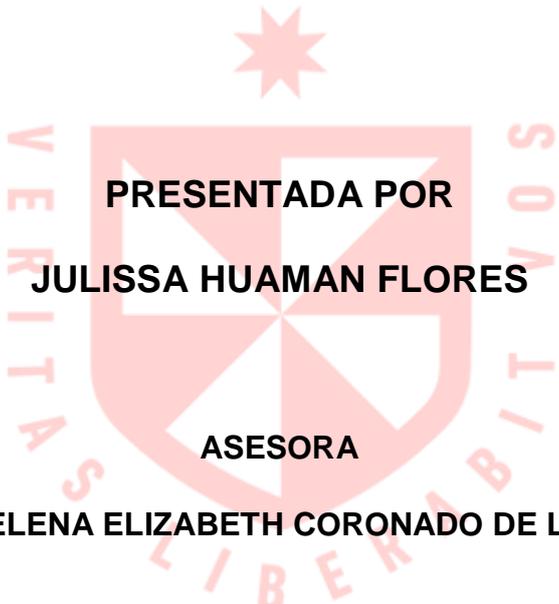


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA
DE ABOTONADO DE CAMISA A UN NIÑO CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**



PRESENTADA POR

JULISSA HUAMAN FLORES

ASESORA

MARÍA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA DE
ABOTONADO DE CAMISA A UN NIÑO CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR:
JULISSA HUAMAN FLORES**

**ASESORA:
DRA. MARÍA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ
[Orcid.org/ 0000-0002-1311-8724](https://orcid.org/0000-0002-1311-8724)**

**LIMA, PERÚ
2023**

DEDICATORIA

Dedico de una manera muy especial a mis padres, quienes han sido una pieza fundamental en todo este proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, los cuales me brindaron toda la motivación para este sueño alcanzado. Además, a mis amistades por el apoyo constante hacia mi persona y a la Dra. María Elena, por su enseñanza y guía en esta investigación.

ÍNDICE

	Páginas
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Resumen del reporte de similitud.....	vi
Introducción.....	vii
Capítulo I: Marco Teórico.....	9
1.1. Trastorno del Espectro Autista.....	9
1.1.1. Antecedentes.....	9
1.1.2. Definición.....	11
1.1.3. Características.....	12
1.1.4. Diagnóstico.....	13
1.1.5. Incidencia.....	15
1.1.6. Clasificación.....	15
1.1.7. Tratamientos.....	17
1.2. Conductas de Autovalimiento.....	18
1.2.1. Definición.....	18
1.2.2. Características.....	19
1.2.3. Funciones de Autovalimiento.....	20
1.2.4. Autovalimiento de abotonado de camisa.....	20
1.3. Conductas de Aprendizaje.....	21
1.3.1. Antecedentes.....	21
1.3.2. Definición.....	21

1.3.3. Tipos de aprendizaje conductual	22
1.4. Análisis Conductual Aplicado	22
1.4.1. Técnicas de modificación de conducta	23
Capítulo II: Presentación del caso	26
2.1. Datos de filiación	26
2.2. Problema actual.....	26
2.3. Procedimiento de evaluación	27
2.4. Informe Psicológico	32
2.5. Perfil funcionamiento psicológico	38
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica.....	41
3.1. Identificación del Problema Específico	41
3.2. Análisis funcional de la conducta del abotonado de camisa.....	41
3.3. Diseño del Programa de Tratamiento.....	43
3.4. Aplicación del Programa de Tratamiento.....	46
3.5. Resultados del Tratamiento y seguimiento.....	48
3.6. Informe del Tratamiento	53
Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones.....	56
4.1. Resumen	56
4.2. Conclusiones.....	57
4.3. Recomendaciones.....	57
Referencias.....	59
Anexos	63

RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Reporte_JULISSA HUAMAN FLORES - ESTUDIO DE CASO CLINICO - EDUCATIVO 2023 (1).docx

AUTOR

JULISSA HUAMAN FLORES

RECuento de PALABRAS

10405 Words

RECuento DE CARACTERES

56184 Characters

RECuento DE PÁGINAS

74 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

5.0MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 25, 2023 6:31 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 25, 2023 6:32 PM GMT-5

● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

Christa Carreras de R.

INTRODUCCIÓN

Se han sido puntualizando el trastorno del espectro autista en casos clínicos y educativos. Los pequeños con este tipo de diagnóstico han presentado necesidad de autovalimiento, considerando que dependen del apoyo de los maestros y/o padres para el cumplimiento de sus tareas cotidianas, generando frustración por la falta de autonomía. Ya a finales del siglo XX, Hegarty (1994) reconoce que los niños con la necesidad especial del trastorno autista muestran miedo a realizar tareas autónomamente, considera que ellos se muestran frustrados al realizar algunas prácticas básicas, como asearse y vestirse, limitándolos a intervenir en esas actividades diarias, automarginándose. De lo dicho por el autor, se puede destacar la dependencia en el abotonado de su camisa, que es una de las variables de este estudio de caso, siendo un proceso rutinario, pero que los niños en su condición especial no son capaces de valerse por sí mismos.

Las conductas de aprendizaje constituyen la variable del programa de abotonado de camisa en niños con niveles de trastorno del espectro autista, el cual se observan carencias en el desarrollo de la habilidad de autovalimiento como en el aseo, alimentación y vestimenta, así como también conductas inadecuadas exteriorizadas mediante de antojo, grito, rebeldía, agresividad, entre otros aspectos negativos que desfavorecen su desarrollo integral, al momento de poner en práctica las habilidades del abotonado.

Se diseña a continuación un programa de abotonado de camisa para incrementar esta habilidad básica en los niños, con estrategias de pasos ordenados y el análisis de esa tarea, mediante la práctica constante todos los niños. Esto sin

olvidar sus necesidades y características para lograr su autovalimiento en el ritmo de cada niño, según su espacio, tiempo y estilo de aprendizaje.

El objetivo es diseñar y aplicar un programa de abotonado de camisa en un niño con autismo, desarrollando las habilidades de su cotidianidad.

Este programa de intervención se ejecutará en los diversos contextos en los que el niño evaluado actuará cumpliendo las tareas de vestirse y abotonarse la camisa, así como en su hogar. En estos dos ambientes se observaron las limitaciones del niño evaluado para poder abotonarse la camisa.

El trabajo está constituido por los siguientes capítulos: Primero es el marco teórico, desarrollando los antecedentes, definición, características, incidencias, clasificación y tratamientos, además de las conductas de autovalimiento la definición, características y funciones del TEA. El segundo consiste en la descripción del caso. El tercero se enfoca en la explicación de intervención terapéutica, que sirve para identificar el problema, su diseño de tratamiento, aplicación del tratamiento y resultados de este. Por último, incluye el resumen, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Trastorno del Espectro Autista

1.1.1. Antecedentes

Esta investigación ha ido evolucionando y trae consigo muchas discrepancias desde las perspectivas y enfoques de los autores, por ejemplo, el investigador Mathesius relata acercamientos conceptuales del TEA en el siglo XVI. Asimismo, el cronista de Lutero mencionó la condición de un niño de 12 años que por sus manifestaciones era un caso severo de autismo, sin embargo, el tratamiento propuesto era el exorcismo (MINEDU, 2017).

Como antecedentes teóricos principales y clásicos se encuentran los trabajos de Kanner (1943) y Asperger (1944), quienes citados por Quiroz et al (2018) son los que brindan un concepto moderno y especializado desde una epistemología universalmente aceptada por el colectivo científico (Russell, 2008).

Se introdujo el término en un inicio por la investigación titulada *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophephenien* (Bleuler, 1995), quien según lo citado por Mandal (2019) creó confusiones con los pacientes de esquizofrenia. Posteriormente, muchos psiquiatras infantiles utilizan de forma intercambiable las etiquetas diagnósticas.

Barthélémy et al. (2019) relata las experimentaciones de Kanner y Asperger en relación a los niños con autismo. Según lo citado, Kanner (1957) en el Hospital John Hopkins experimentó con una docena de niños descubriendo e identificando el autismo

infantil o a temprana edad logró brindar más características como la carencia en el área afectiva, inflexibilidad en establecer rutinas diarias y un retraso en el desarrollo del lenguaje verbal.

Hans explica que hay niños cuya inteligencia y lenguaje no presentan alguna alteración, pero, con la característica de mostrar daños en la interacción social y capacidad comunicativa. Hans indica que en algunas oportunidades se presentan cualidades en distintas áreas intelectuales, lo que demostraba que son simples “retrasados mentales”. (Gabarré De Lara, 2012).

Hans Asperger, empleó el término psicopatía autista en niños. Sin embargo, no fue reconocido este vocablo por el colectivo científico internacional mediante la investigación de Lorna (2002) ocasionando variaciones en dicho concepto con la ayuda de Judith Gold.

Elas muestran su percepción del autismo justificando en un estudio dentro de la ciudad de Londres donde se encontraban pacientes que encajaban al patrón planteado por Kanner y otros sin adecuarse a ese perfil.

Según lo expresa el DSM-5 (2018) la evolución de sus anteriores manuales muestra como el autismo fue teniendo un cambio conceptual muy determinante en el estudio psicológico. En el DSM-1 y el DSM-2 se considera una patología esquizofrénica. En el DSM-3 la American Psychiatric Association transformó la determinación del trastorno psicológico por la categoría de enfermedad, introduciendo la terminología de autismo infantil. En el DSM-4 se define en tres tipos de alteraciones de interacción social, de la comunicación y de patrones de comportamiento. En el DSM-

5 se menciona a los subtipos en una sola categoría como Trastornos del Espectro Autista.

1.1.2. Definición

Actualmente se prefiere usar el término Trastornos del Espectro Autista, desde una dificultad cognitiva y del lenguaje (Barthélémy et al., 2019).

Básicamente el TEA se define como una dificultad de socialización, comportamiento y comunicación de naturaleza neurológica, sin causa determinada, con comportamiento extraños y repetitivos (Hervás & Rueda, 2018).

Encontramos patologías, pero que también se le da la acepción de estar, interpretando que es como estar dentro de sí mismo. Bleuler (1995) citado por la Confederación de Autismo España (2018) considera que lo utilizó inicialmente para describir un trastorno a nivel del pensamiento que fue diagnosticado en esquizofrénicos adultos. Pero, para los intereses de este estudio es importante reconocer a Kanner (1943) que es quien se le da la autoría investigativa del autismo como trastorno infantil.

Están identificados como trastornos generalizados del desarrollo, son patologías neuropsiquiátricas con sintomatologías que surgen previo a los tres años y pueden persistir toda la vida. Se identifica por fallas en lo cognitivo, social y comunicativo, acompañado de comportamientos estereotipados como autoagresiones, ecolalias y apegos rutinarios. Estas características pueden cambiar de intensidad (Murcia et al., 2005)

Es importante entender que dichos comportamientos no ubican como discapacitado a los diagnosticados con TEA, pero si limitan sus interacciones sociales.

En este sentido es considerado un trastorno de la conducta con fundamento en las condiciones biológicas y etiologías relacionadas. Es un problema social porque manifiestan aislamiento, desinterés del contexto, carecen de juegos simbólicos, están dispersos en su contacto visual, casi no reconocen las expresiones de la cara de las personas y presentan un bajo nivel de atención compartida (MINEDU, 2013, p. 9)

1.1.3. Características

El DSM V menciona las siguientes características:

1. Tienen insuficiencias comportamentales en la forma como hacen recíprocas sus manifestaciones emocionales en los diversos contextos sociales en donde participan. Se caracterizan por manifestar poco acercamiento social, con una gran dificultad para realizar conversaciones.
2. Se caracterizan por tener deficiencias comunicativas no verbales, como por ejemplo un muy limitado contacto visual usada dentro en sus interacciones sociales limitadas. Lo cual les dificulta la comprensión del lenguaje corporal de los demás e incluso el propio.
3. Manifiestan dificultadas para adaptarse a las diversas situaciones sociales en las que participan, por ejemplo, en la familia y en la escuela son retraídos y cerrados. Tampoco tienen capacidad social para participar o crear juegos de imaginación.

En el esquema anterior, se hace una breve caracterización en base a los déficits persistentes en lo comunicativo y las interacciones sociales, asumiendo diversos contextos. Sin embargo, en el punto siguiente, referido al diagnóstico, se hace una

ampliación de este contenido, ya que se describen conductas que son también características del TEA.

1.1.4. Diagnóstico

Los siguientes párrafos describen características que sirven para la realización del diagnóstico, siendo criterios especializados que sirven a los psicólogos y otros profesionales para establecer la presencia del TEA. Son básicamente cuatro los escenarios para el diagnóstico según lo establece la Confederación de Autismo de España (2018):

El primero se refiere a los patrones comportamentales restrictivos y repetitivos basados en el interés o la actividad que realice. Por ejemplo, cuando actúa de forma estereotipada, como articular palabras repetitivamente. También tienen conductas de repetición, realizando acciones monótonas, manifestando una rigidez corporal o inflexibilidad. Puede entenderse que realizan ciertas conductas de forma ritualizadas. Gustos tan exclusivos pueden ser considerados poco normales por tener bajo nivel de intensidad o interés. También tienen bajo nivel de reacción a estimulaciones sensoriales, es decir, poco interés por los ruidos, olores, colores y otros factores de su contexto.

El segundo escenario se refiere a que el TEA se puede diagnosticar con mayor facilidad desde la infancia, como bases del desarrollo, no obstante, también surgen en los diversos momentos y contextos sociales en que son superadas sus capacidades.

El tercer escenario se refiere a las sintomatologías que suscitan un detrimento clínico de gran significado social, en el trabajo o cualquier rol de importancia que es realizado con habitual rutina por ellos.

El cuarto escenario hace referencia a las alteraciones que no son explicables por otras discapacidades intelectuales o un retardo general en su desarrollo. Por lo cual se debe comprobar si existen déficits intelectuales, de lenguaje, enfermedad biológica o genética. O si está asociado a trastornos neurológicos de desarrollo, tanto mentales o psicológicos. (Confederación Autismo España, 2018).

De igual forma, OMS (2016) informó de las nuevas clasificaciones internacionales de enfermedades, renovando las pautas para el diagnóstico en el autismo con diversas categorías como Autismo, Asperger, trastorno desintegrativo infantil y demás trastornos.

La OMS en la CIE-11 (2019) determina un par de categorías como descriptivas de las patologías de interacción y comunicación, referidas a los intereses restringidos y comportamientos repetitivos, se excluye en la nueva versión las patologías relacionadas con problemas del lenguaje. Contribuyendo en el diagnóstico del autismo diferenciándolo de las discapacidades intelectuales.

También se considera como característica relevante en el diagnóstico la pérdida de las habilidades sociales previamente adquiridas. Tomando en cuenta este problema se puede decir que el autismo refleja dificultades para aprender, limitando su independencia.

Según Tidy (2021) en algunos casos si puede llegar a suceder que un niño pierda las habilidades sociales que alguna vez tuvo y se halla aproximadamente 1 de cada 4 casos.

1.1.5. Incidencia

La incidencia de casos de autismo ha ido en aumento a nivel mundial, siendo un trastorno que ya es muy conocido por la población; ya en muchas familias y escuelas se hace común el diagnóstico del autismo. Según la OMS (2016), por cada 160 niños existe uno con autismo, con prevalencia en los varones.

En el Perú, según cifras del CONADIS (2018), se menciona que son 15,625 personas con autismo siendo un 80.9% varones. y el 90.6% son niños tomando en cuenta la incidencia de 186 mil individuos con autismo. Existe una Ley de Protección, y el Plan Nacional al 2021, para atender a esta población, ya considerada y tomada en cuenta a nivel gubernamental para un apoyo adecuado.

El autismo tiene incidencia en todo el mundo, pero su análisis es complejo, ya que cada autista es diferente. Existen viejos y nuevos estudios que advierten la posibilidad de que la causa genética sea la base en la incidencia del autismo. Se dice que hay más de un centenar de genes en diversos cromosomas que estarían relacionados con la incidencia del autismo en todas sus variantes (Mandal, 2019).

1.1.6. Clasificación

Según el DSM-5 (2014) cataloga la gravedad en grados de ayuda necesaria para cada uno:

1. Grado tres:

Necesitan una ayuda necesaria.

Inician una interacción social muy limitada.

Intolerancia social con respuestas mínimas.

Firmeza de comportamiento.

Descontrol en la ansiedad intensa.

Rigidez para cambios en el foco de atención.

2. Grado dos:

Necesitan un acompañamiento necesario.

Deficiencias en aptitudes de comunicación social.

Delimitan las interrelaciones.

Disminución de respuestas a la apertura social.

Comunicación no verbal muy excéntrica.

Rigidez de comportamiento.

Inflexibilidad frente a los cambios.

Descontrol en la ansiedad

3. Grado uno:

Necesitan menos ayuda.

Flexibilidad parcial en la comunicación social.

Desinterés en relacionarse con las personas.

Rigidez a los cambios comportamentales.

Dificultad en su autonomía y organización.

1.1.7. Tratamiento

Según Tidy (2021) es amplio y complejo han ido aumentando donde los padres optan rápidamente a ellos sin resultados eficaces.

El diagnóstico a tiempo es el primer factor y depende del manejo adecuado por la familia, la escuela y el especialista. Según Mulas et al (2010), nos revela algunas claves para un tratamiento exitoso:

Tratar prontamente al determinar el diagnóstico.

Hacer una evaluación de las insuficiencias y potencialidades en los casos TEA y en la familia antes de comenzar el tratamiento.

Planificar el tratamiento de forma personalizada o individualizada, considerando fortalezas y debilidades.

El tratamiento debe considerar la participación de la familia.

Se tiene que hacer un estudio del contexto donde vive el individuo con TEA, para considerar y si es conveniente para su situación.

Hacer una evaluación de las posibles respuestas de estos individuos en el tratamiento, con la finalidad de que luego de aplicado el plan se puedan reconocer los progresos.

Existen algunos tratamientos especializados que son muy positivos para dichos casos, entre ellos se pueden mencionar el ABA con el que se tratan problemas conductuales, mediante el análisis experimental. Se utilizan metodologías orientadas

por las circunstancias previas del sujeto, con el objetivo de que un TEA disruptivo no se prolongue toda la vida de forma severa o grave.

Por su parte Barthélémy et al. (2019) recomiendan el tratamiento a través del programa ABA considerado especialmente para conductas problemáticas de aprendizaje, entre ellas el autovalimiento, que es variable principal en este estudio, y que luego se va a ampliar teóricamente.

Otra posibilidad viable de tratamiento para el TEA es la terapia musical, tomando en consideración que la melodía musical es de mucho agrado. Es un factor sensorial que disfrutan en las circunstancias especiales de su interactuar limitado, aunque no significa que sea con otra persona de manera individual, sino con el contexto; mediante la música se pueden trabajar tratamientos basados en conductas de aprendizaje y autovalimiento, por ejemplo, tomar lecciones en una sesión de tratamiento formal de diálogo por turnos (Russell, 2008).

De igual forma la arteterapia, en sus diversos tipos, es un método novedoso y efectivo el cuál conserva predilecciones y aptitudes que generan pensamientos en procesos visuales, en frente de los verbales, ayuda a mantener interacciones, sin necesidad de verbalizaciones (Guillen, 2014).

1.2. Conductas de Autovalimiento

1.2.1. Definición

La conducta de autovalimiento, lo define como la “capacidad de valerse por sí mismo, es decir un conjunto de habilidades que desempeña la persona a realizar actividades diarias como asearse, cambiarse, comer, etc.” (Laynes, 2016)

En consideración institucional el MINEDU (2017) sostiene que las carencias educativas que muestran los alumnos con varias deficiencias se debe dar prioridad al autovalimiento, siendo la obtención de destrezas que faciliten en la vida diaria.

Analizando su perspectiva, la acción psicopedagógica de los estudiantes con variedad de necesidades concierne realizar un entrenamiento del niño y niña en actividades autónomas; instaurando rutinas y aplicando técnicas que ayuden a su desenvolvimiento.

1.2.2. Características

Laynes (2016), menciona las siguientes conductas de autovalimiento:

Autocuidado: Conductas de independencia personal, en alimentación y físico.

Autodirección: referido a las habilidades afines con la autorregulación del adecuado comportamiento.

Habilidades sociales: referido a las reciprocidades en lo social e interpersonal y ayudar a otros.

Independencia particular: referido a las acciones que el individuo tiene capacidad de poder hacer, como las propias de la vida cotidiana de manera solitaria.

1.2.3. Funciones de Autovalimiento

Para Merle (2015) corresponde las:

Conseguir una comunicación adecuada tanto la función del docente y el de los padres para cumplir las actividades diarias.

Formarse en el cuidado de las necesidades individuales.

Involucra que los individuos aprendan las habilidades de autocuidado, y también las habilidades primordiales en casa.

Se requiere como condición la autonomía en la cual la persona puede desenvolverse sin la ayuda de nadie.

Se utiliza en el niño para insertar nuevos aprendizajes.

1.2.4. Autovalimiento del abotonado de camisa

Bardales (2014), la define como una actividad diaria que consiste en el movimiento y coordinación de la mano para dicha realización. Por consiguiente, involucra independencia personal en los estudiantes a través de los siguientes pasos:

Primer paso, agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.

Después, cruzar el botón por los agujeros.

En seguida, deberá continuar ajustando cada uno de los botones.

Por último, deberá revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.

De modo que, la conducta del abotonado de camisa es una capacidad positiva para aprender a independizarse en la vida cotidiana, Es por ello el buen uso del botón

y el ojal para abotonarse la camisa. Por lo tanto, involucra autonomía personal mediante el apoyo de los padres consiguiendo así un mejor aprendizaje.

1.3 Conductas de Aprendizaje

1.3.1. Antecedentes

Asumimos lo que expresa Mandal (2019) sobre los antecedentes de las conductas de aprendizaje. Pávlov, experimentó que no todos los reflejos son innatos y asociando se pueden establecer nuevos reflejos.

Las investigaciones se basan en las teorías de Shmajuk y Holland (1998) demostrando que hallan conexiones: Estimulo-estimulo E-E y de estructuras asociativas modulares. El análisis asociativo sigue realizando investigaciones tanto fisiológicas como conductuales, otros se complementan con otro tipo de procesos. (Quiroz et al., 2018).

1.3.2. Definición

Según Bardales (2014) el aprendizaje de la conducta se considera un comportamiento humano que se puede cambiar mediante el refuerzo, ya sea positivo o negativo, mediante la relación de un estímulo. El refuerzo positivo es dar a alguien lo que quiere para premiarlo por su buen comportamiento y el refuerzo negativo es quitar algo que una persona quiere castigar por su comportamiento inadecuado.

La OMS (2016) lo interpreta como procesos de cambios dados por la experiencia en el comportamiento. Por el cual lo determinan como cambios conductuales en el

individuo. Además, dicha alteración debe ser mantenida. Y otro criterio elemental es que ocurre a través de diversas formas de hábitos.

Dentro de la teoría conductual lo define como el resultado dada por la experiencia en la conducta logrando una adquisición de habilidades mediante la praxis. Estas variaciones deben ser razonablemente objetivos y, por lo cual, deben ser comprobados. (Quiroz et al., 2018).

1.3.3. Tipos de aprendizaje conductual

Según Pérez (2003) menciona los tipos de aprendizaje: el condicionamiento clásico, operante y de observación relacionados a las conductas básicas cognitivas y conductuales.

Por lo tanto, una conducta operante se define como algo que “opera” en el ambiente (Skinner, 1953). Las conductas operantes ocurren de forma espontánea y producen consecuencias en el ambiente. Estas consecuencias “operan” en la conducta a través de premios o castigos y modifican la conducta.

1.4. Análisis Conductual Aplicado

Cooper et al. (2007), lo define como una ciencia en la que busca estrategias de forma sistemática para mejorar la conducta en la vida cotidiana por lo que utiliza la experimentación para identificar las causales de dicho cambio comportamental.

A raíz de ello menciona seis componentes claves:

El primero, que dicho análisis aplicado está respaldado por las actitudes y métodos científicos.

El segundo, los procedimientos de cambio conductual se describen y se equipan de forma sistemática y tecnológica.

El tercero, no se puede determinar cualquier medio, sino que deriven conceptualmente de los principios básicos de conducta.

El cuarto, que el primer plano de dicho método es la conducta socialmente aceptada.

El quinto y sexto, se resaltan dos objetivos inseparables: comprender y mejorar.

Por ende, el análisis aplicado de la conducta busca obtener mejoras significativas en conductas relevantes y ser un aporte en los análisis de los factores responsables para los cambios del comportamiento.

1.4.1. Técnicas de modificación de conducta

a) Incrementar conductas:

- Reforzamientos:

Positivo. Es la relación funcional cuando una respuesta es consecutiva por la presentación de un estímulo y como consecuencia, respuestas similares ocurren con mayor constancia en el futuro.

Negativo. Es la ocurrencia de un resultado que produce la reducción del estímulo y como consecuencia conlleva a un aumento en la futura respuesta.

- Modelado:

Esta técnica es importante para entender la capacidad cognitiva de los individuos el cual intervienen ambos factores imitativos (internos y externos) basado en el aprendizaje de Bandura (1965) con su experimento denominado el niño Bobo el cual tuvo como objetivo la observación e imitación para la

adquisición de nuevas conductas.

- Técnicas de instigación:

Según el estudio de Díaz et al. (2012) designa instigador a la ayuda para facilitar dicha conducta. Señala el uso del lenguaje, con la finalidad de instaurar la conducta. Asimismo, hace referencia en la inducción de una conducta mediante el apoyo físico, tal como, sujetar las manos de la persona para que consiga realizar el movimiento brindado.

b) Instaurar conductas:

Según Cooper et al. (2007), nos brinda a continuación:

- Imitación:

Es un repertorio imitativo que promueve el aprendizaje de nuevas conductas desarrollando destrezas sociales y de comunicación en el niño.

- Moldeamiento:

Es el desarrollo de fortalecer sistemática y diferencialmente las aproximaciones sucesivas a una conducta dada. Esta técnica es empleada en muchas situaciones del día a día para ayudar a los estudiantes en adquirir nuevas conductas.

- Encadenamiento.

Una cadena de conducta implica una secuencia particular de respuestas que llevan al reforzamiento. En cambio, el término de encadenamiento se refiere a diferentes técnicas para enlazar secuencias específicas de estímulos y respuestas para generar nuevas actividades conductuales.

c) Reducir conductas:

Según Martin y Pear (2008) establece las siguientes técnicas:

- Extinción.

Consiste en desaparecer una conducta no deseable el cual dicha condición es que la persona no reciba la atención o reforzador tras la emisión de las conductas desadaptativas.

- Tiempo fuera de reforzamiento.

Consiste en eliminar las conductas indeseables.

- Sobrecorrección.

En este procedimiento está basada en el castigo, desarrollado por Foxx y Azrin (1973), como un método para disminuir la conducta disruptiva en personas con retraso mental en contextos institucionales. Dicha técnica combina los efectos supresores del castigo con los efectos educativos de la práctica positiva, tal como, se le pide al sujeto que se involucre en una conducta que requiera esfuerzo. Presentan dos componentes de restitución y práctica positiva. restitución y práctica positiva.

Capítulo II: Presentación del caso

2.1 Datos de Filiación.

Nombres y Apellidos	: José Karlo
Fecha de nacimiento	: 05/10/2012
Edad	: 9 años y 3 meses
Sexo	: Masculino
Lugar de nacimiento	: Lima - Surco
Escolaridad	: Tercero de primaria
Estado civil de los padres	: Separados
Fecha	: 7, 9, 11, 14, 16 de febrero de 2022
Examinadora	: Julissa Huamán Flores

2.2 Problema Actual.

José Karlo, presenta el diagnóstico del espectro autismo leve.

El niño presenta dificultades en abotonarse la camisa, para lo cual requiere de ayuda para vestirse por sí solo. Además, evidencia baja tolerancia para ponerse la ropa.

Su lenguaje verbal es limitado, a pesar de ello, logra entender indicaciones que se le brindan.

Se evidenció conductas estereotipadas con las manos, sonrisas espontáneas, saltos en momentos de ansiedad y dificultades en la motricidad fina.

No se adaptó en un colegio regular. Actualmente, estudia en una Institución Educativa Especializada donde ha tenido un mejor desarrollo en su aprendizaje.

2.3 Procedimientos de Evaluación

Historia Personal:

La madre quedó embarazada a los 35 años, no fue planificado por ninguno de los padres, sin embargo, fue deseado por ella. Por otra parte, su alimentación no fue la adecuada, se automedicó con pastillas que le indicaba una amiga y refiere no haber tenido un adecuado control médico en la gestación. Asimismo, indica haber sufrido de anemia; presentó amenaza de aborto y fue hospitalizada por una semana.

José Karlo nació por cesárea, a las 41 semanas de gestación, pesando 4 kilos. La madre indica que su hijo tiene todas sus vacunas. Presentó asta del ventrículo derecho ligeramente inflamado.

En relación con la alimentación, la lactancia materna exclusiva se dio hasta los 7 meses, luego hasta el año y medio el cuál fue una lactancia artificial usando el biberón, el destete no fue difícil. Empezó a comer papillas a los 6 meses, luego molido hasta los 8 meses y ya de forma entera a partir del año. La madre menciona que se chupaba su dedo desde los 4 meses hasta los 9 meses y solía morder los objetos como muñecos de plásticos.

Con relación a su desarrollo motor, a los 8 meses mantuvo la cabeza firme; gateó a los 10 meses hasta el año y medio. Indica la mamá que no podía caminar por lo que tuvo que llevarlo a Terapia Física para mejorar su desarrollo motor.

Por otro lado, al año y 7 meses tuvo un mejor control de sus esfínteres donde le quitó el pañal.

Sin ayuda a los 2 años y 3 meses logra pararse adecuadamente. Le dijeron que tenía pie plano, pero en la actualidad no es una dificultad para caminar puesto que el niño camina bastante y siempre acompaña a la mamá a todos lados. La madre indica, que tiene dificultades para agarrar objetos con asas.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, balbuceó a los dos meses. Al año empezó a decir sus primeras palabras. Fue hospitalizado a los 2 años por un cuadro de infección estomacal donde le dieron de alta a los tres días mejorando de salud y que después de salir de alta el niño dejó de hablar. La madre comenta, que su hijo a los 2 años y medio no lograba decir frases de más de dos palabras por el cual comienza a sentir una ligera preocupación en su habla. A partir de los 3 años empezó a pedir con algún gesto lo que quería. Por otro lado, a partir de los 5 años logra imitar más palabras y hasta pedir adecuadamente sus necesidades. Asimismo, indica que el niño no estuvo rodeado de muchas personas, por lo que la madre se hacía cargo de sus hijos por falta de apoyo del padre. En la actualidad hace caso a las instrucciones simples. También, le gusta jugar, y responder a preguntas cortas. Por el contrario, se molesta cuando las preguntas son muy largas y al no poder comprenderlas se frustra.

La madre comenta que a los 3 años el niño tuvo una intervención quirúrgica a la nariz. A esa edad la madre reacciona al darse cuenta de que cada vez que lo llamaba no le hacía caso. A raíz de ello lo lleva al hospital para descartar lo que podría presentar su hijo donde lo derivan al neurólogo infantil el cuál evaluó el caso e indicó el diagnóstico de Autismo a José Karlo.

En cuanto al desarrollo social, la madre menciona que le cuesta relacionarse con personas de su entorno. Pero, que sí le gusta estar con otros niños. Menciona que suele quitar los juguetes a los niños por el cual se molesta y llora cuando se los tiene que devolver.

El examinado ha asistido a distintas terapias cuando tenía 4 años. Durante un año fue para las terapias de lenguaje, ocupacional y sensorial. Asimismo, iba a un colegio regular teniendo problemas en adaptarse lo que desencadenaba crisis en su conducta como llorar y botar las cosas cuando se molestaba. Por tal motivo, la madre decidió cambiarlo a un colegio especializado.

Actualmente, no toma ninguna medicación puesto que los padres están en contra de lo farmacéutico y solo lo integran en terapias. La madre refiere un buen avance en su hijo como en el lenguaje donde ya se le logra entender mejor cuando se expresa.

Puede escribir, dibujar, cortar con actividades que estimulen lo sensorial. Por otro lado, le cuesta tener tolerancia para abotonarse lo cual se desespera colocándose de forma inadecuada la ropa.

Cuando está muy ansioso y alegre lo expresa de forma corporal como saltar, correr de un lugar a otro y mover los dedos de la mano haciendo el sonido de una risa mesurada.

Historia Familiar:

José Karlo pertenece a una familia disfuncional. Por lo que no vive con ambos padres, es el único hijo, la madre y los abuelos les apoya en las tareas del colegio. En la actualidad la relación de ambos padres ha ido mejorando, evidenciándose una mejor preocupación por parte del padre en el desarrollo de su hijo. La madre menciona que no existen antecedentes de Autismo en la familia.

Entrevista:

Durante este apartado demuestra interés, disposición, se mantuvo en su lugar por tiempos cortos, mantenía la mirada de forma espontánea, luego se paraba y empezaba a jugar, por lo que se le indicó que al finalizar recibiría un premio y esto lo animó a quedarse en su sitio. En las pruebas de expresión verbal, se expresaba con dificultad y no formulaba las oraciones adecuadamente y no pronunciaba bien diversos fonemas por lo que mostraba cansancio y se distraía fácilmente. Al finalizar se retiró amablemente y con el premio.

Observación y Registro:

Las evaluaciones se realizaron en el domicilio del evaluado, sin presencia de objetos distractores para que no alterara la actividad dada.

Se registraron las próximas conductas:

- Al brindarle una indicación para hacer una acción se levanta y salta queriendo salir del ambiente de trabajo.
- Al oír ruidos fuertes, se cubre los oídos en su propio lugar sin salir huyendo del mismo.

- Se distrae queriendo buscar algún objeto cuando se le pide armar oraciones o expresar significados. José Karlo, le gusta ir a su colegio y si llega tarde se pone triste.

Reporte de la madre:

La madre manifiesta que su hijo presenta tareas dentro del hogar como: guardar sus juguetes usados, tender su cama, lavarse los dientes, ponerse la ropa. Por otro lado, la madre indica que le ayuda en abotonarse la camisa cuando va al colegio.

Reporte de la profesora:

Refiere que es un niño enérgico, le gusta interactuar con sus compañeros, responde al llamado de su nombre. Por otro lado, indica que tiene dificultades en su aprendizaje por lo que presentar desorden, dificultades en su motricidad fina a la hora de hacer las tareas y le dificulta abotonarse su camisa.

Reporte del terapeuta de Lenguaje:

Refiere que José Karlo le cuesta seguir indicaciones para las actividades. Asimismo, presenta problemas en la pronunciación de los fonemas r, s, t, d, l y en las sílabas trabadas.

Instrumentos psicológicos:

En el área cognitiva se aplicó la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños V (WISC V); el rango de edad es a partir de los 6 años, 0 meses y los 16

años 11 meses en adelante, con un tiempo aproximado entre los 60 y 90 minutos.

Se aplicó la Escala de Evaluación Conductual de Kozloff, que tiene como autor a Martin Kozloff. Contiene 7 áreas y mide conductas problemáticas.

La Escala de Clasificación del Autismo Infantil (CARS), desarrollada por Schopler y Reicher a niños mayores de 2 años. Considerado como una herramienta de detección en casos de trastorno del espectro autista (Oliveira, 2016).

Así pues, se aplicaron las pruebas proyectivas como el Test del dibujo de la Familia de Louis Corman y el Test de la Figura Humana por Karen Machover.

2.4 Informe Psicológico

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos : José Karlo
Fecha de nacimiento : 05/10/2012
Edad : 9 años y 3 meses
Sexo : Masculino
Lugar de nacimiento : Lima - Surco
Estado civil de los padres : Separados
Fecha : 7, 9, 11, 14, 16 de febrero de 2022
Examinadora : Julissa Huamán Flores

Motivo de Consulta

El evaluado y la madre acudieron a consulta porque José Karlo presenta

dificultades en abotonarse la camisa, para lo cual requiere de ayuda para vestirse por sí solo. En esta situación tiene poca tolerancia y logra colocarse mal la ropa.

Logra entender indicaciones que se le brinda a pesar de su limitado lenguaje verbal.

Se evidenció conductas estereotipadas con las manos, sonrisas espontáneas, saltos en momentos de ansiedad.

Observaciones Generales y de Conducta

El examinado vistió adecuadamente para las sesiones, es de contextura delgada y de estatura promedio, muestra breves momentos de dispersión, pero es posible volver a direccionarlos. Durante la evaluación José Karlo siguió las indicaciones, pero no formuló oraciones, en la aplicación de las pruebas que requerían expresión verbal, manifestaba que quería salir porque se sentía cansado. En la evaluación tuvo fijación por un juguete que se encontraba en el aula durante toda la sesión, cuando se le quitó el juguete no mostró oposición. Se evidenció episodios de poco control de flatulencias durante las sesiones.

Métodos y Técnicas Psicológicas

Se utilizó: anamnesis, entrevista, observación, registros, reportes y la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos: WISC – V, Bender, CARS, Kozloff, Test de la Familia y Test de la Figura Humana.

Análisis e Interpretación de los Resultados

Acorde con los resultados realizados el evaluado presentó un CIT de 83

lo cual se ubicó dentro de la categoría medio bajo con un nivel de confianza al 95% con un rango de confianza de 78 a 90, pudiendo llegar al nivel Promedio.

Pero estos resultados se tomaron con precaución ya que existió, una marcada variabilidad Inter test entre las áreas de velocidad para procesar la información, memoria de trabajo en comparación a las áreas de viso espacial y razonamiento fluido, por lo que se recomienda realizar las interpretaciones por separado.

Comprensión Verbal:

El examinado obtuvo un ICV de 89 lo que indicó un desempeño medio bajo caracterizado por un conocimiento léxico deficiente, categorización y conceptualización verbales.

Visoespacial:

Obtuvo un IVE de 94 indicando un desempeño medio, el cual determinó habilidades adecuadas en el procesamiento visual para analizar, sintetizar estímulos visuales y razonar con ellos.

Razonamiento Fluido:

El niño obtuvo un IRF de 94 lo que indicó encontrarse en un desempeño medio. lo cual significó que el evaluado presentó habilidades adecuadas en la capacidad espacial y clasificación para aplicar conceptos como de igualdades y correspondencias.

Memoria de Trabajo:

En IMT obtuvo 72 lo que indicó encontrarse en un nivel bajo. mostrando un desempeño por debajo de lo esperado para procesar y retener información en un contexto inmediato.

Velocidad de Procesamiento:

José Karlo obtuvo un IVP de 66 lo que indicó encontrarse en una categoría muy bajo en comparación con la de otros casos de su misma edad. Demuestra dificultades en desarrollar actividades con fluidez y proactividad que requieran reconocer características específicas.

José Karlo se ubicó en la Categoría Autismo Leve donde obtuvo una puntuación de 32 y en las áreas de Adaptación al cambio, Respuesta emocional y Nivel de actividad, obtuvo puntajes de 3.5, 3.5 y 3 respectivamente; evidenciando desatención y desmotivación cuando la actividad es modificada o a los cambios de su día a día que no le guste, presentó un descontrol emocional de forma cambiante entre llorar y reírse de forma descontrolada y presentó por momentos una energía ilimitada.

En relación con la escala conductual, los resultados con mejor porcentaje de rendimiento fueron en las áreas de lenguaje funcional y de habilidades de imitación verbal con un 64% y 59% respectivamente. Demostró reconocer a los objetos en contestar a preguntas simples, saludar y despedirse, imitar los sonidos, las sílabas y palabras simples que se le indica y se expresa con un lenguaje sencillo dejándose entender. Sin embargo, alcanzó un porcentaje de rendimiento menor de 45% y 46% en las áreas de habilidades de imitación motora y habilidades de escuchar, mirar y moverse respectivamente,

presentando limitaciones para mantener el equilibrio para caminar, correr, saltar y jugar con la pelota. Asimismo, presentó dificultades en realizar encargos por iniciativa propia, para imitar modelos en motores finos y gruesos.

En el área socioemocional, se encontró ubicado en espacio y tiempo, evidenciando inmadurez grafomotora, sin embargo, evidencia indicadores que sugieren que dedica su tiempo a la fantasía tiene necesidad de ser reconocido, se muestra optimista y emocionado por cosas que estén por venir, además presenta una fácil comunicación con otras personas, esto puede estar relacionado con el vínculo que ha establecido con la figura paternal, buscó el amparo protector mezclado con la búsqueda de lo comfortable. Se mostró también como un niño sensible, afectivo con vitalidad; estuvo predispuesto a realizar sus obligaciones, no obstante, también se logró evidenciar que realiza ciertas acciones con el fin de anular algún error que haya podido realizar anteriormente. En la evaluación demostró necesitar excesiva protección y defensa, teniendo temor de manifestar impulsos hostiles, mostrando poco criterio y una actitud dependiente a afectos nuevos en su vida, pero si busca que otros resuelvan sus conflictos no resueltos. Asimismo, se mostró complaciente con los demás.

Conclusión Diagnóstica

José Karlo obtuvo un Cociente Intelectual de 83 que lo ubica dentro de la categoría de Medio Bajo (dentro de los límites esperados). A la vez, se ubica en el nivel Leve de autismo alcanzando un puntaje total de 32. En el área socioemocional se evidenció ansiedad, poca tolerancia a las frustraciones e impulsividad, tiene necesidad de ser reconocido busca el amparo protector

mezclado con la búsqueda de lo comfortable.

Recomendaciones

- Para el examinado:

Realizar un programa de abotonado desde el enfoque conductual.

Terapia de grafomotricidad fina y gruesa.

Asignar responsabilidades en el hogar para José Karlo, y así reforzar su autonomía y confianza.

Talleres ocupacionales y/o artísticos para desarrollar otras habilidades.

Reevaluación neuropsicológica al año para ver sus avances y progresos.

Derivación al médico especialista en trastornos del neurodesarrollo, para el trabajo multidisciplinario y direccionar el trabajo terapéutico, buscando la inclusión social.

- Para los padres:

Asesoría psicológica a los padres y familiares respecto a formas de establecer una buena comunicación y normas apropiadas que faciliten un adecuado manejo de las conductas inadecuadas del niño.

Generar oportunidades para que tenga responsabilidades, acorde a sus posibilidades motivándolo siempre.

Fomentar actividades extracurriculares en el examinado, que le permitan optimizar sus habilidades e incrementar su autoestima (tocar un instrumento, natación y/o manualidades), desarrollando así sus inteligencias múltiples.

- Para la maestra:

Adaptaciones curriculares respetando su ritmo de aprendizaje.

Crear un ambiente favorable para el aprendizaje con material pedagógico visual-lúdico.

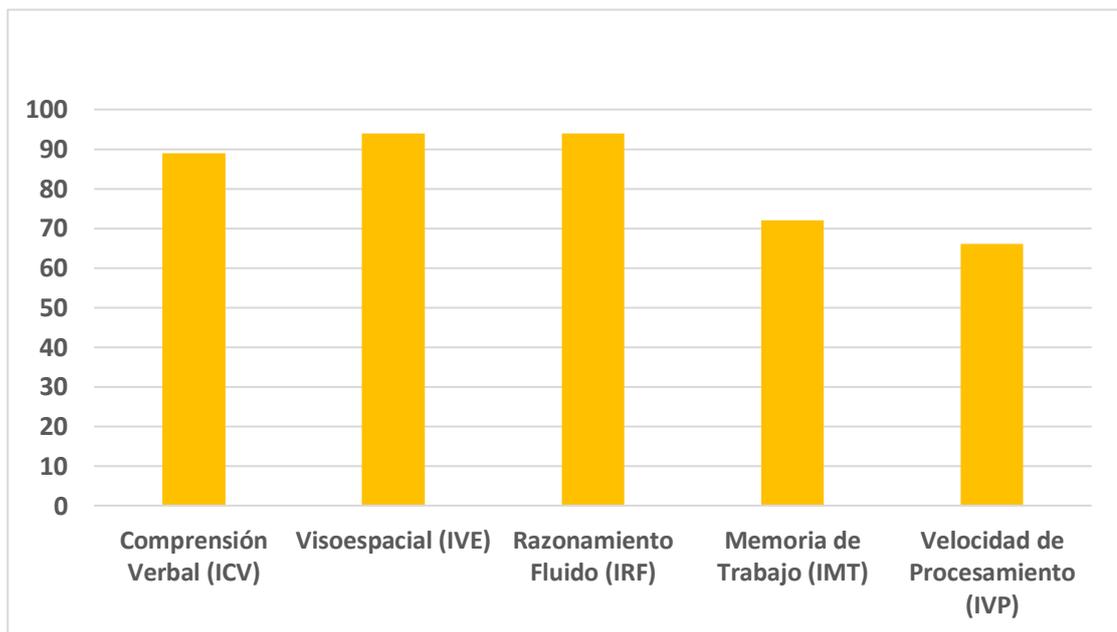
Emplear alternativas y situaciones de reforzamiento en las áreas en déficit.

2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico

Se muestra gráficamente los instrumentos psicológicos que se han evaluado:

Figura 1

Escala de Inteligencia de Weschler para escolar WISC – V

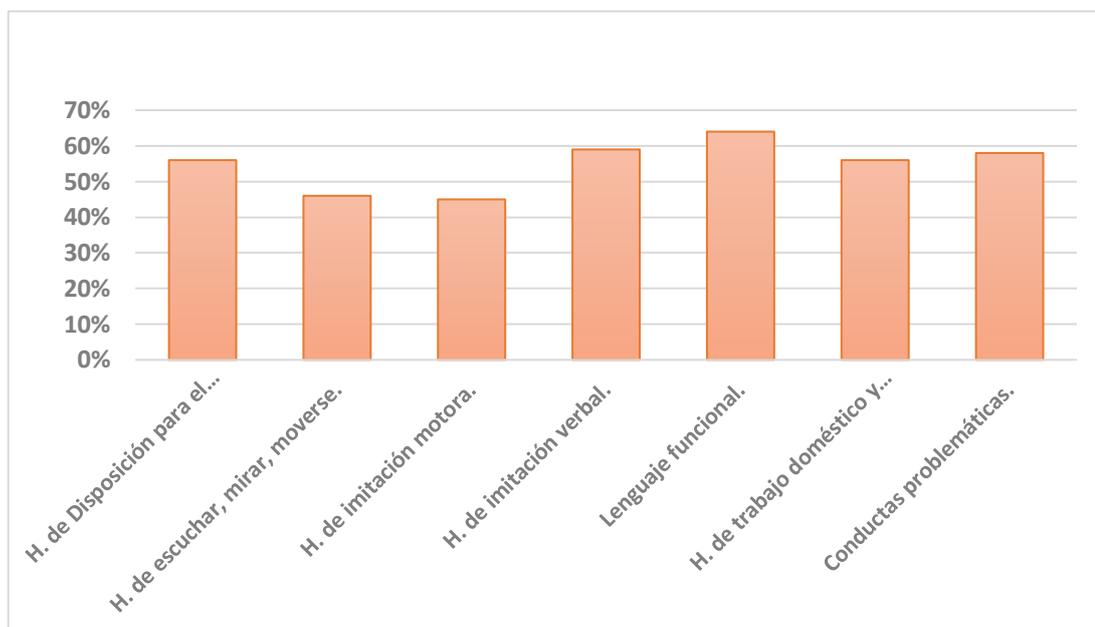


Nota: Puntuaciones por cada área de Weschler.

Se observa que José Karlo alcanzó mayor habilidad en visoespacial y razonamiento fluido.

Figura 2

Evaluación Conductual de Kozloff

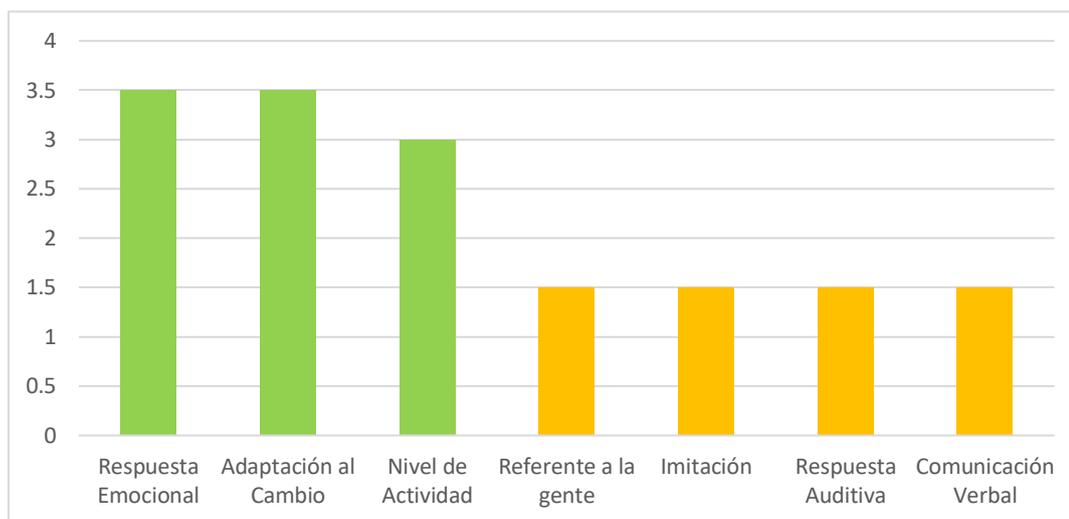


Nota: se observa en porcentajes cada habilidad.

En la figura 2 se indican que las áreas con mejor desempeño están en el Lenguaje funcional y Habilidad de imitación verbal. Y con menor desempeño en Habilidad de imitación motora.

Figura 3

Escala de autismo infantil (C.A.R.S.)



Nota: Las puntuaciones obtenidas en la escala del nivel de autismo.

Se muestra que las áreas con menor desempeño son: Respuesta emocional, Adaptación al cambio, y Nivel de actividad, en comparación con los de mejor desempeño son; Referente a la gente, Imitación, Respuesta Auditiva, y Comunicación Verbal.

Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Identificación del Problema Específico

Después de observar la información y desarrollar el resultado de las pruebas se analizaron las necesidades que presenta el niño, como el abotonarse la camisa. Por tal motivo, se realiza un programa de autovalimiento con la finalidad de que José Karlo obtenga una mejor autonomía. Asimismo, pueda lograr adaptarse al medio y en su independencia personal en aspectos relacionados al abotonado de la camisa, casaca sin apoyo.

3.2. Análisis funcional de la conducta del abotonado de camisa

En consecuencia, de la aplicación del análisis funcional se obtiene los siguientes resultados:

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta del abotonado de camisa

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENTES
En la escuela la tutora la observa y le ordena que se abotone la camisa.	José Karlo intenta abotonarse la camisa, pero no logra abrochárselos.	La tutora le abotona la camisa.
En el aula de Terapia se le indica que se abotone la camisa.	José Karlo presenta dificultades al abotonarse la camisa.	La terapeuta al observarle le ayuda en abrochar sus botones.
En el receso del colegio se le señala que se abroche los botones.	José Karlo no logra abotonarse la camisa.	El auxiliar va enseguida a ayudarlo a abotonarse la camisa.

Nota: Antecedentes, conductas y consecuentes de José Karlo para la acción del abotonado de camisa.

3.3. Diseño del Programa de Tratamiento

Abotonado de camisa a un niño con Trastorno del Espectro Autista

I. Datos Personales

Nombre	: José Karlo
Edad	: 9 años
Grado de instrucción	: Tercer grado de primaria
Diagnóstico	: Trastorno del Espectro Autista

II. Objetivo General

Lograr que José Karlo pueda abotonarse la camisa sin ninguna dificultad para su independencia personal.

III. Objetivo Específico

Abotonar la camisa de manera adecuada ante una sola orden de la instructora con 100% de efectividad.

IV. Definición

El autovalimiento es un conjunto de habilidades que permiten en el niño desempeñarse en diversas actividades de forma autónoma. Por consiguiente, la conducta del abotonado de camisa es la coordinación de la mano que involucra independencia personal cuando sigue los siguientes pasos:

Paso 1: Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.

Paso 2: Cruzar el botón por los agujeros.

Paso 3: Ajustar cada uno de los botones.

Paso 4: Revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.

V. Repertorio de Entrada

Que el examinado cuenta con conductas básicas de atención, seguimiento de instrucciones y no presente impedimentos físicos ni sensoriales.

VI. Repertorio Terminal

El programa finalizará cuando el evaluado sea capaz de realizar solo la conducta mencionada sin ninguna indicación y con efectividad.

VII. Materiales

Se necesitará un molde o plantillas de una camisa para el abotonado, una camisa, hojas de registros y lápiz.

VIII. Ambiente de Aplicación

Aula de clases.

Aula de terapia.

En el recreo.

IX. Técnicas para utilizar

Reforzamiento positivo

Expresa la aprobación de un comportamiento en concreto.

Reforzador social: Cuando el niño logre mantener su atención se le brinda acciones

positivas como halagos, se le dirá “Muy bien, tú puedes” “Muy bien, sigue adelante” e intercambiando con aplausos para que continúe con dicha conducta.

Instigación verbal y físico

Cuando el evaluado se distraiga, con objetos o sonidos de su entorno se le dirá “Vamos, no te distraigas”, sino hace caso a la primera indicación se le tomará de la mano para que continúe e indicándole “Vamos tú puedes”.

Encadenamiento hacia adelante

Lo que se desea lograr es enlazar conductas simples de manera que se forme una secuencia a partir del primer paso y así de manera progresiva. En primer lugar, se ejecuta el primer paso de agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros tratando de no salir del ojal y se obtiene un refuerzo; posteriormente se dirige a la primera conducta seguido de la segunda conducta donde el evaluado deberá de cruzar el botón por los agujeros. Subsiguiente se ejecuta el primer y segundo paso y sucesivamente el tercer paso donde el niño ajustará cada uno de los botones. Así sucesivamente con los siguientes pasos de la conducta hasta formar la cadena completa revisando la ubicación de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.

Modelado

Se basa en la imitación de la conducta realizado por un modelado que ejecute conductas verbales y motoras exactas para el seguimiento de instrucciones.

Estímulos de apoyo

Estos son estímulos que consisten en enseñar al evaluado la totalidad de la respuesta que se espera de él y en forma gradual, se va disminuyendo la muestra hasta ir desvaneciendo hasta que el evaluado pueda generar la respuesta por sí solo.

X. Diseño Experimental

Según Alarcón Reynaldo (1991), expone el diseño bicondicional modelo AB, que encaja el tratamiento tomando en cuenta las dos medidas reiterativas una es la fase inicial "A" para conseguir una línea base "B"; en la fase "A" se efectúa las observaciones y apuntes del diseño para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la fase "B" interviene la variable independiente y registra los cambios de la variable dependiente. Por consiguiente, ante un cambio se tomará en cuenta la acción de la variable independiente.

3.4 Aplicación del Programa

LÍNEA BASE

Se realiza las observaciones en condiciones naturales, como en la hora del receso, en el salón de terapias y en clase; se observó al evaluado con los botones sueltos, el cual se le brinda la siguiente instrucción: "José Karlo, mira lo botones de tú camisa, ¡abotónalos! Este procedimiento se brindará en 4 sesiones.

INTERVENCIÓN

El programa del abotonado de camisa se ha dividido en conductas para poder ser trabajado. Por consiguiente, cada actividad se realiza durante las sesiones. Empleando las técnicas en las siguientes sesiones:

Instrucción verbal: Se realizó durante las sesiones de manera constante cuando el niño se distraiga mirando a otro lado, se le dirá "mira aquí", "no te distraigas", la consigna será con un tono de voz firme. Sino sigue la instrucción verbal se emplea inmediatamente la instigación física.

Instigación física: Se desarrolló en el transcurso de dichas sesiones. Por la cual se tomará de la mano del niño y se hará que continúe realizando la tarea que se le da, retomando de nuevo las instrucciones, se registrará el tiempo cuando el niño

este realizando la tarea que se le encomiendan y se felicita la conducta con verbalizaciones “Muy bien” “Tú puedes” “Te felicito” “Excelente”

Encadenamiento hacia adelante: Fue desarrollado desde la sesión 4 hasta la sesión 10. El cual se irán aplicando las técnicas: modelado, reforzamiento positivo, encadenamiento hacia adelante, instigación verbal y física. El siguiente paso se le brinda la siguiente indicación: “José Karlo, abotona los botones de tu camisa”, mira con atención lo que voy a hacer para que después lo pongas en marcha, se realizará el modelado indicándole lo siguiente: Primero agarramos el botón y lo pasamos por los agujeros y se le entrega para que lo ejecute (A), luego dirigimos por sus agujeros tratando de no salir del ojal, se le guiará con el estímulo instigador (A, B). Asimismo, deberás de cruzar el botón por los agujeros ajustando cada uno de los botones (A, B, C). Se proseguirá reforzando todas las aproximaciones y alentándolo. Se lleva adelante la revisión de la ubicación de cada botón en el orden de los ojales y el cuello (A, B, C, D). Por último, se debe de chequear cada paso para que este bien realizado que cada botón esté en cada agujero.

Para garantizar el aprendizaje del abotonado de camisa, se lleva a cabo la técnica del modelado de la siguiente manera: José Karlo atento a lo que te voy a enseñar; en primer lugar, agarramos el botón, en seguida lo dirigimos por los agujeros tratando de no salir del ojal, luego cruzamos el botón por los agujeros ajustando cada uno de los botones, y finalmente revisamos la ubicación de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.

José Karlo miraste lo que vas a hacer! ¡Ahora es tú turno! Al instante de realizar las conductas del abotonado de la camisa se va instigando y reforzando la conducta.

Desvanecimiento: Se va desarrollando durante las sesiones 10,11 y 12. En esta

fase se irá reduciendo la aplicación de la instigación, quitando los estímulos, hasta que responda a la instrucción verbal “Abotónate la camisa”. El evaluado debe de realizar la conducta en una sola instrucción, sin dejar de reforzar las conductas. Se continuará con la generalización en diversos espacios con la intención de que el examinado siga manteniendo la conducta y consiga replicar en diversos espacios, como en la casa y la escuela.

Evaluación final: Se apunta al igual que la línea base y se llevó a cabo en las sesiones 13, 14 y 15 registrándose la realización de las conductas en un 100% de efectividad.

Seguimiento: Fue aplicado durante las sesiones 16, 17 y 18 para determinar el mantenimiento de la conducta establecida de las cuales se comprobó el logro esperado.

3.5 Resultados del Tratamiento y seguimiento

Fueron conseguidos a través del “Programa de Abotonado de camisa a un niño con Trastorno del Espectro Autista”, a continuación:

3.5.1. Línea Base

Durante las 3 sesiones se registraron las conductas de abotonado de camisa en la tabla 2, se determinó si José Karlo puede abotonarse la camisa solo. En cual se observa en la tabla que en la primera sesión logró realizar solo el primer paso de la conducta y obtuvo un 25%. En la segunda sesión logró el primer paso de la conducta obteniendo un 25%. En la tercera sesión se logra realizar hasta el segundo con 50% del total de conductas.

Tabla 2*Línea base de las conductas por sesiones*

Pasos y sesiones	1	2	3
Agarrar el botón	✓	✓	✓
Cruzar el botón por los agujeros.	x	x	✓
Ajustar cada uno de los botones.	x	x	x
Revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.	x	x	x
TOTAL	1	1	2
%	25%	25%	50%

Nota: Los pasos que se realizaron en las tres primeras sesiones.

3.5.2. Intervención

Se llevó a cabo en un periodo de 6 semanas, teniendo 3 sesiones semanales con una duración de 30 minutos de las conductas observadas para realizar el abotonado de camisa y el cual logre instaurarse en su repertorio de conductas.

Se utilizó un registro por sesiones en la semana. Se dio a conocer que las conductas del abotonado de camisa han ido avanzando satisfactoriamente durante el proceso de intervención. En la tabla 3 se observa la fase de intervención con todos los pasos del abotonado de camisa. En la sesión 4 y 5 desarrolló “Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.” y consiguió un 25%.

En la sesión 6,7 y 8 realizó las conductas “Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal hasta cruzar los botones por los agujeros.” y obtuvo un 50%. En la sesión 9 hasta la sesión 11 logró “Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal, cruzar los botones por los agujeros y ajustando cada uno de los botones.” El cual obtuvo un 75%. Por último, en la sesión 12 trabajó todas las conductas del abotonado de camisa con 100 % de efectividad.

Tabla 3*Intervención de sesiones*

SESIONES	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cruzar el botón por los agujeros.	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ajustar cada uno de los botones.	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓
Revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.	X	X	X	X	X	X	X	X	✓
TOTAL	1	1	2	2	2	3	3	3	4
	25%	25%	50%	50%	50%	75%	75%	75%	100%

Nota: Pasos que se realizaron desde la primera sesión hasta la sesión 12.

3.5.3. Evaluación final

Se efectuó durante 3 sesiones en un tiempo de 30 minutos. En la tabla 4 José Karlo realiza las conductas del abotonado de camisa con ninguna dificultad logrando un 100% de eficacia del total de las conductas desarrolladas.

Tabla 4

Evaluación final

Pasos y sesiones	13	14	15
Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.	✓	✓	✓
Cruzar el botón por los agujeros.	✓	✓	✓
Ajustar cada uno de los botones.	✓	✓	✓
Revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.	✓	✓	✓
TOTAL	4	4	4
%	100%	100%	100%

Nota: Pasos y sesiones como evaluación desde la semana 13 a la semana 15.

3.5.4. Seguimiento

Se desarrolló en 3 sesiones con un tiempo de 30 minutos. En la tabla 5 José Karlo realiza los pasos del abotonado de camisa sin ninguna dificultad logrando un 100% de efectividad del total de las conductas.

Tabla 5

Seguimiento

Pasos y sesiones	16	17	18
Agarrar el botón y dirigirlo por sus agujeros, tratando de no salir del ojal.	✓	✓	✓
Cruzar el botón por los agujeros.	✓	✓	✓
Ajustar cada uno de los botones.	✓	✓	✓
Revisar la ubicación correcta de cada botón en el orden de los ojales y el cuello.	✓	✓	✓
TOTAL	4	4	4
%	100%	100%	100%

Nota: Pasos en el seguimiento desde la semana 16 a la semana 18.

3.6. Informe del Tratamiento

Se efectuó un programa de autovalimiento para abotonarse la camisa en un niño de 8 años con autismo. En el cual se utilizaron diferentes técnicas de modificación de conductas tales como: El reforzador positivo, reforzador social, el modelado,

encadenamiento hacia adelante e instigación verbal y física. En vista que José Karlo presenta dificultades para abotonarse la camisa, se propone ejecutar este proyecto en 4 pasos con la finalidad de que alcance abotonarse la camisa por sí solo y lo ponga en práctica en su vida diaria.

Las 18 sesiones fueron dadas de forma progresiva con normalidad y sin ninguna dificultad, realizando cada paso del proyecto. José Karlo, se mostró colaborador y atento a las indicaciones brindadas. En el transcurso del programa el evaluado realizó los pasos junto con el instructor y al finalizar se retiró feliz pudiendo realizar el abotonado de la camisa solo con satisfacción, alcanzando un porcentaje de 100% del total de las conductas evaluadas. Asimismo, se obtuvo el apoyo de la tutora y terapeuta mientras estaba en clase.

Para empezar, se realizó la línea base en 3 sesiones, en donde se detalla las conductas que puede lograr hacerlo. En segundo lugar, se trabajó la fase de intervención (sesión 4 hasta la sesión 12), en donde se desarrolló con el evaluado paso por paso. En tercer lugar, la evaluación final (sesión 13 hasta la sesión 15), para corroborar si realiza los pasos del abotonado sin dificultad. En cuarto lugar, la fase de seguimiento (sesión 16 hasta sesión 18), para determinar si las conductas evaluadas fueron instauradas sin ningún problema y para terminar se realiza la generalización de las conductas. Durante el proceso se usaron reforzadores sociales y de juguetes favoritos. Estos refuerzos se usaron al terminar la conducta deseada para motivarlo que continúe con las actividades brindadas. Todas estas sesiones se efectuaron en los tres ambientes: En el aula de clase, terapia física y en la hora del receso como resultado de tener un buen logro en el tratamiento del programa.

Se logró el objetivo de instaurar la conducta de autovalimiento del abotonado de camisa por sí solo para su independencia personal, evidenciando una mejor autonomía del agarre del botón con el ojal.

CAPÍTULO IV: Resumen, Conclusiones y Reconocimiento

4.1. Resumen

El presente trabajo explica el caso de un niño diagnosticado con Autismo Leve grado 1 quien estudia en un colegio especializado, logra prestar atención en actividades que sea de su interés, como en los juegos, ver videoclips de sus músicas favoritas, sin embargo, no presentaba la conducta de abotonarse la camisa ya que al darle la indicación se negaba a realizarlo, llegando a molestarse cuando no le salía adecuadamente.

En cuanto el proceso de evaluación y diagnóstico se emplearon técnicas psicológicas como: anamnesis, entrevista, observación y reportes, aplicación de los instrumentos psicológicos como el WISC – V, la prueba Gestáltico visomotor de Bender, el C.A.R.S., Escala de Evaluación Conductual de Kozloff, Test de la Familia y Test de la Figura Humana.

Las sesiones del programa de intervención se desarrollaron en 6 semanas, con 3 sesiones semanales en un tiempo de 30 minutos por cada sesión brindada. Por otro lado, se han observado dificultades a nivel del lenguaje debido a que no expresa bien algunas letras; atención, puesto que por momentos se distrae con algún estímulo externo.

Ante los resultados de la evaluación e identificando las necesidades del evaluado, se constató en aplicar el programa del abotonado de camisa dentro de su repertorio conductual ya que le costaba abotonarse y requería de apoyo externo. Cabe resaltar que es un niño con buenas habilidades de aprendizaje. El objetivo de dicho

programa es que José Karlo pueda abotonarse la camisa sin ninguna dificultad para su independencia personal.

4.2. Conclusiones

Se consiguió el objetivo principal del Programa de intervención, establecer dentro del repertorio de conductas de José Karlo, la ejecución del abotonado de camisa.

Las técnicas del modelado y encadenamiento hacia adelante contribuyeron a instaurar la conducta en el aprendizaje del abotonado de camisa.

Se comprobó que el diseño reversible A-B ayudó a constatar que los resultados obtenidos se debieron al buen uso de las técnicas de modificación de conductas.

Se demostró un mejoramiento en la motricidad fina y visomotora.

Resultó ser eficaz y efectivo el actual programa de autovalimiento para lograr la autonomía del niño y darle más seguridad.

4.3. Recomendaciones

Preservar el uso de reforzadores sociales inmediatamente después de una conducta que se desea mantener promoviendo mayor seguridad y confianza.

Generar oportunidades para que tenga responsabilidades, acorde a sus posibilidades motivándolo siempre.

Replicar las técnicas de dicho programa con distintos miembros de la familia para que todos formen parte del proceso y así mejore el desenvolvimiento de ello.

Persistir en la participación de programas de autovalimiento para su vida diaria.

Desarrollar habilidades y destrezas de motricidad fina a través de diversos materiales manuales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-2®)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-3®)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-1®)*. Washington: APA.
- Bardales, E. (2014). *Estilos de crianza y Desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de una institución educativa estatal. (Tesis de pregrado)*. Lima: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/340>.
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Gaag, R., & Howlin, P. (2019). *Personas con Trastorno del Espectro Autista. Identificación, comprensión, intervención. . Autismo - Europa*.
- Bleuler, E. (1995). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizopphrenien*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- CONADIS. (2018). *PLAN TEA 2019-2021*. Retrieved from <https://conadisperu.gob.pe/observatorio/gestion/2-de-abril-dia-nacional-y-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo/>

Confederación Autismo España. (2018). *La OMS actualiza los criterios de diagnóstico del TEA*. CAE. Retrieved from <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/la-oms-actualiza-los-criterios-de-diagnostico-del-tea>

Guillen, S. (2014). *El método musical Kodaly en su nivel de iniciación como herramienta para favorecer el proceso lecto-escritor de los niños entre 5 y 6 años de edad*. Retrieved from http://www.ilae.edu.co/llae_Files/Libros/20140205152755655561746.pdf

Hegarty, S. (1994). *Educación de niños y jóvenes con discapacidades Principios y práctica*. . París: UNESCO.

Hervás, A., & Rueda, I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro Autista. Trastornos del Espectro Autista*. TEA Menor. Retrieved from <http://www.teamenorca.org/wp-content/uploads/2020/06/Amaia-Hervas-TEA-y-problemas-de-conducta.pdf>

Kanner, L. (1957). *A word to parents about mental hygiene*. University of Wisconsin.

Laynes, D. (2016). *Inteligencia emocional y autovaloramiento en niños con necesidades educativas especiales de I.E Privadas-Públicas de Ica. (Proyecto de investigación)*. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista.

Mandal, A. (2019). *Historia del autismo*. News-medical. Retrieved from [https://www.news-medical.net/health/Autism-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Autism-History-(Spanish).aspx)

Merle, S. (2015). *Aprestamiento y madurez en niños*. Lima: Talleres Gráficos Villanueva.

- MINEDU. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista - TEA*. . DIGEBE - Ministerio de Educación .
- MINEDU. (2017). *Guía para la atención a los estudiantes con discapacidad severa y multidiscapacidad*. Lima: MINEDU.
- Mulas, F., Ros, G., Millá, M., Etchepareborda , M., Abad, S., & Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol.*, 50(3), 77-84.
- Murcia, V., Gulden, F., & Herrup, K. (2005). A question of balance: a proposal for new mouse models of autism. *International Journal of Developmental Neuroscience*(23), 265-275.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Trastorno del Espectro Autista*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *International classification of diseases, 11th revisión. Mental and behavioural disorders*. Retrieved from <https://icd.who.int/es>
- Quiroz, F., Montesinos, L., Contreras, T., Murillo, D., & Ayala, H. (2018). Una breve historia del Autismo. *Rev. Psicol*, 127-133.
- Russell, J. (2008). *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Madrid: Panamericana.
- Rutter , M., & Schopler, E. (1984). *Autismo: reevaluación de los conceptos y el tratamiento. Versión española*. Madrid: Alhambra.
- Shmajuk , F., & Holland , G. (1998). *Conexiones: Estimulo-estimulo E-E y de estructuras asociativas modulares o jerárquicas*. Espasa.

Tidy, C. (2021). *Autistic Spectrum Disorders. Patient.* Retrieved from <https://patient.info/doctor/autisticspectrum-disorders-pro>

Wing, L. (2002). *Smiling at Shadows: a Mother's Journey Raising an Autistic Child (with Junee Waites, Helen Swinbourne).* Londres: Ulysses Press.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es solicitar su autorización para utilizar la evaluación e intervención realizada a su menor hijo en un estudio de caso conducido por Julissa Huaman Flores de la Universidad San Martín de Porres, Facultad de Psicología, Por tal motivo de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

La información será confidencial y sólo será utilizada para fines de este estudio de caso.

Desde ya le agradezco su participación.



Firma del padre o madre/apoderado

Yo Jeny Espinoza autorizo a utilizar los datos de la evaluación e intervención realizados a mi menor hijo para el presente estudio de caso, conducido por Julissa Huaman Flores. He sido informado (a) de que el motivo de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

Reconozco que la información que yo brinde es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los que de este estudio sin mi consentimiento. Puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento.

Finalmente puedo pedir información sobre los resultados de este estudio de caso cuando este haya terminado.

Como señal de conformidad firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO



Firma del padre o madre/apoderado

04/02/2022

fecha

ANEXO B

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTISMO EN LA NIÑEZ

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE MEDICION DE AUTISMO EN LA NIÑEZ

NOMBRE: Jose Karto EDAD 9 años: SEXO M
FECHA DE NACIMIENTO: 05/10/2012
GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria
EVALUADOR: Julissa
FECHA DE EVALUACION: 16/02/12
INFORMANTE: Hama

<u>AREA</u>	<u>PUNTAJE</u>
I. REFERENTE A LA GENTE	<u>1.5</u>
II. IMITACION	<u>1.5</u>
III. RESPUESTA EMOCIONAL	<u>3.5</u>
IV. USO DEL CUERPO	<u>2.5</u> <u>2.5</u>
V. USO DE OBJETOS	
VI. ADAPTACION AL CAMBIO	<u>3.5</u>
VII. RESPUESTA VISUAL	<u>2.5</u>
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	<u>1.5</u>
IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO	<u>1.5</u>
X. MIEDO O NERVIOSISMO	<u>2.5</u>
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	<u>1.5</u>
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	<u>1.5</u>
XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD	<u>3.0</u>
XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL	<u>1.5</u>
XV. IMPRESIONES GENERALES	<u>1.5</u>
SUMATORIA TOTAL	<u>32.0</u>

DIAGNOSTICO :

ANEXO C

ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS

WISC-V

Cuadernillo de anotación

Cálculo de la edad cronológica

	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación	2022	2	11
Fecha de nacimiento	2012	10	5
Edad cronológica	9	4	6

Nombre: Jose Karlo

Examinador: Julissa

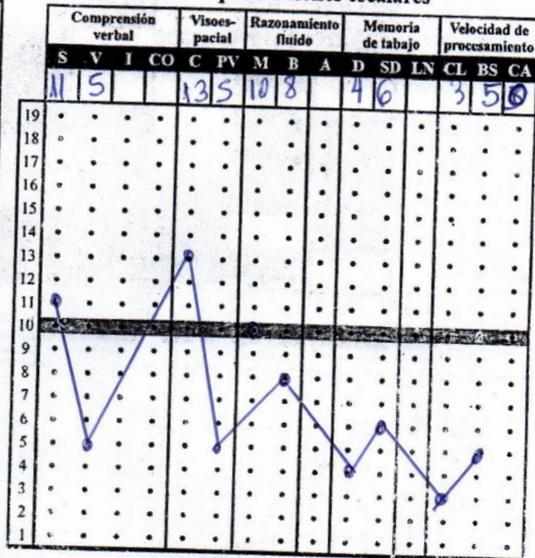
Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

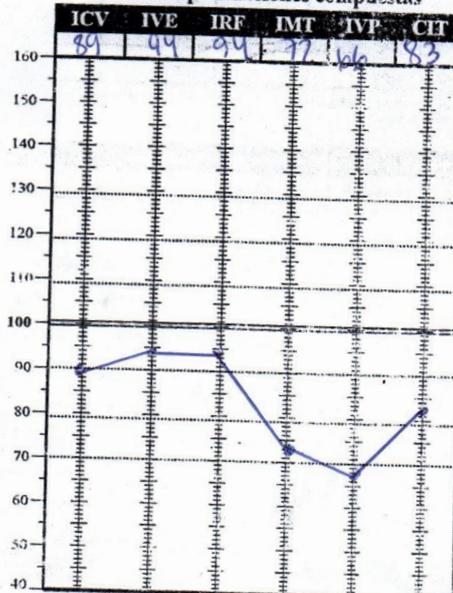
Prueba	PD	Puntuación escalar				
Cubos	34		13			13
Semejanzas ✓	28	11				11
Matrices	18			10		10
Dígitos	12				4	4
Claves	12					3
Vocabulario ✓	16	5				5
Balanzas	16			8		8
Puzles visuales	18		5			(5)
Span de dibujos	18				6	(6)
Búsqueda de símbolos	12					5 (5)
Información	0					(1)
Letras y números	0					(1)
Cancelación	0					(1)
Comprensión	0					(1)
Aritmética	0					(1)
Suma puntuaciones escalares	16	18	18	10	8	54

Comp. Verbal Visoesp. Razon. Mem. Vel. Escala
verbal espacial fluido trabajo proces. total

Perfil de puntuaciones escalares



Perfil de puntuaciones compuestas



Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma punt. escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza 90% e 95%
Comprensión verbal	16	ICV 89	23	82-99
Visoespacial	18	IVE 94	34	86-103
Razonamiento fluido	18	IRF 94	34	86-103
Memoria de trabajo	10	IMT 72	3	66-83
Velocidad de procesamiento	8	IVP 66	1	61-79
Escala total	54	CIT 83	13	78-90

ANEXO D

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL



Escala de Evaluación Conductual De Martín Kozloff

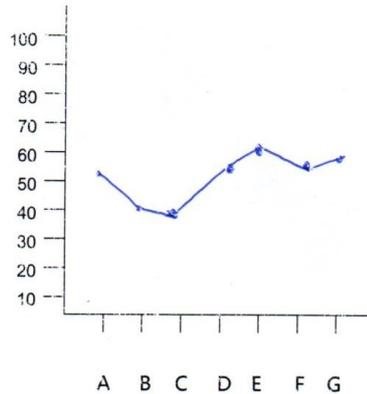
HOJA DE RESUMEN

Nombres y Apellidos: Jose Karlo
 Edad: 9 F. de Nacimiento: 05 / 10 / 2012 F. Evaluación: 14 / 02 / 22
 Motivo de la Evaluación: _____ Examinador: Jilissa

RESULTADOS:

ÁREAS	PUNTAJE MÁXIMO	P. D.	RENDIMIENTO
A. Habilidades de Disposición para el Aprendizaje.	16	9	56%
B. Habilidades de escuchar, mirar, moverse.	52	24	46%
C. Habilidades de imitación motora.	20	9	45%
D. Habilidades de imitación verbal.	22	13	59%
E. Lenguaje funcional.	28	18	64%
F. Habilidades de trabajo doméstico y autonomía.	18	10	56%
G. Conductas problemáticas.	40	23	58%

PERFIL:



ÁREAS

- A: Disposición para el aprendizaje
- B: Mirar, escuchar, moverse
- C: Imitación motora
- D: Imitación verbal
- E: Lenguaje funcional
- F: Trabajo doméstico de autonomía
- G: Conductas problemáticas

TABLA DE VALORES

SÍ	A VECES	NO
2 Puntos	1 Punto	0 Puntos

OBSERVACIONES:

.....

.....

ANEXO E

FICHA DE ANAMNÉSIS



Centro Psicológico especializado

ANAMNESIS CLÍNICA- EDUCATIVA

Estimado Padre de Familia:

El siguiente cuestionario que deberá completar a continuación nos permitirá conocer la historia, el ambiente familiar en el cual se ha desarrollado hasta en la actualidad su hijo/a. Es por ello importante que dicha información que brinde sea acorde a la realidad, por lo que agradeceremos responda a cada una de las preguntas que se plantean. Esta información es confidencial solo para uso terapéutico.

Nombre completo: Jose Karlos Fecha: 06/02/22
Lugar y Fecha de nacimiento: Lima Edad: 9 año
escolar 2022: Tercer grado informante: Madre

1. En la actualidad qué le preocupa de su hijo/a tanto en lo conductual como en lo escolar. ¿Desde cuándo se presenta el problema? ¿Con quiénes, en qué espacios y la frecuencia con la que se presenta la dificultad?

Me preocupa que no pueda ser autónomo
a la hora de abrocharse suele molestarse
para más los abuelos y ellos le dan
todo lo que él les pide.

Antecedentes: ¿Qué evaluaciones has tenido psicológica, neuropsicológica, neurológica, psiquiátrica? Diagnósticos y que tratamiento ha llevado tiempo y frecuencia.

Ha mucho fue al neurólogo y le
indicaron que tenía autismo nivel 1

2. Historia Familiar.

Nombre del padre: Jose Luis Rodriguez Edad: 45
Estudios: Tecnico Ocupación: Publicista
Nombre de la madre: Jeny Espinoza Edad: 40
Estudios: secundarios Ocupación: Vendedora

Separados Convivencia Casados Divorciados Otros hijos
Hermanos
1. _____ edad () 3. _____ edad ()



2. _____ edad () 4. _____ edad ()
Indicar si hubo abortos o nacidos muertos ¿Por qué?

No he habido

Antecedentes familiares neurológicos o psiquiátricos. Ninguno

Otros familiares han sufrido trastornos de conducta y/o aprendizaje. Ninguno

3. Historia Prenatal.

Hubo dificultad en la concepción. Ninguno

¿El embarazo transcurrió bajo vigilancia médica? Si

Durante el embarazo la madre tuvo: Trastornos renales NO Anemia SI

Hipertensión NO Toxemia NO Vómitos NO Accidentes NO

Trastornos cardiacos NO Problemas emocionales SI Sarampión NO

Hemorragias NO Amenaza de aborto SI Otras enfermedades NO

Tuve embarazo de aborto cuando estaba embarazada

Medicación tomada en el embarazo Si

4. Historia Perinatal

Horas transcurridas desde las primeras contracciones hasta el parto. _____

No recuerdo

Lugar del parto (clínica, domicilio,) Hospital.

¿El parto fue natural o inducido? inducido - cesarea

¿Estuvo anestesiada la madre durante el parto? Si

¿Es gemelo, nació el primero? -

¿Nació con el cordón alrededor del cuello? -

¿Lloró enseguida? Si

¿Tenía color normal? Si

¿Fue usado oxígeno? NO

¿Fue un nacimiento prematuro? No

¿Cuánto pesó al nacer? 4 Kg.

Si se practicó ¿Cuáles fueron los resultados del Test de Apgar? _____

No recuerdo el índice de Apgar

¿Qué problemas tuvo la madre durante o inmediatamente después del parto?

Problemas emocionales y de anemia

¿Qué problemas tuvo el niño? —Presentó este del ventrículo

derecho ligeramente inflamado

¿Cuándo el niño dejó la maternidad? (Clínica, incubadora) A los dos días

Cuándo el niño fue llevado al hogar ¿su actividad era normal? Actividad

normal

4. Historia del Desarrollo

¿Cuándo el niño pudo darse vuelta por sí mismo? 10 meses

¿Cuándo pudo permanecer sentado al ponerle así? 8 meses

¿Cuándo se sentó sin ayuda? 1 año

¿Cuándo gateó? 10 meses

¿Cuándo se levantó y se sostuvo de pie? 8 meses

¿Cuándo empezó a andar solo? 2 años

¿Presentó problemas al caminar? Si por lo que fue llevado a Terapia Física.

¿Cuándo comió solo? (Con los dedos, cubiertos, vasos) 6 meses

¿Cuándo aprendió a vestirse solo, abrochar botones, usar cierres, hacer lazos?

4 años

¿Cuándo aprendió a usar el retrete, orinar y defecar, de día y noche? ¿Por qué? ¿Quién le

enseñó? 1 año con 7 meses

¿Cuándo empezó a hablar? (palabras, frases) Al año.

¿Su lenguaje era claro y correcto? ¿Cómo evolucionó? No era claro por

lo que llevaba a Terapia de lenguaje a su hijo.

¿Es diestro o zurdo? diestro.

5. Otros antecedentes

¿Ha tenido problemas en la alimentación? ¿Por qué? No

¿Ha tenido algún trastorno intestinal agudo? (diarrea, cólicos, etc.) No



El niño ha padecido: Sarampión _____ Parotiditis _____ Intoxicaciones _____
Tos ferina _____ Difteria _____ Alergias _____ Traumatismos craneales _____ Otros
traumatismos _____ Meningitis _____ Fiebre alta _____ Encefalitis _____
Varicela _____ Intervenciones quirúrgicas _____ Gripe _____ Rubéola _____
Hospitalizaciones _____ Otras enfermedades _____ *Enfermedad estomacal.*
parásito de perro en el estómago.
¿Ha tenido problemas de sueño? ¿Los tiene ahora? *No*
¿Es muy sensible al ruido? *Si*
¿Ha tenido problemas en los ojos? *No*
¿Ha sufrido ataques o convulsiones con o sin fiebre? *No*
¿Ha reaccionado de forma especial a los medicamentos? *Si, no los*
tolera.
¿Qué problemas presenta? Dolor de cabeza _____ Vómitos _____
Equilibrio _____ Visión doble _____ Debilidad _____ Entumecimiento _____
Otros datos importantes _____

6. Historia Psicosocial

¿Qué dificultades han tenido antes y tienen ahora en la educación del niño?
Dificultades en matemáticas, comunicación.

¿Qué dificultades tiene y ha tenido el niño en sus relaciones y juegos con otros niños?
No le gusta perder.

¿Qué problemas se le notan en su conducta alimentaria?
Ninguno.

¿Demuestra su temperamento con berrinches, rabietas?
Si, cuando algo no le sale bien.

¿Qué le gusta más hacer? *Cortar y pintar*

¿Qué cosas le enfurecen? *Cuando no le sale bien las cosas.*

¿Es hábil en actividades que precisan poco control motor? Por ejemplo, jugar fútbol.
No es muy hábil.



¿Es hábil en actividades que requieren de un alto control motor? Por ejemplo, trabajos delicados.

- Si, es muy detallista para algunas cosas.
- ¿Lanza o recoge pelotas, objetos? Le cuesta
- ¿Le cuesta mantener la atención? Si, bastante
- ¿Parece demasiado impulsivo? A veces
- ¿Le falta autocontrol? Si
- ¿Muerde, pateo, golpea, rompe? Ya No lo hace.
- ¿Lo considera demasiado inquieto, difícil de controlar o hiperactivo? No
- ¿Se molesta cuando pierde en los juegos? Si
- ¿Reacciona de forma desproporcionada frente a los problemas? A veces.

¿Frente a actividades compartidas, sabe esperar su turno, se inquieta con facilidad?

No, le cuesta.

<u>Conducta actual.</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>A VECES</u>
6.1. Acata Ordenes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Cumple roles en casa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Acostumbra mentir	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. Los padres disciplinan por medio de:			
6.5. Castigo físico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6. Retiran lo que más le agrada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7. Conversaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8. Sudar sus manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9. Se come las uñas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 Tiembla mucho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 Tartamudea al hablar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13 Se olvida lo que estudia () ()	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras dificultades:

<u>Conducta de Social:</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>A VECES</u>
6.14. ¿Opina espontáneamente en reuniones familiares o de amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.15. ¿Sale con cierta frecuencia con amigos(as) del barrio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.16. ¿Sale con cierta frecuencia con amigos(as) del colegio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17. ¿Le gusta participar en reuniones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



7. Historia Educacional

¿Ha asistido a sala cuna? NO Presentó dificultades —

¿Ha asistido al jardín infantil, tuvo problemas de adaptación u otros? —

Si, al inicio se se relacionaba con normalidad pero por momentos no toleraba el ruido.

¿Cómo se integró a la escolaridad básica? Asiste a un colegio Especializado

¿Ha cambiado de escuelas? ¿Por qué razones? Si, Por como se relaciona con los compañeros.

¿Qué cree Ud. ¿Que opinan los profesores del proceso escolar del niño? —

Me dicen que estos avanzado a poco lento y que tenga pausas que es un proceso largo

¿Tuvo dificultades para incorporar los procesos de lectura y escritura? —

Si, recién le está llamando la atención.

¿Tuvo dificultades para incorporar las matemáticas? —

Si

¿Cómo han sido sus relaciones en los años anteriores (compañeros y profesores, otros)? —

Antes a veces bien en un aula pero en primero le costaba por lo que se cambió a un colegio especializado.

¿Tuvo la necesidad de realizar interconsulta con un psicólogo, psicopedagogo u otro especialista por dificultades en el proceso escolar o social? —

Si, siempre requiere de apoyo.

¿Actualmente está en tratamiento con algún especialista? —

Por ahora solo tiene sus Terapias en el colegio

¿Cómo ha sido y es actualmente su rendimiento académico? Está en proceso.

¿Considera Ud. que va a gusto a la escuela, si, no por qué? Si, le gusta

mucho



Otro aporte relevante en relación con el contexto escolar _____

8. Actividades Recreativas

¿El niño juega en la casa, qué tipo de entretención desarrolla? Le gusta crear muñecos con papeles.

¿Practica algún deporte? No

¿Preferentemente juega con niños de su edad, mayores o menores?
Con niños menores.

¿Es capaz de entretenerse solo, con juguetes, lecturas, otros? A veces sí.

¿Comparte actividades recreativas con los hermanos, primos, padres? No.

Alteraciones en el tiempo (nacimiento/s de hermano/s, separación, muerte, otros)

Relaciones interfamiliares actuales. Especifique.

¿Qué espera usted de su hijo/a?

Que se independice que se pueda cambiar solo y que estudie más.

Dinámica familiar.

9.1. Dificultades de los padres a nivel personal

Están repenados.

9.2. Cosas que les gustaría cambiar a cada uno como padre madre.

Ser más tolerantes y que ambos entiendan
las actitudes de su hijo

9.3. Estilo de cada padre.

Mom: amorosa
Padre: mas firme.

9.4. Relación entre los padres. Conflictos.

Por ahora mejor la relación por el bien del hijo

9.5. ¿Cómo se lleva afectivamente con su padre?

Se quieren mucho, aunque el padre
nos muestra mucho el afecto.

9.6. ¿Cómo se lleva afectivamente con su madre?

Nos llevamos muy bien, siempre me
sigue a donde voy.

9.7. ¿Cómo se lleva afectivamente con sus hermanos?

9.8. ¿Cómo se lleva afectivamente con otro familiar significativo para el niño(a)?

todos lo quieren.

10. LIMITES Y DISCIPLINA: ¿Cómo es? ¿Qué técnicas utilizan?, Cuáles funciona y cuáles no? ¿Cuáles son los problemas de obediencia?, ambos padres se ponen de acuerdo en la disciplina?

Cuando se molesta le digo que
respiremos o vemos algún dibujo. Y si se
pone mal no le doy hasta que se calme.