



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA PARA
INSTAURAR CONDUCTA DE TAREA EN UN NIÑO CON AUTISMO**

PRESENTADA POR
CAMILA MILAGROS DIAZ VIRU

ASESORA

MARÍA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA PARA
INSTAURAR CONDUCTA DE TAREA EN UN NIÑO CON AUTISMO**

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

**PRESENTADO POR
CAMILA MILAGROS DIAZ VIRU**

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

LIMA, PERÚ

2021

Dedicatoria

A mis padres quienes significan absolutamente todo en mi vida; a mi abuelita Alberta, a mi madrina Aurora, a mi padrino Félix y a Jairito que están en el cielo.

Agradecimiento

Agradezco a mis papás, Delia y Guillermo, por todo su esfuerzo y amor incondicional. A mi casa de estudios que me ha brindado las mejores experiencias y recuerdos inolvidables. De la misma manera a mis amigos que son ese soporte diario para mí, sobre todo a Darah, Fabia, Johanna, Claudia y Marcelo por brindarme su confianza y ayudarme a no perder la motivación para seguir mis objetivos. Y a mi asesora; la Dra. María Elena, quien se convirtió en una amiga guiándome en este trabajo y dándome los mejores consejos a nivel personal y profesional.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Introducción	vi
Capítulo I: Marco Teórico	
1.1. Trastorno del Espectro Autista	8
1.1.1. Antecedentes	8
1.1.2. Definición y características	11
1.1.3. Prevalencia y causas	16
1.2. Conducta en el Autismo	19
1.2.1. Bases teóricas y experimentales	19
1.2.2. Técnicas de modificación de conducta	23
1.2.3. Intervención en el Autismo	25
Capítulo II: Presentación de Caso	
2.1. Datos de Filiación	27
2.2. Problema actual	27
2.3. Procedimiento de evaluación	27

2.4. Informe Psicológico	33
2.5. Perfil funcionamiento psicológico	36
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica	
3.1. Identificación del Problema Específico	38
3.2. Diseño del Programa de Tratamiento	38
3.3. Aplicación del Programa de Tratamiento	43
3.4. Resultados del Tratamiento	46
3.5. Seguimiento e Informe del Tratamiento	48
Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	
4.1. Resumen	50
4.2. Conclusiones	51
4.3. Recomendaciones	51
Referencias	53
Anexos	55

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista engloba gran cantidad de estudios realizados a lo largo de varios años que han servido para poder establecer conceptos, definiciones, características, tratamientos e intervenciones, que hasta el día de hoy se encuentran actualizándose constantemente para brindar información más certera y práctica. Este Trastorno del Neurodesarrollo está caracterizado por presentar déficits para la interacción social y en la comunicación; conductas estereotipadas, patrones repetitivos dentro del comportamiento, intereses marcados y rutinas diarias difíciles de romper.

Para lidiar con la conducta de las personas con autismo, existen los tratamientos acordes al nivel de gravedad que se presente, con el objetivo de lograr la independencia de las personas y su adaptación al entorno social mejorando su estilo de vida. En el presente caso, el grado de autismo que evidencia el evaluado es Grado 1.

Dentro del tratamiento se aplicaron técnicas de modificación de conducta, con la finalidad de reducir el comportamiento inadaptable que dificulta el desenvolvimiento social, las cuales tendrán uso en esta investigación de manera continua.

En el presente caso, se busca instaurar la conducta de tarea en un niño con TEA de 10 años, por lo cual se elaboró un plan de intervención haciendo uso de pictogramas y técnicas de modificación de conducta utilizando reforzadores acordes a sus necesidades. El programa de intervención se ha realizado en la sala de su casa, manteniendo constante comunicación con los padres y hermanas del evaluado quienes están a cargo de él.

Esta investigación consta de 4 capítulos, siendo el Capítulo I del Marco Teórico, centrado en plasmar antecedentes del autismo, investigaciones y estudios; así como definiciones, características, causas, conducta e intervención. En el Capítulo II, denominado Presentación del Caso; en donde se presenta el procedimiento de evaluación, informe psicológico, y el perfil de funcionamiento psicológico del niño. Siguiendo con el Capítulo III,

donde se expone el Programa de Intervención Terapéutica, presentando el diseño, aplicación y resultados de este. Y por último tenemos al Capítulo IV, el cual abarca el resumen, conclusiones y recomendaciones del estudio de caso.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Trastorno del Espectro Autista

1.1.1. Antecedentes

Tiempo atrás; en el año 1911, Paul E. Bleuler, psiquiatra reconocido, publicó la monografía, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, en la cual por primera vez fue mencionado el término Autismo. (Garrabé De Lara, 2012).

Bleuler se encontraba en búsqueda de cómo describir ciertas características de la Esquizofrenia, instaurando al autismo como una de estas, basada en la tendencia a alejarse de la realidad con un interés social muy limitado y dificultad para expresar las emociones hacia el exterior.

A pesar de que el Autismo fue incluido dentro de las características de una enfermedad mental, no se mencionó como tal hasta el año 1943 cuando Leo Kanner, proveniente de Austria, apoyado en sus conocimientos como psiquiatra; realizó un estudio a 11 niños, descrito en uno de sus artículos con el nombre de "*Disturbios autistas del contacto afectivo.*" En esta mención inicial de autismo infantil, Kanner describió un síndrome distinto en lugar de representaciones anteriores de niños como débiles de mente, retrasados, o esquizoides. (Fischbach, 2007).

También observo que se movían de manera extraña y sostenían un comportamiento auto estimulatorio, aquí logra determinar que respondían a un síndrome. (Fiorilli, 2011).

Es así como Kanner explica al Trastorno Autista como la incapacidad que tiene el niño para poder entablar alguna relación con las demás personas, como una soledad extrema, así mismo logró brindar más características como la carencia en el área afectiva, la insistencia en establecer rutinas diarias y un retraso muy claro en el desarrollo del lenguaje verbal.

Otro aporte sumamente importante e histórico, fue el de Hans Asperger, un físico austriaco el cual, en el mismo año, 1943, publicó un informe llamado "*Die Autistische*

Psychopathen in Kinder-salter”, que describe a niños cuya inteligencia y lenguaje no presentan alguna alteración, sin embargo, con la característica de presentar deterioro en la interacción social y capacidad comunicativa.

Hans indica que en ocasiones se presentan dotes en distintas áreas intelectuales, lo que demostraba que son simples “retrasados mentales”. (Gabarré De Lara, 2012).

El término “Asperger” se expuso en la Cuarta Edición del Manual de Diagnósticos y Estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV) por la asociación American Psychiatric Association (APA). Por consiguiente, en 1994, apareció por primera vez en el manual del DSM-IV como un síndrome apartado y diferente al autismo.

Bruno Bettelheim (1955) exploró el resultado de tres sesiones de terapia que tuvo con unos niños a los cuales los denominó como autísticos, considerando que el problema principal era consecuencia de la frialdad de sus padres, por lo cual los separó de estos.

Para Bettelheim, la prioridad se encontraba en la comprensión del autodesarrollo, o su ausencia en los niños con autismo. Consideraba a los escritos del psicoanálisis como una atribución de identidad bastante acrecida a los individuos autistas, donde la conducta ya se había roto, según él, en todas las áreas. (Pallares, J & Paula, I., 2011).

En 1985, Baron-Cohen, Leslie y Frith, investigaron “La Teoría de La Mente” a través de un estudio a 20 personas con autismo, 14 personas con Síndrome de Down y 27 personas “normales”. Los resultados señalaron que las personas “normales” como las que presentan Síndrome de Down, contaban con la capacidad de ponerse en el lugar del otro; de lo contrario las personas con autismo.

En el año 1970, se logró visualizar una película llamada “*L'enfant sauvage*”, dirigida por Francois Truffaud, basada en un caso sobre el niño salvaje de 12 años, Víctor de Aveyron, quien fue hallado en el bosque con las siguientes características: ausencia de lenguaje verbal, no realizaba demandas, tampoco establecía contacto con las personas y parecía ausente dentro del contexto social.

Distintos médicos de la época creyeron que Víctor presentaba una deficiencia severa desde el nacimiento por lo cual sus padres lo podrían haber abandonado. Sin embargo, esta explicación, no terminó de convencer, y es ahí cuando una escritora llamada Harlan Lane (1976) redactó en su libro "El Niño Salvaje de Aveyron", la probabilidad de que Víctor tuviera autismo, aunque luego optó por rechazar esta opción a causa de las siguientes razones: presencia de cambios bruscos de humor a consecuencia de relacionarse con otras personas; segundo porque no estaba asilado totalmente, ya que mostraba cierto afecto a quienes se mostraban amables con él, en tercer lugar, explica que no tenía obsesiones marcadas; no presentaba dificultades grandes para la manipulación; y contaba con lenguaje gestual.

Pierre-Joseph Bonnaterre, quien fue profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron, también analizó detalladamente las conductas de Víctor, por ende, concluye que presentaba deficiencias en la interacción social recíproca, incompetencias intelectuales específicas, variaciones en la integración sensorial y escasa capacidad para realizar el juego simbólico.

Dentro de la década del 70, otro aporte histórico que ocasionó una variación dentro de los conceptos del autismo, fueron los de Lorna Wing con la ayuda de Judith Gold.

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

Wing y Gold, formularon la denominada triada de problemas en interacción social, en la comunicación e imaginación junto a un patrón de conductas repetitivas y rígidas constantes. Basada en esta teoría, los pacientes que ellas investigaron mostraban en menor o mayor grado características de la triada. (Pallares, J & Paula, I., 2011).

Los resultados conllevaron a la interpretación basada en que no podían establecer límites de categorías entre todos los pacientes que fueron evaluados, asimismo, el autismo se asignaba como continuo dentro de sus expresiones.

1.1.2. Definición y Características

El autismo básicamente es conocido como la dificultad para establecer relaciones sociales y expresarse de manera correcta ante la vista de los demás. Rápidamente podemos identificar a una persona con este trastorno al observar su comportamiento característico y peculiar, sin embargo, a lo largo de la historia las definiciones por varios investigadores fueron más acertadas hasta la actualidad, y con diversos estudios podemos entender a mayor profundidad lo que es el autismo y de qué manera podemos contribuirle.

La palabra autista es derivada del griego autos, que significa “a sí mismo” y/o “propio”. En sus inicios fue usada para poder definir a las personas retraídas o encerradas en sí mismas, y se hacía referencia a cualquier persona que presentaba estas características.

El psicólogo suizo, Carl Gustav Jung, injertó conceptos de personalidad denominadas extravertida e introvertida, amplificando el enfoque psicoanalítico de Freud. Dicho enfoque describía a las personas con autismo como seres intensamente introvertidos, que se encuentran orientados hacia el mundo interior.

Jung definía al introvertido como una persona contemplativa, que goza de la soledad y de su mundo interior; y que la introversión severa, designada autismo, se creía que era una característica de la esquizofrenia.

Otro importante aporte dentro de las definiciones del Autismo fue Leo K. quien identificó al Autismo como la falta de contacto afectivo con los demás, y con característica de querer mantener todo igual al seguir una rutina, evidenciando problemas en el lenguaje comunicativo.

Nick Walker, promotor del concepto de neuro diversidad, define al autismo como una variante neurológica humana de base genética que produce formas específicas y atípicas para pensar, moverse, interactuar y también afecta el procesamiento sensorial y cognitivo.

Según la psicóloga Liliana Tuñoque, el autismo es una condición de naturaleza neurológica que se manifiesta de manera concreta con problemas para comunicarse, interactuar dentro del contexto social y teniendo comportamientos repetitivos que pueden detectarse dentro de los primeros tres años de vida.

El DSM-III insertó la categoría de 'pervasive developmental disorder', traducido como 'trastorno profundo del desarrollo' y más tarde como 'trastorno generalizado del desarrollo'. (Artigas, 1999).

Bajo este concepto del Trastorno Generalizado del Desarrollo, el objetivo era diferenciarlo de la esquizofrenia infantil o de la psicosis infantil, recalcando que el Autismo se evidenciaba antes de los 3 años.

En el año 2000, se establecen cinco categorías diagnósticas dentro del DSM – IV, en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) como: Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Existen doce criterios de diagnóstico y al cumplir seis de las características, se puede establecer el diagnóstico de autismo. Las variaciones de esos doce elementos lograrían formar más de 2.000 combinaciones distintas. (Ramón, 2012).

Pero finalmente en el DSM-V del año 2013, se forma una única categoría, llamada el Trastorno del Espectro del Autismo.

Según Volkmar, pasar de diagnóstico de autismo a trastorno del espectro autista dará una imagen más amplia, más inclusiva, cuando en realidad es lo contrario: criterios más estrictos y menor número de personas consideradas afectadas por un trastorno autista. (Ramón Alonso, 2012).

El DSM-V ha establecido una reducción de síntomas a 2 grupos:

- Grupo 1: Comportamientos, intereses y actividades repetitivas y restringidas.

- Grupo 2: Alteraciones sociales combinadas con alteraciones en la comunicación.

En la última revisión del Manual de Diagnóstico se explica acerca de las personas que han sido diagnosticada con trastorno autista, síndrome de Asperger o TGD no Especificado deben recibir el diagnóstico de TEA; y aquellas que presenten déficits importantes en la comunicación social pero que no cumplan los demás de los criterios para el autismo se les incluirá en otra categoría con el nombre "Trastorno de la Comunicación Social". (Moreno, 2013)

El DSM V menciona las siguientes características:

Déficit persistente en la comunicación e interacción social dentro de diferentes contextos, manifestándose de las formas siguientes:

1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional manifestada mediante un acercamiento social anormal y no logrando entablar una conversación.
2. Déficit en la comunicación no verbal usada dentro de la interacción social como el escaso contacto visual y/o dificultad para comprender el lenguaje corporal.
3. Inconvenientes para adaptar su comportamiento a distintos contextos sociales, así como para realizar juegos imaginativos.

Y para cumplir certeramente con el diagnóstico, debemos respetar los siguientes criterios:

A. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades:

- Movimientos estereotipados o hablar repetitivamente.
- Insistencia en las actividades monótonas, presentando excesiva inflexibilidad y diversos patrones ritualizados de comportamiento.

- Intereses restringidos denominados anormales en cuanto a la intensidad y/o interés.
 - Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales y/o interés inusual por factores sensoriales de su entorno.
- B.** Los síntomas deben manifestarse dentro de las fases iniciales del período de desarrollo, sin embargo, también aparecen cuando los diversos contextos sociales superan sus capacidades.
- C.** Los síntomas originan un deterioro clínicamente significativo dentro del ámbito social, laboral u otras áreas importantes de las actividades habituales.
- D.** Las alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso general del desarrollo.

La discapacidad intelectual y el autismo con regularidad concuerdan; y para hacer diagnósticos de comorbilidad entre ellos, la comunicación social debe estar ubicada por debajo de lo anticipado para el nivel general de desarrollo.

Se debe determinar si hay déficit en el área intelectual, de lenguaje, afección médica o genética. También si se encuentra asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento y si presenta catatonía.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció una versión nueva de su Clasificación Internacional de Enfermedades donde se renuevan los criterios de diagnóstico para el autismo. Reúne el término único de “Trastorno del Espectro del Autismo” y engloba en esta categoría al Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y Otros trastornos generalizados del desarrollo no especificados.

La CIE-11 también establece dos categorías de dificultades para la interacción y la comunicación social, e intereses restringidos y comportamientos repetitivos, excluyendo una tercera que aparecía en una versión anterior, la cual iba relacionada a los problemas con el

lenguaje. Contribuye sobre las pautas detalladas para distinguir entre autismo con y sin discapacidad intelectual, incluyendo también pérdida de competencias adquiridas previamente como una característica de evaluación al momento de realizar un diagnóstico.

Aproximadamente el 75% de las personas con Autismo, presentan un retraso mental, siendo una de las causas reflejadas en los problemas de adaptación social, desarrollo intelectual y manifestación de gustos e intereses.

Teniendo en cuenta que el autismo netamente ya evidencia dificultades generalizadas para aprender, el nivel de retraso o de gravedad afectará en una posible mejoría que pueda garantizar su independencia. Según Colin (2021) a veces, un niño puede parecer que pierde las habilidades sociales que alguna vez tuvo y se encuentra en aproximadamente 1 de cada 4 casos.

En el 2019, se presentó una actualización de un documento denominado “Personas con Trastorno del Espectro del Autismo”, describiendo que en la actualidad existe una desviación significativa entre hombres y mujeres dentro del diagnóstico de Autismo; en la cual los varones prevalecen en número a las mujeres en alrededor de 3-4 a 1 en la infancia.

Debemos recalcar que el diagnóstico en niñas suele tardar un poco más y cabe la posibilidad de presentar cierto margen de error al momento de registrar las dificultades más tenues en ellas. Pero no debemos olvidar que, al mencionar las características del TEA, no se distingue género ya que la sintomatología es sumamente propia del trastorno. Dentro de los primeros meses de vida quizá que no sean evidentes los signos de alguna anormalidad, no obstante, en alguna área irán manifestando ciertas limitaciones de manera temprana, es ahí cuando se tiene una razón principal para una rápida derivación y evaluación.

Dentro del área de Comunicación, se descubren alteraciones en la comprensión, respuesta nula al llamado de su nombre, retraso en el desarrollo del lenguaje verbal o un uso

inadecuado del mismo, de igual manera algunas alteraciones en la respuesta o uso de la comunicación no verbal.

En el área social, las limitaciones abarcan la respuesta a las personas de su entorno; y en la interacción social, como también presentan incapacidad para poder entender y responder las emociones de otras personas y también existe ausencia de deseo para compartir sus intereses.

Dentro de los intereses repetitivos y estereotipados, son evidenciados con una intensidad anormal, se hace presente la resistencia al cambio, el uso de objetos o juegos repetitivos y la exigencia en cumplir las rutinas. Así mismo, muestran hiper o hipo reactividad a diversos estímulos sensoriales.

1.1.3. Prevalencias y Causas

Con el paso de los años, la cantidad de casos de autismo en el mundo han aumentado, rompiendo esquemas y siendo cada vez menos ignorado por la población; convirtiéndose en un tema de conversación por identificar a personas con autismo dentro de la escuela regular, en el transporte público o el super mercado logrando mayor aceptación, pero no la suficiente para lograr una sensibilización global.

Según la OMS, 1 de cada 160 niños tiene autismo, y se encuentra en 21 de cada 10 mil niños alrededor del mundo con una prevalencia mayor en los varones.

Para el año 2014, Walter Zahorodny, un catedrático de pediatría en la Escuela de Medicina Rutgers de Nueva Jersey, registró que de casi 190.000 niños en siete estados de E.E.U.U con 4 años en 2010, 2012 o 2014; aproximadamente 3.000 tienen un diagnóstico de Autismo.

En los países que han realizado estudios de prevalencia basados en diagnóstico como: España, Dinamarca, México, Australia o Reino Unido, los resultados oscilan entre 1 por cada 150 a 1 por cada 175 personas.

En el año 2016, el Programa de Vigilancia de las Discapacidades del Desarrollo de Arizona identificó al autismo en aproximadamente 1 de cada 63 niños de 8 años. De este grupo de niños, el 25% presentaba Discapacidad Intelectual y se encontró una probabilidad de 4.2 veces mayor de identificar antes al autismo en varones.

Un estudio estadounidense del presente año revela que el número de niños con TEA se encuentra en 222 casos por cada 10.000 niños. (A, Díaz).

Dentro del Perú, en el año 2018, CONADIS registró que, de 219249 personas, 4528 se encuentran registrados con TEA, o sea el 2.06 % del total, de las cuales el 80.9% son varones y el porcentaje restante son mujeres. Existen 15,625 personas con autismo y el 90.6% abarca menores de 11 años y la prevalencia radicaría entre las 186 mil personas con autismo. Contamos con la Ley N° 30150, Ley de Protección de las Personas con TEA, logrando aprobar el Plan Nacional para las Personas con TEA al 2021, con el objetivo de que el Estado implemente políticas públicas que beneficien la participación de esta población a la educación, salud, trabajo, entre otros derechos.

El autismo se encuentra presente alrededor del mundo, y por ser tan complejo, es que no existen dos personas con Autismo totalmente iguales, por lo que quedan varias causas por identificar.

Según “El National Institute of Health”, se evidencia en gran cantidad la posibilidad de que los genes son una de las principales causas de autismo. Más de 100 genes en diferentes cromosomas podrían encontrarse comprometidos en su desarrollo en sus distintos grados.

Hay presencia de mutaciones en estos genes involucrados, pero el vínculo entre las mutaciones genéticas y el autismo es parcialmente dificultoso, por ese motivo no todas las personas con autismo tienen cambios en cada uno de los genes vinculados; por otro lado, hay personas que no lo presentan, y que muestran algunas de estas mutaciones genéticas relacionadas con este trastorno.

Rodier (2000) explica que el origen del autismo ocurre en el desarrollo embrionario, cuando los genes revelan un funcionamiento alterado que podría ocasionar cambios en la estructura del tallo cerebral.

Otros estudios han demostrado que los hermanos de alguien que presenta autismo tienen entre 2 y 8 % de probabilidad de presentarlo y que algunos síntomas parecidos a los del autismo, ocurren con mayor frecuencia en los padres o en hermanos adultos de personas con autismo debido a la presencia de los genes compartidos, por ende, en las familias con un hijo autista existirá la recurrencia de un 5% la cual es 100 veces mayor a comparación de lo que ocurre con la población general.

En el año 2011, un Estudio del Instituto Nacional de Pediatría de México, indica que genes maternos candidatos para el autismo están ubicados en la región 15q11-q13 donde se hallan los genes del receptor A del ácido-gamma- amino-butírico (GABAA), el cual cataloga para las subunidades del receptor; otro gen es el de la subunidad beta 3 del receptor (GABRB3), que va acorde a los niveles elevados de GABA plasmático en personas con Autismo y presenta una disminución de los receptores GABA-A en el hipocampo, por lo que se puede deducir que las alteraciones de la regulación del glutamato y la serotonina, y la disfunción del GABA asisten a las alteraciones clínicas del TEA. También es de conocimiento que hay una relación entre el autismo y los genes de la región del antígeno leucocitario humano (HLA) en el cromosoma 6; así mismo es necesario realizar el estudio de X frágil en pacientes con TEA, ya que es la causa del 2 al 6% de la presencia de Autismo.

Existe un conjunto de células nerviosas denominadas “Las neuronas en el espejo”, que se encuentran ubicadas en el córtex prefrontal encargado de responder de forma visual y motora a los movimientos e intenciones de los demás, así como los de uno mismo. En las personas con Autismo, este funcionamiento de neuronas se presenta de forma inadecuada.

El autismo, ha sido relacionado con diversos problemas como la mala nutrición, carencias de vitaminas, problemas prenatales, infecciones maternas durante el embarazo, la edad avanzada de los padres, el uso de antiepilépticos, intoxicación por plomo, la presencia de consumo de fármacos durante el embarazo, así como intoxicación por mercurio entre otros.

Los estudios acerca del Autismo deben de ser individualizados acorde a la recopilación de datos obtenidos de las personas, ya que las causas y las características, pueden ser parecidas, pero no iguales.

1.2. Conducta en El Autismo

1.2.1. Bases Teóricas y Experimentales

Las personas con TEA presentan conductas extrañas e inexplicables para los que se encuentran a su alrededor, transmitiendo una desconexión de la realidad; y los problemas de conducta que a primera vista pueden denominarse como incontrolables.

Dentro de los problemas de conducta observados con mayor frecuencia se pueden mencionar los siguientes (Hervás, A. & Rueda, I.):

- Las autolesiones que pueden poner en peligro su propia seguridad se pueden manifestar golpeándose la cabeza, arañarse o morderse.
- Conductas agresivas verbales o físicas y/o destrucción física de bienes materiales.

- Negación extrema a las peticiones de otras personas, desde desobediencia hasta extremos máximos de incomunicación, como el mutismo selectivo.
- Alteraciones emocionales negativas que se presentan con irritabilidad, ansiedad o descontrol emocional.

Es absolutamente necesaria una labor de equipo, de consenso profesional, de responsabilidad compartida, para afrontar adecuadamente la intervención ante estas conductas. (Tamarit, 1995).

Charles Fuster junto a Marian K. DeMyer (1961), organizaron un estudio que comprendía someter a dos niños a diferentes programas de reforzamiento o realización de tareas simples de emparejamiento, el cual les facilitó poder demostrar que algunas conductas de los niños denominados “autistas”, eran susceptibles de un manejo operante y análisis funcional. Por lo tanto, se encontró una salida para modificar y controlar a los niños con autismo, teniendo el objetivo de eliminar o disminuir las conductas de mayor alteración.

Dos años más tarde, Wolf, Risley y Mees; cumplieron su objetivo de eliminar las rabietas y/o conductas auto destructivas de un niño con autismo, aumentaron el contenido de su lenguaje verbal y le otorgaron cierto grado de autonomía basado en procedimientos operantes.

En 1975, Gold y Gold; plantean emplear algunas estrategias basadas en establecer objetivos directos para incrementar y asegurar la atención antes de presentar el estímulo discriminativo y el uso de los reforzadores.

Después de dos años, se consiguió otro avance realizado por Koegel, Russo y Rincover; quienes establecieron condiciones para poder conseguir un aprendizaje significativo.

Fueron 5 condiciones, comenzando por brindar instrucciones, consignas y estímulos discriminables para los niños, también que sean ininterrumpidas y presentadas luego de que la atención se encuentre segura. En segundo lugar, la ayuda debe ser eficaz para conseguir respuestas correctas; luego que se haga uso del moldeamiento, las consecuencias deben ser apropiadas, rápidas y claras; y por último los ensayos deben manifestarse de manera discreta; teniendo un principio y un final.

Según Vicente Pelechano, en su ensayo "Terapia y Modificación de conducta", comenta que la historia de la modificación de conducta comenzó a finales del S. XIX con una publicación de la tesis doctoral de Thorndike en 1896, y 3 años más tarde comienzan los trabajos de Pavlov, los cuales son culminados en 1938 con la publicación de la tesis doctoral de Skinner llamada "The Behavior of organisms" traducida al español como "El comportamiento de los organismos".

Iván Pavlov, otorgó uno de los principales aportes dentro del conductismo, denominado condicionamiento clásico. El uso de los perros en sus experimentos son uno de los más conocidos dentro del conductismo.

Pavlov estudió la salivación que generaban los perros al presentarles su comida, y se dio cuenta que esta salivación se daba antes de presentarles dicha comida. El trabajo fue condicionar a los perros a estímulos que signifiquen la presencia de la comida. El condicionamiento clásico comenzó a evidenciarse en la asociación del sonido de una campana con la comida, por ende, cada vez que sonaba la campana, los perros comenzaban a salivar y luego obtenían la comida; lo cual probó que un estímulo totalmente neutro, puede generar una nueva respuesta mediante la asociación de este con un estímulo significativo.

En 1913, Watson dio un giro en el objeto de estudio tradicional de la psicología utilizando así el análisis experimental de la conducta, incorporando el término

Condicionamiento a sus estudios, refiriéndose a la asociación con contigüidad entre estímulo y respuesta.

Sin embargo, en 1975, Skinner realizó investigaciones sobre “la conducta voluntaria” la cual, para él, es aquella que surge sin la participación de algún estímulo precedente que sea observable y su característica más importante es que se genera, o modifica por los reforzadores. Skinner llamó a esa conducta “operante libre”. Realizó uno de los experimentos más conocidos e influyentes dentro del conductismo hasta la actualidad, denominado “La Caja de Skinner”; la cual comprobaría que se podía lograr inducir y modificar el comportamiento de un animal a través de los estímulos externos.

Lo que se logró con este experimento fue afirmar que el surgimiento de un estímulo desencadena una respuesta y si esta es condicionada haciendo uso de reforzadores, podrá influenciar a la conducta operante, la cual se puede aumentar o disminuir.

Skinner asume que las respuestas “respondientes” son las que se provocan reflejamente y que las respuestas “operantes” son aquellas que “se emiten libre o espontáneamente” de modo que no podemos localizar en el medio ningún estímulo que las provoque reflejamente. (Bautista, 2012).

De esta manera, fueron surgiendo diferentes maneras de comprender la conducta del ser humano, diversos autores han contribuido de manera positiva a lo largo de los años llegando a establecer ciertas técnicas de modificación de conducta empleadas constantemente dentro del autismo.

1.2.2. Técnicas de Modificación de Conducta

a) Técnicas para aumentar o mantener conductas:

- Técnicas de reforzamiento:

Reforzamiento positivo: consiste en otorgar una consecuencia gratificante inmediatamente después que es emitida la conducta deseada.

Reforzamiento negativo: es el fortalecimiento de una respuesta mediante la eliminación del estímulo aversivo. Se da cuando una conducta es seguida por la culminación de una situación desagradable.

- Técnicas de Instigación:

Díaz et al. (2012) considera que el apoyo o ayuda que permita iniciar o facilitar una conducta se le denomina instigador. Hace referencia al uso del lenguaje oral o escrito, en ocasiones pueden emplearse gestos, con la meta de controlar la conducta. Es también la inducción de una conducta mediante la colocación o guía física de las partes involucradas del cuerpo de la persona, por ejemplo, colocar las manos del niño para que consiga realizar el movimiento de aplaudir por encima de su cabeza.

- Modelado:

Ocurre cuando una persona realiza una conducta observando a un modelo ejecutar una conducta similar fijándose en las consecuencias que recibe.

b) Técnicas para establecer conductas

- Moldeamiento o aproximaciones sucesivas:

Es un proceso que se desarrolla de manera gradual para reforzar selectivamente las aproximaciones a la conducta objetivo. Se usa cuando la conducta no se encuentra dentro del repertorio de la persona.

- Encadenamiento:

Busca establecer conductas en un orden o secuencia determinados como una cadena de conductas simples haciendo uso del reforzador al final. Según Martín y Pear (Díaz et al., 2012) son tres los tipos de encadenamiento: el primero es la presentación de la cadena total donde en cada ensayo se entrenan todos los pasos de la conducta presentándose la secuencia total de la cadena desde el inicio. Segundo se encuentra el encadenamiento hacia adelante que significa seguir secuencialmente la cadena, iniciando en la

primera conducta pasando al siguiente, siempre y cuando se realice correctamente el anterior. Y por último el encadenamiento hacia atrás donde se comienza desde la conducta final y una vez que esta se haya logrado, se comienza el paso predecesor, hasta la conducta inicial.

- Desvanecimiento:

Se disminuye estímulos discriminativos. La ayuda que será retirada puede ser desvanecida de forma gradual disminuyendo la intensidad, extensión o demorando en ofrecerla.

c) Técnicas para reducir o eliminar conductas

- Castigo Positivo:

Se otorga un estímulo que le disguste a la persona, contingentemente a una conducta con el objetivo de reducirla o eliminarla.

- Sobre corrección:

Se debe de restaurar o reparar el daño que ha ocasionado la conducta como limpiar lo que se ha mojado.

- Castigo Negativo:

Se le quita algo que le agrada al niño o niña, cada vez que realiza una conducta inadecuada.

- Tiempo Fuera:

Se elimina del acceso a los reforzadores positivos durante un cierto periodo de tiempo. Barkley (1987) explica que el tiempo fuera debe de ser 1 minuto por año desde que la persona tenga 5 años a más.

De esta gran cantidad de técnicas de modificación de conducta, en el presente caso usaremos Refuerzo Positivo, Instigación Física, Moldeamiento y Sobre corrección.

1.2.3. Intervención en El Autismo

El autismo es un campo amplio y complejo, conformado por diversos síntomas, por lo que las intervenciones deben centrarse en mejorarlos.

Según la revista médica "European Child & Adolescent Psychiatry" el aumento de la conciencia sobre el autismo ha llevado a un acceso más amplio a una buena atención y educación. Pero el creciente debate público sobre el autismo también ha tenido su lado negativo ya que los padres desesperados pueden ser seducidos por tratamientos no probados con resultados ineficaces.

La detección precoz de este trastorno es el primer paso para favorecer el pronóstico y la evolución posterior y para que la familia maneje adecuadamente las dificultades que se presentan como consecuencia de esta situación. (Millá, M & Mulas, F).

Existen claves para una intervención exitosa (Hernández et al., 2011):

- Intervenir rápidamente al conocer el diagnóstico.
- Evaluar las necesidades, capacidades y requerimientos de los niños y sus familias antes de comenzar la intervención.
- El plan debe de ser individualizado determinando las fortalezas y debilidades.
- La intervención debe tomar en cuenta también a la familia.
- Se debe conocer el entorno donde se desarrolla el niño o niña y si este es el adecuado a sus necesidades.
- Evaluar las respuestas de los niños luego de un periodo de tiempo para identificar los progresos.

Existen algunos programas de intervención que resultan efectivos para el autismo; como lo es el Análisis Conductual Aplicado con sus siglas en inglés "ABA", que aborda aspectos relacionados a la conducta problema, a través del análisis experimental de la conducta. Hace uso de técnicas enfocadas en los antecedentes con la finalidad de que una

conducta disruptiva no continúe manifestándose. Lang, Regester, Lauderdale, Ashbaugh, y Haring (2010) recomiendan la intervención mediante el programa ABA dentro de la modificación de conductas problemáticas.

Otra opción para intervenir dentro del autismo es la terapia musical ya que la música se muestra agradable a la mayoría de estos niños, pueden oír y disfrutarla dentro del contexto en el que interactúen con otra persona de forma individual; a través de ella se puede enseñar en una sesión estructurada una forma de diálogo por turnos. (García, 2001).

Así mismo la arteterapia, también resulta efectiva, mantiene preferencias y facilidades que generan pensamientos en términos visuales, ante los verbales, mantiene la interacción con otras personas, sin hacer uso necesario de la verbalización.

Capítulo II: Presentación del Caso

2.1. Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	Sebastián
Fecha de nacimiento	:	21/04/2011
Edad	:	9 años y 11 meses
Sexo	:	Masculino
Lugar de nacimiento	:	Lima
Domicilio	:	Rímac
Escolaridad	:	Nula
Estado civil de los padres	:	Casados
Fecha	:	12, 15, 16 y 17 de marzo del 2021
Examinadora	:	Díaz Virú, Camila Milagros

2.2. Problema Actual

El examinado fue diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista Leve, así mismo con Retardo Mental Leve.

Sebastián no ha podido asistir a ninguna Institución Educativa hasta la actualidad, por ende; su proceso de aprendizaje ha sido interrumpido debido a problemas de tiempo y organización en casa, su motivación e iniciativa por realizar actividades como tareas es escasa.

2.3. Procedimientos de Evaluación

Historia Personal:

Sebastián fue el embarazo número tres de la mamá, ella manifiesta que tuvo dos pérdidas años antes. Este embarazo ocurrió cuando la madre tenía 39 años, pero no fue programado por ambos padres.

Mantuvo control médico durante todo el embarazo, sin embargo, en los primeros meses, la madre refiere que sucedió un hecho difícil con un familiar el cual le causó mucha cólera y estrés teniendo como resultado dolores fuertes; por esta razón acudió a su doctora la cual le dijo que eran contracciones, pero no había ningún problema en el feto, debido a los dolores de cabeza fue recetada con Paracetamol por corto tiempo, pero su estado emocional durante la mayor parte del embarazo fue tranquilo.

El embarazo duró 9 meses, pesó 3.650 kg y midió 53 cm. No necesitó reanimación ni estuvo en incubadora. El parto fue normal, aun así, hubo complicaciones perinatales; la madre manifiesta que sentía contracciones muy extrañas explicándolas como “sentía que el bebé estaba temblando muy fuerte dentro mío”, evidenciando esta situación dos veces antes de que nazca Sebastián. Según comenta tuvo un color rosáceo, y no presentó otras dificultades.

A los 6 meses de nacido, sufrió de broncoespasmo por lo cual fue internado en el hospital durante 5 días.

Tuvo un retraso en su desarrollo general, la madre refiere que no podía gatear, tampoco sentarse y comenzó a caminar cerca a los dos 2 años, sin embargo, tenía tendencia a caerse mientras intentaba caminar. Entre el primer y segundo año, la madre manifiesta que Sebastián presentaba aleteo y corría o caminaba en círculos.

En el área de lenguaje, Sebastián no desarrollaba lenguaje verbal y solo logró decir mamá a los 3 años.

Al cumplir los 3 años y medio, acudió a inicial sin embargo la profesora del salón y directora del colegio le manifestaron que Sebastián no se adaptaba, evidenciaba dificultades para mantener contacto visual, el lenguaje verbal era muy escaso y presentaba rasgos de Autismo por lo cual era necesario que lo evalúen para poder atenderlo dentro del colegio. A raíz del echo, fue cuando acudió a neuropediatría el cual evaluó el caso confirmando el diagnóstico.

Asimismo, a los 5 años lo derivaron a oftalmología, otorrinolaringología, y una radiografía de cráneo, de las cuales todos los resultados arrojaron que no había algún problema.

El examinado ha acudido a distintas terapias durante 1 año aproximadamente, de lenguaje, ocupacional y sensorial, pero no lograba adaptarse ya que desencadenaba crisis, por ende, la madre refiere que decidió dejar de obligarlo a asistir al colegio.

Al intentar que ingrese a alguna institución y recibir respuestas negativas sin apoyo por parte de los directivos, los padres tomaron la decisión de que no acuda al colegio, es ahí cuando la mamá comienza a trabajar junto a Sebastián estimulándolo constantemente con diversas actividades.

Actualmente, el evaluado se encuentra medicado con risperidona, no acude a alguna institución educativa, sin embargo, la madre refiere que el avance es notable ya que Sebastián evidencia una mejoría en su comunicación haciendo uso del lenguaje verbal, logra que entiendan sus necesidades y de la misma manera entiende lo que se le quiere decir.

Puede escribir, dibujar y trabajar con materiales que estimulen el área sensorial ya que presenta hipersensibilidad auditiva y sensorial. Ha logrado salir a la calle y tolerar ciertos cambios de rutina y el sonido de los carros, pero cuando se encuentra en alguna avenida o hay presencia de ruidos muy fuertes, usa audífonos que le sirven como tapones para evitar que el ruido le moleste y desencadene una crisis o desesperación e incomodidad en él. Cuando está ansioso o muy feliz por alguna razón, suele correr o brincar.

Historia Familiar:

Familia funcional conformada por papá, mamá, dos hermanas mayores y Sebastián. Ambos padres mantienen una relación positiva comprendiendo las necesidades del examinado, aceptando sus dificultades y potenciando sus capacidades. Todos brindan apoyo constante a Sebastián y se mantienen pendientes de su desarrollo.

Tiene establecidas ciertas normas que cumplir dentro de casa, de las cuales, las que le corresponden a Sebastián como: tender su cama, ordenar y guardar su ropa y sus juguetes, etc.; son muy bien aceptadas por él.

Respecto a la parte afectiva, los miembros de la familia son unidos y mantienen comunicación constante. Están presentes las demostraciones de afecto hacia Sebastián.

Entrevista:

La entrevista comenzó recopilando toda la información personal y familiar con la mamá sobre Sebastián, quien se encontraba a su costado.

El evaluado mostrada tranquilidad y una actitud positiva sin embargo cuando la entrevista comenzó a tomar rumbo entorno a él para la aplicación de las pruebas, y al brindarle las indicaciones, desató conductas disruptivas como salir corriendo y tirar la puerta de su cuarto diciendo “no” porque no quería desarrollar las actividades.

Al comenzar la evaluación con la Escala de Inteligencia Stanford Binet, Sebastián se calmó y cogió los cubos para jugar, pero al recibir la indicación de armarlos como el modelo, no quiso por ende la mamá tuvo que darle el celular para que se pueda calmar. Luego de 20 minutos, al encontrarse tranquilo se pudo avanzar con la prueba y culminarla.

Se procedió a evaluar el área emocional, a la cual respondió positivamente realizando los dibujos como el Test de la Familia y la Figura Humana. Así mismo se desarrolló la Escala de madurez social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.) y la Escala de Evaluación Conductual de Kozloff.

Observación y Registro:

Se desarrolló en la casa del evaluado, sin presencia de estímulos distractores que pudieran afectar el desenvolvimiento y resultado en las pruebas, solo cuando era necesario debido al desarrollo de alguna conducta disruptiva o la necesidad de ayuda de la mamá para obtener información.

Se observaron las siguientes conductas:

- Al recibir una indicación para hacer una actividad grita “no” y se va del ambiente de trabajo a su cuarto.
- Al escuchar sonidos fuertes, se tapa los oídos y se esconde.
- Pide el celular en medio del desarrollo de una tarea destinada.

Sebastián no acude al colegio, y la mamá se ha encargado de enseñarle actividades educativas y de estimularlo constantemente para su desarrollo, sin embargo, hace 1 año aproximadamente se dejaron de realizar estas actividades, por lo cual el evaluado ya no quería desarrollar tareas y estaba acostumbrado a jugar con el celular.

Tiene designado algunos deberes dentro del hogar como: tender su cama, ordenar y guardar sus juguetes usados, así mismo cumple con las actividades de higiene como lo es lavarse los dientes luego de comer, respecto a la ducha, la mamá es quien lo ayuda.

Al comenzar la evaluación e intervención, se plantearon reglas, las cuales comprendían el uso del celular por una hora diaria luego de realizar sus actividades educativas; como también usar la televisión por un tiempo determinado y reforzadores, la mamá le otorga papitas que le gusta comer y los reforzadores sociales son de mucho significado para él.

Instrumentos Psicológicos:

En el actual estudio de caso, fueron utilizados los siguientes instrumentos psicológicos:

Para el área cognitiva se aplicó Escala de Inteligencia Stanford Binet, que tiene como autores a los científicos franceses, Alfred Binet y Theodore Simón; el rango de edad de aplicación es a partir de los 2 años en adelante, con un tiempo sin límite aproximado entre los 60 y 90 minutos.

También se aplicó La Escala de Madurez Social de Vineland, creada por Edgar Doll con su aparición de la primera formulación en 1935. Evalúa las siguientes categorías: Auto Vestimenta, Ocupación, Auto Ayuda General, Locomoción, Auto Alimentación, Comunicación, Auto Dirección y Socialización.

Otra aplicación fue la de la Escala de Evaluación Conductual de Kozloff, que tiene como autor a Martin Kozloff. Mide un total de 7 áreas las cuales son: Habilidades de Disposición para el Aprendizaje, Habilidades de Escuchar, Mirar y Moverse, Habilidades de Imitación Motora, Habilidades de Imitación Verbal, Lenguaje Funcional, Habilidades de Trabajo Doméstico y Autonomía y por último Conductas Problemáticas.

Así mismo, se aplicó la Escala de Clasificación del Autismo Infantil (CARS), desarrollada por Schopler y Reicher. Es considerada una herramienta de detección, la cual se aplica a niños mayores de dos años y sirve también como herramienta de diagnóstico en casos de trastorno del espectro autista (Oliveira,2016).

Para finalizar, se aplicaron las pruebas proyectivas como el Test del dibujo de la Familia y el Test de la Figura Humana. El primero tiene como autor a Louis Corman, y su objetivo es explorar la adaptación del niño al medio familiar y el segundo, diseñado por la psicóloga estadounidense Karen Machover, considerada como una de las pruebas proyectivas de mayor alcance interpretativo, que busca conocer la personalidad del sujeto.

2.4. Informe Psicológico

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	Sebastián
Fecha de nacimiento	:	21/04/2011
Edad	:	9 años y 11 meses
Sexo	:	Masculino
Lugar de nacimiento	:	Lima

Domicilio	:	Rímac
Escolaridad	:	Nula
Estado civil de los padres	:	Casados
Fecha	:	12, 15, 16 y 17 de marzo del 2021

Motivo de Consulta

El examinado acudió a consulta junto a su madre por presentar problemas de conducta al realizar tareas educativas y recibir indicaciones, tiene interés sólo por realizar las actividades de juego que le gustan.

Su lenguaje verbal es limitado, sin embargo, logra comprender las indicaciones de los demás y en casa pueden entender sus pedidos.

Evidencia conductas estereotipadas como movimientos de los dedos de las manos, muecas o sonrisas espontáneas y saltos o giros en momentos de ansiedad o emoción.

Presenta bajo interés en actividades de desarrollo de tareas académicas, respondiendo de manera impulsiva diciendo “vete” y encerrándose en su cuarto.

Observaciones Generales y de Conducta

Sebastián es un niño de contextura delgada y tamaño adecuado a su edad, tez clara, evidenció aliño e higiene personal adecuados a su sexo y la estación actual. Sebastián se desplazó sin dificultad, teniendo equilibrio al caminar y correr.

Al comienzo tuvo iniciativa para colaborar, saludó correctamente diciendo “Buenas tardes”, sin embargo, al ver que debía realizar ciertas actividades se mostró muy reacio por no querer trabajar. Optó por derramar un poco de lágrimas y decir “no, no, no” e ir a su cuarto y cerrar la puerta. Sin embargo, luego de unos minutos volvió a tener disposición para conversar, pero no para resolver las actividades de la prueba correspondiente.

Métodos y Técnicas Psicológicas Utilizadas

Dentro de los métodos y técnicas psicológicas que se aplicaron se encuentran la elaboración de la anamnesis psicológica, entrevista, observación, registros, reportes y la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de Inteligencia Stanford – Binet, Escala de madurez social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.), Escala de Evaluación Conductual de Kozloff, Test de la Familia y Test de la Figura Humana.

Análisis e Interpretación de los Resultados

En la Escala de Inteligencia de Stanford Binet, obtuvo un CI de 47 ubicándose en la categoría Retardo Mental Moderado con una edad mental de 4 años y 9 meses. En las subáreas de Vocabulario y Fluidez verbal, Juicio y Razonamiento; evidenció problemas en la pronunciación y expresión, así mismo dificultades para comprender situaciones que impliquen comparación y juicio crítico.

Sebastián se ubicó en la Categoría Autismo Leve alcanzando un puntaje total de 36 y en las áreas de Adaptación al cambio, Comunicación Verbal y Nivel y consistencia de la respuesta intelectual, obtuvo puntajes de 3.5, 3 y 3 respectivamente; evidenciando enojo y frustración cuando la rutina es alterada o hay algún cambio en su día a día que no le guste, presentó un lenguaje verbal limitado y escaso.

En la Escala de Madurez Social, le correspondió la categoría Retraso Social leve con un puntaje de 63 cuya edad social es de 5.8 años.

Respecto a la Escala de Evaluación Conductual, los resultados con mejor porcentaje de rendimiento fueron en las áreas de Habilidades de Escuchar, Mirar y Moverse y en Habilidades de Trabajo y de Autonomía, con un 80% y 83% respectivamente. Evidenció capacidad para mantener equilibrio al andar, caminar, correr, saltar y jugar con el balón, de la misma manera logró desempeñarse correctamente en tareas sencillas con iniciativa propia como tender su cama, ordenar sus juguetes, coger los utensilios adecuados, quitarse y ponerse la ropa adecuada, lavarse las manos solo y hacer sus necesidades en el lugar

apropiado. Por otro lado, alcanzó un porcentaje de rendimiento menor de 45% y 35% en las áreas de Habilidades de Imitación Verbal y Lenguaje Funcional respectivamente, presentando limitaciones para empelar preposiciones, frases u oraciones para describir y/o contestar preguntas.

Acorde a su personalidad y área emocional, se encontró ubicado en espacio y tiempo, evidenciando inmadurez grafomotora debido a la baja precisión en la realización de los dibujos, sin embargo, hay buena autoestima al dibujarse a sí mismo en el DFH e identificación con su familia en el Test de la familia, así mismo la falta de detalles en los dibujos, ligera asimetría e inclinación se relacionan con la ansiedad la cual se evidenció en su conducta general. Respecto al Test de la Familia, el evaluado reconoció a los miembros de su familia con los que vive y los describió mencionando sus nombres reales e indicando que los quiere mucho, manifestó que son “muy buenos”.

Conclusión Diagnóstica:

Sebastián obtuvo un Cociente Intelectual de 47, correspondiente a Retardo mental moderado. A la vez, se ubicó en la Categoría Autismo Leve alcanzando un puntaje total de 36, y en la Escala de Madurez Social, presentó Retraso Social leve que pertenece a una edad social de 5.8 años. Emocionalmente presentó indicadores de ansiedad.

Recomendaciones:

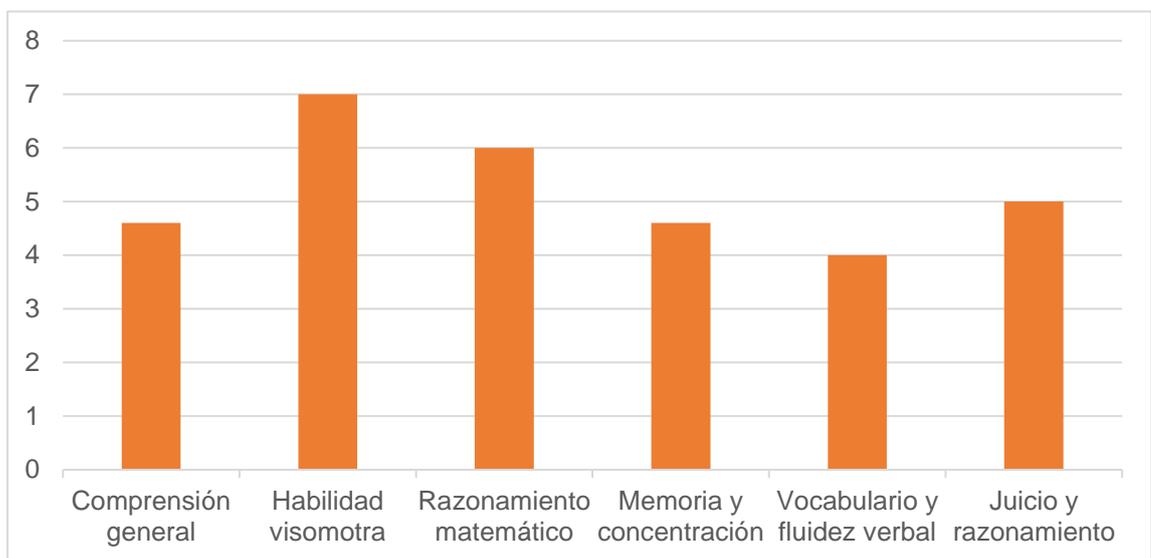
- Diseñar y aplicar un Programa para Instaurar conductas de tarea
- Acudir a Terapia de Lenguaje debido a dificultades para pronunciar la letra R.
- Trabajar manejo de emociones
- Consejería Psicológica Familiar
- Acudir a una Institución Educativa

2.5. Perfil del Funcionamiento Psicológico

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

Figura 1

Escala de Inteligencia Stanford Binet

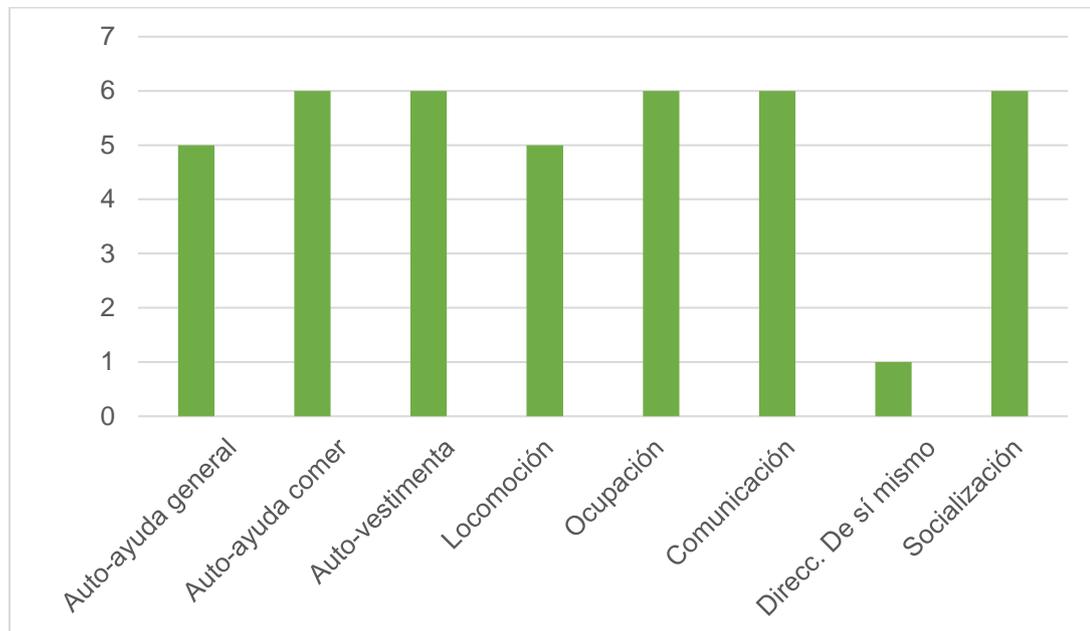


Nota: El gráfico muestra la edad obtenida por cada área de la escala de inteligencia.

El evaluado logró mejor desenvolvimiento en el área de Habilidad Visomotora y un menor desempeño en Razonamiento Matemático y en Vocabulario y Fluidez Verbal.

Figura 2

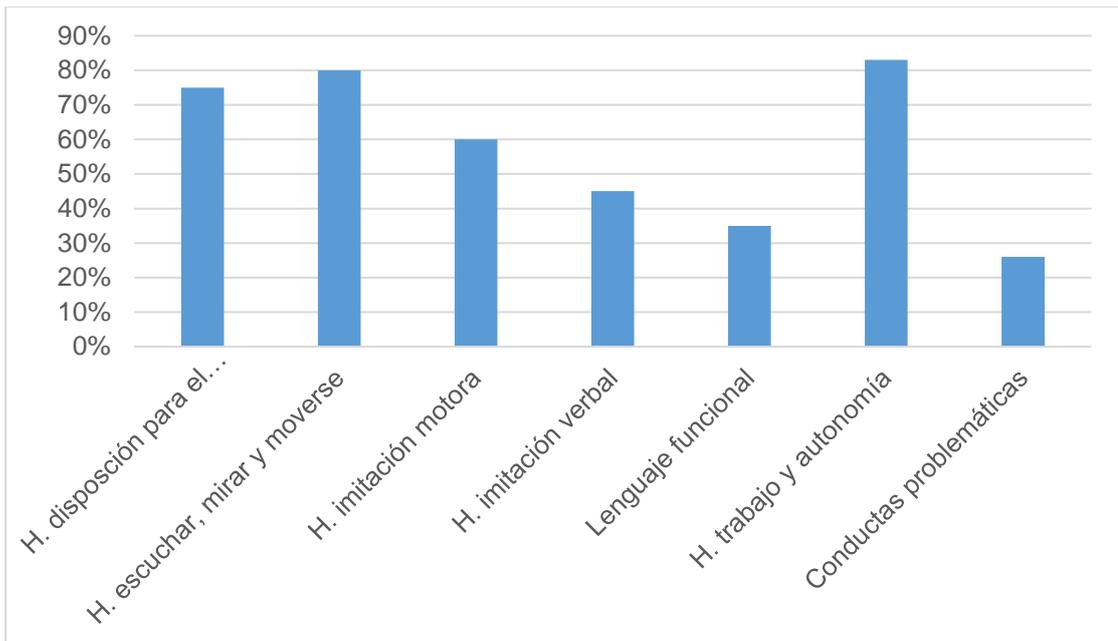
Escala de Madurez Social de Vineland



Nota: El gráfico muestra la edad que alcanzó cada área. Podemos observar que Sebastián logró una mejor calificación en las áreas de Autoayuda para comer, Auto vestimenta, Ocupación y Socialización, por lo contrario, una menor calificación en Dirección de sí mismo.

Figura 3

Evaluación Conductual de Kozloff



Nota: En el gráfico de evidencia el porcentaje obtenido dentro de cada habilidad. Los resultados indican que las áreas con mejor desempeño son Habilidad de escuchar, mirar y moverse y Habilidad de trabajo y autonomía. Y con menor desempeño en Lenguaje Funcional.

Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

3.1. Identificación del Problema Específico

Sebastián es un niño que no acude al colegio, por ende, no ha conseguido el hábito de estudio ni la realización de tareas educativas como parte de su proceso de aprendizaje. Así mismo, carece de vocabulario por falta de estimulación ya que comprende indicaciones e intenta comunicarse, pero no consigue una comunicación fluida.

3.2. Diseño del Programa de Tratamiento

Programa de Intervención para Instaurar Conducta de Tarea en un Niño con Autismo

I. Datos Personales

Nombre : Sebastián
Edad : 9 años
Grado de instrucción : Escolaridad nula
Diagnóstico : Trastorno del Espectro Autista

II. Objetivo

Lograr que Sebastián incluya en su repertorio de conductas, la conducta de realización de tareas educativas como parte de su proceso de aprendizaje.

III. Definición

El aprendizaje es el conocimiento adquirido a través de alguna experiencia o estudio.

Instaurar conductas significa agregar al comportamiento de la persona, una conducta que no se encuentra dentro de su repertorio.

El lenguaje verbal, utiliza palabras para lograr la interacción con otras personas.
Presenta los siguientes componentes: emisor, mensaje, receptos, contexto, canal y código.

IV. Repertorio de Entrada

El evaluado no presenta impedimentos físicos, visuales, auditivos y tiene instauradas las conductas básicas de seguimientos de instrucciones e imitación.

V. Repertorio Terminal

El programa llegará a su fin cuando Sebastián logre instaurar las conductas de realización de tareas educativas en su repertorio diario con el fin de una mejor adaptación dentro de los ámbitos social y escolar.

VI. Materiales

- Refuerzos tangibles
- Hojas de aplicación
- Útiles: plastilinas, colores, lápiz, plumones, hojas de colores y hojas bond
- Cronómetro
- Pictogramas

VII. Ambiente de Aplicación

El desarrollo del programa se realizará dentro de su casa, en el ambiente de la sala, sin ningún distractor.

VIII. Tiempo

El presente caso contiene un total de 21 sesiones divididas de la siguiente manera:

- Repertorio de entrada : 5 sesiones
- Intervención : 12 sesiones
- Seguimiento : 4 sesiones

Cada sesión con una duración de 30 minutos.

IX. Técnicas para Utilizar

- Refuerzo positivo
- Modelado
- Moldeamiento
- Instigación física
- Sobre corrección

X. Diseño Experimental

Se hizo uso del diseño bicondicional, Modelo A-B (Reynaldo, 1991), en el cual la fase "A" es referido a la condición de línea base, necesaria para poder determinar la duración de la conducta a trabajar, y en donde la fase "B" es referida al tratamiento. El evaluado pasó por ambas fases, introduciendo la fase "B" y registrando los cambios en la variable dependiente.

XI. Procedimiento

Evaluación Inicial

Mediante la observación de la conducta al darle la indicación de realizar una actividad educativa, se realizó un registro de duración para identificar el tiempo que Sebastián mantenía el interés en dicha actividad.

Entrenamiento

Los niveles de entrenamiento mantienen una estructura de Análisis del Comportamiento, tomando en cuenta el antecedente, conducta y consecuencia, de esta manera se trabajará para lograr la instauración de conducta de tarea disminuyendo las conductas adversas a esta. Cada vez que Sebastián logra culminar la actividad designada, se le otorgará un refuerzo positivo.

Los refuerzos fueron establecidos junto con la madre quien comparte la mayor parte del tiempo con Sebastián y tiene conocimiento de los intereses del niño.

Los reforzadores sociales serán aplicados a lo largo de todo el desarrollo del programa, y serán los siguientes:

Tangibles:

- Plastilina
- Plumones y hojas debido que le gusta dibujar
- Juguetes de sus personajes animados favoritos

Sociales:

- Aplausos
- Choque de palmas
- Halagos sobre el éxito de su tarea realizada
- Frases agradables para él: "Excelente trabajo Sebastián", "Eres un campeón", "Tú puedes conseguirlo", "Vamos, si podemos".

Intervención

Cada sesión tuvo una duración de 30 minutos, donde se aplicaron las técnicas de modificación de conducta, mientras se realizaban las actividades; al finalizar cada sesión se realizó una evaluación, para reconocer el tiempo que aceptó trabajar la actividad designada.

Evaluación Final

Se desarrolló el registro de duración de la conducta de tarea del evaluado en la realización de una tarea designada, si la realización de la actividad alcanzó a 18 minutos, el programa finaliza.

3.3. Aplicación del Programa de Tratamiento

La evaluación de entrada se realizó mediante el registro de duración, durante 5 días consecutivos en un periodo de 12 minutos diarios registrando el tiempo en el que Sebastián se mantiene realizando la tarea otorgada.

Se consiguieron los siguientes resultados:

Tabla 1

Repertorio de Entrada

N° de Sesión	1	2	3	4	5
Tiempo	3'	3'45"	3'10"	3'7"	3'30"

Como parte del programa, se realizaron 12 sesiones de 30 minutos cada una, en el ambiente designado y mediante toda la intervención se hizo uso de las técnicas de modificación de conducta de la manera siguiente:

Refuerzo Positivo:

Como antecedente se indica: "Sebastián, vamos a realizar una actividad muy divertida". Si cumple con las indicaciones y realiza la actividad sugerida, se le dirá "Excelente Sebastián, eres un campeón" como reforzador social. Así mismo, se usarán reforzadores tangibles como las plastilinas que le encantan.

Modelado:

El antecedente sería: "Mira Sebastián cómo se realiza esta actividad", y hacer el modelo para que pueda repetir la conducta.

Moldeamiento:

La conducta final sería lograr que Sebastián, logre sentarse en la mesa a realizar la tarea. Comenzaríamos realizando actividades juntos en el sillón, luego pasamos a

sentarnos en las sillas alrededor de la mesa y al finalizar se logrará trabajar en la mesa para culminar la actividad.

Instigación Física:

El antecedente sería: “Sebastián vamos a realizar esta tarea, yo comienzo y luego tú me acompañas”. En el momento que Sebastián fije su atención o mirada en algún estímulo distractor, realizaremos la instigación física tocándole de manera cuidadosa su cara para indicarle que mire la actividad o mire a la instructora.

Sobre corrección:

Establecemos como antecedente: “Sebas vamos a comenzar con nuestras actividades de hoy”. Si la reacción es negativa y opta por irse corriendo o coger las cosas de la mesa y guardarlas para no realizar la actividad, le indicaremos “Sebastián, eso no está bien, vamos a ordenar de nuevo nuestras cosas” y le otorgamos los materiales para que vuelva a colocarlos en la mesa.

Sesión 1

Como antecedentes establecemos los siguientes: “Sebas, comenzamos con nuestras actividades”, “Vamos a sacar nuestro material”, “Comencemos juntos”, “Te parece si nos sentamos junto a la mesa”; al inicio como el niño tiene rechazo a realizar actividades y recibir las indicaciones, se aplicará sobre corrección, modelado y reforzadores.

En la primera sesión, se explicaron las reglas que tendríamos a través de los pictogramas como referencia. Logró seguir la indicación de sentarse en la silla al costado de la mesa sin embargo se paró y comenzó a decir “no” después de los primeros 4 minutos.

Cabe resaltar que la mamá se comprometió a reforzar las actividades diariamente en casa para ayudar a instaurar la conducta de tarea de manera eficaz trabajando las áreas donde tiene mayor dificultad.

Sesión 2

Un día antes la mamá de Sebastián le anticipó el trabajo que se iba a realizar de la siguiente manera: “Nuestra amiga Camila, mañana nos visitará y jugará contigo” lo que ayudó a que se sienta más calmado. Al comenzar, Sebastián se mostró muy cariñoso sin embargo quería trabajar sentado en el sillón por lo cual los materiales se trasladaron a ese espacio; al comenzar las actividades manifestó conductas estereotipadas como movimientos de sus manos y brazos y de la misma forma de su cara por lo cual se usó instigación física para mantener su atención en la tarea al igual que Modelado, haciendo que realice la imitación.

Se logró trabajar de corrido 5 minutos, y se incentivó a culminar las actividades en la mesa a lo que Sebastián accedió sin embargo luego volvió a pararse e irse.

Al finalizar se le dio plastilina que le gusta diciéndole que realizó un buen trabajo al comienzo.

Sesión 3

Se continuó con el aviso previo al día de la visita para que Sebastián vaya incluyendo en su rutina semanal el trabajo con la examinadora.

La mamá le pidió que la acompañara a abrir la puerta y de esa manera se fomentó la interacción social. Sebastián al realizar algunas muecas necesita de la instigación física para volver a mirar la actividad. Esta vez, para pasar del sillón a la mesa, usamos moldeamiento para que con el seguir de los pasos, logremos que las actividades se realicen sentados alrededor de la mesa.

Sesión 4

En esta sesión, el evaluado presentó un tic inusual y repentino, sin embargo, quiso realizar las actividades. Mostró una mejoría en su actitud frente a las tareas y a las indicaciones, por lo que accedió a trabajar en la mesa y se logró hacerlo durante 7 minutos

de corrido, hasta que manifestó que le dolía su cabeza. Al finalizar se le otorgó un reforzador positivo que fue la plastilina.

Sesión 5

Sebastián comenzó pidiendo el celular a lo que se le dijo que primero haríamos nuestras actividades y luego jugamos. Entonces se aplicó refuerzo positivo al finalizar las actividades otorgándole el celular por 30 minutos. Durante la sesión no presentó otra dificultad. Se aplicó instigación física y reforzadores sociales para fomentar el interés en las actividades.

Sesión 6

En esta sesión, Sebastián bajó con su mamá a abrir la puerta, mantuvo una actitud muy positiva y accedió a trabajar en la mesa desde el primer momento por 9 minutos corridos aplicando instigación física cuando realizaba algunos movimientos estereotipados como sonrisas y reforzadores sociales al finalizar cada actividad. Se siguió trabajando con pictogramas para armar oraciones y significados.

Sesión 7

Sebastián volvió a abrir la puerta con su mamá y de la misma manera continuó con su disposición para trabajar. Se le indicó las actividades que se iban a realizar y no hubo problema para desarrollarlas en la mesa de trabajo. Sebastián se distrajo 1 minuto por un ruido del exterior y se tapó los oídos, pero esto no desencadenó ninguna crisis. Se usaron los reforzadores sociales y la instigación física. Realizó todas las actividades designadas con ayuda por 11 minutos y luego manifestó que le dolía la cabeza.

Sesión 8

Sebastián estuvo usando el celular por 10 minutos al inicio hasta que se le indicó que se iba a comenzar con las actividades y por su cuenta propia se sentó junto a la mesa,

resolvió las actividades sin problema sin embargo presentó conductas estereotipadas como sonrisas, muecas, y movimiento de manos. Se contaron 12 minutos hasta que Sebastián se paró a buscar a su mamá.

Sesión 9

Sebastián se encontraba jugando con la plastilina y se le dio la indicación de avanzar nuestras actividades para luego continuar con la plastilina. Se mantuvo realizando la actividad en la mesa por casi 14 minutos mientras se aplicaban reforzadores sociales e instigación física.

Sesión 10

Sebastián estuvo con una actitud positiva y comenzó contando los dibujos que había estado realizando. Se le dio la indicación de comenzar las actividades y sin ningún problema continuó por 13 minutos y medio hasta que se echó en la mesa. Se usó reforzador social de “Vamos Sebas, tú puedes continuar” y se pudo continuar hasta los 16 minutos.

Sesión 11

Sebastián esperó sentado al costado de la mesa y se encontraba muy cariñoso, pudo trabajar 17 minutos y medio hasta que llegó su papá y quiso ir con él, por lo cual el papá luego lo trajo y se conversó con Sebastián 5 minutos más, pero sin avanzar alguna actividad ya que había perdido el foco de atención.

Sesión 12

Esta fue la última sesión con Sebastián ya que logró realizar las actividades por 18 minutos, se usó instigación física y reforzador positivo al finalizar la sesión.

3.4. Resultados del Tratamiento

La intervención se llevó a cabo durante 6 semanas, teniendo 2 sesiones semanales con duración de 30 minutos, tiempo en el que la conducta observada de realizar la tarea ha logrado instaurarse en su repertorio de conductas y alcanzando los 18 minutos de actividad.

Al culminar la intervención se utilizó la misma técnica de registro y observación de la evaluación inicial, visualizando la efectividad y mantenimiento de las conductas aprendidas; la cual constó de 4 sesiones de 30 minutos cada una, concluyendo que los tiempos de realización de tarea oscilaban entre los 18 y 20 minutos.

Estos resultados se aprecian en las siguientes tablas:

Tabla 2

Repertorio de Entrada

N° de Sesión	1	2	3	4	5
Tiempo	3'	3'45"	3'10"	3'7"	3'30"

En la Tabla 2 se observa el número de sesiones que forman parte del repertorio de entrada a la intervención. Fueron 5 sesiones, cada una con una duración de 3', 3'45", 3'10", 3'7" y 3'30" respectivamente.

Tabla 3

Intervención

N° de Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tiempo	4'20"	5'45"	6'35"	7'20"	8'05"	9'10"	11'	12'35"	14'05"	16'	17'20"	18'05"

En la Tabla 3, se aprecian las 12 sesiones como parte del desarrollo de la Intervención, cada una con su tiempo de duración respetivo.

3.5. Seguimiento e Informe del Tratamiento

El objetivo de este programa fue la instauración de la conducta de tarea dentro del repertorio de Sebastián logrando que trabaje sus actividades alrededor de 18 minutos, el programa se elaboró haciendo uso de técnicas de modificación de conducta; refuerzo positivo, sobre corrección, instigación física, moldeamiento y modelado; todas estas acompañadas de materiales estratégicos que llamen la atención de Sebastián y sean efectivas para un trabajo eficaz y dinámico.

Las 12 sesiones tuvieron un desarrollo normal donde Sebastián se mostró colaborador, curioso y con ganas de aprender a pesar de algunas dificultades como la presencia de un tic que lo incomodaba. Se tuvo el apoyo de la mamá quien ayudó a generar un ambiente cómodo y brindó seguridad a Sebastián, así mismo ella reforzó todo el trabajo.

Durante el proceso se usaron reforzadores sociales y tangibles como plastilina, muñecos y sus juguetes favoritos. Estos refuerzos fueron usados al culminar la conducta deseada y también como motivación para que logre realizar las actividades designadas de cada sesión. Al tener el apoyo de la estimulación constante de la mamá y el seguimiento como parte de la intervención, el evaluado tuvo avances rápidos mostrando cada vez mayor motivación y mejor entendimiento de las tareas.

Se logró el objetivo de instaurar la conducta de tarea dentro de su repertorio, manteniendo la actividad por 18 minutos, evidenciando mejor capacidad de atención, concentración, mayor número de palabras que conforman su lenguaje verbal y más acciones de expresión corporal y de sus emociones.

Luego de culminar con la Intervención del caso, se procedió a realizar el seguimiento a la conducta trabajada en 4 sesiones, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 4

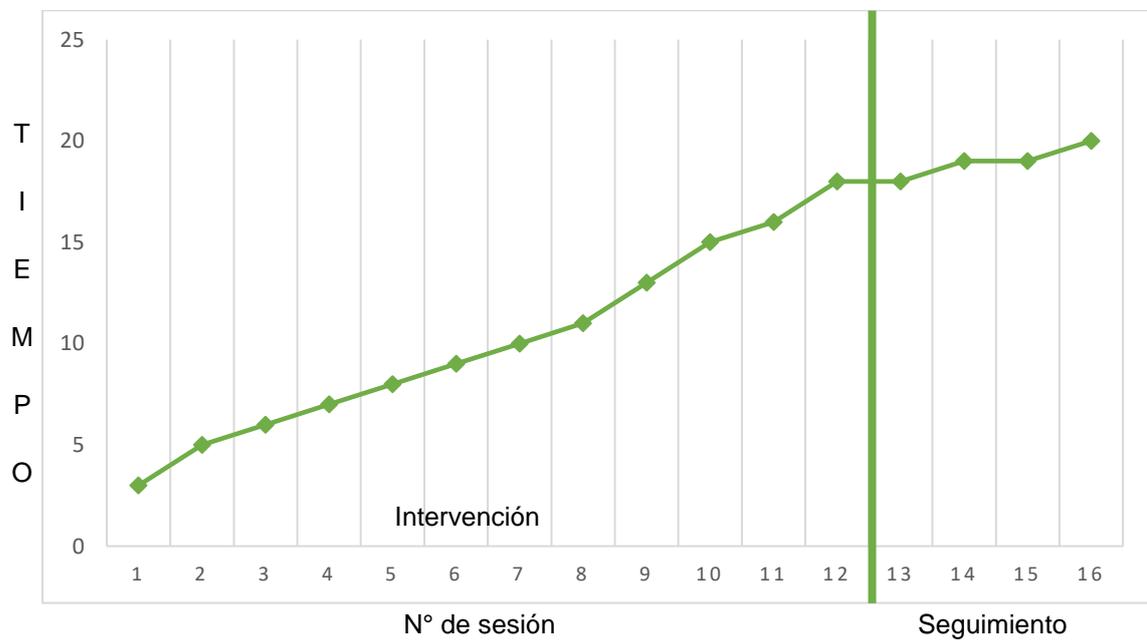
Seguimiento

N° de Sesión	13	14	15	16
Tiempo	18'15"	18'48"	19'26"	20'03"

En el siguiente gráfico, se observa la instauración de conducta de tarea dentro del repertorio de Sebastián, aumentando de forma gradual.

Figura 4

Intervención y seguimiento



Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Resumen

El presente estudio de caso fue acerca de Sebastián, un niño de 10 años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista Leve, grado 1. No asiste a ninguna Institución Educativa debido a que la madre no se sentía segura del trato que recibiría, logra mantener su atención en las actividades que despiertan su interés o en otras que le llaman la atención como son juegos en familia, ver videos de dibujos o que le lean cuentos y aprender a leerlos también sin embargo no presentaba la conducta de tarea, ya que al darle alguna indicación para una actividad que se debe trabajar en un escritorio, se negaba a realizarlo y solo quería seguir jugando en ese momento.

Como parte del proceso de evaluación y diagnóstico se usaron técnicas psicológicas como: anamnesis psicológica, entrevista, observación y registro, así mismo, la aplicación de los instrumentos psicológicos como: Escala de Inteligencia Stanford – Binet, Escala de madurez social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.), Test de la Figura Humana y Test de la Familia.

Gracias a los instrumentos psicológicos, se obtuvo que Sebastián se encuentra dentro de Trastorno de Espectro Autista Leve, asimismo, a nivel intelectual obtuvo la categoría Retardo Mental Moderado, y nivel de inmadurez Leve respecto a la madurez social. A su vez se han observado dificultades en el área del lenguaje presentando un vocabulario escaso.

Al culminar la evaluación, e identificando las necesidades del evaluado, se decidió aplicar el programa de instaurar conducta de tarea en su repertorio conductual ya que no asiste a ninguna Institución Educativa, pero tiene la capacidad de aprender. El objetivo del programa es aumentar el vocabulario escaso que presenta, potenciar su capacidad de

atención y concentración en la tarea y generar interés en realizar las actividades, así como seguir las indicaciones que aborda cada una de ellas. Las sesiones del programa de intervención se desarrollaron en el transcurso de 6 semanas, con 2 sesiones semanales durando 30 minutos por cada sesión. Con el uso de técnicas de modificación de conducta como Refuerzos positivos, tangibles y sociales, Sobre corrección, Modelado e Instigación Física se consiguió instaurar la conducta de realización de tareas como parte de su proceso de aprendizaje, logrando así la disposición de Sebastián a trabajar, incorporando conductas adaptativas para el contexto social como seguir las indicaciones, mantenerse sentado y trabajar en la mesa, participar y esperar su turno y desarrollar las actividades designadas.

4.2. Conclusión

1. En relación con el objetivo del Programa de Intervención y al conocer los resultados se concluye que se logró con el objetivo principal de instaurar dentro del repertorio de conductas de Sebastián, la realización de tareas educativas como parte de su proceso de aprendizaje.
2. Se estimuló el Lenguaje Verbal con los ejercicios aplicados logrando que Sebastián mejore su comunicación con las personas de su entorno y aumente el vocabulario.
3. Se fomentó la toma de iniciativa en Sebastián ante las actividades, lo cual ayudó a su desenvolvimiento y su capacidad de atención.
4. Sebastián requiere del uso de reforzadores sociales ante la resolución de actividades designadas fomentando mayor seguridad en él.

4.3. Recomendaciones

Las recomendaciones serán guiadas por los resultados obtenidos de la evaluación y del Programa de Intervención, siendo las siguientes:

- Manejar los ambientes acondicionados para fomentar el interés por la realización de tareas educativas, de tal manera que se logre mejores resultados durante el proceso de aprendizaje.

- Mantener el uso de reforzadores tangibles y sociales inmediatamente después de culminar la conducta deseada para mantenerla.
- Fomentar el interés dentro del contexto social para una mejor adaptación.
- Aplicar las técnicas y actividades con diferentes miembros de la familia para que todos sean parte del proceso.

Referencias

- All Answers Ltd. (2018). *Leo Kanner's Theories of Autism: A History*.
<https://nursinganswers.net/essays/leo-kanners-theories-autism-history-4553.php?vref=1>
- Ardon, F. (2014). *Definición de autismo, según Nick Walker*. El Vuelo de Mi Mariposa.
<https://elvuelodemimariposa.wordpress.com/2014/06/27/definicion-de-autismo-segun-nick-walker/>
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Gaag, R. y Howlin, P. (2019). *Personas con Trastorno del Espectro Autista. Identificación, comprensión, intervención*. Autismo - Europa.
- Bautista, J. (2011). *Psychologia Latina. El Conductismo en la Historia de la Psicología: Una Crítica de la Filosofía del Conductismo Radical*, 2(2), 144-157.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSLA.2011.v2.n2.2
- Confederación Autismo España. (2018). *La OMS actualiza los criterios de diagnóstico del TEA*. <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/la-oms-actualiza-los-criterios-de-diagnostico-del-tea>
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Se desconoce el número de peruanos con trastorno del espectro autista*. <https://www.defensoria.gob.pe/se-desconoce-el-numero-de-peruanos-con-trastorno-del-espectro-autista/>
- Fiorilli, F. (2011). *Autismo. Evolución del término. Características y especificaciones*. Intersecciones Psi.
- Fischbach, G. (2007). *Leo Kanner's 1943 Paper on Autism*. Spectrum.
<https://www.spectrumnews.org/opinion/viewpoint/leo-kanners-1943-paper-on-autism/>
- Garrabé de Lara, J. (2012). *El Autismo. Historia y Clasificaciones*. *Salud Mental*, 35(3), 257-261. <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3503/sm3503257.pdf>

- Hervás, A. y Rueda, I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro v Autista*. Trastornos del Espectro Autista. <http://www.teamenorca.org/wp-content/uploads/2020/06/Amaia-Hervas-TEA-y-problemas-de-conducta.pdf>
- Mandal, A. (26 de febrero de 2019). *Historia del autismo*. News-Medical.Net. [https://www.news-medical.net/health/Autism-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Autism-History-(Spanish).aspx)
- Millá, M. y Mulas, F. (2009). *Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista* [Archivo PDF]. https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/326.2-atencion_temprana.pdf
- Ramón, A. (2012). *Autismo en DSM-IV vs. DSM-V*. Autismo Diario. <https://autismodiario.com/2012/04/17/autismo-en-dsm-iv-vs-dsm-v/>
- Tamarit, J. (1995). *Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado* [Archivo PDF]. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO5117/conductas_desafiantes.pdf
- Tidy, C. (2021). *Autistic Spectrum Disorders*. Patient. <https://patient.info/doctor/autistic-spectrum-disorders-pro>
- Torres, T. (2015). *Trastorno del Espectro Autista: Bases Biológicas, Valoración, Intervención y Diseño de Materiales en la Educación Primaria* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Sevilla]. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32993/TFG-0160.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wolff, S. (2004). *The history of Autism*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 13(4), 201-208. <https://autismedsp5310s20f10.pbworks.com/f/The+history+of+autism.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es solicitar su autorización para utilizar la evaluación e intervención realizada a su menor hijo en un estudio de caso conducido por Camila Milagros Díaz Virú de la Universidad San Martín de Porres, Facultad de Psicología, la meta de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

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

Desde ya le agradezco su participación.

Susy Pardo Santos.

Firma del padre/apoderado

Yo Susy Pardo Santos. autorizo a utilizar los datos de la evaluación e intervención realizados a mi menor hijo para el presente estudio de caso, conducido por Camila Milagros Díaz Virú. He sido informado (a) de que la meta de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

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

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio de caso cuando este haya concluido.

Susy Pardo Santos.

Firma del padre/apoderado

12-03-21

Fecha

ANEXO B



ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

PROTOCOLO



Nombre: Sebastian

Informante:

Fecha de Evaluación: 16/03/21

Grado:

Examinador:

EDAU C - 1

1. Balbucea	C
2. Sostiene la cabeza	AAG
3. Coge objetos a su alcance	AAG
4. Pide a personas conocidas	S
5. Da vueltas sobre sí mismo	AAG
6. Trata de alcanzar obje- os cercanos	AAG
7. Juega y se distrae solo	O
8. Se sostiene sin apoyo	AAG
9. Se incorpora solo	AAG
10. "Habla" imita sonida de palabras	C
11. Torna la tava o vaso con ayuda	AAC
12. Se desplaza libremente (gatea, arrastra)	L
13. Coge con el pulgér o el índice	AAG
14. Exige que se le preste atención	S
15. Se para solo	AAG
16. No, bamez	AAC
17. Cumple instrucciones sencillas	C

EDAD 1- 2

18. Camina solo por el cuarto	C
19. Marca con lápiz o crayola	O
20. Mezcla los alimentos	AAC
21. Se saca los medias	AAV
22. Vierte líquido sin derramar	O
23. arrega objetos, etc.	AAG
24. Supera obstáculos pequeños	O
25. Ejecuta ordenes sencillas como llevar, traer, etc.	O
26. Bebe solo de la taza a veces	AAC
27. Alambitona el amfedor, camina	AAG
28. Juega con otros niños	S
29. Come con cuchara	AAC
30. Camina por la casa o jardín no to son	AAC
31. Nomina objetos familiares	L
32. Sube las escaleras solo	C
33. Peda caramelos	AAC
34. Habla enpleando oraciones cortas	L

EDAD 2 - 3

35. Pide ir al baño	AAG
36. Inicia sus propias actividades o juegos	O
37. Se quita el abrigo o vestido	AAV
38. Come con tenedor	AAC
39. Se sive agua solo	AAC
40. Se saca las manos	AAV
41. Evita obstáculos pequeños	AAG
42. Se pone el abrigo o vestido solo	AV
43. Corra con libertad	O
44. Cuenta sus experiencias	C
45. Baja las escaleras alternando los pies	C
46. Juega en grupo con otros niños	S
47. Se abstrona los vestidos	AAV
48. Ayuda en las tareas simples de la casa	O
49. Recita, danza o canta para otros	S
50. Se lava las manos solo	AAV

EDAD 3 - 4

51. Va al baño; se atiende solo	AAG
52. Se lava la cara solo	AAV
53. Camina por el vecindario solo	AAV
54. Se viste solo pero no se ata los zapatos	O
55. Usa lápiz y crayola para dibujar	AAV
56. Juega en actividades cooperativas (participa en juegos de compañía)	S

EDAD 4 - 5

57. Juega con velocípedos, carros sin vigilancia	C
58. Escribe palabras con letra de ingente	C
59. Juega con juegos simples de mesa	S
60. Se le confía pequeñas sumas de dinero para comprar o pagar	AAV
61. Va solo al colegio	S

EDAD 5 - 6

62. Usa utensilios para reparar la mantequilla	AAC
63. Emplea lápiz para escribir	C
64. Se baña con tierra propia	AAV
65. Va solo a la cerna	AAV
66. Va solo al colegio	S

EDAD 5 - 7

67. Usa utensilios para reparar la mantequilla	AAC
68. Emplea lápiz para escribir	C
69. Se baña con tierra propia	AAV
70. Va solo a la cerna	AAV
71. Va solo al colegio	S

2.5. Leve = 63.6

2211111111

- EDAD 7 - 8
- 66. Lee el reloj hasta el cuarto de hora
 - 67. Usa el cuchillo para cortar
 - 68. No cree en Papá Noel
 - 69. Participa en juegos pre-adolescentes (nota la diferencia)
 - 70. Se peina o cepilla el cabello

<input checked="" type="checkbox"/>	AAV
<input checked="" type="checkbox"/>	S
<input checked="" type="checkbox"/>	DSM
<input checked="" type="checkbox"/>	AAC
<input checked="" type="checkbox"/>	L
<input checked="" type="checkbox"/>	O
<input checked="" type="checkbox"/>	C

- EDAD 10 - 11
- 78. A veces escribe cartas cortas
 - 79. Hace llamadas telefónicas
 - 80. Hace cosas simples remuneradas
 - 81. Atiende pequeñas compras y otros asuntos por correo

<input checked="" type="checkbox"/>	C
<input checked="" type="checkbox"/>	C
<input checked="" type="checkbox"/>	O
<input checked="" type="checkbox"/>	C
<input checked="" type="checkbox"/>	C

- EDAD 15 - 18
- 90. Se comunica por cartas
 - 91. Discute y se interesa por noticias, hechos sensacionales, deportes, etc.
 - 92. Va a lugares cercanos solo
 - 93. Sale solo durante el día
 - 94. Dispone de dinero propio para sus gastos
 - 95. Se compra toda su ropa

<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	L
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DSM

- EDAD 18 - 20
- 96. Va a lugares distantes solo
 - 97. Cuida su salud
 - 98. Tiene un trabajo continuo en el
 - 99. Sale en las noches sin ninguna restricción
 - 100. Ejercita su propia restricción en proveer para sus propios gastos, de propia o algunas ganancias
 - 101. Asume responsabilidades por sí mismo

<input type="checkbox"/>	L
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DSM

- EDAD 8 - 9
- 71. Usa instrumentos o herramientas
 - 72. Hace trabajos rutinarios en casa
 - 73. Lee por propia iniciativa
 - 74. Se haña solo

<input checked="" type="checkbox"/>	O
<input checked="" type="checkbox"/>	O
<input checked="" type="checkbox"/>	C
<input checked="" type="checkbox"/>	AAV

- EDAD 11 - 12
- 82. Hace trabajos simples creativos
 - 83. Se le confía que cuide de sí mismo y a otro
 - 84. Disfruta de la lectura de libros, periódicos, revistas, etc.

<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	C

- EDAD 20 - 25
- 102. Usa el dinero jurídicamente
 - 103. Asume responsabilidades más allá de sus propias necesidades, contribuye al mantenimiento de otro, es buen vecino
 - 104. Participa en labor social, actividades altruistas
 - 105. planea y provee para el futuro
 - 106. Ejecuta trabajos que requieren entrenamiento o continúa en la Universidad
 - 107. Se dedica a actividades saludables que contribuyen a su bienestar físico y moral (deportes, hobbies, música, lectura, arte, jardinería)
 - 108. Organiza su propio trabajo
 - 109. Inspira confianza

<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	S

- EDAD 9 - 10
- 75. Se atiende solo en la mesa
 - 76. Hace pequeñas compras
 - 77. Se moviliza por su vecindario

<input checked="" type="checkbox"/>	AAC
<input checked="" type="checkbox"/>	DSM
<input checked="" type="checkbox"/>	L

- EDAD 12 - 15
- 85. Juega con juegos complicados
 - 86. Toma completo cuidado de sus vestidos
 - 87. Compra accesorios de sus vestidos
 - 88. Participa en actividades juveniles
 - 89. Se responsabiliza por actividades rutinarias, cuidar jardín, lavar carros

<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	AAV
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	O

- 110. Promueve el progreso cívico
- 111. Maneja o supervigila sus propios asuntos o de otros.
- 112. Compra para otros
- 113. Dirige o maneja asuntos importantes de otros
- 114. Ejecuta labor profesional o que requiere cierta habilidad
- 115. Participa en la organización o manejo de grandes empresas o labor de la comunidad
- 116. Crea sus propias oportunidades, contribuye con nuevas ideas
- 117. Se le reconoce como una persona que ha contribuido al progreso público, actividades filantrópicas educacionales o religiosas

<input type="checkbox"/>	S
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	O
<input type="checkbox"/>	S

ANEXO C



OP
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE KOZLOFF

Nombre del Examinado: Sebastian Edad _____
 Fecha de Nacimiento: _____ C.E.: _____
 Grado Escolar: _____ Fecha de Evaluación: 17/03/21
 Examinador: _____

Instrucciones:

Coloque un check (V) en el lugar, que según sus observaciones, revelan la presencia o ausencia de la conducta específica.

	2	1	0
A. HABILIDADES DE DISPOSICIÓN PARA EL APRENDIZAJE	SI	A veces	NO
a 1. Contacto ocular espontáneo		✓	
a 2. Contacto ocular ante las orden		✓	
a 3. Responde al llamado por su nombre	✓		
a 4. Sigue instrucciones simples	✓		
a 5. Se sienta a trabajar en algunas tareas	✓		
a 6. Se aproxima a la gente por iniciativa propia		✓	
a 7. Sonríe a los demás	✓		
a 8. Reacciona a los elogios * <i>su antecio</i>		✓	
B. HABILIDADES DE MIRAR, ESCUCHAR Y MOVERSE, HABILIDADES MOTORAS GRUESAS:			
b 1. Se inclina y se pone de pies	✓		
b 2. Mantiene Equilibrio al andar	✓		
b 3. Camina hacia atrás	✓		
b 4. Impulsa el balón	✓		
b 5. Arroja el balón	✓		
b 6. Salta sobre el mismo sitio	✓		
b 7. Mantiene el equilibrio con un solo pie	✓		
b 8. Efectúa saltos de longitud	✓		
b 9. Salta con un pie.	✓		
b10. Camina con la punta y el talón del pie	✓		
b11. Atrapa la pelota al arrojársela	✓		
b12. Pedalea el triciclo	✓		
b13. Fiabilidad para muchas conductas motoras gruesas y se entretiene en ellas.			✓
HABILIDADES MOTORAS FINAS			
b.14. Mira objetos, partes del cuerpo, la cara, la boca.		✓	
b.15. Traslada objetos de una mano a otra.	✓		
b.16. Coge objetos agarrando con los dedos índice y pulgar.	✓		
b.17. Realiza construcciones sencillos	✓		
b.18. Resuelve rompecabezas sencillos	✓		
b.19. Imita al trazado de líneas *		✓	
b.20. Habilidades en muchas actividades motoras finas; se entretiene mucho en ellas.		✓	
b.21. Buenos hábitos de trabajo como sentarse, marchar y trabajar en	✓		

HABILIDADES SOCIALES			
b.23. Se sirve del contacto ocular para conseguir recompensas naturales.		✓	
b.24. Juega con los demás		✓	
b.25. Cooperar en una tarea		✓	
b.26. Atiende su turno	✓		
C. HABILIDADES DE IMITACIÓN MOTORA IMITACIÓN DE MOVIMIENTOS			
c.1. Imita modelos motores simples	✓		
c.2. Imita modelos motores		✓	
c.3. Imita la colocación de objetos	✓		
c.4. Imita los movimientos y posiciones de la boca.	✓		
c.5. Juega a juegos de imitación		✓	
c.6. Imita movimientos complejos			✓
IMITACIÓN GENERALIZADA			
c.7. Imita algunos modelos aún sin ser recompensados	✓		
c.8. Mueve el cuerpo como hacen los demás por iniciativa propia.	✓		
c.9. Imita la realización de encargos de tareas por iniciativa propia			✓
c.10. Imita modelos motores de muchas personas			✓
D. HABILIDADES DE IMITACIÓN VERBAL INTRODUCCION A LA IMITACIÓN VERBAL			
d.1. Presta atención a los demás cuando hablan		✓	
d.2. Lista de sonidos que prefiere el niño. <i>hipersensibilidad</i>		✓	
d.3. Emite frecuentemente muchos sonidos diferentes por iniciativa propia.			✓
d.4. Emite más sonidos cuando Ud. lo imita	✓		
d.5. Para conseguir cosas establece contacto ocular al mismo tiempo que emite un sonido.		✓	
IMITACIÓN VERBAL			
d.6. Imita sonidos básicos		✓	
d.7. Imita sílabas		✓	
d.8. Imita palabras sencillas		✓	
d.9. Imita frases y oraciones sencillas		✓	
d.10. Imita modelos verbales de muchas personas			✗
E. LENGUAJE FUNCIONAL CLASE DE LENGUAJE FUNCIONAL			
e.1. Nombra objetos o figuras	✓		
e.2. Pide las cosas que quiere	✓		
e.3. Identifica o describe lo que ve y oye		✓	
e.4. Contesta preguntas simples	✓		
e.5. Dice correctamente "hola" "adiós"	✓		
e.6. Emplea frases y oraciones para nombrar, preguntar, describir y contestar preguntas.			✗
e.7. Identifica y describe UNO y más de UNO		✓	
e.8. Entiende y emplea preposiciones			✗
e.9. Entiende y emplea pronombres			✗
e.10. Entiende y emplea opuestos			✗

e.11. Utiliza palabras relacionadas con el tiempo.				X
MANEJO DE PROBLEMAS ESPECIALES				
e.12. Utiliza el lenguaje funcional y sabe como emplearlos				
e.13. Utiliza el lenguaje funcional en vez de repetir como el eco				
e.14 Utiliza el lenguaje funcional en muchos lugares y con mucha gente.				
F. HABILIADES DE TRABAJO DOMÉSTICO Y AUTONOMIA				
f.1. Realiza tareas sencillas	✓			
f.2. Realiza frecuentemente y por iniciativa propias encargos más complejos.		✓		X
TAREAS DE AUTONOMIA				
f.3. Come por su cuenta utilizando los utensilios apropiados	✓			
f.4. Se quita solo, la ropa	✓			
f.5. Se viste solo.	✓			
f.6. Se lava y se seca cara y manos		✓		
f.7. Se lava los dientes	✓			
f.8. Hace sus necesidades en el lugar apropiado	✓			
f.9. Realiza a menudo y por iniciativa propia muchas tareas de autonomía personal.		✓		
G. CONDUCTAS PROBLEMATICAS COMPORTAMIENTOS DESTRUCTIVOS				
g.1. Golpear la cabeza contra los objetos.				X
g.2. Se muerde o se araña				X
g.3. Le dan rabieta				X
g.4. Pega, muerde, da puntapiés a los demás. Lista de otras conductas destructivas que tiene.				X
REVUELVE LAS COSAS				
g.5. Revuelve las cosas o las enreda.				
CONDUCTAS AUTOESTIMULATORIAS E INUSITADAS				
g.6. Se balancea.				✓
g.7. Gira en redondo		✓		
g.8. Hace girar objetos.				
g.9. Clava su mirada en sus dedos u objetos				✓
g.10. Agita las manos o brazos				✓
g.11. Hace muecas	✓			
g.12 Adopta o realiza actos rituales	✓			
g.13 Exige o realiza actos rituales	✓			
<i>casos de un lado o otro por emoción.</i>				

TABLA DE VALORACIÓN:

Si (2) A veces (1) No (0)

Comine por ansiedad.

③

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTA DE MARTIN KOZLOFF

HOLA DE RESUMEN: RESULTADOS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Diagnostico: _____ Fecha de hoy: _____ Examinador _____

RESULTADOS POR AREAS:

AREAS	Puntaje Máximo	Puntaje Sujeto	%Rendi miento
A. Habilidades de disposición para el aprendizaje	16	12	25%
B. Habilidades de Escuchar, mirar y moverse.	52	42	80%
C. Habilidades de Imitación Motora	20	12	60%
D. Habilidades de Imitación Verbal.	20	9	45%
E. Lenguaje Funcional	28	10	35%
F. Habilidades de trabajo y de autonomía	18	15	83%
G. Conductas Problemáticas	26	7	26%

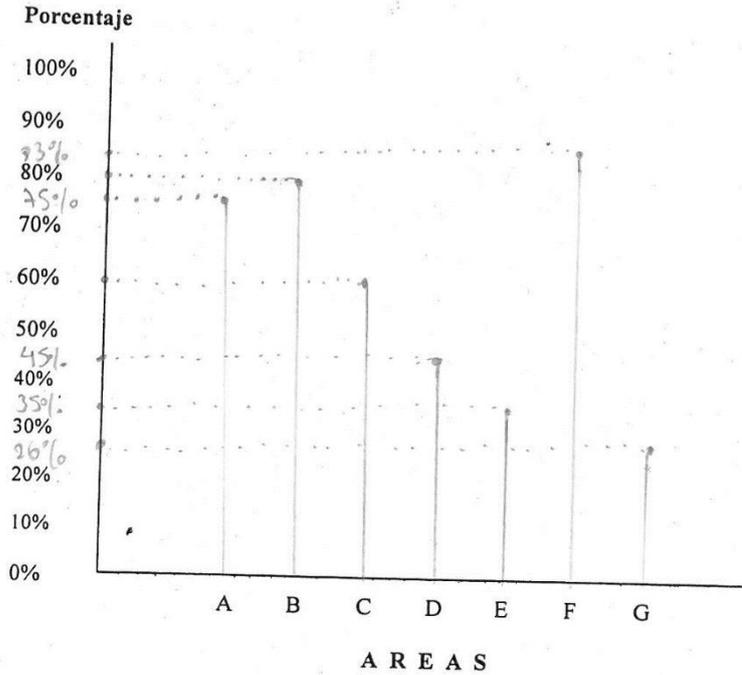
COMENTARIOS:

Psicólogo

PERFIL DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE KZLOFF

Nombre: Sebastián Edad _____ Diagnóstico _____

C.E.B.E.: _____ Fecha: _____ Examinador: _____



LEYENDA:

- A. Habilidades de disposición para el aprendizaje
- B. Habilidades de escuchar, mirar y moverse.
- C. Habilidades de imitación motora
- D. Habilidades de imitación verbal
- E. Lenguaje funcional
- F. Habilidades de trabajo y de autonomía
- G. Conductas problemáticas.

CARS HOJA DE CALIFICACIÓN

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 Ud. ha terminado de observar al niño, tase las conductas pertinentes a cada artículo de la balanza. Para cada círculo del artículo los números que corresponden a la declaración que mejor describe al niño. Ud. puede indicar que el niño está entre dos descripciones usando calificaciones de 1.5, 2.5, o 3.5, el criterio de la valuación abreviado se presenta para cada balanza. Vea capítulo 2 del Manual para el criterio de la calificación detallada.

I REALACIONADO A PERSONAS	
1 1.5	No evidencia la dificultad al relacionarse con personas. Comportamiento apropiado para su edad. Timidez, fastidio al conversarle, quisquilloso.
2 2.5	Relaciones levemente anormales. Evita el contacto visual de los adultos y se torna susceptible y llorón cuando la interacción es forzada por excesiva timidez, no respondiendo a lo normal, aferrándose a sus padres más que a los niños de su edad.
3 3.5	Relaciones moderadamente anormales. El niño se muestra distante, reservado por períodos. La persistencia y la fuerza son necesarias para obtener la atención del niño a veces. Mínimo contacto es iniciado por el niño.
4	Relaciones severamente anormales. El niño es básicamente distante e ignora lo que el adulto hace. Casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Se requiere de mucha persistencia para obtener su atención.
Observaciones:	

II IMITACIÓN	
1 1.5	Imitación apropiada. El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos que son apropiados para su edad.
2 2.5	Imitación levemente anormal. El niño imita simples comportamientos como aplausos o simples sonidos verbales. Ocasionalmente imita sólo después de estimularlo y con retraso.
3 3.5	Imitación moderadamente anormal. Imita sólo partes y requiere de gran persistencia y ayuda de adultos; frecuentemente imita con retraso.
4	Relaciones severamente anormales. El niño es básicamente distante e ignora lo que el adulto hace. Casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Se requiere de mucha persistencia para obtener su atención.
Observaciones:	

III RESPUESTA EMOCIONAL	
1 1.5	Respuestas emocionales de acuerdo a su edad y situación. El niño muestra un apropiado tipo de respuesta emocional indicado por un cambio en su expresión facial, postura y manera.
2 2.5	Respuestas emocionales levemente anormales. Ocasionalmente muestra un inapropiado tipo de reacción emocional. En algunas ocasiones las reacciones no están relacionados con los objetos o eventos alrededor de él.
3 3.5	Respuestas emocionales moderadamente anormales. El niño muestra signos inapropiados de respuesta emocional. Estás son un tanto inhibidas o excesivas y no relacionadas a la situación, hace muecas y se ríe y se vuelve parco aún cuando no hay aparentes estímulos emocionales.
4	Respuestas emocionales severamente anormales. Las respuestas son raramente apropiadas en la situación. Una vez que el niño obtenga cierto humor es muy difícil cambiar este estado. Al conversarle, el niño muestra diferentes cambios emocionales cuando nada a cambiado.
Observaciones:	

IV		USO DEL CUERPO
1	1.5	Uso apropiado del cuerpo. El niño se mueve con facilidad, agilidad y coordinación de acuerdo a su edad.
2	2.5	Uso del cuerpo levemente anormal. Algunas pocas peculiaridades están presentes, como estereotipias, pobre coordinación o rara aparición de movimientos inusuales.
3	3.5	Uso del cuerpo moderadamente anormal. Entre algunos de los comportamientos extraños e inusuales, se incluye extraño movimiento de los dedos, posturas peculiares de dedos y cuerpos, autoagresión, picotearse el cuerpo, balancearse, darse vueltas.
4		Uso del cuerpo severamente anormal. Intensos y frecuentes movimientos del tipo mencionado anteriormente, son signos del uso severamente anormal del cuerpo. Este comportamiento persiste a pesar de intentos por impedirlo o de motivar al niño a otras actividades.
		Observaciones:

V		USO DE JUGUETES
1	1.5	Apropiado uso e interés de juguetes y otros objetos. El niño muestra el normal interés en juguetes apropiados para sus habilidades y usos de manera apropiada.
2	2.5	Levemente inapropiado interés y uso de juguetes. El niño muestra interés atípico en un juguete o juega con este de manera inapropiada (golpeándolo o chupándolo).
3	3.5	Moderadamente inapropiado interés y uso de juguetes y objetos. El niño muestra poco interés en juguetes o lo usa de modo extraño. Se centra en una parte insignificante del juguete, le fascina las luces que refleja el objeto, repetidamente mueve partes del objeto o juega con uno exclusivamente.
4		Severamente inapropiado uso e interés en juguetes. El niño mantiene los comportamientos mencionados con mayor frecuencia e intensidad. Es difícil distraer al niño cuando realiza estas actividades inapropiadas.
		Observaciones:

VI		ADAPTACIÓN AL CAMBIO
1	1.5	Responde al cambio apropiadamente. Cuando se percata de cambios de rutina, los acepta sin ansiedad inapropiada.
2	2.5	Adaptación al cambio levemente anormal. Cuando el adulto trata de cambiar los objetivos o tareas el niño continúa con la misma actividad o usa los mismos materiales.
3	3.5	Adaptación al cambio moderadamente anormal. La actividad del niño resiste cambios de rutina, trata de continuar la actividad anterior y es difícil de distraer. Se molesta o entristece cuando su rutina es alterada.
4		Adaptación al cambio severamente anormal. Muestra severas reacciones al cambio. Si un cambio es forzado se muestra molesto, nada cooperativo y responde con pataletas.
		Observaciones:

VII		RESPUESTA VISUAL
1	Apropiada respuesta visual. Su comportamiento visual es normal y apropiado para su edad. Su visión es usada junto con otros sentidos con un modo de explorar un nuevo objeto.	
1.5		
2	Respuesta visual levemente anormal. El niño ocasionalmente recuerda mirar a objetos. Se interesa más en mirar espejos o iluminaciones, evita contacto visual. Mira al espacio en ocasiones.	
2.5		
3	Respuesta visual moderadamente anormal. Se le tiene que recordar al niño, frecuentemente, mirar lo que está haciendo. Evita contacto visual, se pierde en el espacio, mira objetos de un ángulo extraño, sujeta objetos cerca de los ojos.	
3.5		
4	Respuesta visual severamente anormal. Constantemente evita mirar a personas o determinadas objetos. Muestra formas extremas de mirar a objetos y otras peculiaridades visuales descritas anteriormente.	
	Observaciones:	

VIII		RESPUESTA AUDITIVA
1	Apropiada respuesta auditiva. Su comportamiento auditivo es normal y apropiado para su edad. El escuchar está unido a otros sentidos.	
1.5		
2	Respuesta auditiva levemente anormal. Hay una deficiencia en la respuesta o sobre acción a determinados sonidos. Responde a sonidos retrasadamente y deben ser repetidos para obtener la atención del niño.	
2.5		
3	Respuesta auditiva moderadamente anormal. El niño, responde a varios sonidos; generalmente ignora a sonidos la primera vez que son realizados, puede cubrirse los oídos cuando escucha algunos de los sonidos diarios.	
3.5		
4	Respuesta auditiva severamente anormal. El niño sobre reacciona o no muestra ninguna reacción a sonidos hechos a grados extremos, no importa el tipo de sonidos.	
	Observaciones:	

IX		RESPUESTA Y USOS TÁCTILES, OLFATIVAS Y GUSTATIVAS
1	Normal uso y respuesta olfativa, gustativa o táctil. El niño explora nuevos objetos de manera apropiada para su edad, generalmente sintiéndolos o mirándolos reaccionan al dolor sin sobre actuar.	
1.5		
2	Levemente anormal uso y respuesta al tacto, olfato y gusto. Persiste en poner cosas en su boca, huele o prueba objetos, ignora o sobre actúa a un suave dolor que un niño normal expresaría disconformidad	
2.5		
3	Moderadamente anormal uso y respuesta al tacto, olfato y gusto. El niño debe estar moderadamente preocupado al tocar, oler y probar objetos o personas. Debe reaccionar demasiado o muy poco.	
3.5		
4	Severamente anormal uso y respuesta al tacto, gusto y olfato. El niño está preocupado al tocar, probar u oler objetos, más por la sensación que por lo normal, exploración o uso de los objetos. Ignora por completo el olor o reacciona fuertemente a la menor disconformidad.	
	Observaciones:	

X	TEMOR O NERVIOSISMO
1 1.5	Normal temor o nerviosismo. El comportamiento del niño es apropiado en ambas situaciones para su edad
2 2.5	Temor o nerviosismo levemente anormal. El niño ocasionalmente muestra demasiado o muy poco temor o nerviosismo comparado con la reacción de un niño normal de la misma edad en situación similar.
3 3.5	Temor o nerviosismo moderadamente anormal. El niño muestra un tanto más, o un tanto menos temor que lo típico, aún en la misma situación.
4	Temor o nerviosismo severamente anormal. El temor persiste aún después de repetidas exoeriencias con objetos y eventos inocuos. Es extremadamente difícil calmarlo. El niño, por el contrario no deja de prestar atención a riesgos que otros niños de su misma edad evitarían.
	Observaciones:

XI	COMUNICACIÓN VERBAL
1 1.5	Normal comunicación verbal, apropiada para su edad y situación.
2 2.5	Comunicación verbal levemente anormal. El habla se muestra un poco retardada, muestra ecolalia o inversiones. Algunas jergas o palabras peculiares se usan ocasionalmente. La mayoría del habla es significativa
3 3.5	Comunicación verbal moderadamente anormal. El habla está ausente, cuando se presenta es una mezcla de habla significativa y peculiar (juega, ecolalia, inversiones). Algunas de las peculiaridades incluyen excesivo cuestionamiento y preocupación por temas específicos.
4	Comunicación verbal severamente anormal. No usa habla significativa. El niño da gritos infantiles y gritos agudos, raros o como de animales, ruidos complejos constantes. Extraño uso de palabras y frases irreconocibles.
	Observaciones:

XII	COMUNICACIÓN NO VERBAL
1 1.5	Normal uso de comunicación no verbal, apropiada para su edad y situación.
2 2.5	Comunicación no verbal levemente anormal. Uso inmaduro de comunicación no verbal, solo señala vagamente o alcanza lo que él o ella quiere en situaciones donde niños de la misma edad apuntan o hacen un gesto más específico para indicar lo que él o ella quiere.
3 3.5	Comunicación no verbal moderadamente anormal. El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos no verbalmente y no puede entender la comunicación no verbal de otros.
4	Comunicación no verbal severamente anormal. El niño usa sólo gestos peculiares que no tiene aparente significado asociado con gestos u otras expresiones faciales.
	Observaciones:

XIII NIVEL DE ACTIVIDAD	
1	Actividad normal para su edad y circunstancias. El niño no es ni más ni menos activo, que un niño normal de su misma edad en situación similar.
1.5	
2	Nivel de actividad levemente anormal. El niño está un poco inquieto o perezoso con movimientos lentos, por momentos. El nivel de actividad del niño interviene un poco con su aprestamiento.
2.5	
3	Nivel de actividad moderadamente anormal. El niño está muy activo y difícil de ser restringido. Tiene mucha energía y no se duerme rápidamente en las noches. Por el contrario puede estar en estado letárgico y necesita de un gran esfuerzo para lograr que se torne en actividad.
3.5	
4	Nivel de actividad severamente anormal. El niño exhibe extremadamente actividad o inactividad o incluso puede cambiar de un extremo al otro.
	Observaciones:

XIV NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELECTUAL	
1	Inteligencia normal en varias áreas. El niño es tan inteligente como un niño normal y no tiene ningún problema intelectual o de competencia.
1.5	
2	Funcionamiento intelectual levemente anormal. El niño no es tan inteligente como otro de su misma edad. Sus competencias aparecen un poco retrasadas en diferentes áreas.
2.5	
3	Funcionamiento intelectual moderadamente anormal. En general, el niño no es tan inteligente como los demás de su misma edad, y su inteligencia funciona con cierta normalidad en una o más áreas intelectuales.
3.5	
4	Funcionamiento intelectual severamente anormal. No es igual de inteligente, como un niño de su edad. Su inteligencia no se desarrolla como debería ni tampoco en todas las áreas.
	Observaciones:

este es el punto

XV IMPRESIÓN GENERAL	
1	No autismo. El niño no muestra ningún de los síntomas característicos de autismo.
1.5	
2	Autismo leve. El niño muestra sólo algunos de los síntomas o mínimos grados de autismo.
2.5	
3	Autismo moderado. El niño muestra un número de síntomas o un grado moderado de autismo.
3.5	
4	Autismo severo. El niño presenta muchos síntomas o un grado extremo de autismo.
	Observaciones:

ANEXO E

ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET

PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: Sebastian Fecha de la prueba: 15/02/21
 Instrucción: Sexo: M Fecha de Nacimiento:
 Examinador: Edad: 1.6 - 1.7 años y 6 meses

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)
1. Tablero de formas (1) (✓) 2. Respuesta diferida (2) (✓) 3. Partes del cuerpo (4) (✓) 4. Torre de bloques (✓) 5. Vocabulario de imágenes +6 = 20m (3) (✓) 6. Combinación de palabras (2) (✓) PS.: Identificar objetos por su nombre (5) (✓)	1. Identificar objetos por su uso (3) (✓) 2. Identificar partes del cuerpo (6) (✓) 3. Nombrar objetos (5) (✓) 4. Vocabulario de imágenes 25 y más (8) (✓) 5. Repetir dos dígitos (1) (✓) 6. Obedecer ordenes sencillas (2) (✓) PS.: Tablero de formas invertido (2) (✓)
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)
1. Ensartado de cuentas 2' (4) (✓) 2. Vocabulario de imágenes (10) (✓) 3. Puente de cubos (✓) 4. Memoria de imágenes (1) (✓) 5. Copiar un círculo (1) (✓) 6. Dibujar una línea vertical 2.11m (1) (✓) PS.: Repetir tres dígitos (1) (✓)	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6) (✓) 2. Paciencia: Figuras (1) (✓) 3. Discriminar figuras de animales (4) (✓) 4. Describir grabado: Nivel I 5m (2) (✓) 5. Clasificar botones 2' (1) (✓) 6. Comprensión I (1) (✓) PS.: Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6) (✓)
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)
1. Vocabulario de imágenes I (14) (✓) 2. Nombrar objetos de memoria (2) (✓) 3. Analogías opuestas I (2) (✓) 4. Identificar imágenes (3) (✓) 5. Discriminación de formas 3.9 (8) (✓) 6. Comprensión II (2) (✓) PS.: Memoria de frases I (1) (✓)	1. Comparaciones estéticas (3) (✓) 2. Analogías opuestas I (3) (✓) 3. Semejanzas/Diferencias de figuras I (3) (✓) 4. Materiales (2) (✓) 5. Tres encargos (3) (✓) 6. Comprensión III 4.6 (1) (✓) PS.: Identificar imágenes (4) (✓)
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1½)	AÑO VI (6 tests x 1 ó 4 x 1½)
1. Completar dibujo de hombre (2) (✓) 2. Doblar papel: Triángulo (✓) 3. Definiciones 4.4m (2) (✓) 4. Copiar un cuadrado (1) (✓) 5. Semejanzas/Diferencias de figuras II (9) (✓) 6. Paciencia: Rectángulo en dos (2) (✓) PS.: Nudo I (✓)	1. Vocabulario (6) (✓) 2. Diferencias (2) (✓) 3. Figuras incompletas 4.6m (4) (✓) 4. Concepto de número (4) (✓) 5. Analogías opuestas II (3) (✓) 6. Recorrer un laberinto (2) (✓) PS.: Describir grabado: Nivel II (2) (✓)
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)	AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)
1. Figuras absurdas I (4) (✓) 2. Semejanzas entre dos cosas (2) (✓) 3. Copiar un rombo 4.9m (1) (✓) 4. Comprensión IV (3) (✓) 5. Analogías opuestas III (2) (✓) 6. Repetir 5 dígitos (1) (✓) PS.: Repetir tres dígitos al revés (1) (✓)	1. Vocabulario (8) (✓) 2. Memoria de cuentos (5) (✓) 3. Absurdos verbales I (3) (✓) 4. Semejanzas y diferencias I (3) (✓) 5. Comprensión IV (4) (✓) 6. Nombrar días (orden correcto + 2) (✓) PS.: Interpretar situaciones I (2) (✓)

Edad = 47.89