

Estrategias para el autocontrol en un adolescente con Trastorno del Espectro Autista

Sandra Garcés Yepes, María Molina Barboza & María Pereira Amador

Julio 2018.

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainùn

Escuela de Psicología

Proyecto de Grado

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Tabla 1.

Datos Sociodemográficos

Nombre: Ramiro Jose Durán Saenz	Sexo: Masculino
Fecha y lugar de nacimiento: 5 de Sept de 2004 / Cartagena	Edad: 13 años
Escolaridad: 8° de bachillerato	Ocupación: Estudiante
Fecha de evaluación inicial: 23 de Mayo	Número de sesiones: 2
Datos de Identificación Acudiente	
Nombre: Mónica Sáenz	Sexo: femenino
Fecha y lugar de nacimiento: 16 de Octubre de 1979 / Cartagena – Bolívar	Edad: 39
Escolaridad: Profesional	Ocupación: contadora
Fecha de evaluación inicial: 23 de Mayo	Número de sesiones: 2

Motivo de Consulta

Usuario masculino de 13 años de edad, con diagnóstico del espectro autista, quien asiste en compañía de su madre para iniciar proceso terapéutico con el propósito de generar habilidades en el mismo que contribuyan a su calidad de vida.

Antecedentes**Antecedentes Relevantes**

La madre menciona que el menor es producto de su primer embarazo, el cual fue planeado y deseado; todo el periodo de gestación tuvo un desarrollo adecuado y normal, solo presento fiebre en una ocasión según el discurso de la madre, tuvo un parto eutócico (normal) en las semanas correspondientes a la fecha prevista.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

El desarrollo después del nacimiento a nivel psicomotriz fue normal menciona la madre, el control cefálico lo realizó aproximadamente al mes y medio, logró sentarse a los cuatro meses aproximadamente, gateo a los 6 meses y medio, caminó a los 10 meses cumplidos y logró controlar esfínteres a los 2 años.

Desde los 2 años y medio los padres del menor empezaron a notar que había una dificultad marcada con el lenguaje, debido a que hasta ese entonces el menor no emitía ni una sola palabra, sin mencionar que solía ser muy aislado de los demás, fueran niños o adultos, su fuente principal de confianza y protección eran solo papá y mamá pero sobre todo la madre.

El menor fue diagnosticado a los cuatro (4) años por una psiquiatra infantil y un neuropediatra con un trastorno generalizado del desarrollo de alto funcionamiento, nueve meses después fue valorado por otro neuropediatra quien lo diagnosticó con autismo en la niñez; cumplido los cinco (5) años fue valorado por un neuropediatra en consulta particular quien emitió como impresiones diagnósticas iniciales Trastorno de conducta, Síndrome Landau Kleffner, regresión autística epileptiforme, trastorno del espectro autista definiendo como trastornos principales el Síndrome de Asperger y perturbación de la actividad y la atención.

Finalmente a los ocho (8) años se instaura como diagnóstico principal Trastorno del Espectro Autista, debido a características del adolescente tales como: escaso contacto ocular, dificultades en la interacción social, dificultad en el lenguaje expresivo, lenguaje estereotipado, comportamientos irritables (llorar, pegar, escupir, patear y autolesionarse), intereses restringidos y ausencia de control de impulsos; razones por las cuales podría considerarse el trastorno de la comunicación social (Pragmático)(F80.89) por el criterio A dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores, deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social, el deterioro de la capacidad para

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

cambiar la comunicación de forma que sea adapte al contexto o a las necesidades del que escuchar, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal y dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuando utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción. Pero no termina de cumplir los criterios para este diagnostico por tanto, se valida el diagnostico del espectro autista por el cumplimiento de los criterios diagnostico A(1,2,3) , B(1,3), C, E.

A. Dificultades persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y que se manifiesta en todos los síntomas siguientes (presentes o pasados):

1. Dificultades en reciprocidad socio-emocional.
2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social.
3. Dificultades para desarrollar y mantener relaciones con iguales apropiadas para el nivel de desarrollo (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores).

B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en al menos dos de los siguientes síntomas (presentes o pasados):

1. Conductas estereotipadas, motoras o verbales, o uso de objetos estereotipado o repetitivo
3. Intereses restringidos anormales, por intensidad o foco.

C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse por completo hasta que las demandas sociales del entorno excedan sus capacidades).

E. Las alteraciones descritas no se explican mejor por la discapacidad intelectual o el retraso global en el desarrollo (con frecuencia los TEA y la discapacidad intelectual coexisten; para

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

hacer el diagnóstico comórbido la comunicación social debe ser inferior a la esperada para el nivel de desarrollo general).

Antecedentes significativos

Familiar. Comenta la madre que ni su familia ni en la familia del padre existe antecedentes con enfermedades significativas. Solo algunos miembros con diabetes e hipertensión en la familia paterna.

Académicos. Inició proceso escolar desde la edad de 3 años y no toleraba estar dentro del salón de clases. Durante todo el recorrido escolar del menor ha recibido acompañamiento terapéutico por sus conductas disruptivas y agresivas según el discurso de la madre; su rendimiento académico hasta hace dos años era bueno, pero a medida que va avanzando en los grados se le dificulta mucho más los contenidos.

Social. Menciona la madre que cuando era más pequeño el menor no se relacionaba y prefería estar solo la mayor parte del tiempo. Prácticamente su relaciones se limitaban a papá y mamá, y ocasionalmente ni siquiera con el padre. Actualmente continua prefiriendo estar solo, sin embargo no le disgusta si una persona tiene un acercamiento hacia el. (conversación corta, juego por periodos de tiempo medianamente cortos)

Personal. Se caracterizaba por ser un niño egocéntrico, dependiente en algunas actividades de la vida diaria, pero independiente en algunas otras, ya que el menor empezó a controlar esfínteres desde los dos años, se bañaba solo; desde muy pequeño ha presentado un bajo control de impulso emitiendo conductas auto y heteroagresivas como morder, patear, pegar, gritar, escupir, llorar, y algunas veces tira las cosas que están a su alrededor además, del uso de vocabulario soez.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Por otro lado la madre menciona que inicialmente los soliloquios los identificaban en su familia como amigos imaginarios y por mucho tiempo lo mantuvieron así.

Actualmente se muestra modesto, en las actividades de la vida diaria es mucho mas independiente, siendo capaz de vestirse, bañarse, realizar tareas domesticas, sin instrucciones por si solo. Se evidencia que es obediente ante instrucciones sencillas y claras, pero le gusta llevar el control de las situaciones, perdiendo su autocontrol con facilidad cuando no le obedecen o le otorgan lo que quiere evidenciando de esta manera aun las conductas auto y heteroagresivas.

Afectivo. Inicialmente no toleraba el contacto con otros (besos, abrazos y caricias), se irritaba y frustraba con facilidad, las sonrisas eras inexplicadas y repentinas. Aun se le dificulta el contacto físico con otros, pero de ser de su agrado lo hace de una forma un poco más espontaneo; Continua presentando sonrisas inexplicadas y repentinas sin emitir sonrisa social en los momentos requeridos.

Marco Teórico

Para tener una visión general y objetiva de la investigación, es preciso tener en cuenta las distintas investigaciones que nos han permitido abordar la temática, es importante resaltar gran parte de la literatura que abarca sobre los trastornos en la infancia y adolescencia enfatizando en el trastorno del espectro autista, según la American Psychiatry Association (2013).

Este trastorno afecta las funciones cognitivas de la persona que lo padece, y a su vez, al comportamiento y las habilidades sociales, lo que hace repercusión en las relaciones (Sanchez, 2012), en la sociedad, escuela (Harrington, 2014), modificando los patrones de convivencia y adaptación por la falta de habilidades sociales, verbales y no verbales que no le permiten al individuo integrarse, y a las demás personas se les hace muy difícil comprenderlos.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

El trastorno del espectro autista genera un costo emocional y un costo alto a la familia. Las personas afectadas con este trastorno exigen tiempo, terapias, espacios, accesos a servicios, llegando a ser estos insuficientes (Organización mundial de la Salud, 2013). Estudios aplicados en el Reino Unido de Gran Bretaña, Irlanda y los Estados Unidos, arrojan unas cifras aproximadas del costo de la atención que requieren los Trastornos del Espectro Autista (TEA) durante toda su vida de unos US\$ 1,4 a US\$ 2,4 millones de dólares americanos, desmejorando notablemente los ingresos de la familia.

Conocer sobre las principales áreas afectadas en el trastorno del espectro autista, las funciones ejecutivas, la cognición social y las emociones, juegan un papel prioritario en la comunicación, buen manejo de la información, la autorregulación, las relaciones y el comportamiento desde temprana edad (Zelado, 1997)

Visto desde la psicología educativa, para dar una respuesta educativa o de intervención, a los niños, familias y entidades escolares que enfrentan el trastorno del espectro autista (TEA), siendo tan complejo, se requiere de la valoración específica y minuciosa de la amplitud y de los requerimientos (García, 2008). Sin embargo, se investiga sobre algunas técnicas que permitan autocontrol ante la demanda de las situaciones desencadenantes o de interés.

Según (Martínez, 2011) indica que las conductas disruptivas se recibe este nombre debido a que su presencia implica la interrupción o desajuste en el desarrollo evolutivo del niño imposibilitándolo para crear y mantener relaciones sociales saludables, tanto con adultos como con sus pares.

De manera que las habilidades que son de vital importancia el autocontrol es la capacidad emocional que posee una persona para manejar los sentimientos de manera adecuada, o en otras

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

palabras, la habilidad para administrar las respuestas que se originan dentro de los componentes cognoscitivos, experimentales, comportamentales, de expresión física y bioquímica en las personas (Brenner, 1997), de manera que este tipo de técnicas posiblemente permitan que los adolescentes con trastorno del Espectro Autista actúe frente a cualquier tipo de comportamientos que le generen inconformidad, se desarrolla estrategias altamente efectivas pero que en ocasiones no lo son, por tanto el apoyo familiar es de vital importancia en esta muestra, tal como lo afirman donde exaltan que la dinámica del apoyo familiar es visto como un proceso que implica y exige la interacción entre el ser humano, las estructuras a nivel familiar y social y sobre todo el proceso de adaptación. (Extremera & Fernández Berrocal, 2003).

Para el manejo de las estrategias para la modificación de una conducta el reforzador positivo es un estímulo (evento, conducta u objeto) cuya presentación contingente a una conducta da lugar a un aumento o mantenimiento de esta, de modo que este aumento o mantenimiento es menor o no se da cuando la presentación es no contingente. (Bados & Gracia , 2011)

Con esta técnica de reestructuración cognitiva se persigue que el niño o adolescente aprenda que sus pensamientos afectan e influyen en su conducta y en su estado emocional. Con la ayuda del terapeuta, los niños tienen que aprender primero a identificar sus propios pensamientos y creencias y a ser conscientes de la relación entre éstos y sus emociones, y después, aprender a cambiar los pensamientos negativos por otros positivos que, a su vez, sean más útiles y les hagan sentir mejor. (Perez & Llorente, 2013)

Evaluación Inicial

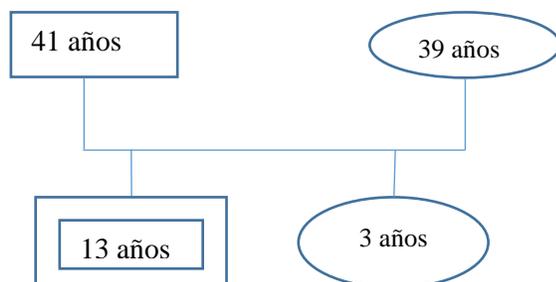
Se realizo una entrevista inicial a la madre donde se exploro sobre áreas importantes del usuario como familiar, académica, social, personal y afectiva.

Familiar

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Grafico 1.

Genograma



El núcleo familiar está conformado por: padre de 39 años de edad y madre de 39 años de edad, De esta convivencia nace el menor de 13 años de edad y su hermana menor de 3 años de edad.

Académica. Actualmente se encuentra en séptimo grado en el colegio La enseña y recibe acompañamiento por parte personal terapéutico de instituto prestador de salud, donde actualmente asiste a su proceso terapéutico. Según los contenidos curriculares ha tenido dificultades porque en la medida que van avanzando se complejizan las temáticas haciéndose difícil su comprensión para el usuario, generando frustración en el menor con facilidad.

Social. Expresa la madre que el niño se relaciona con pares y familiares, interactúa a través del juego, atiende al llamado por su nombre, mantiene contacto visual con dificultad, tolera contacto físico, muestra interés por el entorno, juega con objetos de su agrado. Le gustan los videos juegos y todo tipo de aparatos electrónicos. Le gusta socializar con niños de su edad y personas adultas.

Según lo observado durante la entrevista y valoración inicial el menor no presenta interés por socializar con pares mucho más que con adultos, prefiere estar solo y jugar con instrumentos tecnológicos.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Personal. Su madre manifiesta que es un niño inteligente, cariñoso y bastante imprudente; Con relación a su auto ayuda y actividades de la vida diaria, el paciente es independiente de los adultos, no requiere apoyo físico y verbal al ejecutar dichas actividades. En cuanto a sus hábitos alimenticios, el menor consume todo tipo de alimentos y actualmente mucho más de lo normal, pero los alimentos deben estar cada uno en su lugar (no se deben combinar por ningún motivo, porque de ser así el menor no los ingiere). Se caracteriza por no tolerar la frustración, la espera y por tener escaso autocontrol, conductas irritables como llorar, gritar, golpear, escupir y golpearse así mismo

Afectiva. El menor se torna irritable constantemente, demanda atención todo el tiempo, ocasionalmente presenta labilidad afectiva, y es muy agresivo, no tolera correcciones ni llamados de atención porque se torna molesto de inmediato y generalmente agrede.

Además, se realizaron entrevistas estructuradas con la madre, la Psicóloga de la institución educativa, y la terapeuta de la IPS donde se encuentra institucionalizado; indagando en las siguientes áreas: Interacción social, Intereses restringidos, rutinas, lenguaje, habla, comunicación no verbal y torpeza motora; aunado a esto, Se realizo observación en ambiente natural, análogo y educativo para ratificar el diagnostico del menor.

Durante el desarrollo de las entrevistas la madre y las cuidadoras tuvieron perspectivas a fines manifestando que el niño tiene dificultades para relacionarse con personas de su edad e inicia conversaciones sin sentido ya que si se esta hablando de un tema el responde con algo que no tiene que ver con el tema tratado, prefiere estar solo, no tiene un buen manejo de las emociones, sus ideas son persistentes, se puede cambiar el tema de una conversación, y el mantendrá el tema anterior. No logra entablar una conversación extensa, su lenguaje es estereotipado (habla como robot), su aspecto corporal es desgarbado y torpe, sin embargo

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

presenta contacto ocular, pero se le dificulta mantenerlo. Lo identifican como un adolescente con un buen funcionamiento ya que ha logrado ser independiente en muchas habilidades de la vida diaria.

Después de las entrevistas realizadas y el proceso de evaluación inicial, se identificaron en los distintos contextos en los que se desenvuelve el menor, conductas disruptivas, por lo que se hizo necesario realizar registros conductuales en la casa, en la institución educativa e IPS para poder identificar su frecuencia, duración e intensidad.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Tabla 2.

Análisis de la Conducta Problema

Conducta problema	Descriptores	Tiempo	Contexto	Acompañante	Observación
Conductas disruptivas	Golpear a otros	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	Golpea a la cocinera por pretender que le entregara el almuerzo de inmediato, sin haber realizado fila.
		Pm	Casa	Madre	Golpea a su hermana menor con mucha frecuencia.
	Autoagresión	Pm	Casa	Psicóloga	Se auto agrede cuando no puede agredir a otros (la madre o terapeuta) como figuras de autoridad
			Cissade	Madre	
	Llanto	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	Llora durante toda la crisis
			Casa	Madre	
	Gritos	Am	Cissade	Psicóloga	
			Colegio	Psicóloga y educadora	
	Lenguaje soez	Am	Casa	Madre	Lo utiliza con el fin de agredir verbalmente a otros
			Cissade	Psicóloga	
Negativa a seguir instrucciones	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	Se niega y opone a ejecutar cualquier instrucción que se le de mientras se encuentre irritado	
		Casa	Madre		
Tirarse al piso	Pm	Cissade	Psicóloga	Se tira al piso para que no puedan levantarlo	
		Casa	Madre		
			Cissade	Psicóloga	

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Dromomanía	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	
	Pm	Casa	Madre	
Escupir	Am	Cissade Colegio	Psicóloga y educadora	Lo realiza para agredir
	Pm	Cissade	Psicóloga	
Golpear Objetos	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	
	Pm	Casa	Madre	
		Cissade	Psicóloga	
Empuñar las manos	Am	Colegio	Psicóloga y educadora	Lo hace con el objetivo de dar una amenaza, ya que frunce el ceño.
	Pm	Casa Cissade	Madre Psicóloga	

Según lo observado en los registros conductuales se pudo identificar que el adolescente presenta conductas disruptivas (golpear a otros, autoagresión, llanto, gritos, lenguaje soez, negativa a seguir instrucciones, tirarse al piso, dromomanía, escupir, golpear objetos y empuñar las manos) en los tres contextos en los que se desenvuelve, siendo las más frecuentes: negativa a seguir instrucciones, dromomanía y lenguaje soez; sin embargo hay conductas que presenta en algunos contextos pero en otros no, en casa no escupe; en el colegio no se tira al piso ni se auto agrede; pero , cabe resaltar que en la IPS en la que se encuentra institucionalizado evidencia todas las conductas disruptivas cuando presenta una crisis conductual.

Partiendo de lo evidenciado, se puede deducir que la conducta se ha mantenido por explicación de un condicionamiento operante a causa de que las consecuencias obtenidas por el usuario son frecuentemente positivas ha mantenido la presentación de las conductas disruptivas.

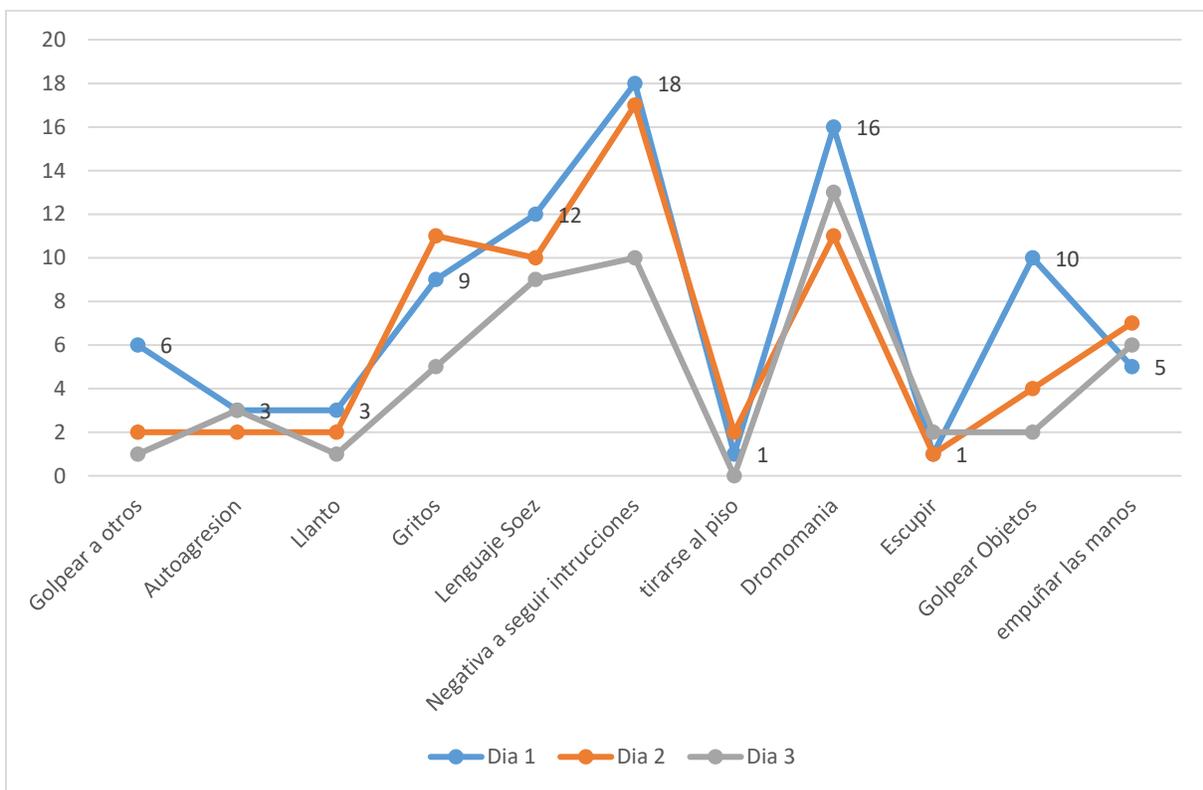
Tabla 3.

Análisis Funcional

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Espera de turnos Periodos de Latencia Demanda de una situación u objeto	Condicionamiento operante	Conductas disruptivas	Condicionamiento operante	Le proporcionan o le hacen entrega de lo que demanda.

Grafico 2.

Línea Base Pre tratamiento



Tratamiento Propuesto

Una vez estudiado el caso , se realizaran sesiones dirigidas para establecer estrategias con el propósito de generar autocontrol en un adolescente con trastorno del espectro autista mediante la orientación a los padres de familia y cuidadores, en la implementación de técnicas cognitivo conductuales tales como economía de fichas, refuerzo positivo de tipo social, manejo de pensamientos negativos por actividades de remplazo de su agrado y respiración diafragmática.

Por consecuencia se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Determinar estrategias de autocontrol para un adolescente con trastorno del espectro autista.
- Implementar estrategias de autocontrol para un adolescente con trastorno del espectro autista.

Sesiones de Intervención con el Adolescente

Sesión 1

Se realiza intervención con el usuario en la cual se identifican actividades agradables para el adolescente mediante una entrevista semiestructurada, para luego ser utilizadas como actividades de remplazo para el desarrollo del protocolo. Las actividades agradables para el adolescente son: jugar con el celular, Xbox, computador, ver televisión y colorear. Así mismo el usuario verbaliza situaciones que le generan disgusto, que son: le envíen tareas del colegio para la casa, no llegar a la casa luego de salir del colegio, ir al entorno terapéutico, que le cojan sus cosas personales (celular), su padre le de “ordenes inútiles” como como abrir y cerrar las puertas del carro y casa, prender y apagar los focos.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Se realiza Psicoeducación frente al protocolo el sapito receptor haciéndole explícito cada paso a seguir en el momento que se encuentre irritado.

Sesión 2

En esta sesión se ejecuta el protocolo de intervención buscando generar mayor autocontrol en un adolescente con trastorno del espectro autista en periodos de latencia ante la presencia de reforzadores.

descripción de la técnica.

Se le indica al niño que tome una posición cómoda según su preferencia, ya sea sentado o de pie, de inmediato se le pide al niño que realice bolitas con el papel que se le proporciona. Luego se realiza técnica de relajación (respiración diafragmática) buscando disminuir los niveles de irritabilidad. Continuamente se le pide al niño que lance las bolas de papel que había realizado con anterioridad hacia el sapo receptor, simultaneo a esto se debe ir reforzando al niño positivamente mediante la economía de fichas como reforzador tangible y halagos como refuerzo social. Después de lo anterior se le presenta el video “vaya rabieta” al niño realizando una reflexión con él. Finalmente se le indicará al niño las distintas opciones de actividades alternas que tendría cuando se siente irritable mediante la rueda de opciones para el control de la ira.

materiales.

- 6 / 8 hojas de papel
- Economía de fichas por 6 tokens
- Rueda de opciones e imágenes alusivas a la actividades de reemplazo
- Recipiente en el que se depositan las bolas de papel

duración.

La actividad tiene una duración aproximada de 20 a 30 minutos en su desarrollo.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

detalles de la aplicación.

paso 1. Se hace entrega al niño de 6 a 8 hojas de papel las que se le dará la instrucción de que realice “bolitas”, usando toda la fuerza que tenga.

paso 2. Se realiza un corto ejercicio de relajación con respiración diafragmática, en donde se indica al niño que tome asiento y se siente en una postura cómoda, luego que extienda sus brazos hacía en frente, empuñando las manos con toda la fuerza que pueda, en conjunto se le pide que tome aire por su nariz acumulándolo en su estomago hasta inflarse como un globo.

paso 3. Se hace entrega de las 6 u 8 bolas de papel hechas por el menor al inicio de la actividad, colocándolo a cierta distancia del sapito receptor para que posteriormente estas bolas sean lanzadas por el niño a la boca del sapito y se depositen en él, dicha actividad es reforzada positivamente con economía de fichas como reforzador tangible y halagos como refuerzo de tipo social.

paso 4. Se realiza la emisión del video “vaya rabieta” con un objetivo reflexivo para el menor, teniendo como punto de partida su comportamiento y el como lo observan los demás.

paso 5. Se utiliza como estrategia de cierre, la rueda de opciones para el control de la ira, en la cual se le plantearon opciones para canalizar saludablemente las emociones de rabia frustración o enojo. entre ellas contar hasta 10, dialogar sobre lo que siente, saltar, dibujar, escuchar música y estar a solas.

Sesión 3

Se estipulo ser desarrollada justo a la hora del almuerzo, ya que es uno de los antecedentes presentes frente al problema blanco, con el propósito de disminuir la conducta y estabilizar al paciente para que prosiga a tomar el almuerzo totalmente tranquilo, después de haber realizado tres actividades de remplazo (Dialogar con la terapeuta, respirar y contar hasta 10) estipuladas en el protocolo.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Sesión 4

Se realizo proceso de orientación y Psicoeducación a los padres en la implementación de las técnicas cognitivo conductuales planteadas en las sesiones con el paciente buscando que le den manejo al escaso autocontrol del mismo en los distintos contextos donde se desenvuelve, además se le solicita que llenen un registro conductual para lograr identificar la frecuencia actual de la conducta. Queda en consenso con la madre el cambio de la primera actividad por una pelota anti estrés, debido a que no siempre se tendrá la oportunidad de tener papel y el objetivo a donde lanzar para regular la emoción.

Sesión 5

Se realiza registro conductual en la hora de recreación y deporte en el ambiente análogo, con el fin de identificar la frecuencia en la que el usuario emite la conducta disruptivas después de haberle educado en la técnica de autocontrol.

Expectativas de Tratamiento

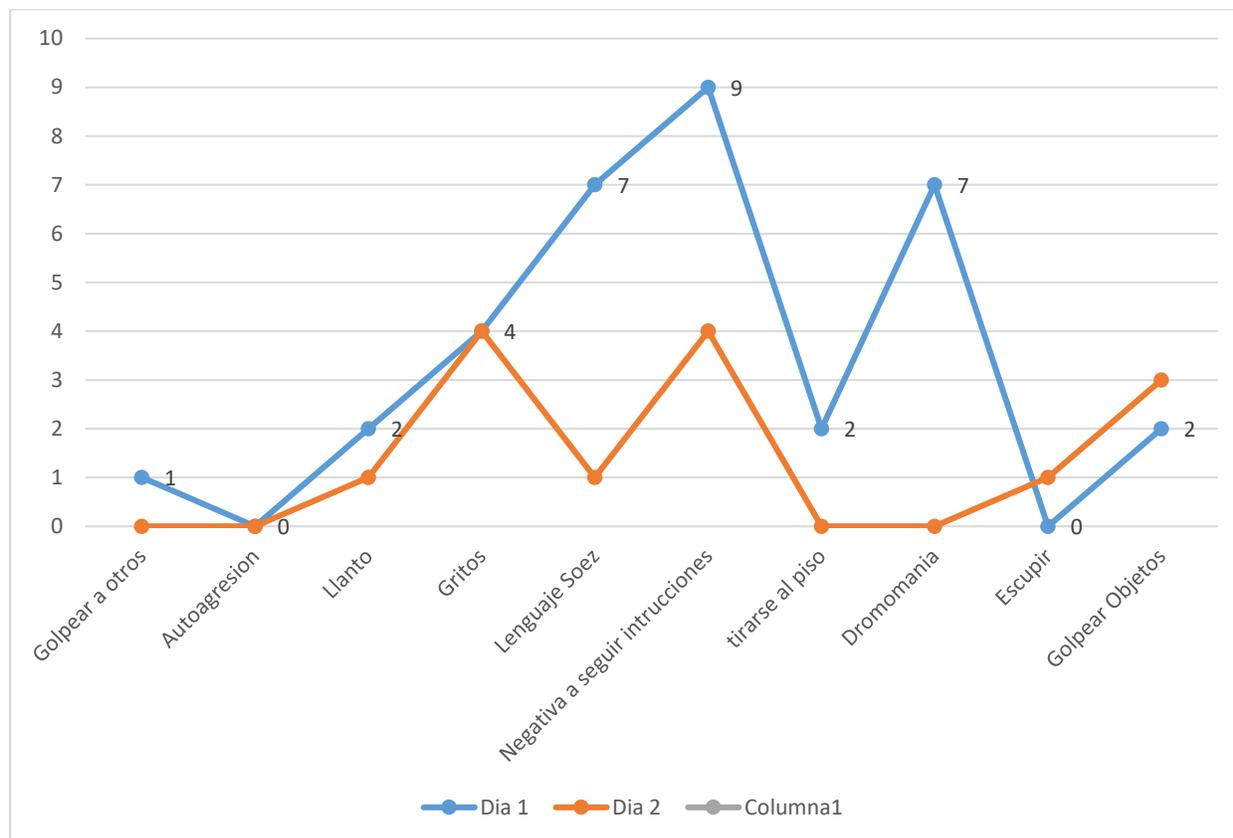
Después de haber implementado el protocolo de intervención con el adolescente se espera que este tenga actividades alternas que le permitan mantenerse tranquilo y autorregulado frente a situaciones que le generen estrés. Así mismo los padres puedan contar con herramientas para direccionar el comportamiento del adolescente antes, durante y después que presente una crisis conductual.

Después de la aplicación de la técnica, nuevamente se realizaron registros conductuales en casa y ambiente análogo evidenciado en la siguiente grafica.

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

Grafico 3.

Línea base Post tratamiento



Aplicación de Técnicas y Resultados Obtenidos

Cambios en la conducta problema

Transcurrido 5 sesiones desde el inicio del proceso de evaluación y observación se estableció la línea base para el pre test, donde se evidencio la frecuencia las conductas emitidas.

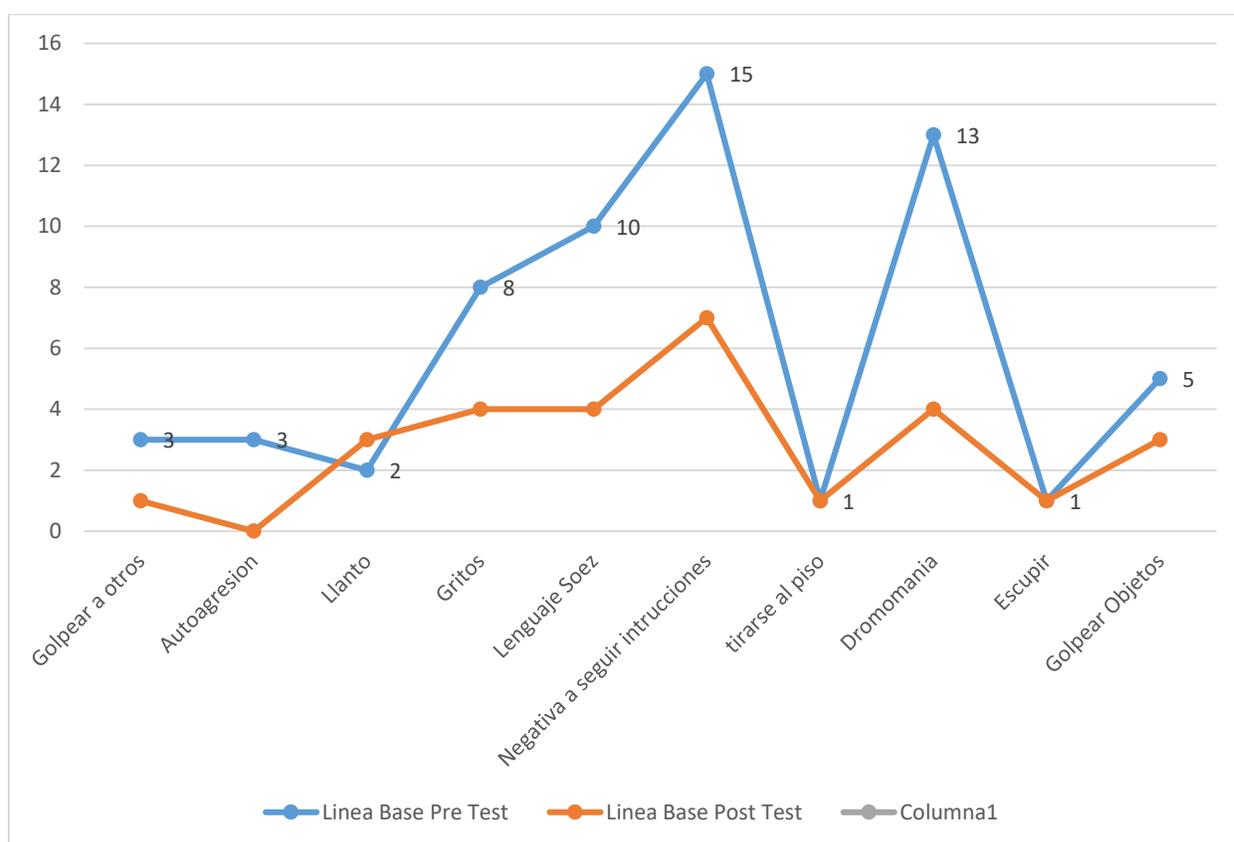
Después de haber identificado la intensidad, frecuencia y duración de la conducta por medio del uso de registros conductuales, se estableció el plan de tratamiento, en el cual se realizaron 3 sesiones de intervención con el usuario, estas, fueron propuestas mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales (economía de fichas, reforzamiento positivo, actividades de reemplazo reestructuración cognitiva, técnica de relajación con respiración diafragmática) con el propósito de enseñar y generar autocontrol en el usuario. Posterior al proceso de intervención se

ESTRATEGIAS AUTOCONTROL

identificó la disminución parcial de la conducta problema, por medio del uso del registro conductual utilizado en el pre test, pero la aplicación post test no se realizó de manera satisfactoria puesto que se esperaba poder recopilar la información por un tiempo más prolongado, por cuestiones del tiempo establecido para la investigación no fue posible. (Véase la gráfica 4)

Grafico 4.

Paralelo Pre y post test



Referencias

- Association., A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. . Washington, London : 5th Edition.
- Sanchez, A. (2012). *Diseño de una prueba de evaluación neuropsicologica para niños con diagnostico de autismo*. . (U. S. Buenaventura., Ed.) Bogota, Colombia .
- Harrington, C. (2014). *Square pegs in round holes: The mainstream schooling experiences of students with Autism Spectrum Disorder and Their parents*. . (T. U. Queensland, Ed.) Brisbane, Australia .
- OMS, O. M. (2013). *Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista*. (C. e. provicional, Ed.)
- Zelado, P. C. (1997). Early development of executive funtion:A problem -solving framenwork. *Review of General Psychology* , 198-226.
- Garcia, A. (2008). Espectro Autista: Definición, evaluación e intervención educativa. . (R. Didacticos, Ed.) *Revista Educativa* .
- Brenner, E. &. (1997). Emotional regulation during chidhood: developmental, interpersonal and individual consideration. . (B. Books, Ed.) *In P. Salovey. D. J. Sluyter (Eds)* . , 168-195.
- Perez, M., & Llorente. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la compresión y la práctica basada en la evidencia. *Neurología* , 185-91.
- Martinez, M. T. (2011). *Psicología Clínica de la Infancia y de la adolescencia* . Piramide.
- Extremera , N., & Fernández Berrocal, P. (2003). La inteligencia en el contexto educativo: Hallazgos Cientificos de sus Efectos en el Aula . *Revista de Educación* , 97-116.
- Bados , A., & Gracia , E. G. (2011). *Tecnicas Operantes* . Barcelona : Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Barcelona. .

