

## 2. AUTISMO: TRATAMIENTO

### 2.1. Principios metodológicos

**Autor:** (Ciemborowicz M., Darzycka J., Grzegorzczak-Dłuciak K., Mayer T., Rajs-  
Glazar A., Stachurska R., Szostak- Kędzierska Z. – The Krakow Branch of the  
National Society for Autism, Cracovia, Polonia)

#### Intervención conductual en niños con autismo

El conductismo es uno de los conceptos psicológicos y terapéuticos más controvertidos. Desde el momento en que se realizó la primera descripción de sus fundamentos, por parte de B.F. Skinner, quien definió y describió los elementos de la ya conocida *ley del efecto* (concepto creado por E.L. Thorndike), basándose en la teoría clásica del condicionamiento de Pavlov, el conductismo ha generado continuamente controversia y discusiones entre los psicólogos y pedagogos.

Las principales premisas del conductismo como concepto psicológico son:

1. Ambientalismo– asume que el entorno condiciona a todos los seres vivos (incluidos los humanos).
2. Experimentalismo – asume que es posible, a través de experimentos, identificar las razones subyacentes de una conducta determinada y modificarla.
3. Optimismo hacia los cambios – asume que, dado que toda conducta está causada por una influencia del entorno, es posible provocar el cambio necesario en esa conducta a través de la modificación del entorno,.
4. Anti-físico – asume que el fenómeno mental, las emociones y los pensamientos no pueden ser objeto de la investigación científica<sup>1</sup>.

El conductismo se ha utilizado como terapia para niños con autismo desde 1961, cuando C.B. Ferster empezó a emplear la teoría conductista en su tarea terapéutica diaria. Basó su hipótesis en la importancia de los déficits de aprendizaje que presentaban aquellos niños. Ferster asumió que aquellos problemas procedían de una actitud inapropiada de los padres, que imposibilitaban que incentivos sociales, tales como las alabanzas o la atención, resultasen verdaderamente reforzadores. Ferster y DeMyer (1961) demostraron en una investigación de laboratorio que los niños autistas eran capaces de aprender conductas simples en presencia de reforzadores como la comida<sup>2</sup>.

La terapia conductista se hizo muy famosa a resultas del trabajo de Ivar Lovaas, que llevó a cabo una detallada investigación (1973) sobre programas de intervención conductual precoz del lenguaje para niños con autismo, desarrollados por él mismo y su equipo; la investigación confirmó la inesperadamente alta eficacia de los programas.

#### Objetivos básicos

<sup>1</sup> Rosenham D., Seligman M.E., Psychopathology, vol. I, Polish Psychological Society, Warsaw, 1994.

<sup>2</sup> Bobkovicz-Lewartowska L., Infantile Autism – issues of diagnosis and therapy, Publishing Office Impuls, Kraków, 2000.

Todas las intervenciones en terapia de conducta están basadas en análisis conductuales. El análisis conductual trata sobre los comportamientos de un individuo y los factores y variables que influyen o controlan esas conductas. Estos factores pueden ser hechos públicos (por ejemplo, actos percibidos por la vista, el oído o percibidos por el entorno) o hechos privados (por ejemplo, sucesos que ocurren en el entorno interno de un individuo). Los factores que impactan o controlan una conducta se encuentran normalmente en el entorno social. La comprensión de la relación entre una conducta y los factores sociales es la condición para entender la esencia de una conducta en sí misma. La posibilidad de influir en esas relaciones mediante la modificación de la conducta de un individuo o los factores presentes en el entorno social determina la capacidad de modificar esa conducta.

El análisis conductual se basa en observaciones y en el registro de hechos relacionados con la actividad de una persona determinada. Esto significa que los conductistas no presuponen a priori ninguna limitación procedente de factores biológicos existentes o hipotéticos (genéticos, neurológico-anatómicos y deficiencias mentales). En otros términos, los conductistas no determinan lo que una persona es capaz o incapaz de lograr. Los terapeutas conductuales también evitan explicar las conductas en términos de categorías tales como: impulso, deseo, necesidad, voluntad, miedo, etc. Intentan entender y tratar factores reales y no hipotéticos.

Al realizar un análisis, es muy importante:

- definir un problema en términos claros;
- describir conductas observables de una persona (p.ej. lo que la persona dice y hace);
- evitar etiquetas y factores hipotéticos.

El análisis conductual permite la descripción y tratamiento de conductas específicas de personas con autismo, como por ejemplo, la reacción anormal al entorno físico, agresividad y auto-lesiones, petición de invariabilidad del entorno, además de trastornos sociales, trastornos graves del lenguaje y la comunicación, anomalías del desarrollo y posturas y afectos inapropiados.

El espectro de los trastornos autistas es relativamente amplio. Estos trastornos hacen difícil o incluso imposible, para una persona con autismo, llevar una vida normal entre otras personas y adquirir conocimientos sobre el mundo que les rodea. Sin embargo, como dice Ivar Lovaas: "Los niños autistas son capaces de aprender como las demás personas, siempre que aprendan en un entorno especialmente adaptado. Ese entorno consiste en lugares donde el niño resida cada día y que sólo se diferencien de un entorno natural en que se han hecho más funcionales para él o ella. Así pues, es de especial importancia una organización tal del espacio que reduzca los estímulos de distracción"<sup>3</sup>.

La terapia conductual es un método estrictamente científico; sus objetivos están claramente establecidos, posee su propio sistema de conceptos y herramientas y tiene una historia de más de 50 años de documentación clínica sobre los efectos de la terapia.

---

<sup>3</sup> I. Lovaas, Teaching developmentally disabled children, WsiP, Warszawa, 1993.

## Principales objetivos de la terapia conductual

Al modificar la conducta, los terapeutas conductuales ponen especial atención en los siguientes objetivos:

- desarrollo de conductas ausentes;
- reducción de conductas indeseadas;
- generalización y mantenimiento de los efectos en el tiempo.

Las conductas ausentes son aquellas consideradas normales y necesarias a una edad determinada en un niño y que, sin embargo, son demasiado infrecuentes o están completamente ausentes en un niño determinado (p.ej. lenguaje normal, expresión de emociones, juegos).

Una de las tareas de un terapeuta conductual es desarrollar en un niño el mayor número de conductas adaptadas que le permitan desarrollar su autonomía y su funcionamiento en la sociedad.

La reducción de conductas indeseadas se refiere a actividades tales como:

- conductas destructivas;
- conductas agresivas y auto-agresivas;
- auto-estimulación;
- conductas ritualistas;
- conductas de distracción;
- rechazo a comer;
- reacciones emocionales impropias; y
- lenguaje incorrecto.

La tarea de eliminar las conductas indeseadas es la más difícil, pero también es el aspecto más importante de la terapia. Es necesario para que un niño sea capaz de comenzar un programa de educación<sup>4</sup>.

El tercer objetivo importante de la terapia conductual es la generalización y mantenimiento de los efectos de la terapia en el tiempo. Debemos ser conscientes de que es posible que incluso las habilidades mejor enseñadas nunca se pongan en práctica en la vida real. Por lo tanto, las habilidades recientemente aprendidas deben transferirse al entorno natural del niño. Una conducta se generaliza sólo cuando es constante, se da en distintos entornos, en presencia de gente diferente y se manifiesta en conductas similares. Si la generalización no se da, la terapia sólo tiene un valor limitado.

El objetivo de la generalización no se centra sólo en la elección de procedimientos y métodos apropiados de aprendizaje de habilidades para que sean utilizados por un niño en situaciones cotidianas naturales, sino también en la modificación de la calidad de vida actual del niño<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Piszczek M., Generalizacja umiejętności, w: Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym, [Generalization of skills, in: Education of students with profound mental disabilities], Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej MEN, Warszawa, 2000.

Para facilitar el proceso de generalización de habilidades adquiridas, los terapeutas conductuales utilizan muchas técnicas. Una de las estrategias consiste en adaptar el entorno en el que se lleva a cabo la terapia al entorno natural. Otro método consiste en usar la modificación constante, p. ej. practicando una habilidad en varias situaciones y con varias personas. También es muy importante la “educación ocasional”, p.ej., preparar situaciones educativas durante las actividades cotidianas del niño. Las estrategias más frecuentes para la generalización son, en orden cronológico:

- refuerzo ocasional;
- refuerzo retardado;
- eliminación gradual de un programa;
- transición del refuerzo artificial al refuerzo natural;
- desarrollo del apoyo del compañero; y
- transferencia de conductas aprendidas a nuevas situaciones<sup>6</sup>.

El control sistemático de la conducta mediante la aplicación de procedimientos de mantenimiento es un elemento muy importante. Ese control se realiza midiendo y registrando la incidencia de la conducta<sup>7</sup>.

La generalización tiene lugar y los efectos de la terapia se mantienen en el tiempo, si el entorno terapéutico se extiende a los lugares más funcionales del niño, como el hogar, la escuela (guardería, centro educativo).

### **Principios para llevar a cabo la terapia**

La terapia de conducta se basa en diversos principios básicos; si se siguen, el éxito del trabajo con un niño está garantizado. Éstos son:

- principio de pequeños pasos;
- principio del nivel del gradiente de dificultad; y
- principio de aplicación del refuerzo.

El principio de pequeños pasos es muy importante, sino el que más. Cada actividad que debe enseñarse a un niño se divide en pequeños pasos comprensibles y claros para él. El trabajo pasa de un paso a otro sólo cuando el niño domina el paso previo al 100%. Igualmente importante es el principio del nivel del gradiente de dificultad. El trabajo comienza con ejercicios fáciles y concretos, que van desde aptitudes básicas que el niño usará inmediatamente hasta aquéllas de las que podrá beneficiarse a lo largo de toda su vida.

El siguiente principio fundamental es la aplicación del refuerzo. Refuerzo es cualquier acción que consolida una conducta que se produce antes del refuerzo. En otras palabras, si después de que una persona muestre una conducta ocurre algo que represente una recompensa o algo agradable para esa persona, la probabilidad de que la conducta se repita en condiciones similares aumenta<sup>8</sup>. Si un niño comprende

<sup>6</sup> K. Esveldt- Dawson, A. E. Kazdin, Jak utrwalac wyuczone zachowanie [How to establish and maintain learned behaviors], Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk, 2000.

<sup>7</sup> K. Esveldt- Dawson, A. E. Kazdin, Jak utrwalac wyuczone zachowanie [How to establish and maintain learned behaviors], Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk, 2000.

<sup>8</sup> R.V. Hall and M.L. Hall, How to use reinforcement, Stowarzyszenie Pomocy Osobom autystycznym, Gdańsk, 2000

que debe adoptar una conducta determinada o que ha realizado correctamente una actividad, esa conducta o actividad debe reforzarse. Así, la terapia conductual usa las recompensas asiduamente. Al principio se usan recompensas (refuerzos) biológicas (comida, bebidas, juguetes favoritos), que siempre son una forma de refuerzo natural para un niño. Los refuerzos biológicos se asocian rápidamente con recompensas sociales para que éstas últimas adquieran valor para el niño. Una forma muy significativa de refuerzo de la conducta es el uso de atención y aprobación sistemática. A un individuo se le proporciona de manera sistemática un refuerzo social seleccionado apropiadamente (basado en las expectativas de esa persona) para motivarlo a desarrollar una conducta positiva<sup>9</sup>.

Las instrucciones de un terapeuta son también muy importantes en el progreso del proceso terapéutico. Las instrucciones siempre deben ser claras, obvias e idénticas, p. ej. “siéntate” en lugar de “por favor, siéntate”, “siéntate en tu silla”, etc.

Cuando se lleva a término una terapia de conducta, se recopila una documentación vasta y detallada. Se registran los aspectos siguientes:

- consecuentes utilizados;
- instrucciones dadas; y
- progreso del paciente.

La documentación debe estar disponible y actualizada para todos los educadores y terapeutas del niño.

La siguiente tarea prioritaria en la terapia de conducta es la cooperación con la familia del paciente. Llevar a cabo una terapia en casa por parte de los padres del niño y otras personas que lo traten (hermanos, abuelos y amigos) significa que la terapia es continuada y sin descansos. Esto garantiza que el niño pueda mejorar en muchos ámbitos de actividad.

Al aplicar una terapia de conducta, es extremadamente importante que todas las conductas observables del niño sean analizadas en referencia a su grupo de edad. Es una condición *sine qua non* para definir las deficiencias del niño y, en consecuencia, para determinar claramente los objetivos del trabajo terapéutico.

También es importante destacar que la terapia de conducta excluye otros métodos, incluida la terapia farmacológica (con la excepción de medicamentos somáticos generales y antiepilépticos).

### **Proceso de modelado de la conducta**

El ser humano es una criatura social y su conducta está condicionada por muchos factores internos y externos. Cada conducta tiene su finalidad y resultados en situaciones determinadas. El ejemplo siguiente lo ilustra:

- Una madre va de compras con su hija. La hija quiere una muñeca. La madre no le quiere comprar la muñeca, la niña empieza a llorar, se tira al suelo, y patalea. En

---

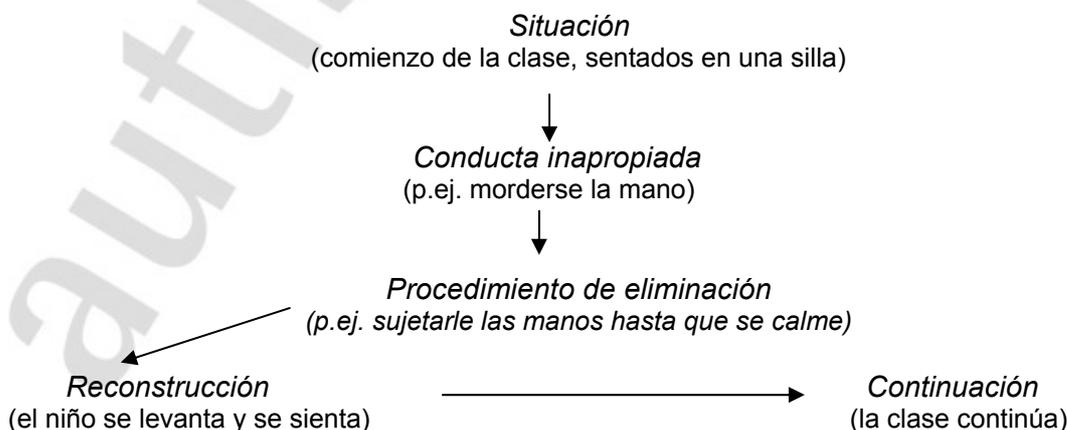
<sup>9</sup> R.V. Hall i M.L. Hall, How to use systematic attention and approval, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk, 2000

ese momento, la madre puede reaccionar de cinco maneras distintas. Cada una de ellas provocará un resultado diferente:

1. La madre, para que la niña no lllore y evitar así los comentarios de terceras personas, compra la muñeca. De esta forma refuerza la conducta inapropiada de su hija, y se arriesga a tener que hacer frente a la misma reacción de su hija en circunstancias similares; la hija aprende muy deprisa que puede alcanzar su objetivo chillando y pataleando. En conductismo, la reacción de la madre se denomina **refuerzo positivo** de la conducta no deseada (p.ej., se aplica un refuerzo sin un criterio de valoración).
2. La madre enfadada le da una zorra a la niña. En conductismo, esto se denomina **castigo positivo**.
3. La madre amenaza con tirar el osito comprado el día anterior si la niña no se calma rápidamente. Se denomina **castigo negativo** (eliminando una recompensa).
4. La madre no reacciona al llanto de la hija, continúa comprando, ignora la conducta no deseada, la cual –al no estar reforzada por la reacción de la madre- desaparece. Esta reacción se denomina **extinción**.
5. La madre cogería a la niña en sus brazos, inmovilizándola parcialmente. El objetivo de la niña era conseguir la muñeca y no que la cogieran en brazos, así que después de estar en brazos durante un tiempo, la niña para de llorar. La madre deja a la niña en el suelo **reforzando negativamente** la falta de llanto (elimina la consecuencia). La niña aprende que el llanto no es un método para conseguir una finalidad.

Al analizar el caso anterior, es fácil darse cuenta de que la conducta de la niña depende de sus consecuencias (de la reacción de la madre). Si la madre reacciona a la conducta de la niña de una forma definida, puede estar segura de que la niña aprenderá esa conducta particular. Éstas, son normas que ayudan a definir las conductas de todas las personas, tanto las correctas y socialmente aceptadas como las difíciles e indeseadas.

Las conductas indeseadas deben ser eliminadas en la fase inicial de la terapia. Deben ser sustituidas por actividades y aptitudes que aunque un determinado niño no exprese, sean necesarias para su integración adecuada en la sociedad. Todas las conductas inapropiadas deben ser eliminadas. El siguiente esquema muestra cómo los terapeutas conductistas actúan en el caso de conductas difíciles:



### Figura 1 – Estrategias de modificación de conductas indeseadas

El método de eliminación de la conducta debe ser planeado por adelantado. Es importante que los procedimientos de eliminación se usen al primer indicio de una conducta indeseada. Esto significa que debemos reaccionar a los primeros síntomas de ciertas conductas y no esperar a que aumente su frecuencia.

Los principios usados por los conductistas para desarrollar programas para la eliminación de conductas indeseadas son:

1. Selección de un período de tiempo determinado para dedicarlo por entero a un programa concreto;
2. Selección de un responsable de un programa determinado; y
3. Modelado de los hábitos incompatibles con una conducta indeseada.

Un principio fundamental de todos los programas de refuerzo es el uso de los refuerzos favoritos del alumno.<sup>10</sup>

La eliminación de conductas indeseadas sólo es efectiva si se introduce simultáneamente un programa para el desarrollo de conductas alternativas. Una de las estrategias aplicadas es la “práctica positiva”, que se centra en la enseñanza práctica. Al aplicar esta estrategia, el énfasis se centra en practicar la conducta adecuada directamente sobre la aparición de la conducta indeseada. Esto significa que se detiene una conducta indeseada y que al niño se le hace repetir la conducta adecuada diversas veces. Este ejercicio, aplicado de forma consistente después de cada aparición de una conducta indeseada, conduce a la eliminación de esa conducta.<sup>11</sup>

La efectividad del procedimiento de eliminación se comprueba mediante una reconstrucción frecuente de la situación en que aparece la conducta indeseada. Ésta será extinguida a través de la eliminación consistente, antes de que sea reforzada. Este proceso sigue el esquema siguiente:

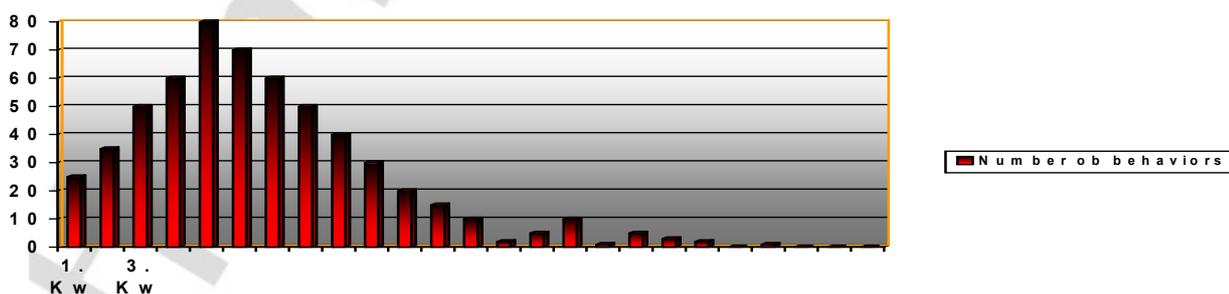


Figura 2 – La extinción de una conducta difícil en el proceso de terapia de conducta.

<sup>10</sup> Foxx R. M., Reduction of inappropriate behaviors in persons with serious mental delay and autism, in: “Impuls Krakowski”, 1 (19) 1999

<sup>11</sup> Azrin N.H., Besalel V.A., How to use positive practice, self-correction and hyper-correction, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk, 2000

## Fases de la terapia de conducta

La terapia de conducta puede aplicarse durante todo el desarrollo del niño, y cubre las áreas siguientes:

- Comprensión temprana del lenguaje;
- Entrenamiento de la imitación;
- Apareamiento y clasificación
- Imitación verbal;
- Lenguaje activo;
- Conceptos abstractos;
- Aprendizajes escolares;
- Desarrollo social;
- Actividades de autonomía personal.

Las áreas mencionadas no están enumeradas en orden cronológico. En realidad, a pesar de que la intervención terapéutica empieza por la comprensión temprana del lenguaje (comprensión de instrucciones simples como: “levántate”, “siéntate”, “mírame”, y “haz esto”), pronto avanza hacia los niveles siguientes.

La imitación es una estrategia educativa fundamental usada por los niños con un desarrollo normal. Muchos niños discapacitados y especialmente los niños con autismo, no desarrollan esta aptitud. Esto puede deberse a deficiencias o trastornos sensoriales (defectos visuales o auditivos) o a problemas neurológicos. Años de investigación han mostrado que a través de la intervención conductual, incluso las personas que no eran capaces de imitar, pueden aprender a usar muchos tipos de imitación. También es posible que estas personas aprendan una nueva conducta incluso sólo después de una presentación (Striefel, Bryan and Aikins 1974, Striefel and Eberl 1974, Striefel and Karlan 1978).<sup>12</sup> De esta forma, durante el proceso de terapia de conducta, a un niño se le enseña cómo imitar habilidades motoras globales y específicas (de brazos, piernas y movimiento espacial) y luego a imitar movimientos más precisos (expresiones faciales, movimiento de los dedos). También resulta un objetivo de la intervención enseñar al niño los movimientos y gestos que puedan serle útiles en el futuro:

- Imitación del movimiento de los labios (que puede servir para aprender a hablar y a comunicarse);
- Imitación de movimientos precisos de la mano (para escribir y dibujar);
- Imitación de movimientos motrices globales (que pueden usar para jugar y para su propia autonomía).

Simultáneamente a la imitación, deben realizarse ejercicios de comprensión del lenguaje. Muchos niños con autismo no entienden el lenguaje. Con frecuencia, los niños no entienden ni las palabras más simples, no siguen las órdenes y no asocian las palabras con su significado. A menudo, su conducta puede sugerir que entienden las órdenes, a pesar de que sólo comprenden el contexto situacional. A veces, los padres y los profesores cometen el error de proporcionar ciertas señales (mímica, gestos) cuando dan una orden verbal, o dar una orden en una situación que por sí misma ya sugiere la solución adecuada. En esta situación, un niño no desarrolla la

---

<sup>12</sup> Striefel S., How to teach through modeling and imitation, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk, 2000

comprensión del lenguaje, ya que para seguir las órdenes sólo utiliza las señales antes mencionadas.

Cuando un niño posee la capacidad de imitar la articulación (de labios y lengua), pasará rápidamente a la imitación verbal. El objetivo de la imitación oral y su fase siguiente –designar objetos, personas, sucesos y actividades- es el desarrollo de las aptitudes de comunicación. No todos los niños son capaces de comunicarse verbalmente, y las variables que determinan el desarrollo del lenguaje activo son la edad en que el niño aprende nuevas aptitudes y el porcentaje de las mismas. Cuando se presentan dificultades importantes en el aprendizaje del lenguaje activo, los terapeutas conductuales acostumbran a ofrecer un sistema de comunicación alternativo (el más popular es el sistema Makaton).

La autonomía personal se desarrolla paralelamente a los ámbitos anteriores. Normalmente, los niños con autismo presentan grandes deficiencias de autonomía que, a menudo, se deben a una incapacidad adquirida, causada por un entorno sobreprotector de los familiares y otras personas clave en la vida del niño.

Sólo cuando un niño centra su atención en el terapeuta, no presenta conductas de auto-estimulación, gritos, conductas ritualistas, ni conductas difíciles, a la vez que acepta cambios en el entorno, comprende órdenes simples y complejas, reconoce (como mínimo parcialmente) objetos familiares e identifica personas, es capaz –según los terapeutas conductuales- de pasar al aprendizaje de tareas escolares.

Desearíamos presentar dos casos de niños con autismo que tomaron parte en Cracovia en un programa de modificación de conducta, como ejemplos de los principios terapéuticos descritos previamente.

#### Michał, 6 años

Michał comenzó la terapia en verano de 2000 durante un campamento para niños de educación especial. Su mayor problema era la fobia al sonido y una gran cantidad de conductas de auto-estimulación. El chico no sólo temía la música y el canto, como en un principio supusimos, sino que también le daban miedo otros sonidos como la máquina de afeitar, el secador, el ruido del tráfico, el ruido del motor de un coche, el volumen alto de las conversaciones y la risa. Michał también tenía dificultades con las actividades de autonomía personal: no podía comer solo, ni satisfacer sus necesidades fisiológicas, sólo era capaz de vestirse y desvestirse con ayuda, no dejaba que le cortaran el pelo y las uñas, etc. Sus actividades espontáneas se limitaban a echarse y girar la cabeza. Sus respuestas a las iniciativas de contacto eran gritar, dar patadas y auto-agredirse. No respondía a su nombre ni mantenía contacto visual. Su madre dio la siguiente descripción de su conducta:

“La mayor dificultad que teníamos era el miedo del chico, que apareció hace dos años. Tenía miedo de las radios, de los radiocasetes u otros aparatos similares. Solía reaccionar con muchos gritos, lloros, patadas, se tiraba de las orejas y se tiraba al suelo como si los sonidos le causaran un gran dolor. Reaccionaba de la misma forma al encender el televisor. Para evitar esas conductas, dejamos de escuchar la radio y solíamos encender el televisor sin darle volumen, pero Michał se iba volviendo más sensible. Podía escuchar el televisor desde otra habitación, incluso si el volumen

estaba apagado. Gradualmente, resultó imposible llevarlo de compras o a pasear, incluso ir en autobús era difícil porque podía escuchar música por todas partes – y se comportaba según la pauta habitual. Podía chillar y dar patadas tan fuertes que nos daba miedo e intentábamos evitar esas situaciones. Esto se convirtió en un círculo vicioso, cuanto más tratábamos de protegerlo, más sensible se volvía. Desarrolló nuevas fobias, le daba miedo pasar por al lado de un coche en el que el conductor estuviera dentro, porque podía arrancar el motor en cualquier momento. Estas conductas nos desanimaban a salir fuera...”

Durante el campamento intentamos establecer contacto con el chico y enseñarle unas cuantas habilidades básicas. Después de familiarizar a la madre del chico con las pautas de la terapia, preparamos el primer programa de trabajo con Michal. Consistía en realizar los primeros intentos para desensibilizarlo de la música y del ruido del tráfico, enseñarle a comer por si solo y a entender y a seguir unas cuantas órdenes básicas. En diciembre de 2000, Michal comenzó a asistir a una guardería de la calle Fiolkowa. Cuando el niño comenzó a ir a la guardería tenía 4 años y 9 meses. Antes de prepararle un programa terapéutico, la conducta de Michal se analizó exhaustivamente, y se le aplicaron dos tests (PEP-R y CARS). A partir de estas observaciones, la edad de desarrollo del niño se evaluó en 5 meses.

Durante ese período (año escolar 2000/2001), el niño recibía dos horas diarias de terapia durante su estancia en la guardería. Se consiguió la total desensibilización hacia los sonidos del entorno. La terapia se llevó a cabo tal y como se detalla a continuación:

Durante el primer período se realizó una prueba para acostumbrar al niño a cantar. Se acordó con los padres, que durante la primera fase el entrenamiento se limitaría a la guardería, y que pasado un tiempo desde la extinción de las reacciones indeseadas, pasaríamos a la generalización de la conducta trabajando en otras salas y en casa. También se acordó que, inicialmente, el entrenamiento se concentraría en un único tipo de estímulo auditivo. En el transcurso del análisis conductual, se observó que las reacciones del niño a cantar bajito, aunque negativas, eran relativamente débiles en comparación con sus reacciones a la música alta o las canciones. Cantar bajito, por lo tanto, se seleccionó como primer estímulo auditivo para el entrenamiento.

Durante las sesiones iniciales diarias se cantaban diferentes canciones muy bajito, y la resistencia del niño a escucharlas comenzó a extinguirse. Siempre que se realizaban actividades que requerían el uso de un radiocasete, nos llevábamos a Michal fuera de la habitación.

Esta tarea, aunque agotadora, se realizó en la guardería a diario hasta el 20 de octubre de 2000, momento en que se llevó a cabo la primera evaluación. Se analizaron los datos y los gráficos temporales de la conducta de resistencia durante las sesiones individuales. Concluimos que Michal todavía se resistía a los estímulos que se le presentaban, pero que tales conductas duraban menos (se apreció un cambio de la media inicial de 75 minutos a una media de 60 minutos). También observamos un pequeño e irrelevante incremento (10%) en las conductas de auto-agresión. Los resultados nos permitieron verificar nuestro programa inicial de modificación de conducta y establecer un nuevo esquema.

Como resultado, se establecieron los siguientes nuevos principios terapéuticos:

1. La terapia debía dividirse en pequeñas y numerosas fases.
2. Cada fase debía durar el tiempo suficiente para que el niño aprendiera la conducta adecuada.
3. Cada día debían llevarse a cabo 5 sesiones terapéuticas, en cada una de las cuales debían realizarse 5 ensayos.
4. La fase siguiente podrá empezar sólo cuando el niño esté relajado/calmado a lo largo de todos los ensayos de una sesión de la fase previa.
5. El trabajo diario comienza desde la fase que el niño ya domine.
6. El niño debía ser recompensado después de cada ensayo mientras permaneciera calmado –el refuerzo positivo debía ser atractivo para el niño.
7. Las sesiones terapéuticas diarias debían ser llevadas a cabo por diversas personas, tanto en la guardería como en casa.

Después de que los padres aceptaran las nuevas normas, se elaboró e implementó un nuevo y detallado programa de terapia. La primera sesión terapéutica con el nuevo programa tuvo lugar el 2 de diciembre de 2000.

Nuestro primer objetivo fue conseguir que Michal permaneciera calmado en presencia de un radiocasete apagado situado a 0,5 m de él sobre una mesa. Si el niño permanecía calmado incluso durante un corto intervalo, sería recompensado con su comida preferida (trozos de chocolate), aprobación, abrazos y juegos (de las observaciones realizadas con anterioridad sabíamos que estas actividades eran muy atractivas para él).

Cuando Michal fue capaz de sentarse quieto en presencia del radiocasete durante al menos 30 segundos, se lo fuimos acercando gradualmente. Siempre que el niño empezaba a chillar y a taparse los oídos, retirábamos el aparato a la posición “segura”. Si el niño no oponía resistencia, se le recompensaba inmediatamente.

La fase siguiente, a la que se accedió después de que dominara las fases previas, consistía en tocar el radiocasete (todavía apagado). El aparato estaba situado en el regazo de un terapeuta sentado al lado de Michal.

La tarea de las dos fases previas sólo duró unos 2 días. Después de que el niño dominara estas fases, pasamos a la parte del entrenamiento relacionada con los sonidos. Las acciones necesarias fueron divididas en los pequeños pasos (fases), siguientes:

1. Poner una pieza de música muy tranquila durante 15 segundos, y cuando el niño se resistía a ello, se apagaba la música inmediatamente.
2. El tiempo de audición se fue alargando gradualmente (15 segundos, al menos, cada vez), el volumen de la música se fue aumentando y se añadió un tranquilo tarareo.
3. Audición de canciones con el volumen alto.
4. Cuando el niño fue capaz de escuchar la música durante unos 30 minutos, los refuerzos se fueron eliminando gradualmente.
5. Cuando el niño fue capaz de escuchar la música durante 1 hora, fuimos apartando de él, gradualmente, el radiocasete encendido.
6. Encender el radiocasete durante otras actividades (sesiones exteriores), como por ejemplo durante la comida.
7. Llevar a Michal a salas donde había música.

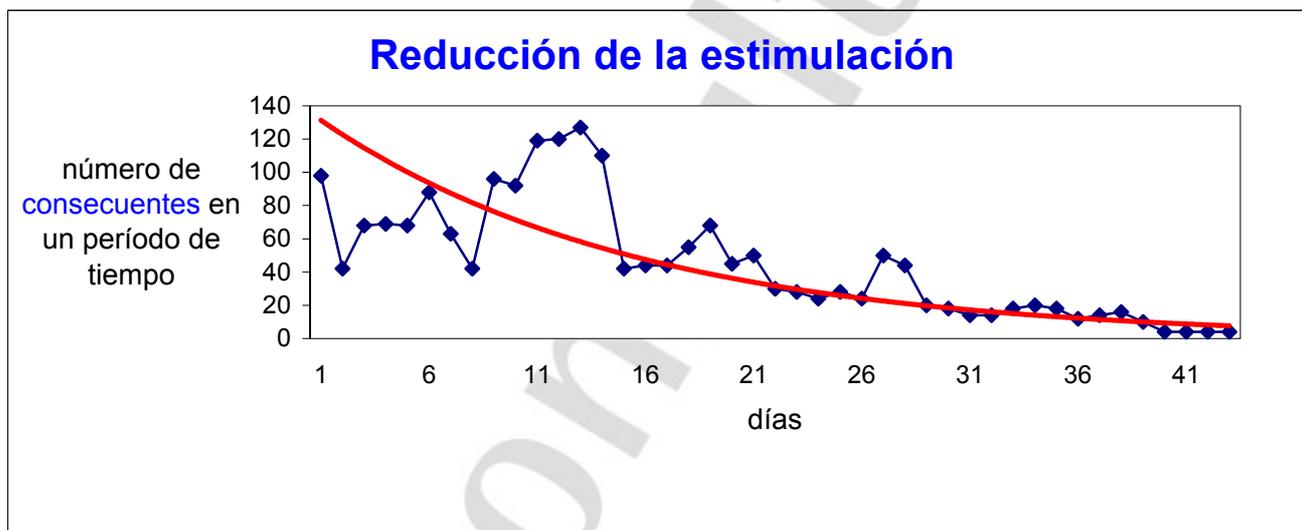
Después de un período de trabajo relativamente corto, sobre estas bases de aplicación de refuerzos y generalización gradual, los efectos fueron visibles y todavía se mantenían tres meses después de concluir el entrenamiento. Michal, que en septiembre no podía soportar ver un radiocasete apagado, participaba en una fiesta de carnaval con sus amigos el 19 de enero de 2001. La madre de Michal dijo sobre los logros de su hijo: *"...le puedo llevar conmigo a comprar, en el autobús, y su conducta no llama la atención de la gente. Pienso que el hecho de deshacerse de ese temor ha permitido que mi hijo sea una persona más feliz..."*

Simultáneamente a la desensibilización a los sonidos, también se llevaron a cabo programas de autonomía personal, de comprensión de órdenes básicas y nombres de cosas elementales y un entrenamiento en imitación verbal. El niño alcanzó resultados distintos en habilidades diferentes, realizando progresos buenos o moderados. Sin embargo, cuando el progreso del niño fue evaluado en marzo de 2001 (también con un test PEP-R) resultó que su edad de desarrollo había pasado de los 5 meses en septiembre de 2000 a 19 meses, lo cual representa aproximadamente un año de progreso.

En septiembre de 2001, Michal comenzó la terapia en el Grupo de Intervención Precoz de la Conducta. Allí la conducta está dirigida de una forma muy eficiente. Cada niño trabaja con un terapeuta durante 5 horas al día. El progreso de Michal desde septiembre a marzo puede describirse de la forma siguiente:

- Por lo que se refiere a la autonomía personal, Michal es capaz de indicar mejor sus necesidades fisiológicas, puede ir al lavabo solo, desvestirse, usar el lavabo; puede vestirse y desvestirse con poca ayuda, lavarse la cara y las manos, comer y beber.
- Por lo que se refiere a prestar atención y al establecimiento de contacto, Michal mantiene el contacto visual durante los ejercicios, e incluso mantiene contacto visual cuando oye su nombre a distancia, también es capaz de concentrarse en tareas durante unos 20-30 minutos sin pausas demasiado dilatadas.
- Por lo que se refiere a las capacidades y habilidades cognitivas, el niño es capaz de emparejar formas, colores, fotos, letras, números, objetos idénticos y algunos diferentes; puede reconocer e indicar dos partes del cuerpo; puede imitar el dibujo de una línea vertical y espontáneamente garabatea sobre un papel; puede imitar movimientos motores gruesos y algunos finos, actividades con juguetes e instrumentos musicales; sabe cómo utilizar correctamente objetos como un peine, un cepillo de dientes, una toalla, etc.; puede construir una torre de bloques y rellenar un tablero simple con la figuras que encajan en él; es capaz de coger objetos usando sus dedos pulgar e índice y puede usar ambas manos en algunas actividades; es capaz de encontrar un objeto si ve dónde ha sido escondido; puede seguir indicaciones simples relacionadas con rutinas diarias; y puede imitar sonidos aislados.
- Por lo que se refiere al entorno social, Michal puede distinguir claramente a sus padres como miembros de la familia, da un abrazo cuando se le pide, y a menudo lo hace espontáneamente (especialmente a su madre). A veces indica los objetos que quiere conseguir o alcanzar – especialmente comida; puede manipular distintos objetos; en casa busca sus objetos favoritos, y también aquellos que previamente no haya visto; coge la comida y está interesado en las actividades de otras personas.
- Por lo que se refiere a la conducta, el número de conductas de auto-estimulación ha disminuido. Las conductas de auto-estimulación pertenecen al grupo de las indeseadas, dificultan bastante la correcta percepción y comunicación con el mundo y

a veces la hacen imposible. Éstas eran las únicas conductas que Michal presentaba. Nuestro trabajo se centró, con el consentimiento de su madre, en ese aspecto de la conducta del niño. Después de unos dos meses, el nivel de estimulación era lo suficientemente bajo como para permitir que el niño adquiriese las primeras habilidades. El esquema siguiente presenta una disminución (línea continua) en la cantidad de consecuentes aplicados (línea de puntos) para acabar con la auto-estimulación durante sesiones de dos horas. Significa que la cantidad de consecuentes terminantes aplicados ha descendido durante la terapia de 98 a 4. Del descenso del número de consecuentes terminantes aplicados, puede inferirse que el nivel de estimulación disminuyó.



Aunque todavía puede observarse un cierto grado de estimulación, éste no alcanza el nivel previo: las acciones de auto-estimulación pueden pararse fácilmente y la atención del niño puede centrarse en otras actividades, que a Michal ahora le resultan interesantes.

Los problemas para cortarle el pelo y las uñas también fueron eliminados de una forma similar a la de desensibilización a los sonidos; el número de conductas de resistencia, tales como gritar y dar patadas, que originariamente eran reacciones al detener la estimulación han descendido significativamente. El niño está más interesado en las cosas y personas que le rodean. Las recompensas y los incentivos sociales se están volviendo más importantes para él.

El último programa terapéutico se centra en el entrenamiento: vestirse y desvestirse solo, comer, usar el lavabo; ampliar el repertorio de comprensión verbal – órdenes simples y nombres de objetos; desarrollo de la capacidad de imitación; mejora de la condición física del chico. También se centra en el entrenamiento de la imitación verbal. Como el niño sólo es capaz de imitar unos pocos sonidos y tiene la necesidad de comunicarse, se han realizado diversas pruebas para introducir un sistema de comunicación alternativa con gestos (sistema Makaton).

Junto con los padres de Michal, hemos planeado la estructura de las actividades en el hogar. Se trata de un conjunto de unas cuantas actividades relacionadas con los horarios de actividad, como por ejemplo, ordenar bloques y rompecabezas de madera,

que ocuparán el tiempo libre del chico en el futuro. El equipo de especialistas que trabaja con Michal espera que pronto sea capaz de añadir nuevas actividades a este conjunto. También esperamos que Michal pronto sea capaz de hacer estas cosas de forma individual e independiente.

### Krzyś, edad 12

A partir de la entrevista con los padres del chico, supimos que hasta los 2 años y medio su desarrollo fue normal, con un desarrollo del lenguaje ligeramente acelerado. Sin embargo, al final del tercer año se produjo una regresión, y el niño sólo era capaz de producir sonidos aislados. Los padres estaban angustiados y se pusieron en contacto con un pediatra y un neurólogo. A Krzyś finalmente se le diagnosticó “autismo infantil”. Como en esa época no se disponía de ninguna información sobre terapia del autismo, no se podía hacer demasiado por el chico. Desde los 4 años había ido a la Guardería número 122 de Cracovia. En esa época, los métodos de la terapia del niño eran eclécticos y, por tanto, no tenían como objetivo conseguir cambio alguno. Gracias al intenso trabajo del personal de la guardería y a los padres del chico, se alcanzaron algunos progresos por lo que se refiere a la percepción visual y a las funciones motoras finas. Sin embargo, el resto del historial del desarrollo del niño era una historia de derrotas, ya que no se había introducido ningún sistema terapéutico consistente.

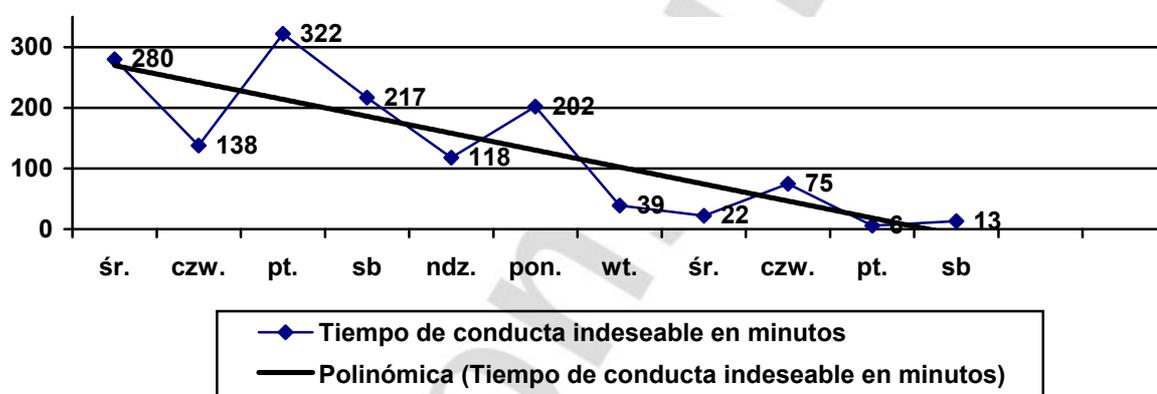
Cuando el niño tenía 9 años, el número de conductas indeseadas era tan extenso que inutilizaba casi completamente el funcionamiento normal del niño y su familia. Las conductas incluían:

- Conductas ritualistas – El niño usaba sólo ciertos caminos preestablecidos, por los cuales se movía. El número de caminos se fue reduciendo gradualmente y, al final, Krzyś no quería moverse de casa (dejó de ir a la guardería).
- Protestas contra los cambios en la organización del espacio en casa y en la guardería. Todos los objetos debían permanecer donde estaban, y nadie podía usarlos: platos, juguetes y ropa. Las puertas y las ventanas tenían que estar cerradas, porque incluso una ventana ligeramente abierta le causaba ataques de gritos y agresiones que duraban muchas horas. La actividad espontánea del niño se limitaba a tumbarse y controlar la situación de los objetos, o a ordenarlos en filas.
- Conductas de auto-estimulación y auto-agresivas muy fuertes: visuales (mirar fijamente elementos geométricos del espacio, como por ejemplo, el dibujo de una valla, los edificios altos, las baldosas del pavimento), Krzyś también golpeaba sus muslos con sus palmas con tanta fuerza, que le salían hematomas, y gritaba tan intensamente que su nariz sangraba.

Debido al aumento de estas conductas, al final el niño se pasaba gritando la mayor parte del tiempo. No podía ir a la guardería, ya que sus ataques de furia en lugares públicos eran peligrosos para él. Las relaciones entre Krzyś y su familia se volvieron muy difíciles.

Los padres del niño decidieron buscar una nueva terapia, y se pusieron en contacto con un equipo de terapeutas conductistas recién formado. La terapia empezó durante un campamento para niños de educación especial, donde Krzyś llegó con su padre. Todas las acciones terapéuticas fueron consultadas con el padre del niño, y se obtuvo su consentimiento escrito. La primera tarea fue eliminar las conductas difíciles del

niño. Durante los primeros dos días, Krzyś fue observado atentamente en distintos lugares, en presencia de distintas personas, y se comprobaron sus reacciones a algunas estrategias de extinción de conducta. El tercer día empezamos la terapia. Consistía en evocar conductas difíciles en situaciones controladas, como por ejemplo, mover objetos en la habitación del niño. Cuando aparecía la conducta indeseada (gritos o agresiones), se aplicaba un refuerzo negativo (“agáchate – levántate”), hasta que el niño paraba de reaccionar a los cambios. Simultáneamente, se introdujo un programa educativo. Consistía en imitación de movimientos motores finos y gruesos y comprensión del lenguaje oral. El objetivo de ese programa era enseñar al niño formas de conductas alternativas y aceptables. Durante el campamento trabajamos con el niño durante todo el día y, a veces, por la noche, si el padre solicitaba nuestra ayuda.



El esquema superior presenta el transcurso de la terapia. El número de conductas difíciles calculado en minutos asciende a 1 – 1,5 horas. Después de la introducción de acciones modificadoras ese número aumentó rápidamente, y luego descendió en lugar de volver a incrementarse. Desde el miércoles de la primera semana el descenso fue lento, pero sistemático y finalmente se alcanzó el nivel mínimo. El esquema tiene una forma sinusoidal, que aparece cuando la estrategia de la terapia de conducta es efectiva.

Se enseñó al padre del niño la manera en que debía reaccionar a las conductas agresivas del niño, y se le ofreció ayuda adicional. También se instruyó a otros miembros de la familia del niño. Hasta el final de las vacaciones sólo aparecieron unos pocos síntomas de conductas difíciles, que fueron corregidos fácilmente.

Cuando el niño comenzó su educación en el año 2000/2001, se le enseñó a entender la orden “dame”. Siempre que respondía correctamente, era recompensado con comida, además de alabado. Fue una manera de construir su sistema de motivación.

Actualmente, Krzyś todavía sigue un programa de terapia de conducta. Conoce la mayoría de los nombres de los objetos que le rodean, imita actividades, y comprende órdenes y unas docenas de verbos. Puede expresar sus necesidades de forma aceptable y ajustarse a los deseos de otras personas. Al niño le gusta aprender, usa un sistema de comunicación alternativo (sistema Makaton) y sabe realizar una lectura global. Todas las conductas indeseadas descritas previamente han desaparecido.

A partir de los dos casos presentados más arriba, podemos deducir las conclusiones y postulados terapéuticos siguientes:

- Los métodos adecuados de trabajo permiten eliminar conductas difíciles en un período de tiempo relativamente corto;
- Los consecuentes aplicados deben ser comprensibles para el niño;
- Hay que ser muy consecuente mientras se modifica una conducta (son necesarias reacciones idénticas para conductas idénticas). La terapia debe instaurarse tanto en casa como en el lugar al que el niño asiste (una reacción adecuada a la conducta en sólo un contexto provoca cambios de conducta sólo en ese entorno);
- Cuando se modifican las conductas indeseadas, es necesario introducir un programa educativo, en el transcurso del cuál los niños aprenderán respuestas positivas y alternativas; formas aceptables de conducta. Dicho programa educativo les permitirá lograr resultados positivos y llenar el “espacio” vacío que queda después de haber eliminado las conductas indeseadas;
- La terapia siempre deber documentarse exhaustivamente, para que la efectividad de los procedimientos usados pueda analizarse y evaluarse.