

CRECIENDO JUNTOS.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN APOYO CONDUCTUAL
POSITIVO PARA PADRES DE NIÑOS CON LESIÓN NEUROLÓGICA EN
LA INSTITUCIÓN NEUROKIDS MANIZALES S.A.S.

Luz Elena Serrano Alvarado

Especialización en Neurodesarrollo y Aprendizaje

Universidad CES.

Medellín.

2014

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I DISEÑO DEL PROYECTO

- 1.1. Introducción
- 1.2. Planteamiento del proyecto
- 1.3. Justificación
- 1.4. Objetivos del proyecto
 - 1.4.1. Objetivo General
 - 1.4.2. Objetivos Específicos
 - 1.4.3. Objeto Directo

CAPITULO II UBICACIÓN Y COBERTURA

CAPITULO III MARCO TEORICO

- 1. Contextualización de las lesiones Cerebrales en Manizales .
Caldas
 - 1.1. Perfil epidemiológico de Manizales (Caldas)
 - 1.2. Funciones corporales que presentan alteraciones
 - 1.3. Causa de la discapacidad
 - 1.4. Motivo de consulta de los usuarios de Neurokids Manizales

2. La Conducta en la Infancia

2.1 Que es la conducta

2.2. Que no es la conducta

2.3. Que cambiamos cuando cambiamos la conducta

2.4. Señal, conducta y consecuencia

2.5. Las recompensas y sus tipos

3. Apoyo Conductual Positivo (ACP)

3.1. Definición

3.2. Procedimientos

3.3. Niveles de intervención ante un comportamiento problemático

3.4. Características del Apoyo Conductual Positivo

4. Aplicación de las técnicas de apoyo conductual positivo en niños con lesión Neurológica

5. Programa de entrenamiento para padres

5.1 RECURSOS

5.2 CRONOGRAMA

5.3 PRESUPUESTO

5.4 MECANISMOS DE EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I DISEÑO DEL PROYECTO

1.1. *Introducción*

En la infancia son múltiples las patologías y lesiones del sistema neuromuscular que se presentan, ya sean congénitas o adquiridas en este período de desarrollo, dichas patologías y lesiones pueden generar algún tipo de deficiencia o discapacidad, requiriendo una intervención oportuna tanto hacia un diagnóstico precoz, como a un tratamiento adecuado para la prevención de complicaciones, mantenimiento de condiciones motoras y posible habilitación del niño.

Así, se justifica la necesidad de contar con atención médica oportuna y con un equipo interprofesional que ofrezca desde etapas tempranas, un manejo integral en pro de la habilitación funcional, psicosocial y comunitaria del paciente pediátrico.

El Tratamiento Integral del Neurodesarrollo desde la terapéutica tiene la oportunidad de llevar a cabo múltiples acciones desde los procesos patológicos y lesiones que exijan una adecuada intervención desde las profesiones en la infancia.

El concepto de tratamiento de Neurodesarrollo se basa en el reconocimiento de la importancia de dos factores; en primera instancia por interferencia en la maduración normal del cerebro por una lesión produciendo retraso en el desarrollo motor típico y en segunda instancia por la presencia de patrones anormales de postura y movimiento, debido a una liberación de una actividad refleja postural anormal ambas como consecuencia de lesión a nivel del sistema nervioso central. (Charlene Butler)

Sobre la base de este concepto, muchas y variadas técnicas de tratamiento han sido desarrolladas, reevaluadas a través de la praxis interdisciplinaria agrupando profesionalmente un equipo de apoyo terapéutico conformado en su base por fonoaudiólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Estos profesionales interpretan y analizan el diagnóstico médico especializado que sugiere u ordena este tipo de tratamiento buscando brindar al niño un mejoramiento de sus deficiencias o un mantenimiento de sus condiciones biológicas permitiéndoles de una u otra manera una mejor calidad de vida al infante y a su familia.

Este tipo de intervención terapéutica deberá ser adecuada a las necesidades de cada niño en particular sobre una base de evaluación clínica inicial con la cooperación de su familia y maestros.

Es por esto que el niño con lesión Neurológica, debe ser reconocido como un ser que exige acciones profesionales lo suficientemente integrales para encauzar sus óptimos procesos de desarrollo involucrando todas sus esferas y su funcionalidad a través de la potencialización de los mismos.

Al revisar el perfil Epidemiológico de la ciudad de Manizales según información obtenida en los años 2010 y 2011 se encontró un alto nivel morbimortalidad en la Infancia, especialmente en el ámbito nacional y local, conceptos como: desarrollo motor, sensorial, problemáticas de infancia, patologías pediátricas de mayor incidencia en la población infantil, con énfasis en lesiones del dominio neuromuscular y las alteraciones secundarias de este sobre los demás dominios (músculo esquelético-cardio respiratorio).

Dichos conceptos, permiten la intervención profesional desde los diferentes campos de acción, principalmente desde la prevención, protección específica, terapéutico y rehabilitación planeando y ejecutando intervenciones terapéuticas óptimas y adecuadas para favorecer la capacidad motriz de los niños con lesión Neurológica.

Este proyecto pretende favorecer los procesos terapéuticos en Neurokids Manizales S.A.S. mejorando la calidad en la atención de los

usuarios que asisten a recibir tratamiento integral desde las áreas de apoyo terapéutico (Fonoaudiología . Fisioterapia . Terapia Ocupacional), con el fin de implementar acciones de promoción de la salud e intervenciones terapéuticas y de rehabilitación de los usuarios con lesión Neurológica y sus familias.

Con lo anterior, se logrará responder a las demandas de un proceso de intervención terapéutica que les exija a todos la aplicación de sus conocimientos, sin olvidar el compromiso social y la importancia de la participación activa de los miembros de la familia en conjunto con el equipo terapéutico.

El tipo de pacientes al cual beneficiará la aplicación de este proyecto, son en su mayor proporción infantes con lesión Neurológica, remitidos por médico general, pediatría, Neuropediatría, fisiatría, colaborando con el mejoramiento o mantenimiento de su condición de salud funcional con calidad de vida.

1.2. *Planteamiento del problema*

La mayoría de los niños que se atienden en la institución NEUROKIDS MANIZALES S.A.S., presentan lesión neurológica y a través del acompañamiento terapéutico se ha observado, como algunos de ellos reaccionan positivamente y con mayor rapidez que otros al trabajo terapéutico.

Se ha observado también, como en la terapia, el comportamiento de los niños varía de unos a otros.

Los fenómenos anteriormente descritos, han venido siendo observados por el equipo terapéutico de dicha institución, el cual ha dialogado con los padres de familia de manera informal y se ha encontrado con:

- Poco conocimiento de la dificultad (enfermedad o patología) que presenta su hijo.
- Poca información sobre el potencial que pueda lograr su hijo con un buen acompañamiento terapéutico.
- Poco conocimiento de ¿qué hacer para favorecer el desarrollo de su hijo?

Y ante el comportamiento tan diverso de los niños en las diferentes terapias los padres expresaron que:

- El niño(a) en la casa no realiza ninguna actividad pedagógica.
- Ante un momento de tristeza, llanto o deseo de algo del niño, inmediatamente se le da lo que él quiere.
- No sabemos manejar los comportamientos disruptivos que presentan los niños en un momento determinado.

Estos aspectos mencionados por los padres, han permitido plantear la necesidad de formación que ellos tienen en cuanto al conocimiento de la enfermedad de su hijo (lesión neurológica), las características propias de su Neurodesarrollo y el manejo de las conductas disruptivas que presentan.

En este trabajo la lesión Neurológica se define como un trastorno global de la persona, consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro+ (Cruz M & 1861-74.).

Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Por esto, una lesión Neurológica acontecida antes de su completo desarrollo, no va a tener la misma repercusión ni puede ser tratada igual que cuando acontece en un Sistema Nervioso adulto, que sí adquirió todas las

habilidades motoras y cognitivas, en un desarrollo normal. (Valverde M. & 2(2):139-142).

En la última década, gracias a algunas investigaciones, la ciencia ha aportado datos de gran interés sobre la rehabilitación Neuropsicológica de procesos cognitivos, comunicación verbal, memoria, atención y concentración, razonamiento, pensamiento abstracto, funciones físicas, comportamiento psicosocial y procesamiento de la información en personas con lesión neurológica (Intervención integral en un caso de daño cerebral pasados cuatro años sin tratamiento., 2013).

Es decir, que en el mundo cada vez más se está avanzando en el tratamiento de personas con lesiones neurológicas.

Dichos avances van desde ver a los niños como seres humanos en una condición particular, hasta asegurar que con un buen acompañamiento es posible lograr avances significativos en su rehabilitación.

Es aquí donde toma fuerza el Apoyo Conductual Positivo (ACP) el cual surge como un enfoque alternativo a los planteamientos clásicos de modificación de conducta basados en el uso de técnicas aversivas y no funcionales, de manera que no es solamente un conjunto de procedimientos funcionales y no aversivos destinados a reducir o a corregir el comportamiento problemático, sino que es un enfoque que

va más allá de lo que es el mero análisis conductual y hace hincapié en la modificación del contexto en el que se encuentra el problema+ (Bedia).

1.3. Justificación

El Sistema Nervioso completa su desarrollo aproximadamente a los tres años, momento en el que se considera que hemos adquirido las habilidades motoras, sensitivas y cognitivas, que nos van a permitir desenvolvemos en la vida adulta, realizando un trabajo, una afición más o menos compleja, o una vida social y familiar normales.

Lo anterior se ve interrumpido en algunas personas que por algún motivo presentan una lesión Neurológica, la cual se define como un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro+. (Cruz M & 1861-74.)

Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Por esto, una lesión Neurológica acontecida antes de su completo desarrollo, no va a tener la misma repercusión ni puede ser tratada igual que cuando acontece en un Sistema Nervioso adulto, que sí adquirió todas las habilidades motoras y cognitivas, en un desarrollo normal.

Estas lesiones pueden afectar al Sistema Nervioso Central (SNC), o al Sistema Nervioso Periférico (SNP). En el primer caso, el daño se puede producir durante el desarrollo fetal (malformaciones, alteraciones

cromosómicas, etc.), durante el parto (encefalopatía anóxica o hipóxica por sufrimiento en el parto), o en el período posnatal (meningitis, causas traumáticas, etc.)

Ya sea propia de la persona o adquirida, esta lesión produce un cambio, %Este cambio afecta a una o más áreas del cerebro incluidas la cognición, comunicación verbal, memoria, atención y concentración, razonamiento, pensamiento abstracto, funciones físicas, comportamiento psicosocial y procesamiento de la información+ ((<http://www.biausa.org>, s.f.) como los más relevantes.

En la última década, gracias a algunas investigaciones la ciencia ha aportado datos de gran interés sobre la rehabilitación Neuropsicológica de procesos cognitivos, comunicación verbal, memoria, atención y concentración, razonamiento, pensamiento abstracto, funciones físicas, comportamiento psicosocial y procesamiento de la información en personas con lesión neurológica. Es decir, que en el mundo cada vez más se está avanzando en el tratamiento de personas con lesiones neurológicas.

Esta rehabilitación consiste fundamentalmente en estimular adecuadamente el cerebro de tal manera que aprenda con ayuda externa lo que no pudo aprender por sí solo, y a futuro es muy probable que el cerebro logre pasar esta etapa de formación de su

estructura y continúe con un desarrollo lo más normal posible. (Muzaber L.)

La mayor parte de la población con lesión neurológica atendida en Neurokids, tiene asociadas a su lesión otras alteraciones como deficiencia intelectual con necesidades de apoyo extensas y generalizadas, otra parte carece de lenguaje funcional y un porcentaje muy significativo, sufre problemas graves de comportamiento.

Se entiende por problemas graves de comportamiento aquellas conductas peligrosas, molestas o disruptivas para las propias personas o para quienes viven con ellos.

Se ha demostrado que estos comportamientos, tales como autolesiones (golpearse la cabeza, morderse la mano, arañarse), agresiones (golpear, morder, arañar a otros), rabietas (gritar, romper objetos) y conductas estereotipadas graves no autolesivas (balancearse, aletear las manos), impiden o dificultan la integración de las personas en contextos comunitarios (Jacobson, 1982), afectan a la vida cotidiana en comunidad (Cole y Meyer, 1989), dificultan el acceso al empleo o a actividades ocupacionales (Hayes, 1987), así como a programas educativos (Kerr y Nelson, 1989) y, en definitiva, interfieren significativamente en la calidad de vida de las personas, no solo en la

de quienes las realizan, sino por supuesto también en la de aquellos que viven con ellos.

Pero no solamente un buen proceso terapéutico es suficiente para lograr avances, ya que el tiempo de estimulación terapéutica se limita a unas cuantas horas al día, se hace necesario también, pensar en crear un programa de entrenamiento en apoyo conductual positivo para los padres, acudientes o personas que comparten el minuto a minuto, el día a día con la persona con lesión neurológica para perpetuar en el tiempo los logros obtenidos.

1.4. Objetivos del proyecto

1.4.1. Objetivo general:

Diseñar un programa de entrenamiento en apoyo conductual positivo para padres de niños con lesión neurológica en la Institución Neurokids Manizales S.A.S.

1.4.2. Objetivos específicos

- Plantear los principios del apoyo conductual positivo que los padres deben tener en cuenta, para mejorar las conductas disruptivas en sus hijos.
- Describir estrategias de intervención basadas en los principios del apoyo conductual positivo.
- Describir las aplicaciones del apoyo conductual positivo en situaciones y actividades de la vida cotidiana (hábitos de alimentación y sueño, control de esfínter, otros relacionados a las necesidades particulares).
- Construir un blog con todos estos elementos dirigido a los padres de los niños con lesión neurológica en Neurokids Manizales.

1.4.3 Objeto directo

Padres de familia con hijos con lesión neurológica, que están siendo atendidos en el Centro de Rehabilitación Infantil NEUROKIDS MANIZALES S.AS.

CAPITULO II UBICACIÓN Y COBERTURA

La población que participará en el entrenamiento que pretende orientar a los padres sobre la aplicación del apoyo conductual positivo en situaciones y actividades de la vida cotidiana (hábitos de alimentación y sueño, control de esfínter y otros relacionados a las necesidades particulares) serán los padres de familia de los niños que presentan lesión Neurológica en la Institución NEUROKIDS MANIZALES S.A.S.

Dicha institución es un Centro de Rehabilitación Infantil fundado en el año 2012, de carácter privado, ubicado en la ciudad de Manizales en el barrio Camelia, en la dirección Carrera 24 # 70 . 92.

Para Neurokids Manizales S.A.S., su lema fundamental es *Mejorar la calidad de vida del niño y su familia+*

En este Centro los niños se encuentran en una etapa de acompañamiento permanente a través de terapias de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, bajo el enfoque de Neurodesarrollo.

El Neurodesarrollo, es un enfoque de tratamiento que viene siendo aplicado desde los años 40 en Londres Inglaterra, se conoce como un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da

como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad. (Libro Blancdetiónmpra, pág.20) y está presentando logros significativos en pacientes con lesiones neurológicas.

CAPITULO III MARCO TEORICO

1. Contextualización de las lesiones Cerebrales en Manizales .

Caldas

1.1. Perfil epidemiológico de Manizales (Caldas)

A continuación se incluirán apartes de uno de los cuadros del DANE, en los cuales se referencian las causas de mortalidad que en su momento ocasionan o pueden generar algún tipo de alteración neurológica en la población infantil.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 2006	CASOS	TASA	%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13	2.82	20.6
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	7	1.52	11.1
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	7	1.52	11.1
Sepsis bacteriana del recién nacido	4	0.87	6.3
Otros accidentes incluso secuelas	4	0.87	6.3
Meningitis	2	0.43	3.2
Enfermedades cerebrovasculares	1	0.22	1.6
Feto y recién nacido afectados por	1	0.22	1.6

complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento			
Agresiones, inclusive secuelas	1	0.22	1.6

Otra de las alteraciones que ha generado lesiones al sistema nervioso, traduciéndose en limitaciones del movimiento y/o alteraciones de tipo cognitivo y por lo tanto dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria son las secuelas del VIH. Para Manizales se ha calculado una prevalencia de infección por VIH entre los 15 y 49 años de 0.06%.

Por otro lado, de acuerdo al perfil epidemiológico de la ciudad de Manizales, las primeras causas de mortalidad en toda la población están representadas en las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares.

La violencia es otra de las causales de secuelas de tipo neurológico. Este fenómeno ha afectado a los jóvenes y adultos, sobre todo a los hombres entre los 15 a 44 años, siendo los más afectados los de 20 a 24 años y de 25 a 29 años.

Las alteraciones permanentes de la salud han sido ocasionadas a lesiones del sistema nervioso con 1.570 casos, seguido de alteración

permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con 1.458 y alteración permanente del sistema cardiorrespiratorio y las defensas con 1.063 casos.

Los casos de discapacidad se presentan con mayor frecuencia en personas de estratos bajos de la población. Las causas se centran en falta de educación, accidentes, baja capacidad de respuesta del sistema de salud, violencia, factores congénitos, falta de vacunación, lesiones cerebrales alrededor del parto.

1.2. Funciones corporales que presentan alteraciones

El 22% de las personas discapacitadas presentan problemas en el sistema nervioso, 19% tienen dificultades para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. También sobresalen los problemas visuales (14%) de las personas, del sistema cardiorrespiratorio y defensas 13% y dificultades para escuchar 9,8%.

Para la realización de actividades cotidianas las personas discapacitadas presentan como principales alteraciones: el sistema nervioso 39% equivalente a 174 personas, 26% (115) limitación permanente para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. 13% representado en (57) personas tiene alteración del sistema

cardiorrespiratorio y defensas, el 9% (40) presenta dificultades para ver.

Al evaluar otros aspectos, se encontró que de 1.530 personas mayores de 15 años las dificultades más comunes para el desarrollo de actividad diaria son: 17% de las personas presenta limitación para pensar y memorizar, caminar, correr y saltar. Así mismo, el 9% para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas y también están restringidas para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismas.

1.3. Causa de la discapacidad

48% de los discapacitados desconoce el origen de su discapacidad. Sin embargo, se puede establecer que las principales causas de la discapacidad se dieron por: enfermedad general el 35%, (152 personas) accidentes 7%, y alteraciones genéticas 6%.

A continuación se presentaran unos datos estadísticos extraídos de un estudio realizado por la Secretaria de Salud de Manizales y de Entes de Vigilancia en Salud. Donde se muestra detalladamente información de interés y que es de nuestra competencia además de necesaria para el desarrollo y la contextualización del proyecto de desarrollo que se pretende realizar en la institución NEUROKIDS MANIZALES S.A.S.

INDICADORES DEMOGRAFICOS. MANIZALES 2010		
INDICADOR	Nro.	%
Población total	388525	100,0
Población en cabecera	361328	93,0
Población en resto	27197	7,0
Población femenina	203704	52,4
Población masculina	184821	47,6
Población menor de 15 años	84260	21,7
Población adolescente entre los 15 y 19 años	33121	8,5
Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años)	107840	27,7
Población de 60 y más años	49718	12,8

Personas con discapacidad en el registro según tipo de afiliación de
Caldas:

Personas con discapacidad en el registro según tipo de afiliación. Caldas 2010						
Municipio	Contributivo	Subsidiado	Régimen especial	No asegurado	NS/NR	Total
AGUADAS	32	624	3	83	–	742
ANSERMA	21	95	4	41	1	162
ARANZAZU	227	391	3	134	–	755
BELALCAZAR	14	104	1	18	–	137

CHINCHINA	415	629	15	566	2	1.627
FILADELFIA	2	115	-	38	2	157
LA DORADA	24	232	14	134	1	405
LA MERCED	24	159	2	13	-	198
MANIZALES	2.739	6.370	277	536	174	10.096
MANZANARES	8	163	-	27	1	199
MARMATO	8	45	1	4	2	60
MARQUETALIA	116	175	-	56	-	347
MARULANDA	7	99	-	12	-	118
NEIRA	128	534	6	374	6	1.048
NORCASIA	12	97	-	17	-	126
PACORA	24	225	2	76	-	327
PALESTINA	71	350	-	109	1	531
PENSILVANIA	37	86	4	51	-	178
RISARALDA	26	194	3	58	3	284
SALAMINA	110	341	13	126	1	591
SAMANA	33	524	1	73	-	631
SAN JOSE	15	95	-	15	-	125
SUPIA	48	214	4	107	-	373
VICTORIA	3	75	-	23	-	101
VILLAMARIA	157	32	4	55	5	253
VITERBO	49	114	-	45	-	208
Total CALDAS	4.350	12.082	357	2.791	199	19.779

Personas con discapacidad según sexo y grupo etario.

Grupo de edad	2006		2007		2008		2010		Total
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	
De 1 a 5 años			28	9	2	2	11	4	56
De 6 a 9 años			103	47	6	3	46	22	227
De 10 a 14 años			235	145	19	12	119	76	606
De 15 a 18 años			97	63	11	6	51	25	253
De 19 a 26 años			164	112	35	21	44	41	417
De 27 a 44 años			333	381	58	68	98	171	1109
De 45 a 59 años			410	554	61	101	213	422	1761
De 60 y mas	1	2	767	1046	95	231	449	610	3201
Total	1	2	2137	2357	287	444	1031	1371	7630

Mortalidad infantil Manizales.

MORTALIDAD INFANTIL MANIZALES 2010					
ORDEN	CODIGO	CAUSAS	CASOS	TASA (1000 n.v)	%
1	615	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11	2,80	22,45
2	407	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	8	2,04	16,33

3	403	Retardo del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	6	1,53	12,24
4	404	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	6	1,53	12,24
5	109	Infecciones respiratorias agudas	4	1,02	8,16
6	402	Feto y RN afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	4	1,02	8,16
7	405	Sepsis bacteriana del recién nacido	3	0,76	6,12
8	604	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2	0,51	4,08
9	510	Otros accidentes inclusive secuelas	1	0,25	2,04
10	512	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1	0,25	2,04
11	214	Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	0,25	2,04
12	607	Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	1	0,25	2,04
	700		1	0,25	2,04
	TOTAL CAUSAS		49	12,47	100

Fuente: Certificado Individual de Defunción D630. Cálculos Unidad de Planeación y Epidemiología-Área de Estadística, Secretaría de Salud Pública. Los datos son preliminares.

Nacidos vivos: 3930

Después de exponer estos indicadores, se realizó un análisis según el motivo de consulta en Neurokids Manizales S.A.S. por el cual asisten los usuarios a esta Institución, teniendo en cuenta el diagnóstico médico de la siguiente manera:

1.5. *Motivo de consulta de los usuarios de Neurokids Manizales*

#	Diagnóstico	# usuarios
1	Parálisis cerebral	17
2	Reflujo gastroesofágico	8
3	Trastornos del lenguaje Oral	8
4	Trastornos del aprendizaje	7
5	Leucomalacia	6
6	Autismo	6
7	Malformaciones del SNC	6
8	Disfagia	5
9	Retraso en el desarrollo psicomotor	5

10	Epilepsia	5
11	Retraso en el desarrollo del lenguaje	5
12	Prematurez	4
13	Microcefalia	4
14	Retraso mental	4
15	Síndrome de Down	3
16	Alteración en la integración sensorial	3
17	Síndrome de Wets	3
18	TDHA	3
19	Hipoacusia	2
20	Baja visión	2
21	Desnutrición	2
22	TEC	2
23	Desorganización postural	2
24	Parálisis de ERB	1
25	Demencia frontotemporal	1
26	Visosomatodispraxia	1
27	Neurofibromatosis	1
28	Trauma Raquimedular	1
29	Síndrome de Criduchat	1

2. La conducta en la infancia

2.1 ¿Qué es la conducta?

La conducta es movimiento (Kozloff, 2000), estos dos significados es lo mismo, siempre que empleamos la palabra "conducta", estamos hablando de movimientos del cuerpo. Damos nombres a diversas clases de conducta o de manera de mover el cuerpo. Si movemos los labios, la lengua, las mandíbulas, la garganta y los músculos de la respiración al mismo tiempo de la forma adecuada, decimos que hablamos, o que manifestamos una conducta verbal. Si movemos de modo que se fijan en los de otra persona, decimos que manifestamos una conducta de contacto ocular. Sin un niño mueve los ojos, los brazos y las piernas al mismo tiempo y de una determinada manera, podemos llamar a lo que hace conducta de juego. La conducta de rabieta supone también una determinada manera de mover el cuerpo. Usamos la palabra conducta únicamente cuando hablamos de movimientos que podemos observar realmente (ver u oír).

2.2. ¿Qué no es la conducta?

En este orden de ideas (Kozloff, 2000), nos dice que lo que no sea movimiento y no podamos realmente observar (ver y oír), no se reconoce como conducta.

2.3. *¿Qué cambiamos cuando cambiamos la conducta?*

Cuando observamos a un niño, el problema más importante que lo afecta es su conducta. Enseñar al niño o cambiar su conducta, es algo que no se puede conseguir más que de cuatro maneras:

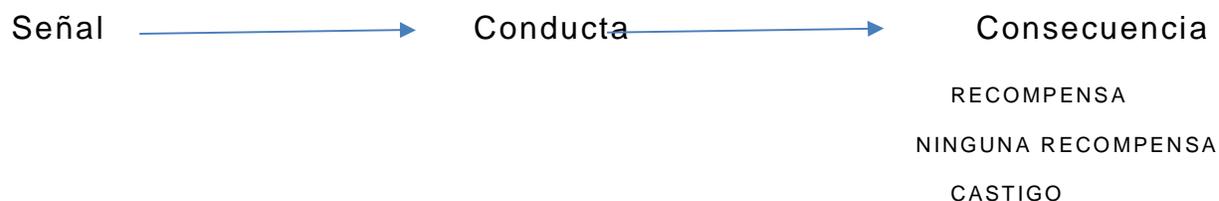
1. enseñándole a que lo haga mejor (o más hábilmente)
2. aumentando la frecuencia de la conducta que desea.
3. Disminuyendo la frecuencia de la conducta que no desea.
4. Enseñándole que realice la conducta en un determinado momento o lugar.

En cierto motivo, sabemos o conocemos ciertas conductas del niño que necesitan cambio, pero debemos garantizar de que el cambio, sea útil para el niño y prolongado en el tiempo, primero debemos enseñar a los niños las conductas más fáciles, por pequeños pasos, aumentando formas %buenas+ de conducta y no solo disminuir las %malas+, tampoco dedicando largo tiempo a una sola conducta, debemos enseñar a los niños más de una conducta simultáneamente.

El niño pequeño todos los días aprende a caminar, a servirse de las manos de los ojos y a hablar. De esta manera, las conductas que se denominan en un área de habilidades ayudan al niño a aprender y a dominar conductas en las demás áreas de habilidades (Kozloff, 2000).

2.4. Señal, conducta y consecuencia

Cuando una conducta se ve recompensada, aumenta; por el contrario cuando una conducta que no va seguida de una recompensa o es ignorada, disminuye lentamente, igual, la conducta que se castiga, disminuye muy rápidamente. Siempre que una persona inicia una conducta (movimiento), ello obedece a que ha recibido una señal (cuando la conducta va seguida por la consecuencia que solía seguir o se supone va a seguir a la conducta), la conducta va siempre seguida de algo que le ocurre a la persona (consecuencia).



2.5. Las recompensas y sus tipos

Las recompensas son aquellas que aumentan aquella conducta a la que suceden o siguen, sobre todo cuando se dan inmediata y frecuentemente. Además, cuantas más veces incide la persona en la conducta, tanta más práctica obtiene en ella. Dicha práctica la ayuda a realizar aquella conducta cada vez mejor o con mayor habilidad. Las recompensas pueden ser INNATAS (primarias), todas aquellas que

suplen una necesidad básica (alimentación, vestido, abrigo, limpieza, etc.), son recompensas poderosas para cambiar las conductas, siempre y cuando la persona realmente tenga la necesidad, si esta necesidad está saciada, dejaran de ser recompensas y se suspenderá la conducta que solía procurarlas. También las recompensas pueden ser ELABORADAS (aprendidas), no innatas, como LA RECOMPENSA SOCIAL como la sonrisa, caricias, las palabras de elogio, una atención por parte de los demás, una palmada en la espalda, una palabra amable etc., estas recompensas hacen que las conductas se mantengan, LA RECOMPENSA DE ACTIVIDAD, estas a su vez se dividen en conductas altas, por ser alta la probabilidad de que se produzcan (escuchar radio, ver la televisión, jugar, leer, asomarse a la ventana, dar una vuelta en el carro, ir a cine, llamar a un amigo por teléfono) y conductas bajas, aquellas que no nos gustan tanto (levantarse por las mañanas, lavar la ropa, lavar los platos, ordenar la habitación, pedir las cosas sin llorar, estudiar, ir a trabajar), aquí lo importante es que la realización de una conducta baja, recompense con la de una alta, y LA RECOMPENSAS GENERALES, son cosas como dinero, fichas, vales, puntos, conseguidos a cambio de un buen trabajo, son cosas que no tienen valor real en sí mismas y que, sin embargo, nos gusta recibir porque puede ser cambiado por otro tipo de recompensa.

Dentro del trabajo se puede ignorar una conducta (la conducta no va seguida de nada), por lo tanto la disminuye, pero únicamente cuando

dicha conducta se mantiene ignorada y, a cambio, se recompensa otra. (Kozloff, 2000).

3. *Apoyo Conductual Positivo (ACP)*

El apoyo conductual positivo es algo más que un conjunto de procedimientos destinados a reducir el comportamiento problemático. Se desarrolló a partir de la perspectiva conductual en los años 80, como una alternativa a los planteamientos basados en el uso de técnicas aversivas y no funcionales. Este planteamiento trata de reducir el comportamiento problemático respetando la dignidad de la persona, potenciando sus capacidades y ampliando las oportunidades del individuo para mejorar su calidad de vida. La intervención basada en esta perspectiva implica que la instrucción ha de partir de los valores de la persona, de un compromiso con resultados que sean significativos desde el punto de vista del estilo de vida que desea el individuo (Koegel, y Dunlap, 1996).

Aunque los elementos esenciales de este planteamiento no aversivo para el control del comportamiento aún están por definir (Horner et al. 1990), ya hay un conjunto amplio de técnicas y estrategias que pueden utilizarse dentro de esta orientación (ver por ejemplo: Carr et al. 1996; Carr, Robinson y Palumbo, 1990; Durand, 1990).

Además del énfasis en el cambio de estilo de vida de la persona y el respeto a su dignidad . lo que da validez social a las intervenciones dentro de esta perspectiva. , otros elementos comunes a los distintos procedimientos utilizados en el apoyo conductual positivo son (Horner et al. 1990), en primer lugar, el uso de la evaluación funcional, no sólo para conocer cuándo es más probable que tenga lugar la conducta problemática y qué sucesos pueden estar manteniéndola, sino también para establecer una vinculación directa entre los resultados del análisis funcional y el programa de intervención.

En segundo lugar, otro de los elementos más importantes es el interés por enseñar a la persona formas adaptativas de alcanzar los propósitos que antes lograba mediante el comportamiento problemático.

En tercer lugar, se da importancia a la manipulación, dentro del programa de intervención, de los sucesos contextuales y de los antecedentes ambientales que pueden influir en la aparición de la conducta problemática.

Cuarto, construcción de ambientes con consecuencias efectivas para la persona. Pero no solo proporcionando reforzadores a las conductas positivas del individuo, sino también incrementando la frecuencia de refuerzos, tanto por la conducta adecuada como de forma no contingente y, además, reconstruyendo la historia de reforzamiento del

individuo, que normalmente es muy limitada, debido a los ambientes tan restrictivos y poco estimulantes en los que vive. Esto ayuda a la persona a restablecer sus relaciones con el ambiente, porque se enriquece el contexto social con sucesos potencialmente positivos para el individuo, lo que facilita el éxito en el programa de intervención.

En quinto lugar, el apoyo conductual positivo implica una distinción entre procedimientos de emergencia o crisis y la intervención que produce un cambio positivo y estable en el tiempo. Esta distinción nos lleva a reconocer la necesidad de disponer de estrategias para responder al comportamiento problemático, de modo que, cuando tiene lugar, no sea peligroso o dañino para el individuo o quienes conviven con él. Son las técnicas de intervención en crisis (Carr et al. 1996).

Pero la verdadera intervención es aquella que enseña a la persona formas adaptativas y estables de lograr sus propósitos, la que produce cambios en el medio social, el estilo de vida y las competencias de la persona, de modo que ésta no vea la necesidad de utilizar comportamientos problemáticos en el futuro.

La puesta en marcha de procedimientos que tengan en cuenta todos estos aspectos hace que la intervención rara vez consista en aplicar una estrategia simple sobre un comportamiento concreto y obliga a que

sea necesaria la manipulación simultánea de diversas variables, tanto contextuales, como relativas al propio individuo.

Así, el apoyo conductual positivo se constituye en una intervención multicomponente, ya que incluye desde la integración del usuario con lesión neurológica en contextos menos restrictivos y más personalizados, hasta la enseñanza de conductas nuevas más funcionales, pasando por proporcionar más oportunidades para elegir actividades y contextos, la reducción de conductas inadecuadas y la formación de los padres de familia. (Horner et al. 1990).

Para lograr que este planteamiento fructifique es necesario poner en marcha un proceso de formación, puesto que los padres de los niños con lesión neurológica no están familiarizados ni con la filosofía que lo sustenta, ni con las técnicas que se utilizan.

La formación, por tanto, ha de ser amplia y diversa, llevándose a cabo de modo que promueva la aplicación del modelo en una gran variedad de condiciones y asegurando un cambio estable en las prácticas de los padres. Además, como se puede deducir, la formación no ha de centrarse únicamente en el dominio de un conjunto de técnicas o procedimientos, sino que debe ir acompañada de valores de calidad de vida, que favorecerán el cambio en los niños y faciliten los esfuerzos de los terapeutas para que se vea el cambio en forma de un estilo de vida

para las personas con lesión neurológica más integrado y satisfactorio para todos.

La formación de los padres se llevará a cabo tomando como base el modelo propuesto por Anderson y colaboradores (1993; 1996). Con este modelo se tratará de dar formación continua, dando oportunidades repetidas de aplicación, revisión, clarificación y expansión de los conocimientos y el material durante todo el proceso de formación.

El programa durará siete meses iniciándose con una charla de 4 horas en donde se expondrán las Tesis fundamentales de la intervención y los niveles de intervención descritos a continuación:

La intervención para cambiar el comportamiento problemático se basa en:

1. La conducta problemática generalmente cumple algún objetivo para la persona.
2. El mismo comportamiento problemático suele tener más de una finalidad y por tanto se requieren múltiples intervenciones en múltiples contextos.
3. Es imprescindible utilizar la evaluación funcional para identificar la finalidad o finalidades de la conducta problemática.

4. Tanto si la conducta problemática tiene una función comunicativa o no, el cambio en los sucesos contextuales y los sistemas de apoyo, ayuda a reducir su frecuencia y severidad.
5. Hay que evitar a toda costa el uso de castigos. La alternativa es reducir al máximo las consecuencias reforzantes de la conducta problemática.
6. Cuando la conducta problemática es muy peligrosa o dañina pueden necesitarse procedimientos de control de la crisis. Pero sabemos que éstos no constituyen una verdadera intervención.
7. El objetivo de la intervención es enseñar conductas adecuadas, no sólo eliminar conductas.
8. No obstante el punto anterior, toda intervención implica cambiar sistemas sociales, no personas.

El último aspecto que se quiere abordar en la formación, se refiere a la necesidad de que el apoyo conductual positivo afecte al sistema existente de prestación de servicios para el control de la conducta. Se trata de tomar conciencia de que la formación debe implicar también la adopción de normas y sistemas de regulación que promuevan la aplicación de este planteamiento no aversivo (Anderson et al., 1993), logrando el compromiso de los padres para que con su actuar fomenten el cambio en otros contextos en donde los niños se desarrollan como la escuela, los centros comerciales, y en general en la comunidad.

Niveles de intervención ante el comportamiento problemático

Los siguientes niveles se refieren a las diferentes opciones con que cuentan los padres para el desarrollo del programa de apoyo conductual.

Nivel 1

Intervenciones espontáneas e inmediatas sobre conductas problemáticas nuevas o sobre las que no hay un programa específico.

Se debe informar a los profesionales sobre estas intervenciones y comportamientos, ya que el trabajo en equipo favorecerá la consecución de los objetivos. Las intervenciones son:

1. Refuerzo positivo contingente de conductas adaptativas
2. Modelado
3. Contrato de Contingencias (no incluido en los niveles 2 y 3)
4. Cambios ambientales (de modo positivo: ganancia o pérdida de beneficios)
5. Extinción
6. Sobre corrección dentro de las actividades que realice el niño
7. Las siguientes formas de intervención en crisis: Ignorar la conducta (sólo cuando sea posible); proteger a la persona o a los otros;

restringir momentáneamente a la persona durante el episodio; retirar a todo el que corra peligro.

Nivel 2

Procedimientos pautados por programas específicos que requieren la participación del Psicólogo, profesionales del equipo interdisciplinario y la familia del usuario. A la que, se le pediría su autorización y colaboración.

1. Refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes o conductas incompatibles
2. Costo de Respuesta (pérdida de puntos, fichas y comidas no esenciales como refrescos, café, golosinas...)
3. Restitución (remediar algo), que no implica forzar físicamente
4. Práctica positiva (practicar la conducta correcta de modo masivo)
5. Tiempo fuera sin exclusión (observacional)
 1. El usuario es retirado de la actividad permaneciendo a la vista del responsable (máximo 5 minutos)
 2. Se retira la actividad que está realizando el usuario (máximo 5 minutos).

Nivel 3

Procedimientos pautados en programas específicos que requieren el conocimiento de todos.

1. Sobre corrección usando guía física (corregir las consecuencias ambientales de la conducta y entonces practicar la conducta alternativa incompatible)
2. Tiempo fuera excluyente
 1. Retirar al usuario a un área fuera de la vista del responsable (máximo 10 minutos)
 2. Retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta abierta
 3. Retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta cerrada (sin cerrar con llave, máximo 10 minutos).

Costo de respuesta (eliminar una actividad agradable para el usuario existente en su plan individual)

Estos criterios establecidos se ajustan a la idea de Horner et al. (1990) que propone un incremento del control por parte de la comunidad y de especialistas externos, así como un endurecimiento de las normas administrativas reguladoras de las intervenciones, en la medida en que aumenta la intrusividad del programa de intervención.

Conocer en detalle la frecuencia y severidad del comportamiento problemático, y los métodos de intervención utilizados por los padres para resolverlos se hace importante para la creación del programa de entrenamiento ya que los mismos padres manifiestan no tener herramientas y los niños con lesión neurológica hasta antes de llegar a la institución no habían recibido ningún tratamiento conductual específico para resolver dichos problemas, considerando como tratamiento conductual el que implica la enseñanza de conductas alternativas al comportamiento problemático (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp y Smith, 1996).

Ante estos comportamientos y la dificultad que tienen las personas que viven con niños con lesión neurológica para orientarlos viene tomando fuerza dentro de la psicología el Apoyo Conductual Positivo (ACP) el cual surge como un enfoque alternativo a los planteamientos clásicos de modificación de conducta basados en el uso de técnicas aversivas y no funcionales, de manera que no es solamente un conjunto de procedimientos funcionales y no aversivos destinados a reducir o a corregir el comportamiento problemático, sino que es un enfoque que va más allá de lo que es el mero análisis conductual y hace hincapié en la modificación del contexto en el que se encuentra el problema.+ (Intervención en conductas problemáticas. *Ricardo Canal Bedi, Universidad de Salamanca, pag.2*).

Aunque la mejora en el comportamiento no es un prerrequisito para mejorar la calidad de vida de las personas, sino que tiene lugar en un contexto de vida rico en experiencias, alternativas, etc. (Anderson, Albin, Mesaros, Dunlap y Morell-Robbins, 1993; Horner et al., 1990). Es uno de los principios en que se basa el apoyo conductual positivo.

5.1 RECURSOS

Recursos Materiales:

Inmobiliario: Institución Neurokids Manizales S.A.S. en la cual se atiende a los niños y se orienta a los padres.

Mobiliario: el cuál será prestado por Neurokids Manizales S.A.S.: sillas, mesas, escritorio.

Equipo tecnológico: Computador, video beam, impresora, internet.

Material o papelería: Lapiceros, lápices, block, resma, resaltadores

Recursos Humanos: Fonoaudióloga Especialista en Neurodesarrollo y Aprendizaje.

5.2 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
Recolección bibliográfica	■	■				
Elaboración del marco teórico		■	■	■	■	
Redacción y transcripción		■	■	■	■	■
Primera entrega para revisión					■	
Entrega final						■

5.3 PRESUPUESTO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UN	VR. TOTAL
Gastos de personal				
Honorarios Fonoaudióloga/ creación de la propuesta	Para la realización de los insumos para la Orientación.	4 meses (medio tiempo)	1500000	6000000
Honorarios Diseñadora del blog	La Ingeniera de sistemas de acuerdo a la temática creará el blog con todos los componentes.	1 mes	600000	600000
Gastos Materiales				
Lapiceros	Tinta negra	5	2000	10000
Lápiz	HB 2	5	2000	10000
Resaltadores	Tinta verde	2	2500	5000
Hojas Papel bond	Resma	2	20000	40000
Block	Tamaño carta 100 hojas	3	3000	9000
Tinta impresora	Negra y colores	2	30000	60000
Equipamiento				
Computador	Mini Acer	1	600000	600000
Impresora	Epson	1	300000	300000
Gastos transporte				
Transporte público	Taxi	20	7000	140000

Otros gastos				
Internet	Búsqueda bibliográfica	100 horas	1000	100000
Gastos de alimentación	Almuerzos y refrigerios	60 almuerzos,	7000	840000
		60 refrigerios: 120	3000	360000
COSTO TOTAL				9.074.000

5.4 MECANISMOS DE EVALUACIÓN

El blog [/apoyoconductualpositivoneurokids.blogspot.com/](http://apoyoconductualpositivoneurokids.blogspot.com/), tiene en cada entrada un espacio para interactuar con el padre de familia, en este espacio el colocará dudas, comentarios, sugerencias, felicitaciones, avances vistos en los niños y todo lo relacionado con el desarrollo y apropiación del entrenamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Charlene Butler, Johanna Darrah. Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2001, 43: 778. 790.

Valverde M., Serrano MP. Terapia del Neurodesarrollo. Concepto Bobath. *Past & Rest Neurol* 2003; 2(2):139-142

Muzaber L., Schapira S. Parálisis Cerebral y el Concepto Bobath de Neurodesarrollo *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1998, vol. 17, Nº 2. (biblioteca UAM)

Harris S. Neurodevelopmental treatment approach for teaching swimming to cerebral palsied children. *Phys Ther.* 1978 Aug; 58(8):979-83. (biblioteca UAM)

Semans S. The Bobath concept in treatment of neurological disorders; a neuro-developmental treatment. *Am J Phys Med.* 1967 Feb; 46(1):732-88. (biblioteca UAM)

Wang R. Chen HI, Chen CY, Yang YR. Efficacy of Bobath versus orthopaedic approach on impairment and function at different motor

recovery stages after stroke: a randomized controlled study. Clin Rehabil. 2006 Feb; 20(2):183. (Biblioteca UAM).

Brown G.T.; Burns S.A. The Efficacy of Neurodevelopmental Treatment in Pediatrics: a Systematic Review The British Journal of Occupational Therapy, Volume 64, Number 5, 1 May 2001, pp. 235-244(10).(Base de datos UAM).

Elizabeth.b.hurlock.desarrollo del niño. (Biblioteca UAM).

Moore/persaud. Embriología médica. (Biblioteca UAM).

Zuluaga. Neurodesarrollo y estimulación. (Biblioteca UAM).

M.Lourdes Macias Merlo, Joaquín Fagoaga Mata, Nuria Pastallé;
%Fisioterapia en pediatría+; McGraw-Hill; Interamericana.

Kozloff, M. A. El aprendizaje y la conducta en la infancia. Problemas y Tratamiento; Martinez roca.

Leaf, Ron. McEachin, John. Esperanzas para el Autismo y dificultades de comportamiento y aprendizaje. Manual de trabajo para padres de

familia y educadores. Estrategias y curriculum del reconocido tratamiento intensivo de autismo A.B.A. Editores,1999.

Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa.

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. Edición Diputación Foral de Álava, 2011

Carr, G.; Horner, R.; Turnbull, A.P.; Marquis, J.G.; Magito-McLaughlin, D.;McAtee, M.; Smith, C.E.; Anderson Ryan, K.; Ruef, M.B. Doolabh, A.; Braddock; D. (1999). *Positive behaviour support for people with developmental disabilities. A research synthesis*. American Association on Mental Retardation, Washington.

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge University.

Goñi, M.J.; Martínez, N.; Zardoya, A. (2007). *Apoyo Conductual Positivo. Algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles*. Cuadernos de Buenas Prácticas . Nº 10. Madrid: FEAPS.

Reid, D.H. and Parson, M.B. (2007). *Positive Behavior Support Training Currículo. Second Edition*. Washington, AAIDD.

Apoyo conductual Positivo. Edita: FEAPS Avda. General Perón, 32
28020 MADRID

Artículos

1. Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. Fernando Castellanos-Pinedo, Manuel Cid-Gala, Pablo Duque, José M. Ramírez-Moreno, José M. Zurdo-Hernández, en nombre del Grupo de Trabajo del Plan de Atención al Daño Cerebral Sobrevenido de Extremadura.
2. Carr, G.; El apoyo conductual Positivo: Filosofía, métodos y resultados.