las áreas en donde puede ser utilizada esta modalidad de intervención es en los geriátricos, con los atletas, en los centros de salud así como también proveer de recursos comunicativos generales.

En cuanto a la forma de organizar el procedimiento para el abordaje Cabezas Pizarro, H. (2001) propone un modelo de intervención en siete pasos:

- 1) Elegir las conductas que el niño necesita aprender.
- 2) Establecer jerárquicamente las conductas a trabajar, en orden de menor a mayor dificultad.
- 3) Definir las conductas de forma que puedan ser observables y que se puedan medir.
- 4) Mostrar variados reforzadores para poder ir determinando cuáles son importantes para el niño y cuáles no.
- 5) Medir las conductas para evaluar los progresos (por ejemplo mediante la medición de la intensidad o la frecuencia de cada una de ellas).
- 6) Utilizar gráficos para observar la evolución de cada conducta y así poder ver si aumentan, disminuyen o se mantienen estables.
- 7) Luego de una observación profunda se definen los refuerzos que se van a emplear y el modo de procedimiento definitivo (por lo menos para la primera etapa del abordaje).

En la actualidad se está tratando de establecer las ventajas de aplicar este método de forma individualizada pero partiendo de las características particulares de cada niño y su familia, para así poder llevar al máximo la eficacia del tratamiento y lograr a su vez disminuir el estrés que le genera a los padres este tipo de patologías (Hibbs, E. D. y Jensen, P. S., 2005).

B) Uso de refuerzos.

Es importante mencionar que el uso de refuerzos dentro de los abordajes terapéuticos fue introducido por Watson y Rayner a principios del siglo XIX. Dichos autores en sus investigaciones dejaron por sentado que para la terapia de conducta es necesario tener en cuenta determinados conceptos: *refuerzos*, *control de estímulos* y *ambiente*. Estos tres conceptos van de intervenir al momento de lograr la modificación de la conducta patológica en los individuos (Fernández, F., 1998).

En esta parte del trabajo voy a hacer una breve descripción de uno de estos tres conceptos: *refuerzos*. Y para poder referirme a los refuerzos, es necesario plantear distintas formas de división o clasificación de los mismos.

Pero antes de comenzar a nombrar estas divisiones, creo necesario mencionar una definición teórica del *refuerzo*. Y para ello voy a citar lo expuesto por Béla Székely, L. C. (2000):

Elemento que al incorporarse a un proceso o entidad cualesquiera, lo fortalece [...], mediante la adición. Fortalecimiento de la respuesta a un estímulo por medio de la actividad simultánea de otro proceso excitatorio. (Neurología). Ocurrencia natural o presentación experimental del estímulo incondicionado simultáneamente con el estímulo condicionado. [...] Condición o circunstancia por la cual se favorece una correlación estímulo-respuesta. (p. 367)

Una vez citada esta definición, y volviendo a las formas de clasificación de los *refuerzos*, hay que considerar: por un lado hay que tener en cuenta la división de los refuerzos en *positivos* y *negativos*. En los primeros, el elemento que se introduce luego de la respuesta deseada (de forma inmediata) va a fortalecer y aumentar esa respuesta deseada. En cambio, el *refuerzo negativo* tiene que ver con suprimir un estímulo aversivo o desagradable, que ocurre previamente a la conducta deseada.

En relación al uso de reforzadores, explica Cabezas Pizarro, H. (2001):

Ante la presencia de un estímulo [...] aparece una respuesta, y esta respuesta se incrementa, se mantiene o disminuye, de acuerdo con las consecuencias que reciba (pp. 6-7).

Otro concepto que puede estar relacionado con los refuerzos es el de *extinción*, donde lo que se hace es no aplicar el refuerzo luego de una conducta que es indeseada, para así lograr que esta conducta desaparezca. Este modelo de terapias considera que toda aquella conducta que no es reforzada va a ir disminuyendo hasta desaparecer.

Una segunda forma de clasificación de los refuerzos, es dividirlos en *intrínsecos* y *extrínsecos*. Los *reforzadores extrínsecos* son observables y se encuentran fuera del sujeto, son externos; en cambio los *reforzadores intrínsecos* son propios del sujeto, no son observables y surgen luego de asociarse con algún *reforzador extrínseco*. A su vez, estos últimos, pueden ser divididos en *primarios* y *secundarios*: los *primarios* son considerados como *no aprendidos* o *incondicionados*, y los *secundarios* como *aprendidos previamente* o *condicionados* (Carillo, J. M., 1986).

Leaf, R. & McEachin, J. (2000) explican que en el *Applied Behavior Analysis* (o *Análisis Conductual Aplicado*), al principio se utilizan reforzadores extrínsecos materiales que al niño le agraden (como por ejemplo caramelos, chocolates, o cualquier comida que le guste), y a medida que va logrando el aprendizaje deseado se busca reemplazar este reforzador por otro de tipo social (por ejemplo aplaudir, utilizar la risa, felicitar al niño, abrazarlo, etc.). Y esto tiene un sentido u objetivo, y es que el niño no desarrolle una dependencia a ningún reforzador o premio, así como también aumentar sus motivaciones internas. Lo ideal es utilizar un refuerzo que sea preferido por el niño, intercalándolo con otros que no sean de su primera elección, para que no se otorgue el mismo reforzador tan frecuentemente. Y otra pauta ideal a seguir en el uso de refuerzos es utilizar programas de intervalos entre los mismos. Si no se aplican intervalos, si estos intervalos son muy largos y si no se disminuye la frecuencia de presentación de los refuerzos, hay una alta probabilidad de que aparezcan fallas o dificultades en el tratamiento.

Al hablar de programas de refuerzos pueden mencionarse dos tipos: *refuerzo continuo* y *extinción*. Los de *refuerzo continuo* buscan aplicar el refuerzo cada vez que el individuo realiza la conducta deseada, y en los de *extinción* no se refuerzan las conductas. Entre estos dos programas puede aparecer el que se denomina *refuerzo intermitente*, y en este caso el reforzador no es aplicado cada vez que ocurre la conducta deseada sino que es de forma aleatoria. El objetivo de los refuerzos pueden ser dos: por un lado fortalecer la ocurrencia de una conducta deseada (*refuerzo continuo*), y por otro lado mantener las conductas ya aprendidas (*refuerzo intermitente*).

La idea principal de este modelo de abordaje es que se pase del *refuerzo continuo* al *refuerzo intermitente* a lo largo del tratamiento. Y para llegar a esto se recomienda utilizar los *programas de intervalos*, ya sean *fijos* o *variables*. En los de *intervalos fijos*, el momento de aplicación de un refuerzo va a estar determinado por la cantidad de veces que ocurre la conducta o respuesta deseada. En los de *intervalos variables*, ese momento va a ir variando, y no va a depender de ningún factor específico. Por lo general, en el *Análisis Conductual Aplicado* se utilizan los programas de intervalos variables, aunque lo cierto es que no tiene un plan predeterminado.

Con respecto al uso de refuerzos en los tratamientos terapéuticos, hay muchos profesionales que no están de acuerdo con este recurso. Ya sea porque no lo consideran ético, porque consideran que puede generar dependencia en el niño, que se basan en un soborno, etc. Y en relación a estas críticas Leaf, R. & McEachin, J. (2000) explican que si estos refuerzos son utilizados correctamente, si se aplica un programa de disminución apropiada de los mismos y si se busca la activación y el aumento de las motivaciones internas del niño en cuestión, no hay razón por la cual se puedan generar dependencias y tampoco serían un soborno, ya que en realidad la finalidad de los mismos es que sean concebidos como premios (que en principio serán de tipo material pero que se irán transformando en sociales). Pero para que esto sea así considerado, los reforzadores utilizados deben contar con ciertas características: que refuercen la conducta deseada, que sean condicionados, que haya una gran variedad de reforzadores, que sean apropiados a la edad de cada niño, y justamente que no se utilicen como un *chantaje*.

C) Programas de intervención.

Esta sección tiene que ver con los objetivos de cada programa que se utiliza durante el tratamiento. Lo principal es, luego de una evaluación exhaustiva de cada niño, determinar cuáles son las necesidades de los mismos y a partir de esto poder definir qué programas se van a utilizar en cada momento.

La mayoría de las instituciones y profesionales que aplican este modelo de tratamiento, toman como referencia el manual de trabajo *Esperanzas para el Autismo: un trabajo en progreso*. Dicho manual fue editado por los autores Leaf, R. & McEachin, J. (2000), quienes dan ejemplos de diversos programas. Y tomando como modelo este manual, voy a mencionar algunos de los programas que son comúnmente aplicados en la actualidad en todos los países donde es utilizado este tratamiento:

- **Atención**
- **Obediencia** (que pueda seguir de forma correcta determinadas instrucciones)
- **Imitación no-verbal** (se le pide que imite una acción que realiza el terapeuta)
- **Habilidades motoras** (para aumentar el control motor y la orientación tanto espacial como del cuerpo)
- **Emparejamiento de objetos** (para aumentar la atención en los detalles, por ejemplo emparejar foto con foto, foto con objeto, objeto con objeto, por formas, tamaños, colores, emparejar objetos y fotos que no sean idénticos, etc.)
- **Dibujo** (para desarrollar y aumentar las habilidades gráficas y motoras, las viso-espaciales, la creatividad, etc.)
- **Habilidades de Juego** (se busca mediante el mismo aumentar la atención y las habilidades en juegos específicos, así como también poder seguir reglas y pasos)
- **Trabajo y juego independiente** (aumentar el nivel de independencia del niño mediante el uso del juego no directivo y la enseñanza de las tareas esenciales del hogar)

- **Instrucciones receptivas** (para lograr la comprensión del lenguaje, la obediencia. Se le pide que ejecute determinada acción)
- **Denominación receptiva** (utilizando palabras como Dame, Tocá, señalá, etc. Para que adquiera el vocabulario cotidiano, los nombres de las cosas y así poder pedir lo que desea)
- **Comunicación funcional**
- **Imitación verbal** (se utiliza para disminuir las ecolalias y las dificultades en la articulación y la pronunciación)
- **Denominación expresiva** (por ejemplo preguntándole qué es tal cosa o para qué sirve tal otra, para poder expresar sus deseos y aumentar su lenguaje)
- **Conversación** (básica, intermedia y avanzada dependiendo de las necesidades y el nivel de cada niño)
- **Si / No** (para que pueda expresar sus preferencias y deseos identificando objetos, acciones, atributos, colores, etc.)
- **Atención conjunta** (que adquiera la habilidad de poder dirigir la atención de otras personas)
- **Emociones** (receptivas y expresivas, para desarrollar la empatía y aumentar las habilidades de interacción social, reconocer los diferentes estados emocionales y sus significados, etc.)
- **Atributos** (receptivos y expresivos, por ejemplo colores, tamaños, género, etc.)
- **Funciones** (para poder comprender el uso correcto de cada objeto)
- **Categorías** (animales, ropa, objetos, comida, etc.)
- **Conocimiento general y razonamiento** (para desarrollar el sentido común)
- **Igual / Diferente**
- **Pronombres** (mío, suyo, tuyo, nuestro, de él/ella, etc.)
- **Formular preguntas**
- **Secuencia** (conocer el orden para realizar las tareas)
- **Lectura**
- **Escritura**
- **Habilidades de auto-ayuda** (en tareas de la vida cotidiana como vestirse, bañarse, cepillarse los dientes, etc.)
- **Habilidades sociales** (para incrementar las pautas de interacción social)
- **Etc.**

Si bien estos son los programas más utilizados dentro de este modelo de abordaje, es claro que puede suprimirse o agregarse tantos programas como sea necesario, de acuerdo a cada niño en particular.

Una de las ventajas de este modelo de intervención es que deja la libertad de utilizar la creatividad de cada terapeuta para lograr los objetivos con cada paciente. Como se mostrará en el ANEXO II, de acuerdo a las dificultades de cada niño van a cambiarse o inventarse nuevos programas de intervención. Pero consideré necesario mencionar los más conocidos y los que generalmente más se utilizan en general, debido a los síntomas que presentan los niños con estos trastornos.

Por lo general lo primero que se tiene en cuenta es si va a ser necesario aplicar un programa de nivel elemental, intermedio o avanzado. Y a partir de esta definición se va a evaluar cuáles son los programas que se utilizarán. Independientemente del nivel en que se encuentre el niño, hay programas que son básicos. Por ejemplo: atención, imitación, lenguaje expresivo y receptivo, habilidades pre-académicas y de auto-ayuda son necesarios en el nivel elemental y en el intermedio; y en el nivel avanzado se suman el lenguaje o pensamiento abstracto, las habilidades académicas (ya no son pre-académicas) y las habilidades sociales.

Por otro lado cabe señalar que dentro de los programas de intervención se incluyen actividades como musicoterapia, terapia ocupacional, hidroterapia, terapia física, fonoaudiología y psicomotricidad, entre otras.

D) Críticas al tratamiento.

Si bien el objetivo de esta sección es hacer referencia a las críticas que se le hacen a este tratamiento específicamente, también me parece apropiado mencionar algunas críticas hacia los tratamientos cognitivo-conductuales en general.

Dichas críticas fueron descritas por Mahoney (1980) quien plantea que todos los tratamientos dentro de esta orientación dejan de lado la importancia que tiene el inconsciente en la formación de los síntomas, toman a las cogniciones como simples respuestas a determinados estímulos únicamente, ponen énfasis en lo pedagógico y lo normativo sin tomar como relevante la relación terapéutica, y ponen especial interés en la racionalidad como determinante de la adaptación (citado en Semerari, A., 2002).

Pero no es esta una crítica que pueda hacerse plenamente al A.B.A., ya que si bien no otorga gran importancia a los aspectos inconscientes, busca la aplicación de sus técnicas mediante el establecimiento de una relación favorable entre paciente y terapeuta.

Y es además importante mencionar que, si bien este modelo de intervención es de base cognitivo-conductual, se trata de un abordaje educativo-terapéutico y no de un tratamiento de psicoterapia clínica regular.

Mascotena, M. (2007) expresa que hay algo que es cierto, y es que este método suele ser muy rígido al principio de su aplicación. Pero que a su vez es esperable que este se vaya tornando más flexible a medida que va evolucionando el niño, y que esto va a depender también de la formación del profesional que lo utilice y del grado de supervisión que reciba.

Autores especializados en este modelo explican que en las primeras etapas es necesario que haya un cierto grado de rigidez en las técnicas sobre todo con niños que presentan sintomatologías severas, ya que en estos casos el aprendizaje suele ser lento y con grandes dificultades, además la capacidad de atención es muy baja. Entonces en principio es necesario lograr las habilidades más básicas, y para esto los terapeutas deben ser sumamente directivos. Pero esto debe fluir hacia una menor rigidez, en la medida de lo posible.

Y en relación a las críticas al modelo, voy a transcribir una cita textual respecto de una de sus desventajas mencionadas por diversos autores. Entre otros, dice Mascotena, M. (2007):

A mi criterio la principal *debilidad* de A.B.A. con relación al trabajo con niños, es que no provee de una teoría sobre el desarrollo, con lo cual el profesional deberá tener su propia *hoja de ruta* para no caer en la repetición de actividades sin mayor sentido (p. 15).

En este sentido, y a mi entender, esta puede ser considerada una crítica constructiva, ya que si bien es real lo que plantea el autor, no encuentro una problemática mayor al hecho de hacer un seguimiento por escrito de las actividades que se realizan con cada niño debido a que es una forma de tener una constancia explícita de los progresos y las necesidades. Así mismo, puede servir para detectar luego de un determinado tiempo y aquella habilidad o conducta que fue lograda anteriormente, sigue manteniéndose. Y la mejor manera de hacer esto es teniendo un registro de las cosas que se han trabajado con los niños.

Conclusión

Luego de haber leído e investigado acerca de los *Trastornos del Espectro Autista (TEA)* y del *Applied Behavior Analysis (A.B.A.)* considero hacer algunas menciones a modo de conclusión.

Por un lado, con respecto a los *Trastornos del Espectro Autista*, se entiende que son patologías que pueden presentarse en distintos niveles de gravedad y sintomatología, y por lo tanto las formas de intervenir también deben ser distintas en cada caso, teniendo en cuenta estas diferencias posibles. Además de que es necesario tener en cuenta que, si se diera la casualidad de que dos pacientes cuenten con la misma sintomatología y el mismo nivel de gravedad, sus formas de reaccionar y responder ante el tratamiento también puede ser diferente. Por lo tanto hay que considerar seriamente el hecho de los controles diarios y periódicos de cada paciente, para así poder lograr un seguimiento adecuado de los avances y las dificultades.

Si bien en los manuales diagnósticos internacionales aparecen como patologías independientes, sería adecuado hacer referencia a los mismos como un continuo donde la diferencia entre ellos se establezca en base a la severidad de los síntomas y las carencias. Ya no se puede hablar de un trastorno autista, sino que hay que considerar un espectro donde las características principales son comportamientos y síntomas de tipo autista que afectan a la interacción social, la conducta y el lenguaje; pudiendo observarse en algunos casos que dichas características se acentúan más en un área que en otra, como es por ejemplo el caso del *Síndrome de Asperger* (presenta conductas de tipo autista acentuadas en la interacción social y no en el lenguaje, como ocurre en el trastorno autista severo).

Sería óptimo tener en cuenta que, si bien hay diferentes teorías en cuanto a la etiología y las causas de estos trastornos, hay una necesidad de poder establecer un factor organizador que sirva como eje para poder determinar los motivos por los cuáles surgen los trastornos. Son muchas las investigaciones que se han hecho, pero también es mucho lo que se está investigando hoy en día para poder llegar a establecer esta causa que tanto los profesionales como los familiares de estos niños buscan encontrar. Podría decirse que es un tema que en la actualidad se encuentra abierto al estudio y la investigación, ya que todavía queda mucho por conocer. Con esto se entiende que mientras más se pueda conocer, más va a ser lo que se pueda hacer al respecto.

Es cierto que los avances actuales en relación a esta problemática y las diversas investigaciones revelan que al momento de intervenir con estos pacientes es necesario tener en cuenta que esta intervención sea adecuada a las necesidades individuales y que tenga en cuenta el contexto social y la familia

del paciente (Valdez, D., 2007), ya que el objetivo principal de este modelo (y de los modelos de base cognitivo-conductual en general) no es que el niño adquiera las habilidades y conductas deseadas en el contexto de trabajo únicamente sino que pueda generalizar esos aprendizajes a su vida cotidiana y social.

Al hablar de *Trastornos del Espectro Autista*, se está haciendo referencia a patologías que son cada vez más estudiadas, pero que en algún momento fueron catalogadas de una manera que quedó en la mentalidad de la gente, y que hoy en día es difícil de revertir. Valdez, D. (2007) menciona:

Aunque, en la actualidad, cada vez se conoce más profundamente acerca de los trastornos del desarrollo, aún persiste en el imaginario social la idea del autismo como una situación de aislamiento total, *niño de la burbuja, fortaleza vacía*, alguien incapaz de construir algún tipo de vínculo con el contexto social. Estos son mitos, que la ignorancia, la falta de actualización científica y algunas fantasías cinematográficas han contribuido a construir (p.147).

Verdaderamente, son muchas las cosas que hoy en día pueden hacerse para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos trastornos, tanto a nivel social como cognitivo y conductual. Y una de las intervenciones más validadas empíricamente y que más ha demostrado eficacia en la investigaciones actuales, es el *Análisis Conductual Aplicado (A.B.A.)*.

En cuanto al modelo A.B.A. específicamente, teniendo en cuenta lo estudiado y además las posibilidades de observar la aplicación del tratamiento, puedo decir que si bien en un primer momento parece ser extremadamente rígido, no se pueden discutir los efectos positivos que se observan a largo (y corto) plazo. Muestra logros y avances de forma explícita, sobre todo a nivel de interacción social y de comunicación verbal y no-verbal. Así como también, de forma indirecta, genera alivio y actitud positiva en la familia. Este último aspecto mencionado es sumamente importante, ya que los mismos padres del niño autista refieren la culpa y la desesperanza que sienten por la situación del niño. Mencionan que el convivir con un niño autista generan un alto grado de estrés en los padres, y que generan problemáticas en las relaciones entre todos los miembros de la familia.

Siguiendo lo expresado por Mascotena, M. (2007), los mejores resultados van a estar dados por abordajes que se basen en intervenciones de tipo educativas aplicadas intensivamente en los primeros años de vida y que tengan como objetivo final la inserción social. Esta es una de las características principales del método en cuestión. Si los profesionales son altamente capacitados en el uso de este método, los resultados obtenidos pueden ser sorprendentes.

Algo que también es cierto es que no se pueden mencionar modelos de intervención que sean cien por ciento eficaces y que logren llegar a la cura de estos trastornos, ya que una de las problemáticas principal es la dificultad en la interacción social. Si bien no se ha logrado que desaparezcan por completo estas dificultades, los mayores progresos se han obtenido con modelos de intervención conductual debido a que otorgan una gran importancia a la adquisición de habilidades sociales (Barlow, D. H. & Durand, V. M., 2001). De todos modos, en línea con el modelo teórico tomado en cuenta para realizar el trabajo, no se podría hablar de una cura total de estos trastornos ya que hay factores neurológicos implicados en la etiología de los mismos. Por lo tanto, no se buscaría la cura del trastorno sino que se plantea la posibilidad de una mejora en la calidad de vida del niño. Se establece el objetivo de llevar al máximo los potenciales de cada niño, teniendo en cuenta las posibilidades y límites propios de cada paciente.

Como ya enuncié en la introducción, hoy en día se puede observar una gran generalización de este modelo terapéutico, ya que sus técnicas son utilizadas para el tratamiento de diversas patologías y en numerosos países (de América y de Europa). Además de la alta potencialidad y eficacia que se ha comprobado para el abordaje del espectro autista, también se han demostrado resultados positivos al aplicar este método a pacientes con alto nivel de agresividad, con hiperactividad, con trastornos del lenguaje, con déficit atencional, etc.

Si bien se pudo encontrar información acerca de este modelo de abordaje, considero necesario expandir aún más esta metodología y la bibliografía relacionada.

Actualmente en Argentina hay una gran cantidad de profesionales que se dedican a aplicar esta técnica de forma particular, pero es notorio que se necesitan cada vez más ya que es un método que día a día crece y la demanda es cada vez mayor.

Sería importante difundir la necesidad de aumentar la cantidad de instituciones que formen profesionales orientados a este modelo, y que ofrezcan el mismo.

Referencias Bibliográficas

- Agué, C. (1992). La reflexología y el conductismo. En Vidal, G. & Alarcón, R. D. (Comp.). *Psiquiatría* (1ª ed. - 2ª reimp.). (pp. 48-51). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed. Texto revisado). (pp. 79-97). Barcelona: Masson
- Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (1ª ed.). (pp.42-47) Buenos Aires: Polemos
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2001). *Psicología Anormal. Un enfoque integral.* (2ª ed.) (pp. 514-523). México D. F.: Thomson Learning.
- Béla Székely, L. C. (2000). *Diccionario de Psicología: Tomo II, I-Z.* (9ª ed.). (pp. 366-367). Buenos Aires: Claridad
- Cabezas Pizarro, H. (Fecha de acceso: 2007, 15 de octubre). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *dialnet.unirioja.es* 1, (2). [En red]. (Fecha de trabajo original: 2001). Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/2-2001/archivos/autismo.pdf>
- California Department of Developmental Services. (Fecha de ingreso: 2007, 25 de septiembre). *Autistic Spectrum Disorders: Best Practice Guidelines for Screening, Diagnosis and Assessment.* *ddhealthinfo.org.* (pp. 147-148). [En red]. (Fecha de trabajo original: 2002). Disponible en: http://www.ddhealthinfo.org/documents/ASD_Best_Practice.pdf
- Caro Gabalda, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En Caro Gabalda, I. (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos.* (pp. 37-50). Buenos Aires: Paidós
- Carrillo, J. M. (1986). Técnicas basadas en condicionamiento operante. En Mayor, J. & Labrador, F. J. (Comp.). *Manual de modificación de conducta.* (pp. 269-272). Madrid: Alhambra
- Critchfield, T. S. (Fecha de acceso: 2007, 24 de Septiembre). Evaluating the function of Applied Behavior Analysis: A bibliometric analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis* 35, (4). (pp.423-426). [En red]. (Fecha de trabajo original: 2002). Disponible en: <http://seab.envmed.rochester.edu/jaba/articles/2002/jaba-35-04-0423.pdf>
- Cukier, S. H. (2005). Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista. En VER-TEX. *Revista Argentina de psiquiatría.* 16, (62). (pp. 273-278)
- Dowd, E. T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En Caro Gabalda, I. (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos.* (pp. 25-34). Buenos Aires: Paidós
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos (14ª ed.). (pp. 169-290) Barcelona: Paidós
- Fernández Alvarez, H. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (1ª ed. - 2ª reimp.). (pp. 46-54, 61-76) Buenos Aires: Paidós
- Fernández, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. *Terapia de conducta.* En Vallejo Ruiloba, J. (ed.). *INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y A LA PSIQUIATRIA.* (4ª ed.). (pp. 755-764). Barcelona: MASSON.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales.* (pp. 158-193). Barcelona: Paidós
- Goleman, D. (2006). *INTELIGENCIA SOCIAL.* (1ª ed.). (pp. 194-207). México, D.F.: Planeta
- Hibbs, E. D. & Jensen, P. S. (Eds.). (2005). *Psychological treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice.* [Tratamientos psicológicos para trastornos de la infancia y la adolescencia: Estrategias de base empírica para la práctica clínica]. (pp. 601-603). Washington D.C.: American Psychological Association
- Leaf, R. & McEachin, J. (Eds.). (2000). *Esperanzas para el autismo y dificultades de comportamiento y aprendizaje: Un trabajo en progreso.* Cartagena: FUNDACION E.S.C.O.
- Lovaas, O. I. (1981). *El niño autista.* (pp. 29-45). Madrid: Editorial Debate.
- Mascotena, M. (2007, Junio). Abordajes educativo-terapéuticos para niños con TGD. *ACTUALIDAD PSICOLOGICA,* 353, (pp. 13-16)
- Mayor, J. & Labrador, F. J. (1986). *Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta.* En mayor, J. & Labrador, F. J. (Comp.). *Manual de modificación de conducta.* (pp. 60-65). Madrid: Alhambra
- Meichenbaum, D. (1997). El estado d la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. En Caro Gabalda, I. (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos.* (pp. 149-153). Buenos Aires: Paidós

- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (pp. 308-317) Ginebra: OMS
- Pérez Alvarez, M.; Fernández Hermida, J. R.; Fernández Rodríguez, C. & Vázquez, I. A. (Coord.). (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III – Infancia y Adolescencia. (pp. 27-44). Madrid: Ediciones Pirámide
- Rapin, I. (1994). Autismo: un síndrome de disfunción neurológica. En Fejerman, N.; Arroyo, H. A.; Massaro, M. E. & Ruggieri, V. L. (Comps.). Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. (pp. 15-40). Buenos Aires: Paidós
- Rivière, A. (1992). El desarrollo y la educación del niño autista. En Marchesi, A; Coll, C. & Palacios, J. (Comps.). Desarrollo psicológico y educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. (pp. 313-333). Madrid: Alianza Editorial
- Rogel-Ortiz, F. J. (Fecha de acceso: 2007, 5 de septiembre). Artículos de Revisión. Autismo. Gac Méd Méx 141, (2) [En red]. (Fecha de trabajo original: 2005). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2005/gm052i.pdf>
- Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas d la psicoterapia cognitiva. (pp. 19-71, 109-153). Barcelona: Paidós
- Valdez, D. (2007). Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo. (pp. 13-104). Buenos Aires: Aique Grupo Editor
- Valencia, C. L. & García, H. (Fecha de acceso: 2007, 16 de julio). El autismo: una revisión desde el análisis aplicado e la conducta. abacolombia.org.co [En red]. (Fecha de trabajo original: 2006). Disponible en: <http://www.abacolombia.or.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=374&mode=thread&order=0&thold=0>

ANEXO I: Modelos de hojas de registro de datos

En este anexo se presentan los formatos que se suelen utilizar para la toma de datos durante las sesiones. Y un modelo de hoja de registro que se utiliza cuando se realizan las evaluaciones periódicas de los logros y avances de cada niño.

En cada institución pueden tener sus propios modelos de toma de datos, las que se muestran en este trabajo son tan sólo un ejemplo.

Las hojas de toma de datos cotidianas fueron facilitadas por una psicopedagoga que se especializó en el método A.B.A. en el *Centro Educativo Terapéutico para Niños y Adolescentes (CETNA)*, el cual pertenece a la Fundación FLENI.

La primera hoja se utiliza para mencionar el programa que va a ser trabajado. Deben colocarse los objetivos a corto y largo plazo, en caso de utilizar reforzadores cuáles van a ser, si hay un antecedente y con qué materiales se va a trabajar ese programa. Los objetivos a corto plazo son todas las tareas que incluyen el logro del programa completo, Por ejemplo: si se trata del programa Emociones, los objetivos a corto plazo va a ser que conozca y domine cada emoción (Véase página 44).

En la segunda hoja se toma nota de los logros. Cada objetivo es evaluado diez veces, ya que el criterio de logro es el noventa por ciento, es decir que se logre nueve veces. Cuando es correcta la respuesta al objetivo se coloca un + y cuando es incorrecta un -, luego teniendo en cuenta la cantidad de veces que respondió correcta e incorrectamente se calcula el porcentaje. Cada columna equivale a un objetivo a corto plazo y debe ser registrado por día que se aplica (Véase página 45).

La tercera hoja es utilizada para trasladar el porcentaje de respuesta diario a un gráfico. Se la da importancia ya que va mostrando en un gráfico de línea el desarrollo del trabajo por cada programa (Véase página 46).

El modelo de hoja para la evaluación periódica fue extraída del manual *Esperanzas para el Autismo, y dificultades de comportamiento y aprendizaje; un trabajo en progreso (2000)*. En este caso se va a agregar como ejemplo la evaluación del comportamiento, pero la hoja de evaluación completa debe incluir todos los programas que se han trabajado con cada niño hasta el momento de la evaluación (Véase páginas 47 - 48).

EVALUACION DEL CURRÍCULUM

COMPORTAMIENTO		OBS 1	OBS 2	OBS 3	OBS 4
Pataletas	F				
	S				
Auto-Agresividad	F				
	S				
Agresividad	F				
	S				
Auto-Estimulación	F				
	S				
Otros Comportamientos Alterados (especifique)	F				
	S				
Otros Comportamientos Alterados (especifique)	F				
	S				
Abandonar el Área de Trabajo/silla	F				
	S				
Movimiento Acelerado de Manos y Pies	F				
	S				
Tiempo de Atención (Average de Duración)	P				
Contacto de Ojos-a-Cara:	%				
Mirando a solicitud	%				
Mirando cuando se llama por el nombre	%				
Mirando cuando se le esta hablando o escuchando	%				
Mirando a los Materiales de Tarea	%				
Obedeciendo Directivas Simples con Gestos	%				
Obediencia	%				
Venga aquí desde un metro y medio de distancia	%				
Venga a través del cuarto	%				
Venga de otras partes de la casa	%				
Venga cuando está por fuera, a distancia corta en un área especificada	%				
Vaya afuera con distancias largas	%				
Siéntate	%				
Párate	%				
Baja las manos	%				
Coger Objetos (Tal vez con gestos; sin distractor)	D				
De la mesa	D				
Del suelo a la mesa	D				
De un metro y medio de distancia	D				
A través del cuarto	D				
Esperando	D				
Oír la instrucción	D				
Mientras que la terapeuta da refuerzos	D				

Mientras que el adulto completa la actividad necesaria	D				
Coger un turno en una actividad altamente preferida	D				

Mantenerse en una Tarea por Trabajo Independiente (Especifique la tarea y duración) tarea 1	P				
tarea 2	P				
tarea 3	P				
Realizar habilidades en diferentes situaciones: Varios lenguajes y materiales	D				
Diferentes personas	D				
Diferentes lugares	D				
Incrementar la distancia entre el terapeuta y el niño	D				
Obediencia General y Comportamiento Apropiado (p. ej. En el supermercado, en el parque, en casa de amigos y	D				

CODIGO DE COMPORTAMIENTO

% ***Porcentaje de frecuencia***

S: ***Severidad***

S1: Severo

S2: Moderado

S3: Ligero

F: ***Frecuencia***

F1: Por hora

F2: Por día

F3: Por semana

F4: Por mes

P: ***Promedio de Duración***

ANEXO II: Ejemplos de dos casos clínicos

En el presente anexo se van a incluir algunos ejemplos de los programas utilizados en el tratamiento de dos niños.

Los ejemplos presentados fueron facilitados por un profesional especialista en el tema, con quien yo realicé prácticas observando el trabajo con estos dos pacientes.

Caso I.

Se trata de Martín, un niño de 5 años y 4 meses de edad. Comenzó el tratamiento a los 4 años, luego de que se le diagnosticara TGD no especificado. Debido a que Martín presentaba severas dificultades para aprender las partes del cuerpo, se armó un programa donde se le enseñaran las partes del cuerpo, en modalidad expresiva (Véase páginas 51 - 54). Por otro lado se utilizó un programa para que aprenda los nombres de los animales y a diferenciarlos, ya que se le confundía los nombres con las imágenes (Véase páginas 55 - 57).

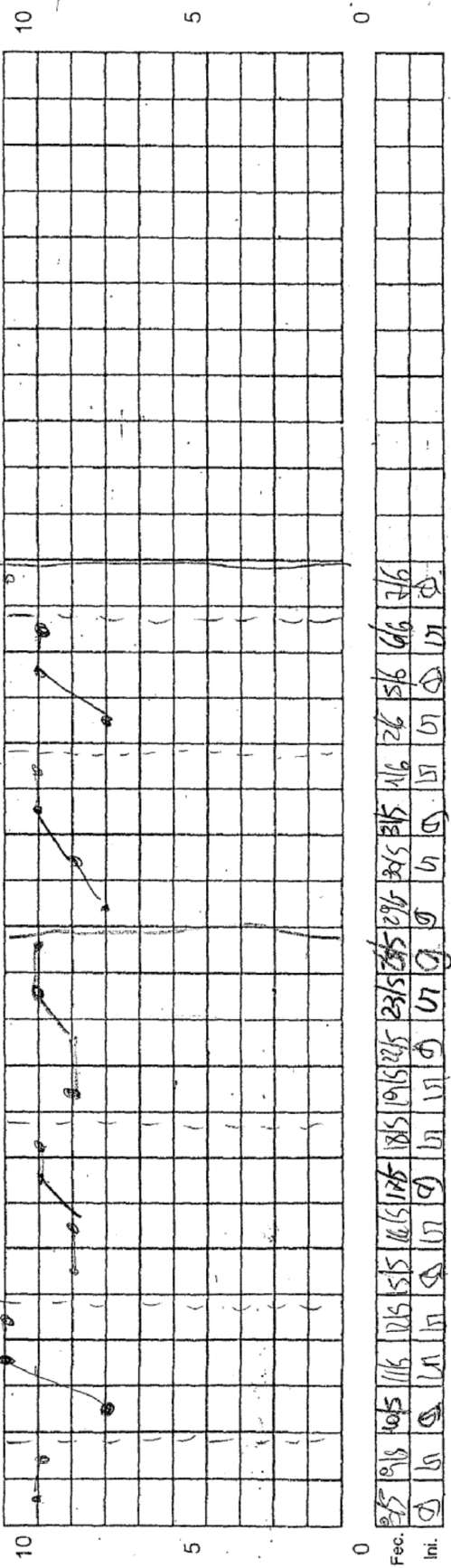
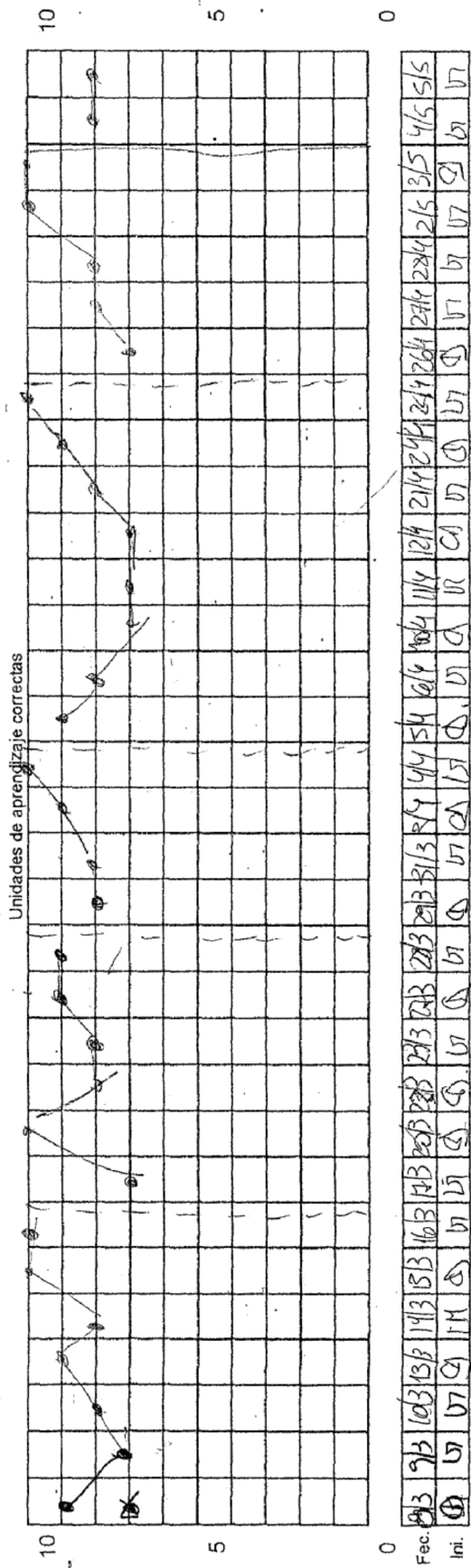
Caso II.

La paciente se llama Cecilia, tiene 6 años y 8 meses, y comenzó el tratamiento a los 5 años, bajo un diagnóstico de TGD no especificado.

Se utilizaron programas de acuerdo a las características de la paciente, y dentro de ellos surgió como uno objetivo el poner en marcha un programa donde se trabajara la necesidad de contacto con la madre y el llanto cuando la misma no estaba presente (Véase páginas 59). Un segundo programa se basó en la enseñanza de los colores, ya que presentaba dificultades para hacerlo en el colegio (Véase páginas 60 - 62).

CASO I

MARTIN (6 AÑOS Y 4 MESES)



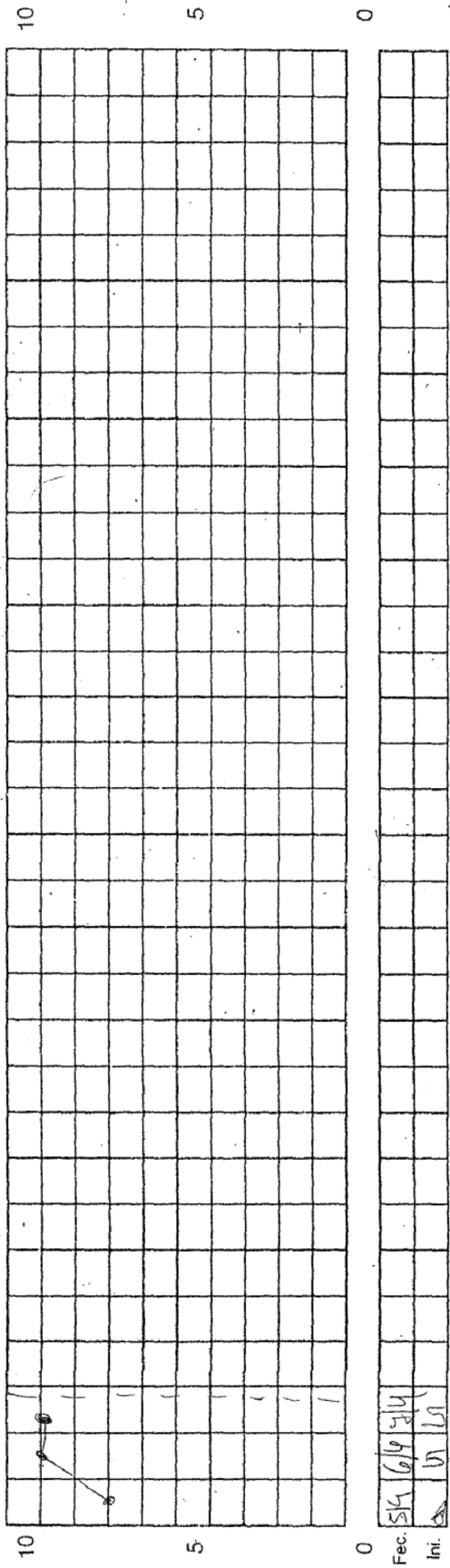
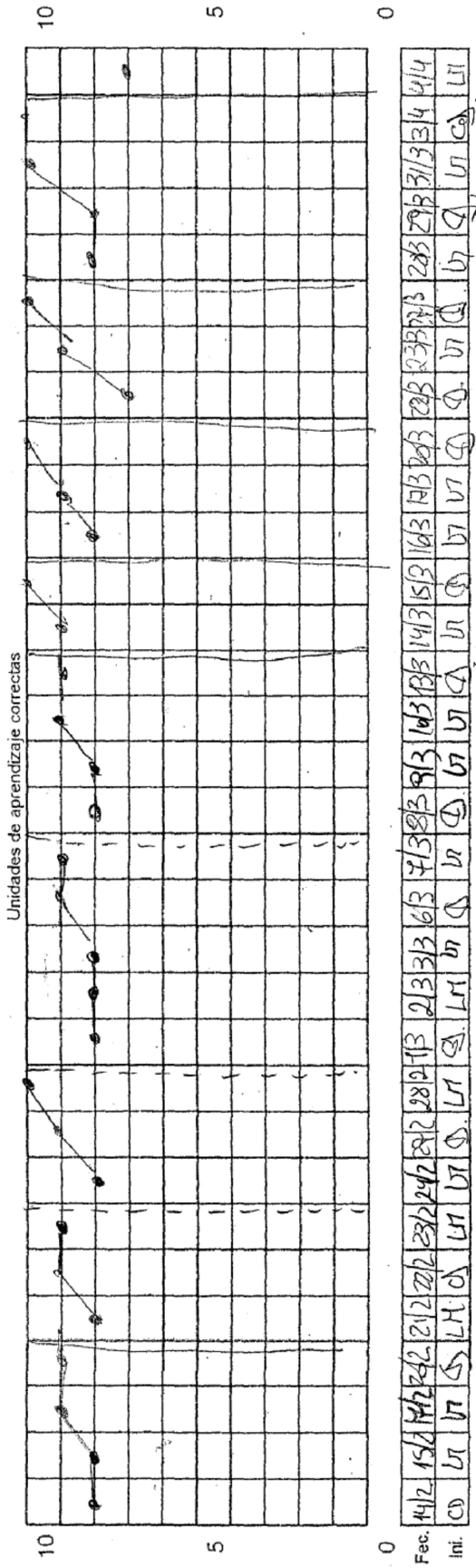
Nombre: Martin

Programa: Puntos del cuerpo humano

Nombre: Montin

Programa: Animales exóticos

Objetivo a Largo Plazo			
Criterio de Logro		Reforzamiento	
Antecedente		Material	
Objetivo de Corto Plazo	INICIO	LOGRO	CAMBIO
Pato, tortuga, perro, chavo, conejo	14/2	20/2	
vaca, caballo, gallo	14/2	20/2	
rana, oreja, gato	21/2	23/2	
cuervo, gallina, toro	24/2	28/2	
cabra, oso , pez	1/3	7/3	
tiburón, oso, loro	8/3	13/3	
Foca, mon, cebra	14/3	15/3	
muñeco, hipopótamo, jirafa	16/3	20/3	
Baleena, serpiente, pingüino, Tigre, león	22/3	27/3	
caracota, <u>caracota</u>	28/3	3/4	
león y zorro	4/4	6/4	
canario, león y elefante			



Nombre: Antonín

Programa: Unidades expresivas

CASO II

CECILIA (6 AÑOS Y 8 MESES)

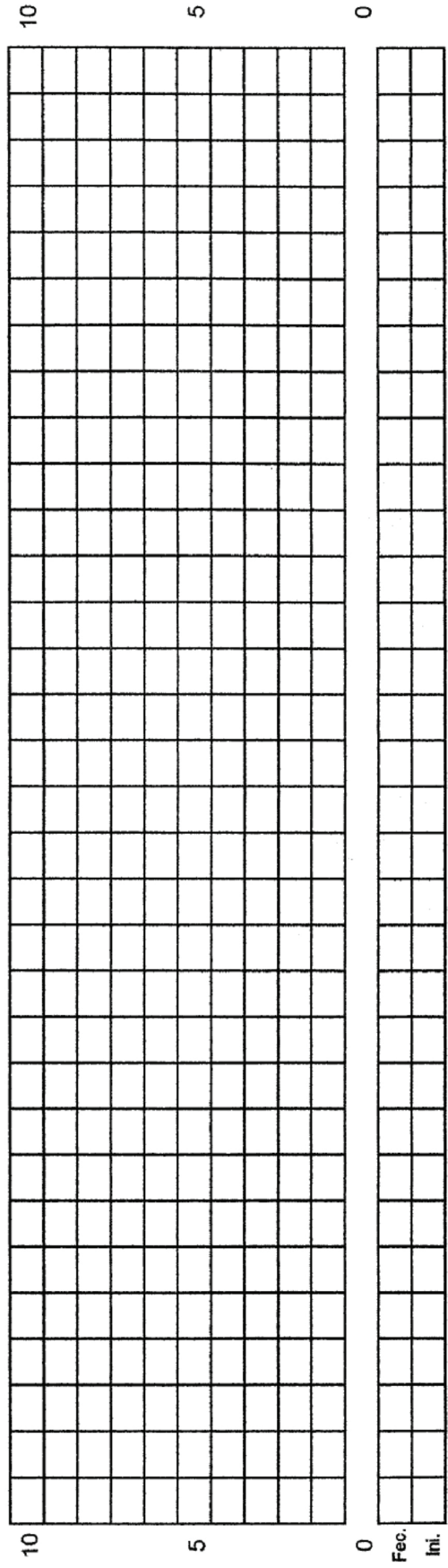
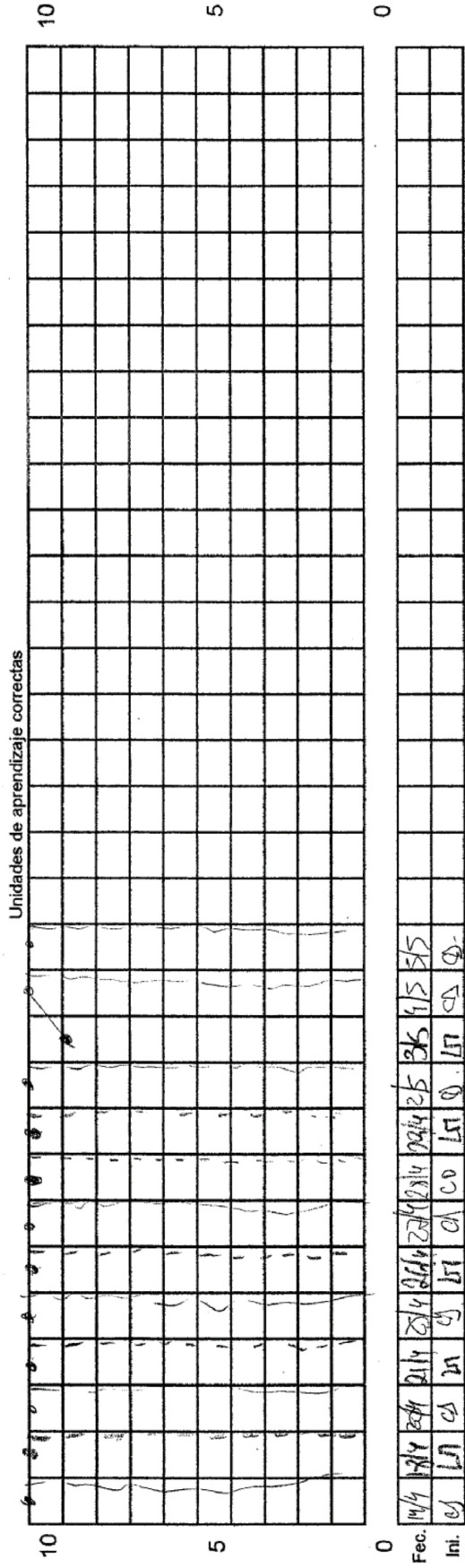
Registro de llanto y necesidad de contacto con la madre

Fecha		Cantidad	Total	Fecha		Cantidad	Total
14/4	Llanto	1	1	18/5	Llanto	NO	NO
	C/ Madre	1	2		C/ Madre	NO	NO.
19/4	Llanto		No	23/5	Llanto	NO	—
	C/ Madre	con lo meriendo	1		C/ Madre	NO	—
26/4	Llanto			24/5	Llanto	No	—
	C/ Madre	Entrar x no hacer plato e mas!	1		C/ Madre	NO	—
21/4	Llanto	1		31/5	Llanto	NO	—
	C/ Madre	muchas veces			C/ Madre	NO	—
25/4	Llanto			1/6	Llanto		No
	C/ Madre	1	1		C/ Madre		No
28/4	Llanto		No	2/6	Llanto	NO	NO
	C/ Madre		2		C/ Madre	NO	NO
2/4	Llanto	NO		3/6	Llanto	NO	N
	C/ Madre	NO			C/ Madre	NO	NO
6/5	Llanto	NO		8/6	Llanto	NO	NO
	C/ Madre		2		C/ Madre	NO	NO
9/5	Llanto	NO		13/6	Llanto	NO	NO
	C/ Madre	1	1		C/ Madre	NO	NO.
11/5	Llanto	NO	—		Llanto		
	C/ Madre	NO	—		C/ Madre		
15/5	Llanto	1	1		Llanto		
	C/ Madre		NO		C/ Madre		

Nombre: Ceci

Programa: ADREN COLORES.

Objetivo a Largo Plazo <u>que oporee 15 colores distintos.</u>			
Criterio de Logro		Reforzamiento	
Nivel de Apoyo <u>Pone — con —</u>		Material <u>Targetos.</u>	
Objetivo de Corto Plazo	INICIO	LOGRO	CAMBIO
<u>Rojo, Verde, Azul, amarillo</u>	<u>19/4</u>	<u>19/4.</u>	
<u>Anaranjado gris oscuro, blanco</u>	<u>19/4</u>	<u>19/4</u>	
<u>Violeta</u>	<u>20/4</u>	<u>20/4.</u>	
<u>amarillo claro</u>	<u>25/4</u>	<u>25/4.</u>	
<u>negro</u>	<u>26/4</u>	<u>26/4</u>	
<u>morado oscuro.</u>	<u>27/4</u>	<u>27/4.</u>	
<u>Campo de 6</u>	<u>28/4</u>	<u>28/4</u>	
<u>Campo de 8</u>	<u>29/4</u>	<u>29/4</u>	
<u>Campo de 10.</u>	<u>2/5.</u>	<u>2/5.</u>	
<u>Campo de 11</u>	<u>3/5</u>	<u>4/5</u>	
<u>Campo de 12</u>	<u>5/5</u>	<u>5/5.</u>	
<u>LOGRADO.</u>			



Nombre: CSC Programa: APRENDER COLORES

Inic.																							
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

