

UNIVERSIDAD DE PALERMO

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS
SOCIALES**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

**Conductas inadecuadas en un paciente
con TGD**

ALUMNA: Castillo Andrea

TUTOR: Gabriela Ramos Mejía.

FECHA: 18/11 / 2014

ÍNDICE

1.Introduccion	4
2.Objetivo	5
3.1 Introducion al autismo	6
3.1.2 Etiología del concepto de TGD	7
3.1.3 El Espectro Autista (TEA)	7
3.2.1 Clasificaciones diagnosticas DSM-IV-TR	8
3.2.2 Clasificaciones diagnostica DSM-5-TR	10
3.2.3 Diferencias entre los DSM4 y DSM5	12
3.2.4. Criterios diagnosticados Cie- 10 del trastorno autista	13
3.3.. Teorías psicológicas en el TEA	13
3.4 Conductas inadecuada TGD	14
3.4.1 Motivaciones de una conducta desafiante en el TEA	15
3.4.2 La comunicación en el TEA	17
3.4.3 La evaluación funcional en el TEA	19
3.4.4 Relación positiva en la intervención en el TEA	21
3.5 Modos de intervención. (ABA) en el TEA	21
3.5.1 Sistema de comunicación (PECS) en el TEA	22
3.5.2 Función comunicativa en el Pecs	24

3.5.3 Teacch en el Tea	25
3.5.4 Característica del Modelo Dir	27
4. Metodología	28
4.1 Tipo de Estudio	28
4.2 Particiante	28
4.3 Insrumentos	29
5 Desarrollo	30
5.1 Análisis del objetivo general	30
5.2 Análisis del objetivo específico	33
5.3 Análisis del objetivo específico	35
5.4 Análisis del objetivo específico	36
6. Conclusiones	38
7. Bibliografía	41

1. Introducción

En el presente trabajo, se dará cuenta acerca de una práctica profesional realizada en el Centro Educativo Terapéutico en Investigación Psiconeurológico, (CETIP) que se dedica a la asistencia a pacientes con Trastorno General de Desarrollo (TGD) y otras patologías neurológicas.

En CETIP se brinda tratamiento a personas con diferentes patologías, la mayoría con TGD, a partir de una orientación Cognitivo-Conductual.

En la institución, asimismo, desde el inicio del año 2007, se trabaja de manera interdisciplinar con psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y músico-terapeutas. Todos trabajan en sesiones individuales y grupales.

Durante la residencia en CETIP, se realizó la observación de un caso de un niño con TGD, focalizando en los aspectos disruptivos de su conducta. Se asistió a la institución durante tres meses, tres veces por semana, entre cuatro y ocho horas por día.

2. Objetivos

Objetivo general:

Describir y analizar las conductas inadecuadas –como gritar, patear e irse de la sesión– durante el proceso terapéutico de un niño con Trastorno General de Desarrollo (TGD).

Objetivos específicos:

Analizar el momento en que se producen las conductas inadecuadas del niño durante las sesiones terapéuticas.

Describir la evolución de las conductas problema del paciente que se observó en la institución durante los cuatro meses de residencia.

Describir la intervención del terapeuta con orientación cognitivo-conductual cuando aparecen las conductas inadecuadas del niño.

3. Marco teórico.

3.1 Breve introducción al autismo

A partir de los años 80 se comenzó a utilizar el concepto de Trastorno Generalizado del Desarrollo, (TGD) se empieza a conocer este término y se rehace la clasificación de las categorías previas de psicosis infantil y de esquizofrenia.

Alonso (2003) define al TGD, basándose en los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –IV (APA, 2002) definiéndolo, como un conjunto de trastornos dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) que se definen por la existencia de una alteración cualitativa, en la interacción social, comunicación, lenguaje, conducta y estereotipias. Asimismo consideró y analizo el concepto de *alteración*, como desviación del desarrollo normal y de diferenciarlo del retraso en el desarrollo.

Por tal motivo, en la actualidad, se comienza a utilizar, el concepto de TEA, que denomina a un grupo de alteraciones más amplio que el de TGD.

Wing (1996) realizó un estudio en el cual tomó, como punto de inicio el concepto TEA, en el cual que además de encontrarse, el trastorno autista en sentido clásico o prototípico, existen también concepciones más amplias de este trastorno en el que están afectadas las mismas áreas pero en distintas intensidades.

Según Jane, Ballespi y Domenech (2006) bajo el concepto TEA, se considera un amplio conjunto de síndromes cognitivos y neuroconductuales que presentan tres rasgos nucleares:

- Deterioro de las relaciones sociales
- Deterioro de la comunicación

- Patrón restrictivo y repetitivo de conductas

3.1.2 Etiología del concepto de TGD

Es preciso considerar que el TGD, es un trastorno del desarrollo de la mente y del cerebro.

Según el autor:

Considera que en el TGD, hay un defecto, seguido de estragos, seguido de daños. El defecto puede ser de muchos tipos: genes defectuosos, anomalías cromosómicas, trastornos metabólicos, factores neurológicos, agentes víricos, intolerancia inmunitaria, anoxia debida a problemas perinatales o a factores ambientales. Estos defectos pueden causar estragos en el desarrollo nervioso, y debido a ese cataclismo, puede producirse un daño permanente en el desarrollo de sistemas cerebrales específicos relacionados con procesos mentales superiores (Ludicibus, 2011, p.8).

3.1.3 El Espectro Autista (TEA)

El concepto comienza a desarrollarse como se ha mencionado anteriormente con lo que ilustró la Dra. Wing (1985) acerca del trastorno autista, del trastorno de Asperger y del TGD sin especificar, considerándolos dentro de la dimensión TEA; siendo que comparten los siguientes criterios.

En primer lugar se caracterizan por ser trastornos del desarrollo neurocognitivo, poseen evidencias de origen genético, también se puede observar que estos trastornos no son motivados por sucesos de vida, unos de los principales rasgos característicos de estos trastornos se evidencia mediante

- Alteración en la interacción
- Uso del lenguaje verbal y no verbal
- Alteraciones entre el segundo y tercer año de vida del niño.

Riviere (1997) sostiene que el autismo es considerado un trastorno del desarrollo que debe ser explicado desde sus procesos dinámicos, el cual permite desarrollar la ontogénesis de ciertas funciones superiores que van a ser desarrolladas en dicho trastorno; siendo las siguientes; la capacidad de comprensión del otro, la acción de compartir estados internos, las funciones de comunicación, del lenguaje; las competencias simbólicas y pautas de acción flexible, una débil organización significativa de la realidad.

3.2 Clasificaciones diagnósticas:

3.2.1 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR

De acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-IV-TR (APA, 2002). Se define al trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico. Dependiendo de sus síntomas específicos, una persona con autismo o con un trastorno del espectro autista puede encontrarse en cualquiera de estas categorías. Por lo tal, para un diagnóstico de autismo, deben cumplirse seis o más manifestaciones de un conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad.

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
- Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con personas (por ejemplo, de conductas de señales o mostrar objetos de interés).
- Falta de reciprocidad emocional.

2. Trastornos cualitativos de comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- Retraso o ausencia completa del desarrollo del lenguaje oral, que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o la mímica.
- En personas con habla adecuada trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático.
- Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios), anormal por su intensidad o contenido.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de mano, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.)
- Preocupación persistente por partes de objetos.

Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje o 3) juego simbólico.

3.2.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR

Según DSM-5 (APA, 2013), a los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de Trastorno autista, enfermedad de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado se les aplicará el diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo.

Además enumera que hay deficiencias persistentes en la comunicación social y una notable dificultad en la interacción social; en relación se enumera las siguientes características notables que hacen al TEA.

Deficiencias en la reciprocidad socioemocional:

- Fracaso de la conversación normal
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

Deficiencias en las conductas comunicativas:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada
- Anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal

Deficiencias de la comprensión y el uso de gestos:

- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión:

- Dificultad en el comportamiento en diversos contextos sociales
- Dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Deficiencias en patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades:

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones).

- Patrones de pensamientos rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

3.2.3 Diferencias entre los DSM -IV y DSM-5.

Según DSM-IV (APA, 2002), se puede observar que la categoría global de trastornos generalizados del desarrollo y de trastornos del espectro autista incluye:

- El trastorno autista (a veces denominado autismo "clásico").
- El síndrome de Asperger.
- El síndrome de Rett.
- El trastorno desintegrativo de la infancia.
- El trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.

Asimismo, en cuanto a los síntomas específicos que una persona con autismo o con un trastorno del espectro autista puede encontrarse en cualquiera de estas categorías.

En lo que respecta a la nueva versión del DSM- 5 (APA,2013), , se incluirán todos los trastornos dentro de una misma clasificación ,Trastorno del Espectro Autista:

- Trastorno autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Se puede destacar que en los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero que cuyos síntomas no cumplen los criterios de Trastorno del Espectro del Autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

3.2.4. Criterios diagnosticados CIE- 10 del trastorno autista.

- Presencia de un desarrollo anormal-disfuncional antes de los tres años de edad.
- Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca.
- Alteración cualitativa de la comunicación.
- Patrones de conducta, intereses y actividades limitadas, repetitivas y estereotipadas (OMS, 1992)

3.3 Teorías psicológicas en el TEA.

Tras los últimos años, se ha notado una mejor comprensión psicológica acerca de las dificultades que tienen las personas que padecen este trastorno; asimismo, no tienen capacidad para atribuir estados mentales independientes a otros “una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social” (Baron-Cohen, Frist & Leslie, 1985, p 37).

Por lo tanto, ante la inexistencia de estados mentales, se manifestaría en el niño una completa desorganización del entorno social, denominándose a esto *ceguera de la mente* (López, 2011).

Frith (1992) señaló que sin una teoría de la mente, el mundo social puede tornarse un lugar impredecible y las conductas que presentan los niños con autismo podrían ser mejor comprendidas, si se tiene en cuenta que ellos no pueden establecer una clara comprensión de los estados mentales internos. En

consecuencia, la ausencia de una teoría de la mente en el autismo, arroja como resultado un notable déficit emocional en la relación con el otro.

Baron Cohen (1999) describe como se ven afectadas las funciones sociales y comunicativas en el contexto social de un niño con TEA.

Falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas

- Incapacidad para tener en cuenta lo que otra persona sabe Incapacidad para hacerse amigos *leyendo* y respondiendo a intenciones
- Incapacidad para *leer* el nivel de interés del oyente por nuestra conversación
- Incapacidad de detectar el sentido figurado de la frase de un hablante
- Incapacidad para anticipar lo que otra persona podría pensar de las propias acciones
- Incapacidad para comprender malentendidos
- Incapacidad para engañar o comprender el engaño
- Incapacidad para comprender las razones que subyacen a las acciones de las personas
- Incapacidad para comprender reglas no escritas o convenciones

Asimismo, estas conductas, incluyen la planificación, el control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, flexibilidad de pensamiento y acción.

Se pudo notar que los niños que padecen autismo demuestran ansiedad ante los cambios abruptos del entorno e insisten en continuar con su rutina. En ciertas ocasiones se muestran perseverantes, teniendo un interés limitado o presentando conductas estereotipadas (Luria, 1996).

3.4 Conductas inadecuadas en el “Trastorno Generalizado del Desarrollo”

Según Álvarez Perez (2013) las conductas inadecuadas se producen, por la existencia de un patrón que determina su acción, el cual el niño usará como modelo conductual y está determinado por altos niveles de tensión emocional. Este tipo de acción suele estar ligado a problemas de manejo de comunicación.

Estas conductas son habituales en personas que no tuvieron modelos válidos ni herramientas para dar a entender sus necesidades. Si estas conductas permanecen durante mucho tiempo, se genera una respuesta somática a un determinado modelo de situaciones (Álvarez Perez, 2013).

Según lo que propone Emerson,(1995) la conducta inadecuada tiene una intensidad , frecuencia y duración , que hace peligrar la seguridad física de sí mismo y de los otros.

3.4.1 Motivaciones de una conducta desafiante en el TEA.

Carr (1985) sostiene que se pondrá atención cuando se produce el aumento de la conducta inadecuada, con lo cual se dará relevancia a la situación en la que se produce la conducta problema; como así también cuando se le plantean exigencias al niño y cuando se le dan a conocer refuerzos negativos y/o positivos.

Asimismo observo, que las conductas autolesivas se emiten, con el objetivo de llamar la atención de los demás, en consecuencia llevo al autor a hacer hincapié en la siguiente reflexión: “es preciso reflexionar en el sentido de la necesidad de acomodación y adaptación del medio social, para proporcionar respuestas facilitadoras de conductas positivas y para reducir en la medida de lo posible la probabilidad de ocurrencia de conductas autolesivas” (Carr,1985 p.312).

McLean y Brown (1994) afirman, que la mayoría de las funciones que desempeñan las conductas desafiantes son de carácter básicamente comunicativo.

Retomando lo expuesto acerca de la conducta problema se puede decir que el análisis motivacional hace alusión al entorno físico empobrecido, sin estructurar, en el que hay mayores posibilidades de que se produzcan graves alteraciones en el comportamiento de personas con autismo y otros trastornos profundos generalizados del desarrollo (Carr,1985).

Asimismo, resulta importante tener en cuenta las aptitudes y actitudes de los profesionales, puesto que es necesaria una labor de equipo; en la cual haya consenso profesional y responsabilidad compartida para afrontar adecuadamente la intervención antes estas conductas (Tamarit, 1995).

Cabe destacar que hay ciertos niños que mejoran sus habilidades comunicativas, a medida que van siendo más capaces de comunicarse mediante el habla y los gestos; tienden a dejar atrás problemas de conductas como, gritar, llorar y agredir. Sin embargo, hay niños con distintos tipos de discapacidad que, con el paso del tiempo no mejoran en sus habilidades comunicativas (Carr ,Carlson, Kemp, McConhachie & Smit,1994).

Stevenson y Richman (1978) realizaron una evaluación y observaron a un grupo de niños de 3 años que presentaban un retraso de lenguaje expresivo y los compararon con un grupo de edad similar que no tenía retraso de lenguaje, encontraron asociación entre los problemas de comportamiento y el retraso del lenguaje expresivo. Por lo tanto se observo que tenían mayor probabilidad de presentar problemas de conductas aquellos niños cuyas habilidades comunicativas estaban por debajo a la edad cronológica.

Para concluir se ha observado que mediante el refuerzo de las habilidades comunicativas relevantes, se hace posible sustituir la conducta inadecuada; haciéndose menos frecuente.

Álvarez Alcántara (2007) determina que los problemas conductuales se manifiestan por una sucesión de conductas, como agresión física, gritos, autoagresión, destrucción y estereotipias, las cuales, no favorecen los aprendizajes escolares, relaciones sociales y comunitarias, de estos niños. Cuando estas conductas aparecen, es necesario hacer una evaluación funcional del problema, definiéndolo operacionalmente e identificando los eventos que anteceden y predicen su ocurrencia, por lo tal, se debe tener en cuenta los factores mencionados, que predisponen al desencadenamiento de la conducta indeseada.

Asimismo se debe prestar especial atención, a aquellas actividades que sean de su preferencia; con el fin de promover la enseñanza de conductas sociales adecuadas (Alvarez Alcantara, 2007).

Teniendo en cuenta los estudios realizados por Carr, Newson y Binkooff, (1980) se observó que la demanda de atención trae aparejado serios problemas de comportamiento; siendo la evitación a situaciones desagradables. A modo de ejemplo se mencionara un estudio realizado con dos niños, ambos con diagnóstico de retraso mental. Cuando a estos niños se les pedía que realizaran tareas escolares sencillas, respondían mordiéndose, arañando y dando patadas al profesor. Cuando se retiraban las tareas, casi no se mostraban agresivos.

Este patrón sugirió que los niños podían haber aprendido que siendo agresivos podían hacer que el profesor dejara de darles tareas, por lo tal, la agresión tenía como resultado ayudar al niño a evitar hacer su trabajo. Al parecer ellos utilizaban la agresión para controlar la conducta del profesor, en concreto y conseguir que los docentes dejaran de presentarles tareas que le resultaran desagradables o inaceptables para ellos. Además, hay un considerable número de publicaciones que plantean que la conducta problemática algunas veces se

produce porque ayuda al sujeto a obtener o recuperar objetos deseados o actividades favoritas (Billingsley & Neel, 1985).

3.4.2 La hipótesis de la comunicación en los problemas comportamiento en el TEA.

Según el autor:

Muchas conductas autolesivas ocurren en personas que no tienen otra forma funcional de comunicar sus necesidades, deseos y sentimientos. Un individuo que golpea su cabeza contra una superficie dura obtendrá una respuesta muy rápida de otras personas, ya sea de atención hacia un objeto o actividad deseada, o para reducir las demandas que se les imponen (Tuchman, 2013,p.10).

Cabe mencionar que la hipótesis de la comunicación, plantea que una conducta inadecuada, a menudo, funciona como si fuera una forma de comunicación. Por ende, una de las formas de sustituir una conducta inadecuada es mediante un reforzamiento de las habilidades comunicativas relevantes (Edward & Carr, 1996).

En un estudio realizado, con sujetos con diferentes discapacidades; autismo, lesión cerebral y retraso en el desarrollo, manifestaban problemas de comportamiento agresivos, la observación y evaluación estuvo dividida en dos etapas. (Carr & Durand, 1985).

En la primera etapa del estudio se evaluó, cual sería el propósito de haberse efectuado dicha conducta inadecuada, ante la propuesta de un docente para realizar un ejercicio complejo de vocabulario. Lo cual se pudo observar que la misma ante la dificultad y exigencia, hacia aumentar el comportamiento. (Carr & Durand, 1985).

Asimismo, los problemas empeoraban cuando el profesor le prestaba menos atención para trabajar con otro niño. De manera tal que el propósito de la conducta problemática de estos sujetos parecía ser la demanda de atención. Otro de los sujetos presentaba conductas problemáticas que parecían responder a la evitación y a la demanda de atención, dependiendo de la situación (Carr & Durand, 1985).

Tomando en cuenta, los objetivos de las conductas inadecuadas, los sujetos fueron instruidos mediante formas específicas de comunicación, dirigidas directamente a los factores relevantes. Por lo tanto, se les enseñaba expresiones comunicativas relevantes; con lo cual sus autolesiones, agresiones y rabietas descendían a niveles más bajos. Lo que representa una disminución de los problemas de comportamientos siguiendo intervenciones basadas en la comunicación (Billingsley et al., 1985).

3.4.3. La evaluación funcional en el TEA.

La evaluación funcional es uno de los modos mediante los cuales, se observa y se analiza en qué momento, se produce la conducta inadecuada. Por consiguiente, se tendrá en cuenta, los siguientes componentes que conforman dicha evaluación: entrevista, observación directa y experimentación. (Iwata, Dorsey & Slifer, 1982)..

En primer lugar con respecto a la entrevista está consiste en que la persona que realiza la evaluación hace preguntas a los profesores de clase, a los padres, para que describan la naturaleza de la conducta inadecuada y detallen en las circunstancias en las que aparece y la reacción que provoca en los otros cuando esta se produce. . (Iwata et al., 1982).

Seguido de la observación directa, la cual sugiere, a la persona que realiza la evaluación, debe seguir a todas partes al niño durante algunas semanas; en ese tiempo se observara con atención y directamente al niño en una variedad de

situaciones diarias, incluyendo aquellas que durante el proceso de la entrevista se identificaron como asociadas a la conducta problema. Finalmente en el componente experimental, la persona que está realizando la evaluación debe establecer un registro cualitativo de la conducta. (Iwata et al., 1982).

Antecedente:

- Contexto Social: personas presentes en ese momento
- Contexto general: actividad que se esta realizando (dormir, cenar, juego)
- Contexto físico: cualidades del ambiente (ruidos, olores, música)
- Aspectos fisiológicos: dolor de panza, muelas, fiebre.

Conducta:

- Descripción de lo q el niño hace

Consecuencia:

- Qué hacen las personas que participan en este contexto frente a la conducta del niño.

Reacción del niño:

- Qué hace el niño luego de la consecuencia.

Asimismo la evaluación funcional se describe en varias etapas, (describir, categorizar y verificar).

Con respecto a la etapa inicial (describir), esta implica que tanto en la entrevista como la observación directa se obtiene una clara dimensión del contexto social en el que se produce la conducta. . En la segunda etapa (categorizar), esta implica agrupar toda la información recogida a partir de la descripción del medio y de las situaciones específicas, de acuerdo a la conducta problema. Finalizando, en la última etapa (verificar), se puede destacar que esta

implica proporcionar atención, evitación, a cosas concretas en respuesta, tanto a la conducta problemática, como la no problemática, donde la manipulación de varios factores parece influir en la conducta inadecuada. Por tal motivo, lo más importante de esta etapa, es demostrar que factores controlan la conducta problema en un momento dado y establecer en que contextos interpersonales específicos se dan con mayor frecuencia (Iwata et al., 1982).

3.4.4 Establecer una relación positiva en la intervención en el TEA.

En primer lugar se puede definir a toda relación positiva, como toda relación, caracterizada por la presencia de cercanía, empatía y el agrado mutuo entre dos personas. Cuando esta no existe, las personas demuestran desinterés en relacionarse. Por lo tanto esta constituye una parte importante del enfoque de la intervención comunicativa, que supone la existencia de un hablante y un oyente que quieren interactuar entre sí. Es decir que la presencia de estos, actúa como señal (estimulo “discriminativo”) para la otra persona; para iniciar o mantener la comunicación. De tal manera, la señal es eficaz o ineficaz por consecuencia de la relación entre el hablante y el oyente que han compartido actividades y situaciones de comunicación (Reider & Parson , 2007).

3.5 Modos de intervención. (ABA, Análisis Conductual Aplicado) en el TEA.

Lovass y Smith (1989) fundamentan que el análisis conductual, es la utilización de los principios fundamentales de la teoría del aprendizaje para mejorar las conductas, habilidades o aptitudes humanas socialmente significativas.

Como expone Skinner (1938) “el análisis conductual permite alcanzar una comprensión más profunda de las conductas y mediante la aplicación de los principios de análisis de la conducta se pueden establecer una serie de condiciones que probablemente van a dar lugar a cambios conductuales positivos o socialmente relevantes en los seres humanos” (p.132).

El propósito de la intervención, análisis conductual aplicado, es enfatizar sobre las relaciones funcionales entre la conducta, los entornos, la medición, la

observación directa y los principios de consolidación. La primera hipótesis que plantea este tipo de intervención, es que si se modifican las relaciones funcionales, se obtendrá un cambio de conducta. Asimismo esta metodología establece, el trabajo a programas orientados al área de habilidades del lenguaje, programas de mandos o pedidos con el propósito que el niño pueda señalar sus intereses y necesidades.

Gallo y López (2004) establecieron, diversos puntos de atención que se observaron, en el proceso de lenguaje, en la intervención; los principales operantes verbales son las ecoicas, los mandos, los tactos y las intreverbales.

La imitación es considerada como punto inicial en todo aprendizaje y la importancia a la enseñanza de un repertorio de repuestas ecoicas, considerada a la misma como (imitación verbal), tomada como condición previa, al desarrollo de las otras operantes verbales.

Con respecto a los *mandos* estaría definido, como regulador de peticiones de estímulos deseados y puesto que se liga relacionamente a la motivación del niño, donde este señala sus intereses y necesidades que necesita o que requiere, en ese momento de petición, en el cual es tomado como punto de referencia y de partida para llevar a cabo objetivos, que se llevaran, en la intervención programas de tratamiento.

Para finalizar con respecto a los *tactos y las intreverbales* hacen referencia a aquellas conductas verbales relacionadas con el entorno no verbal, es decir que la evaluación sistemática de estas operantes verbales, y aptitudes sociales se han convertido en uno de los puntos principales para observar en niños con TEA.

3.5.1 Sistema de comunicación (PECS), en el modelo de intervención, TEA.

Según Riviere (1997) el uso de sistemas de comunicación, favorece la intención comunicativa, por lo que se estimula, la aparición del lenguaje verbal, favoreciendo los procesos de atención e interacción social, y en la solución de las dificultades conductuales, construyendo una mejor comprensión del entorno y a

una mejor organización del niño, por lo que es considerado como instrumento facilitador de comunicación para los niños con TEA.

Se puede describir que uno de los procedimientos para la adquisición del aprendizaje es el PECS (comunicador visual), donde el modo de enseñanza, se establece por medio de un procedimiento que tiene como característica ser estructurado, utilizándose símbolos gráficos, con el objetivo del que el niño pueda pedir lo que desea hacer y señalando con el dedo el objeto implicado en la acción (Frost & Bondy, 1994).

Tamarit (1990) analizó, que a través del sistema de comunicación, PECS, disminuyen las conductas disruptivas y aumentan las adaptativas. Por lo tal hace mención a la “intención de acción”, como ejecución de un acto de conducta, con la finalidad de realizar un deseo, asimismo enfatizo, el logro de pautas comunicativas funcionales y espontaneas; enfatizando el entrenamiento en el lenguaje expresivo.

Gortazar (1992) sostiene, que hay determinados alumnos que no discriminan fotografías de objetos y graficas de los objetos, con lo cual es necesario el uso de objetos reales y partes de objetos funcionalmente relacionados y el empleo de logotipos. Por lo tal, se puede observar que hay personas con TEA, que tienen dificultades en la representación mental de los objetos; es importante resaltar que es necesario, comenzar a trabajar desde un nivel de concreción máximo, (utilizando objetos reales) y pasar progresivamente a otros más abstractos (frases escritas).

Cabe mencionar que en el sistema de comunicación PECS, se observan tres fases que lo componen.

Fase 1: el Intercambio físico: En esta fase se presta especial atención a que el alumno aprenda a tomar el símbolo y entregárselo al adulto, en una situación en la que están posicionados frente a frente.

Fase 2: el uso espontaneo: En la presente fase se apunta a que el niño busque al adulto para entregarle el símbolo y así conseguir a cambio el objeto deseado o acción deseada.

Fase3: discriminación de imágenes: En esta última fase se trabaja la discriminación entre los diferentes símbolos; al comienzo entre un símbolo relevante y otro no relevante, de a poco se enseñara entre dos ítems deseados, luego tres, cuatro, hasta llegar a elegir uno de ellos. Y Teniendo en cuenta las necesidades de cada alumno se adaptaran diferentes formatos de petición, como por ejemplo con álbumes, tarjetas, etc.

3.5.2 Función comunicativa en el PECS

Riviere (2001) sostiene que existen dos funciones esenciales en la comunicación, una de ellas es protoimperativa o imperativa que tiene por objetivo la obtención de algo por medio de otra persona; otra de las funciones es la protodeclarativa o declarativa, que tiene por finalidad compartir con alguien la experiencia acerca de algo.

Asimismo, que sea clara la comunicación, a fin de fomentar las conductas comunicativas y siendo importante necesario que los objetivos que se planteen con el alumno resulten lo más funcionales posibles. Es decir que un acto comunicativo es funcional cuando permite actuar, cambiar un medio físico o social; en lo que hay que propiciar situaciones comunicativas, a fin de que el niño sea el protagonista principal. También es importante que el ambiente este organizado para que el niño tenga la obligación de utilizar, el acto comunicativo para obtener lo que desea, así se incrementaran las oportunidades de poder comunicarse, de manera tal que se irán complejizando las conductas comunicativas (Gortázar, 1999).

3.5.3 Teacch (modelo de intervención en el TEA)

Schopler y Van Bourgondien (2003) consideran al sistema TEACCH como un programa de intervención para la enseñanza en niños con TEA, dado que éstos presentan un notable desorden emocional; expresado mediante un déficit en la forma de experimentar el mundo y comprender lo que ocurre en el mismo

Asimismo, el programa está conformado dentro de una estructura y un desarrollo de la organización de las actividades o tareas, que deban ser comprendidas y realizadas.

Se puede destacar que el TEACCH está conformado por una enseñanza estructurada que tiene como finalidad promover el funcionamiento independiente de cada niño y para ello resulta necesario reconocer en el mismo, la aptitud visual, la atención y la memoria. De tal manera, es preciso mencionar que dicho programa permite anticipar la actividad y organizar el entorno, en el cual el niño se desplegara. Se puede observar que éste es útil, puesto que sirve como un sistema de ayuda visual; teniendo como propósito mejorar la conducta, comunicación y las aptitudes sociales de los niños con TEA.

Es por eso que el modelo propone una serie de tipos de estructura que se debe seguir para el mejor desempeño del niño dentro del aula

- Estructura física
- Calendario individualizado
- Sistema de Trabajo
- Rutinas
- Estructura visual
- Estructura física

Es la forma en que se organiza y se disponen los materiales en el espacio físico; implica también en cómo se divide el ambiente en partes significativas y como ayuda al niño a entender donde debe ubicarse en cada actividad; clarificando límites y minimizando distracciones.

Calendarios Individualizado: Indica las actividades que van a suceder en qué secuencia y orden; ayuda a saber cuándo las cosas van a ocurrir. Da predictibilidad y anticipación; organiza el tiempo y da independencia.

Sistemas de Trabajo: Son sistemas organizados y estructurados visualmente que ayudan a realizar una tarea con eficacia. Responde los déficit en secuenciación y organización en el autismo; provee una forma sistemática de cómo realizar una tarea y brinda independencia, autoeficacia y concentración.

Rutinas y Estrategias: Los niños con TEA muestran interés por las rutinas, creándose ellos mismos un mundo en el que puedan manejarse con sus propias estrategias que le permitan compensar su falta de percepción y comprensión del entorno.

Estructura Visual Organización: Como se organiza el espacio y los materiales para promover la atención independiente; tareas en cajas/canastas/recipientes; estabilizar materiales (velcro!) ; limitar el espacio y el número de materiales.

En cualquier actividad se utiliza para capitalizar su estilo de aprendizaje y lograr mayor independencia; los materiales definen la tarea y su secuencia comienza de izquierda a derecha.

La estructura visual debe ser clara así se logra llamar la atención del niño, fundamentando los aspectos más importantes.

Asimismo la metodología utilizada en la intervención es la re-estructuración; siendo ésta la clave en el TEACCH; en el cual se ajustan las tareas a la evolución y necesidad del niño. Para ello, se utilizan grillas y registros minuciosos con el

objetivo de observar la evolución del niño en el tratamiento diseñado por el terapeuta.

3.5.4 Características del Modelo DIR

Se puede considerar de relevante investigar, el modelo DIR planteado por Greenspan (1997), el que podría ser de utilidad en el tratamiento de Joaquín. Este modelo no es un conjunto de técnicas; es principalmente y ante todo un marco para comprender al niño y su familia y para diseñar enfoques dirigidos hacia sus niveles funcionales de desarrollo emocional y a su perfil individual de procesamiento en el contexto de interacciones de aprendizaje y afectivas basadas en la familia y las personas de cuidado.

Es un modelo que permite ir más allá del rotulo del diagnóstico, evaluando integralmente y en forma interdisciplinaria el perfil único de cada niño. Donde la intervención, permite planificar programas de intervención específicos personalizados de acuerdo a cada perfil más allá de su rotulo de diagnóstico.

Asimismo refiere a las capacidades evolutivas, que integran los procesos cognitivos y afectivos. Tomando las capacidades funcionales:

- Atención y regulación
- Reciprocidad afectiva social compartida pre-simbólica, uso simbólico de ideas.
- Resolución de problema
- Comunicación

Además también, el modelo focaliza en las diferencias individuales, tomando las capacidades de procesamiento motor, auditivo, visual-espacial y otras capacidades de procesamiento. Categoriza áreas de funcionamiento del sistema nervioso central que determinan cómo sentimos, comprendemos y reaccionamos frente al entorno; tomando el perfil único de cada niño.

Asimismo hace hincapié el aspecto de la interacción niño-padre(o cuidador), que provee:

- Apoyo continuo afectivo.
- Oportunidades interactivas continuas (apropiadas a las diferencias individuales y desarrollo de capacidades).
- Equilibrio de interacciones individuales de padre- niño.

A modo de concluir con la descripción del presente modelo, resulta de suma importancia resaltar que el mismo no cuenta con un debido aval científico.

4. METODOLOGÍA

4.1 El tipo de estudio es descriptivo, diseño no experimental

4.2 Participante

El paciente Joaquín de diez años vive con su madre, su padre y su hermana. De lunes a viernes, concurre al centro de 08 a 16 horas. Con diagnóstico TGD. De acuerdo a lo conversado con el terapeuta de Joaquín se pudieron obtener, datos necesarios y relevantes que dieron a conocer la existencia de estudios médicos que el niño presentaba (neurológicos y endocrinológicos) al ingreso de dicho centro.

Asimismo se pudo observar que el niño no ha presentado antecedentes de haber realizado tratamientos psicológicos con anterioridad; por lo tanto Joaquín comenzó su respectivo tratamiento en el centro, en el año 2010.

También se ha extraído de lo conversado con el terapeuta, que la madre asistió al centro para una entrevista de psicodiagnóstico, donde ella, dio a conocer detalles de las dificultades que el niño traía. La misma, cuenta que Joaquín no sale de su casa, no juega con niños y solo interactúa con las personas que le facilitan objetos que él quiere; juega, con su hermana menor, pero comenta que no hay comunicación; solo señala con su dedo el objeto con el cual, quiere jugar.

Y con respecto al tratamiento psicológico, que se lleva, en el centro, esta se encuadra dentro de un marco Terapia Cognitiva Conductual; donde se detallara en el presente, el entrenamiento de las intervenciones, sobre los problemas de comportamiento y a partir de las mismas, se diseñó un plan de tratamiento, en el cual se plantearon, objetivos a realizar durante la terapia.

Se trata de un niño de 10 años que comenzó su tratamiento en marzo del 2010, diagnosticado con Trastorno Generalizado de Desarrollo, el cual asistía jornada completa en el centro sin concurrir a la escuela. Su estructura familiar estaba compuesta por su padre, su madre y su hermana de 8 años.

4.3 Instrumentos

El instrumento que se utilizó, fue la observación no participante, registro escrito de la misma. Otro de los instrumentos que se utilizó fue la entrevista semi-estructurada a los profesionales (psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas). Se realizaron varias entrevistas con los profesionales de forma individual, en el marco de la Terapia Cognitiva Conductual. Asimismo lo que se quería obtener a través de las entrevistas era el motivo de como se producían las conductas inadecuadas y cuáles eran las reacciones del niño frente a una determinada situación problemática.

4.4 Procedimiento

Las observaciones fueron llevadas a cabo en el centro, las sesiones se realizaban los días lunes, miércoles y viernes de nueve a doce horas. Se observó que se trabajaba interdisciplinariamente, dado que los profesionales de las

distintas aéreas (terapeuta ocupacional, la fonoaudióloga y profesor de gimnasia) trabajaban en distintos horarios con un mismo objetivo que era ayudar a Joaquín a poder cumplir con las tareas asignadas por los mismos,. Se puede destacar que las reuniones de equipo se realizaban una vez por mes, (los días sábados), en el centro. Con el propósito de debatir y tratar los temas que se tenían que mejorar en las sesiones terapéuticas llevadas a cabo con J; como así también conversar y proponer nuevas actividades a realizar durante el tratamiento.

A través de los datos obtenidos de la observación no participante, se pudo rescatar de cómo se producía la conducta problema, en las horas que se trabajaba con el niño en las sesiones, a ser analizada en las sesiones terapéuticas.

Además para el rastreo de la conducta (patear, y gritar) se utilizó, una ficha ya establecida (análisis funcional) que permitía anotar la observación de la conducta su intensidad y frecuencia, en que se producían las mismas. Asimismo a través de los datos obtenidos de las entrevistas, con el terapeuta permitió describir el tratamiento llevado con j de cómo se llevaba a cabo las intervenciones y la observación de la conducta cuando se efectuaba en el mismo.

5. Desarrollo

5.1 Análisis de las conductas inadecuadas del paciente J

De acuerdo, a lo establecido, en el presente (Trabajo Final integrador) se dé detallara, describirá y se analizara las conductas inadecuadas (gritar, patear y irse) durante, la sesión.

Como se ha mencionado, las conductas inadecuadas se producen, por la existencia de un patrón que determina su acción, el cual el niño usará como modelo conductual y está determinado por altos niveles de tensión emocional.

Según lo mencionado en el marco teórico con el nuevo desarrollo de la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales - 5 –TR (APA, 2013) los pacientes diagnosticados, con un Trastorno del Espectro del Autismo, tendrán a llevar deficiencias persistentes en la comunicación social y una notable dificultad en las conductas relacionadas con la interacción social .

En el caso del paciente J, durante las sesiones terapéuticas, se ha observado que varias conductas inadecuadas; siendo una de ellas, como patear y gritar al terapeuta durante la sesión se daban por la ausencia del lenguaje y anomalías en el contacto visual.

Según Álvarez Pérez, (2013) estas conductas son habituales en personas que tienen dificultad en comunicarse verbalmente y transmitir sus necesidades. Estas conductas determinan un modelo de patrón inadecuado, durante determinada situación. También se ha observado que la terapeuta, al propiciarse de las conductas inadecuadas, durante las sesiones, (patear y gritar) el terapeuta, lo contenía, tomándolo de sus brazos y mirándolos a los ojos, diciéndole: “no Joaquín”, no se patear, me duele.

Asimismo, se pudo analizar, que a través de lo mencionado en el marco teórico, acerca las teorías psicológicas en el TEA, una mejor comprensión, de las dificultades que presentan los niños que padecen este trastorno. Los mismos, no

tienen capacidad para atribuir estados mentales independientes a otros. De tal manera, se pudo llegar a concluir que “una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social” (Baron-Cohen, Frist & Leslie, 1985, p 37).

Por lo tal ante la inexistencia de estados mentales, en J, éste presentara una notable desorganización en su entorno social, denominándose a esto ceguera de la mente (López, 2011).

Con lo cual se pudo observar de cómo J, en consecuencia a la ausencia de una teoría de la mente, arrojaría como resultado un notable déficit emocional con el otro (Frith,1992).

Asimismo a través del análisis de la conducta inadecuada de J, se pudo ver de cómo estaban afectadas las funciones sociales y comunicativas.

Según lo mencionado por Baron Cohen (1999) enuncia, falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas, como tal fue enunciado en el marco teórico; incapacidad para percibir al otro y poder anticipar lo que la otra persona podría pensar de las propias acciones y por consiguiente falta de planificación y control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, inflexibilidad de pensamiento y acción.

De tal manera que se pudo contactar, con la teoría propuesta por Luria (1996) que los niños que padecen autismo demuestran ansiedad antes los cambios abruptos del entorno e insisten en continuar con su rutina y es ahí cuando se muestran perseverantes, teniendo un interés limitado o presentando conductas inadecuadas.

5.2 Analizar el momento en que se producen las conductas inadecuadas del niño durante las sesiones terapéuticas.

Según lo expuesto en el objetivo específico se analizará y se observará las conductas inadecuadas, través de la evaluación funcional, el momento en que se producen las conductas inadecuadas. Teniendo en cuenta los componentes que la conforman (entrevista, observación directa y experimentación); se obtuvieron los datos acerca de la naturaleza de la conducta, las circunstancias en las que aparecía y las reacciones que provocaba en los otros, cuando estas se hacían notar.

De tal manera a lo expuesto, de lo extraído planteado por Carr (1985) se tuvo en cuenta a tener atención cuando se produce el aumento de la conducta inadecuada y la relevancia a la situación en la que se producía la conducta problema; como así también, cuando se le planteaba exigencias al niño y cuando se le dan a conocer refuerzos negativos y positivos.

En consecuencia de lo observado y analizado se pudo notar que las conductas se daban en situaciones de trabajo en mesa y en condiciones a veces del poco esclarecimiento claro de las consignas y al mismo tiempo el planteamiento de exigencias hacia J.

Con referencia a los antecedentes de la conducta y la consecuencia de la reacción del niño observado en ficha que se utilizó ya descripta en el marco, se pude describir el juego libre en la sala con J y el terapeuta. Ellos comienzan jugando con los autos, el terapeuta incluye un personaje para impedirle el paso del auto de J, mediante un juego de paro y sigo. De repente Joaquín grita y patea al terapeuta. En consecuencia el terapeuta le dice “no Joaquín no se pega” y le da un modelo comunicativo. El terapeuta modela verbalmente el pedido; lo pide correctamente y continúa jugando. También se pudo observar que las conductas inadecuadas se daban en las intervenciones, cuando a J se le presentan actividades nuevas que no están organizadas, ni anticipadas frente a un cronograma del día.

Generalmente, lo que suele ocasionar en Joaquín, es no poder autorregularse en el contexto en que se encuentre y que el terapeuta no pueda organizar, ni anticipar la acción que se llevara en el momento de trabajo en mesa.

De tal manera que si el terapeuta no ha realizado bien los pasos, llevara al niño a la frustración. Y es en ese momento en que se manifiestan las conductas inadecuadas. Frente a este tipo de conductas se implementan estrategias de extinción (el terapeuta ignora la conducta inadecuada) y redirigiendo su atención hacia otro foco.

En lo que respecta al paciente también se pudo observar, la presencia notoria de autoestimulaciones motoras (estereotipias). De tal manera que éstas, en general, aumentan cuando el niño está cansado y disminuyen frente actividades que lo organice.

Según lo extraído por Carr y Durand (1985) sostienen que la conducta inadecuada, se efectúa por la demanda de atención, por lo cual el sujeto presenta conductas problemáticas, que parecen responder a la evitación y a la demanda de atención, dependiendo de la situación en la que se encuentren.

De tal manera, Carr et al. (1994), demostraron, que en determinadas ocasiones, la conducta problema es intencional, de modo, que, para que la misma sea tratada, es necesario la presencia de una evaluación funcional; destacándose, esta como medio para descubrir las razones, por las cuales una persona realiza una determinada conducta inadecuadas. Con el fin de poder observar y comprender el propósito de la conducta efectuada, y tener más capacidad para diseñar intervenciones que proporcionen al niño alternativas, para que estas no se vuelvan a realizar.

5.3. Evolución de las conductas problema del paciente que se observó en la institución durante los cuatro meses de residencia.

Se puede mencionar, en el segundo objetivo específico, que tiene foco, observar, la evolución de las conductas problema del paciente, en el centro terapéutico durante los meses de práctica profesional. Que en relación a lo observado a la conducta de Joaquín, tuvo varios factores que llevaron a describir, en que momentos evolucionaba la conducta y en qué momentos disminuía la misma. De tal manera se pudo comprobar a partir de la observación de J, que cuando llegaba al centro por la mañana, notándose en él; mucho cansancio, sueño, a tal punto, que en algunas ocasiones se dormía, generalmente haciendo uso de una colchoneta, donde se acostaba y a los pocos minutos se quedaba dormido. Con lo cual se pudo observar, que en la situación de adormecimiento y desgano, la terapeuta trataba de despertarlo, para que retome la actividad terapéutica, haciéndole, cosquillas y motivándolo, al decirle que si dejaba de dormir, iban a poder jugar al elástico, que tanto le gustaba a Joaquín y poder trabajar en las consignas propuestas por el terapeuta.

Otras de las cuestiones que se observo en la evolución del niño es que las conductas problemas, en algunas situaciones funcionan, como una falta de comunicación. Estas son utilizadas por el paciente con el fin de, influir en los demás para obtener diversos resultados deseables (Carr, 1985).

De acuerdo con lo observado, acerca de la evolución se puede describir, lo mencionado por Schopler y Bourgondien(2003) que un espacio organizado por un sistema de ayuda visuales, puede llevar que la conducta no se produzca; el cual en este caso se encuentra, sin estructurar; sino que también, está desprovisto de elementos que le sean útiles a la hora del trabajo terapéutico. Tampoco se encuentran organizadas sus labores de enseñanza, ni tampoco se encuentran las cajas rotuladas con los nombres de cada actividad.

5.4 Descripción de la intervención del terapeuta con orientación cognitivo-conductual cuando aparecen las conductas inadecuadas del niño.

Se puede destacar, en el caso observado durante la práctica profesional, como la terapeuta, utilizó varios modelos de intervención con orientación cognitivo conductual que se mencionaron anteriormente en el marco teórico y que se desarrollaran a continuación y su utilidad en el manejo de las intervenciones del terapeuta en las conductas inadecuadas del niño.

El encuadre de intervención utilizado por la institución, tuvo algunos alineamientos dentro del desarrollo del análisis conductual aplicado, el cual esté enfatiza la utilización de los principios fundamentales de la teoría del aprendizaje para mejorar las conductas. De tal manera como expone Skinner (1938) , el análisis conductual permite alcanzar una mejor comprensión de la conducta y mediante la aplicación de los principios del análisis, una serie de condiciones que mejoren las conductas de los niños.

Asimismo esta metodología establece, el trabajo a programas orientados al área de habilidades del lenguaje, programas de mandos o pedidos con el propósito que el niño pueda señalar sus intereses y necesidades.

Según lo observado en el caso Joaquín, uno de los modos de intervención más utilizados por la terapeuta era el uso del modelo de intervención, TEACCH definido como, (organizador de las actividades o tareas que el paciente debe comprender para poder llevarlas a cabo; estas incluyen horarios visuales, sistema de trabajo independientes, como modos de anticipar la actividad y organizar el medio físico, en el cual el niño con TEA se desplegara el medio terapéutico. Con lo cual se pudo observar, que cuando el terapeuta podría realizar que la estructura del ambiente este bien claro, para J, y el uso del calendario sea claro y preciso para él no se habría posibilidad de que se produzcan conductas inadecuadas.

También se puede ilustrar como en algunas condiciones utilizaba el sistema PECS, (comunicador visual), que tiene como característica ser

estructurado, utilizándose símbolos gráficos, con el objetivo del que el niño pueda pedir lo que desea hacer y señalando con el dedo el objeto implicado en la acción (Frost & Bondy ,1994).

6. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, es dable haber podido describir y analizar las conductas inadecuadas durante el proceso terapéutico de un niño con Trastorno Generalizado del Desarrollo. En el caso observado durante el periodo de residencia, se ha podido concurrir en el rol de observador no participante a las sesiones terapéuticas llevadas a cabo en el Centro Educativo Terapéutico. De manera tal que, se prestó especial atención a las conductas inadecuadas realizadas por el niño, realizándose un seguimiento y rastreo de las mismas, como así también las circunstancias en que estas aparecían.

También se han podido describir los tres objetivos específicos, los cuales han podido ser explicados e ilustrados a lo largo del desarrollo del presente trabajo de integración final.

Cabe destacar que en lo que respecta al primer objetivo específico se ha logrado llevar un análisis adecuado del momento en que se producían las conductas inadecuadas del paciente Joaquín, durante las sesiones terapéuticas, asimismo en algunas ocasiones se ha podido ver que habían dos modos de intervenir de las terapeutas; una de ellas intervenía extinguiendo la conducta inadecuada de Joaquín (patadas) mientras la otra terapeuta intervenía retando a J por realizar tal conducta.

En cuanto a la evolución de las conductas problema de Joaquín, se ha podido observar que no ha habido mejoría de las mismas, dado que cada vez se incrementaban sin mostrar signos de progreso y de superación. También de acuerdo a lo descrito en el desarrollo se ha podido demostrar que la falta lenguaje y comunicación dificultaba la relación terapéutica, de modo que también se observo la dificultad de la terapeuta en saber maniobrar en los momentos en que se producían las conductas inadecuadas (gritos, patadas) .

El paciente Joaquín asistía a las sesiones terapéuticas del centro para poder aprender a tener herramientas para el manejo de conductas inadecuadas.

El instrumento que se utilizó fue la observación no participante, llevándose un registro por escrito del comportamiento de Joaquín, como así también en qué momento se producía las conductas inadecuadas. Por lo cual se utilizaron varias técnicas terapéuticas dentro de un marco Cognitivo Conductual, que como se describió resultaron eficaces.

En cuanto a los aportes personales y al mismo tiempo perspectiva crítica se puede resaltar la dificultad con la que la autora se encontró la hora de buscar bibliografía relacionada al concepto de conductas inadecuadas en el TEA. Asimismo, ha sido trabajoso, ya que hay muy pocas publicaciones de autores que han hecho estudios relacionados con conductas inadecuadas en ésta patología.

Otro de los aportes posible sería utilizar otro tipo de intervención, fundamentado con herramientas a trabajar, como la interacción y el acercamiento socio-emocional, es decir poder acrecentar la motivación hacia el espacio donde se encuentra y por lo tanto que las conductas, puedan ser analizadas, no por su contenido, si no analizar su intencionalidad.

De acuerdo con lo descrito en el marco teórico sobre las características del modelo DIR, se puede observar que el abordaje del mismo, reconoce que los patrones constitucionales madurativos individuales de un niño y los patrones de relación con sus cuidadores trabajan juntos para promover el desarrollo. Donde los desafíos de la intervención son manejar las dificultades que tienen los niños para atender, relacionarse y conformar las expectativas más básicas de una evaluación estructurada del desarrollo; localizando las conductas aisladas que a veces presentan los niños con TEA; con lo cual se pensó en este modelo como herramienta para facilitar el mejoramiento de las conductas que J presenta, como así también trabajar el aislamiento que él tiene en el espacio educativo y familiar, estos puntos no se pusieron dentro de los objetivos a analizar; pero sí fueron vistos en el centro.

En cuanto a la pasantía se destaca la relación cordial y de confianza por parte de los profesionales, como así también del coordinador de la institución.

Se ha logrado conocer e incorporar conocimientos acerca del TEA, como así también aprender cómo se debe intervenir y tratar a un niño con TEA y las herramientas que se utilizarían para disminuir las conductas inadecuadas y aumentar las conductas deseadas.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Alonso, F. (2003). Detección precoz de los trastornos del espectro autista 169-178. Recuperado de <http://apnaba.org>

Álvarez Alcántara, E. (2007). Trastornos del espectro autista. Revista mexicana de pediatría 74(6),269-276. Recuperado de <http://medigraphic.com/pdfs>

Álvarez Pérez, R. (2013). Conductas desafiantes 56 (1). Recuperado de <http://revista.neurologica.com/pdfs>

American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales: DSM-IV. (4ª Ed.). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V ((5ª Ed.). Barcelona: Masson.

Baron Cohen, S., & Leslie A, Frith. (1985). The autistic child have a theory of mind Cognition 21 37-46.

Baron Cohen, (1993). Un trastorno cognitivo específico de ceguera de la mente.

Brookes, P., & Dunn, J. (1988). Los comienzos de la comprensión social. Buenos Aires: Nueva Vision.

Carr, E. (1985). The motivation of Self-Injurious Behavior.

Carr, G., Levin, L., & McConhachie, G, Carlson, J, L., & Kemp, D., C.

L, & Smith, C., E. (1994). Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo. Madrid: Alianza.

Carr, G., Levin, L., & McConhachie, G, Carlson., J, L., & Kemp, D., C.L, & Smith, C., E. (1996). Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio typositivo. Alianza.
Recuperado de <http://neurologia.com>

Duncan, J. (1986). Disorganization of behavior after frontal lobe damage.

Emerson, E.(1995): Challenging Behaviour. Cambridge University Press.

Frith, U. (2006). Autismo hacia una explicación del enigma. Madrid: Alianza

Frith, U. (1989). Autism explaining the enigma.

Frith, U. (1991) .Translation and annotation of Autistic psychopathy in childhood,by H. Asperger. Cambridge University Press.

Frost, L. A.& Bondy, A.S. (1994). Picture Exchange Communication System (PECS) Pyramid Educational Consultants INC.

Gortázar, P. (1992). Implicaciones del modelo de enseñanza natural del lenguaje en la intervención con personas con autismo.

Gortázar, M. (1999). El tratamiento del lenguaje y la comunicación.

Hogan, k. (1997). Pensamiento no verbal, comunicación, imitación y habilidades de juego desde una perspectiva de desarrollo. El uso de instrucciones visuales asegura que comprenda las pautas de forma que la actividad tenga significado. TEACCH. Psychology Fellow. Agosto.

Hobson, P. (1995). El autismo y el desarrollo de la mente. Madrid: Alianza.

Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo, 217-250.

Lopez, O.S., & Gallo, P. (2004). Acquisition, learning, or development of language? Skinner's 'Verbal Behavior' revisited. Span J Psychology 161-70.

Luria ,A .R. (1996). The higher cortical functions in man. New York: Basic Books.

Ludicibus, L.(2011). Trastornos generalizados del desarrollo.

Lovaas OI., & Smith, T. (1989).A comprehensive behavioral theory of autistic children: paradigm for research and treatment. J Behav Ther Exp Psychiatry 17-29.

MacLEAN, W. E., STONE, W. L., & BROWN, W. H. (1994). Developmental

Psychopathology of Destructive Behavior.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Rivière, A.J & Martos. (1997). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid.

Rivière, Á. (2001). Autismo: Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta.

Roger, Ph. D., & Susan Boswell, M.A. (2009). Apuntes del congreso "Principios fundamentales del método "TEACCH" Barcelona.

Swedo, S. (2009) Informe del Grupo de Trabajo de Trastornos del Desarrollo del DSM-V.

Stevenson, J. & Richman. (1978). Behaviour problems and language abilities at three years and behavioural deviance at eight years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (2), 215-230.

Tamarit, J., & Gortázar, P. (1992). El autismo y las alteraciones de la comunicación en la infancia y adolescencia. *Intervención educativa*. Recuperado de: <http://autismo.com>

Tamarit, J. (1995) Autismo, un análisis contextualizado. Equipo CEPRI. MADRID.

Tuchman, R. F. (2013). Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología infantil. Revista 56 (1), 3-12.

Iwata, B. A., & Dorsey, M. F., Slifer, K. J., & Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury and intervention in developmental disabilities, 2(1), 3-20.

Reider, Dh., & Parson M:B .(2007). Positive Behavior Training Curriculo.

Van Bourgondien, M., Reichle, NC., & Schopler ,E. (2003). Effects of a model treatment approach on adults with autism. J Autism Dev Di techhh33: 131-40.