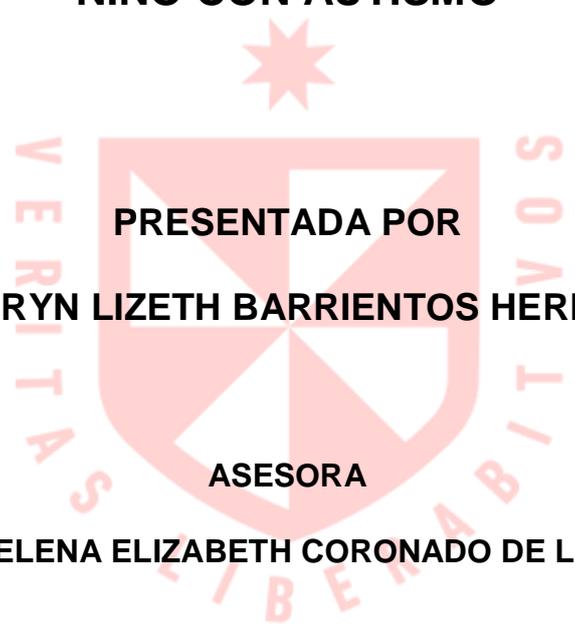


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO:
PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN
NIÑO CON AUTISMO**



PRESENTADA POR

KATERYN LIZETH BARRIENTOS HERRERA

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 PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA DE
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON AUTISMO**

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

**PRESENTADA POR:
KATERYN LIZETH BARRIENTOS HERRERA**

**ASESORA:
DRA. MARÍA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1311-8724>**

**LIMA, PERÚ
2023**

Dedicatoria

A mi familia por su amor
incondicional

Agradecimientos

Agradezco a mis padres, Teodolinda y Pascual, por todo su apoyo y confianza puesta en mí. A mis hermanos, Alejandro y David, por su constante motivación y aliento para conseguir mis metas. De la misma manera a mis amigas, Claudia, Diana, Andrea y Julissa por acompañarme durante todo el proceso y animarme cuando no lo creía posible alcanzar mi objetivo. Y a mi asesora; la Dra. María Elena, por toda su paciencia y constante orientación.

Índice

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Reporte de Turnitin	x
Introducción	xi
Capítulo I: Marco Teórico	13
1.1. Trastorno del Espectro Autista	13
1.1.1. Revisión Histórica.....	13
1.1.2. Definición.....	16
1.1.3. Características	16
1.1.4. Prevalencia y causa	19
1.1.5. Diagnóstico y Detección	21
1.1.6. Intervenciones	25
1.2. Modificación de conducta	26
1.2.1. Sistema de conducta	27
1.2.2. Análisis funcional de la conducta	27
1.2.3. Técnicas conductuales	28
1.2.4. Técnicas para aumentar la conducta.....	29
1.2.5. Técnicas para enseñar nuevas habilidades	29
1.2.6. Técnicas para reducir o eliminar conductas	29

Capitulo II: Presentación de Caso	30
2.1. Datos de Filiación.....	30
2.2. Problema actual	30
2.3. Procedimientos de Evaluación	31
2.4. Informe Psicológico	33
2.4.1. Datos de Filiación.....	33
2.4.2. Motivo de Consulta.....	34
2.4.3- Fuentes de información.....	34
2.4.4. Observaciones	34
2.4.5. Análisis e interpretación de los Resultados	35
2.4.6 Análisis funcional de la conducta	37
2.5.6.1 Las conductas interferentes	37
2.4.7. Conclusión Diagnóstica	38
2.4.8. Recomendaciones.....	38
2.4.8.1. Para el niño	38
2.4.8.2. Para los padres	39
2.5. Perfil del Funcionamiento Psicológico.....	39
Capitulo III: Programa de Intervención Terapéutica.....	42
3.1. Identificación del problema específico.....	42
3.2. Diseño del Programa de Tratamiento.....	42
3.2.1. Programa de Modificación de Conducta Disruptiva en un niño con Autismo.....	42
I. Datos personales	42

II. Objetivo	42
III. Definición.....	42
IV. Repertorio de entrada	43
V. Repertorio terminal.....	43
VI. Materiales	43
VII. Ambiente de Aplicación.....	43
VIII. Tiempo	44
IX. Técnicas para utilizar	44
X. Diseño Experimental.....	44
XI. Procedimiento	45
Capitulo IV: Resultados	48
4.1 Análisis funcional.....	48
4.2 Línea base.....	49
4.3 Intervención.....	49
4.3.1. Semana 1 (sesión 1 y 2).....	50
4.3.2. Semana 2 (sesión 3 y 4).....	51
4.3.3. Semana 3 (sesión 5 y 6).....	51
4.3.4. Semana 4 (sesión 7 y 8).....	52
4.3.5. Semana 5 (sesión 9 y 10).....	52
4.3.6. Semana 6	53
Capitulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	54
5.1. Resumen	54
5.2. Conclusión.....	54

5.3. Recomendaciones.....	55
Referencias.....	56
Anexos	61
Anexo A: consentimiento informado.....	61
Anexo B: protocolo de escala de medición de autismo	62
Anexo C: Escala de Maduración social de Vineland	64

Índice de tablas

Tabla 1 Antecedente, conducta y consecuente.....	38
Tabla 2 Técnicas de modificación por conducta disruptiva	46
Tabla 3 Análisis funcional al querer un objeto deseado	48
Tabla 4 Análisis funcional de auto agredirse.....	48
Tabla 5 Sesiones de línea base	49
Tabla 6 Sesiones de intervención y seguimiento	50

Índice de figuras

Figura 1 Escala de Clasificación del Autismo infantil	39
Figura 2 Escala de Madurez Social de Vineland	39
Figura 3 Escala de evaluación de las conductas adaptativas	40

RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Estudio de caso

AUTOR

Kateryn Barrientos

RECuento DE PALABRAS

11355 Words

RECuento DE CARACTERES

61162 Characters

RECuento DE PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1012.5KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 15, 2023 10:03 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 15, 2023 10:04 AM GMT-5

● 11% de similitud general

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

- 10% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Introducción

El trastorno del espectro autista es una condición que a lo largo de los años ha pasado por varios investigadores con el objetivo de buscar las fuentes etiológicas, determinar las características y definir de forma apropiada el autismo. Con ello en la actualidad se ha logrado tener un conocimiento más amplio del espectro y gracias a los estudios se pudieron determinar las intervenciones más apropiadas según el grado de ayuda que necesite cada persona con autismo. Sin embargo, aún existen profesionales que carecen de conocimiento del trastorno a temprana edad para hacer un adecuado diagnóstico y ofrecer el oportuno tratamiento en niños que tienen el riesgo de padecer esta condición.

Los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) indican un notable incremento en las cifras mundiales sobre el trastorno del espectro autista en los últimos años, siendo así una posible causa los cambios de los indicadores diagnósticos del manual DSM V.

Este trastorno del neurodesarrollo se caracteriza por manifestar deficiencia en la interacción social, en el desarrollo de la comunicación e inflexibilidad en el comportamiento tendiendo a conductas repetitivas y restringidas. Se presenta en la infancia y dura toda la vida, pero en cada persona la aparición de las características varía y son únicas, por ello, se denomina espectro; es una etapa crucial para poder determinar el pronóstico, en qué grado de ayuda se encuentra y sus necesidades asociadas para tener una adecuada intervención y potenciar las habilidades.

La complejidad del trastorno se debe a estas necesidades asociadas con otros trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, la discapacidad intelectual o alteraciones médicas como la microcefalia, por otro lado, es importante recalcar que

en la mayoría de los casos las personas con autismo presentan problemas de conducta entre ellas se evidencian las agresiones a uno mismo o a otros, comportamientos desafiantes, negativista, entre otros.

Para modificar aquellas conductas problemas o disruptivas, existen diversos tratamientos acordes a las características, con el objetivo de que cada niño se pueda incluir en la sociedad, mejorar el desenvolvimiento autónomo y su calidad de vida. En este estudio de caso se observará a un niño con autismo leve, para el cual se utilizarán técnicas de intervención de modificación de conducta, específicamente las de reducción del comportamiento inadecuado que dificulta la interacción social, para ello se elaborará un plan de intervención en modificación de conducta teniendo en cuenta varios tipos de ayudas visuales, verbales, técnicas de anticipación y reforzadores según las necesidades del niño.

Este trabajo consta de 4 capítulos, en el capítulo I se abordó el marco teórico donde se muestra la revisión histórica del autismo, sus definiciones, características, prevalencia, causas, diagnóstico, así como también, el análisis conductual aplicado y las técnicas de modificación conductual. En cuanto al capítulo II la presentación del caso, comenzando con los datos de filiación, siguiendo con el problema actual, procedimiento de evaluación, informe psicológico y terminando con perfil del funcionamiento. El capítulo III, se presenta el programa de modificación de conducta. En el capítulo IV, los resultados y en el capítulo V el resumen, conclusiones y recomendaciones del estudio

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Trastorno del Espectro Autista

1.1.1. *Revisión Histórica*

Durante la historia existieron dos pioneros Kanner y Asperger que se enfocaron a profundidad en investigar el Autismo como tal y no como una característica dentro de la literatura psiquiátrica por Bleuler en 1911, lo cual usaba el término para describir a personas con esquizofrenia en ensimismamiento o pérdida del contacto con la realidad (Reynoso et al., 2017). Por lo contrario, Kanner en 1943 tras la observación a 8 niños y 3 niñas, nos brindó un amplio conocimiento de las características que se presentaban en común como: dificultad para relacionarse, alteraciones en la comunicación como vía de interacción con su entorno, lenguaje ligeramente retrasado, persistencia en mantener su entorno sin cambios, aparición de habilidades especiales, buen potencial cognitivo y reconocimiento de los síntomas desde el nacimiento. Por otro lado, Asperger en 1944 nos daba un alcance de la descripción de una serie de niños con altas capacidades y comportamientos (Celis & Ochoa, 2022).

Martínez (2015), nos menciona que a pesar de que Kanner y Asperger brindaron un amplio conocimiento sobre el autismo para tomar al espectro como un trastorno apartado, aun así, tuvo que pasar varios años después de sus investigaciones publicadas para su consolidación la cual a continuación veremos.

En los años de 1943 al 1963 se empezó a tener especulaciones teóricas de la causa del trastorno del espectro autista, donde se entendía al autismo por una afección con etiología psicógena, lo cual hacía referencia que la condición es producto

de una inadecuada relación afectiva por parte de la progenitora con su hijo. Por otro lado, a pesar de las descripciones específicas de Kanner y Asperger el DSM I determinaba a los niños con autismo, en el diagnóstico reacción esquizofrénica de tipo infantil (Celis & Ochoa, 2022).

En los años de 1963 al 1983 se iniciaron investigaciones científicas en busca de la causa del autismo, y se descartó las hipótesis teóricas de los años anteriores ya que no existía ningún fundamento científico que respaldara la relación del afecto de la madre con el hijo tendría responsabilidad en la existencia del autismo, además en este periodo se empezó a relacionar al autismo con trastornos neurobiológicos y también el DSM- II lo contemplaba al autismo como en el manual anterior, aun pertenecía a la esquizofrenia infantil.

Asimismo, tras el apogeo de la teoría cognitiva de Garner en 1987, empiezan a elaborarse posibles causas psicológicas para el autismo, de igual manera se desarrollan las primeras intervenciones y centros especializados para su atención. Por otro lado, tras la intervención con el análisis funcional de la conducta se pudo observar que las personas con autismo y sus características disfuncionales eran conceptualizadas como anormales y aberrantes que en el tiempo eran caracterizadas como carentes de sentido empezó a verse que cumplían una función.

Lotter (1996) citado en (2015) realizó la primera investigación epidemiológica del autismo encontrando así, que la prevalencia de esta condición era de 4 a 6 de cada 10.000 nacidos. Otro acontecimiento importante de la época fue que se dio el cambio de perspectiva del autismo pasando a un autismo y esquizofrenia infantil a un autismo y trastornos del desarrollo, esto dio un gran inicio para comprender mejor al autismo ya que se empezó a ver que la condición y las alteraciones de la

comunicación, lenguaje, interacción social e imaginación social se expresaban de distintas maneras y que el autismo tenía variaciones dependiendo de las condiciones asociadas como los diferentes niveles de coeficiente intelectual.

En el año de 1983 al 2000 el DSM III y CIE 9 establecen que el autismo es una alteración generalizada del desarrollo, lo cual éste empezó a tener un diagnóstico apartado denominado “Autismo Infantil” y posteriormente el DSM III-R hacia un cambio a “Trastorno Autista”. Asimismo, en esta etapa nace tres hipótesis psicológicas teóricas sobre el autismo, la primera la teoría de la mente de Baron Cohen, lo cual nos brinda una explicación sobre las deficiencias en la comprensión social, comunicación e imaginación; en segundo lugar, se presentó la hipótesis del funcionamiento ejecutivo por Ozonoff donde explicarían la aparición de las estereotipias, la presencia de rutinas e intereses repetitivos; y por último los postulados de la coherencia central débil nos brindaría la comprensión de la perspectiva de las personas con autismo ante los detalles.

Desde año 2000 al 2014 se detalla a profundidad las dificultades del espectro autista y su limitación en la interacción social, así también el conocimiento de las señales tempranas del autismo y los límites de la intervención psicoeducativa. Por otro lado, el DSM IV determinó 5 categorías, encontrando en primera instancia al Trastorno autista, siguiendo el Trastorno Asperger, continuando con el Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil y por último el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Por otro lado, Castelli et al. (2002) publicaron estudios que dieron como resultados la identificación de áreas cerebrales de personas con autismo vinculadas con la resolución de tareas que implica la teoría de la mente y desarrollo típico. Asimismo, estos estudios dieron pase a que crezca el número de

investigaciones de comparación de grupos de personas con el espectro y personas neurotípicas.

Las investigaciones fueron incrementándose e incorporando estudios prospectivos de seguimiento a los bebés determinados con riesgo de padecer autismo, siendo clasificados por las diferentes causas como tener hermanos mayores con dicha condición y los retrospectivos estudios basados en la utilización de videos y poder observar señales tempranas de los niños con autismo

Desde el año 2014 a la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría dio a conocer la nueva clasificación del trastorno del espectro autista y los criterios pasando a englobar todos los trastornos mencionados en el DSM IV a pertenecer en un sólo apartado en el DSM V, asimismo, la clasificación de gravedad está determinada por el nivel de apoyo que necesite la persona con autismo (Hervás et al., 2017).

1.1.2. Definición

Hervás et al. (2017) indican que el TEA tiene origen neurobiológico y por lo tanto es un trastorno del neurodesarrollo que inicia desde la infancia y que se desarrolla de manera crónica toda la vida, afectando la comunicación tanto expresivo y comprensivo, asimismo dificultad en la persistencia de la conductas e interés repetitivos y restringidos, lo cual, puede afectar el desarrollo social y también puede presentarse deficiencias intelectuales.

Por otro lado, Celis y Ochoa (2022) mencionan que el Tea es una afectación neurobiológica, con la principal disminución o alteración en la reciprocidad de interacción con los demás, deficiencias en la comunicación e inflexibilidad del comportamiento en los diversos contextos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) mencionan que el autismo es un conjunto de alteraciones en el comportamiento social, comunicación y el lenguaje, asimismo, dificultades en la flexibilidad presentando conductas estereotipadas y repetitivos. Por otro lado, nos dice que esta condición se manifiesta a temprana edad y se mantiene con el transcurso del tiempo, tras las diferentes alteraciones las personas con autismo tienden a presentar otras afecciones comórbidas como discapacidad intelectual, también la persona con autismo puede presentar condiciones asociadas como la epilepsia, ansiedad, trastornos de déficit de atención.

Reynoso et al. (2017) indicaron que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que afecta los componentes socioemocionales y la flexibilidad para los intereses y conductas repetitivas.

1.1.3. Características

Carrascón (2019) nos indica que tal como fue descrito por Kanner existen características o indicadores en el primer año de vida, sobre todo cuando se presenta un retraso en el desarrollo ya que al no presentarse una alteración a nivel cognitivo y no hay retrasos en el lenguaje la detección temprana de las características del autismo es más compleja y suele determinarse en los años posteriores a la primera edad, cuando el niño se desenvuelve en más ámbitos.

A continuación, se detallan según Carrascón (2019) señales de alerta a tener en cuenta como características precoces de las personas con autismo. En primera instancia encontramos a los síntomas inmediatos los cuales son: la no presencia del balbuceo ni respuestas por medio de gestos ante estímulos brindados por el adulto, falta de pronunciación de palabras sencillas a los 18 meses.

En segundo lugar, tenemos características más frecuentes antes de los 12 meses las cuales son: poca frecuencia de la mirada focalizada a los demás, no tiene reacción anticipatoria cuando va ser cargado, carencia de respuesta ante estímulos de juegos simples, falta de sonrisa social.

Después de los 12 meses se pueden evidenciar características como menor contacto ocular, dificultad para reaccionar al llamado por su nombre, no utiliza gestos para indicar que desea algo, presenta una respuesta inusual ante estímulos auditivos, ausencia de imitación espontánea

Entre los 18 meses a 24 meses se observa dificultad para seguir la mirada del adulto, no seguir la mirada hacia donde otros señalan, deficiencia en el lenguaje expresivo y comprensivo, el juego anormal, y uso de pocas expresiones para compartir afecto hacia otros.

Riviere et al. (1998), nos brindan alcance de indicadores tempranos a tener en cuenta como: la escasa interacción por medio de la sonrisa social, falta de interés en juegos simples con el cuidador, poca frecuencia de dirigir la mirada hacia el adulto, falta de mostrar anticipación ante estímulos de ser cargado o brindar afecto, ausencia de balbuceo social o intención comunicativa.

A su vez dificultad para señalar o pedir algo, ausencia de imitación espontánea, respuestas inusuales ante estímulos auditivos y tendencia a no responder ante el llamado por su nombre, la dificultad para mirar a los ojos o persistir en la mirada, tendencia a presentar juegos repetitivos o rituales, es decir, dificultad para llegar a un juego simbólico y funcional, los niños son resistentes a los cambios de rutinas desde horarios establecidos por cada actividad que realicen a la manera de ejecutar

alguna actividad como la manera que se debe presentar su rutina antes de ir a la escuela.

Por ello, es que también se manifiesta una alteración a situaciones inesperadas o que no son anticipadas, dificultad para seguir instrucciones, pueden tener obsesiones ante objetos o actividades, ante la dificultad de comunicación o lenguaje tienden a llevar de la mano al adulto para obtener lo que desea, dificultad para manifestar sus experiencias vividas ante la pregunta ¿ qué tal tu día o cuéntame qué hiciste hoy?, por ello siempre el adulto es el que tiende a llevar la conversación y así misma para que se mantenga la interacción deben ser expresadas con palabras claras y sencillas para así obtener una respuesta por parte del niño.

1.1.4. Prevalencia y causa

Teniendo en cuenta las últimas estadísticas de últimos 5 años publicadas por el centro Control y Prevención de Enfermedades de los EE. UU han mostrado el aumento que han tenido las personas diagnosticadas con autismo. La primera estimación fue descrita en 1943 donde nos daban datos que de 10.000 nacidos 4-5 eran nacimientos con autismo, posterior al sureste de Inglaterra en los años 60 había una prevalencia de 7 niños por 10.000 tenían tea, por lo cual era una condición que se presentaba esporádicamente. En el Reino Unido los datos indicaron que, de 1964 a 2009, la prevalencia tuvo un aumento significativo de 4/10.000 a 157/10.000 niños), es decir, en los años 60 se evidenciaba una prevalencia de 4-5/ 10.000 y en las primeras décadas del siglo 21 pasamos a 260/ 10.000 alcanzando un crecimiento del 1 a 2 % y en su mayoría varones_(André et al., 2020).

En México en el 2016 se realizó un estudio en búsqueda de la prevalencia del autismo lo cual encontraron que casi 1% de todos los niños en México, que es alrededor de 400,000 tienen autismo.

En el Perú el centro CONADIS nos mostró que al año 2018 se registraron 4528 con diagnóstico TEA, de las cuales con un mayor porcentaje 80% en varones y el restante las mujeres. Asimismo, nos indican que existen 15,625 personas con autismo.

Algunos estudios nos manifiestan que las causas del incremento de personas con TEA pueden ser múltiples, desde la mejora de las condiciones para un diagnóstico adecuado hasta conocimiento de más profesionales y de la comunidad sobre las características del autismo.

López et al. (2019) señalan que en la mayoría de los casos no se conocen las causas del autismo. Sin embargo, muchos expertos creen que este trastorno se produce por una interacción entre factores ambientales y causas posteriores al nacimiento que interactúan con una predisposición genética.

Catassi et al. (2013) afirman que, según la evidencia científica, el autismo es en su mayoría un trastorno heredable. De hecho, es uno de los trastornos neurológicos con mayor influencia genética conocida, siendo su heredabilidad similar a la de la personalidad.

La comprensión del desarrollo de la función y estructura neuronal es fundamental para explicar las anomalías que causan trastornos del neurodesarrollo, como el Trastorno del Espectro Autista (TEA). La complejidad funcional y estructural y del cerebro se relaciona al desarrollo de regiones cerebrales especializadas con tipos de neuronas específicos, las cuales establecen patrones precisos de conexiones

entre ellas (Martínez-Morga et al., 2019). Los trastornos del neurodesarrollo están relacionados con anomalías estructurales que resultan de alteraciones durante el desarrollo embrionario del cerebro, lo que conduce a desviaciones funcionales que se manifiestan tempranamente en la vida. Estas desviaciones se presentan en retraso en el desarrollo psicomotor, discapacidad intelectual y forma de alteraciones en la conducta.

Fernández (2014) expresa que, la causa final no se conoce, pero la mayoría de las investigaciones a familias con más de un familiar con Tea coinciden que hay una base de alteraciones genéticas, es decir, no solo es un gen que se encuentra alterado por ello es más frecuente entre miembros de una familia, especialmente entre hermanos y se encuentra hasta un 60 % de concordancia entre gemelos

Se han encontrado distintos factores de riesgo que van a desencadenar un desarrollo en el cerebro que es diferentes, es decir, tras las investigaciones se han encontrado una alta influencia genética de alteraciones cerebrales que causan las anomalías de la condición, pero también, hay un gran porcentaje donde se evidencia que el factor ambiental influye en el periodo crítico cuando el feto está en el útero, estas pueden ser problemas nutricionales, clínicos, estrés entre otros y no necesariamente solo por consumo de sustancias tóxicas.

1.1.5. Diagnóstico y Detección

Según la American Psychiatric Asociación (APA, 2013) el DSM V indica criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista a tomar en cuenta:

Déficit permanente en la comunicación e interacción social en los diferentes contextos socio comunitarios donde se desenvuelve la persona, siendo los siguientes postulados las formas que se pueden manifestar: dificultad para comprender las

emociones de los demás, las iniciativas sociales se pueden presentar, pero de forma anormal, por el contrario, también la cercanía social pueden no presentarse por la obstrucción de anomalías en el contacto visual y la comunicación no verbal poco integrada y la baja comprensión de las normas o reglas de interacción como por ejemplo el juego.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses que se manifiestan en los siguientes puntos: movimientos o habla repetitivos, insistencia e inflexibilidad en las rutinas, intereses particulares y en ocasiones llegando a una obsesión, asimismo, hiper o hiporreactividades sensoriales a sonidos o texturas de diferentes objetos.

Los síntomas a su vez deben estar presentes en la etapa inicial de desarrollo del infante, deben afectar en la vida diaria de la persona y en los diversos lugares donde se desenvuelve.

No necesariamente se debe comprender al autismo como discapacidad intelectual ya que muchos de ellos que se encuentran en el nivel con menos apoyo, no están afectados de manera intelectual.

Llegar a un diagnóstico del Autismo se requiere varios pasos, incluso a veces los años de experiencia del profesional hace que se pueda lograr diagnosticar con solo la utilización de una entrevista y observación rigurosa, sin embargo, la edad del evaluado depende mucho para poder especificar la gravedad del espectro para ello a continuación se detalla los niveles de gravedad o tipo de ayuda.

En el grado 3 necesita ayuda muy notable, se caracteriza porque la persona tiene déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal, su

repuesta es muy restringida ante la interacción con otras personas y a nivel de comportamiento presenta extrema dificultad a la flexibilidad al cambio u otros comportamientos restringidos. Ansiedad intensa para cambiar el foco de interés.

En el grado 2 el niño presenta una ayuda notable para la interacción social verbal y no verbal, sin embargo, las respuestas ante la socialización sí se presentan, pero con tendencias a hacer atípicas, por otro lado, en cuanto al comportamiento inflexible o restringidos interfieren con la realización de actividades en los diversos contextos, y se presenta malestar al cambio del foco de interés

En el grado 1 tiene dificultad en la reciprocidad social, pueden mostrar interés por socializar, pero sus respuestas son atípicas, lo cual hace que responda mínimamente a los intentos de relacionarse con otros, por otro lado, la inflexibilidad de la conducta hace que las personas con autismo no se puedan adaptar adecuadamente a los cambios y con ello puede traer consigo un problema para su autonomía (APA, 2013).

Reynoso et al. (2017) nos indican que existen niveles de detección en el autismo en primera instancia, se tiene en cuenta la vigilancia del desarrollo esto quiere decir, que al saber los hitos de desarrollo de un infante podremos observar alteraciones o comportamientos atípicos, normalmente suelen ser detectados por los pediatras y los padres, por ello es recomendable que todo profesional sepa las etapas de desarrollo.

En segunda instancia, tenemos la detección específica del TEA quiere decir se encuentra a los niños que son identificados como riesgos o que los hitos de desarrollo no han ido acordes, lo cual se tiene pruebas que ayudan a corroborar el riesgo al padecimiento de la condición como:

M- chat tiene como finalidad detectar tempranamente la posible existencia de un trastorno de espectro autista entre los 18 a 24 meses, su tiempo de aplicación es de 10 a 20 minutos y presenta 23 preguntas.

Q-chat es una lista de verificación del autismo en niños pequeños cuantitativa, es decir, su objetivo es la detección precoz del autismo entre los 18 a 48 meses, su duración de la aplicación es de 10 a 20 minutos y consta de 25 preguntas.

Cars permite un confiable diagnóstico y evaluación de la gravedad del autismo por lo cual se puede aplicar a partir de los 2 años de vida de la persona y el tiempo que demora es de unos 30 a 45 minutos consta de 15 ítems.

SCQ es un cuestionario que nos arroja dificultades a nivel social, comunicación e intereses restringidas repetitivas y estereotipadas por medio de la observación. La duración de la prueba consta de 10 a 15 minutos y se aplica a partir de los 4 años

En un tercer nivel, se realiza la valoración diagnóstica específica del autismo aquí se va dar un diagnóstico certero donde varios especialistas entran a trabajar tanto el neurólogo, psicólogo, pediatra se trabaja en conjunto. Para la ayuda a la confirmación del diagnóstico tenemos las siguientes pruebas:

ADI-R Entrevista para el diagnóstico del autismo- revisada su finalidad es la evaluación profunda de aquellas personas en las cuales se sospeche la existencia de un trastorno autismo, la edad no es crucial siempre en cuando la edad mental del evaluado sea mayor de 2 años. El tiempo de aplicación es de 1 hora.

ADOS 2 es la escala observacional para el diagnóstico del autismo su finalidad como indicamos previamente es confirmar el trastorno, su aplicación es desde los 12

meses hasta adulto y el tiempo de la aplicación consta de 40 a 60 minutos cada módulo.

1.1.6. Intervenciones

Muchos de los casos de autismo acuden a terapia antes de ser diagnosticados, gracias al conocimiento de los indicadores adecuados por cada hito de desarrollo de los padres y profesionales, es así que el especialista recomienda que el niño acuda a intervenciones para estimular sus habilidades mientras se va observando y evaluando los indicadores a nivel socioemocional y conductual para confirmar su diagnóstico de TEA, por lo tanto, una intervención oportuna promueve un mejor pronóstico de las dificultades ya establecidas por la propia condición, asimismo, el diagnóstico precoz es un requisito fundamental para una intervención temprana y estimulación de sus habilidades (Rojas et al, 2019).

Existen varias investigaciones que nos brindan distintas intervenciones para los niños con autismo entre las más relevantes por su comprobación científica y las evidencias de mejora tras el tratamiento encontramos las siguientes:

El Análisis Conductual Aplicado (ABA) se basa específicamente en los principios de modificación de la conducta o el análisis conductual aplicado, tiene como objetivo mejorar los síntomas nucleares del autismo, asimismo se encarga de intervenir en la conducta usando diversas técnicas incrementando así las habilidades sociales, comunicación y debilitando en su totalidad conductas disruptivas o agresivas, así también, mejora los comportamientos inflexibles y busca que los niños con autismo manejen una respuesta más funcional (Valencia-Cifuentes y Becerra, 2019).

La terapia Denver nos indican Rogers y Dowson, (2018) es una intervención psicoeducativa enfocada en edades tempranas de niños de 1 año hasta 5 años y sus objetivos de trabajo enfatizan en el lenguaje, aprendizaje y la motivación social. Sus principios son: uso del estado de ánimo positivo, el juego como marco de la intervención, enseñanza intensiva o consistencia del tiempo. estrategias para las conductas no deseadas.

Por otro lado, tenemos a la terapia enfocada en la teoría de la mente, lo cual tiene como objetivo enseñar habilidades mentalistas donde la persona con autismo comience a anticipar la conducta del otro, participación de acciones conjuntas simples, aumentar el uso de la mirada para pedir cosas, favorecer actividades de atención conjunta y conectar con los demás comprendiendo las emociones, deseos, pensamientos y creencias.

Valdez (2016) menciona que, la intervención por medio del juego es un medio el cual permite el desarrollo de las competencias sociales, comunicativas y de adaptación a los diferentes ámbitos de interacción con los demás.

1.2. Modificación de conducta

En cuestión de intervención de conducta en el autismo se ha visto grandes avances en cuanto la aplicación de técnicas de modificación de conducta, pero de donde proviene y cuáles son sus principios para ello una explicación en primera instancia la tenemos con los experimentos del filósofo Ruso Pavlov (1927, como se citó en Martin, 2008) indicó que, gracias al condicionamiento clásico estudiado en el experimento de la salivación de un perro, se pudo comprender la proximidad de dos estímulos incondicionado y condicionado de las cuales estableció cuatro principios que rigen el aprendizaje: principio de adquisición, generalización, discriminación y

extinción. Por otro lado, tenemos a Skinner que desarrolló la teoría del condicionamiento operante, donde manifestó que el comportamiento humano es más complejo y se debe entender las causas de la conducta y sus consecuencias, brindando así grandes aportaciones de investigaciones individuales de programas de reforzamientos y Thorndike acerca del aprendizaje por causa y efecto, donde postuló que una consecuencia percibida como positiva después de una acción, es probable que vuelva a ocurrir (Martin & Pear, 2008).

1.2.1. Sistema de conducta

Todo comportamiento de un individuo es motivado por algún acontecimiento o estímulo ya sea proveniente del ambiente o del mismo organismo. La conducta refleja es conocida como la conducta clásica lo cual tienen a ser innata o instintiva, su estímulo no está bajo control, por ejemplo, parpadear, bostezar o exaltarse cuando un sonido se escucha fuerte. En cambio, por el otro lado el condicionamiento operante tiene como principio que la conducta es reforzada por el ambiente y una respuesta ante ella trae una consecuencia positiva o negativa

En el análisis conductual, la conducta se puede moldear a través de la manipulación de los estímulos, las consecuencias y el entorno. Asimismo, los reforzadores son circunstancias u objetos que son de agrado de la persona, teniendo la suficiente motivación para lograr que una conducta incremente. Estas pueden ser: tangibles, sociales, actividades y comestibles.

1.2.2. Análisis funcional de la conducta

Una de las principales conductas a trabajar que se pueden presentar en niños con autismo son las conductas disruptivas, como el golpear, autolesionarse, autoestimulación, y conductas interrumpen una buena interacción social con las

personas de su alrededor. Por lo tanto, para poder disminuir y llegar a una extinción de esas conductas es necesario realizar el análisis funcional de conducta, es decir, observar que función cumple en la persona la manifestación de aquella conducta disruptiva, si es para pedir atención, para evitar algo entre otras (Valencia & Becerra, 2019).

Los pasos que se deben seguir son acompañados principalmente por la observación y no sólo con la entrevista a las personas próximas al niño por lo que en primer lugar tenemos que definir la conducta en términos operacionales lo más específicos posible lo que proporcionará que la conducta pueda ser medible por el terapeuta o encargado del registro.

Por ello, a continuación, se verán preguntas que ayudan a reconocer el antecedente, la conducta y la consecuencia siendo primero la definición de la conducta problema pasaremos a observar o entrevistar que cosas estaba haciendo el niño antes de que ocurra la conducta, ejemplo ¿Qué estaba haciendo antes de presentar la conducta? ¿Quién estaba presente?, asimismo, averiguar en donde ocurre la conducta, en la escuela, la casa o en todos los lugares, con quiénes, si ocurre y con quiénes no sucede, cuánto es el tiempo que dura la conducta

Para hallar la consecuencia se debe saber las diferentes reacciones de los adultos ante la conducta manifestada del niño.

1.2.3. Técnicas conductuales

Las siguientes técnicas mostradas a continuación ninguna es mejor que otra, todo depende la función de la conducta o comportamiento que se esté presentando y lo que queremos lograr por ello existen técnicas para incrementar conductas, para enseñar nuevas habilidades y disminuir conductas inadecuadas.

1.2.4. Técnicas para aumentar la conducta

Reforzamiento positivo: consiste en brindar un objeto tangible o intangible que es del agrado del paciente inmediatamente después que emita la conducta objetivo.

Reforzamiento negativo: es el incremento de una conducta a través de la eliminación de un estímulo aversivo.

1.2.5. Técnicas para enseñar nuevas habilidades

Moldeamiento o aproximaciones sucesivas: este proceso se establece por medio de tareas de manera gradual para llegar a la conducta objetivo.

Encadenamiento: busca dividir la conducta objetivo en pequeños pasos simples para que la persona logre instaurar dicha habilidad usando un reforzador al finalizar.

1.2.6. Técnicas para reducir o eliminar conductas

Castigo positivo: ofrece un estímulo desagradable para la persona con el objetivo de reducir o eliminar la conducta.

Sobre corrección: el objetivo es que la persona que ocasione daño como por ejemplo mojar la mesa debe restaurar y limpiar el mismo lo que ocasionó.

Castigo Negativo: cuando realiza una conducta inadecuada se le retira al niño un estímulo agradable.

Tiempo Fuera: Se retira del alcance del niño el reforzador positivo durante un tiempo establecido.

Capítulo II: Presentación de Caso

2.1. Datos de Filiación

Nombres	: Jareth
Fecha de nacimiento	: 6 de diciembre del 2016
Lugar de nacimiento	: Lima
Edad	: 5 años
Escolaridad	: Inicial de 5 años
Números de hermanos	: Un hermano
Estado civil de los padres	: Casados
Lugar que ocupa	: Mayor
Fecha de Entrevista	: 10 de Abril del 2022
Examinadora	: Barrientos Herrera, Kateryn Lizeth

2.2. Problema actual

Niño de 5 años y 4 meses. La madre refiere que su hijo tiene dificultades para interactuar con sus compañeros, muy pocas veces lo hace pero por más que haya intención de jugar con sus amigos se le dificulta entender las reglas del juego, sin embargo, en la mayoría del tiempo tiende jugar solo ya sea con su plastilina, alternando sus carritos o peluches, por otro lado, cuando Jareth se irrita o le indican la palabra "NO" tiende a levantar la mano y golpearse el rostro o golpear a sus familiares, asimismo, esto no solo ocurre en la casa sino también en el colegio, a pesar de que ya desarrolló su lenguaje, aun se le dificulta comunicar sus necesidades.

2.3. Procedimientos de Evaluación

Vida Familiar

Jareth vive con sus padres, su hermano, sus abuelos y tíos en un mismo piso. Sus padres de Jareth son amorosos, dedicados y comprometidos en buscar todo lo mejor para su hijo, por lo cual tienen una comunicación y coordinación adecuada, sin embargo, Jareth no interactúa mucho con su hermano menor, tiende por ratos a cuidarlo si es que observa que se sube a un mueble o silla.

Desarrollo del niño

Embarazo no planificado, fue concebido cuando la madre tenía 21 años de edad y el padre tenía 22 años de edad. Desde que se enteró asistió a todos sus controles médicos, consumiendo así alimentos adecuados y los suplementos como el ácido fólico y sulfato ferroso, por otro lado, menciona que no consumió ninguna sustancia nociva. Sin embargo, la madre presentaba riesgo de aborto y también le indicaron que tenía preeclampsia que no fue tratado.

Jareth nace a las 36 semanas y media por medio de cesárea de urgencia ya que el bebé estaba teniendo sufrimiento fetal y asfixia. Su peso al nacer fue de 3 kilos 350 y su talla de 48 cm.

Durante el nacimiento hubo ingesta de líquido verde por lo cual tuvo que permanecer internado 17 días, durante esos días los doctores indicaron a los padres que Jareth hizo cuadro de neumonía.

En el área motriz los primeros meses de nacido Jareth levantaba su cabeza, a los 3 meses y medio empezó a mantenerse sentado con ayuda y a los 5 meses ya lograba hacerlo solo y a la vez gatear, logro caminar al año y tres meses, por otro

lado, las demás habilidades motoras gruesas y finas como el coger objetos, alternar de mano en mano, meter y sacar objetos, agarrar en pinza, correr y saltar logró hacerlas a las edades acordes a su desarrollo, sin embargo recién a los 5 años empezó a agarrar mejor la cuchara a la hora de comer y cortar con tijeras

En nivel cognitivo a los 3 años comenzó a interiorizar los nombres de los animales, números y vocales, y recuperar información de cosas de su interés o cosas de uso frecuente como leche, polo de mamá etc. A los 4 años empezaba a diferenciar texturas, comparar, diferenciar y decir similitudes; como también a mantener contacto visual y prestar atención de manera sostenida cosas de su interés,

A nivel social Jareth cuando nació observaba las cosas y por momentos hacía contacto visual con sus parientes, logrando así a los 6 meses devolver una sonrisa, y comunicarse por medio de señales los objetos que quería, al año empezó a imitar las cosas que mamá le hacía ver, y mantuvo el juego independiente a partir de los 8 meses.

En nivel de comunicación y lenguaje Jareth a los 9 meses intentaba pronunciar la palabra mamá y a los 3 años integró más palabras a su vocabulario, no obstante, recién a los 4 años comenzó a estructurar mejor las frases logrando así decir “mamá quiero leche”

En la alimentación Jareth come de todo no presenta algún rechazo a los alimentos, pero eso sí le restringen las cantidades ya que puede seguir comiendo si es que no le ponen un límite, especialmente los dulces, asimismo, cuando toma leche lo hace en un biberón, pero los refrescos si lo toma en una taza, aún le cuesta comer solo mayormente lo ayudan y a veces confunde lo comestible con lo no comestible.

En aseo y vestimenta Jareth se lava las manos solo, pero aún necesita ayuda para bañarse, cepillarse los dientes, y lavarse la cara, por otro lado, se desviste y viste solo, aunque aún no logra amarrarse los pasadores

En cuanto a su escolaridad, lo matricularon a los 3 años en el colegio, sin embargo, no pudo asistir porque empezó la pandemia, siendo así que a los 4 años empezó a asistir en el colegio “Mi Mundo de Colores” donde logró desarrollar su lenguaje y ahora a los 5 años sigue allí mismo.

2.4. Informe Psicológico

2.4.1. Datos de Filiación

Nombres	: Jareth
Fecha de nacimiento	: 6 de diciembre del 2016
Lugar de nacimiento	: Lima
Edad	: 5 años con 4 meses
Escolaridad	: Inicial de 5 años
Números de hermanos	: Un hermano
Estado civil de los padres	: Casados
Lugar que ocupa	: Mayor
Fecha de Entrevista	: 10/04/22 13/04/22 15/04/22 20/04/22 25/04/22

2.4.2. Motivo de Consulta

El evaluado acudió a consulta junto a su madre por presentar problemas de conductas en la casa como en el colegio, llegando a lastimarse por medio de manazos en la frente y lastimar a los demás tirando manazos cuando desea o prohíbe algo; tiene un lenguaje entendible, pero se le dificulta expresar cuando se hace una herida o cuando le duele algo, la mamá refiere que es algo que le preocupa mucho ya que los accidentes son fuertes que en varias ocasiones lo han llevado a emergencia.

2.4.3- Fuentes de información

Técnicas de observación, registro de conducta, y entrevista a los padres. Además, se recabo información de las siguientes pruebas psicológicas: Escala de Inteligencia Stanford – Binet, Escala de Maduración social de Vineland, Escala de Clasificación del Autismo infantil (CARS) y Escala de evaluación de conductas adaptativas (ABASS II).

2.4.4. Observaciones

Jareth es un niño de contextura y talla acordes para su edad, tez trigueña, se evidenció aliño e higiene personal adecuados a la estación. No presentó dificultad en su marcha, su postura al sentarse es adecuado, pero por momentos se mueve para agarrar algún objeto o ir por sus juguetes.

Al inicio de la sesión de evaluación se mostró muy activo, por lo cual quería ir a traer todos sus juguetes y le llamaban mucho la atención las imágenes en las pruebas a trabajar, pero cada cierto tiempo se levantaba de su asiento, sin embargo, cuando tenía que desarrollar alguna actividad permanecía sentado, por lo que se pudo observar que Jareth requiere de motivación y actividades de su interés para

permanecer más tiempo atento y concentrado. Fue así que con objetos motivantes él pudo terminar las actividades de la prueba.

2.4.5. Análisis e interpretación de los Resultados

En la Escala de Inteligencia de Stanford Binet, obtuvo un CI de 89 por lo cual lo ubica en una categoría promedio con una edad mental de 5 años.

Jareth se ubicó en la categoría de Autismo leve alcanzando un puntaje total de 31 y en las áreas miedo o nerviosismo, relación con la gente y uso del cuerpo obtuvo puntajes altos entre 3,5 a 2,5 por lo que se puede evidenciar la dificultad para mostrar una atención apropiada a los riesgos, dificultad para relacionar adecuadamente con sus pares y varias conductas repetidas de sonidos y movimientos.

En la Escala de Madurez Social, se encontró en la categoría Retraso Social Leve con un puntaje de 51 cuya edad social 4.2 meses.

Respecto a la evaluación conductual, el área con mayor porcentaje 75 % fue Dominio Conceptual, y las áreas con menor porcentaje 45% y 57% se encontraron en el Dominio Práctico y Social respectivamente.

Dominio conceptual, en el área de **comunicación** Jareth presentó una comunicación entendible, haciendo una estructuración adecuada con los plurales, asimismo, sigue instrucciones simples e identifica los nombres de los padres, por otro lado, presentó dificultad para mantener el contacto visual y la atención, pocas veces mueve la cabeza de un lado al otro para manifestar que no deseaba algo o lo contrario, dificultad para expresar sus actividades favoritas o relatar cosas que sucedieron en el pasado y para entablar adecuadamente una conversación.

Autodirección el evaluado pudo permanecer sentado por lo menos 1 minuto sin

reclamar atención del adulto encontrando así actividades para hacer por sí solo, asimismo, trabajó las actividades escolares de inicio a fin, sin embargo, la permanencia a las actividades puede depender del grado de interés que ocasione, y poca oportunidad de desenvolvimiento autónomo al escoger su propia vestimenta. En cuanto las **Habilidades Pre Académicas Funcionales** presentó dificultad al agarrar adecuadamente el lápiz, por el contrario, mayor habilidad para copiar figuras simples, nombrar los colores, escribir los números, al igual para, identificar las letras y leer su nombre

En el Dominio Práctico el evaluado presentó un nivel promedio bajo, en el área de utilización de **recursos comunitarios** Jareth mostró buenas habilidades en reconocer su casa cuando está cerca, avisar a un adulto cuando alguien toca la puerta y reconocer los lugares más concurridos, por el contrario, presenta dificultad para caminar recto por sí solo por la vereda, tocar cuando ingresa a un nuevo ambiente, y conductas inadecuadas se pueden presentar en diferentes contextos públicos. En el área **Vida en el Hogar** el evaluado se le dificultó mantener el orden de sus objetos, se sube a los muebles, poca oportunidad de botar la basura, tender la cama y sacar la ropa de su cajón, sin embargo, logra identificar dónde se encuentra cada objeto, personas, y mostrar preocupación cuando sucede un accidente como el derramar líquido en el piso, trayendo así un trapo. **Salud y Seguridad**, se encontró dificultad para expresar algún malestar o sensación de dolor, medir el peligro de las cosas o situaciones, necesita ayuda para tomar sus medicamentos y evitar los peligros.

En cuanto al Dominio Social el evaluado presentó un nivel promedio; en el área de **Ocio** Jareth demostró habilidades para mantener atención cuando realiza actividades de su interés, expresar qué juguetes quiere tener, por el contrario, se le

dificultó interactuar con los niños de su edad, comprender las reglas de los juegos y esperar turno. En cuanto a lo **Social** logró expresar la emoción de alegría cuando lo abrazan o el padre llega de trabajar, brinda besos y abrazos a las personas cercanas, sin embargo, tiene dificultad para expresar de manera adecuada sus emociones, saludar y despedirse, ignorando así los saludos y dificultad para compartir objetos recreativos con otros niños **Autocuidado** Jareth logró tomar líquidos sin dificultad, come solo, a veces mira y señala cuando tiene hambre, se viste sin ayuda, se lava las manos y va al baño sin ayuda, por otro lado requiere aun ayuda para cepillarse los dientes, lavarse la cara y bañarse.

En la dinámica familiar: de acuerdo a la observación y entrevista, Jareth pasa el mayor de tiempo con su madre y su abuela ya que su padre trabaja en provincia y lo ve cuando tiene días de descanso, sin embargo, la interacción de ambos padres es adecuada a la hora de ponerse de acuerdo en alguna necesidad de su hijo, por otro lado, la mamá tiende a ser más limitante a la hora que Jareth realiza una conducta inadecuada y el padre es más permisivo.

2.4.6 Análisis funcional de la conducta

2.5.6.1 Las conductas interferentes

Son aquellas conductas que interrumpen y generan disfuncionalidad cuando una persona debe desempeñarse en su entorno estas pueden ser auto lesivas o agresivas y problemas conductuales.

En base a la observación se pudo evidenciar que Jareth realiza conductas disruptivas en busca de acceder a lo que desea.

Tabla 1

Antecedente, conducta y consecuente

Antecedentes	Conducta	Consecuente
La abuela saca el celular al alcance visual de Jareth.	Jareth va corriendo y arranca el celular	La abuela dice "NO, celular NO"
La abuela de Jareth dice "NO, celular NO"	Jareth va de nuevo corriendo hacia su abuelita y empieza a patear su pierna y a querer dar manotazos.	La abuela accede a dejar que se lleve el celular.

Nota. Esta tabla muestra el análisis funcional de la conducta interferente.

2.4.7. Conclusión Diagnóstica

Jareth tiene un coeficiente intelectual promedio, se ubicó en la categoría diagnóstica de autismo leve, y un retraso leve en su madurez social con una edad social de 4 años y 5 meses. En conductas adaptativas por debajo de lo esperado, presentando menor desempeño en salud y seguridad, autodirección, recursos comunitarios y vida en el hogar.

2.4.8. Recomendaciones

2.4.8.1. Para el niño

Trabajo en habilidades de interacción social, a partir de la participación activa de juegos o actividades recreativas con niños de su misma edad.

Reforzar habilidades de auto valimiento donde el niño pueda desempeñarse en actividades diarias como lavarse las manos y asearse de manera correcta

Aplicar un programa para el aprendizaje de conductas básicas como el saludar, despedirse, seguir instrucciones entre otras.

Efectuar un programa de intervención ante las conductas disruptivas para que haya una mejor interacción con los demás.

2.4.8.2. Para los padres

Asesoría y consejería psicológica a los padres con respecto a las conductas inadecuadas del niño.

Estimular actividades de la vida diaria como alimentarse, botar residuos al tacho de basura.

Estimular la autonomía por medio de la elección propia de su prenda de vestir.

Estimular la participación de actividades recreativas con niños de su edad.

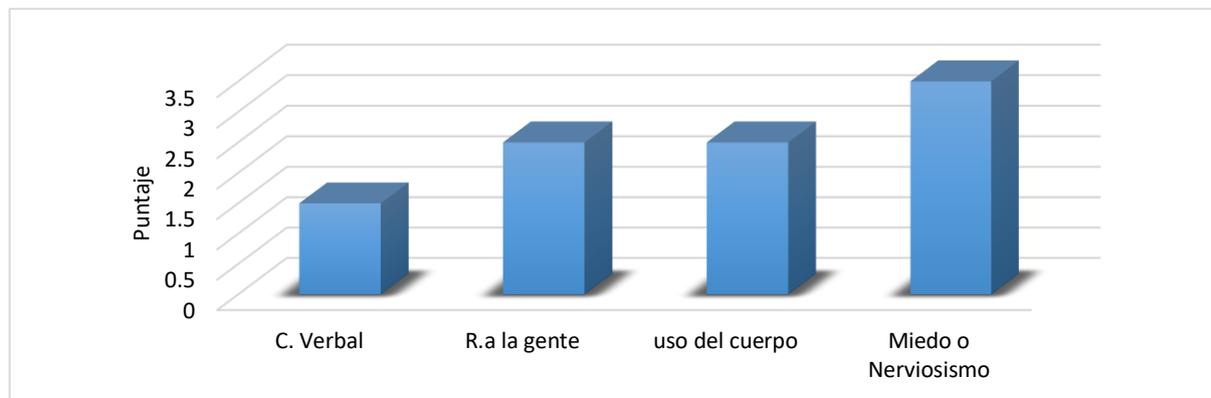
Antes de realizar actividades escolares se sugiere tener un adecuado control del ambiente evitando distractores cerca, teniendo organizado los materiales de trabajo a usar y los tiempos que se dedicará a cada actividad para evitar el cansancio y la fatiga.

2.5. Perfil del Funcionamiento Psicológico

A continuación, se representarán de forma gráfica las áreas psicológicas principales que se han explorado en los instrumentos aplicados.

Figura 1

Escala de Clasificación del Autismo infantil

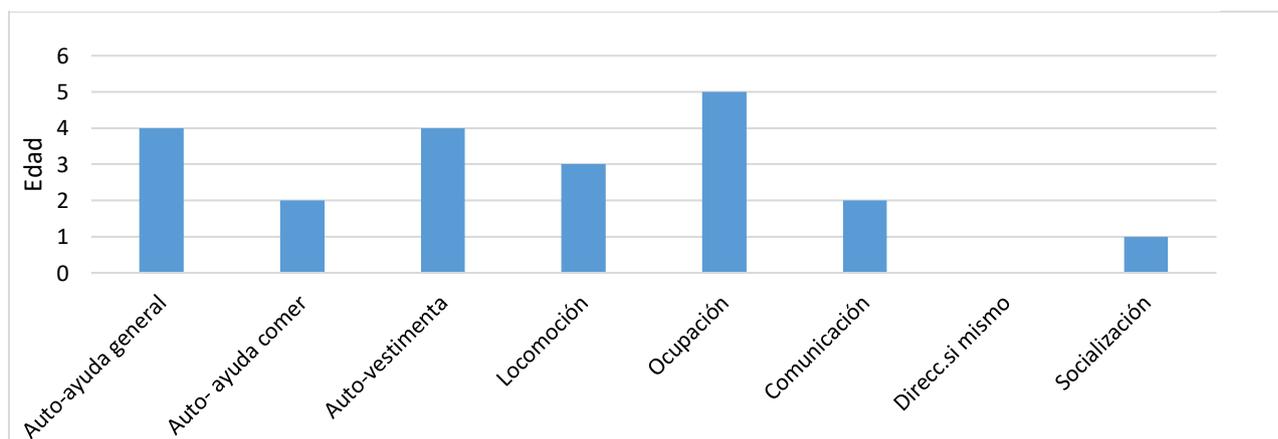


Nota. Se observa los síntomas nucleares del autismo con mayor afectación.

Se evidenció que la dimensión de miedo o nerviosismo está en un grado mayor, presentándose la dificultad para reaccionar a situaciones de riesgo, siguiendo uso de su cuerpo, relacionarse con la gente y en un grado menor la comunicación verbal.

Figura 2

Escala de Madurez Social de Vineland

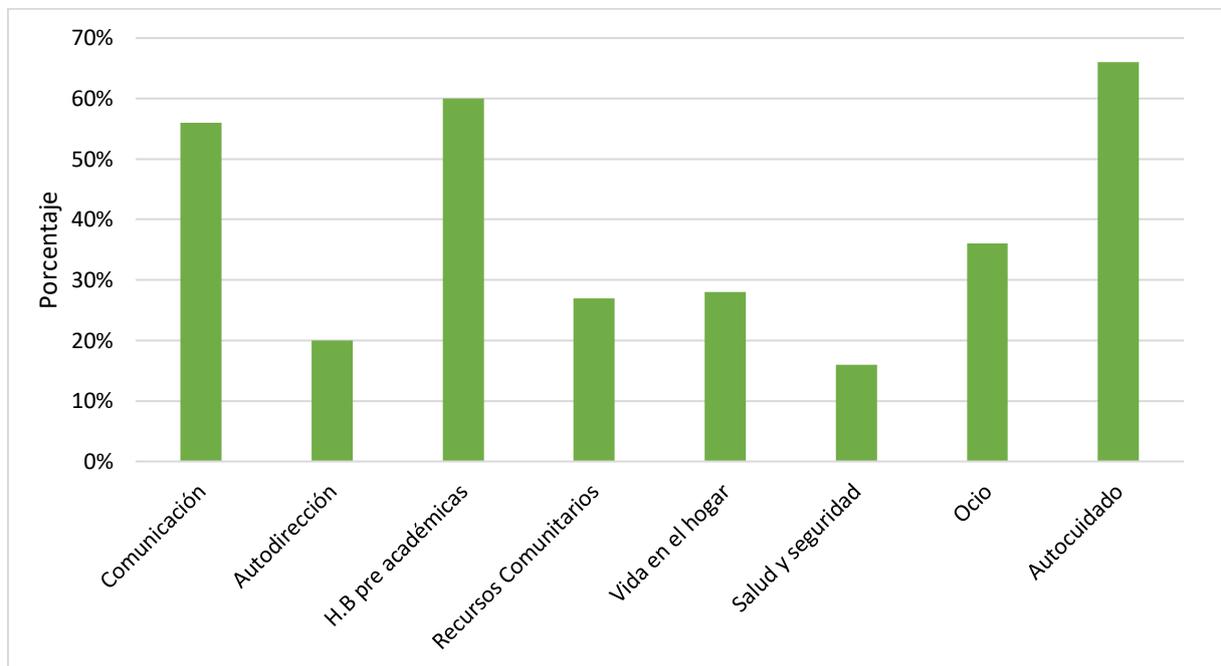


Nota. Se muestra la edad que alcanzó el niño en cada área.

Se evidenció que el área que está de acuerdo a su edad es la de Ocupación, y un año menor en las áreas de, Autoayuda general, vestimenta; luego las otras áreas.

Figura 3

Escala de evaluación de las conductas adaptativas



Nota. Se muestra el porcentaje que alcanzó el niño en cada área.

Se percibe que las áreas con mayor porcentaje son; Autocuidado, Habilidades pre académicas y comunicación; por otro lado, las áreas con menor porcentaje se encuentran salud y seguridad, autodirección, recursos comunitarios y vida en el hogar.

Capitulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Identificación del problema específico

Jareth es un niño que, a pesar de tener un lenguaje medianamente claro y estructurado, aun no tiene una comunicación funcional para indicar sus necesidades y emociones, por lo tanto, cuando desea un objeto tiende a querer quitarlo de manera brusca y sin percatarse que puede lastimar a la otra persona, asimismo, cuando escucha la palabra “No” tiende a golpear con manotazos y patadas. Los padres manifiestan que ante la pandemia han sido permisivos en cuanto a sus conductas para obtener algo y sobre todo en darle el celular pasando muchas horas. Estas conductas disruptivas no solo se presentan en casa, sino también en el colegio.

3.2. Diseño del Programa de Tratamiento

3.2.1. Programa de Modificación de Conducta Disruptiva en un niño con Autismo

I. Datos personales

Nombres : Jareth
Edad : 5 años con 4 meses
Escolaridad : Inicial de 5 años
Diagnóstico : Trastorno del Espectro Autista

II. Objetivo

Lograr que se desvanezcan las conductas disruptivas de auto agredirse y golpear a los demás logrando una comunicación funcional.

III. Definición

La comunicación funcional es el medio donde se utiliza habilidades comunicativas verbales y no verbales que permiten que una persona exprese sus necesidades de la manera adecuada sin lastimar a nadie.

Las conductas disruptivas son aquellos comportamientos que no propician una armonía en el entorno y se manifiestan con el objetivo de obtener o evitar algo.

Modificación conductual es un medio de intervención lo cual hace uso de técnicas y métodos con el objetivo cambiar, disminuir o instaurar un comportamiento en déficit.

IV. Repertorio de entrada

El evaluado no presentó alguna dificultad física, visual, auditiva y posee conductas básicas para el aprendizaje como; seguir instrucciones, imitación y atención.

V. Repertorio terminal

El programa concluirá cuando Jareth logre comunicarse de manera funcional sin efectuar conductas disruptivas tanto en el ámbito social, familiar y escolar.

VI. Materiales

Se usarán, hojas de aplicación, hojas de colores, pictogramas, agenda visual y refuerzos tangibles y sociales.

VII. Ambiente de Aplicación

El desarrollo del programa se realizará en su casa, específicamente en la sala del segundo piso donde no se presenta distractores.

VIII. Tiempo

El presente estudio de caso tiene 20 sesiones en su totalidad fragmentadas de la siguiente manera:

Repertorio de entrada	:	4 sesiones
Intervención	:	12 sesiones
Seguimiento	:	4 sesiones

IX. Técnicas para utilizar

Psicoeducación a los padres

Refuerzo

Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles

Sobrecorrección

X. Diseño Experimental

Para este caso se utilizó el diseño bicondicional modelo A-B de Reynaldo (1991). Lo cual la primera parte A línea base está comprendida por la evaluación de la conducta problema en su desenvolvimiento natural sin ninguna intervención, y la fase B está comprendida por la intervención.

XI. Procedimiento

Evaluación inicial

En esta etapa se registró toda conducta disruptiva que interfiere en su interacción con los demás y se realizó un análisis conductual de cada uno con el objetivo de llegar a la función de la conducta. Asimismo, se realizó el registro de frecuencia de las conductas disruptivas fijándose un tiempo de observación de 45 min en su ambiente natural.

Entrenamiento

Antes de iniciar con el procedimiento de intervención se analiza los reforzadores a utilizar teniendo en cuenta el análisis del comportamiento (antecedente, conducta y consecuencia). Por lo cual Jareth al cumplir conductas incompatibles a las disruptivas para obtener o manifestar lo que necesite se le reforzará al finalizar la conducta adecuada.

Los reforzadores serán efectuados en todo el desarrollo de la intervención las cuales son:

Tangibles: plastilina, Objetos luminosos, tablet.

Sociales: aplausos, halagos, frases motivadoras

Intervención

Cada sesión tuvo una duración de 45 min, donde se aplicaron las técnicas y métodos de modificación conductual, mientras se realizaban actividades sociales y

académicas. Al finalizar las sesiones se prosiguieron a evaluar la frecuencia de las conductas disruptivas presentadas.

A continuación, se detallan las técnicas de modificación por cada conducta disruptiva.

Tabla 2

Técnicas de modificación por conducta disruptiva

Modificación conductual	Tirar manotazos y patadas para obtener un objeto.	Golpearse la frente cuando no obtiene lo que desea.
Reforzamiento de conductas incompatibles	Cada vez que Jareth señale o vocalice verbalmente lo que necesita. se le reforzará por medio de halagos y obteniendo lo deseado.	Se refuerza las conductas de caminar, ir al lugar de calma y manifestar que cosa no le gusta o su deseo. Posterior seguir los pasos adecuados para lograr lo que desea. al ser logrado se le refuerza obteniendo objetos luminosos que son de su agrado.
Sobre corrección	Bloquearemos dicha conducta e indicaremos la manera adecuada para lograr lo que queremos, asimismo, se pedirá que pida disculpas y que lo siente a la persona que lastimó.	Se bloquea la conducta dañina para uno mismo, y se enseña las palabras funcionales para manifestar las necesidades.

Nota. Esta tabla muestra las técnicas utilizadas para las dos conductas interferentes.

Evaluación final

Se desarrolló el registro de la frecuencia de las conductas disruptivas, el programa finaliza cuando exista mejora de las habilidades funcionales de comunicación expresando así sus necesidades adecuadamente.

Seguimiento

Se registra por 45 min la frecuencia de las conductas disruptivas sin intervención.

Capítulo IV: Resultados

4.1 Análisis funcional

Tabla 3

Análisis funcional al querer un objeto deseado

Antecedentes	Conducta	Consecuente
La abuela saca el celular al alcance visual de Jareth.	Jareth desea obtener em celular y va corriendo arranca el celular	La abuela dice "NO, celular NO"
La abuela de Jareth dice "NO, celular NO"	Jareth va de nuevo corriendo hacia su abuelita y empieza a patear su pierna y a dar manotazos.	La abuela accede a dejar que se lleve el celular.

Nota. Esta tabla muestra la observación conductual de Jareth al querer obtener un objeto.

Tabla 4

Análisis funcional de auto agredirse

Antecedentes	Conducta	Consecuente
Jareth visualiza la caja de juguetes	Jareth se acerca al cajón y empieza a botar todos los juguetes al piso	La madre intenta evitar que saque todos los juguetes al piso
La madre intenta detener la acción del niño, sacar todos los juguetes	Jareth grita y empieza a golpearse la cabeza por medio de manazos en la frente. Jareth se sigue agrediendo, se levanta y corre a agredir a la mamá por medio de manotazos	La madre recoge todos los juguetes y levanta la voz diciendo "No Jareth "sólo debes agarrar un juguete"
La madre dice "No Jareth y recoge los juguetes"		La madre dice "me lastimas Jareth" y se queda perplejo.

Nota. Esta tabla muestra la observación y análisis de la conducta de autoagredirse.

4.2 Línea base

La línea base se realizó en 4 sesiones de 45 minutos. Se observa en la siguiente tabla el número de veces que se repetía una conducta disruptiva para la conducta de agredir a los demás para obtener algo, el promedio fue de 3 y para auto agredirse el promedio fue de 4.

Tabla 5

Sesiones de línea base

Sesiones	Dar manotazos para obtener algo.	Auto- agredirse
Sesión 1	2	4
Sesión 2	3	4
Sesión 3	4	5
Sesión 4	3	4
Promedio	3	4

Nota. Esta tabla nos muestra la línea base desarrollada en 4 sesiones.

4.3 Intervención

La intervención se dio 2 veces por semana en una duración de 45 minutos cada sesión. Se observó una reducción y desvanecimiento de las conductas disruptivas de tal forma que de efectuar en la línea base el dar manotazos para pedir algo cambió de 3 a 0 de igual manera para el auto agredirse.

Tabla 6*Sesiones de intervención y seguimiento*

2 sesiones semanales	Dar manotazos para obtener algo.	Auto- agredirse
Semana 1	3	3
Semana 2	2	2
Semana 3	2	1
Semana 4	2	2
Semana 5	1	1
Semana 6	0	1
Evaluación final	0	0
Seguimiento	0	0

Nota. Esta tabla nos muestra la cantidad de sesiones, el avance las conductas interferentes y su desvanecimiento de las mismas.

4.3.1. Semana 1 (sesión 1 y 2)

En la primera semana se inicia trabajando las diferentes formas de pedir un objeto, desde levantar la mano para ser escuchado hasta verbalizar “me prestas por favor”. En un comienzo Jareth no se mostraba motivado para ejecutar verbalmente solo quería obtener la Tablet y cuando no se le accedía se golpeaba la cabeza o se tiraba manotazos en la cara o frente. En la siguiente sesión pasamos de usar la Tablet a trabajar con plastilina, lo cual Jareth tenía que decir “Dame plastilina por favor” para que la terapeuta le dé un pedacito y pueda encajar en la figura que se estaba

trabajando. Lo cual lo realizó con éxito ya que se presentaba la cantidad necesaria para usar en la ficha de trabajo.

4.3.2. Semana 2 (sesión 3 y 4)

En la sesión 3 el reforzador son los objetos luminosos ya que son de su agrado, pero solo era obtenido cuando nos acercábamos a mamá tranquilamente y le decimos “mamá me prestas por favor”. Para llegar a ese reforzador primero cumplíamos un circuito recreativo y al finalizar en la meta se encontraba la mami con los objetos luminosos. Se empezaron a usar ayudas visuales para anticipar los pasos a realizar. Asimismo, se le decía “genial Jareth, muy bien” al inicio cuando no quería verbalizar y se le insistía tuvo la intención de golpear a la mamá sin éxito ya que fue bloqueado y sobre corregido indicando la manera adecuada para pedir un objeto. En la sesión 4 se continuó con los objetos altamente deseados que generan en Jareth el impulso de correr y lanzarse a quitar el objeto por lo cual se decidió que era más oportuno trabajar en ello y se siguió con el circuito logrando que verbalice “dame por favor”, sin embargo, cuando se acababa la sesión la madre manifestó que a la abuela le quería quitar el celular e intentó golpear.

4.3.3. Semana 3 (sesión 5 y 6)

Jugamos a encajar las piezas grandes de los animales en la pared, las fichas están en el lado de la abuela, por lo cual para acceder a ellas debe Jareth pedir la ficha. Cuando se va por la primera ficha se le recordó la frase “dame mamita por favor” esta conducta se trabajó en las dos sesiones de la semana logrando que lo ejecute y al finalizar tener su recompensa de halagos y obtener un tiempo con sus objetos luminosos. Por momentos Jareth necesitaba recordar la frase, pero logró mantener la calma sin lanzarse a la abuela a quitar el objeto.

4.3.4. Semana 4 (sesión 7 y 8)

Reforzar conductas incompatibles, se le enseñó a Jareth por medio de pictogramas a personas dando cariño y cuales no están dando cariño. Y las distintas formas de dar, se puso en práctica acercándose a abrazar a mamá y se reforzó con su juguete favorito, esto se repitió varias veces y con la abuela también, además, se indicó a la mamá que en el transcurso de los días cada que Jareth efectuó cariño a las personas lo refuercen. En la siguiente sesión se encontró a Jareth en la sala jugando con su hermano menor, intentaba quitarle un juguete de las manos se intervino haciéndole recordar “¿cómo pedimos?” y Jareth dijo “dame por favor” luego se le explicó con pictogramas que debemos subir para trabajar lo cual Jareth comprendió y dejó el juguete. Se empezó a trabajar tranquilamente ese momento se trabajó de forma natural cada vez que él quería usar la tablet sólo lo cogía ahora pasábamos a decir “mamá me prestas la tablet” se dieron 7 ensayos lo cual en algunos se necesitó apoyo verbal pero luego los ejecutó favorablemente lo cual se reforzó con halagos y se le dejaba usar unos minutos.

4.3.5. Semana 5 (sesión 9 y 10)

En la sesión 9 Jareth se presentaba con mayor predisposición para realizar sus actividades y a la hora de pedir objetos decía “dame por favor” por lo cual se reforzó esa conducta con halagos y momento de juego con su plastilina u objetos luminosos. Se empezó la sesión mostrando las diferentes emociones y conductas por cada emoción, la actividad consta de clasificar las emociones en primera instancia y a Jareth se le recordaba que para pedir necesita decir la palabra mágica “dame la ficha por favor” por lo cual se efectuó y se le brindó el material; al término de la actividad se puso una música donde se realiza acciones que uno hace cuando está feliz, triste

o enojado y se puso en práctica. En la siguiente sesión se siguió reforzando las peticiones de manera adecuada sin lastimar a los demás a la hora de pedir tablet, agua, las fichas de trabajo u otro objeto deseado. Jareth se frustró cuando se cayó la ficha de la pared realizando autoagresión en su frente, pero se aplicó la sobrecorrección indicando “cuando algo pasa, buscamos una solución”

4.3.6. Semana 6

Jareth posee su llavero visual que le hace recordar que cuando desea algo debe efectuar las palabras mágicas ya que tiende a olvidar la frase, y todavía necesita apoyo verbal y visual. En esta sesión Jareth se dirigió a su mesa de trabajo y espera paciente los materiales, la terapeuta muestra lo que se usará en orden y le pide en orden los materiales pronunciando oralmente “ número 1 dame color rojo por favor” necesita ayuda al decir por favor pero ya no efectúa el golpe a los demás si es que no le dan lo que desea, caso contrario busca decir dame papel, dame color, dame celular, cada que realizaba una comunicación funcional tenía acceso a jugar con sus juguetes luminosos y recibía halagos. Jareth sonríe y se entusiasma al recibirlos efectuando sus movimientos y aleteos.

Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Resumen

El estudio de caso fue sobre Jareth, un niño de 5 años de edad diagnosticado con trastorno del espectro autista leve, tiene intención de interactuar con sus pares, pero presenta dificultad para comprender las reglas de juego, además para expresar sus necesidades desde avisar cuando se hace una herida, hasta pedir adecuadamente cuando desea un objeto.

Como parte del proceso de evaluación y diagnóstico se usaron técnicas e instrumentos psicológicos como: anamnesis, observación y registro, las escalas: Escala de Inteligencia Stanford – Binet, Escala de madurez social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.) y Escala de evaluación de las conductas adaptativas.

Al concluir la evaluación se obtuvo que Jareth se encuentra dentro del espectro autista leve, con un nivel intelectual promedio, retraso leve en el desenvolvimiento social y respecto al área conductual presenta bajo porcentaje en el dominio práctico y social. A la vez se observaron conductas disruptivas de auto agredirse y agredir a los demás.

Por lo observado y los resultados se tuvieron como objetivos implementar un programa de intervención en modificación de conducta e instaurar habilidades de comunicación positiva o funcional para mejorar su adaptación social.

5.2 Conclusión

Se logró desvanecer la conducta disruptiva en su totalidad, de agredir a los demás para obtener un objeto deseado y el auto agredirse.

Jareth mejoró su comunicación funcional, lo cual trajo consigo aumentar la interacción con los adultos y sus pares, y por tanto un mejor desenvolvimiento con su entorno.

5.3. Recomendaciones

Anticipar los cambios para evitar frustraciones y crisis que puedan evocar la autoagresión.

Brindar mayor oportunidad de interacción con sus pares fuera del colegio.

Fomentar la realización de responsabilidades acordes a su edad para así mantener conductas adecuadas y tener menor oportunidad de aparición de conductas desadaptativas.

Seguir brindando reforzadores tangibles y sociales después de cada conducta adecuada que Jareth realice e ir con el tiempo aplicando más sociales para evitar una dependencia a las tangibles.

Unificar las técnicas aprendidas con todos los integrantes de la familia para potenciar conductas positivas cuando desea obtener objetos deseados.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- André, T., Valdez, C., Ortiz, R., y Gámez, M. (2020). Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la ciencia*, 7. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204>
- Bagur, S. & Verger, S. (2020, 17 de noviembre). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 51(4), 69-92. <https://doi.org/10.14201/scero20205146992>
- Carrascón, C. (2019, 15 de febrero). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. *Madrid: Lúa Ediciones* 3.(0) 333-336. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._333-336_senales_de_alerta_de_los_tea.pdf
- Castelli, F., Frith, C., Happé, F., y Frith, U. (2002). Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain: a journal of neurology*, 125 (8), 1839–1849. <https://doi.org/10.1093/brain/awf189>
- Catassi, C., Bai, J., Bonaz, B., Bouma, G., Calabrò, A., Carroccio, A., Castillejo, G., Ciacci, C., Cristofori, F., Dolinsek, J., Francavilla, R., Elli, L., Green, P., Holtmeier, W., Koehler, P., Koletzko, S., Meinhold, C., Sanders, D., Schumann,

- M., Schuppan, D., y et. al., (2013). Non-celiac gluten sensitivity: The new frontier of gluten related disorders. *Nutrients*, 5 (10), 3839-53.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820047/pdf/nutrients-05-03839.pdf>
- Celis, G. & Ochoa, M.(2022, enero). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(1), 7-20.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Fernández Toral, J., & Llano Rivas, I. (2014). Las distintas formas del autismo y sus causas genéticas.
- Geralda, T., Valdez M., Ortiz, R., & Gámez, M. (2020, 13 de febrero). Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la ciencia*, 7.
<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204>
- Grañana, N. (2021). Eficacia de intervenciones en TEA: Herramientas de valoración una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 21.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8143604>
- Hervás, A. & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 66(1), S31-S38.
<https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018031>
- Hervás, A., Balmaña, N. & Salgado, M. (2017, marzo). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108.

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>

López, J., de Jesús, G., Bravo, G., Ramos, M., y Ríos, N. (2019) . Autismo y personalidades con trastornos de la conducta autista. *Rev Panorama. Cuba y Salud*, 14 (1), 53-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7326038>

Martin, G. & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla* (8.^a ed.). Pearson prentice hall. https://www.academia.edu/39304623/Martin_Pear_Modificaci%C3%B3n_de_conducta_qu%C3%A9_es_y_c%C3%B3mo_aplicarla?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page

Martínez, M. (2015, octubre). *Intervención psicoeducativa para niños con trastornos del espectro autista: descripción, alcances y límites* (1.^a ed.). Miño y Dávila. https://books.google.com.pe/books?id=RQynDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Martinez-Morga, M., Paz, M., y Bueno, C., y Martínez, S. (2019). Bases neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina*, 79 (1), 27-32. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol79-19/s1/Pags.27-32Martinez-Morga.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2023). Autismo. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Reynaldo, A. (1991). *Método y diseños de Investigación del comportamiento*. Editorial Universitaria.

Reynoso, C., Rangel, M. J. & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: Aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 55(2), 214-222. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>

Riviere, A., Belinchon, M., Pfeiffer, A., Sarria, E., Alvarez, P., Babio, M., Brioso, A., Espinosa, A., Feu, M. A., Gortazar, P., Jiménez, M., López-Román, T., Mozota, R., Tamarit, J. & del Valle, V. (1998). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil*. CENTRO DE PUBLICACIONES - Secretaría General Técnica Ministerio de Educación y Ciencia. https://books.google.com.pe/books?id=5Zv_4wMJOL4C&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2018). *Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo: estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social*. Autismo Ávila

Rojas, V., Rivera, A. & Nilo, N. (2019). Actualización en diagnóstico e intervención temprana del trastorno del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 478-484. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1294>

Valdez, D. (2016). *Autismos: Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo* [Libro digital]. Paidós. <https://bibliospd.files.wordpress.com/2019/03/autismos-estrategias-de-intervencic3b3n-educativa.pdf>

Valencia-Cifuentes, V. & Becerra, L. (2019). Terapias ABA en autismo: ¿Solución

única a un problema múltiple? ABA therapies in autism: Unique solution for a multiple problem? *Salutem Scientia Spiritus*, 5(1), 50-53.

https://www.researchgate.net/publication/340461742_Terapias_ABA_en_autismo_Solucion_unica_a_un_problema_multiple_ABA_therapies_in_Autism_Unique_solution_for_a_multiple_problem

Anexos

Anexo A: consentimiento informado

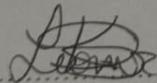
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo: Katherine Leoner Atcio León
madre del menor Joseth Kaleb Augui Atcio de 5 años, autorizo al Ps. Kateryn
Barrientos Herrera, con número de DNI 48329447, llevar a cabo la evaluación
psicológica, cuyo objetivo es la valoración de las aptitudes cognitivas, sociales,
emocionales del menor.

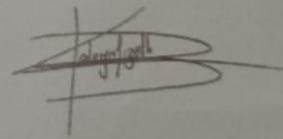
La participación en este proceso es estrictamente voluntaria, la información que
se recoja o brinde podrá ser usada con un propósito de acuerdo a los
requerimientos de la institución.

Tengo entendido, de acuerdo a lo que se me ha explicado, que, si tengo alguna
duda sobre este proceso de evaluación, puedo hacer preguntas en cualquier
momento durante la participación de mi hija(o). Igualmente, puedo retirar mi
apoyo en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma

Como constancia de este acuerdo firmo el día 10 de abril del 2022



Firma del padre



Firma del Ps

DNI: 48329447

Anexo B: protocolo de escala de medición de autismo

**PROTOCOLO DE LA ESCALA DE MEDICION DE AUTISMO
EN LA NIÑEZ**

NOMBRE: Jareth EDAD 5 SEXO M
 FECHA DE NACIMIENTO:
 GRADO DE INSTRUCCIÓN: Inicial 3 años
 EVALUADOR: Katryn
 FECHA DE EVALUACION: 13/04/2022
 INFORMANTE: Madre

<u>AREA</u>	<u>PUNTAJE</u>
I. REFERENTE A LA GENTE	2,5
II. IMITACION	1,5
III. RESPUESTA EMOCIONAL	2,5
IV. USO DEL CUERPO	2,5
V. USO DE OBJETOS	2,5
VI. ADAPTACION AL CAMBIO	2,5
VII. RESPUESTA VISUAL	2,5
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	1,5
IX. RESPUESTA AL SABOR , OLOR, TACTO Y USO	2,5
X. MIEDO O NERVIOSISMO	3,5
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	1,5
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	2,5
XIII. NEVEL DE ACTIVIDAD	1,5
XIV. NIVEL Y CONSITENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL	-
XV. IMPRESIONES GENERALES	1,5
SUMATORIA TOTAL	31

DIAGNOSTICO : Autismo leve

Anexo C: Escala de Maduración social de Vineland

0 - I			
+	1	C.	"Gorjea", sonrie
+	2	A.A.G.	Sostiene la cabeza
+	3	A.A.G.	Coge objetos que están a su alcance
+	4	S.	Se acerca a las personas que le son familiares
+	5	A.A.G.	Se da vuelta sobre si mismo
+	6	A.A.G.	Alcanza objetos cercanos
+	7	O.	Se entretiene solo (cuando está desatendido)
+	8	A.A.G.	Se sienta sin apoyo
+	9	A.A.G.	Se yergue
-	10	C.	"Conversa" (imitando sonidos)
+	11	A.A.	Bebe de una taza o vaso con ayuda
+	12	L.	Gatea y se desplaza sobre el piso
+	13	A.A.G.	Coge con el pulgar y otro dedo
- +	14	S.	Requiere atención personal
+	15	A.A.G.	Se para solo
+	16	A.A.	No saliva
+	17	C.	Sigue instrucciones simples
I - II			
+	18	L.	Camina por la pieza sin ayuda
+	19	O.	Hace ravas con lápiz o crayón
+	20	A.A.	Mastica el alimento
+	21	A.V.	Se saca los calcetines
+	22	O.	Traslada objetos
+	23	A.A.G.	Supera pequeños obstáculos
+	24	O.	Va a buscar y trae objetos familiares
+	25	A.A.	Bebe de una taza o vaso, sin ayuda
+	26	A.A.G.	Abandona el transporte en coche de guagua
-	27	S.	Juega con otros niños
- +	28	A.A.	Come con cuchara
+	29	L.	Deambula por la casa o patio
- +	30	A.A.	Discrimina entre sustancias comestibles
+	31	C.	Usa nombres de objetos familiares
+	32	L.	Sube las escalas sin ayuda
+	33	A.A.	Desenvuelve dulces
+	34	C.	Habla pequeñas frases
II - III			
+	35	A.A.G.	Pide ir al baño
+	36	O.	Inicia sus propias actividades de juego
+	37	A.V.	Se quita la chaqueta o vestido
+	38	A.A.	Come con tenedor
+	39	A.A.	Obtiene bebida sin ayuda
+	40	A.V.	Se seca las manos solo
+	41	A.A.G.	Evita pequeños riesgos
+	42	A.V.	Se pone la chaqueta o vestido, sin ayuda
+	43	O.	Corta con tijeras
+	44	C.	Relata experiencias

III - IV			
+	45	L	Baja las escalas colocando un pie por peldaño
+	46	S	Juega cooperativamente a nivel de kinder
++	47	A V	Se abotona la chaqueta o vestido
++	48	O	Ayuda en pequeñas labores domésticas
+	49	S	Efectúa "exhibiciones" para otros
+	50	A V	Se lava sus manos sin ayuda
IV - V			
+	51	A A G	Cuida de sí mismo en el baño
+	52	A V	Se lava la cara sin ayuda
++	53	L	Anda por el vecindario sin que se le preste atención
++	54	A V	Se viste solo, excepto anudar
+	55	O	Usa lápiz o crayón para dibujar
+	56	S	Participa en juegos de competencia
V - VI			
+	57	O	Usa patines, velocipedo, bicicleta o coche
+	58	C	Escribe palabras muy simples
-	59	S	Participa en juegos simples de mesa
-	60	A D	Se le puede confiar dinero
-	61	L	Va solo al colegio
VI - VII			
+	62	A A	Usa el cuchillo para esparcir
+	63	C	Usa el lápiz para escribir
++	64	A V	Se baña con ayuda
++	65	A V	Se acuesta sin ayuda
VII - VIII			
-	66	A A G	Dice la hora (en cuartos de hora)
-	67	A A	Usa el cuchillo para cortar
-	68	S	Pone en duda leyenda literal de Santa Claus
-	69	S	Participa en juegos de pre-adolescentes
-	70	A V	Se peina o cepilla su cabello
VIII - IX			
	71	O	Usa herramientas o utensilios
	72	O	Realiza tareas domésticas de rutina
	73	C	Lee por iniciativa propia
	74	A V	Se baña sin ayuda
IX - X			
	75	A A	Cuida de sí mismo en la mesa
	76	A D	Hace compras menores
	77	L	Deambula por su ciudad libremente
X - XI			
	78	C	Escribe ocasionalmente cartas breves
	79	C	Hace llamados telefónicos
	80	O	Hace pequeños trabajos remunerados
	81	C	Contesta avisos; compra por correo
XI - XII			
	82	O	Ejecuta trabajos creativos simples
	83	A D	Cuida de sí mismo u otros
	84	C	Se entretiene con libros, periódicos y revistas

49