



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA PARA
REDUCIR LAS CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE UN
ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

PRESENTADA POR
JHOAN JEFFERSON ESPINOZA ZEVALLOS

ASESOR
ÁNGEL MANYA ASPILCUETA

**ESTUDIO DE CASO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2017



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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

Facultad de Ciencias de la Comunicación Turismo y Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA PARA
REDUCIR LAS CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE UN ADOLESCENTE
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

TESIS PARA OPTAR

EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTADO POR:

JHOAN JEFFERSON ESPINOZA ZEVALLOS

ASESOR:

DR. ANGEL MANYA ASPILCUETA

Lima - Perú
2017

Este trabajo está dedicado a mi madre y a mi abuela quienes me brindaron su apoyo en todas mis decisiones. Sin ellas, ni sus consejos, no sería la persona que soy ahora.

A la Universidad San Martín de
Porres por facilitarme los conocimientos,
las herramientas necesarias para mi
formación en esta carrera y mi desarrollo
íntegro como persona.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	9
1.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	9
1.1.1 Antecedentes	9
1.1.2 Definición	16
1.1.3 Epidemiología.....	17
1.1.4 Etiología	19
1.1.5 Teorías Psicológicas Explicativas	21
1.1.6 Características	29
1.1.7 Evolución	31
1.1.8 Evaluación Psicológica	33
1.1.9 Intervención.....	36
1.2 MODIFICACION DE CONDUCTA.....	39
1.2.1 Definición	39
1.2.2 Bases teóricas y experimentales.....	40
1.2.3 Conductas Disruptivas	46
1.2.4 Técnicas Operantes	47
CAPITULO II: PRESENTACIÓN DE CASO.....	53
2.1 Datos de filiación	53
2.2 Motivo de consulta.....	53
2.3 Desarrollo	53
2.4 Contexto familiar:.....	55
2.5 Contexto escolar:.....	56
2.6 Observación de la conducta	57

2.7	Informe psicologico.....	60
2.8	Análisis e interpretación de resultados:	62
2.9	Conclusiones:	65
2.10	Recomendaciones:	65
CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOLOGICA.....		67
3.1	Programa de eliminación de conductas disruptivas.....	67
CAPITULO IV: RESULTADOS		77
CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		82
REFERENCIAS		85
ANEXOS.....		90

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Análisis Funcional de Agarrar el brazo fuertemente	77
Tabla 2: Análisis Funcional de Levantarse constantemente de su Asiento	78
Tabla 3: Análisis Funcional de Golpear superficies cercanas con la mano	79
Tabla 4: Línea Base de las conductas por sesiones.....	80
Tabla 5: Registro conductual por semana	81
Gráfico 1: Evaluación porcentual semanal de cada conducta.....	81

INTRODUCCIÓN

“Desde 1938, ha llamado nuestra atención un número de niños cuyas características difieren, de manera tan marcada y única, de todo lo escrito hasta ahora, que cada caso merece (...) una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades” (Kanner, 1943, p.1). Con estas palabras, se expone por primera vez la descripción inicial del Trastorno del Espectro Autista (TEA) generando, entre los diversos profesionales del área, un genuino interés en comprender los misterios de este intrigante espectro.

El trastorno del espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por presentar marcados déficits en la comunicación, en la interacción social y por la existencia de patrones repetitivos de comportamiento, intereses o de actividades.

Se advierte que la prevalencia del trastorno en la actualidad ha variado enormemente, ya que ha aumentado de 4 por cada 10.000 personas a 1 por cada 68 en tan solo dos décadas, este abismal aumento es debido a los diferentes cambios que se han ido dando, cambios como los criterios diagnósticos y la comprensión de su etiología. (Baron-Cohen, 2012)

Diferentes teorías explicativas buscan responder a todas las interrogantes del TEA; sin embargo, hasta ahora no se ha encontrado una causa concreta que explique las diversas características que engloba este trastorno.

Últimos estudios, demuestran que las intervenciones basadas en la práctica y los modelos globales de tratamiento son eficaces para mejorar un amplio rango de habilidades, los problemas de conducta de las personas con TEA, reduciendo

los síntomas de ansiedad y las conductas agresivas. (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012)

En el presente caso, se busca disminuir las conductas disruptivas (golpear superficies con las manos, levantarse constantemente del asiento y agarrar fuertemente los brazos de las personas cercanas) de un adolescente de 15 años con diagnóstico de TEA, para ello se utilizó las técnicas de modificación de conducta ubicadas dentro de los modelos globales de tratamiento.

El programa de intervención se realizó en los diferentes ambientes en los que el sujeto se desempeñaba, como el aula de clases y el hogar, a través de una comunicación constante con las autoridades de las mismas, como las profesoras, la directora y los padres, además de fomentar y fortalecer los canales de comunicación entre ellos.

El presente trabajo está organizado en 4 capítulos. El primer capítulo comprende el marco teórico, el cual se centra en explorar la evolución del TEA además de su definición, características, etiología, prevalencia, modelos teóricos de evaluación e intervención. En el capítulo II se presenta el proceso de evaluación y diagnóstico, referido al estudio de caso que culmina con un informe. El capítulo III está enfocado en el programa de intervención psicológica a través del cual se especifica las fases de: actividades previas, proceso de intervención y seguimiento. Por último, el capítulo IV muestra el resumen, las conclusiones y las recomendaciones del estudio de caso.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

1.1.1 Antecedentes

Con el fin de comprender correctamente el término “Trastorno Espectro Autista”, se procederá a observar su evolución a través de la historia y se analizará las diferentes ideas y percepciones que se centraron en ella durante el transcurso de la historia.

El término *autismo* significa “vivir en función de uno mismo” según Tustin (citado en Cuxart y Claustré, 1998). Este término fue acuñado en 1911, en la publicación de la monografía titulada *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* del psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler, estableciéndose la palabra *autismo* como un síntoma clave de la esquizofrenia, dado que se presentaba en los casos más graves de esta. (Garrabe de Lara, 2012)

Bleuler, en la publicación anteriormente mencionada, consideraba al *síntoma autista* (como se le conocía primero) como una alteración de las funciones mentales complejas resultado de la perturbación de funciones psicológicas más básicas, como la atención, la inteligencia, la voluntad y la acción. El apartarse del mundo exterior significaba no atender los hechos que ocurrían en la realidad y prestar una atención desmesurada a las intenciones y pensamientos de la persona esquizofrénica, aun si la temática de la realidad y los pensamientos fueran la misma. Según Cuxart y Claustré (1998), esta atención patológica hacia el mundo interior (autismo) se debía principalmente a dos razones. La primera: debido a que cuidan sus fantasías internas de la perturbación de la realidad. De tal manera que “lo que está en contradicción con

sus complejos simplemente no existe para ellos” (Bleuler, 1911, p. 18). La segunda razón era el alejamiento del mundo exterior debido a su alterada sensibilidad. Los pacientes evitaban despertar emociones o reacciones fuertes que fueran causadas por los estímulos externos y por ende se encorvaban o miraban continuamente a la pared.

Se puede ver entonces que, desde 1911, el término *autismo* se usaba para señalar el retraimiento patológico de las personas adultas. Además, se les atribuía una mentalidad llena de alucinaciones causada por una atención voluntaria hacia las ideaciones y fantasías, lo cual los enmarcaba en el cuadro de la esquizofrenia. Es el doctor Leo Kanner quien, en el artículo *Autistic Disturbance of Affective Contact* de 1943, logra separarlo de la esquizofrenia y del retraso mental, estableciéndolo como un síndrome con sus propias características. El común denominador de sus casos evaluados sugería que la característica fundamental del autismo era la incapacidad para relacionarse socialmente con otras personas desde el nacimiento. (Cuxart y Claustré, 1998)

Siguiendo con los autores, a pesar que la mayoría de los niños evaluados por Kanner logró nombrar su entorno con eficacia y memorizar largas oraciones, incluso en otro idioma, no lograban unir palabras con la finalidad de emitir un mensaje ni conjugaban correctamente los pronombres, las frases que escuchaban las repetían con el mismo tono fuera de contexto (a lo que el autor denomina ecolalia demorada) y no lograban comprender los simbolismos o tardaban mucho tiempo para adquirirlos. Otra característica que observaba el autor es “Una marcada limitación en la variedad de sus actividades espontáneas.” Los 11 casos observados por Kanner mostraban complacencia cuando se realizaban actividades a las que estaban acostumbrados, usando

exactamente los mismos materiales. Estos *rituales*, que debían ser iniciados y culminados exactamente de la misma manera, eran explicados por el autor como un miedo al cambio y a lo incompleto. Una última característica es añadida por Kanner, quien, según Garrabe de Lara (2012), menciona que las particularidades de los hijos con TEA posiblemente se debían a un factor genético, ya que los padres en su mayoría eran profesionales más interesados en aspectos intelectuales que afectivos lo cual generó mucha polémica sobre la etiología de este trastorno.

Un año después, Asperger (1944) publicó en Viena “Psicopatía Autista” definiendo al trastorno de manera muy similar a la descripción del Autismo de Kanner (1943) a pesar de no tener ningún conocimiento de su obra; sin embargo, su trabajo no se conoció hasta años después, debido a que Austria aún estaba sometida al régimen Nazi, evitando que su obra se diera a conocer. Se observa así que ambos autores coincidían en que las personas con autismo presentan dificultad para interrelacionarse con su entorno social, problemas en el lenguaje, afecto alterado e intereses estereotipados, tener constancia y (a diferencia de la esquizofrenia) un inicio temprano; no obstante, el cuadro clínico descrito por Asperger difiere del cuadro planteado por Kanner en que la capacidad intelectual y el uso del lenguaje no se veían reducidos; por el contrario, la inteligencia, en los casos de Asperger, tiene un mejor rendimiento en comparación con personas sin TEA. Refiere, además, que este buen rendimiento intelectual se debe a la distancia que ellos toman a las convencionalidades del mundo, sin embargo, causa la mayoría de sus dificultades.

Así pues, se observa grandes similitudes y diferencias en las publicaciones de Kanner (1943) y Asperger (1944); a pesar de ello, la comunidad científica de la época dio mayor relieve al trabajo del primero tomando, además, su sugerencia de que el autismo podría tener una estrecha relación con las características afectivas y emocionales de los padres; añadiendo la influencia del psicoanálisis en la época, se propuso terapias centradas en ellos. (Artigas-Pallarés y Paula, 2012). Un claro ejemplo de esta perspectiva, es el aporte de Szurek citado en Rivière (1988), quien refiere que el autismo se relaciona con los conflictos inconscientes de los padres además de los impulsos libidinales distorsionados que se manifiestan en la manipulación del niño para resolver sus problemas.

Además, otra incógnita del TEA eran las características propias del trastorno, necesarias para su correcto diagnóstico. Como menciona Wolff (2004), en los años 50s, el país estaba lleno de “multitudes de niños autistas” debido a que muchos cumplían las características de diagnóstico de TEA en esa época. Durante los 50s y 60s, la esquizofrenia, que también incluía el diagnóstico de autismo en América, se trataba con psicógenos y terapias psicodinámicas que acarrearán años de dolorosa psicoterapia a los niños y a los padres (gracias al psicoanálisis de la época) con estas dolencias.

Muchos autores aparecieron con sus diferentes aportaciones durante esa época: en 1968, Ornitz y Ritvo propusieron que el autismo sea un síndrome específico de desarrollo anormal cuya definición se realizaría a través de patrones de conductas observables formando así grupos de síntomas en áreas concretas. En 1969, Rende – Short propusieron nuevos criterios para el autismo al mismo tiempo en el que Clancy y otros elaboraron una escala que consta de

14 ítems en los que se agrupa los síntomas del autismo. (Cuxart y Claustré, 1998)

Como menciona Belichon (2001), los diferentes avances que se han realizado sobre las características del autismo, si bien no han sido específicas o definitorias, han ayudado a ubicar las características nucleares y necesarias para un buen diagnóstico y tratamiento del autismo a través del tiempo. Por ejemplo, en las décadas del 50 al 60, el autismo era influenciado por el psicoanálisis enfocándose primordialmente en los padres y los problemas afectivos con sus hijos con TEA, pero este enfoque empieza a cambiar progresivamente a mediados de los 70s, dado que las terapias dirigidas a los padres y las explicaciones dadas al autismo no eran eficaces. (De la Riva y Fraile, 2006).

Uno de los mayores avances se logró gracias a Rutter (1972), ya que analiza las dificultades en cuanto al diagnóstico del TEA y la confusión con la esquizofrenia infantil. En su obra, descarta el diagnóstico enfocado en conductas observables (etológico) y propone, por primera vez, un sistema multiaxial dividido en 4 ejes: Síndromes Psiquiátricos Clínicos, Nivel Intelectual, Factores Etimológicos, Factores Psicosociales Afectados (Cuxart y Claustré, 1998). Este cambio resulta muy importante, ya que permite respetar la heterogeneidad de las personas que se encuentran etiquetadas dentro de un mismo diagnóstico.

Siguiendo con el autor, en 1977 *The National Society for Autism of Children*, establecen que criterios permiten un diagnóstico más certero de autismo.

- Los síntomas aparecen antes de los 30 meses
- Trastornos característicos del desarrollo
- Trastornos característicos de la respuesta a los estímulos

- Trastornos del habla, del lenguaje y de la cognición

Por otro lado, Lorna Wing y Judith Gould citadas en Artigas-Pallarés y Paula (2012) sugirieron un cambio conceptual del autismo basado en las investigaciones que realizaron, en el cual identificaron pacientes que presentaban dificultades en la interacción social, la comunicación e imaginación y patrones de conducta rígidas y repetitivas como las personas con autismo, pero que no pertenecían al cuadro debido a que eran distintos. La triada de dificultades que identificaban al autismo podía estar presente independientemente de la capacidad intelectual y podía estar asociada, o no, a otros problemas psicológicos o médicos.

De esta forma, refiere el autor, se ponía en evidencia que los límites categóricos no se podían establecer claramente y, por ende, las manifestaciones de autismo se dividen como un “continuo” reflejando que las categorías de la época respecto al DSM III (1980) no eran precisas.

En 1981, Lorna Wing tradujo al inglés los trabajos de Hans Asperger y le dió el término “Síndrome de Asperger” con sus respectivas características. Este hecho amplió mucho más el área que abarcó el autismo reforzando la formulación de Trastorno del Espectro Autista (TEA), propuesta por Wing (1982), en vez de síndrome autista. Muchos autores, a partir de ese momento, seguirían una clasificación de las características centrales del TEA en ejes que abarquen los diferentes síntomas principales, por ejemplo, Rutter en 1984 citado en Ardila et. al. (2008) establecieron que los niños con TEA tienen tres grupos de síntomas principales: la incapacidad para establecer relaciones sociales, la

alteración del lenguaje y los fenómenos rituales o compulsivos, teniendo estas conductas un inicio no mayor a los 30 meses.

El mayor cambio se dio en 1987 a través de la publicación del DSM III- R donde se modifica el término “Autismo infantil” cambiándolo por “Trastorno Autista”, de tal forma, se tomaron en cuenta todos los avances anteriormente mencionados permitiendo una concepción no médica del Autismo, alejándose así definitivamente de la esquizofrenia y otras cuadros clínicos.

Un año después, y con esta nueva perspectiva, se publica la definición operacional del TEA por Bryson, dividido en tres puntos fundamentales: deterioro social, deterioro del lenguaje y conductas repetitivas. (Cuxart y Claustre, 1998). Sin embargo, es alrededor de los años 90 cuando las investigaciones y teorías explicativas más importantes del TEA comienzan a surgir, teorías que veremos más adelante.

Por otro lado, es el DSM IV-TR del 2000 el que estableció definitivamente las 5 categorías del autismo: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. Una diferencia importante con respecto a esta versión es que los 16 criterios del DSM III- R se reducen a solo 6 haciendo el diagnóstico menos restrictivo y, por ende, los diagnósticos de autismo aumentaron drásticamente. (Artigas-Pallarés y Paula, 2012)

Por tal motivo, en el DSM 5 (2013) se modifica los criterios diagnósticos y se combinan las 5 categorías mencionadas anteriormente en una sola denominada Trastorno del Espectro Autista, denominación que se utilizará en el presente estudio de caso.

Aunque la referencia historia nos brinda luces sobre el desarrollo del TEA, para poder comprender al autismo de una forma más exhaustiva, a continuación se realizara una revisión de las diferentes connotaciones que se le ha dado.

1.1.2 Definición

Como se ha visto anteriormente, el término “Trastorno del Espectro Autista” o TEA, por sus siglas, ha tenido diferentes connotaciones a lo largo de la historia, entonces, queda por responder: ¿qué es el TEA en la actualidad? y ¿por qué se le denomina espectro?

Se analizará primero etimológicamente el término *autista*, el cual es una palabra compuesta del prefijo griego *auto*, que significa uno mismo, y el sufijo *ismo*, que se usa en sustantivos abstractos para señalar una tendencia, por lo que se puede traducir literalmente como “inclinación o tendencia a sí mismo” haciendo referencia a que la atención de la persona está orientada en sus propias sensaciones, pensamientos e intereses.

Algunos autores le dan la significancia etimológica de “Meterse en uno mismo”, mientras que otros, como Cuxart y Claustré (1998), refieren que el termino autismo proviene de la palabra griega *eaftismo*, cuya significación es “encerrado en sí mismo”.

En la actualidad, se maneja el término “Trastorno del Espectro Autista” (TEA) oficializado por el DSM 5, sin embargo, anteriormente se denominaba “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) en referencia a que es una alteración generalizada en todas las áreas del desarrollo natural de la persona. Esta denominación la dió Lorna Wing y Judith Gould. Citados en Artigas-Pallarés y Paula (2012).

Se le denomina “espectro” debido a que no están claros sus límites, lo que permite explicar sus distintos grados de severidad. Esta alteración se da desde pequeño y aun no se tiene la causa específica de este, aunque cada vez más se sospecha que sea una enfermedad poligénica con alto índice de hereditabilidad. (Quijada 2008)

Otro punto interesante del autismo, además de la gran cantidad de denominaciones que se le ha dado, es la alarmante cantidad de casos de TEA que se han reconocido, por ende, seguidamente se abordara esta temática de gran interés.

1.1.3 Epidemiología

Los datos sobre el autismo han sido muy variados a través del tiempo y, durante las últimas décadas, llama la atención el aumento de casos de TEA en el mundo; además, siempre se ha observado una prevalencia de 4 a 1 en relación al género masculino/femenino. (Baio, 2014)

Un estudio epidemiológico sobre el autismo en el estado de Utah en 1980, usando los criterios de diagnóstico del DSM III, dio como resultado que 4 de cada 10.000 (1 en 2500) personas tenía dicho trastorno. (Christensen et al., 2016). Sin embargo, este resultado incluye al autismo cuando aún era considerado como un síntoma clínico relacionado al aislamiento. Estudios posteriores como el *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network* del *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* citado anteriormente, registran para el año 2000 un total de 1 en 150 niños identificados con el diagnóstico de autismo o TGD como se consideraba en según el DSM que regía en esos años. Ya con nuevos criterios diagnósticos, solo 12 años después,

el CDC identificó que 1 de 68 niños tienen TEA. Esta cifra se ha mantenido igual hasta el año 2016. (Christensen et al., 2016).

Se observa que este notable aumento posiblemente se deba a los cambios de criterio de evaluación y diagnóstico. Sin embargo, para los autores Polyak, Kubina y Girirajan (2015), este aumento en la prevalencia del TEA va más allá de los criterios diagnósticos, ya que es causado por una importante heterogeneidad clínica y a desconocimiento de la causa nuclear del autismo. Dichos autores publicaron un artículo donde se investigó la relación de la discapacidad intelectual en contraste con el autismo en términos de prevalencia. Los resultados de dicha investigación demuestran que, además del aumento de diagnósticos de autismo del año 2000 al año 2010, también disminuyó la cantidad de diagnósticos de discapacidad intelectual. Además, disminuyeron casos de disturbios emocionales y trastornos específicos del aprendizaje sin haber cambio significativo en el promedio de niños que asisten a educación especial desde el 2000 al 2010, dicho de otro modo, el diagnóstico del autismo, al no conocerse su etiología ni tener características específicas detalladas, absorbían los diagnósticos de otros más genéricos como la discapacidad intelectual y los trastornos específicos del aprendizaje.

Por último, en el Perú, en el 2015 la cantidad de personas con alguna discapacidad registrada en Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis), era un total de 150.000 de los cuales se estima que solo 2000 tiene un diagnóstico de autismo. (El Comercio, 2015).

1.1.4 Etiología

Aun en la actualidad no hay una causa fiable del desarrollo del trastorno del espectro autista, ya que a pesar de que se han formulado muchas teorías a lo largo de la historia (teorías que se revisarán a continuación), el origen del autismo sigue siendo un misterio.

Kanner (1943) al notar que los casos que estudiaba provenían de familias intelectuales sugiere que el autismo podría tener relación con los padres. Esta idea fue tomada por el psicoanálisis formulando así la primera teoría sobre el origen del TEA. La cual consideraba a los “padres refrigerador”, denominado así en referencia a la creencia de que el trato frío de los padres generaba niños con este trastorno, como la causante del TEA

Para Aragón (2010), fue el Doctor Bernard Rimland quien logra un gran cambio en 1964 a través del planteamiento de que el autismo tiene un origen orgánico en su obra *Infantile Autism*, dando origen a las interminables investigaciones que se han realizado con el fin de descubrir el factor orgánico que genera el autismo desmintiendo todas las teorías que solo atribuyen el origen del trastorno a los factores psicógenos. Gracias al avance de la tecnología y a la genética en los últimos años se ha podido identificar algunos aspectos genéticos de gran relevancia en el autismo. Por ejemplo, según Ruggieri y Arberas (2007) numerosos estudios en gemelos han demostrado una alta heredabilidad del autismo. Exhibiéndose en gemelos monocigóticos una concordancia de 36% al 95% a diferencia del 3% al 6% de los gemelos dicigóticos.

Según los autores se pueden diferenciar dos grandes grupos de TEA:

- **Sindrómicos:** Conformando del 16% al 20% del total de casos, este grupo representa el autismo como parte de la expresión de diferentes síndromes. (Síndrome Down, Síndrome Turner, etc.)
- **No Sindrómicos o idiopáticos:** El resto de los casos tienen como origen el efecto de la combinación de múltiples genes.

De tal forma, aseguran Arberas y Ruggieri (2013) los trastornos relacionados a la epigenética brindan una forma de comprender el porqué de la diversidad de expresiones del autismo y su curso evolutivo. Una modificación o mutación de un gen puede causar trastorno del espectro autista sin siquiera haber cambiado la secuencia del ADN.

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (NICHD, por sus siglas en inglés) (2005) refiere que los investigadores, valiéndose de avanzados métodos de detección en el genoma entero, han podido identificar varios genes que tienen una relación con el autismo llegando reconocer hasta 12 regiones de genes que están involucrados con los síntomas de las personas con trastorno del espectro autista entre ellos: 2q, 7q, 13q, 15q, 16q 17q y el cromosoma X que está involucrado en el síndrome del cromosoma X frágil y el síndrome de Rett, síndromes que comparten muchas características con el autismo, lo que sugiere que está involucrado también este cromosoma con el origen del autismo.

Además, también refiere que el hecho de que el autismo esté presente en más hombres que en mujeres sugiere también una implicancia del cromosoma X que, junto al cromosoma Y, define el sexo de la persona.

Otros avances en esta área han permitido vincular algunos genes al autismo. Dichos genes son los siguientes: AVPR 1^a, ADA, ENGRAILED 2, GABRB3, GluR6, SCL6A4, HOXA A1, HOXA A2, RELN, FMR1, WNT2, UBE3A, MECP2 AUTSX3, NLGN 3, AUTSX1, ASPGX1, NLGN4, AUTSX2, ASPG1, ASPG 2 y APSG3. (Ruggieri y Arberas, 2007)

Debido a que en la actualidad no se puede establecer una etiología clara al autismo, se procederá a revisar aquellas explicaciones psicológicas que se han dado a través del tiempo con el fin de lograr comprender este enigmático trastorno.

1.1.5 Teorías Psicológicas Explicativas

Las teorías psicológicas buscan brindar una explicación al TEA enfocada en los procesos cognitivos complejos a través de un estudio de sus propios mecanismos. Dentro de estas teorías tenemos:

Teoría de la Mente. La teoría más conocida en esta área es la Teoría de la Mente (ToM), este término fue usado por primera vez por Premack y Woodruff en el año 1978 haciendo referencia a una habilidad de las personas para poder explicar, predecir e interpretar la conducta de otras personas a través de la atribución de estados mentales los cuales son: creer, pensar e imaginar. (Uribe, Gómez y Arango 2010)

Autores como Tirapu-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekato-Bilbao y Pelegrín-Valero (2007) añaden que, bajo la teoría de la mente, el sistema cognitivo de una persona puede conocer el contenido del sistema cognitivo de otra permitiéndole no solo creer, pensar e imaginar, como se mencionó anteriormente, sino también predecir su conducta.

Esta teoría sería la más conocida ya que explica las características primarias del autismo como la dificultad que tienen para lograr comprender el mundo socializado y adaptarse a él. Además explicaría lo mencionado por Kanner en 1943: todos los niños se dirigen inmediatamente a los juguetes sin darle importancia a las personas presentes.

Por otro lado, como refiere Portela, Vírseda y Gayubo (2003), en 1980 surgieron diversas posiciones teóricas de la ToM, dentro de los cuales se encontraba la teoría de las teorías y el enfoque simulacionista. La primera hace alusión a que la ToM es un sistema de creencias para la cual es necesario tener conciencia de que uno mismo es un ser con representaciones y que las demás personas también tienen estas representaciones; mientras que la segunda hace referencia de que la ToM es un sistema de procesamiento que requiere la capacidad de acceder a la mente de uno mismo y de una proyección simulada de las vivencias, creencias y representaciones del mundo pertenecientes a alguien ajeno; además, el proceso de la ToM se da automáticamente de forma independiente o “modular”.

Un momento clave en la evolución de la ToM es 1985 cuando Barón-Cohen, Leslie y Frith establecen la hipótesis de que las personas con autismo tienen dificultades de la ToM debido a que ellos no pueden atribuir estados mentales a otras personas o de sí mismos interfiriendo con la capacidad de predecir y explicar la conducta. (Uribe et al., 2010)

La forma en que se establece la hipótesis que una persona tiene o no ToM se lograba a través de pruebas, una de ellas denominada “De la falsa creencia de primer orden” que busca saber si una persona puede atribuir a otras creencias diferentes a las propias y la segunda denominada “De la falsa creencia

de segundo orden” que busca explorar si una persona puede atribuir creencias de una segunda persona a una tercera; sin embargo, para Portela et al. (2003), el punto más importante a favor de la ToM es que da una conexión a los tres síntomas de la triada del autismo.

Según los trabajos de Leslie citado en Uribe et al. (2010), las personas con autismo tienen deficiencias en la capacidad de desacoplamiento, una capacidad que se explica como un mecanismo por el cual se pueden separar las meta representaciones de la realidad creando ficción.

Teoría de la Coherencia Central. Otra teoría que busca explicar el fenómeno del autismo es “La coherencia central débil” propuesto por Frith en el 2003, postulando que las personas, por naturaleza, buscamos procesar la información que obtenemos del medio de forma global tomando en cuenta la situación y el contexto de tal manera que logramos diferenciar los aspectos importantes y recordarlos obviando información innecesaria como los detalles logrando así dar coherencia a los elementos de la situación y lograr comprenderla. (Cobo y Morán, 2014)

Por ende, las personas con TEA tendrían dificultades en esta área ya que ellos procesarían la información proveniente del mundo de diferente forma, teniendo una marcada dificultad para centrarse en lo importante de un contexto y enfocándose principalmente en los detalles y obviando la situación. Una metáfora muy útil para entender en qué consiste la coherencia central débil, la brinda Attwood citado en Cobo y Morán (2014):

“Imaginarnos que enrollamos una hoja de papel en forma de tubo y con un ojo cerrado lo aplicamos contra el otro ojo abierto, como si fuera un

telescopio, y miramos el mundo a través de él: se ven los detalles pero no se percibe el contexto”. (p.24)

Según Gómez (2010), la dificultad de poder integrar la información evita construir un significado de un nivel más alto ligado al contexto existiendo una “dificultad para realizar eficientemente comparaciones, juicios e inferencias conceptuales”. Una prueba de ello es el hecho de que las personas con autismo tienen una extraordinaria memoria para recordar palabras sueltas en comparación con frases completas con un sentido global; Además, la coherencia central débil resulta ventajosa en pruebas en las que la atención está ligada a información local y, en contraste, brinda dificultades en pruebas que requieran de un análisis global. (Happe citado en Margulis, 2009)

Beversdorf y Col. en el 2000, citados también por Margulis (2009), realizaron una investigación donde utilizaron un test de falsas memorias presentando un listado de palabras sueltas que guardan relación semántica o concurrencia frecuente requiriendo que se reconozcan luego. Debido a la débil coherencia central de las personas con TEA, ellos lograron responder significativamente mejor este test (ya que no se enfocan en el contexto) haciéndolos menos susceptibles a las palabras que no están en el listado, pero que guardan relación asociativa por su uso o palabras que tienen el mismo significado que otra de la lista.

Para Wing (2011), la teoría de la coherencia central débil explica las isletas de habilidades que poseen las personas con autismo como la atención al detalle o una excelente memoria. De esta forma, explica la autora, aquellas personas con autismo tardan más en percibir el contexto general ya que se

suelen enfocar en unidades de información menores; sin embargo, esta teoría supone que las personas con autismo no logran ver la totalidad en algunos aspectos y esto estaría erróneo, debido a que en la prueba de Navon (diseñada para evaluar la percepción local y general) ven tanto la totalidad como las unidades de información menores.

Se observa entonces que, a diferencia de la ToM, esta teoría se centra en la dificultad perceptiva de los niños con TEA; sin embargo, a continuación se describirá una teoría referida a los procesos cognitivos de estos niños, cabe destacar que las teorías no son cancelativas entre sí, lo que implica que las diferentes características de los TEA se puede explicar a través de estas teorías en conjunto.

Teoría de la Disfunción Ejecutiva. Martos-Pérez y Paula-Pérez (2011) refieren que las funciones ejecutivas son un conjunto de procesos cognitivos que trabajan conjuntamente para poder organizar el pensamiento y las acciones para lograr alguna meta en particular. Papazian et al. Citado en el mismo autor sugiere que esta “meta en particular” está ligada a la resolución de problemas, tanto internos como externos. Los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos, mientras que los denominados problemas externos son los que se ubican en la interacción de la persona con su medio. Para resolver el problema las funciones ejecutivas inhiben información irrelevante y ponen en funcionamiento, tanto el sistema de atención sostenida y selectiva, como también la memoria de trabajo verbal y no verbal antes, durante y después de la toma de una decisión. (Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2013)

Los encargados de unir las funciones ejecutivas con el autismo por primera vez son Sally Ozonoff, Bruce Pennington y Sally Rogers quienes en 1991 a través de sus 2 artículos publicados demostraron que las tareas de funciones ejecutivas son igual de buenas que las de la teoría de la mente para discriminar entre personas con autismo y de control. Citado en Ibáñez (2005)

Siguiendo con Martos-Pérez y Paula-Pérez (2011) los procesos o funciones que están implicados en las funciones ejecutivas pueden ser divididos de la siguiente forma:

- Planificación: Proceso complejo basado en monitorizar, reevaluar y reactualizar constantemente una secuencia de acciones previamente pensadas.

- Flexibilidad Cognitiva: Habilidad para cambiar el pensamiento y el curso de la acción dependiendo del contexto o situación en la que se está. Dentro de los indicadores que están implicados en esta función están las estereotipias, la inflexibilidad cognitiva y conductual, los rituales las rutinas y las ecolalias. Dichos indicadores están explicados por una alteración de la capacidad generativa, impidiendo nuevas conductas y comportamientos, provocando así que las situaciones nuevas se vivan como ‘terroríficamente novedosas’.
- Inhibición de la respuesta: La capacidad de detener o parar un pensamiento, acción o conducta que se está manifestando en ese momento junto a la flexibilidad cognitiva parecen ser claves en lo que respecta a las estereotipias debido a que si una persona no puede controlar sus propias acciones y pensamientos desembocara en conductas repetitivas, de perseverancia y persistencia ante una acción.
- Habilidades Mentalistas: Función encargada de atribuir estados mentales a los demás y a uno mismo, requiere la capacidad de poseer un plan propio con una meta e intuir el plan de las demás personas comparándolas y eligiendo la mejor acción a realizar; estas funciones son muy importantes para el desenvolvimiento en el mundo y la interacción social.
- Sentido de la Actividad: Se refiere a la habilidad de enfocarnos en el futuro a través de metas o planes, definiéndonos así como seres intencionales, requiriendo representaciones mentales de lo que deseamos a corto o largo plazo. El procedimiento de esta función es fijarnos metas a través de estas representaciones del futuro y actuar conforme a las acciones que se

necesitan para que se concrete dicha representación. En las personas con Tea se encuentran dificultades en esta función, no logrando incluso dar sentido al propio accionar.

Las estructuras que están implicadas en el desarrollo de esta teoría son, primeramente, el córtex prefrontal, ya que esta área es la encargada de coordinar y organizar a las demás áreas del cerebro; comparable con un centro de mando en el cerebro, responsable de funciones de orden superior como la toma de decisiones, las habilidades mentalistas, la resolución de problemas, la regulación emocional, la generalización de los aprendizajes, la adaptación a situaciones imprevistas y novedosas, etc. Esta área del cerebro se desarrolla desde el año sin embargo se han observado gracias a pruebas de neuroimagen en niños con autismo que el desarrollo se da de forma anormal en esta estructura. Martos-Pérez y Paula-Pérez (2011)

Teoría de la Empatía – Sistematización. La teoría de “empatía-sistematización” está enfocada en las dificultades y habilidades excepcionales de las personas con autismo. En esta teoría se señala que la capacidad de sistematización de los afectados es mucho mayor al de las personas que no tienen autismo, en contraste, los niveles de empatía se encuentran por debajo de la media. La divergencia entre estas dos capacidades señala la tendencia a desarrollar un autismo. (Wing, 2011)

Continuando con el autor, la sistematización se define como el impulso necesario para analizar o construir cualquier tipo de sistema, los cuales son regidos por reglas a través de la percepción, de esta forma logramos predecir cómo se comportará y cómo evolucionará. Por ende, esta teoría explica dos

factores asociados al autismo donde las dificultades en la comunicación son explicadas por una empatía baja mientras que las conductas estereotipadas, la resistencia al cambio, los gustos por lo repetitivo y la focalización en ciertos temas son explicadas por altas capacidades de sistematización; además, la teoría de “empatía-sistematización” reformula la conducta estereotipada y los intereses restringidos, no como un déficit, sino como una forma diferente de comunicación, en la cual se busca analizar detalladamente los sistemas, así sean muy primitivos, con el fin de obtener la información necesaria que permita conocer el sistema a perfección y de esta forma controlar y predecir su comportamiento. Wing (2011) ejemplifica de esta manera:

“Así, cuando una persona que padece autismo clásico de bajo funcionamiento ha agitado miles de veces un pedazo de cordel delante de sus ojos, sabe exactamente cuál es la mecánica del movimiento del cordel pudiendo hacer que se mueva exactamente igual una y otra vez.”

Las teorías anteriormente mencionadas buscan explicar el autismo bajo los criterios de características de este trastorno; consiguientemente, se desarrollara la descripción de estas.

1.1.6 Características

Las características del Trastorno Espectro Autista son las que la definen y su diversa manifestación intriga constantemente a los especialistas del área. Se procederá a enlistar las diferentes consideraciones sobre las características de este trastorno.

Según el Ministerio de Educación del Perú o MINEDU (2013), las características base del autismo son:

- Alteraciones cualitativas en la interacción social

Esta característica, al igual que las demás, pueden presentar diversos niveles de severidad, en este caso la alteración va desde el aislamiento total con la sociedad, mostrándose indiferente a esta, hasta dificultades para comprender los códigos sociales, las sutilezas y la no literalidad, debido a que no logran fácilmente darse cuenta de las intenciones de las demás personas.

- Alteraciones cualitativas de comunicación

Debido a sus intereses el lenguaje no se utiliza con un fin social como compartir vivencias o expresar ideas. La alteración en el lenguaje se suele manifestar en particularidades como ecolalias, perseveración o inversión pronominal

- Patrones restringidos de comportamientos e intereses

Presentan intereses especiales enfocándose en los detalles de los objetos a su alrededor pudiendo observar, por tiempo prolongado, aspectos de cosas que normalmente no son importantes o resaltantes, debido a lo mencionado, suelen enojarse mucho si se les altera de alguna forma los objetos o situaciones a los que ellos están acostumbrados mostrando poca tolerancia a los cambios; además, son muy repetitivos con sus juegos que suelen ser poco imaginativos. Se aprecia también, movimientos estereotipados comúnmente denominados aleteos.

1.1.7 Evolución

En cuanto al curso evolutivo de las personas con TEA, cada una de las personas con este trastorno tiene un desarrollo muy particular, lo cual hace su pronóstico muy variable dependiendo de sus fortalezas, debilidades y el grado de apoyo que se brinda en los primeros años y la constancia del seguimiento que se realice durante todo su desarrollo.

Las principales características del autismo, como las dificultades en la socialización, son más notorias a partir de los 2 años en adelante, ya que, en este tiempo, las demandas sociales suelen ser mayores; por ejemplo, los niños comienzan a jugar con sus congéneres, de tal forma que empiezan a aparecer los primeros indicios del juego simbólico y el lenguaje muchas veces ya está constituyéndose.

Por tal motivo, es importante mencionar que el diagnóstico de los niños con TEA suele demorar no solo meses, sino también años, debido principalmente a que los profesionales que evalúan a los niños, generalmente, no están bien preparados para afrontar, reconocer y detectar trastornos del desarrollo como el autismo, ya que existe poca información sobre esta. (Ministerio De Sanidad y Política Social, 2009)

Rivière (1998), refiere que los niños con autismo a partir de los 2 años son más entregados a las estereotipias, son más aislados y tiene mayores problemas de conducta aunque, dichas características mejoran entre los 5 y 14 años, ya que en la etapa escolar algunos niños logran integrarse a el sistema educativo obteniendo mayores habilidades y capacidades básicas de relación, autovalimiento, y categorización. Aunque siempre juega un papel importante, tanto la gravedad del trastorno, como la capacidad intelectual.

Ante mencionadas características, se opta estimular la comunicación social y el uso de apoyos visuales como fotos, dibujos, imágenes y pictogramas; sin embargo, dichos apoyos no aumentan la producción el lenguaje. (Levy y Hyman citado en Ministerio De Sanidad Y Política Social, 2009)

Schreibman y Koegel citado en Tortosa (2004) refiere:

Los niños autistas pueden aprender, pero parece que sólo lo hacen en condiciones de aprendizaje muy cuidadas. No aprenden apenas a menos que se sigan, de forma muy escrupulosa, reglas específicas de enseñanza, identificadas a través de la investigación en el área del aprendizaje. En el tratamiento de las personas autistas, el control adecuado del medio para producir aprendizaje es actualmente el recurso esencial, y bastan pequeñas desviaciones en la conducta del profesor para que se produzcan graves perturbaciones en el aprendizaje del niño autista. (p.3)

Además el autor señala que es importante el papel de la familia en el desarrollo de la persona con TEA, dado que favorece no solo el aprendizaje de nuevos conocimientos, sino también, el reforzamiento de estos a través de la generalización logrando que sean más estables en el tiempo.

Más adelante, en la adolescencia las personas con TEA no suelen presentar muchos problemas, siendo pocos los que regresan a conductas problema, volviéndose lábiles emocionalmente o manifestando diversos problemas como trastornos del sueño o alimentarios. (Rivière 1998)

En la edad adulta, las personas con autismo logran un estado de equilibrio al lograr comprender mejor el mundo y negociar con las personas responsables logrando un ambiente, ni tan variado en estímulos nuevos ni tan inflexible y rígido como a él le gustaría.

Como se ha descrito, debido a las diferentes características y patrones evolutivos del autismo, la evaluación en las personas con este trastorno es difícil, por consiguiente, se ahondara este tema en el siguiente apartado.

1.1.8 Avances en la Evaluación Psicológica en TEA

Se puede definir la evaluación psicológica como un proceso, es decir, un conjunto de acciones sistematizadas que están orientadas a obtener información relevante sobre la problemática del evaluado, facilitando su toma de decisión posterior sobre cómo abordar adecuadamente dicha problemática. Hace uso de las diferentes técnicas e instrumentos de evaluación que analizan las áreas cognitivas, conductuales y emocionales de la persona.

Sin embargo, ante las características específicas del TEA, se debe realizar una evaluación más exhaustiva en determinadas áreas debido a que los métodos tradicionales de evaluación no abarcan las diferentes manifestaciones de este amplio espectro. Actualmente, diversos autores recomiendan dar gran importancia a la entrevista con la familia, buscando explorar la evolución en el desarrollo del individuo, y la observación directa del evaluado, con el fin de detectar patrones conductuales claves que permitan apreciar como enfrenta la persona contextos sociales y contrastarlos con los criterios de los manuales internacionales de diagnóstico, logrando así una mayor claridad en el proceso

evaluativo que permitirá identificar fortalezas que ayudarán en gran medida al proceso de intervención.

Además, autores como Dioses y Salas (2014) y Martínez y Cuesta (2013), recomiendan realizar evaluaciones en una mayor amplitud de áreas, como por ejemplo: neuropsicológica, de la comunicación y el lenguaje, otorrinolaringológica, audiológica, de motricidad orofacial, de la integración sensorial, de la psicomotricidad y una evaluación del aprendizaje o adaptación escolar. De estas áreas de evaluación se rescata la evaluación neuropsicológica, la cual explora las diferentes teorías psicológicas explicativas del autismo, los procesos psicológicos básicos y la evaluación del aspecto social, conductual y emocional.

Ahora se considera también el lenguaje como un área importante en la evaluación del TEA, ya que permite una intervención eficaz al brindar un nexo comunicativo con el instructor o terapeuta. Una exploración de esta área debe comprender una evaluación de los procesos del lenguaje expresivo y del lenguaje receptivo; en sus dimensiones de forma, contenido y uso, ya que son áreas comúnmente afectadas en las personas con el TEA.

Por consiguiente, a causa de los avances de la evaluación específica en el TEA, ahora se reconoce la importancia de la evaluación multidisciplinar. El cual logra un mejor diagnóstico al combinar múltiples perspectivas profesionales enfocadas a un solo caso. En Dioses y Salas (2014) se recomienda, no solo un equipo multidisciplinar conformado por un psicólogo, un psiquiatra, un neurólogo y un pediatra, sino también se indica la relevancia de un coordinador de caso, el cual funciona como un nexo entre los profesionales guiando el proceso de evaluación.

Gracias a diferentes estudios prospectivos de hermanos de riesgo de niños con TEA, se han logrado identificar síntomas precoces de la aparición del TEA permitiendo el desarrollo de entrevistas semi-estructuradas para familias, como el *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), que resultan en un apoyo eficaz dentro del diagnóstico de este trastorno y que cumple con los criterios establecidos por los manuales de clasificación internacional. Además, se han establecido pruebas de valoración para el autismo, como la prueba estandarizada ADOS-G (*Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic*) el cual, tras un entrenamiento con especialistas de evaluación, brinda resultados imprescindibles para la evaluación del TEA.

Todo el proceso de evaluación y diagnóstico debe hacer uso de los manuales de clasificaciones internacionales (actualmente, el DSM 5 y el CIE 10) los cuales permiten realizar un diagnóstico diferencial a través de características específicas de una categoría diagnóstica, realizando así su confirmación y, posteriormente, una fácil comunicación entre profesionales de las características del evaluado lo que permite una intervención eficaz enfocándose en la calidad de vida de las personas con TEA.

Por último, se dio un gran avance con la publicación del DSM 5 (2013), ya que cambió el sistema de diagnóstico al incorporar las cuatro anteriores clasificaciones dentro del autismo como una sola denominada Trastornos del Espectro Autista con la misión de disminuir la confusión que existía sobre el diagnóstico diferencial y facilitar el proceso de intervención al agregar tres niveles de TEA según el grado de apoyo que necesitan.

Sin duda, los avances en la evaluación en personas con TEA han permitido acercarnos más a una detección temprana. Sin embargo, es el proceso

de intervención el que más requiere de estudios e investigaciones sistemáticas ya que ellos permiten dar solución a las dificultades que estas personas enfrentan día a día.

1.1.9 Avances en la Intervención Psicológica en el TEA

Como menciona Labrador (2010), la profesión de *psicólogo* ha logrado consolidarse gracias a su eficacia en modificar el comportamiento humano y reducir o disminuir las dificultades (síntomas) que enfrenta la persona, potenciando sus fortalezas para lograr un desarrollo integro hacia la vida plena por medio de la aplicación de técnicas y principios psicológicos estructurados en programas interventivos que sirven como guía a los profesiones para lograr dicho objetivo.

Gracias a los avances en las neurociencias, en la Psico-educación y en las teorías psicológicas relacionadas al autismo, ahora se conoce y comprende mejor este espectro logrando grandes avances en relación al proceso de intervención, al punto en que hoy contamos con diversos programas interventivos, basados en diferentes teorías psicológicas que se centran en rehabilitar a las personas con TEA.

Incluso, actualmente contamos con clasificaciones internacionales para dichos programas como por ejemplo: en Güemes Carcaga, Martín Arribas, Canal Bedia y Posada De La Paz (2009) se categorizan los programas interventivos según sus modelos teóricos base y según las áreas funcionales en las que se centran.

Martínez y Cuesta (2013) señalan que ahora hay un amplio consenso en que el abordaje de las personas con TEA debe ser de índole psicoeducativa a

través de intervenciones eficaces que cuenten con suficiente evidencia científica procedente de estudios de evaluación. Sin embargo, la realidad es otra.

En la revisión sobre la literatura científica de Güemes et al. (2009) se observa que las investigaciones científicas de muchos programas interventivos no cumplen con los criterios de calidad, ya que, por ejemplo, muchos de ellos obtienen sus resultados sin considerar un grupo control con el cual realizar una comparación sistemática, sesgando así los resultados obtenidos. En dichas revisiones literarias, se puede concluir que hay actualmente una escasez de estudios debidamente sistematizados que demuestren la efectividad de los diversos modelos de intervención que se usan.

Algunos programas de intervención que han mostrado su efectividad con las personas con TEA son los siguientes:

El Análisis Conductual Aplicado [*Applied Behaviour Analysis (ABA)*], aborda científicamente todos los aspectos relacionados a la conducta problema, sobresale debido a su nivel de rigurosidad y sistematización a través de la aplicación de las diferentes técnicas y principios de la modificación de conducta obtenidos a través del análisis experimental de la conducta. Usa técnicas que se enfocan en los antecedentes y consecuentes con el fin de evitar que una conducta disruptiva siga manifestándose.

Dentro del modelo de programa ABA, encontramos programas específicos con alta efectividad en las personas con TEA. Por ejemplo, La Intervención Conductual Intensiva [*Intensive Behavioural Intervention (IBI)*], centra los principios y técnicas aplicadas del ABA de forma intensiva para lograr la conducta objetivo, este programa de intervención es mucho más específico y estructurado trabajando principalmente de forma individual en un área controlada

y con largas horas de intervención por semana; igualmente, La Intervención Temprana Conductual Intensiva [*Early Intensive Behaviour Intervention* (EIBI)], es un programa que aplica el programa IBI a niños con TEA en etapa pre-escolar, disminuyendo la gravedad de los síntomas del espectro y permitiendo un mejor desempeño en el área escolar.

Por último, El Entrenamiento por Ensayos Discretos [*Discrete Trial Training* (DTT)] y El Entrenamiento en Conductas Pivote [*Pivotal Response Training* (PRT)] están enfocados en la enseñanza de conductas básicas y esenciales que permitirán al individuo desarrollar conductas más complejas.

Sobre la efectividad de estos programas interventivos, Lang, Regeher, Lauderdale, Ashbaugh, y Haring (2010) refieren que la intervención a través del ABA ha demostrado una efectividad recomendable en la modificación de conductas problemáticas con las personas con TEA en comparación con las de modelo naturalista.

Por otro lado, con la finalidad de flexibilizar el formato de interacción con las personas con TEA, surgen los modelos de intervención evolutiva o naturalista, las cuales se centran en crear un entorno que facilite las interacciones sociales y comunicativas, de modo que la persona no tiene un comportamiento responsivo, como en las intervenciones clásicas en las que un adulto tiene que modificar la conducta del niño el cual no toma un papel activo en su propia rehabilitación, sino que el adulto actúa como apoyo y guía para que la persona con TEA aprenda a desenvolverse en un medio por iniciativa propia. Ejemplos de estos programas son El Modelo de Greenspan o Terapia de Juego en el Suelo (*Floor Time*), La Intervención Basada En El Desarrollo De Relaciones (RDI) y el *Early Start Denver Model*.

En relación a las denominadas Terapias Alternativas, las cuales comprenden la musicoterapia y las terapias con animales, aunque actualmente se están realizando más investigaciones científicas sobre su efectividad, aun no se cuenta con evidencia suficiente para que dichas terapias sean recomendadas a la población con TEA. (Martínez y Cuesta 2013)

1.2 MODIFICACION DE CONDUCTA

1.2.1 Definición

Las Técnicas de Modificación de Conducta (TMC) son la aplicación de los principios de la psicología experimental obtenidos a través del análisis de la conducta en ambientes controlados con el fin de explicar, predecir y controlar la conducta humana. Este estudio intensivo ha aportado a lo largo de la historia gran cantidad de datos que conforman una teoría del aprendizaje en las que son fundamentales conceptos como los de estímulo, respuesta, conducta operante etc., conceptos que repasaremos a lo largo de este capítulo.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) realizan una interesante distinción entre TMC y Terapia de Conducta, en donde se puntualiza que, a pesar de sus múltiples connotaciones a través del tiempo, la diferencia principal yace en el ámbito de aplicación, así mismo, la denominación “Técnicas de Modificación de Conducta” es usualmente usada en ámbitos incluso alejados de la aplicación clínica mientras que se reserva el uso de “Terapia de Conducta” para el contexto clínico.

Según Labrador (2010), las TMC son habilidades o técnicas de aplicación psicológicas fundamentadas en la investigación y conocimientos científicos. Además identifica tres características principales:

- Descripción precisa del modo estándar del proceder o protocolo de la actuación.
- Evaluación empírica de su eficacia para modificar los comportamientos humanos.
- Identificación de los casos problemas o ámbitos en los que su actuación está indicada y contrastada.

Otra definición, esta vez dada por Olivares (2010), indica que la modificación de conducta está constituida por una tecnología potente aplicada a la resolución de problemas humanos, formada por un vasto conjunto de técnicas de intervención probadas en su aplicación a una gran variedad de problemas clínicos. Estas técnicas han sido ampliamente sustentadas a través de la historia de la psicología.

Se puede concluir, gracias a las definiciones anteriormente mencionadas, que las TMC son técnicas sistemáticas y estructuradas que están dirigidas a controlar la conducta humana eficazmente. Se desarrollaron mediante del análisis experimental de la conducta en conjunto con los avances en investigaciones científicas.

Una vez establecida una clara definición de las TMC, se procederá a describir las bases teóricas y experimentales que la sustentan.

1.2.2 Bases teóricas y experimentales

Como se menciona en Díaz et al. (2012), La intención de comprender, controlar y modificar el comportamiento de las personas tiene una historia amplia y ha sido documentada desde antes de su aparición formal en la psicología.

Como ejemplo, en 1798, Víctor “El niño salvaje de Aveyron” fue encontrado en dicha región ubicada al sur de Francia, donde el doctor Jean Marck Itard logro dotarlo de habla y la capacidad de seguir instrucciones simples a través del uso de técnicas muy similares a la modificación de conducta actual.

Sin embargo, en la historia de la psicología como ciencia, la Modificación de Conducta tiene su origen en la aparición de los primeros experimentos del aprendizaje instrumental de Thorndike y en los trabajos iniciales de Pavlov sobre la ley del condicionamiento, factores que se apreciarán en el siguiente apartado.

Edward L. Thorndike y el Conexionismo. En sus experimentos, colocaba animales como gatos, perros o pollos dentro de “cajas problemas” las cuales estaban diseñadas con una única salida para obtener alimento, la cual se accionaba pisando una palanca o golpeando un pestillo. Los animales, al tratar de escapar de la caja y obtener el alimento, activaban el mecanismo de manera casual. Al repetir constantemente este experimento, los diferentes animales requerían cada vez menos tiempo para resolver el problema. Thorndike denomina a este tipo de aprendizaje como “Instrumental”, sirviéndole de base para la formulación de su ley del efecto, el cual es enunciado por el autor de la siguiente forma: “Un efecto de un comportamiento positivo es incrementar la probabilidad de que vuelva a suceder en situaciones similares” De esta forma, la inteligencia animal – y por ende su conducta- se establece como una relación E –R, contradiciendo los pensamientos de la época sobre los estados mentales de los animales. Estos trabajos significaron un gran paso en el desarrollo de la psicología, dado que eran los primeros experimentos con resultados observables y medibles alejándose así de los métodos no científicos, como la introspección y

las inferencias de los estados mentales. (Ruiz, Sánchez y De la Casa Rivas 2012).

Iván P. Pavlov y la Reflexología Rusa. Su importancia en la modificación de conducta radica en el condicionamiento clásico, el cual surge de su interés al estudiar los reflejos, tema inicialmente abordado por su maestro Sechenov (1829-1905), buscando comprender la actividad cerebral y la conducta.

En sus experimentos, Pavlov estudiaba la forma en que diferentes estímulos podían generar distintas respuestas en los animales y las condiciones en las que estas se daban. Identificó y denominó el Estímulo Neutro (EN), Estimulo Incondicionado (EI), Estimulo Condicionado (EC), Respuesta Incondicionada (RI) y la Respuesta Condicionada (RC); términos que utiliza para explicar la conducta de un animal en su experimento icónico de 1927, el cual consistió en hacer sonar una campana (EN) dos segundos antes de dar un comida (EI) a un perro con hambre que salivaba al ver la comida (RI). Este esquema se repite hasta que ambos estímulos queden asociados para que al sonar la campana (ahora EC) el perro salivara, produciendo así una Respuesta Condicionada (Díaz et al. 2012).

Este experimento permitió a la psicología contar con principios básicos importantes para el desarrollo de las teorías conductuales del aprendizaje que serían aplicados luego para la modificación de conducta y la psicoterapia. Estos importantes cambios permitieron dar un salto a los laboratorios y empezar diferentes investigaciones que brindaron importantes aportes a la modificación de conducta a través del desarrollo del condicionamiento y contracondicionamiento.

John B. Watson y el Conductismo. Según Labrador (2010), un último factor pavimentaría el camino hacia el surgimiento de la modificación de conducta como se conoce. En 1913 Watson brindaría los lineamientos básicos de cómo debería ser la psicología en su artículo *Psychology as the Behaviorist Views it* donde refiere un cambio del método alejado de la introspección de la conciencia y sus construcciones mentales, logrando así revolucionar la psicología al dar contraste a las corrientes imperantes de la época, dotar de carácter científico a la psicología y darle un objetivo observable y medible diferente de la introspección y más acorde con los requerimientos de una ciencia: el comportamiento. Así, como menciona Ardila (2013). En este artículo Watson critica la imperante psicología mentalista re conceptualizándola en:

“... una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma parte esencial de sus métodos... El conductista... no reconoce una línea divisoria entre el hombre y el animal. El comportamiento del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, forma solo una parte del esquema total de investigación del conductista” (p. 158)- Tomado de Ardila (2013).

Díaz et al. (2012) nos enumeran los principales principios del conductismo establecidos por Watson:

- El objetivo de estudio de la psicología sería la conducta manifiesta la cual es toda respuesta (R) suscitada por un estímulo ambiental (E).

- El único método objetivo de la investigación en psicología debe ser la metodología de la experimentación animal siendo un buen sustituto para la introspección el método del reflejo condicionado de Pavlov y Bechterev.
- El conductismo supone una ruptura radical con cualquier corriente psicológica que no describa la conducta en términos de conducta observable.
- La conducta se explica en términos de condicionamiento clásico Pavloviano de los reflejos estímulo-respuesta del sistema nervioso del individuo.

Se puede apreciar entonces que. A diferencia de los dos primeros autores que brindan bases experimentales, Watson provee una metodología de trabajo plenamente objetivo, brindando además un rigor sistemático en la conducta que permite estudiarla de forma diferente a la época. Sin embargo, el principal aporte a las TMC estaría por venir a continuación.

Burrhus F. Skinner y el Condicionamiento Operante. Gracias a los anteriores aportes, especialmente la terminología instaurada por Pavlov y Thorndike, surgen diferentes autores como Edwin R. Guthrie, Clark L. Hull, Edward C. Tolman y O. Hobart Mowrer (considerados neo conductistas) quienes aportan grandes teorías importantes del aprendizaje.

Dentro de ellos, el más resaltante es Burrhus F. Skinner quien estaba comprometido con el conductismo a tal punto que rechazaba la psicología tradicional y todos sus conceptos considerados mentalistas, colocando a la conducta como el único objeto de estudio.

Skinner (1938) publica su obra *The Behavior of Organisms*, en la cual, busca separar a la psicología de los términos neurológicos enfatizando que la conducta se podía expresar en términos puramente psicológicos sin necesidad de recurrir a la neurología, ya que sus antecesores (Pavlov y Thorndike) consideraban la conducta como una expresión de esta. Cabe resaltar que Skinner no negaba que la conducta esté acompañada de un funcionamiento neurológico, por el contrario, reconoce que el organismo tiene información previa, una historia a la cual solo se puede acceder por informes verbales que a su vez son un tipo de conducta. Su interés se centró en el condicionamiento instrumental descrito por Thorndike identificando y estableciendo los principios básicos y las variables intervinientes que la rigen hasta la actualidad.

Uno de los conceptos más prioritarios añadido por Skinner es, según Díaz et al. (2012), el refuerzo, el cual se refiere a cualquier consecuencia que logre un aumento en la frecuencia, duración o intensidad de la respuesta a la que le sigue. Skinner nombra “Análisis experimental de la conducta” a su metodología, la cual se desarrolló con el fin de estudiar la conducta de forma sistemática para abarcar todos los factores intervinientes expresándolos en términos psicológicos.

Sin duda, las TMC surgieron para intervenir de forma estructurada en las conductas que impedían el normal desarrollo de las personas, resultando en un reto para los psicólogos de la época. En el siguiente apartado se establecerá una definición clara sobre dichas conductas que aun hoy siguen siendo un desafío para los profesionales del área.

1.2.3 Conductas Disruptivas

Las llamadas conductas disruptivas son aquellas secuencias de acciones que, a pesar de no ser socialmente aceptados en determinados contextos, están orientadas a satisfacer una necesidad en el individuo. Además, bajo esta definición, podríamos darle el nombre de conductas desadaptativas, ya que impiden una adecuada adaptación del individuo a una situación social.

Si se observa en la RAE, se encontrará la definición de interrupción como “rotura o interrupción brusca” lo cual se refleja claramente en la intención de estas conductas, la cual es interrumpir una interacción con el contexto. Esta última definición, brindada por Ramón (2010), pone en relieve la influencia del ambiente sobre dichas conductas. Siguiendo con el autor, las conductas disruptivas son un síntoma de los diversos estímulos ambientales, la percepción por el individuo de esos estímulos y los factores neuro-biológicos que lo condicionan.

Las Conductas Disruptivas afectan el desenvolvimiento normal de cualquier proceso de aprendizaje, ya que obstaculizan la atención, percepción y la posibilidad de centrarse en alguna actividad. (Rivière citado en Granado 2002).

Por otro lado, Tamarit (2005), adopta el término “conductas desafiantes” en las personas con necesidades educativas especiales en vez de conductas disruptivas, desadaptativas o desajustadas, debido a que refiere las conductas disruptivas como un desafío al contexto, a la sociedad, a los profesionales, exonerando de culpabilidades al individuo o su patología. Esta definición también brinda importancia en la situación, ya que para el autor la conducta es considerada una interacción entre un individuo y un determinado contexto. Por

consiguiente, una adecuada modificación conductual no debe basarse, ni en la conducta, ni en el individuo, sino en el contexto o situación.

Además, el autor clasifica las diferentes conductas disruptivas como destructivas (autolesiones, agresiones a otros, destrucción de propiedades), interferentes (obstaculizan el aprendizaje o la rehabilitación) y restrictivas (impiden usar y aprovechar las oportunidades normalizadas en el contexto).

Son las técnicas operantes, basadas en los estudios de Skinner y Thorndike, las que han mostrado gran eficacia para desarrollar, mantener, reducir o eliminar las conductas disruptivas de forma sistemática en personas TEA. A continuación se describirán diversas técnicas que ofrece este modelo de intervención.

1.2.4 Técnicas Operantes

Diversos autores dividen las técnicas operantes en relación a la meta de la conducta a tratar, de tal forma, la clasificación típica de las técnicas es: (a) desarrollar y mantener conductas y (b) reducción o eliminación de ellas.

Desarrollar y mantener conductas. En este apartado se describirán aquellas técnicas que permiten contar con un mayor repertorio conductual para poder desenvolverse en un contexto. Bajo la aplicación de estas técnicas se puede enseñar conductas básicas, como nombrar un objeto que se desea o conductas complejas como hacer compras en una tienda.

- **Reforzamiento:** Sinónimo de recompensa, el reforzamiento es un procedimiento operante básico que permite aumentar la frecuencia con que una conducta se da. Se sostiene que las conductas que realizamos, tanto voluntaria como involuntariamente, responden a este procedimiento.

Por lo tanto, se le puede definir como: cualquier consecuencia que logre un aumento en la frecuencia, duración o intensidad de la respuesta a la que le sigue.

- Refuerzo Positivo: Implica la presentación de un estímulo agradable para el sujeto que cumple la función de aumentar la frecuencia de la conducta a la que dicho estímulo es consecuente.
- Refuerzo Negativo: Es la eliminación o disminución de un estímulo aversible para el sujeto de tal forma que aumenta la frecuencia de la conducta a la que dicho estímulo es consecuente.
- Moldeamiento: También llamado de aproximaciones sucesivas esta técnica permite aprender conductas simples o complejas a través del reforzamiento de las conductas más próximas o parecidas a la conducta final deseada, además de extinguir toda conducta que se aleje de la meta. Esta técnica se utiliza habitualmente para enseñar a los niños a realizar conductas básicas de la vida diaria como hablar, manejar cubiertos o vestirse utilizando conductas básicas del repertorio del niño para desarrollarlas hasta la conducta final. Las características del modelamiento la hacen precisa para la intervención en el campo del autismo y de la deficiencia intelectual. Para que esta técnica sea efectiva es necesario, según Díaz et al. (2012): Determinar claramente la conducta meta y la conducta inicial evaluar el nivel de ejecución real y analizar y determinar los reforzadores adecuados al sujeto.
- Encadenamiento: Supone instaurar una conducta a través del reforzamiento secuencial (en forma de cadena) del fraccionamiento de la conducta meta en conductas más básicas de tal forma que el sujeto logra

realizar conductas complejas aprendiendo primero, de forma sistematizada, las conductas sencillas que lo componen (eslabones). Según Martín y Pear 1999 (citados en Díaz et al., 2012) existen tres tipos de encadenamiento:

- Presentación de la cadena total: En cada ensayo se entrenan todos los pasos de la conducta presentándose la secuencia total de la cadena desde el inicio de la técnica.
 - Encadenamiento hacia adelante: Se sigue secuencialmente la cadena, iniciando en la primera conducta (o el primer eslabón) pasando al siguiente siempre y cuando logre realizar correctamente el primero. Posteriormente, cuando realice correctamente el paso 2 se procederá al 3ro y así sucesivamente hasta que se llegue al eslabón final o la conducta meta.
 - Encadenamiento hacia atrás: En este tipo de encadenamiento se inicia desde la conducta meta, una vez que este se haya logrado, se enseña el paso predecesor, el proceso se repite hasta llegar a la conducta inicial.
-
- Instigación: Para Díaz et al. (2012) Cualquier apoyo o ayuda que permita iniciar o facilitar una conducta recibe el nombre de instigador, mayormente, estos instigadores pueden ser de forma verbal (instrucciones u órdenes), física (guiar el movimiento de manos para el manejo del cepillo de dientes) u observacional (modelar una acción para que copie el sujeto). La instigación se usa cuando la conducta resulta difícil de adquirir a través del uso único de las técnicas de moldeamiento o

encadenamiento. De tal forma, la aplicación sistemática de estas “guías” es retirada cuando la conducta se desarrolla sin necesidad de ellas (técnica que se verá más abajo).

- Desvanecimiento: Técnica que permite el mantenimiento de las conductas instauradas sin necesidad de aplicar constantemente instigadores o apoyos externos. Tiene dos fases según Olivares (2010), en la fase aditiva, dichos instigadores son introducidos durante el condicionamiento de tal forma que facilitan la emisión de la conducta esperada y posteriormente en la fase sustractiva son retirados de forma gradual.

Reducción o eliminación de conductas. A continuación, se enlistará aquellas técnicas que modifican aquellas conductas que dificultan un desenvolvimiento óptimo bajo un contexto específico.

- Reforzamiento diferencial: Procedimiento que busca reducir la frecuencia o intensidad de una conducta a través del uso del reforzamiento, por ende, esta técnica es la única que permite reducir conductas de forma positiva, con procedimientos constructivos. A continuación se abordaran las diferentes variantes del reforzamiento diferencial.
 - Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI): En esta modalidad, se procede a reforzar aquellas conductas que son contrarias a la conducta disruptiva que buscamos reducir. Al ser conductas opuestas, el aumento en la frecuencia de la conducta adaptativa que reforzamos provocara una disminución en la frecuencia de la conducta disruptiva.

- Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO): Esta técnica se aplica cuando no se encuentra una conducta opuesta a la conducta disruptiva; sin embargo, el proceder es el mismo a la modalidad anterior: se refuerza cualquier conducta o conductas adaptativas que no sean la conducta problema que se busca reducir o eliminar.
- Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDTB): A diferencia de las anteriores, esta técnica está orientada a reforzar la conducta disruptiva cuando su frecuencia es menor al registro anterior, premiando la disminución sistemática y controlada de la conducta hasta que su frecuencia sea mínima.

El RDTB es eficaz en conductas disruptivas sin conductas opuestas, con pocas conductas alternas o con una frecuencia muy elevada.

- Extinción: Disminución de la frecuencia de aparición de una conducta a causa de la eliminación del refuerzo que la mantiene. Aquella conducta que no brinda una recompensa disminuye al resultar innecesaria.
- Castigo: Cualquier consecuencia que logre una disminución en la frecuencia, duración o intensidad de la respuesta a la que le sigue.
- Castigo Positivo: Se refiere a la presentación de un estímulo aversivo para el sujeto que cumple la función de disminuir la frecuencia de la conducta a la que dicho estímulo es consecuente.

- Castigo Negativo: Implica la eliminación o disminución de un estímulo agradable para el sujeto, disminuyendo así la frecuencia de la conducta a la que el estímulo es consecuente
- Sobrecorrección: Consiste en usar conductas adaptativas para subsanar o atenuar las consecuencias provocadas por una conducta disruptiva emitida con anterioridad. Dicha conducta adaptativa puede ser exagerada ya que no cumple los criterios suficientes para ser considerado un castigo ya que una conducta adaptativa requiere esfuerzo pero no llega a ser aversiva para el sujeto.

CAPITULO II: PRESENTACIÓN DE CASO

2.1 DATOS DE FILIACION

- Apellidos y nombres : Frank Patrick L. B.
- Fecha de nacimiento : 04 de octubre de 1999
- Edad Cronológica : 15 años 8 meses
- Padre : Jesús Rodolfo L. C.
- Madre : Joanna Marybel B.
- Domicilio : Jr. Las Drusas 149-3A San Juan de Lurigancho
- Centro Educativo : CEBE San Juan Bosco 0774174 – Miraflores
- Fecha de Evaluación : Junio de 2015

2.2 MOTIVO DE CONSULTA

Según información proporcionada por el centro educativo, Frank suele levantarse del asiento muchas veces, agarra fuerte del brazo de las personas, molesta a los compañeros poniéndoles apodos, golpea la mesa con la palma de las manos.

2.3 DESARROLLO

El embarazo fue deseado y planificado, se realizó a la edad de 27 años a través de una Inseminación Artificial, debido a que la madre tuvo anteriormente una operación quirúrgica por un mioma ubicado en el tejido muscular del útero.

Asistió a los controles prenatales teniendo un adecuado estado nutricional; además, no consumía ninguna sustancia dañina como alcohol o cigarrillos tomando solamente los medicamentos señalados por su doctor de cabecera. No tuvo enfermedades, infecciones o accidentes importantes durante el periodo de gestación; sin embargo, según refiere la madre, se encontraba “más o menos” en el estado emocional ya que vivía con su madre y se sentía sola durante el todo el embarazo.

El tiempo de gestación fue de 7 meses 15 días. El alumbramiento fue antes de lo previsto debido a las contracciones que, según el doctor, eran originados porque la hermana melliza se encontraba en posición para nacer. El parto se realizó por cesárea, teniendo Frank al momento de nacer 46 cm de altura y 2 kilos 450 gramos de peso. Según la referente, tenía un color rosáceo y era muy tranquilo, ya que necesito una palmada del doctor para llorar, también necesito 1 día en la incubadora del hospital debido al parto prematuro.

Frank logro erguir la cabeza a los 3 meses, sentarse a los 6 meses, tiempo en el cual también dejo la lactancia mixta reemplazándola por alimentación artificial, no gateo, ya que usaba andador hasta los 6 meses, tiempo en el cual Frank lograba pararse solo. Al mismo tiempo, empezaron los primeros balbuceos logrando caminar y desplazarse solo a los 11 meses. Según refiere la madre, a partir de que Frank pudo caminar cambio su nivel de actividad de tranquilo a inquieto ya que caminaba constantemente por toda la casa riéndose cuando veía algo novedoso. Esta característica, y algunas estereotipias permitieron que, a los 2 años se le diagnostique “Trastorno del Espectro Autista” a través de un profesional de la salud.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, dijo sus primeras palabras a los 5 años siendo estas: mama, papa y agua. Lograba usar palabras básicas funcionalmente; sin embargo, su pronunciación no es clara cuando Frank se encuentra en situaciones nuevas o frente a personas desconocidas, hablando con un tono más fuerte y mucho más claro frente a los familiares. Recibió algunas terapias de lenguajes en los centros educativos donde se encontraba anteriormente; no obstante, actualmente no cuenta con un terapeuta de lenguaje.

Frank no presentó ningún problema visual, empero, su mirada se dirigía a objetos de su interés, más que en personas, a quienes jalaba de la mano para obtener algo que él deseaba.

2.4 CONTEXTO FAMILIAR:

Familia constituida por el padre quien, tiene 48 años y tiene como ocupación encargarse de un negocio propio; la madre, quien tiene 42 años es ama de casa, y la hermana, quien es mayor que Frank por minutos y actualmente es estudiante de un colegio.

Según la madre, quien es la referente principal, la relación entre los familiares es buena. Las normas establecidas por ambos padres se establecen con fechas de forma anticipada. La madre es la encargada de sus 2 hijos, es quien aplica las normas y es quien hace que se respeten estableciendo castigos por igual. Luego le informa al padre quien suele respetar los castigos impuestos por la mamá.

Cuando hay discusiones no se realizan frente a Frank, debido a que le molestan e incomodan las discusiones y los gritos alterándose el también.

Debido a lo mencionado anteriormente, las discusiones se posponen, o en su defecto, se realizan en un lugar a parte al que se encuentre Frank.

En cuanto al plano afectivo, la madre suele ser muy cariñosa con Frank, ya que lo expresa a través de abrazos, elogios y, según como refiere, “besuqueos y apapachos”, sin embargo, el evaluado reacciona a estos de forma seca ya que la madre ha notado que a Frank no le agrada que lo toquen.

El padre no interactúa mucho con Frank durante la estancia en casa, debido a que, a pesar de laborar en casa generalmente, es el encargado de una empresa que le exige repetidamente viajar. Por otro lado, en su tiempo libre, el padre suele llevar a Frank en carro a pasear y visitar diferentes lugares, actividad que le divierte mucho al evaluado. Durante esta actividad, el padre suele comunicarse con Frank haciéndole preguntas sobre lo que ve o en donde se encuentran.

Frank, con la hermana, según refiere la madre, ha tenido discusiones en las que incluso ha llegado a jalarle el cabello al demandar el uso de la computadora, conducta que se repitió con su profesora en el aula de clases al demandar su lonchera que se le había retirado momentáneamente por mala conducta. Generalmente, Frank no hace caso a la hermana a menos que se encuentre en casa una autoridad, por ende, hasta la actualidad no dejan a la hermana y Frank solos en casa desde el incidente antes mencionado.

2.5 CONTEXTO ESCOLAR:

Frank inició la escolaridad en marzo del 2005 en el centro “Siempre Amanecer” hasta el 2011. Según la referente, Frank se adaptó bien y no realizó berrinches debido a que fue un ingreso progresivo al colegio, entrando primero

por unas horas, después de unas semanas Frank ingreso todas las horas correspondientes de clase.

Luego, ingreso al centro “Growing Happy” en marzo del 2012, donde los profesores, a través de un reporte que se entrega trimestralmente, mencionan que Frank suele agarrar fuertemente las muñecas de las personas para pedir ayuda; sin embargo, en el informe trimestral de diciembre, mencionan que estas conductas disminuyeron mucho. También mencionaron que Frank se suele reír, de forma exagerada, con conductas inadecuadas de otras personas. Dejo el colegio el 2014, año en el que empiezan sus clases particulares en casa con un psicólogo privado. En ese año surgen las primeras conductas de agresión como jalar el cabello a la hermana y recurrir a sujetar fuertemente el brazo de alguien para manifestar inconformidad o manifestar una necesidad.

Actualmente, Frank se encuentra en el CEBE San Juan Bosco 0774174 de Miraflores donde la profesora refiere que “es un chico que se para constantemente de su asiento distraendo a los demás y se distrae él mismo afectando su propio aprendizaje a pesar que si yo le doy una hoja de trabajos y me pongo a su lado a resolverlos con él, los termina en un momento más rápido que los otros chicos. Pero si no estoy a su lado... también tengo que atender a los otros alumnos. Además, se ríe mucho y te agarra del brazo bien fuerte y no te suelta a pesar que le dices que te duele”

2.6 OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Durante el proceso de observación y registro en el colegio, Frank se mostró poco interesado en el evaluador, quien se encontraba en una esquina del salón sin interactuar con los alumnos ni con la profesora durante la clase, de

modo que su presencia no alterara el registro. Se observaron las siguientes conductas disruptivas:

- Coge fuertemente la muñeca y mira muy de cerca al rostro persona: Generalmente utiliza la mano derecha para apretar la muñeca de la persona que se encuentra cerca de él, se pone a la altura de esta persona (se levanta de su asiento si es necesario) y acerca su rostro a la de la otra persona mirando fijamente el rostro de ella. Esta conducta es la más intensa, ya que lastima a otras personas.
- Se mantiene parado, fuera de su asiento: Frank, cuando no lo observaban, se levanta de su asiento y camina por el salón largos lapsos de tiempo, rehusándose a sentarse y deteniéndose en los espejos, calendarios, imágenes forrados de vinifan mientras los mira fijamente, esta conducta es la más constante según el registro.
- Golpea las superficies con la mano: Sin ningún estímulo antecedente identificado, Frank sonríe e inmediatamente golpea la mesa en la que se encuentra sentado con las palmas de sus manos o con el borde inferior de la muñeca. Si se encuentra parado, golpea con el reverso de su mano las paredes que se encuentren cerca de él.

Ante estas conductas la profesora le indicaba a Frank que se sentase en su sitio y se calamara para poder continuar con las actividades curriculares a lo cual Frank respondía después de la 4ta o 5ta llamada de atención. Sin embargo, cuando sujetaba las muñecas de alguien, era difícil para la profesora lograr que Frank las soltara, debido a que se abstrae cuando realiza esta conducta. Por otro

lado, en la observación en la casa, se registraron durante la hora de desarrollo de tareas escolares, las mismas conductas.

Durante la evaluación mediante test psicológicos, Frank se mostró calmado y un poco disperso al inicio, mostrando mayor interés en los reactivos de los tests a medida que pasaba el tiempo de evaluación. Cuando no sabía la respuesta no manifestaba su desconocimiento con un “No sé” a pesar que se le repreguntaba, cuando se le decía “Muy bien Frank, has respondido correctamente” Frank a veces reía y golpeaba la mesa, luego se le daba la instrucción “Frank tranquilo, vamos a continuar” y se procedía con el evaluación.

Las conductas manifestadas anteriormente se manifestaron por primera vez en el siguiente orden:

- Se levanta de su asiento : Apareció desde que supo caminar, cambiando su conducta de tranquilo a inquieto
- Coge fuerte la muñeca : Hace un año donde usa el coger las muñecas de las manos para manifestar algo, tiempo en el cual también recurrió a jalar el cabello cuando se sentía muy alterado
- Golpea la mesa con las manos : No refiere

Los métodos con el que manejaban las conductas anteriores fueron:

- A través de castigos:
Cuando los padres se enteraban de una conducta inapropiada, le preguntaban a Frank si es que lo había hecho, y ante la negación de él, prohibían el uso de la computadora por un tiempo, no salía de paseo, no visitaba a su abuelita a pesar que él lo negaba. Frank toma estos castigos manifestando inconformidad intentando agarrar la muñeca de la madre y

diciendo que no quiere. Cabe destacar que a veces cuando los padres no se dan cuenta Frank rompe el castigo y hace uso de la computadora.

- A través de premios:

Cuando se manifestaba una conducta apropiada se premiaba a través de abrazos y elogios además de “apapachos y besuqueos” según refiere la madre. También hubo paseos y viajes durante un año por motivos de vacaciones familiares, año en el cual el evaluado recibió clases particulares en casa, Estos premios no fueron brindados por alguna razón aparente justificada ante Frank.

Entre sus hábitos actuales Frank cuenta con las responsabilidades de; tender su cama, recoger la mesa llevar la ropa sucia a un lugar específico y realizar sus tareas siendo estas sus rutinas principales. No obteniendo ningún reforzador por realizar estas conductas.

2.7 INFORME PSICOLOGICO

2.7.1 Datos generales

- Apellidos y nombres : Frank Patrick L. B.
- Fecha de nacimiento : 04 de octubre de 1999
- Edad Cronológica : 15 años 10 meses
- Padre : Jesús Rodolfo L. C.
- Madre : Joanna Marybel B.
- Domicilio : Jr. Las Drusas 149-3A San Juan de Lurigancho

- Centro Educativo : CEBE San Juan Bosco 0774174 – Miraflores
- Fecha de Evaluación :Junio del 2015

2.7.2 Fuentes de información

Técnicas de observación participativa, observación no participativa, registro de conductas, y entrevista con los padres y autoridades del centro de estudios. Además, se aplicaron los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de inteligencia de Stanford – Binet, Escala de Maduración social de Vineland, Lista de Chequeo Conductual de Syracuse, Escala de Valoración del Autismo.

2.7.3 Observaciones generales y de conducta

Frank es un adolescente con Trastorno del Espectro Autista y conductas disruptivas, tiene tez blanca, contextura delgada y altura promedio para su edad, muestra un adecuado aliño personal además de llevar vestimenta acorde a la estación.

Durante el proceso de observación y registro en el colegio, el evaluado se mostró poco interesado en el evaluador, quien se encontraba en una esquina del salón sin interactuar con los alumnos ni con la profesora durante la clase, de modo que su presencia no alterara el registro. Por otro lado, durante la evaluación mediante test psicológicos, Frank se mostró calmado y un poco disperso al inicio, mostrando mayor interés en los reactivos de los tests a medida que pasaba el tiempo de evaluación. Cuando se le decía “Muy bien Frank, has respondido correctamente” Frank reía y golpeaba la mesa, luego se le daba la instrucción “Frank tranquilo, vamos a continuar” y se procedía con el evaluación.

2.8 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En la evaluación del autismo, Frank se ubica en la categoría de Trastorno de Espectro Autista con grado Moderado. Las puntuaciones más elevadas se observan en los ítems de “Miedo y nerviosismo”, ya que Frank se altera rápidamente si escucha sonidos fuertes, que alguien discute o rompa su rutina, y “Respuesta emocional”, debido a que el evaluado ríe y hace muecas ante eventos que no lo ameritan o se vuelve completamente parco cuando hay un estímulo emocional fuerte al que le corresponde la alegría o euforia. Además, bajo los criterios diagnósticos del DSM 5, las características del evaluado lo sitúan en el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista acompañado de discapacidad intelectual, deterioro del lenguaje y trastorno del comportamiento.

En cuanto al área cognitiva, el examinado se encuentra en la categoría mental de Deficiencia Intelectual Severa. Obtuvo su mejor desempeño en el sub-área de “Habilidad Visomotora”, lo que muestra óptimas capacidades para diferenciar, reconocer, interiorizar y reproducir figuras como el cuadrado definiendo claramente los cuatro ángulos correspondientes. En contraste, su menor desempeño fue en la sub-área de “Comprensión General”, mostrando dificultades para obedecer órdenes sencillas que involucren referentes de lugar como “al lado del” “dentro de” “a la derecha/izquierda de”, además de no lograr superar la prueba de comprensión básica donde se hace referencia a palabras abstractas, como “sed”, para lograr referirle una necesidad básica y exigirle una solución al problema: “¿qué hago si tengo sed?”.

En el área social, se obtuvo un puntaje equivalente a la categoría de Retardo Social Moderado. La sub-área de mayor rendimiento fue “Direccionamiento”, área en la cual Frank logra realizar pequeñas compras con

cantidades de dinero fijas, ya que demanda habilidades de comunicación básicas que Frank si posee, por ejemplo mencionar “galleta”, de tal forma, puede solventar una necesidad fisiológica suya como el hambre al exigir algo que él quiere o repetir algo que le piden a una persona mientras muestra el dinero con el fin de responder a una orden anteriormente dada. Por otro lado, todavía necesita que se lo guie en su actuar y se direccionen sus actividades relacionadas al cuidado de otras personas, de la casa o de sus responsabilidades.

Al analizar los resultados del área conductual se observó un mejor desempeño en las habilidades de “Autocuidado”, “Manipulación” y “Seguimiento de Instrucciones”, habilidades que permiten a Frank realizar conductas motoras no verbales necesarias para lograr satisfacer una necesidad o una demanda que el evaluado tenga. Por otro lado, las habilidades de menor rendimiento fueron “Académicas”, “Socialización” y “Comunicación”. Mostrando dificultades para lograr emitir mensajes verbales claros a otras personas, dificultando el proceso de socialización y por ende el proceso de aprehensión de conocimientos; a su vez, la sub-área académica se encuentra disminuida mostrando dificultades para emprender operaciones matemáticas simples, usando los números como una frase que puede ser repetida sin darle sentido a las unidades. Dicha forma de procesar los números también se aplica en la emisión de mensajes, ya que presenta inversión pronominal y tiende a repetir frases que escucha en la televisión o en algún lado cerca de él.

Se realizó un análisis conductual de cada conducta disruptiva que motivó la evaluación del evaluado, de esta manera, se confirmó que la conducta de agarrar el brazo fuertemente de las personas cercanas afectaba el desenvolvimiento normal de la clase y asustaba a los alumnos cercanos a él;

además, Frank manifiesta la misma conducta en casa donde sujeta el brazo de los integrantes hasta que alguien le exija que lo suelte. Dicha conducta viene acompañada con frases o palabras ecolalias además de una mirada intensa en la que se acerca mucho hacia la cara de la persona. Probablemente esta conducta sea debido a que, dentro de la historia conductual del evaluado, obtenida a través de la entrevista a los padres, se detalla que Frank recibió un entrenamiento conductual para pedir, entrenamiento en el que debía mirar a los ojos de una persona y decir lo que deseaba. Se entiende entonces que las manifestaciones conductuales de coger la muñeca fuerte de Frank sean un intento de comunicación sin éxito.

En cuanto al análisis de la conducta de levantarse constantemente de su asiento, a través del análisis conductual se observaron indicadores de ansiedad como agarrarse el cabello con la mano, risas nerviosas, ecolalias y estereotipias cuando Frank se encuentra sentado. Esta conducta responde a una de las características de las personas con TEA, muchas personas con autismo suelen deambular con un área en un patrón específico con el fin de aminorar los estímulos sensoriales que reciben; de tal forma, Frank se levanta de su asiento cada vez que la profesora está ayudando a otro niño y camina por el lado derecho del aula, busca algo amarillo en la caja de materiales y regresa cerca de su asiento para repetir el patrón. Por último, se contabilizó la conducta de golpear fuertemente las superficies cercanas obteniéndose un resultado de 12 veces por cada 30 minutos. Esta conducta también responde a una característica propia del autismo en la cual, por sus características sensoriales, manifiestan estereotipias para poderse relajar, sin embargo, esta conducta

incomoda a los alumnos del aula por la intensidad y frecuencia del golpe, interrumpiendo la clase y asustando a los compañeros.

2.9 CONCLUSIONES:

El evaluado es un adolescente con Trastorno del Espectro Autista y conductas disruptivas. Presenta estereotipias motoras, interés en objetos más que en personas, sensibilidad sensorial, temor exacerbado y dificultades en la intersubjetividad y la intercomunicación. Cognitivamente, pertenece a la categoría “Deficiencia Intelectual Severa” donde demuestra habilidades viso motrices óptimas al identificar y manipular objetos; en contraste, no logra comprender instrucciones complejas, estados mentales siendo su pensamiento concreto. Por otro lado, su puntuación socialmente lo ubica en la categoría “Retardo Social Moderado”, ya que obtiene bajos puntajes en las habilidades de socialización y comunicación lo que le dificulta interactuar eficazmente con sus congéneres bajo un determinado contexto social. Conductualmente, el evaluado tiene óptimas capacidades de autocuidado y seguimiento de instrucciones básicas, sin embargo, necesita mucho apoyo para que realice sus responsabilidades. Por último, se registró la frecuencia de las conductas de coger fuertemente la muñeca de las personas, levantarse de su asiento constantemente y golpear las superficies cercanas con las manos concluyendo, en conjunto con un análisis conductual, que dichas conductas interfieren con su desarrollo, aprendizaje y dificultan su relación con las personas a su alrededor.

2.10 RECOMENDACIONES:

- Diseñar y aplicar un programa de “Eliminación de Conductas Disruptivas”
- Diseñar y aplicar un programa de habilidades sociales

- Orientación Familiar
- Interconsulta con especialista en terapia del lenguaje

CAPITULO III: PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOLOGICA

3.1 PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS

3.1.1 DATOS GENERALES:

- Nombres y Apellidos : Frank Patrick Lucen Barreto
- Edad : 15 años 11 meses 18 días
- CEBE : CEBE San Juan Bosco 0774174 - Miraflores
- Responsables : Br. Jhoan Espinoza Zevallos
- Inicio : 22/08/2015

3.1.2 OBJETIVO:

Que el sujeto disminuya a un 20% la frecuencia de las conductas disruptivas, que son: coger fuertemente la muñeca de las personas, levantarse constantemente de su asiento y golpear las superficies cercanas con las manos; a través de la aplicación de técnicas psicológicas que permitan un mejor desarrollo y aprendizaje del sujeto.

3.1.3 JUSTIFICACIÓN:

El presente programa de intervención se desarrolló por iniciativa del departamento de psicología de un Centro Educativo Básico Especial (CEBE), el cual solicita apoyo para disminuir las conductas disruptivas, presentes en un alumno con TEA, que impiden el desenvolvimiento normal de la clase y dificultan el aprendizaje de los demás alumnos en el aula. Por consiguiente, la fundamentación del programa yace en la necesidad de modificar las conductas

disruptivas que presenta un alumno de 15 años con TEA, que perjudican tanto su aprendizaje como el de los demás.

3.1.4 DEFINICIÓN:

Son llamadas “conductas disruptivas” aquellas conductas inadaptativas que interfieren con el proceso de socialización de la persona, dentro de este grupo existen la agresividad, la hiperactividad, el berrinche, la autoestimulación, y la autoestrucción. Estas conductas disruptivas obstaculizan el desarrollo de repertorios adaptativos, como los sociales y los básicos, trayendo como consecuencia una serie de interacciones aversivas para la persona y para los que lo rodean. Se observaron las siguientes conductas disruptivas

- Coge fuertemente la muñeca de las personas:

Mira a los ojos fijamente y utiliza la mano para sujetar fuertemente la muñeca de la persona más próxima a él, a veces dice alguna oración acerca de una necesidad. Ejemplo: “Frank cansado”

- Se levanta de su asiento constantemente:

Suele golpear la mesa antes de adoptar una postura erguida levantándose de su asiento y caminando por los alrededores hacia diferentes direcciones incluso saliendo de la habitación por largos lapsos de tiempo.

- Golpea las superficies cercanas con las manos:

Sin estímulo antecedente identificado, Frank golpea con la palma de las manos las superficies planas más próximas a él. A veces se acompañan con risas inmotivadas, antes o después de la acción. Cuando se encuentra parado golpea las paredes fuertemente con el reverso de la mano.

3.1.5 REPERTORIO DE ENTRADA:

Haber completado los programas de atención, imitación, seguimiento de instrucciones y no tener impedimentos físicos.

3.1.6 REPERTORIO DE SALIDA:

El programa concluirá cuando el evaluado logre disminuir a un 20% la frecuencia de las conductas disruptivas mencionadas en la definición.

3.1.7 MATERIAL:

- Recursos humanos: Instructor, padres y profesoras
- Reforzadores Sociales: Elogios, Frases que le agrada escuchar
- Reforzadores Materiales: Calendario pequeño, 5 minutos más en la computadora y un King Kong de manjar blanco dividido en partes pequeñas.
- Cronometro

3.1.8 AMBIENTE:

Aula de clase.

3.1.9 TECNICAS A UTILIZAR:

- Guía a los padres
- Refuerzo
- Sobrecorrección
- Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDTB)
- Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI)

3.1.10 DISEÑO EXPERIMENTAL:

Para este caso se utilizara el diseño Bicondicional, Modelo "A-B", que según Alarcón Reynaldo (1991), comprende una fase inicial A para obtener una estable línea base, y una fase B en la que se introduce el tratamiento. En ambas fases se toman medidas repetidas; en la primera fase A el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la fase B introduce la variable independiente y registra los cambios en la variable dependiente. De producirse cambios se atribuyen a la acción de la variable independiente.

3.1.11 PROCEDIMIENTO:

Esta fase se divide en dos etapas:

La primera etapa (evaluación) se centra en la obtención de información, con el fin de obtener una mayor confiabilidad en la ejecución del programa, mientras que la segunda etapa (intervención) se encarga plenamente de la ejecución de este.

Evaluación:

- Análisis Conductual

En esta etapa se registrará toda conducta disruptiva que interfiera con su aprendizaje o el de los demás, y se realiza un análisis conductual de cada una de ellas identificando los estímulos antecedentes, que desencadenan la conducta; y los reforzadores, que permiten el mantenimiento de dichas conductas.

- Línea Base

Se establecerá la línea base a través de un registro de frecuencias de las conductas disruptivas antes de aplicarse el programa de intervención, fijando un tiempo de observación de 30 minutos en el aula para establecer el registro, de tal forma que la línea base reflejará la frecuencia de la conducta de la primera semana antes de la intervención.

Antes de continuar con la intervención, se identificarán los reforzadores a utilizarse y el procedimiento a seguirse en la capacitación a los padres para que refuercen el programa en casa.

- Establecimiento de Reforzadores:

Los Reforzadores se establecerán en conjunto con los padres, quienes tienen mayor conocimiento de los gustos de su hijo; y profesores, quienes conocen la disponibilidad de cada reforzador, de manera que se pueda brindar reforzadores eficaces inmediatamente se realice la conducta esperada.

Los refuerzos sociales se usaran la mayor parte del programa mientras que los reforzadores materiales se usaran para conductas difíciles, poco frecuentes e inmediatas como pedir cortésmente algo en vez de apretar el brazo.

- a. Materiales:

- i. Calendario pequeño.

- ii. 5 minutos extra de uso de computadora.

- iii. Un pedazo de King Kong de manjar blanco.

- b. Sociales:

- i. Halagos sobre su buen comportamiento.

- ii. Aplausos

iii. Frases que le agrada escuchar “mama está feliz”, “Frank presidente”.

iv. Paseo con papá después de clases

- Entrenamiento a padres:

Se les brindará a los padres información adecuada para mejorar la eficacia en comunicación con una persona TEA. Para esto se realizará, después de las primeras semanas de evaluación, dos sesiones de 30 minutos en las que se expondrá a los padres las siguientes temáticas:

- a. Definición y características del TEA, resolución de dudas o preguntas.

- b. Conducta, análisis conductual y modificación de conducta, resolución de dudas o preguntas.

Intervención:

Cada sesión tendrá una duración de 30 minutos en los que el psicólogo aplicará las técnicas de modificación de conducta mientras Frank realiza las actividades curriculares en aula.

Se especifica, a continuación, las técnicas que se usarán para reducir la conducta disruptiva de:

- Agarrar los brazos de otra persona:

- Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI)

Una vez el sujeto se encuentra en el área de control (aula o casa), el instructor le dará instrucciones comprensibles relacionadas a la

actividad que se esté realizando en dicha área y que además sean contrarias o incompatibles con la conducta de agarrar los brazos a otra persona con el objetivo de que Frank use formas alternas de comunicarse.

Dichas conductas incompatibles pueden ser:

- Alzar la mano si necesita decir algo.
- Señalar donde y que es lo que necesita, además de manifestarlo verbalmente.
- Manifestar verbalmente lo que necesita mientras las palmas de ambas manos están sobre la mesa.

Se reforzará socialmente aplaudiendo y felicitando a Frank cuando este ejecutando una actividad que se le haya pedido sin manifestar la conducta de agarrar los brazos a otra persona.

- Sobrecorrección

Esta técnica se realizará al instante en que Frank logra agarrar fuertemente el brazo de alguien cercano a él. Inmediatamente, se apartarán los brazos de él, usando guía física si es necesario, diciendo “No me toques” con un tono alto y la expresión facial seria. Una vez se haya apartado, le decimos “eso me/le dolió, ahora pide disculpas” con un tono normal y pausado con el fin de que subsane los daños causados por la conducta inadecuada. En esta técnica no se aplican reforzadores.

- Levantarse constantemente de su asiento.
 - Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDTB)

Se le establecerá y comunicara horarios específicos para que Frank pueda levantarse y caminar. Se le reforzara socialmente a través de un halago a Frank si no se levanta de su asiento durante 10 minutos por lo menos avisándolo que en 5 minutos más podrá levantarse y caminar. Si permanece 15 minutos sin pararse, se le permitirá a modo de refuerzo que se levante de su asiento y camine por el lugar indicado por unos 30 segundos y que proceda a sentarse en su silla de nuevo reseteando el contador a 0, empezando otro ciclo. Si, caso contrario, no logra mantenerse los 15 minutos sentado, se le guiara inmediatamente hacia el asiento y se le extenderá 15 minutos más para poder pararse.

- Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI)

Los instructores le pedirán que no se pare y le brindaran tareas que Frank solo pueda realizar sentado reforzando mientras Frank siga sentado.

Si se levanta de su asiento se le dirá: “Frank, siéntate para aprender y jugar” repitiéndose esta instrucción 2 veces como máximo, si hace caso omiso se procede a guía física reforzando cuando se encuentre sentado.

- Golpear superficies planas con las manos.

- Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI)

Tanto en la casa como en el aula, se brindará materiales para que realice actividades manuales diciéndole “No golpees” y luego “usa eso” (Indicándole un material en el que se pueda mantener ocupado). Por otro

lado, cuando camina cerca de superficies planas, se le pide a Frank que ponga sus manos dentro de sus bolsillos. Si mencionada actividad resulta incómoda por sus características TEA, se puede poner unas bolitas en los bolsillos para que mantenga las manos ocupadas.

Entrenamiento a los padres y profesores. El entrenamiento a padres se realizará en casa, por 30 minutos, en los cuales se absolverán las dudas de los padres sobre la conducta de su hijo y se brindará información pertinente para aumentar la eficacia del programa de la siguiente forma:

Se fomentará la comunicación a través del uso de frases cortas y concisas que no tuvieran doble sentido ni coloquialismos. Además, se modulará a través de ejemplos y Role Playing entre los padres, los usos adecuados de las posturas y tonos de voz para dar una instrucción seria o para dar a conocer una emoción como “estoy muy feliz por esto”; además, con el fin de disminuir la cantidad y el tiempo en que Frank esta fuera de su asiento, se le indicará, a través de imágenes, en que tiempos y en qué lugares puede caminar o correr libremente a modo de compensación.

En casa se optará por dar un tiempo para ir a correr al parque (actividad es de agrado para Frank) proporcional al tiempo que este sentado. De tal forma, a 15 minutos de trabajo en mesa le corresponde 15 minutos libres en el parque con un máximo de 1 hora.

En el aula, se conversará con la profesora para establecer una pequeña área del salón en el cual Frank caminase si es que se levante de su asiento, además la profesora contabilizará la cantidad de veces que Frank se levante de su asiento y las controlara permitiendo un máximo de 2 veces en 15 minutos y un mínimo de 1 vez en ese intervalo de tiempo, aunque Frank no lo pida con el

fin de que él pueda relajarse un poco y botar el estrés que se genera por estar mucho tiempo sentado, característica de las personas con TEA.

Generalización. Con el fin de generalizar las conductas y sus consecuencias, la aplicación de este programa, aplicada en el aula de clases, incluye instrucciones para que los padres lo apliquen en casa además de brindarse una capacitación para que apliquen las mismas técnicas de modificación de conducta que en el colegio.

Evaluación final. Se realizará siguiendo el mismo procedimiento que la Preevaluación y el establecimiento de la Línea Base.

Seguimiento. Se registrará por 30 minutos la frecuencia de las conductas disruptivas sin intervención o apoyo por parte del realizador del programa de intervención.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través del “PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS” son presentados a continuación:

4.1 Análisis Funcional

Se muestra a continuación los resultados del análisis funcional, el cual evalúa una conducta en términos observables estableciendo tanto sus antecedentes como los consecuentes que sostienen la conducta.

Tabla 1
Análisis Funcional de Agarrar el brazo fuertemente

Contexto	Suceso antes de la conducta	Conducta del alumno	Reacciones Externas	Reacciones del alumno
Los alumnos están realizando un trabajo de pegado con papel sentados en la mesa	La profesora se acerca para ayudar a Frank con sus actividades académicas y se agacha pidiéndole a Frank que mire las hojas	Se para mirando a la profesora a la cara y le coge fuerte el brazo con ambas manos	La profesora se pone erguida y dice “suéltame Frank, ya sabes que duele” con tono normal	Después de 6 segundos se sienta y reanuda sus actividades académicas
En el aula se estaba realizando un examen y la profesora estaba ayudando a Frank con el suyo	Le centra su atención en el examen guiando su mirada hacia el papel	Se ríe, la mira a la cara y agarra el brazo de la profesora fuerte e intenta pararse	La profesora (mirada fija, tono normal) le indica a Frank que no obtendrá su lonchera a menos que suelte el brazo	Frank suelta el brazo mientras se ríe, luego realiza su examen rápidamente con guía de la profesora
En el aula se estaba realizando un examen y la profesora estaba ayudando a Frank con el suyo	La profesora se acerca a ayudar a Frank con sus actividades académicas	Frank vuelve a coger el brazo de la profesora a pesar de la instrucción de que no va a obtener lonchera	La profesora utilizó tiempo fuera retirando a Frank a un área sin alumnos pidiéndole que termine sus actividades allí y luego regrese	Después sale del área con los brazos alzados y las manos en forma de puños diciendo “pelea” teniendo que calmarlo y llevarlo al área otra vez

Tabla 2
Análisis Funcional de Levantarse constantemente de su Asiento.

Contexto	Suceso antes de la conducta	Conducta del alumno	Reacciones Externas	Reacciones del alumno
Los alumnos están respondiendo preguntas en una hoja que les brindo la profesora	La profesora está apoyando a un alumno con su actividad y los demás alumnos siguen avanzando sus preguntas Frank, se encuentra sentado con las manos en la mesa y tiene la mirada al vacío	Frank golpea fuerte la mesa y se levanta de su asiento y empieza a caminar golpeando su mano con las superficies por las que pasa	Una alumna se da cuenta y le dice a la profesora “profesora ya se paró Frank” “ ay Frank siéntate” y La profesora le pide a Frank con tono normal y firme que continúe haciendo su trabajo	Frank continua caminando por 6 segundos y luego se dirige a su silla y se sienta
La profesora está preparando el material de trabajo, algunos alumnos están hablando con otros	La profesora está apoyando a un alumno con su actividad y los demás alumnos siguen avanzando sus preguntas Frank, se encuentra sentado con las manos en la mesa y se enrula el cabello con el dedo índice.	Frank golpea fuerte la mesa y se levanta de su asiento y empieza a caminar golpeando su mano con las superficies por las que pasa	La profesora se da cuenta y después de 8 segundos le pide a Frank con tono normal y firme que continúe haciendo su trabajo	Frank sigue riendo y se enrula el cabello al quedarse en silencio
La profesora realiza preguntas a los alumnos mientras que ellos le responden	Frank se enrula el cabello con el dedo índice mientras está sentado.	Frank golpea fuerte la mesa y se levanta de su asiento y empieza a caminar golpeando su mano con las superficies por las que pasa	La profesora sigue con su actividad y cuando un alumno termina de responderle la pregunta que hizo la profesora, procede a decirle a Frank “ Frank ya siéntate para que podamos continuar”	Frank continua caminando por 3 segundos y luego se dirige a su silla y se sienta

Tabla 3
Análisis Funcional de Golpear superficies cercanas con la mano

Contexto	Suceso antes de la conducta	Conducta del alumno	Reacciones Externas	Reacciones del alumno
Los alumnos están sentados en sus mesas y la profesora sacando copias de la siguiente actividad académica	Los compañeros de Frank están realizando su tarea, La profesora está en la computadora sacando copias y la interna apoya a uno de los compañeros de Frank.	Frank, sentado en su sitio, mirando una pared empieza a golpear con las palmas de sus manos la mesa	La profesora continua sacando copias y la interna sigue apoyando al compañero sin decirle nada a Frank	Frank continua golpeando la mesa por 6 segundos y se detiene
Los alumnos están realizando un trabajo de escritura, Frank está parado merodeando su mesa, ha estado parado por mucho tiempo	La profesora está apoyando a un compañero de Frank mientras él está caminando por el salón y pasa cerca de una mesa	Frank golpea el dorso de la mano contra el filo de la mesa y la regresa a su posición original	La profesora continua guiando a un compañero de Frank y después de unos segundos le pide que se siente	Frank repite la acción con una mesa cercana a su silla y se sienta.
Es hora del break y los alumnos están comiendo su lonchera	La profesora y la interna están apoyando a los alumnos que la requieren para ingerir alimentos Frank, al igual que los compañeros de su mesa, usa utensilios para comer su lonchera	Frank golpea el filo posterior del tenedor contra la mesa	La profesora y los alumnos no prestan atención a esta conducta	Frank repite la acción con unas 6 veces y continua su lonchera

4.2 Línea Base

La línea base se realizó en 5 sesiones y se registró, en la tabla 4, el número de veces en que se repetía la conducta disruptiva. Se observa que el promedio de la conducta de agarrar fuertemente los brazos fue de 7, mientras que el promedio de la conducta de levantarse constantemente de su asiento fue de 33 y el promedio de golpear una superficie con las manos fue de 12.

Tabla 4
Línea Base de las conductas por sesiones:

Conducta Sesiones	Agarrar fuertemente los brazos	Levantarse constantemente de su asiento	Golpear una superficie con las manos
Sesión 1	8	32	9
Sesión 2	4	42	13
Sesión 3	9	28	11
Sesión 4	5	24	10
Sesión 5	7	39	16
Promedio	7	33	12
Semanal			

4.3 Intervención

La intervención se desarrolló en 5 semanas, 4 sesiones por semana con 30 minutos de duración, en las que se pudo observar que las conductas disruptivas se fueron reduciendo. En la tabla número 5 se observa la reducción gradual que ha tenido las 3 conductas y en el Grafico 1 se puede observar dicha reducción expresada en forma porcentual. De tal forma, agarrar fuerte los brazos se redujo de 7 a 1, levantarse constantemente de su asiento se redujo de 33 veces por sesión a 7, y Golpear una superficie con las manos disminuyo su frecuencia de 12 a 2 veces por sesión.

Tabla 5

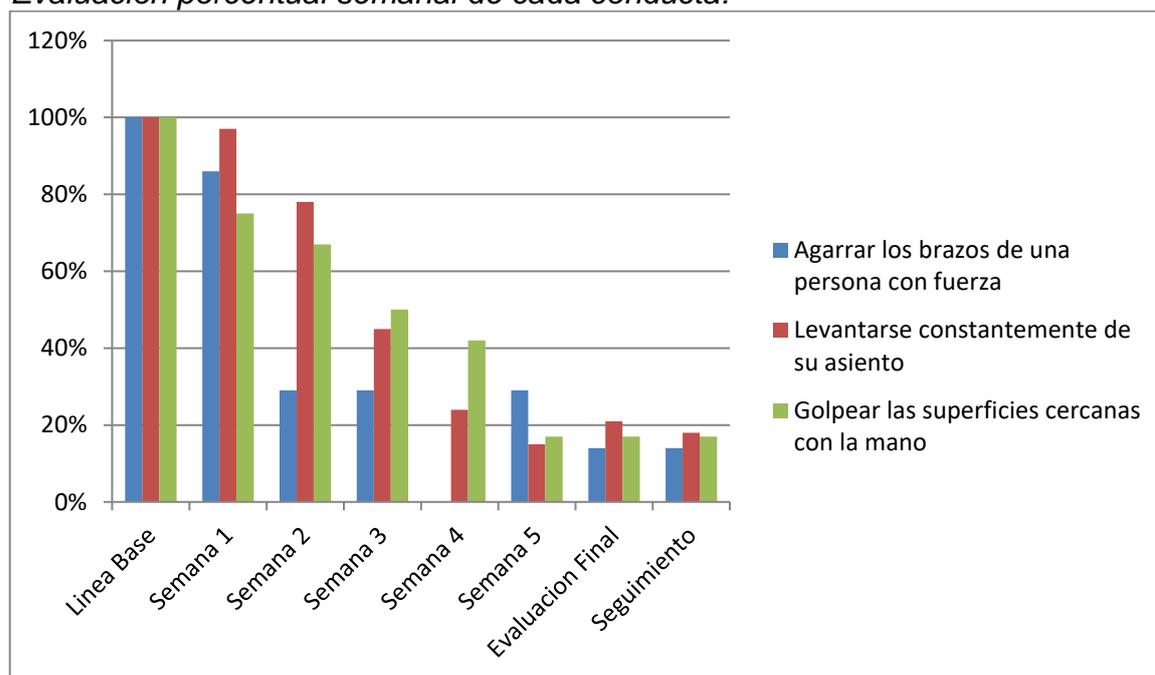
Registro conductual por semana:

Sesiones	Agarrar fuertemente los brazos	Levantarse constantemente de su asiento	Golpear una superficie con las manos
Línea Base	7	33	12
Semana 1	6	32	9
Semana 2	2	25	8
Semana 3	2	15	6
Semana 4	0	8	5
Semana 5	2	5	2
Evaluación Final	1	7	2
Seguimiento	1	6	2

- En porcentaje

Grafico 1

Evaluación porcentual semanal de cada conducta:



CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 RESUMEN

El presente estudio de caso trata sobre Frank, un adolescente de 15 años con autismo quien asiste a un Centro de Educación Básica Especial y presenta las conductas disruptivas de agarrar fuertemente los brazos de las personas a su alrededor, golpear con los manos las superficies a su alrededor y levantarse constantemente de su asiento.

Se dio inicio a la evaluación y el diagnóstico en donde se utilizaron técnicas psicológicas como: observación participativa y no participativa, registro de conductas, entrevista con los padres y autoridades del centro de estudios además de diferentes instrumentos psicológicos como la Escala de inteligencia de Stanford – Binet, Escala de Maduración Social de Vineland, Lista de Chequeo Conductual de Syracuse y la Escala de Valoración del Autismo.

Luego de haber realizado un análisis de toda la información obtenida a través de la observación y evaluación, de acuerdo a las necesidades y dificultades del sujeto, se llega al diagnóstico de autismo con conductas disruptivas, viéndose por conveniente aplicar un programa de eliminación de conductas disruptivas con el fin de disminuir a un 20% las conductas disruptivas anteriormente mencionadas.

Las sesiones de intervención se llevaron a cabo durante 5 semanas, con cuatro sesiones por semana y una duración de 30 minutos por sesión. Además, se realizó una pre-evaluación con el fin de evaluar el progreso del programa de intervención estableciendo un análisis conductual, una línea base, un listado de reforzadores y entrenamiento previo a los padres. En la primera semana, se

evaluó durante 30 minutos las conductas mencionadas obteniendo como línea base de la conducta disruptiva “agarrar fuertemente los brazos” un promedio de 7 veces por en 30 minutos, la conducta disruptiva de “levantarse de su asiento constantemente” puntuó un promedio de 33 veces en 30 minutos y, en el mismo tiempo, la conducta disruptiva de “golpear las superficies cercanas” se estableció en 12 veces. Después de hacer uso de diversas técnicas de modificación de conducta como Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI) Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDTB) y Sobrecorrección se logró reducir la frecuencia de las conductas disruptivas de forma notable: Agarrar fuertemente los brazos disminuyó a un 17% (es decir, de 7 veces por sesión a 1 vez por sesión). Levantarse de su asiento constantemente disminuyó a un 21% (es decir, de 33 veces por sesión a 7 veces por sesión). Golpear las superficies cercanas disminuyó a un 17% (es decir, de 12 veces por sesión a 2 veces por sesión).

Los resultados demuestran que se cumplió con el objetivo del programa habiendo disminuido las conductas disruptivas a un 20%, mejorando el aprendizaje y desarrollo del sujeto. Fue importante la cooperación y la constante comunicación entre los padres, los profesores y el instructor del programa de intervención.

5.2 CONCLUSIONES

En relación al objetivo propuesto y con base en los resultados obtenidos en el presente estudio de caso, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El programa de eliminación de conductas disruptivas demostró eficacia para controlar y disminuir la presencia de conductas disruptivas como agarrar fuertemente los brazos de las personas a su alrededor, golpear

con las manos las superficies a su alrededor y levantarse constantemente de su asiento.

- Las conductas disruptivas, como agarrar fuertemente los brazos de alguien, suelen ser formas erradas de comunicación de las personas con TEA siendo reforzadas por el ambiente en el que se encuentran.
- Las conductas disruptivas de levantarse de su asiento constantemente y golpear las superficies cercanas con las manos, son debidos a las características sensoriales de las personas con TEA y requieren ser orientadas a conductas que permitan un óptimo desenvolvimiento social.
- La comunicación constante entre la familia, la escuela y el psicólogo favorece la adaptación de una persona con TEA a un contexto escolar.

5.3 RECOMENDACIONES:

- Orientar a la familia para que impartan normas claras y precisas con guías visuales a fin de fomentar las conductas apropiadas en el evaluado.
- Fomentar la práctica de responsabilidades y deberes.
- Reforzar y/o castigar con inmediatez las conductas del evaluado.
- Dividir el horario de un día normal con una hora de estudio, una hora de paseo y una hora libre de estímulos.
- Fomentar la interacción con los demás miembros de la familia a través de órdenes sencillas y juegos que busquen el seguimiento de instrucciones.

REFERENCIAS

- Andrés, D. I. (2006). Capítulo III Trastorno de Autismo y Discapacidad Intelectual. En J. Del Barrio, *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones* (págs. 77-107). Madrid: IPACSA.
- Aragón, V. (2010). Etiología del Autismo. *Innovacion y experiencias educativas*, 45(6), 1-9.
- Arberas, C., & Ruggieri, V. (2013). Autismo y Epigenética. Un modelo de explicación para la comprensión de la génesis en los trastornos del espectro autista. *MEDICINA*, 73(1), 20-29.
- Ardila, A., Trujillo, M., & Wilches, N. (2008). *Teorías explicativas del autismo. Una Revisión Teórica*.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319.
- Artigas-Pallarés, J., & Paula-Pérez, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32(115), 567-587.
- Baio, E. N. (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *MMWR*, 63(2), 1-21. Recuperado el 2016, de Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>
- Baron-Cohen, S. (2012). *Autismo y Síndrome de Asperger*. España: Alianza.

- Belichón, M. (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ediciones Martín & Macías.
- Carratala, E., & Arjalaguer, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 37-44.
- Cuxart, F. (2000). *El Autismo. Aspectos descriptivos y terapeuticos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Cuxart, F., & Claustré, J. (1998). Evolución conceptual del termino "autismo": una perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 19(2-3), 369-388.
- De la Riva, & Fraile. (2006). Trastorno de Autismo y Discapacidad. En C. E. FEAPS, *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones* (págs. 77 - 107). Madrid: IPACSA.
- Dioses, A., & Salas, J. (2004). Algunos alcances para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Rev. Digit. EOS*, 3(1), 39-47.
- El Comercio (2015) Ley para personas con autismo será aplicable: ya hay reglamento. Recuperado de <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/ley-personas-autismo-aplicable-ya-hay-reglamento-noticia-1801727>
- Etchepareborda, M., & Delgado-Mejía, I. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 41(1), 95-103.
- Fernández, R., De Bruyn, E., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., . . . Zaccagnini, J. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 50(1), 58-70.

- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35(1), 257-261.
- Gómez, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y Autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 113-124.
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Granado, M. (2002). Los programas y técnicas de modificación de conducta: Una alternativa a la educación del niño autista. *Revista de Educación*, 21(4), 245-259.
- Ibáñez, A. (2005). Autismo, funciones ejecutivas y mentalismo: Reconsiderando la heurística de la descomposición modular. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 6(1), 25-49.
- Ibáñez, C., & Maganto, C. (2009). El proceso de evaluación clínica: cogniciones del evaluador. *SUMMA psicológica UST*, 81-99.
- Labrador, F. (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Piramide.
- Ley para personas con autismo será aplicable: ya hay reglamento. (2015). *El Comercio*.
- Margulis, L. (2009). Funcionamiento de los sistemas de memoria en niños con Trastorno Autista y Trastorno de Asperger. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13(1), 29-48.
- Martínez, C. (2013). *TODO SOBRE EL AUTISMO, Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. Mexico D.F.: Alfaomega.
- Martos-Pérez, J., & Paula-Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*, 52(1), 47-53.

- Ministerio de Educacion del Perú. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista - TEA*. Lima: M&J Graf.
- Ministerio de sanidad y politica social. (2009). *Guía de practica clinica para el manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Morán, C. (2014). *El Síndrome de Asperger. Intervenciones psicoeducativas*. Zaragoza: COMETA.
- NICHD National Institute of Child Health & Human Development Eunice Kennedy Shriver. (Junio de 2005). Recuperado el Diciembre de 2016, de SLD: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/autismo_genes_2005.pdf
- Olivares, M. (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Polyak, A., Kubina, R., & Girirajan, S. (2015). Comorbidity of Intellectual Disability Confounds Ascertainment of Autism: Implications for Genetic Diagnosis. *Am. J. Med. Genet.*, 1-9.
- Portela, M., Vírseda, A., & Gayubo, L. (2003). Revision sobre el estudio de la "teoria de la mente" en trastornos generalizados del desarrollo y esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 31(6), 339-346.
- Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Rev Chil Pediatr*, 79(1), 86-91.
- Rivieré, A. (1998). *Interacción y simbolo en autistas*. Recuperado el 2006, de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/668626.pdf>
- Ruggieri, V., & Arberas, C. (2007). Trastornos generalizados del desarrollo. Aspectos clinicos y geneticos. *Medicina*, 67(1), 569-585.
- Ruiz, A., Días, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Ruiz, G., Sánchez, N., & De La Casa, L. (2012). En torno a la tesis doctoral de Edward Lee Thorndike. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 255-264.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Clofent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M., & Hernández-Latorre, M. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Neurol*, 54(1), 63-71.
- Tamarit, J. (2005). Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo. *I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad* (págs. 1-9). Buenos Aires: ASOCIACIÓN AMAR.
- Tirapu-Ustárrroz, P.-S. E.-B.-V., Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Que es la teoría de la mente? *REVISTA DE NEUROLOGIA*, 44(1), 479-489.
- Tortosa, F. (2004). Intervención educativa en el alumnado con trastornos del espectro autista. *Servicio de Atención a la Diversidad. Dirección General de Promoción Educativa e Innovación. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.*, 1(1), 1-41.
- Uribe, D., Gómez, M., & Arango, O. (2010). Teoría de la mente: Una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 1(1), 28-37.
- Wing, L. (2011). *El Autismo en Niños y Adultos: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- Wolff, S. (2004). The history of autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(1), 201-208.

ANEXOS

Gráfico 2
Registro por sesión de agarrar fuertemente los brazos de una persona:

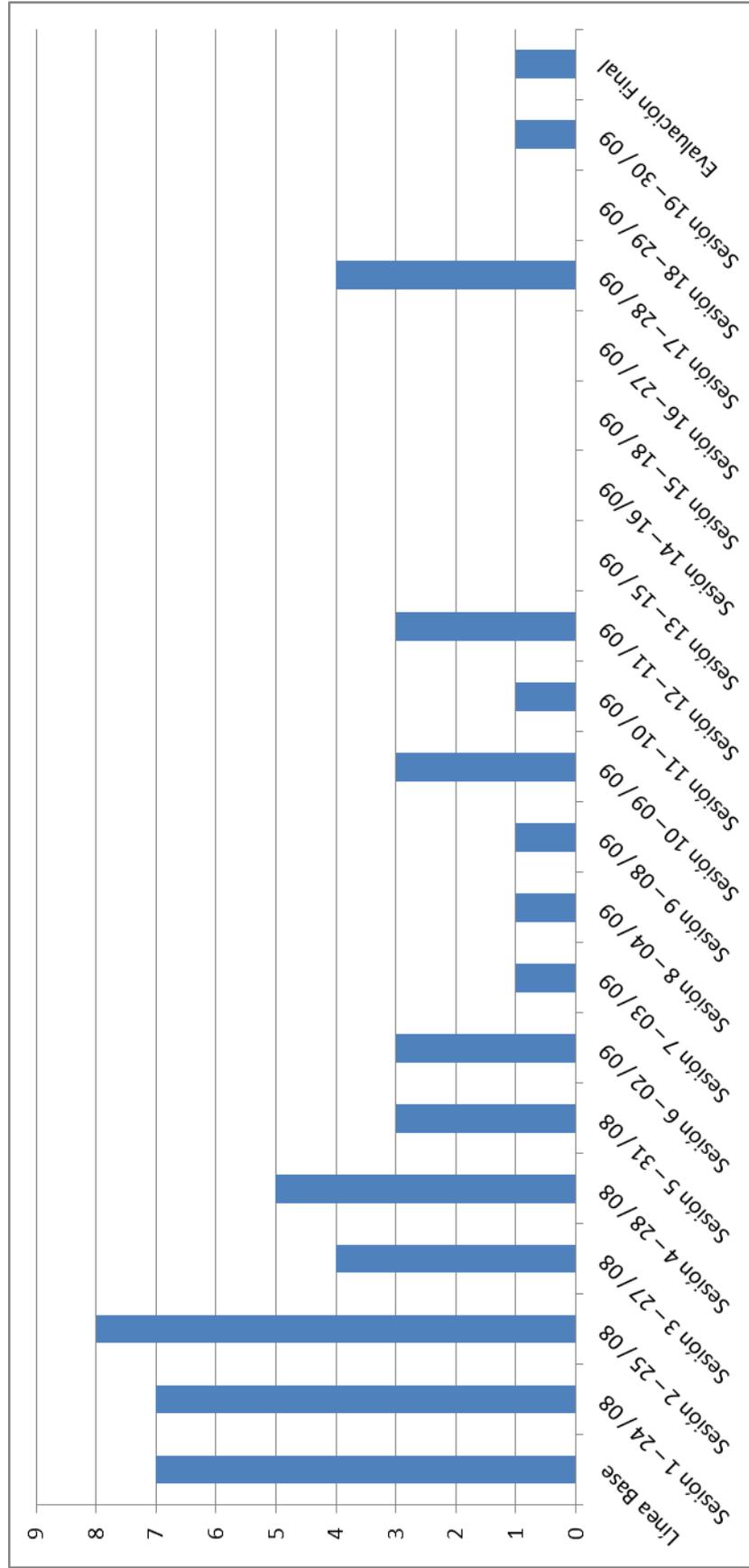


Gráfico 3
Registro por sesión de levantarse constantemente de su asiento:

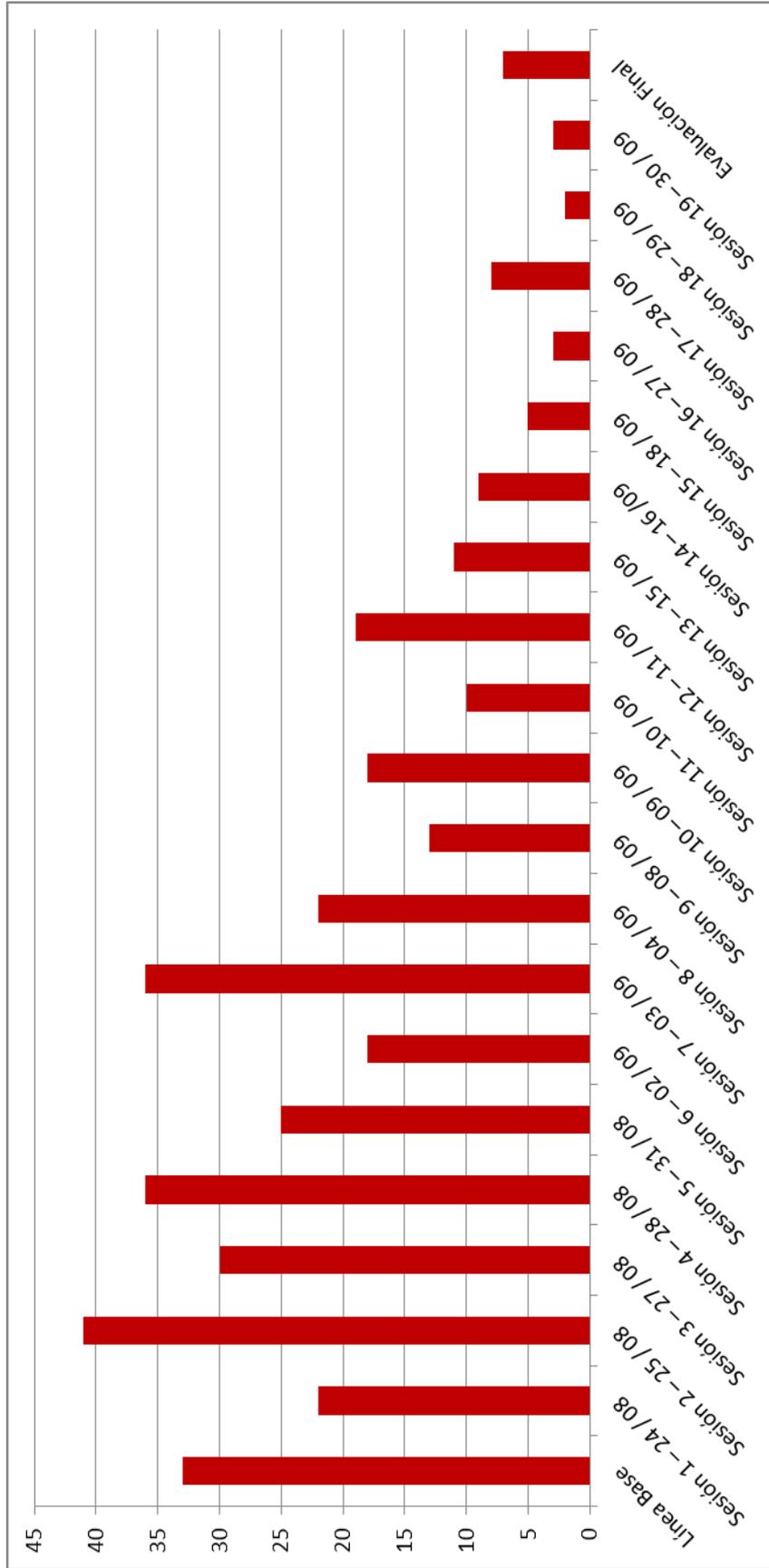


Gráfico 4
Registro por sesión golpear superficies cercanas con la mano:

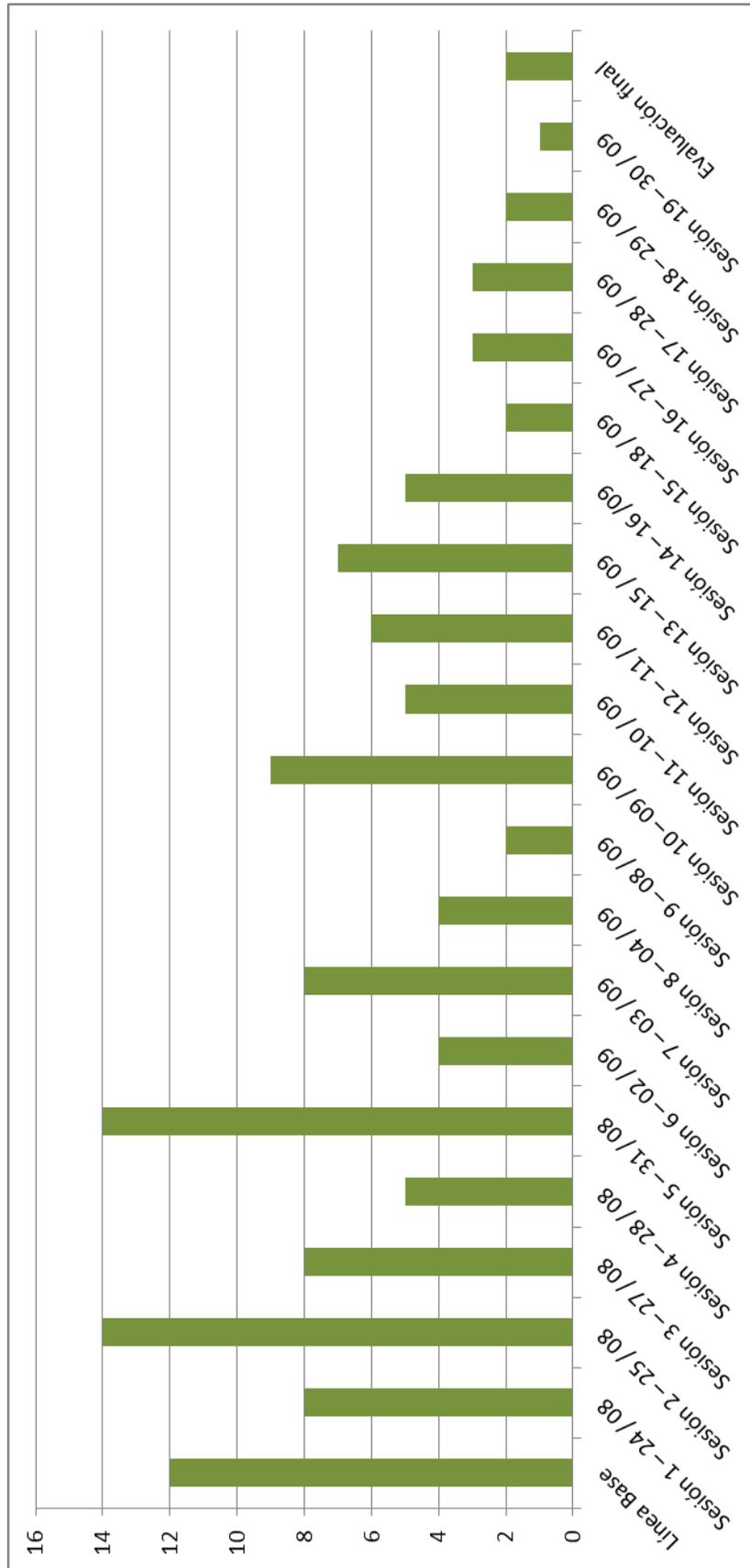
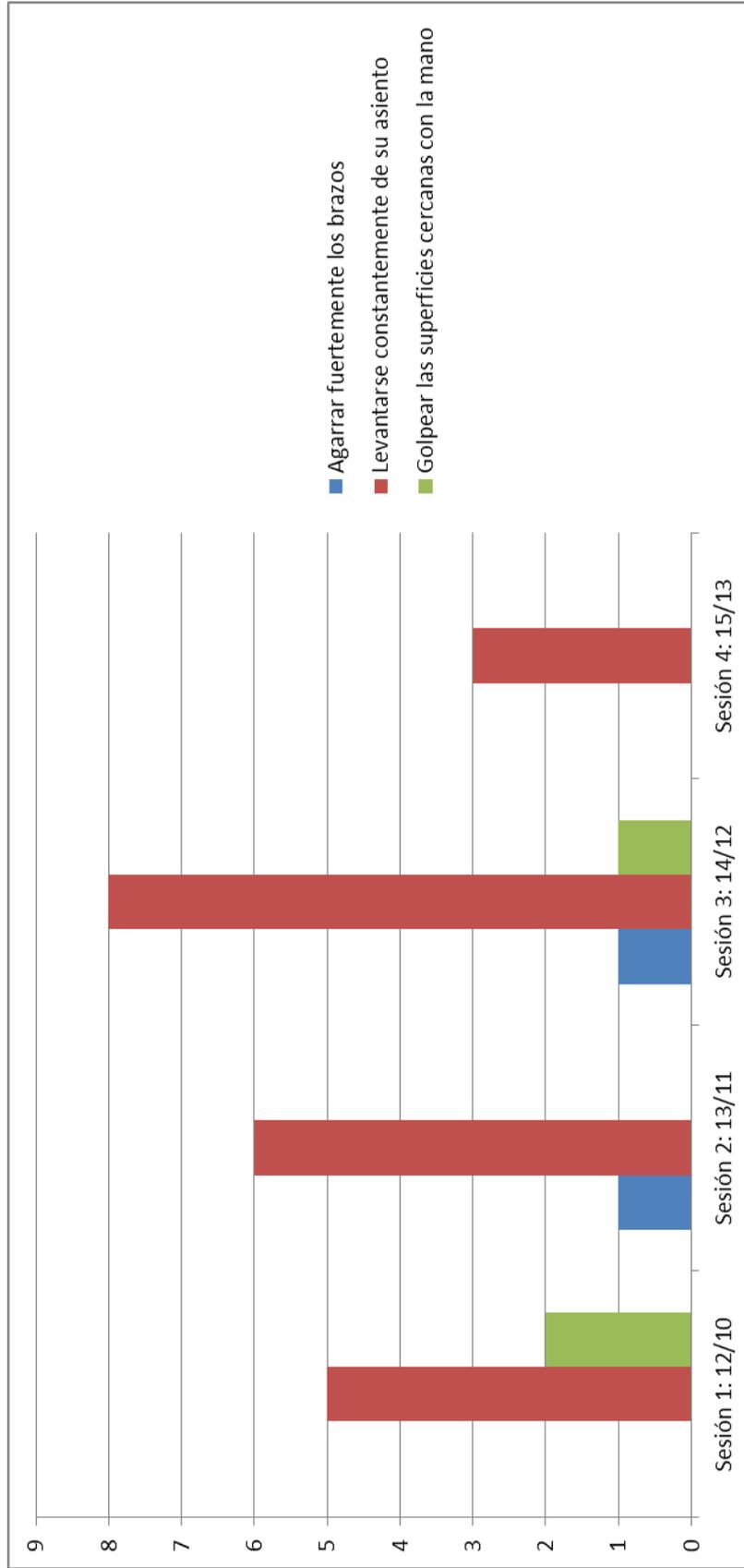


Gráfico 5
Registro de seguimiento por sesión:



II. CONDUCTA

(1) Talla: 46 (2)
 ¿Qué conductas inapropiadas emite el niño? - Se jala el pelo desde la mesa
 cuando uno exige que haga algo o para el broma hiper agresiva
 Políticos: Molestos: Repite (3) Escolonia (3) las cosas → Unavez jala el cabello (4)

Desde cuando se presenta?, evolución en el tiempo: (1) Tenia cabello (2) hace un año
 antes se paraba poco desp. Colegio bajo (3) (S6 m. - a Brenda desde su baba)
 - Punto lo que ha estado en el fondo hoy ritó (4) Desde el día pasado (en trabajos) - cont.

¿Porque se cree que sucede?

¿Que intentaron y como lo manejan actualmente? (Castigos): No batian cuerpo,
 le vedaban cosas

¿Hay alguna diferencia de castigos entre hermanos?: Se castigaba con el uso de correas
 - Mismo tiempo → Nunca para que se castiga el castigo

¿Cómo premian las buenas conductas? (Razón aparente): Se le da un viaje, bruno, chavos
 de monedas, 2014 → Frank estaba estudiando

¿Cuáles son sus expectativas hacia el niño? hasta no superaban mas pero
 el de.

III. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Pre-Natal:

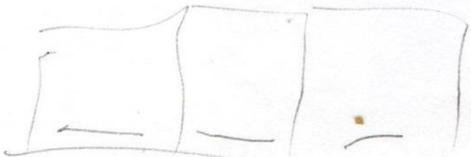
30 semanas / F_{nov}
 ¿Embarazo planificado/deseado? / Edad de la madre: 27 ¿Interrumpió?:
 * Preparación
 * Inseminación
 * Artificio
 * (Quiste + Huevo)
 Operado
 Tiempo de gestación: 3m:15 - Estado Nutricional: ~
 Estado Emocional: Mas enojado - estubo con mamá Tiempo: ~ todo.
 Enfermedades:

Hemorragias	Hipertensión	Infecciones	Radiografías
Nauseas	Edema	Accidentes	Conflicto RH

Tomo medicamentos: _____ Para qué: _____
 ¿Consumía alguna sustancia? (Alcohol, Cigarrillo): _____

b) Peri-Natal:

Prematuro	Inducido	Cesárea	Fórceps
-----------	----------	---------	---------



Puede?

EPH

Posición al nacer: _____ Peso: 2450 Talla: 46 -
Color: _____ Respiración: don Llanto: _____
Complicaciones: Es muy tranquilo

c) Post-Natal

Inicio y termino de lactancia materna: _____ Reacción: hambres
Lactancia Mixta: 40-6 meses Alimentación artificial: _____
Edad en que uso pañal: 3 años + (Solo con Pina) Moja la cama: 6 años con pastillas - 6 meses
Método para controlarlo: Según de las peticiones de su hermano
Actualidad (Independencia): Suave
Enfermedades: 6 meses - Intercambio Parasito Accidentes: ~
Pierro - Dupala - 1 semana

c) Desarrollo Psicomotor

Logro	Erguir Cabeza	Sentarse	Gatear	Pararse	Caminar
Edad	<u>3 meses</u>	<u>6 meses</u>	<u>~</u>	<u>6 meses</u>	<u>11 meses</u>

Intercambio Secretos

Secido y Noceguin la Luz (140 m?)

Dificultades: _____
Nivel de actividad (Inquieto/tranquilo): Cambio

d) Desarrollo del Lenguaje

¿Balbuceo?: 6 meses Primeras palabras: Agua Pan, Papa, Mema 5 (Años) ¿Funcional?
Pronunciación: _____ Correcciones: Solo cuando queris algo
Actualidad: Usa el habla para pedir distribución bienes y cosas de los adultos - I.
- Respon
¿Situaciones donde aparecen dificultades para hablar?: en situaciones nuevas
¿Lenguaje único para familiares?: Si (Claro y fuerte)
¿Se entiende todo?:

e) Visión

¿Presenta algún problema de visión? ¿Cuál?:
¿A dónde mira cuando se comunica?: al objeto - solo se señalaba (Si Miraba)
al año

f) Hábitos

Como se alimenta en la actualidad: Comer Solo - 1 año // comer todo
2012 // - 2007 vomita Mantuvo comiendo solo // 2010 nacieron de gustos
Cubierto completo: ¿Come acompañado?: Si
¿Sueño regular?: ~ Oveces. Crecer ¿Cuántas horas?: 6-7
¿Duerme acompañado?: Solo ¿Luz?: Not gusta Oscuridad

g) Juego

¿Qué juegos realiza, donde y con quién?: Lanza juguetes, lanza algo y
al perro al agua / No eres Imaginativa - los de la abn Tienda.
- Si le habías

¿Dirige los juegos?: 1 ¿Interactúa con otros?: A los Games jugaba con
hermana luego no. Cambio Colegio por Terapia - Sonós

h) Actividades Escolares: ↙
Marzo 2005 Sonós

Inicio de escolaridad: Marzo Centro (Tiempo): Siempre Amanece, Diciembre 2011 Marzo 2017-2018
Growing happy

Adaptación: A = Sencillitas, Nubeiriches / (Fuesingreso Progresivo - II) Marzo 2015

Comentarios de profesores: - GH: Marzo Pedir Ayuda Buro - Dic - Pajarón (Cord.) Empuja - II

Dificultades en aprendizaje: I - Rra con carel. Inadecuada - I.

Reacción frente a dificultades: AM.

IV. Observaciones:

Psicólogo

Apoderado

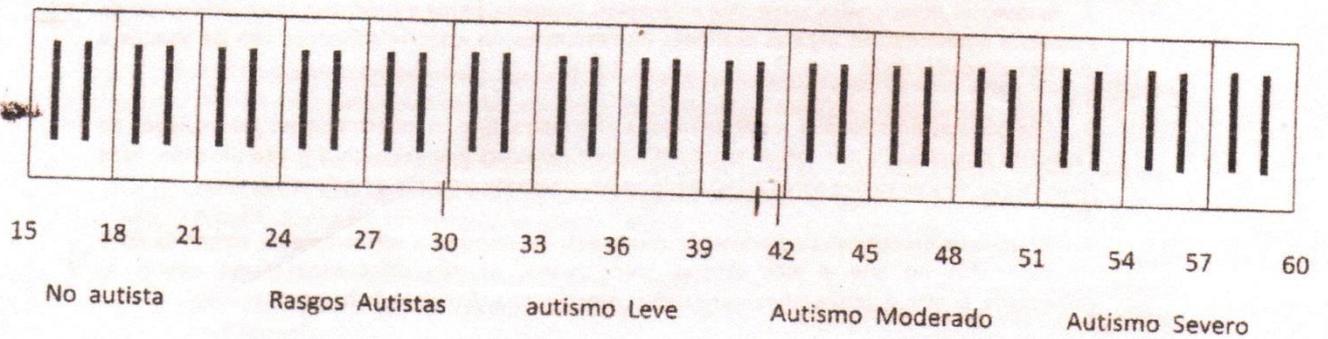
Fecha

C.A.R.S.

(ESCALA DE VALORACION DEL AUTISMO EN LA NIÑEZ)

Nombre: FRANK Sexo: Masculino
 Edad cronológica 15A Fecha de Nacimiento _____
 Fecha de evaluación: _____

3.5	3.5	2.5	2.5	2.5	1.5	2	3	2.5	3	4	2	2	3	3	37.5
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Total



Direcciones: Para cada categoría use el espacio mantenido debajo de cada balanza tomando los apuntes acerca de las conductas pertinentes a cada balanza. Después de que usted ha terminado de observar al niño, tase las conductas pertinentes a cada artículo de la balanza. Para cada circulo del articulo los números que corresponden a la declaración que mejor describe al niño. Usted puede indicar que el niño está entre dos descripciones usando calificaciones de 1.5, 2.5 o 3.5. el criterio abreviado se presenta para cada balanza.

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Nombre	Frank		Ayuda a Si Mismo
Edad	15 A. 10 m. 14 d. = 190 meses		Autov. en la Comida
Fecha			Autov. en el Vestido
Punt. Parc.	41		Locomoción
Punt. Total	66.5		Ocupación
Edad Social	7.3 - 87 meses		Comunicación
Cociente Social	46		Autodirección
Diagnóstico	Retardo Social Moderado		Socialización

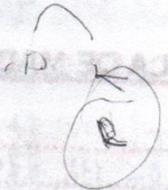
EDAD 0 - I

- 1 Balbucea, se ríe
- 2 Sostiene la cabeza
- 3 Coge objetos a su alcance
- 4 Pide a personas conocidas que lo tomen en brazos
- 5 Da vueltas sobre sí mismo
- 6 Trata de alcanzar objetos cercanos
- 7 Juega y se distrae solo
- 8 Se sostiene sin apoyo
- 9 Habla imitando sonidos de palabras
- 10 Se incorpora solo
- 11 Toma la taza o vaso con ayuda.
- 12 Se desplaza libremente (gatea, se arrastra)
- 13 Coge con el pulgar e índice
- 14 Exige que se le preste atención
- 15 Se para solo
- 16 No Babea
- 17 Cumple instrucciones sencillas

EDAD I - II

- 2 2 18 Camina solo por el cuarto
- 2 2 19 Marca con lápiz ó crayola
- 2 2 20 Mastica los alimentos
- 2 2 21 Se saca las medias
- 2 2 22 Vierte líquidos sin derramar
- 2 2 23 Supera obstáculos pequeños
- 2 2 24 Ejecuta ordenes sencillas como traer, llevar, etc
- 2 2 25 Bebe solo de taza o vaso
- 2 2 26 Abandona el andador, camina
- 2 2 27 Juega con otros niños
- 2 2 28 Come con cuchara
- 2 2 29 Camina por la casa o jardín
- 2 2 30 Diferencia sustancias alimenticias de las que no son
- 2 2 31 Nombra objetos familiares
- 2 2 32 Sube escalera solo
- 2 2 33 Pela caramelos
- 2 2 34 Habla empleando oraciones cortas

(u)



EDAD II - III

- 2 2 35 Pide ir al baño
- 2 2 36 Inicia sus propias actividades
- 2 2 37 Se quita el abrigo o vestido
- 2 1 38 Come con tenedor
- 2 1 39 Se sirve agua sólo
- 2 2 40 Se seca las manos
- 2 2 41 Evita obstáculos pequeños
- 1 1 42 Se pone el abrigo o vestido solo
- 1 2 43 Corta con tijera
- 1 1 44 Cuenta sus experiencias

EDAD III - IV

- 2 1 45 Baja escaleras alternando los pies
- 1 0 46 Juega en asociación con otros niños (rondas, juego de te)
- 1 1 47 Se abotona sus vestidos
- 2 0 48 Ayuda en tareas simples de la casa
- 0 0 49 Recita, danza o canta para otros
- 2 1 50 Se lava las manos solo

EDAD IV - V

- 1 1 51 Va al baño y se atiende solo
- 2 1 52 Se lava la cara solo
- 0 0 53 Camina por el vecindario solo
- 2 1 54 Se viste solo, pero no se ata los zapatos
- 2 1 55 Usa lápiz o crayola para dibujar
- 2 0 56 Juega en actividades cooperativas (partic. en juegos de carp.

EDAD V - VI

- 0 1 57 Juega con patines, velocipedos, carritos, etc. Sin vigilancia
- 2 0 58 Escribe palabras simples con letra de imprenta
- 0 1 59 Juega juegos simples de mesa
- 2 0 60 Se le confía pequeñas sumas de dinero para comprar
- 0 0 61 Va solo al colegio

EDAD VI - VII

- 2 0 62 Usa cuchillo para esparcir mantequilla
- 2 0 63 Emplea lápiz para escribir
- 2 0 64 Se baña con cierta ayuda
- 2 0 65 Va solo a la cama

EDAD VII - VIII

- 0 0 66 Lee el reloj hasta cierta hora
- 0 0 67 Usa cuchillos para cortar
- 1 0 68 No cree en Papá Noel
- 1 0 69 Participa en juegos pre-adolescentes (notar diferencia sexual)
- 1 0 70 Se peina o se cepilla el pelo

EDAD VIII - IX

- 2 0 71 Usa instrumentos o utensilios
- 2 0 72 Hace trabajos rutinarios en casa (Lleva sus cosas lavadas, Repara su ropa, Almacena cosas, Bañete, Lava los platos)
- 0 0 73 Lee por propia iniciativa
- 1 0 74 Se baña solo

EDAD IX - X

- 2 0 75 Se atiende solo en la mesa
- 1 0 76 Hace pequeñas compras
- 1 0 77 Se moviliza por su vecindario o barrio libremente

ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET

PROTOCOLO DE RESPUESTAS

2/9 29/4/11

11/10/15
15/08/2015 196

Nombre: Frank Fecha de la prueba: 15/08/2015
 Instrucción: Sexo: Fecha de Nacimiento: 7/10/1999
 Examinador: Edad: 15

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	6	AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	6
1. Tablero de formas (1) (✓)		1. Identificar objetos por su uso (3) (✓)	
2. Respuesta diferida (2) (✓)		2. Identificar partes del cuerpo (6) (✓)	
3. Partes del cuerpo (4) (✓)		3. Nombrar objetos (5) (✓)	
4. Torre de bloques (✓)		4. Vocabulario de imágenes (8) (✓)	
5. Vocabulario de imágenes (3) (✓)		5. Repetir dos dígitos (1) (✓)	
6. Combinación de palabras (2) (✓)		6. Obedecer ordenes sencillas (2) (x)	
PS.: Identificar objetos por su nombre (5) (✓)		-PS.: Tablero de formas invertido (2) (✓)	
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	6	AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	3
1. Ensartado de cuentas 2' (4) (✓)		1. Comparación de pelotas 23 (3 de 3 ó 5 de 6) (x)	
2. Vocabulario de imágenes (10) (✓)		2. Paciencia: Figuras (1) (✓)	
3. Puente de cubos (✓)		3. Discriminar figuras de animales (4) (✓)	
4. Memoria de imágenes (1) (✓)		4. Describir grabado: Nivel 1 2obj. (2) (x)	
5. Copiar un círculo (1) (✓)		5. Clasificar botones ~ 2' (1) (✓)	
6. Dibujar una línea vertical (1) (✓)		6. Comprensión I (1) (x)	
PS.: Repetir tres dígitos (1) (✓)		PS.: Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6) ()	
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	4	AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	3
1. Vocabulario de imágenes (14) (✓)		1. Comparaciones estéticas 2 (3) (x)	
2. Nombrar objetos de memoria (2) (x)		2. Analogías opuestas I (3) (✓)	
3. Analogías opuestas I (2) (✓)		3. Semejanzas/Diferencias de figuras I (3) (✓)	
4. Identificar imágenes (3) (✓)		4. Materiales (2) (x)	
5. Discriminación de formas (8) (✓)		5. Tres encargos (3) (x)	
6. Comprensión II (2) (x)		6. Comprensión III (1) (✓)	
PS.: Memoria de frases I (1) (✓)		PS.: Identificar imágenes (4) ()	
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	10	AÑO VI (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	2
1. Completar dibujo de hombre (2) (✓)		1. Vocabulario (6) (x)	
2. Doblar papel: Triángulo (✓)		2. Diferencias (2) (x)	
3. Definiciones (2) (✓)		3. Figuras incompletas (4) (x)	
4. Copiar un cuadrado (1) (✓)		4. Concepto de número 2 (4) (x)	
5. Semejanzas/Diferencias de figuras II (9) (✓)		5. Analogías opuestas II (3) (x)	
6. Paciencia: Rectángulo en dos (2) (x)		6. Recorrer un laberinto (2) (✓)	
PS.: Nudo I (x)		PS.: Describir grabado: Nivel II (2) (x)	
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)		AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)	
1. Figuras absurdas I 0 (4) (x)		1. Vocabulario (8) ()	
2. Semejanzas entre dos cosas 0 (2) (x)		2. Memoria de cuentos (5) ()	
3. Copiar un rombo 0 (1) (x)		3. Absurdos verbales I (3) ()	
4. Comprensión IV 0 (3) (x)		4. Semejanzas y diferencias I (3) ()	
5. Analogías opuestas III 0 (2) (x)		5. Comprensión IV (4) ()	
6. Repetir 5 dígitos 0 (1) (x)		6. Nombrar días (orden correcto + 2) ()	
PS.: Repetir tres dígitos al revés (1) (x)		PS.: Interpretar situaciones I (2) ()	

2

17 Tira la pelota con dirección.			
18 Coge la pelota.		X	
19 Patea la pelota.			
20 Monta la bicicleta o triciclo.	X		
21 Salta alternando los pies.	X		
22 Toca los dedos de los pies sin flexionar la rodilla.			X
23 Puede incorporarse (sentarse) cuando esta echado.	X		X
24 Hace cinco o más flexiones de rodillas.			X
25 Hace tres ejercicios de tipo planchas.			X
26 Hace cinco incorporaciones (abdominales).			X
27 Hace un salto amplio de un metro o más.			X
28 Puede colgarse de una barra y alzarse hasta tocarla con la barbilla dos o más veces (ejercicios tipo barras).			X

PUNTAJE 34

B: LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NO
1 Indica la necesidad de ir al baño.	X		
2 Se viste por sí mismo después de usar el water.	X		
3 Utiliza papel higiénico.	X		
4 Hace correr el agua del water limpiándolo.		X	
5 Se lava las manos.	X		
6 Puede sonarse la nariz.		X	
7 Utiliza pañuelo o papel higiénico.	X		
8 Puede beber de un vaso.	X		
9 Puede utilizar una cañita o sorbete.	X		
10 Puede abotonarse la ropa.	X		
11 Puede subir el relámpago o cierre de la ropa.	X		
12 Puede cerrar el broche de presión de la ropa.			X
13 Puede desvestirse por sí solo.	X		
14 Puede ponerse las medias.	X		
15 Puede amarrarse los zapatos.	X		X
16 Puede ponerse saco o chompa.	X		
17 Puede ponerse camisa o blusa.	X		
18 Puede ponerse vestidos.	X		
19 Puede usar cuchara.	X		
20 Puede usar tenedor.	X		
21 Puede usar cuchillo.	X		
22 Puede comer un sándwich o emparedado.	X		
23 Puede beber de una botella (bebidas).	X		
24 Cierra la boca cuando come.	X		
25 Es ordenado cuando come.		X	X

PUNTAJE 43

7

C: LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

ATENCIÓN HACIA EL TERAPEUTA			
	SIEMPRE	A VECES	NO
1 Establece contacto visual por 1-3 segundos ante una orden con estímulo de instigación.	/		
2 Establece contacto visual por mas de 3 segundos ante una orden con estímulo de instigación.	/		
3 Establece contacto visual por mas de 3 segundos ante una orden.	/		
4 Establece contacto visual por 1-3 segundos ante una orden.	/		
ATENCIÓN HACIA OTROS NIÑOS			
	SIEMPRE	A VECES	NO
5 Mira a otros niños ante una orden con estímulo de instigación por 1-3 segundos.	/		
6 Mira a otros niños ante una orden con estímulos de instigación por mas de 3 segundos.	/		
7 Mira a otros niños ante una orden por 1-3 Seg.	/		
8 Mira a otros niños ante una orden por mas de 3 segundos	/	/	
SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES			
	SIEMPRE	A VECES	NO
9 Coge objetos específicos ante una orden.	/		
10 Entrega un objeto a un adulto ante una orden.	/		
11 Entrega un objeto a otro niño ante una orden.	/		
12 Saca objetos de una caja de juguetes ante 1 orden.	/		
13 Pone objetos en la caja de juguetes ante 1 orden.	/		
14 Toca a otro niño ante una orden.	/		
15 Responde a la orden "Ven hacia mí".	/		
16 Responde a la orden "Siéntate".	/		
17 Responde a la orden "Deja eso ahí".	/		
18 Imita una conducta motora simple ante una orden	/		
19 Imita dos conductas motoras simples ante 1 orden.	/		
20 Imita 3-5 conductas motoras simples ante 1 orden		/	
21 Imita 5-10 conductas motoras simples ante 1 orden.			/
22 Imita 10 o más conductas motoras simples ante 1 orden.			/
23 Imita sonidos de lenguaje.			/
24 Imita palabras ante 1 orden.	/		
25 Imita oraciones simples ante 1 orden.		/	
26 Imita una secuencia de conductas motoras de 2 fases ante 1 orden			/
27 Imita una secuencia de conductas motoras de 3 fases ante 1 orden.		/	
28 Imita una secuencia de conductas motoras de 4-5 fases ante 1 orden.			/

PUNTAJE 42

D: LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

CONDUCTAS		SIEMPRE	A VECES	NO
1	Se expresa mediante gestos faciales.	✓		✓
2	Se expresa mediante gestos manuales.			✓
3	Produce sonidos indiferenciados.		✓	
4	Produce sonidos vocales.	✓		✓
5	Produce sonidos consonantes	✓		
6	Puede decir palabras individualmente(una a una).	✓		✓
7	Produce sonidos consonantes.	✓		✓
8	Dice oraciones simples.			✓
9	Responde a su nombre.		✓	
-10	Escucha cuentos.	✓		
-11	Puede repetir un cuento.			✓
12	Identifica objetos comparándolos y emparejándolos.			✓
13	Identifica objetos señalándolos.		✓	
14	Identifica objetos por su nombre.		✓	
15	Identifica partes del cuerpo señalándolos.	✓		✓
16	Identifica verbalmente las partes del cuerpo.	✓		
17	Saluda a las personas.			
18	Da mensajes oralmente.		✓	
19	Hace trazos de letras de imprenta		✓	✓
20	Copia letras de imprenta.		✓	✓
21	Copia números de imprenta.		✓	✓
22	Escribe con letras de imprenta sin ayuda.		✓	
23	Escribe con letra cursiva (corrído).		✓	
24	Escribe su nombre.		✓	
25	Escribe su apellido	✓		
26	Escribe su nombre completo.		✓	
27	Puede deletrear verbalmente nombres.		✓	
28	Lee a un nivel de abecedario			✓
29	Lee a un nivel de primer grado.			✓
30	Lee a un nivel de segundo grado.			✓

PUNTAJE: 33

E: LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES MANIPULATIVAS

CONDUCTAS		SIEMPRE	A VECES	NO
1	Puede trazar una línea.	✓		
2	Puede dibujar una línea recta.			
3	Puede unir una serie de puntos.		✓	
4	Produce líneas verticales.		✓	

5	Produce líneas horizontales.		X	
6	Produce líneas curvas.	X		
7	Produce líneas diagonales.		X	
8	Reproduce un cuadrado de un modelo.		X	
9	Reproduce un círculo de un modelo.	X		
10	Reproduce un triángulo de un modelo.		X	
11	Puede ensartar cuentas (bolitas) grandes.	X		
12	Puede ensartar cuentas medianas.	X		
13	Puede ensartar cuentas pequeñas.		X	
14	Puede doblar un papel.	X		
15	Puede doblar un papel en mitad.	X		
16	Puede doblar un papel en cuatro partes.	X		
17	Puede hacer bolitas de arcillas.		X	
18	Puede cortar con tijeras.	X		
19	Puede cortar una línea con tijera.		X	
20	Embadurna sus dedos con pintura.	X		
21	Crea figuras con la pintura de los dedos.	X		
22	Utiliza un pincel para pintar.		X	
23	Utiliza un tablero de clavijas.	X		
24	Puede pegar (echar goma).	X		
25	Manipula bloques de construcción.	X		
26	Usa crayolas.		X	
27	Hace garabatos.		X	
28	Colorea una área designada.		X	
29	Dibuja una cara con ojos, nariz y boca.	X		
30	Dibuja una cara con los rasgos anteriores más cabellos y orejas.		X	
31	Dibuja una variedad de expresiones faciales			X

PUNTAJE: 49

F: LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES ACADÉMICAS

DISCRIMINACION		SIEMPRE	A VECES	NO
1	Diferencia entre objetos muy diferentes (Ej.: mesa y silla).	X		
2	Diferencia entre objetos similares (Ej.: pantalones y faldas).	X		
3	Diferencia entre sonidos diferentes (Ej.: hablar y dejar caer un objeto).	X		
4	Diferencia entre sonidos similares (Ej.: golpear una madera y un metal).		X	
CONCEPTO DE NUMERO		SIEMPRE	A VECES	NO
5	Compara y empareja números del 1 al 19.			X
6	Compara y empareja números del 10 al 20.			X
7	Cuenta en voz alta del 1 al 9.	X		
8	Cuenta en voz alta del 10 al 20.			X

9 Lee los números del 1 al 9.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Lee los números del 10 al 19.	<input checked="" type="checkbox"/>
11 Lee los números del 20 al 50.	<input checked="" type="checkbox"/>
12 Lee los números mayores que 100.	<input checked="" type="checkbox"/>
13 Identifica los números en una secuencia.	<input checked="" type="checkbox"/>
CONCEPTO DE TIEMPO	SIEMPRE	A VECES	NO
14 Puede reconocer las manecillas grande y pequeña del reloj.	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Dice donde están las manecillas del reloj (Ej.: manc. grande a las 3 y manc. pequeña en las 10).	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Lee el tiempo hasta las horas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17 Lee el tiempo hasta las medias horas.	<input checked="" type="checkbox"/>
18 Lee el tiempo hasta los cuartos de hora.	<input checked="" type="checkbox"/>
19 Lee el tiempo hasta los minutos.	<input checked="" type="checkbox"/>
SUMA	SIEMPRE	A VECES	NO
20 Agrega 1 a cualquier número inferior a 5.	<input checked="" type="checkbox"/>
21 Agrega 1 a cualquier número inferior a 10.	<input checked="" type="checkbox"/>
22 Agrega 2 a cualquier número inferior a 5.	<input checked="" type="checkbox"/>
23 Agrega 2 a cualquier número inferior a 10.	<input checked="" type="checkbox"/>
24 Suma 1 combinación de números hasta totalizar 9.	<input checked="" type="checkbox"/>
25 Suma 1 combinación de números hasta totalizar 20.	<input checked="" type="checkbox"/>
26 Suma hasta 20 mentalmente sin ayuda física.	<input checked="" type="checkbox"/>
RESTRACCION	SIEMPRE	A VECES	NO
27 Resta 1 a cualquier número inferior a 5.	<input type="checkbox"/>
28 Resta 1 a cualquier número inferior a 10.	<input type="checkbox"/>
29 Resta 2 a cualquier número inferior a 5.	<input type="checkbox"/>
30 Resta 2 a cualquier número inferior a 10.	<input type="checkbox"/>
31 Puede restar cualquier número inferior a 10 de 10	<input type="checkbox"/>
32 Puede restar cualquier número inferior a 20 de 20	<input type="checkbox"/>
CONCEPTO DE DINERO	SIEMPRE	A VECES	NO
33 Reconoce el dinero real.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Selecciona una moneda específica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Ordena las monedas según el valor.	<input checked="" type="checkbox"/>
36 Cambia en sencillo un billete de 5 Soles.	<input checked="" type="checkbox"/>
37 Cambia en sencillo un billete de 10 Soles.	<input checked="" type="checkbox"/>

PUNTAJE: 14

G: LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NO
38 Puede comunicar sentimientos positivos.	<input checked="" type="checkbox"/>

