



ABA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

MAURO COLOMBO

PSYCIENCIA

ABA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

Por: Mauro Colombo

Licencia Creative Commons

Atribución – No Comercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga con fines comerciales. Tampoco se puede utilizar la obra original con fines comerciales. Esta licencia no es una licencia libre.

CRÉDITOS

Sobre el autor:

Mauro Colombo es psicólogo y analista de conducta. Interesado por la difusión de la ciencia. Amante de los deportes.

Sobre Psyciencia

Psyciencia es una publicación online especializada a la difusión de la psicología basada en la evidencia, incluyendo artículos terapéuticos y neurocientíficos.

Editor General: David Aparicio

Editora Asociada: Alejandra Alonso

Editora de Contenidos: Maria Fernanda Alonso

Síguenos en: [Facebook](#) y [Twitter](#) o contáctanos a través de un email:

escribenos@psyciencia.com

ABA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

El Análisis Conductual Aplicado o ABA, por su sigla en inglés (Applied Behavior Analysis) es una tecnología que aplica los principios del aprendizaje de forma sistemática para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas que se toman como objetivo (Mulas et al 2010). También lo podemos encontrar en trabajos en castellano bajo la sigla ACA (Matos & Mustaca, 2005), que en realidad sería la traducción exacta al español.

Encontramos los inicios del análisis de la conducta alrededor de 1920, con autores tan destacados como Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner, entre otros. Del análisis del comportamiento se derivan por un lado el análisis experimental, dedicado al estudio de la conducta en laboratorio; y por el otro el análisis de la conducta aplicada. Éste último se dedica a aplicar los principios del aprendizaje para desarrollar conductas específicas, evaluando luego los resultados producidos por la técnica.

Si bien desde los años cincuenta ABA se encuentra presente en el ámbito infantil, trabajando en el campo del retraso mental y luego llevando los principios del aprendizaje al ámbito educativo, hubo que esperar a la década del sesenta para que empiece a aplicarse en TEA. Fester fue el primero en ocuparse de este trastorno por medio del Análisis Conductual Aplicado, y “*a diferencia de ver el autismo como un **trastorno emocional subyacente**,*

como se concebía en ese momento, propuso que los problemas derivados del autismo eran el resultado de una dificultad para aprender, este hallazgo fue el precursor para un continuo de investigaciones desde el Análisis conductual.” (Valencia & García, 2005)

Cuando se habla de un trastorno emocional subyacente, se hace referencia a una hipótesis que, si bien el mismo Kanner (Kanner, 1943) descartó parcialmente, cobró mucha fuerza entre las teorías de corte psicodinámico, y es la que afirmaba que el autismo era originado por una fría relación inicial de parte de los padres hacia el niño. Tanta fuerza cobró esta idea, que en los comienzos se pensó que era preferible separar a los padres de sus hijos, internándolos, como parte del tratamiento. Actualmente ese enfoque ha sido totalmente dejado de lado por la ciencia psicológica. Si bien no hay una respuesta concluyente, hoy en día está aceptado que el trastorno posee una fuerte carga genética (Morant et al., 2001). Es en este contexto que las intervenciones conductuales hacen su aparición para el abordaje del TEA.

Ivar Lovaas (1973) es una de las personas más representativas de ABA en autismo. En 1973 presentó un estudio que demostraba lo eficaz de los tratamientos implementados. A lo largo de los años, todas las investigaciones han mostrado la eficacia del método para el tratamiento de los TEA, aunque los resultados originales fueron demasiado optimistas. Esta primera aproximación, además de su utilidad para sentar las bases teóricas y prácticas sobre las que se desarrolla, sirvió también para aprender de los errores cometidos, los cuales podría decirse que principalmente fueron:

En primer lugar, el hecho de trabajar con niños que se encontraban internados. Los distintos programas de trabajo fueron eficaces, aprendiendo conductas que antes no poseían. El problema sin embargo fue la falta de generalización. Los niños aprendían cosas que luego no trasladaban a sus casas y escuelas.

El segundo error fue excluir a los padres del tratamiento. Inicialmente se pensó que, dado que estos no eran profesionales, no iban a estar lo suficientemente capacitados para tratar a los niños. El error fue doble, por un lado los terapeutas no podían seguir con las cargas horarias extensas que tenían estos primeros abordajes. Por el otro, si los padres desconocían los principios y los objetivos del tratamiento, los resultados obtenidos eran más difícil de mantener. Los padres debían tanto conocer el tipo de tratamiento, como ser capaces de manejar conductas y de reforzar o extinguirlas apropiadamente.

Por último, otro error importante fue el de esperar resultados rápidos. Los avances dados en los tratamientos fueron siempre lentos y progresivos. Salvo raras excepciones, no hubieron saltos o avances espectaculares en períodos cortos de tiempo.

En la actualidad estos errores han sido corregidos. El trabajo se realiza en los ambientes en los que los niños se desenvuelven. A su vez, se asesora y entrena a los padres en los principios reguladores de la conducta. Éstos están al tanto de todos los detalles del tratamiento de sus hijos, conociendo además los fundamentos teóricos y prácticos de los mismos. De esta forma, en los momentos en los que no hay terapeutas con los niños, los padres están capacitados para conocer cómo reforzar comportamientos, también de qué manera

manejar berrinches y conductas disruptivas. Conocen los objetivos del tratamiento, qué capacidades tienen sus chicos, sobre cuales aún se trabaja, y aquellas aún no adquiridas. Los padres actúan como promotores y continuadores de los cambios producidos en terapia.

El tratamiento es concreto y altamente estructurado. A mayores dificultades del niño, más estructurado se vuelve el procedimiento, al menos en sus fases iniciales. Se entiende al autismo no como una etiqueta diagnóstica global, sino en un sentido preciso, estableciendo qué comportamientos se poseen y cuáles no. En palabras de Lovaas (1989): *Los pasos más importantes en la modificación de conducta se dieron en la reducción del problema grande y bastante general de la <<incapacidad>>, a unidades de conducta con variables ambientales más manipulables.*

Previo al inicio se evalúa exhaustivamente al niño y a partir de eso se confecciona lo que se denomina línea de base, esto es, el inventario de los comportamientos y habilidades del sujeto. La misma tarea se hace con los refuerzos (un refuerzo es todo aquello capaz de incrementar la posibilidad de producir una conducta). Es imprescindible conocer qué cosas son agradables y cuáles no para la persona, porque lo que puede ser reforzador para un sujeto X, por ejemplo las cosquillas, puede ser molesto para otro. A su vez, el catálogo de reforzadores de cada chico debe revisarse periódicamente, ya que los gustos e intereses pueden cambiar con el paso del tiempo o por estar saciado del mismo: el helado de dulce de leche me resulta espectacular, pero luego de comer medio kilo ya no tengo tantas ganas de probarlo. Esto significa que cada niño tiene una programación de trabajo exclusiva, de acuerdo a sus necesidades y capacidades.

No se puede hablar de un tiempo estimado en los tratamientos, aunque suelen durar de meses a años. Esto es así porque hay una serie de variables que pesan en el éxito y los resultados buscados; tales como la edad de comienzo (lo ideal es una atención temprana), la carga horaria dedicada al tratamiento, las particularidades de cada niño (en autismo, si bien hay afectadas varias áreas del desarrollo, no todas lo están de la misma manera), etc. No obstante, hay que matizar esto que a simple vista parece desalentador, con el hecho de que el autismo es un trastorno para el cual no existe cura, que no hay ningún abordaje terapéutico disponible que pueda ser llamado breve, y que el método es de los más eficaces en la actualidad, siendo recomendado por múltiples [guías de buena práctica en TEA](#).

Análisis contextual

Cuando uno o varios terapeutas van a iniciar un tratamiento con un niño con autismo, deben realizar una evaluación exhaustiva de los excesos y déficits conductuales que posee, estableciendo un catálogo general de aquello que la persona puede y no puede realizar. El niño, ¿mantiene contacto visual, es capaz de producir sonidos, responde a su nombre, puede seguir una orden simple? Si adquirió el lenguaje verbal, ¿inicia conversaciones, responde a preguntas sencillas y complejas, hace comentarios sobre el contexto? Esos son solo algunos ejemplos de las muchas conductas que se evalúan.

Cuando menciono a los déficits y excesos conductuales, me refiero al hecho de que no solo es necesario saber si un comportamiento existe o no en el repertorio del niño, sino que

también es necesario conocer la frecuencia con la que se da. Nadie dudará en lo importante de la capacidad para hablar, pero si la persona evaluada posee 5 años y apenas menciona unas palabras diarias, presentará un déficit en esta conducta y habrá que diseñar programas tendientes a incrementar el lenguaje verbal. Por el contrario, si el niño <<habla hasta por los codos>>, sin discriminar situaciones en las que es mejor mantenerse callado, habrá que diseñar estrategias para disminuir esa conducta que se presenta en exceso, buscando que aprenda a diferenciar aquellos contextos en los que no es tan necesario hablar (por ejemplo, una iglesia).

Encuadre del tratamiento de ABA

Concluida la evaluación conductual, definidas las líneas de base de aquellos comportamientos objetivo, se comienza con el tratamiento. El formato de enseñanza que se utiliza es el de ensayo discreto. Cada ensayo está compuesto por tres elementos: el comportamiento que se quiere enseñar, el antecedente y el consecuente (Matos y Mustaca, 2005). El antecedente es el estímulo o instrucción que se le da al niño, por ejemplo “toca el animal” frente a una serie de imágenes con objetos. Su comportamiento es la respuesta y de éste se deriva una consecuencia. Si responde en forma correcta, la consecuencia será un refuerzo positivo (aumenta la probabilidad de que se repita esa conducta), que va a ser algo que al niño le guste y lo motive a seguir respondiendo adecuadamente. En caso de no responder bien, se le señalará con un no informativo y de ser necesario se indicará la respuesta adecuada, lo que se conoce como modelado, dándole el refuerzo recién cuando responda de manera apropiada. Una forma eficaz para aumentar la frecuencia de una conducta, consiste en comenzar con

un programa de reforzamiento continuo (se refuerza positivamente cada respuesta correcta), para pasar luego a un programa de reforzamiento intermitente (por ejemplo, reforzar cada 3 respuestas correctas). Esto produce que el comportamiento logrado se mantenga en el tiempo mucho más que uno que se refuerza constantemente.

Se considera que una conducta está lograda cuando el niño es capaz de responder en forma adecuada y sin ayuda un porcentaje importante de los ensayos, digamos de un 80% de las veces en adelante. Una de las opciones a partir de este punto es pasar a otro comportamiento de la misma índole, por ejemplo, reconocer medios de transportes en lugar de animales. Otra opción es complejizar el programa, podría comenzarse a trabajar la discriminación de las subcategorías animales de tierra, de aire y agua. En tercer lugar, se puede avanzar a otro tipo de comportamiento que no podría realizarse sin la habilidad recientemente adquirida, como sucede por ejemplo con la lectura: para leer la palabra mapa, el niño debe ser capaz de leer previamente las sílabas ma y pa.

Una característica fundamental en este tipo de tratamientos es la importancia que se le da a la evaluación y control de las intervenciones. Cada ensayo es registrado, se anota si la respuesta es correcta o incorrecta, y si necesitó ayuda. Para comprender el por qué de la importancia de los registros, debemos tener presente varios aspectos.

Antes que nada, hay que tener presente lo que se afirmó sobre este tipo de tratamientos: poseen alta carga horaria, por esta razón muchas veces son varios los terapeutas que trabajan con un mismo niño. Si vemos que con Juan el paciente realiza correctamente ciertos

programas, pero con Pedro no, habrá que examinar las causas de tal discrepancia, que pueden ser muchas, pero que difícilmente habrían sido advertidas sin un método de evaluación en donde se viera el comportamiento diferencial. Por otro lado, los terapeutas del niño también quieren que éste mejore y desarrolle sus capacidades. Mediante un método de registro fiable se minimiza el sesgo del terapeuta de prestar atención a aquellos indicios favorables a su intervención, obviando los aspectos que contradicen sus deseos.

Sumado a las observaciones anteriores, el Análisis Conductual Aplicado, a diferencia de otros tratamientos que utilizan diagnósticos globales, se centra específicamente en aquellas conductas que las personas poseen y las que no. Esto le permite establecer objetivos concretos, los cuales pueden evaluarse para saber si la intervención está siendo eficaz. Pues bien, el registro constante del tratamiento es una de las patas fundamentales del abordaje, ya que sin evaluar lo que se hace, no se puede saber si se está avanzando.

Si bien el método es altamente estructurado, los ambientes donde pueden realizarse las sesiones son múltiples, ayudando por un lado a la generalización de los conocimientos, y por otro forjando un ambiente de trabajo que motive más a los chicos. A su vez, el grado de estructuración será mayor cuanto más comprometido sea el trastorno. Pero esta condición puede volverse más “relajada” a medida que los sujetos mejoran en sus respuestas o poseen un nivel más alto de funcionamiento.

¿Qué nos dicen las revisiones sobre la efectividad del ABA?

El análisis conductual aplicado en autismo, por sus características, posee estudios empíricos desde sus inicios. Presentar todas y cada una de ellas sería además de aburrido, un verdadero soporífero. La comunidad científica, para facilitar el acceso y la comprensión de los resultados de las investigaciones en ciertos temas, utiliza las revisiones sistemáticas y los meta-análisis, que justamente son procedimientos de investigación que analizan investigaciones previas, facilitando la comprensión de las mismas y permitiendo que se extraigan conclusiones clínicas sobre ellas.

En el año 2008, el *New Zealand Guidelines Group*, publicó una revisión que incluyó a 43 investigaciones realizadas entre los años 1998 y 2007, llegando a la conclusión de que los acercamientos conductuales pueden producir resultados positivos en niños y jóvenes (principalmente de preescolar) con TEA. De los estudios que compararon ABA con enfoques eclécticos, se hallaron mayores beneficios en ABA en habilidades del lenguaje, CI y conducta adaptativa; aunque las variaciones entre sujetos eran amplias. Esto significa que mientras algunos mejoraban significativamente, otros no tanto.

El *National Autism Center*, en el año 2009 realizó un meta-análisis que incluyó 22 investigaciones de programas intensivos de ABA, realizados entre 1957 y 2007. Los autores de

esta revisión consideran a las intervenciones tempranas basadas en ABA un tratamiento sólido para personas con TEA. Los mejores resultados se vieron en niños de 2 a 9 años de edad. A su vez, aquellas áreas más favorecidas por las intervenciones fueron: comunicación, funciones cognitivas superiores, habilidades interpersonales, habilidades motoras, responsabilidad personal, emplazamiento en contextos escolares más ordinarios y juego.

Mudford, Blampied, Phillips, Harper, Foster, Church y otros (2010), incluyendo un total de 508 estudios realizados entre 1998 y 2007, hallaron fuerte evidencia científica que respalda a los programas conductuales para el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y de autonomía. En forma paralela, aquellos niños que fueron objeto de análisis mejoraron sus habilidades de flexibilidad y de emplazamiento escolar significativamente.

Peters-Scheffer, Didden, Korzilius y Sturmey (2011) realizaron un meta- análisis con la finalidad de medir la eficacia de ABA en tratamientos intensivos para niños pequeños. El mismo incluyó a 11 investigaciones con un total de 344 niños. Entre sus conclusiones, podemos mencionar que aquellos niños que recibieron ABA, superaron a los grupos de control en el CI, CI no verbal, lenguaje expresivo y receptivo y conducta adaptativa. Sin embargo, algo que remarcan los investigadores, es que los resultados variaron considerablemente entre los participantes (mientras algunos mejoraban de forma significativa, otros manifiestan pocos cambios). Las variaciones podrían ser producto de las características personales de los participantes, del tratamiento y de los procedimientos del grupo control, entre otros factores. Los autores del meta- análisis sugieren que investigaciones posteriores deberán determinar qué características del niño, junto al coeficiente intelectual de línea base y de edad en

el comienzo del tratamiento, se relacionan con mejores resultados en respuesta al tratamiento.

Conclusiones de las investigaciones

A partir de la revisión sobre la que se escribe este artículo — recordemos que aquí solo mencionamos algunas investigaciones— se ha llegado a una serie de conclusiones generales, las cuales detallo a continuación:

Existe un acuerdo generalizado en la amplia variabilidad que presentan los niños a nivel individual en los tratamientos ABA. Mientras que algunos mejoran notablemente en diversas áreas de su vida (CI, lenguaje, comunicación, flexibilidad, etc.), otros presentan mejoras mucho más modestas e incluso algunos sujetos no muestran mejorías. Esto, comparando la investigación presente en todo el espectro del autismo, lleva a la conclusión de que en la actualidad, no existe ningún tratamiento, incluido ABA, que sea eficaz para la totalidad de la población con TEA.

Es necesario continuar investigando para dilucidar aquellos factores responsables de la inestabilidad en la eficacia de los procedimientos. La misma podría deberse a factores personales, cuestiones relacionadas a los tratamientos, la intensidad de los mismos, o la falta de ajustes a variables culturales, entre otros elementos.

Se vuelve prioritario incrementar el acceso que tiene la población a este tipo de tratamientos, los cuales suelen ser costosos y duraderos. En algunos países, como Argentina, el Estado solventa económicamente los tratamientos. Sin embargo, en muchos otros lugares del mundo, la gente que no posee cierto nivel adquisitivo queda por fuera de abordajes con respaldo empírico.

A pesar de lo mencionado en cuanto a la variación entre las personas tratadas y sus mejoras, el consenso existente indica que ABA, como tratamiento global para autismo y principalmente en la primera infancia, es el tipo de enfoque que más investigación posee en el espectro, con resultados más sólidos comparados a otros enfoques y abordajes eclécticos, y que debería ser considerado como tratamiento de primera elección.

Características de un buen tratamiento en TEA

Además de las conclusiones del apartado anterior, las investigaciones y meta-análisis en TEA han aportado una serie de elementos que, si bien no aseguran la eficacia del programa a implementar, potencian las posibilidades de éxito terapéutico, por lo que deben ser tenidas en cuenta a la hora de elegir un plan de tratamiento:

La intervención debe ser precoz. La misma debería comenzar ni bien se confirma el diagnóstico de autismo. En casos donde la sospecha sea fuerte y sea evidente la necesidad de abordar ciertos comportamientos (por ejemplo, lenguaje), incluso puede iniciarse antes de tener un diagnóstico.

La intervención debe ser intensa. En general, y siempre teniendo en cuenta variables personales, un programa intenso contiene entre 25 a 40 horas semanales. La carga horaria no es algo estático, sino que varía de acuerdo al momento cronológico del niño, gravedad de síntomas, nivel de desarrollo, etc.

Los familiares deben tener una participación activa en los tratamientos. Todo abordaje necesita un componente de asesoramiento familiar. A su vez, padres y cuidadores deben convertirse en coterapeutas de los niños.

El plan de tratamiento debe ser lo más abarcativo posible, incluyendo las principales áreas en la vida de la persona: lenguaje, comunicación, ocio, motricidad, habilidades sociales, actividades pedagógicas y académicas y autovalimiento.

Continua evaluación, seguimiento y registro de los progresos. Esto funciona por un lado como verificación objetiva de los avances, a la vez que permite detectar focos donde la intervención no está dando los resultados esperados. Niveles altos de apoyos físico, temporal y personal. De ser posible la enseñanza debe ser de 1 a 1 y estructurada.

Planificación de la generalización de los aprendizajes a nuevas conductas, situaciones y personas. Un error común en los tratamientos, es esperar a que los niños por sí solos sistematicen lo aprendido en terapia. La generalización puede y debe ser planificada con cada plan de trabajo.

Un enfoque positivo y funcional frente a los problemas de conducta. Los aprendizajes y refuerzos positivos deberán priorizarse frente a los castigos e intervenciones restrictivas. El análisis funcional de la conducta se revela como instrumento fundamental para reducir comportamientos disfuncionales a la vez que se incrementan los adaptativos.

En la medida en que sea beneficioso para ellos, los niños deben recibir tratamientos o enseñanza especializada en los contextos donde otros niños sin discapacidad se desenvuelven. Esto es priorizar, siempre que sea posible, la inclusión de las personas con TEA.

Comentarios finales

Ante una creciente oferta de tratamientos para el Trastorno del Espectro Autista necesitamos, como terapeutas y padres, herramientas que nos permitan tomar decisiones a la hora de elegir como tratar a las personas. La investigación científica nos ayuda con su metodología a tomar dichas decisiones. Está claro que aún falta mucho por indagar y que no existe ningún procedimiento que sirva para todas y cada una de las personas. No obstante, el conocimiento actual muestra que —no todo da igual— y que nuestras elecciones (como profesionales) pueden ser guiadas por los diferentes niveles de evidencia que tienen los tratamientos.

Referencias bibliográficas:

Kanner, L., (1943). Trastornos Autistas del Contacto Afectivo. Artículo extraído de la revista Siglo Cero.

Lovaas, I., (1989). The Me Book. Traducción española en PDF.

Matos, M., Mustaca, A., (2005). Análisis Comportamental Aplicado (ACA) y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina.

Morant, A., Mulas, F., Hernández, S. (2001). Bases neurobiológicas del autismo. Rev.Neurol. Clin. 2 (1) 163-171

Mulas, F., Ros- Cervera, G., Millá, Etchepareborda, M., Abad, L., Montserrat Téllez de Meneses (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Rev. Neurol. (3) 77- 84.

Mulas, F., Ros- Cervera, G., Millá, Etchepareborda, M., Abad, L., Montserrat Téllez de Meneses (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Rev. Neurol. (3) 77- 84.

Matos, M., Mustaca, A., (2005). Análisis Comportamental Aplicado (ACA) y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina.

Mudford, O., Blampied, N., Phillips, K., Harper, D., Foster, M., Church, J., et al. (2009). Technical review of published research on applied behaviour analysis interventions for people with autism spectrum disorders. Wellington, New Zealand: Auckland Uniservices Ltd Ministry of Education. National Curriculum. (2010).

Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders 2011; 5(1): 60-69.

Valencia, C., García; H., (2005). El autismo: una revisión desde el Análisis Aplicado de la Conducta. ABA Colombia – Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento.