



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

**ESTUDIO DE CASO: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA TAREA
APLICANDO EL ANÁLISIS CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR**

PRESENTADA POR
BEATRIZ DEL PILAR NAVARRO PEREYRA

ASESORA
MARÍA ELENA CORONADO DE LA CRUZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

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

**ESTUDIO DE CASO: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA TAREA
APLICANDO EL ANÁLISIS CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR**

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

**PRESENTADA POR:
BEATRIZ DEL PILAR NAVARRO PEREYRA**

**ASESORA:
DRA. MARÍA ELENA CORONADO DE LA CRUZ
ORCID: 0000-0002-1311-8724**

**LIMA, PERÚ
2021**

A todos los ángeles en mi vida.

Agradecimientos

A Dios, por estar conmigo cuando más lo necesitaba, y por no dejarme caer.

A mis padres y hermanos, por haber sido los mejores compañeros que la vida pudo darme.

A la Universidad San Martín de Porres, por brindarme la oportunidad de desarrollarme plenamente.

A mis dos asesoras de prácticas: Ivonne Dávila Gonzáles y Jahayda Díaz Ypince, quienes me enseñaron a amar el área Clínica Educativa. Su entrega en el camino que realizan solo me hizo constatar que un verdadero profesional se educa constantemente para ayudar al fin más grande de autorrealización de las personas que tenemos a cargo.

A quienes asesoraron este estudio de caso, la Dra. María Elena Coronado y la Mg. Gloria Eggsterd, por su paciencia en cada una de las revisiones y su profesionalismo para acompañar en el proceso de investigación, manteniendo siempre la iniciativa de aportar al campo de la psicología.

A dos de las personas que hicieron que este trabajo tenga un sentido trascendental: Cristian Asto, quien fue el más grande motivador para que este estudio de caso fuese publicado. Las correcciones, el ánimo, la paciencia para enseñarme el valor de la investigación en la psicología hicieron que este trabajo cumpla el fin de acercar al lado más humano. Asimismo, a Santiago Vidal, mi amor pequeñito, quien me ha enseñado el verdadero significado de educar desde el amor.

Finalmente, a cada uno de mis compañeros de vida, por ayudarme a aceptar, validar y amar todos los momentos transcurridos, este camino no hubiera sido tan maravilloso sin ustedes.

Índice de contenido

Introducción	vii
Capítulo I: Marco teórico	9
1.1. Leucomalacia	9
1.2. Atención	12
1.3. Programa de intervención.....	13
1.4. Análisis de la conducta aplicado (ABA)	14
Capítulo II: Presentación de caso.....	19
2.1. Datos de filiación	19
2.2. Problema actual	19
2.3. Procedimiento de evaluación.....	19
2.4. Informe psicológico.....	21
3.1. Identificación del problema específico	28
3.2. Diseño del programa de atención a la tarea	29
3.3. Aplicación del programa de tratamiento.....	33
3.4. Resultados del programa de tratamiento	36
3.5. Seguimiento	41
3.7. Informe del tratamiento.....	43
Capítulo IV. Resumen, conclusiones y recomendaciones	45
4.1. Resumen.....	45
4.2. Conclusiones.....	46
4.3. Recomendaciones.....	46
Referencias bibliográficas	48
ANEXOS.....	51

Lista de figuras

Figura 1.....	25
Figura 2.....	26
Figura 3.....	27
Figura 4.....	36
Figura 5.....	37
Figura 6.....	38

Lista de tablas

Tabla 1	28
Tabla 2	33
Tabla 3	38
Tabla 4	39
Tabla 5	39
Tabla 6	40
Tabla 7	41
Tabla 8	42

Introducción

La rama clínica educativa de la psicología, a través de los años, va cobrando más fuerza en el trabajo que realiza de fomentar la prevención y promoción de calidad de vida de las personas con necesidades educativas especiales. Tras muchos años de investigación, se sabe que la intervención temprana especializada brinda una mejora significativa en los primeros años de vida; por eso, cada día se trabaja con gran ímpetu para alcanzar un desarrollo integral para ellos.

La leucomalacia periventricular es uno de los casos en el que se pretende tener mayor difusión. Se trata de una afección del cerebro que implica la muerte de parte de los tejidos cerebrales. Esto genera que el niño pierda funciones a nivel motor, visual y cognitivo. En el Perú, esta afección, se presenta en el 5.4% de los niños prematuros. Al ser de naturaleza interna y por falta de información, el diagnóstico suele ser tardío y, a la vez, confundido con otros, como son el trastorno del espectro autista, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y problemas de conducta y desarrollo.

El compromiso psicológico de la leucomalacia involucra la pérdida de funciones ejecutivas como son la atención, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad y el control de respuestas. Esta situación causa una alteración significativa en el proceso de aprendizaje.

El estudio de caso tuvo como finalidad presentar un programa de atención a la tarea para que las personas con leucomalacia puedan desenvolverse con mayor destreza en tareas atencionales, fomentando la sostenibilidad de esta y, por consiguiente, educar sistemáticamente la atención para que pueda contribuir en el camino de volver a las personas libres de elegir su aprendizaje. Del mismo modo, se pretendió favorecer en el conocimiento de la leucomalacia y sus implicancias psicológicas, para que el camino hacia la nueva gestión de programas de intervención en esta población crezca, y seamos así reales agentes de cambio.

Para la investigación, se empleó el análisis conductual aplicado que se fundamenta en el proceso enseñanza-aprendizaje, y que utiliza reforzadores para la correcta emisión

de la conducta deseada. Se tuvo en consideración que, hasta el momento, este es el enfoque que cuenta con la mayor evidencia científica con alto nivel de efectividad en programas para personas con problemas en el neurodesarrollo.

Para su mayor comprensión, el trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos. En el primer capítulo, se encuentra el marco teórico, donde, por un lado, se presenta la definición, causas, tipos e incidencia de la leucomalacia; y por otro, se ahonda en el proceso de atención y en los componentes vitales para su correcta emisión. Seguidamente, se explica sobre el programa de intervención y el análisis conductual aplicado, sus principios y su correcto funcionamiento. En el siguiente capítulo, se indica el caso, los datos de filiación, el problema actual, los procedimientos de evaluación, el informe psicológico y el perfil de funcionamiento. En el tercer capítulo, se observa el proceso de intervención terapéutica, donde se identifica el problema específico, se diseña y aplica el programa de atención a la tarea y, posteriormente, se muestran los resultados obtenidos y el seguimiento del caso. Finalmente, en el último capítulo, se presenta un resumen, la conclusión de todo el trabajo y las recomendaciones.

Capítulo I: Marco teórico

1.1. Leucomalacia

1.1.1 Definición

La American Accreditation HealthCare Commission (2019) señaló que la leucomalacia periventricular se concibe como una afección cerebral que es propensa a ser adquirida en los bebés prematuros. Esta lesión provoca que zonas del tejido cerebral que se encuentran próximas a los ventrículos se deterioren. El daño produce que el cerebro genere orificios y, por consiguiente, pierda funciones.

La zona del tejido del cerebro que se encuentra afectada puede hacer que células que controlan movimientos motores se vean comprometidas. Conforme el niño se desarrolla, las partes comprometidas hacen que se presente espasticidad en los músculos, y tensión y resistencia a los movimientos. De igual modo, corre el riesgo de presentar parálisis cerebral, discapacidad intelectual y problemas de aprendizaje. Korzeniowsky (2015) indicó que esto último involucra una alteración en las funciones ejecutivas que son la atención, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad e inhibición. Su variación produce que el aprendizaje no sea efectivo, lo que perjudica el correcto funcionamiento de la adquisición de este.

1.1.2 Causas

Heresí y Avaria (2016) destacaron que el periodo perinatal es un hito importante en la leucomalacia y reportan un conjunto de variables significativas como indicadores de riesgo. Las principales son las siguientes:

Factores vasculares. - Las lesiones ocasionadas comprometen a la correcta circularización de los vasos sanguíneos.

Regulación vascular. - El flujo sanguíneo se encuentra alterado por la acumulación de sangre en el cerebro.

Vulnerabilidad de la sustancia blanca. – La sustancia blanca periventricular tiene compromisos de inflamación y desequilibrio en las células.

Infección y/o inflamación intrauterina. - La infección prenatal materna, el parto pretérmino y la lesión cerebral son ejes que suelen interaccionarse para que pueda ocurrir la leucomalacia y/o la parálisis cerebral.

Glutamato. - El exceso de glutamato llegaría a ser tóxico para la correcta irrigación sanguínea.

Tómese en consideración que, en los últimos años, la American Accreditation HealthCare (2019) ha evidenciado, a través de las distintas investigaciones, que el nacimiento antes de las 32 semanas de embarazo también juega un rol determinante en la predisposición de la adquisición de leucomalacia por la fragilidad que presenta el cerebro inmaduro.

1.1.3 Tipos

El servicio de Neuro Rehabilitación del Centro de Daño Cerebral VITHAS (2017) mencionó que existen dos tipos de leucomalacia:

a) Focal quística. La presencia de quistes se asocia con la diplejía espástica (pérdida de fuerza en las extremidades inferiores), que durante el primer año se va desarrollando. La mayoría de los niños logran la marcha, pero con cierto retraso. Generalmente, tienen las piernas en posición de tijera. Los niños con compromiso espástico mayor no suelen desplazarse con facilidad, y pueden manifestar luxación de caderas y disfunción en el dominio sensoriomotor.

b) Difusa o no-quística. Se presenta con lesiones microscópicas sin llegar a formar quistes, y se correlaciona, mayormente, con la afección cognitiva, viéndose la parte motora menos afectada. Su cociente intelectual es bajo; existe déficit de atención; alteración de la memoria de trabajo, de las funciones ejecutivas y del control de impulsos; el rendimiento es significativamente menor en el lenguaje; y, en algunas ocasiones, presenta el trastorno del espectro autista.

Saber la diferencia entre ambos tipos permite entender por qué muchos de los diagnósticos no se dan de manera oportuna y son confundidos con otros. La lesión no quística es tan mínima que en los primeros días o semanas puede no ser detectada.

Esto ocurre por dos razones: la primera es que no presenta severidad en su manifestación neurológica; y la segunda, no se ha empleado la prueba adecuada para rastrearla. Cerisola et al (2019). Sin embargo, se debe tener en cuenta que los rasgos físicos como la parálisis, la marcha en forma de tijera, la desviación en la mirada y el ver las alteraciones de las funciones ejecutivas son indicadores diagnósticos para la derivación al área especializada donde se puede confirmar, y así brindar un adecuado tratamiento.

1.1.4 Incidencias

Zea et al. (2019) encontraron que la incidencia en 3 hospitales de Lima Metropolitana de la leucomalacia periventricular es de 5.4% en los neonatos menores de 1500 g. La frecuencia no varía mucho con respecto a otros países, pero sí existe de manera significativa la diferencia entre la severidad y la mortalidad, ya que esta es mayor en nuestro país.

De igual manera, Calero (2016) realizó un estudio en el hospital Honorio Delgado de Arequipa y encontró que, en 7 años de estudios, 50 niños han sido detectados con leucomalacia. Al final del periodo de seguimiento, concluyó que el 70% fueron asintomáticos, 22% fallecieron y el 20% tuvo hipotonía axial.

Ota (2018), en uno de sus estudios, mencionó que el niño, al no haber completado procesos importantes, no se encuentra preparado para la vida extrauterina. Asimismo, señaló que este tendrá órganos aún inmaduros que necesitarán de la asistencia oportuna, y que de ella dependerá el éxito del manejo de las secuelas. El Perú todavía se encuentra en vías de desarrollo en el seguimiento a los exámenes completos del prematuro. No solo es contar con la tecnología, sino también la capacidad de aplicar el conocimiento científico basado en investigaciones clínicas y experimentales.

Choi et al. (2015) expusieron que, a pesar de tener estos registros de incidencias, las divulgaciones científicas acerca de la leucomalacia son escasas. Este hecho explica por qué hasta la fecha no existen publicaciones de programas

psicológicos específicos que permitan su prevención e intervención, tanto para las personas que presentan esta condición, como para su principal entorno. Esto, además, provoca que exista un retraso significativo en su intervención, lo que podría llevar a que se realice una mala praxis.

1.2. Atención

1.2.1. Definición

Lodoño (2009) expresó que la atención es un mecanismo psicológico básico e indispensable, mediante el cual se realiza el procesamiento de la información. Para esto, se emplean distintos mecanismos que ejecutan funciones de manera coordinada. El propósito de esto es distinguir los estímulos del entorno que puedan ser útiles en la cognición y que van a permitir llevar a cabo una acción para alcanzar objetivos.

Asimismo, Lodoño (2009) indicó que, a la vez, este proceso se lleva cabo con otros, como son la percepción y la memoria a corto y largo plazo. Estos actúan de tal manera que la información que puede ser relevante es captada por los órganos de los sentidos e inhibe otros estímulos para que este se procese de manera adecuada.

La atención tendrá cierta influencia con respecto al aprendizaje que se ha obtenido anteriormente; es decir, el foco atencional se verá influenciado por lo aprendido anteriormente y para la nueva integración de información influirán los aspectos motivacionales y expectativas.

1.2.2. Componentes

Molas (2021) esclareció que los componentes básicos para la atención que existen se dividen en tres: red de alerta, red ejecutiva y red de orientación.

Red de alerta. – Ayuda al aumento y mantenimiento del estado de vigilancia que prepara para ofrecer una respuesta ante un estímulo inminente. Dentro de este existen tres mecanismos: *Arousal*, que es la capacidad de reacción fisiológica; *la atención sostenida*, que es la capacidad para mantener la atención por un periodo largo de tiempo; y *vigilancia*, que es la capacidad de mantener un nivel de alerta durante minutos y horas.

Red de orientación. – Permite dirigir la atención de manera selectiva en función a las características que sean de mayor relevancia para una tarea (seleccionar objetos por forma, color o localización de espacio).

Red ejecutiva. – Contribuye a procesar la información y el funcionamiento en el momento que se necesita controlar alguna actividad, como, por ejemplo, la toma de decisiones, el manejo de situaciones difíciles, la planificación, la respuesta a tareas novedosas, la detección de errores, etc.

Por tanto, la atención, para que pueda cumplir su correcta función de adquisición de aprendizaje, debe actuar de manera dinámica en el uso de estas redes. Primero, favorecerá el comportamiento de seleccionar en una determinada acción para una tarea y actuar de forma dinámica en la orientación del comportamiento de acuerdo con los requisitos de esta. Se hará uso de la selectividad, la capacidad de compartir la atención entre varias tareas o fases de la tarea, el mantenimiento de la atención y la atención como mecanismo supervisor de la tarea llevada a cabo (García-Oguetta, 2001).

1.3. Programa de intervención

Una de las formas de contribuir con la difusión correcta de una afección es publicando programas de intervención que les permitan a las personas conocer más sobre esto con investigaciones recientes que demuestren validez y eficacia en su aplicación.

1.3.1. Definición

Por esto, Medina (2004) definió al programa de intervención como un conjunto de procesos sistemáticos, donde se hace uso de estrategias y actividades con el fin de atender un problema específico.

1.3.2. Mecanismo

Para que un programa de intervención sea eficaz debe cumplir con un proceso ordenado (Medina, 2004) como el siguiente:

- a) Definir el problema y realizar un análisis exhaustivo.
- b) Plantear los objetivos. Estos deben ser específicos y referentes al problema, no debe implicarse en otras áreas y deben ser medibles en cuanto al efecto que se pretende dar.
- c) Elaborar las acciones y estrategias.
- d) Realizar un diseño de evaluación del programa de intervención. De este modo, se sabrá si generó un impacto o no, lo que permitirá entender y proponer sugerencias para resolver problemas actuales y/o futuros.

1.4. Análisis de la conducta aplicado (ABA)

1.4.1. Definición

El análisis conductual aplicado es, por un lado, un abordaje que tiene raíces en el conductismo y se caracteriza por ser interrelacional. Esto hace que estudie la relación entre conducta y ambiente. Por otro, es analítico, por lo que pretende identificar vínculos entre eventos conductuales y eventos ambientales. Además, es experimental, pues expone qué eventos pueden comprometer el hecho de que ocurra o no cierta conducta mediante la manipulación de variables. Por último, también es pragmático, porque hace uso de la investigación tanto básica como aplicada, y se traza como fin la predicción y control de eventos. (Capilla et al., 1989).

Colombo (2016) expuso que se tiene como objetivo el análisis conductual aplicado como el enfoque de la psicología que interactúa con los principios del aprendizaje de manera sistemática para que la persona pueda incrementar, disminuir, mantener y/o generalizar conductas.

Este enfoque genera que cada habilidad que se pretende instaurar sea fragmentada en pequeños pasos. Se instruye haciendo uso de órdenes verbales que, posteriormente, serán eliminadas a medida que el niño muestre destreza en cada secuencia. Cuando el niño llega a alcanzar el resultado deseado, recibe un refuerzo como recompensa, lo que ocasiona que se mantenga e incremente una conducta (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2014).

Es preciso mencionar que las instrucciones verbales juegan un rol muy importante, ya que, como indicaron Nenecheva et al. (2020), el impacto de la atención y adquisición del aprendizaje será con muchísima más apertura si el niño recibe una instrucción con contornos verbales (subir y bajar el tono de voz) en conceptos claves. Además, dado a que debe utilizarse de acuerdo con las necesidades del niño, el instructor debe estar atento en todo momento. Solo así se logrará que el niño vuelva, se centre en la tarea y se sienta motivado para ejecutarla.

Hasta el momento, el análisis conductual aplicado es el enfoque que cuenta con mayor evidencia de eficacia en el desarrollo de habilidades en personas con problemas del neurodesarrollo. Además, demuestra que el aprendizaje sistemático brinda la oportunidad de mejora de comportamientos socialmente significativos (Mesa, 2020; LOOVAS Fundación, 2015).

1.4.2. Principios

LOOVAS Fundación (2015) y Colombo (2016) propusieron que se debe recurrir a los tres principios fundamentales:

Análisis. – Se realiza una evaluación a través de intervenciones registradas y medidas continuas.

Comportamiento. – Está basado en las conductas manifestadas.

Aplicado. – Se hace uso de principios científicos aplicados en las conductas observadas.

1.4.3. Funcionamiento

Para el correcto funcionamiento de la intervención, LOOVAS (2015) sugiere seguir los siguientes pasos:

Evaluación del niño previo al inicio del tratamiento. – El establecimiento de la línea base será vital para medir la efectividad de la intervención, ya que permitirá conocer el repertorio conductual con el que inicia el tratamiento y así, de manera inequívoca, poder medir su progreso.

Diseño individualizado de la intervención. – Las necesidades de cada persona son distintas y requieren de una atención plena. Es decir, se debe ser minucioso al momento de elegir el programa, y determinar si realmente será indispensable para sus necesidades actuales y si los reforzadores son eficaces para quien recibe el tratamiento.

Establecimiento de horas de tratamiento. – No existe un tiempo exacto para determinar la efectividad del tratamiento. Sin embargo, se debe entender que este se da de manera lenta y progresiva en personas con trastorno del neurodesarrollo.

Formación específica de los/las terapeutas que desarrollan la intervención.
– El equipo comprometido en la intervención (los psicólogos, terapeutas físicos, de lenguaje, etc.) debe conocer el programa específico que se va a desarrollar, para que así puedan apuntar al mismo objetivo. De igual modo, el entorno cercano debe tomar conocimiento del tema para que la conducta pueda ser generalizada.

Una vez realizado los pasos previos, se requiere enfatizar las siguientes estructuras básicas de la metodología ABA:

El ensayo discreto. – Este está dividido en tres bases: el comportamiento, el antecedente y el consecuente. El antecedente es el estímulo o consigna que será brindada, su comportamiento es la respuesta y de ella deriva la consecuencia. Si la respuesta emitida es correcta, la consecuencia será un reforzador positivo que aumentará la probabilidad de que se repita esa conducta (PANAACEA, 2021).

La presentación y retirada de apoyos. – Se hace referencia a los apoyos cuando se emplean instrucciones, gestos, modelados, toques físicos, o cualquier otra cosa que aumente la probabilidad de que la conducta vuelva a emitirse. Estos son importantes en el proceso de aprendizaje porque disminuye la frustración ante una nueva tarea y/o promueve un aprendizaje basado en el éxito. De igual modo, es importante mencionar que estos se van retirando sistemáticamente para evitar que la persona dependa de ellos (Cerrato, 2017).

La búsqueda de reforzadores efectivos. – Se debe buscar reforzadores que sean significativos y compensatorios a la conducta emitida. Estos deben ser revisados periódicamente para no llegar a saciarlos (Colombo, 2018).

Realización sistemática de registros. – Se hace un registro continuo de cómo se va desarrollando el programa, qué funcionó o no, y la frecuencia en la que estas se emiten (Colombo, 2018).

El método en sí mismo mantiene una estructura. Sin embargo, se sugiere que los ambientes donde deberían realizarse las sesiones deben ser variados para la ayuda en la generalización de los conocimientos. El grado de estructuración suele ser mayor cuanto más comprometido sea el trastorno, pero esta condición puede flexibilizarse conforme los sujetos mejoren en las respuestas o su nivel de funcionamiento sea mayor (Colombo, 2018).

1.4.4. Encuadre de tratamiento

Para la ejecución del tratamiento, Matos y Mustaca (2005), citados en Colombo (2018), mencionaron que la metodología sugerida de enseñanza es la de ensayo discreto. Cada ensayo tiene como base tres componentes: el comportamiento objetivo, el antecedente y el consecuente.

El antecedente es el estímulo o premisa que se le da al niño, el comportamiento es la respuesta emitida y de esta se obtendrá una consecuencia. Si la respuesta está de acuerdo con el objetivo, la consecuencia será brindada con un refuerzo positivo, lo que ocasiona que aumente la probabilidad de que esta conducta vuelva a repetirse. Los refuerzos suelen ser objetos o afectos que vayan de acuerdo con los intereses del niño, para que siga motivándolo a responder adecuadamente. En caso de que la respuesta no se haya dado correctamente, se le brinda un *no informativo* (mover la cabeza, verbalizar el “no”, hacer sonido haciendo entender que es un error) y, si el niño lo requiere, se indicará la respuesta adecuada. A esto último se le suele conocer como la técnica de modelado. Seguidamente, se le otorga el refuerzo cuando la respuesta sea dada de manera apropiada (Colombo, 2018).

La manera en la que se pretende incrementar una conducta se basa en hacer uso del reforzamiento continuo. Para esto, se debe reforzar positivamente cada respuesta emitida de manera correcta. A continuación, se realiza el reforzamiento intermitente, que quiere decir que ciertas conductas bien hechas serán reforzadas y otras no. Como consecuencia, el comportamiento que se pretende como objetivo se mantendrá. Se sabrá la efectividad de una conducta deseada cuando responda de manera eficaz y sin apoyos en un porcentaje significativamente mayor a los que se presenta en los ensayos (esto llegaría a ser en un 80% de las veces en adelante). El método empleado se basa claramente en la estructura que maneja, pero también se sugiere hacer uso de distintos ambientes, de tal modo que se dé una generalización (Colombo, 2018).

Capítulo II: Presentación de caso

2.1. Datos de filiación

Nombre	:	Frank
Lugar y f. de nac.	:	Lima, 08 de agosto del 2010
Lugar de residencia	:	San Borja
Grado de instrucción	:	Primaria I
Centro educativo	:	CEEP

2.2. Problema actual

La docente manifiesta lo siguiente: “Frank es un niño muy colaborador, le gusta realizar las actividades en el aula. Sin embargo, le cuesta mucho controlar su cuerpo; se distrae fácilmente con cualquier cosa; si no encuentra con qué distraerse, busca algo; su atención no dura más que 5 o 6 minutos en clase. Él sabe que está mal que se distraiga e intenta mantenerse en la actividad, pero es como si su cuerpo le ganase”.

2.3. Procedimiento de evaluación

Elaboración de la anamnesis psicológica, entrevista, observación, registro, reportes y la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos:

- Escala de inteligencia Stanford – Binet.
- Test de figuras geométricas Gessel
- Escala de madurez social de Vineland.
- Lista de chequeo conductual de Syracuse
- Escala de chequeo conductual Kozzloff

2.3.1. Historia personal

La abuela materna es quien brinda la información y cuenta: “El embarazo no fue planificado, ni deseado por ambos padres, pero, finalmente, sí fue aceptado. La madre no presentó complicaciones durante el embarazo, solo una leve infección, el parto se dio a término, sin complicaciones”.

La lactancia fue exclusiva hasta los 9 meses, pero no prosiguió porque la madre contó que no era “estético” hacerlo. En cuanto a sus primeros dientes, estos brotaron a

los 6 meses, de igual modo la abuela manifiesta que probablemente los huesos de la cara no trabajaban muy bien, ya que el niño no mostraba signos de expresión. También indica que este caminó al año y medio, usó el pañal hasta los 2 años y medio, y logró controlar esfínteres a los 3 años y medio.

A los 2 años y medio, inició su etapa escolar en un inicial regular y le fue muy difícil adaptarse, lloraba mucho y no se integraba a las actividades académicas, solo quería jugar. Cuando cumplió 3 años, seguía sin poder comunicarse verbalmente, por lo que su abuela lo llevó a diferentes profesionales sin que nadie le pudiese brindar una solución.

A los 4 años y medio, en uno de sus chequeos médicos, fue diagnosticado con Leucomalacia Periventricular en el plano temporal, y desde ese momento inicia su escolaridad especializada en el CEEP "San Rafael". Es indispensable mencionar que el alumno fue ingresado al centro como un niño con dificultades y, al momento de realizar la entrevista, la abuela manifestó por primera vez que el niño tenía un diagnóstico que le dieron hacía muchos años atrás. Hasta antes de esto, los terapeutas y docentes lo trataban como trastorno del espectro autista.

En cuanto a su comunicación, logra expresarse señalando cosas y por sílabas iniciales (p. ej.: para decir *Beatriz* dice «*Beeee*»). Actualmente, en el desarrollo motor, Frank presenta dificultades para saltar, rodar, manejar bicicleta, etc.; pero ayuda sin dificultad en los quehaceres de la casa. Por otro lado, las tareas escolares se le debe exigir e instigar mucho porque de otra manera no logra hacerlo. Además, cuando se emociona, suele abrazar muy fuerte; y las veces que se pone nervioso, se muerde las cutículas y las uñas.

2.3.2. Historia familiar

El evaluado pertenece a una familia extensa (vive con bisabuelos, abuelos y madre). Su padre y madre lo concibieron a los 17 y 16 años, respectivamente. El cuidado principal siempre fue de la abuela materna, pues la madre suele trabajar todo el día y

tiene un tiempo limitado para él. Por otro lado, el padre sí acostumbra a visitarlo constantemente. Ambos están separados, pero mantienen una buena relación.

2.4. Informe psicológico

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	:	Frank
Edad	:	7 años y 8 meses
Fecha de nacimiento	:	08 de agosto
Grado de instrucción	:	Primaria I
Colegio	:	CEEP
Fecha de evaluación	:	Marzo - abril de 2018
Examinadora	:	Beatriz Del Pilar Navarro Pereyra

MOTIVO DE CONSULTA

El evaluado es referido por la docente del aula, quien manifiesta lo siguiente: “Frank es un niño muy colaborador, le gusta realizar las actividades en el aula. Sin embargo, le cuesta mucho controlar su cuerpo; se distrae fácilmente con cualquier cosa; si no encuentra con qué distraerse, busca algo; su atención no dura más que 5 o 6 minutos en clase. Él sabe que está mal que se distraiga e intenta mantenerse en la actividad, pero es como si su cuerpo le ganase”.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

- Infección en el periodo de embarazo.
- No mostraba expresión facial los primeros años.
- A los 4 años y medio, fue diagnosticado con Leucomalacia Periventricular.
- A los 4 años y medio, inició la escolaridad en un centro de educación especial.
- No presenta lenguaje expresivo verbal, se comunica mediante señal y las primeras sílabas de una palabra.
- A nivel motor, su marcha es en forma de tijera.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Elaboración de la anamnesis psicológica, entrevista, observación, registro, reportes y la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos:

- Escala de inteligencia Stanford – Binet.
- Test de figuras geométricas Gessel
- Escala de madurez social de Vineland
- Lista de chequeo conductual de Syracuse
- Escala de chequeo conductual Kozzloff

OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

El examinado presentaba una estatura promedio a su edad cronológica, contextura delgada, tez blanca y cabello marrón oscuro. Durante la evaluación, se presentó aseado y alineado, con vestimenta de acuerdo con la edad, sexo y estación.

Se observó que cuando se le asigna una tarea tiene dificultad para fijar la mirada, ya sea hacia la evaluadora o hacia la tarea en cuestión. Esto fue evidente en el aula de clase y en la evaluación. La atención está dirigida a los estímulos que se encuentran en el ambiente y/o con su propio cuerpo, lo que ocasiona que solo se centre en la tarea por un promedio de 2 a 3 minutos, sin empezarla muchas veces. Frank entiende las instrucciones; sin embargo, hace como si no las entendiera, generalmente, mantiene la atención por unos minutos y, seguidamente, toma otro estímulo (juguetes, libros, etc.) para evitar la ejecución de la tarea asignada, suele pararse, moverse o buscar algún otro objeto. Esto fue exclusivo para actividades académicas, pues cuando se realizan otro tipo de actividades de su interés como jugar con cubos, educación física, repostería, etc., se mantiene atento realizando la actividad encomendada e incluso ayuda a sus compañeros.

Por otro lado, es preciso mencionar que Frank se comunicaba con gestos, sonidos y con algunas sílabas iniciales de la palabra (p. ej.: decía «Beeee» para *Beatriz*, y «Cuaaaa», para *cuaderno*).

Algunas conductas inadaptadas que presentaba fueron las siguientes: aleteos, abrazar muy fuerte cuando está muy feliz y morderse la cutícula cuando está nervioso.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados de la evaluación psicológica realizada, se encontró que Frank es un niño con Leucomalacia Periventricular, con dificultades en la sostenibilidad de la atención en tareas académicas.

El niño no pudo responder correctamente las pruebas de inteligencia más elaboradas ni simples, debido a su bajo nivel de atención y a que ignoraba las consignas. Sin embargo, por criterio clínico, se sabe que presenta discapacidad intelectual. El examinado socialmente se encontraba funcionando con un cociente social de 44, correspondiente a la categoría de retardo social moderado. Su edad social es de 3 años y 4 meses; es decir, 4 años y 4 meses por debajo de su edad cronológica (7 años). El análisis detallado de su perfil de funcionamiento social por áreas indica que se desempeña mejor en habilidades relacionadas con ocupación y autoayuda de comer y vestirse; por tanto, es capaz de seguir instrucciones sencillas como traer y llevar objetos. Además, puede colaborar con tareas sencillas del hogar, y es capaz de realizar actividades con respecto a su cuidado, como asearse y vestirse. Asimismo, las destrezas también son evidentes al desenvolverse para coger objetos como tenedor, cuchillo y esparcir alimentos.

Por otro lado, se evidenció mayor dificultad en el área de comunicación y locomoción, pues se limitaba a señalar y decir las primeras sílabas del objeto que requería (p. ej.: «Peeee», para para *pelota*, «Ooooh» para *oso*). De igual modo, su marcha era en forma de tijeras, le costaba bajar las escaleras alternando los pies y no se desplazaba solo por el vecindario.

Con respecto a su repertorio conductual, evidenció mejor desempeño en el área de habilidades de disposición para el aprendizaje, y habilidades de trabajo y autonomía. Mostró destreza para mantener el contacto visual y seguir instrucciones simples en actividades que son de su interés, mas no las que se relacionan a actividades

académicas. Además, es capaz de realizar muchas actividades de autonomía personal por iniciativa propia, entre ellas, comer, vestirse y asearse.

Por otro lado, presentó dificultades en las habilidades académicas y manipulativas, pues era difícil para él identificar el concepto de números y letras. Tampoco podía reproducir una línea, cuadrado o círculo.

Es preciso mencionar que el evaluado, en el área de conductas problemáticas, tendía a distraerse con facilidad, agitar las manos, hacer muecas, morderse las cutículas y uñas cuando estaba nervioso.

CONCLUSIONES

El evaluado presenta dificultades en las áreas ejecutivas, como son la atención, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad e inhibición. Su funcionamiento intelectual se encuentra por debajo de lo normal por criterio clínico. Socialmente, se encuentra funcionando con un cociente de retardo social moderado, pues tiene dificultades en cuanto a la comunicación. Además, emocionalmente, tiende a ponerse ansioso en actividades que no puede ejecutar y, por lo general, no puede medir su fuerza cuando abraza.

SUGERENCIAS

- Se sugiere implementar un programa de atención a la tarea que permita incrementar la sostenibilidad de la atención.
- Para el mejor manejo y comprensión del programa, se debe brindar psicoeducación a los familiares y entorno cercano sobre la leucomalacia, y a la vez, orientarlos sobre la aplicación del análisis conductual aplicado.
- En cuanto al área de socialización también se recomienda trabajar más la comunicación para su mejor desarrollo y adaptación a su entorno.
- De igual modo, para la mejora significativa integral, se requiere de terapias interdisciplinarias, tales como física, del lenguaje, etc.

2.5. Perfil del funcionamiento psicológico

Nombre : Frank
 Edad : 7 años y 7 meses
 Grado de instrucción : Primaria I
 Fecha de evaluación : 19 de marzo

Figura 1

Aplicación de la Escala de madurez social de Vineland

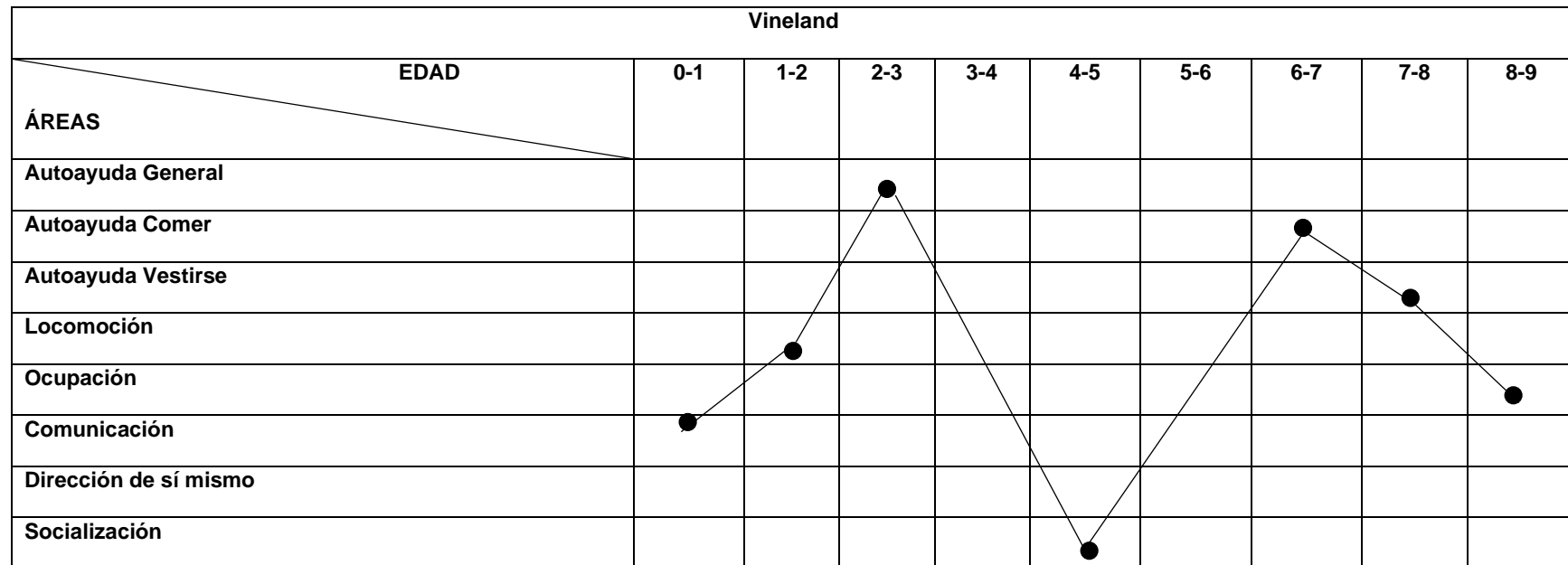


Figura 2

Aplicación de la Lista de chequeo conductual de Syracuse

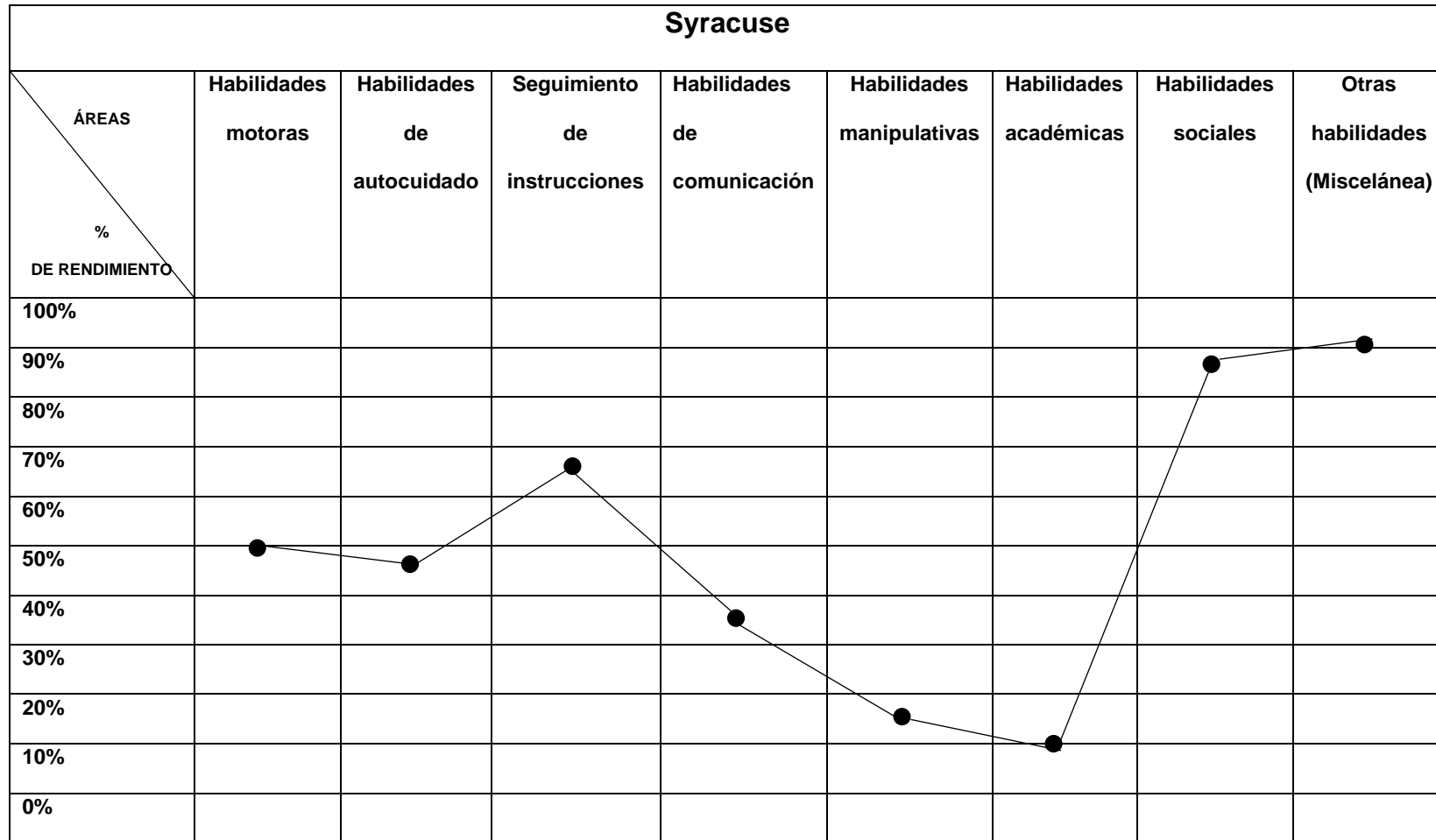
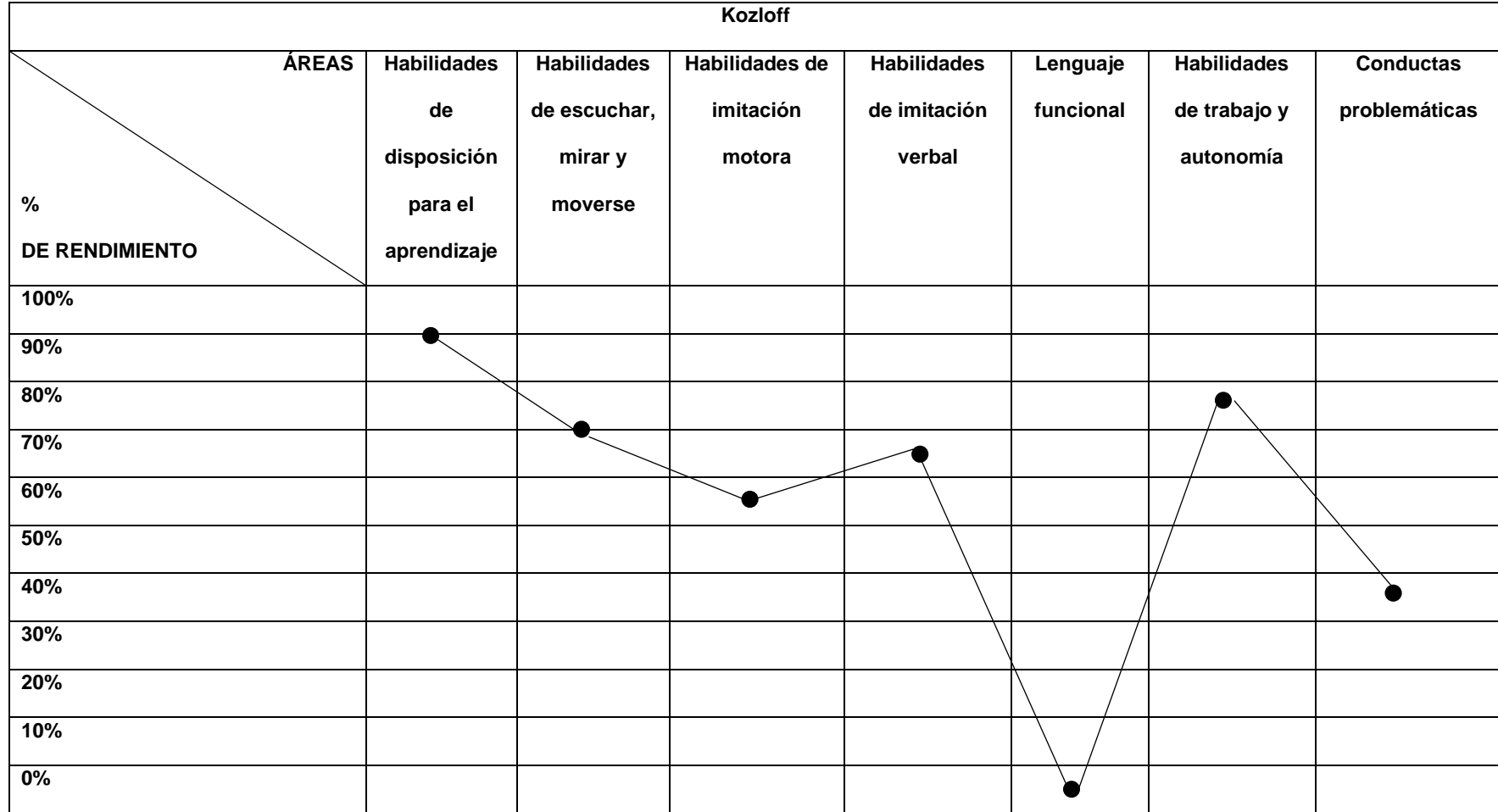


Figura 3

Escala de chequeo conductual de Kozloff



Capítulo III. Programa de intervención terapéutica

3.1. Identificación del problema específico

El análisis funcional del caso se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Análisis funcional del caso

E ^d	R	E ^r
<p>La profesora encomienda a Frank una actividad en el aula de clase, con la consigna: “Ya, trabaja” “Hoy sí vas a trabajar” “Estás advertido, hoy trabajas”. Todas estas emitidas con un tono de voz elevado, firme e impositivo.</p>	<p>Frank recoge los materiales, mira a la profesora, realiza contacto visual y, seguidamente, se enfoca en cualquier otro estímulo externo (p. ej.: la silla, la mesa, el lápiz con el que trabaja) o con su propio cuerpo (p. ej.: agarra sus dedos, sus piernas, su abdomen, etc.), o se para a coger otro objeto de su interés en el aula.</p>	<p>La profesora le menciona lo siguiente: “Frank, estoy muy molesta. Te sientas solo” “Frank, lo lamento, hoy no trabajas” “Ya, estás castigado” Seguidamente, lo aísla del grupo llevándolo a otra mesa donde no tiene contacto con otros compañeros o sentándolo en una esquina.</p>

ANÁLISIS

TOPOGRÁFICO

Frecuencia: Diaria.

Durante todas clases que implican tareas ejecutivas.

Latencia: Inmediata.

Duración: 30 a 45 minutos durante toda la clase.

E^d: Estímulo discriminativo

R: Respuesta

E^r: Respuesta reforzada

3.2. Diseño del programa de atención a la tarea

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA TAREA

I. DATOS GENERALES

Nombre : Frank
Edad : 7 años
Fecha de nacimiento : 08 de agosto de 2010
Grado de instrucción : Primaria I
Centro educativo : CEEP

II. OBJETIVO

Aumentar de manera significativa la sostenibilidad de la atención en actividades relacionadas a la tarea, como son punteado, trazado de líneas y embolillado en periodos de 30 minutos, haciendo uso del análisis conductual aplicado.

III. DEFINICIÓN

La sostenibilidad de la atención se refiere a la acción de mantener el foco atencional por un periodo significativo de tiempo. Este es indispensable para el proceso dinámico del aprendizaje que permite adquirir, evocar y llevar a cabo una tarea.

IV. REPERTORIO INICIAL

Teniendo instauradas las conductas básicas de seguimiento de instrucciones e imitación, el niño no debe presentar impedimentos físicos, visuales ni auditivos.

V. REPERTORIO TERMINAL

El programa concluye cuando el niño es capaz de sostener la atención de manera significativa en al menos el 80% de las veces en que ocurre el estímulo discriminativo durante el desarrollo de actividades relacionadas a la tarea (en este caso, actividades grafo motoras, como el punteado, el trazado de líneas y el embolillado).

VI. MATERIALES

- Lápiz o lapicero (de aviones y carros)
- Hojas de registro
- Plumones
- Hojas bond con actividades de punteado, trazado y embolillado
- File de tareas
- Papel crepé
- Reforzadores sociales (halagos, abrazos, aplausos, chocar las manos)
- Reforzadores tangibles (*stickers*, sellos, rompecabezas, burbujas, juguetes, *Play Doh*, libros, todos con la temática de carritos y aviones)

VII. AMBIENTE

Cubículo de psicología.

VIII. TIEMPO

30 minutos por sesión.

IX. TÉCNICAS POR UTILIZAR

- **Para incrementar conducta**

Reforzamiento positivo. Cuando un artículo como un objeto o un evento es presentado como una consecuencia de una respuesta, y la tasa de respuesta se incrementa o se mantiene como resultado, el estímulo se denomina reforzador positivo.

Este programa se realiza a través de reforzadores secundarios que se relacionan con su valor socialmente significativos, como son los halagos u objetos de interés.

Los reforzadores sociales fueron halagos, abrazos, aplausos y chocar las manos. Los halagos que se utilizaron fueron los siguientes: «Frank, qué bien trabajaste», «Frank, hoy lo lograste peque», «¡Yeeee! ¿Quién lo logró?», «Frank, lo hiciste maravilloso», «Frank, eres el mejor», «¿Quién hizo un gran trabajo? Fraaaaaank», «Frank, estoy orgullosa de ti», «Perfectooo, súper Frank», etc. Mientras que los

reforzadores tangibles estuvieron compuestos por *stickers*, sellos, rompecabezas, burbujas, juguetes, *Play-Doh* y libros; todos estos con la temática de carritos y aviones.

Modelamiento. El modelado es un proceso de aprendizaje observacional, en el cual la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos y actitudes semejantes en otras personas que observan su actuación.

En este caso, si el niño se distrae, se aplica un *no informativo* y, de ser necesario, se le enseña la conducta de prestar atención a la actividad encomendada. Por eso, a Frank se le negaba con la cabeza o se le hacían sonidos alusivos a no, como “hm, hm” y, seguidamente, se le enseñaba cómo se trabaja el punteado, delineado y embolillado.

- **Estímulos de apoyo**

Instigación verbal. Las instigaciones verbales son sugerencias auditivas adicionales para que el individuo pueda ejecutar una actividad. En el presente caso, se utilizaron los siguientes estímulos con contornos verbales:

«*Frank, nos divertimos trabajando*»,

«*Frank, trabajamos juntos hoy*»,

«*Frank, miramos lo que hacemos*»,

«*Qué lindo vamos a trabajar hoy, ¿no?*»,

«*Pequeñito, hoy haremos el mejor trabajo*»,

«*Yeeee, hoy vamos a trabajar*», y

«*Qué trabajo lindo estamos haciendo hoy*».

Instigación física. La instigación física total es el grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física. Esta se utiliza para obtener del paciente respuestas motoras. En ella, se le toma de la mano, y se le guía en la ejecución de las respuestas motoras componentes de la destreza en la técnica que se le está enseñando. En el presente programa, se giró ligeramente el mentón del niño buscando que preste atención a la actividad asignada, y, de manera suave, se

cogieron sus manos para acompañarlo a sentarse de nuevo y tomar el lápiz para proseguir con la actividad.

X. DISEÑO EXPERIMENTAL

Para este programa se utilizó el diseño de caso único. Al respecto, Ato y Vallejo (2015) mencionaron que este diseño tiene como peculiaridad hacer énfasis en el sujeto individual y mantiene como objetivo evaluar si existe una relación causal/funcional entre la introducción de un tratamiento y el cambio operado en la respuesta o variable dependiente. Esto también es conocido como diseño experimental A-B (Sanz y García-Vera, 2015), el cual comprende una fase inicial "A", en donde se obtiene la línea base estable; y una fase "B", en la que se introduce el tratamiento. En ambas fases se toman medidas respectivamente. En la fase "A", el instigador realiza una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la fase "B", se introduce la variable independiente y se registran los cambios en la variable dependiente. En caso de producirse cambios en la variable dependiente, estos son atribuidos a la acción de la variable independiente.

La efectividad del programa se determinará bajo los parámetros expuestos por Sanz y García Vera (2015) y, siguiendo las recomendaciones de Ato y Vallejo (2015), los resultados serán evaluados por el método de análisis de gráficos y por un procedimiento estadístico de porcentaje de datos no solapados (PND, por sus siglas en inglés), que es uno de los índices más antiguos y utilizados para evaluar la magnitud del cambio terapéutico en un diseño de caso único.

Scruggs y Mastropieri (1998) citados en Sanz y García-Vera (2015), señalaron que el PND se define como el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que excede al dato más extremo de la línea base, y se calcula contando el número de datos de la fase de tratamiento que superan (por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) al dato más extremo de la línea base (el más alto en las medidas funcionales o el más bajo en las medidas disfuncionales) y dividiendo este número por el número total de datos en la fase de tratamiento.

La fórmula asignada para calcular el PND es la siguiente:

$$PND = \frac{N^{\circ} \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total de n}^{\circ} \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

Y su clasificación para medir la efectividad, según Scruggs y Mastropieri (1998) citados en Sanz y García-Vera (2015), se divide como puede verse en la Tabla 2:

Tabla 2

Interpretación del Porcentaje de Datos No Solapados (PND)

Índice	Valores	Interpretación
PND	<50%	Tratamiento no efectivo
	50%-69%	Efectividad cuestionable
	70%-80%	Tratamiento bastante efectivo
	>90%	Tratamiento muy efectivo

3.3. Aplicación del programa de tratamiento

Para el siguiente programa se requirió de 40 sesiones. Estas se dividieron en cuatro fases: la línea base que consiste en 4 sesiones; la fase de intervención, de 20 sesiones; la fase de evaluación final, de 5 sesiones; y la fase de seguimiento, de 10 sesiones para ver si la conducta se mantiene durante el tiempo.

A. Línea Base o evaluación inicial

La evaluación se efectuará en condiciones naturales (aula de clases, espacios de terapia física, terapia de lenguaje, manualidades y patio de juegos) y en el cubículo de psicología, donde se realizará un registro de la duración de la conducta de atender a la tarea durante 5 sesiones consecutivas de 30 minutos.

B. Intervención

La intervención del programa se realizó en el cubículo de psicología durante 20 sesiones con un tiempo de 30 minutos por cada una. Para esta se utilizó el análisis conductual aplicado, teniendo en cuenta la unidad de aprendizaje; es decir,

antecedentes, conducta y consecuencia. Del mismo modo, se emplearon técnicas de modificación de conducta, que se aplicaron de la siguiente manera:

Nivel I: Instrucción

Se presenta el antecedente, se le dirá: «Frank, nos vamos a divertir trabajando», «Frank, trabajamos juntos hoy», «Qué lindo vamos a trabajar hoy, ¿no?», «Pequeñito, hoy haremos el mejor trabajo», «Yeeee, hoy vamos a trabajar». Es importante saber que la orden debe ser corta y con contornos verbales.

Instigación física. Cuando se observe que Frank se distrae con algún otro estímulo, se procede a coger el mentón y se le redirige a la tarea, también tomamos el lápiz con él para acompañarlo en el proceso de redirección.

Desvanecimiento. Se disminuye gradualmente la instigación y se mantiene los reforzadores, de tal manera que el niño responda ante la sola premisa de la actividad encomendada.

Sesión 1:

Antes de iniciar con el programa, se seleccionaron los objetos de interés relacionados con las tareas punteado, delineado o embolillado. Se inició la sesión con la siguiente consigna: “Frank, hoy vamos a trabajar juntos”, “Adivina a quién le haremos puntitos... ¡Al avión!” Ante esto, el niño respondió sentándose por un promedio de 3 minutos, y luego, se levantó para saltar. Se redirigió al niño a sentarse, pero él parecía no entender la instrucción.

Sesiones 2 y 3:

Se procedió a mostrar los reforzadores, y se le indicó que se harían burbujas. El niño procedió a sentarse, hizo la actividad encomendada y toleró un tiempo de 3 minutos, terminó y se le dijo: “Muy bien, ¿quién se ganó la burbuja?”. Acto seguido, se le entregó la burbuja y se le abrazó, aplaudió y se jugó con él a las burbujas.

Sesiones 4 y 5:

En estas sesiones, se planteó cambiar el reforzador por el *Play Doh*. Se le dio la siguiente consigna: “Hacemos la actividad mágica y tenemos plastilina, ¡si!”. Se obtuvo

como respuesta que Frank tolerase un promedio de 4 minutos. Después, se levantó, aproximadamente, 6 o 7 veces para coger la plastilina. Por último, se distrajo con su propio cuerpo. Se procedió a redirigir el mentón, a hacerle cosquillas y a decirle: “No nos distraemos, pequeño”. Ante esto, el niño regresó de nuevo a la actividad.

Sesiones 6 y 7:

En estas sesiones, se planteó realizar las mismas tareas en el piso. Se dio la siguiente consigna: “Hoy nos divertiremos en el piso con tus actividades favoritas. Mira cuál será nuestro premio: el carrito”. La respuesta de Frank fue saltar y coger por iniciativa propia los materiales a utilizar. Cada vez que realizaba la tarea, aplaudíamos juntos, se le entregaba el carrito y jugábamos en un pequeño circuito. Acto seguido, se retomaba la actividad.

Sesiones 8 y 9:

En estas sesiones, el niño fue quien examinó la bolsa de trabajo. Saltó y dijo: “Va” (aludiendo a la consigna de “Vamos a trabajar”). En esta oportunidad, se incluyó el término “Muy bien, ¿quién trabaja solito?”. Fue el propio niño quien sacó las tareas del día, y se esforzó por mantenerse en la mesa. En algunas ocasiones, no requirió del reforzador tangible (*stickers*); solo quería chocar las manos.

Sesiones 10 y 11:

Se cambió de reforzador tangible a canciones con palmadas que encantaban al niño. La instrucción fue la siguiente: “Hoy trabajamos y hacemos zen zen”. Esto lo emocionó mucho, por lo que realizó la actividad de manera muy rápida. Cuando se le repitió la indicación, se le solicitó ir con más calma. Finalmente, cuando terminó, se le reforzó realizando la actividad.

Sesiones 12, 13, 14 y 15:

En estas sesiones, se repitieron los reforzadores como las burbujas y los carritos para motivarlo de vez en cuando. En realidad, las actividades también tenían personajes de su interés, por lo que se mantenía en estas durante un tiempo prudente.

Sesiones 16, 17 y 18:

Se dio la siguiente instrucción: “Vamos a hacer la actividad solitos y libres, yeee”. Esta vez, no se sacaron los reforzadores de la bolsa, sino que se limitó solo a dar la actividad. Se obtuvo una respuesta favorable: cada vez que esta culminaba, Frank hacía contacto visual y repetía “Biii”, haciendo referencia al reforzador verbal “Bien”.

Sesiones 19 y 20:

En estas dos últimas sesiones, solo se le entregó la caja de materiales a trabajar desde la puerta del módulo de psicología. Fue Frank quien, por iniciativa propia, los llevó a la mesa, los sacó y los acomodó. Una vez organizado, hizo contacto visual, sonrió y repitió: “Vaaaaa” (aludiendo a “vamos”). Al terminar la actividad, fue muy afectuoso y buscó ser abrazado.

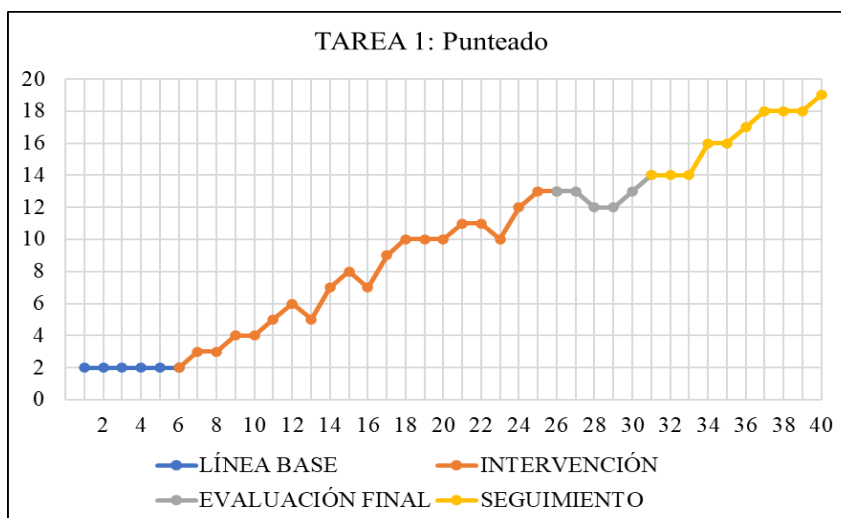
3.4. Resultados del programa de tratamiento

Los resultados obtenidos a través del programa de “Atención a la tarea” son representados a continuación:

La figura 4 muestra el avance alcanzado en la tarea de “Punteado” por Frank. Este inicia con una línea base de 2 minutos, y, hasta la sesión 30, logra llegar a 13 minutos.

Figura 4

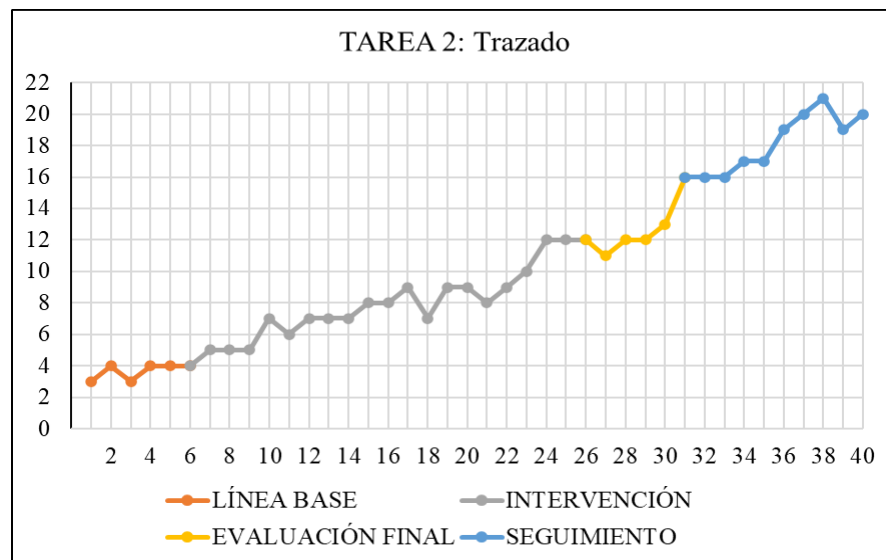
Tarea: Punteado



La figura 5 muestra el avance alcanzado en la tarea de “Trazado”. Este inicia con una línea base de 3 minutos, y, hasta la sesión 30, logra llegar a 13 minutos.

Figura 5

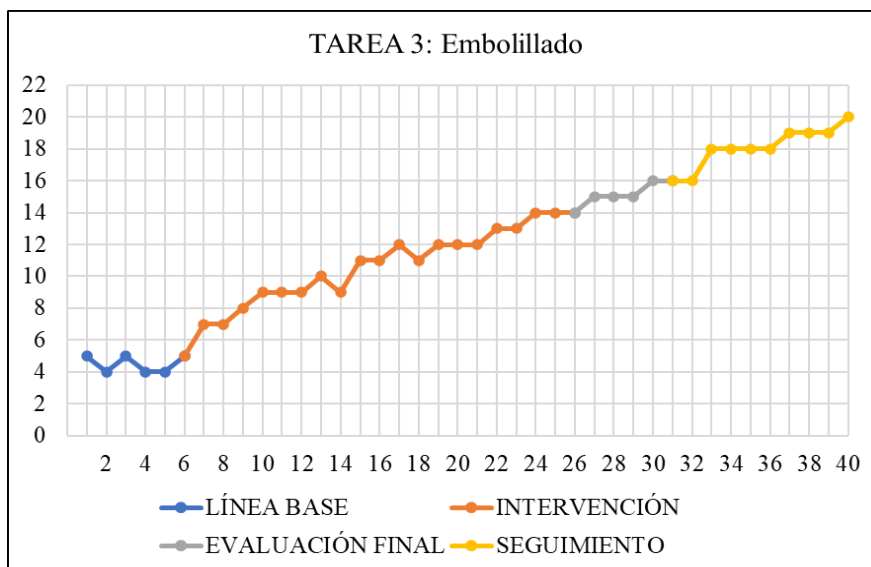
Tarea: Trazado



La figura 6 muestra el avance alcanzado en la tarea de “Embolillado”. Este inicia con una línea base de 5 minutos, y, hasta la sesión 30, logra llegar a 16 minutos, que corresponde al 53.33% de la destreza lograda.

Figura 6

Tarea: Embolillado

**3.4.1 Línea Base**

Línea base para Punteado:

Se realizó en 5 sesiones, y se registró que Frank puede mantener la atención en un máximo de 2 minutos (Véase Tabla 3).

Tabla 3

Línea Base: Tareas de Punteado

N° de sesiones	1°	2°	3°	4°	5°
X	2''	2''	2''	2''	2''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

Línea base para Trazado:

Se realizó en 5 sesiones, y pudo registrarse que Frank puede mantener la atención hasta un periodo de 4 minutos (Véase Tabla 4).

Tabla 4*Línea Base: Tareas de Trazado*

N° de sesiones	1°	2°	3°	4°	5°
X	3''	4''	3''	4''	4''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

Línea base para Embolillado:

Se realizó en 5 sesiones, y se obtuvo que la atención puede ser sostenida hasta por 5 minutos (Véase Tabla 5).

Tabla 5*Línea Base: Tareas de Embolillado.*

N° de sesiones	1°	2°	3°	4°	5°
X	5''	4''	5''	4''	4''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

3.4.2 Intervención

La intervención se realizó en 25 sesiones, con 30 minutos de duración, donde se encontró que Frank fue desarrollando efectivamente el programa de "Atención a la tarea". Se trabajó con un registro semanal por sesiones para determinar su avance (Véase Tabla 6).

Tabla 6*Intervención: Tareas de Punteado, Trazado y Embolillado.**Punteado:*

N° de sesiones	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°
X	2''	3''	3''	4''	4''	5''	6''	5''	7''	8''	7''	9''	10''	10''	10''	11''	11''	10''	12''	13''

Trazado:

N° de sesiones	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°
X	4''	5''	5''	5''	7''	6''	7''	7''	7''	8''	8''	9''	10''	12''	12''	12''	11''	12''	12''	13''

Embolillado:

N° de sesiones	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°	23°	24°	25°
X	5''	7''	7''	8''	9''	9''	9''	10''	9''	11''	11''	12''	11''	12''	12''	12''	13''	13''	14''	14''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

3.4.3. Evaluación Final

La evaluación final del caso se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7

Evaluación Final: Tareas de Punteado, Trazado y Embolillado

<i>Punteado</i>					
N° de sesiones	26°	27°	28°	29°	30°
X	13''	13''	12''	12''	13''
<i>Trazado:</i>					
N° de sesiones	26°	27°	28°	29°	30°
X	12''	11''	12''	12''	13''
<i>Embolillado:</i>					
N° de sesiones	26°	27°	28°	29°	30°
X	14''	15''	15''	15''	16''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

3.5. Seguimiento

El seguimiento se desarrolló en 10 sesiones durante 30 minutos, en las que se pudo observar que las conductas del evaluado alcanzaron un 66.67% de efectividad del total de las conductas. (Véase Tabla 8).

Tabla 8*Sesiones de Seguimiento*

<i>Punteado</i>										
N° de sesiones	31°	32°	33°	34°	35°	36°	37°	38°	39°	40°
X	14''	14''	14''	16''	16''	17''	18''	18''	18''	19''
<i>Trazado</i>										
N° de sesiones	31°	32°	33°	34°	35°	36°	37°	38°	39°	40°
X	16''	16''	16''	17''	17''	19''	20''	21''	19''	20''
<i>Embolillado</i>										
N° de sesiones	31°	32°	33°	34°	35°	36°	37°	38°	39°	40°
X	16''	16''	18''	18''	18''	18''	19''	19''	19''	20''

X = Tiempo en minutos de sostenibilidad de la atención

3.7. Informe del tratamiento

El presente programa de “Atención a la tarea” tuvo como objetivo central incrementar la sostenibilidad de la atención en las actividades académicas de un niño de 7 años con el diagnóstico de Leucomalacia Periventricular.

Para el diseño del programa se hizo uso del análisis conductual aplicado y la intervención constó de tres etapas: línea base, intervención y evaluación final. Teniendo en cuenta que Frank presentaba dificultades para atender a las tareas dentro del aula de clase, se presentó el siguiente programa trabajando inicialmente en el área de psicología y, posteriormente se realizó la generalización de la conducta. Para obtener resultados favorables de esto, fue clave la instrucción a la familia y al equipo de terapia física, terapia de lenguaje y psicomotricidad en tareas de atención.

Es preciso mencionar que el haber realizado el abordaje de manera interdisciplinaria hacia el objetivo de atención fue vital para el avance del programa, pues se tomó en cuenta a Stokes y Baer (1977) citado en Grecco et al. (2018), donde mencionaron que, para que la generalización se realice con éxito, es muy importante el mantenimiento de las respuestas aprendidas una vez que ya han sido entrenadas. Es fundamental planificar el mantenimiento de habilidades, atendiendo a los refuerzos naturales que puede haber en los diferentes contextos en los que se va a dar la conducta deseada y que la van a mantener. Además, esa conducta debe ser funcional; es decir, debe ser útil para la persona en su vida.

Propuestos los objetivos y habiendo previsto la manera de optimizar el programa, se procedió a la ejecución. En este punto se obtuvo en la línea base un promedio de 2 minutos en la tarea de “punteado”; 4 minutos en la tarea de “trazado”; y 4 minutos, en la tarea “embolillado”. Todo esto se realizó en 5 sesiones. En segundo lugar, se procedió a realizar la fase de intervención desde la sesión 6 a la 25. Más adelante, se llevó a cabo la evaluación final desde la sesión 25 a la 30. Por último, se efectuó la fase de seguimiento de la sesión 30 a la 40.

Las sesiones de intervención se realizaron con normalidad y sin ninguna dificultad, por lo que el programa se desarrolló de manera favorable.

Las actividades de atención a la tarea, teniendo en cuenta el análisis visual de resultados según Ato y Vallejo (2015), manifiestan ser el método que aún sigue teniendo mayor dominancia para proporcionar juicios fiables acerca de la consistencia de los efectos del tratamiento y que puede ser suficiente para detectar el efecto del tratamiento y considerarlo clínicamente significativo. Además, evidencia que la intervención cumple con el objetivo propuesto, ya que el cambio que se brinda es progresivo y se mantiene en el tiempo en las tareas que se llevaron con destreza (punteado, delineado y embolillado, respectivamente).

Considerando el porcentaje de datos no solapados (PND), se obtienen los siguientes resultados: un PND de 97.14% en las tareas de punteado, delineado y embolillado. Es decir, logró responder al programa e incrementar de manera significativa el nivel atencional en las tareas, perteneciendo el programa a la categoría de "Muy efectivo".

En conclusión, se puede mencionar que el programa de intervención maneja un alto grado de eficacia en ABA, pues obtuvo un número mayor del 80%, donde se llega a cumplir con esta condición.

Capítulo IV. Resumen, conclusiones y recomendaciones

4.1. Resumen

El presente estudio de caso se trata de Frank, un niño con Leucomalacia Periventricular de 7 años y 8 meses de edad, que cursa el Primaria I en un Centro de Educación Especial. Él presenta problemas para la sostenibilidad de la atención a la actividad, se distrae fácilmente cuando tiene que ejecutar tareas académicas, no presenta lenguaje expresivo, se comunica a través de gestos y sílabas, y tiene dificultad para medir su fuerza, por ejemplo, cuando abraza o acaricia.

Para el proceso de evaluación y diagnóstico se utilizaron técnicas psicológicas como las siguientes: anamnesis psicológica, observación psicológica y análisis funcional. De igual modo, como instrumentos, se aplicaron la Escala de Inteligencia Stanford Binet, Escala de Madurez Social de Vineland, Lista de chequeo conductual de Syracuse y Kozloff.

Por medio de estas fuentes de información, se obtuvo que Frank, quien presenta el diagnóstico de leucomalacia periventricular, tiene dificultades en las funciones ejecutivas, como son la atención, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad y la inhibición. Su funcionamiento intelectual está por debajo de lo normal por criterio clínico. Socialmente, se encuentra funcionando con un cociente de retardo social moderado, pues se le dificulta la comunicación y emocionalmente tiende a ponerse ansioso en actividades que no puede ejecutar y, usualmente, muestra dificultades para medir su fuerza al expresar afecto físico.

Teniendo en cuenta esto, se presenta un programa de atención a la tarea haciendo uso del análisis conductual aplicado, con el objetivo de que el niño pueda incrementar la sostenibilidad de la atención.

El programa de intervención se llevó a cabo en 40 sesiones; las 5 primeras corresponden a la línea base; de la sesión 6 a la 25, a la fase de intervención; de la 26 a la 30, a la fase final; y de la 31 a la 40, a la fase de seguimiento. Todas estas fueron llevadas a cabo en un periodo de 30 minutos por sesión.

Los resultados obtenidos con el programa de intervención fueron procesados bajo el porcentaje de datos no solapados (PND), y arrojaron una categoría de “Tratamiento muy efectivo”. Esta demuestra que se ha cumplido con los objetivos propuestos, pues se ha incrementado el nivel de atención de Frank. Es decir, ahora el niño es capaz de mantenerse centrado en la tarea encomendada.

4.2. Conclusiones

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

1. El programa de “Atención a la tarea” cumplió con los objetivos propuestos, pues presentó una categoría de “Tratamiento muy efectivo”.
2. El conocer el diagnóstico puntual permitió que el entorno cercano no trate al niño con otro diagnóstico, como en este caso Autismo, y se enfoque en las potencialidades.
3. La psicoeducación a todo el entorno cercano del niño fue vital para la aplicación y generalización del programa, y con este se obtuvieron resultados favorables.
4. El uso de contornos verbales tuvo un gran impacto en el programa, pues permitía que instantáneamente se regresase a la actividad, y el evaluado incluso se auto instigase a recordar las consignas. En este caso, se distraía y decía «Vaaaa», para recordar la consigna de “Vamos”. Esto también fue reafirmado por el entorno cercano.
5. La presencia de reforzadores tangibles que eran realmente de su interés jugó un rol importante, como también el acompañar al niño en el uso de estos contribuyeron a afianzar el vínculo entre psicólogo-paciente.

4.3. Recomendaciones

- Replicar el programa en personas con el diagnóstico de Leucomalacia para mostrar evidencia confiable en esta población.

- Realizar psicoeducación sobre el diagnóstico de Leucomalacia Periventricular a los familiares y al entorno cercano, para que estas sepan qué áreas se encuentran involucradas y cuáles están en déficit, para que así puedan trabajar en pro de desarrollarlas y potenciarlas
- Capacitar en el uso adecuado de ABA. Para esto se sugiere que se expliquen los estudios que demuestran su efectividad. De igual modo, explicar la importancia de realizarlo sistemáticamente y de manera generalizada.
- Instruir en el uso de contornos verbales y la importancia de este en la adquisición del aprendizaje de los niños.
- Se proponen distintos programas y líneas de investigación futuras, como son los de prevención para la concientización de esta afección y la importancia del cuidado en el periodo de embarazo. Si el psicólogo ya tiene conocimiento de que el embarazo no se dio a término y cumple con algunos factores señalados, debería realizar psicoeducación al padre, madre y/o entorno cercano sobre la predisposición de adquisición de Leucomalacia. Esto les permitirá realizar un seguimiento oportuno durante los primeros meses de vida. Para que el desarrollo psicomotor pueda estar estimulado y la neuroplasticidad pueda hacer lo suyo en el proceso de adquisición de habilidades. Será clave realizar una atención interdisciplinaria durante los primeros 7 meses. En las líneas de investigación, se sugiere indagar más sobre sus implicancias psicológicas, así como en su prevención y factores de riesgo. También se recomienda estudiar la implicancia del desarrollo emocional del involucrado, su comorbilidad y las dificultades que se puedan presentar en el neurodesarrollo, entre otros aspectos.

Referencias bibliográficas

- American Accreditation HealthCare Commission. (2019). *Leucomalacia periventricular*.
[https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007232.htm#:~:text=La%20leucomalacia%20periventricular%20\(LPV\)%20es,%22orificios%22%20en%20el%20cerebro](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007232.htm#:~:text=La%20leucomalacia%20periventricular%20(LPV)%20es,%22orificios%22%20en%20el%20cerebro)
- Ato, M. y Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Calero, P. S. (2016). *Prevalencia y factores asociados al desarrollo de leucoencefalomalacia periventricular en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Honorio Delgado. 2010-2016* [tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional – Universidad Católica de Santa María.
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6113>
- Capilla, M., Gallardo, C., Matos, J., Osorio, I., Puras, S. y Valdemoro, L. (1989). *Análisis conductual aplicado: alteraciones de conducta*. Madrid: Centro Nacional de Recursos (CNREE).
- Cerisola, A., Baltar, F., Ferrán, C. y Turcatti, E. (2019). Mecanismo de lesión cerebral en prematuros. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 79(3), 10-14.
https://www.researchgate.net/publication/336472481_Mechanisms_of_brain_injury_of_the_premature_baby
- Cerrato, A. (10 de enero de 2017). *ABA: Aprendizaje y apoyos*. Abancem.
<https://www.abancem.com/post/aba-aprendizaje-y-apoyos>
- Choi, J., Rha, D. y Park, E. (2015). Los efectos de la gravedad de la leucomalacia periventricular sobre los resultados neuropsicológicos de los niños prematuros. *Revista de neurología infantil*. 2016; 31 (5): 603-612.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0883073815604229>
- Colombo, M. (03 de junio de 2016). *ABA en el tratamiento del autismo*. Psyciencia.
<https://www.psyciencia.com/surge-analisis-conductual-aplicado-los-trastornos-autismo/>
- (2018). *ABA en el tratamiento del autismo*. Psyciencia.

<https://pavlov.psyciencia.com/2018/02/aba-tratamiento-autismo.pdf>

García-Ogueta, M.I. (2001). Mecanismos atencionales y síndromes neuropsicológicos. *Revista de Neurología*, 32(5), 463-467.

<https://w3.ual.es/personal/lfuentes/sindromes.pdf>

Grecco, M., Almeida-Verdu, A.C. y Buffa, M. (2018). Entrenamiento de los padres para enseñar el comportamiento verbal a los niños utilizando implantes cocleares: una intervención con las madres. *Boletín - Academia Paulista de Psicología*, 38(95), 218-229.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200009&lng=pt&tlng=en

Heresí, C. y Avaria, M. (2016). "Leucomalacia Periventricular". En *Guía de práctica clínica. Unidad de neonatología*, ed. por Germán Mühlhausen y Agustina González. (2016): 265-272. Facultad de Medicina de Chile.

http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Manual%20Neo_H.SnJose_2016.pdf

Korzeniowski, C. (2015). *Programa de estimulación de las funciones ejecutivas y su incidencia en el rendimiento escolar en alumnos mendocinos de escuelas primarias de zonas urbano-marginadas* [tesis doctoral inédita]. Universidad Nacional de San Luis.

Lodoño, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8): 91-100.

<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150730/555786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medina, V. (05 de mayo de 2004). Elaboración de programas de intervención frente a detección de problemas. *MEDWAVE*.

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2795>

Mesa, M. (2020). Intervención: Aplicar los principios del aprendizaje para mejorar las conductas socialmente relevantes de niños y jóvenes.

https://www.abaintervencion.com/servicios_intervencion_tratamiento_autismo_t rastorno_neurodesarrollo

Molas, X. (30 de abril 2021). La atención: Modelo de los tres componentes. *PsicoActiva*.

<https://www.psicoactiva.com/blog/atencion-el-modelo-de-los-tres-componentes/>

Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 6(3): 415-422.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>

PANAACEA (2021). ABA-DTT: Análisis conductual aplicado - Ensayo discreto.

<https://test.panaacea.org/espectro-autista/intervencion/listado/aba-dtt/>

¿Qué es el método ABA? ¿Cómo funciona? (09 de junio de 2015). *LOOVAS Fundación*.

<https://lovaasfoundation.es/es/blog/26-blog-general/391-%C2%BFqu%C3%A9-es-el-m%C3%A9todo-aba-%C2%BFc%C3%B3mo-funciona-aqu%C3%AD-os-acercamos-una-breve-introducci%C3%B3n.html>

Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseño de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación de tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3): 167-180.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527415000237>

Servicio de neurorrehabilitación del centro de daño cerebral VITHAS (18 de mayo de 2017). *Lesión neurológica infantil: Leucomalacia Periventricular*.

<https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/lesion-neurologica-infantil-leucomalacia-periventricular/>

Zea-Vera, A., Turín, C. G., Rueda, M. S., Guillen-Pinto, D., Medina-Alva, P., Tori, A., Rivas, M., Zegarra, J., Castañeda, A., Cam, L. y Ochoa, T. J. (2019). Hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular en neonatos de bajo peso al nacer en tres hospitales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(3): 448-453.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.3922>

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento se le invita a usted a que nos conceda el permiso de hacer participar a su menor hijo en una investigación que se está realizando para evaluar la **EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA TAREA EN UN NIÑO CON LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR HACIENDO USO DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO**. En este documento se le explicará sobre los objetivos y beneficios de su participación en esta investigación, con la finalidad de que usted libremente decida si desea o no ser parte del estudio.

Esta investigación está siendo realizada por la Bach. Beatriz Del Pilar Navarro Pereyra de la Universidad de San Martín de Porres.

OBJETIVOS Y BENEFICIOS

El objetivo de este estudio es conocer la efectividad de un programa de atención a la tarea en un niño con Leucomalacia Periventricular, en un periodo de 40 sesiones.

Se invita a este programa a su menor hijo, ya que es parte de la población de personas con Leucomalacia Periventricular. La información que se obtenga con esta investigación será de gran utilidad para realizar otros estudios.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

La información que usted brinde va a ser guardada de manera confidencial, se utilizará un seudónimo para cuidar la integridad del menor, y no habrá forma de que alguien pueda tener acceso a ella.

INFORMACIÓN ADICIONAL

El menor no tiene que participar en este estudio si no desea hacerlo.

AFIRMACIÓN DEL PADRE

Se me ha explicado acerca de esta investigación, y he decidido participar en ella. Yo tengo como padre la facultad de hacer preguntas y si tuviera alguna pregunta adicional en relación con el estudio puedo comunicarme a los teléfonos o correos

electrónicos con Beatriz Del Pilar Navarro Pereyra, alumna encargada de la investigación, de la Universidad de San Martín de Porres.

Correo electrónico: beatrizdelpilarnavarropereyra@gmail.com

Número celular: 938333221

Lima, ____ de ____ de 2019

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de la investigadora: _____

ANEXO B

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL SYRACUSE

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL SYRACUSE

Nombre del examinado (a): Frank Edad: Fecha:

* CALIFICACIÓN:

- SIEMPRE: Significa una buena cantidad, muy frecuente, prácticamente siempre. 2 PUNTOS.
- ALGUNAS VECES: Significa algo, algunas veces, en término medio, algo frecuente. 1 PUNTO.
- NUNCA: Significa no, nunca ocurre, etc. 0 PUNTO.

A. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES MOTORAS:

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Agarra (coge objetos)	/		
2. Se sienta sin ayuda	/		
3. Gatea	/		
4. Camina con ayuda	/		
5. Hace pininos (camina con pasos cortos y vacilantes)		/	
6. Camina sin ayuda	/		
7. Corre	/		
8. Salta	/		
9. Sube escaleras con ayuda	/		
10. Sube escaleras sin ayuda		/	
11. Sube escaleras alternando los pies			/
12. Baja escaleras alternando los pies			/
13. Marcha			/
14. Brinca	/		
15. Hace dar bote a la pelota	/		
16. Tira la pelota sin dirección	/		
17. Tira la pelota con dirección	/		
18. Coge la pelota	/		
19. Patea la pelota	/		
20. Monta la bicicleta o triciclo			/
21. Salta alternando los pies			/
22. Toca los dedos de los pies sin flexionar la rodilla		/	
23. Puede incorporarse (sentarse) cuando está echado	/		
24. Hace 5 ó más flexiones de rodillas			/
25. Hace tres ejercicios de tipo planchas			/
26. Hace 5 incorporaciones (abdominales)			/
27. Hace un salto amplio de 1 metro o más			/
28. Puede colgarse de una barra y alzarse hasta tocarla con la barbilla 2 o más veces (ejercicios tipo barras)			/

PUNTAJE: 33

B. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Indica la necesidad de ir al baño	/		
2. Se viste por sí mismo después de usar el wáter		/	
3. Utiliza papel higiénico			/
4. Hace correr el agua del wáter limpiándolo	/		
5. Se lava las manos	/		
6. Puede sonarse la nariz		/	
7. Utiliza pañuelo o papel higiénico		/	
8. Puede beber de un vaso	/		
9. Puede utilizar una cañita o sorbete	/		
10. Puede abotonarse la ropa			/
11. Puede subir el relámpago o cierre de la ropa		/	
12. Puede cerrar el broche			/
13. Puede desvestirse por sí mismo	/		
14. Puede ponerse las medias		/	
15. Puede amarrarse los zapatos			/
16. Puede ponerse saco o chompa			/
17. Puede ponerse camisa o blusa			/
18. Puede ponerse vestidos			/
19. Puede usar cuchara	/		
20. Puede usar tenedor			/
21. Puede usar cuchillo			/
22. Puede comer un sándwich o emparedado	/		
23. Puede beber de una botella (bebidas)	/		
24. Cierra la boca cuando come		/	
25. Es ordenado cuando come	/		

PUNTAJE: 26

C. LISTA DE CHEQUEO DE SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

ATENCIÓN HACIA EL TERAPEUTA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Establece contacto visual por 1 - 3 segundos ante una orden con estímulo de instigación.	/		
2. Establece contacto visual por más de 3 segundos ante una orden con estímulo de instigación	/		
3. Establece contacto visual por más de 3 segundos ante una orden	/		
4. Establece contacto visual por 1 - 3 segundos ante una orden	/		
ATENCIÓN A OTROS NIÑOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
5. Mirar a otros niños ante un orden con estímulo de instigación por 1 - 3 segundos	/		
6. Mira a otros niños antes una orden con estímulo de instigación por más de 3 segundos	/		
7. Mira a otros niños ante una orden por 1 - 3 segundos	/		
8. Mira a otros niños ante una orden por más de 3 segundos	/		
SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. Coge objetos específicos ante una orden		/	

10. Entrega un objeto ante una orden			
11. entrega un objeto a otro niño ante una orden			
12. Sacar objetos de una caja de juguetes ante 1 orden			
13. Poner objetos en una caja de juguetes ante 1 orden			
14. Toca a otro niño ante una orden			
15. Responde ante la orden "ven hacia mí"			
16. Responde la orden "siéntate"			
17. Responde a la orden "deja eso ahí"			
18. Imita una conducta motora simple ante una orden			
19. Imita 2 conductas motoras simples ante una orden			
20. Imita 3 - 5 conductas motoras simples ante una orden			
21. Imita 5 - 10 conductas motoras simples ante una orden			
22. Imita 10 o más conductas motoras simples ante 1 orden			
23. Imita sonidos de lenguaje			
24. Imita palabras ante una orden			
25. Imita oraciones simples ante una orden			
26. Imita una secuencia de conductas motoras de 2 fases ante 1 orden			
27. Imita una secuencia de conductas menores de 3 fases ante una orden			
28. Imita una secuencia de conductas motoras de 4 - 5 fases ante una orden			

PUNTAJE: 49

D. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Se expresa mediante gestos faciales			
2. Se expresa mediante gestos manuales			
3. Produce sonidos indiferenciados			
4. Produce sonidos vocales			
5. Produce sonidos consonantes			
6. Puede decir palabras individualmente (una a una)			
7. Produce sonidos consonantes			
8. Dice oraciones simples			
9. Responde a su nombre			
10. Escucha cuentos			
11. Puede repetir un cuento			
12. Identifica objetos comparándolos y emparejándolos			
13. Identifica objetos señalándolos			
14. Identifica objetos por su nombre			
15. Identifica partes del cuerpo señalándolos			
16. Identifica verbalmente las partes de su cuerpo			
17. Saluda oralmente			
18. Da mensajes a las personas			
19. Hace trazo de letras de imprenta			
20. Copia letras imprenta			
21. Copia números de imprenta			
22. Escribe con letras de imprenta sin ayuda			
23. Escribe con letra cursiva (corrido)			

24. Escribe su nombre			
25. Escribe su apellido			
26. Escribe su nombre completo			
27. Puede deletrear verbalmente nombres			
28. Lee a un nivel abecedario			
29. Lee a un nivel de primer grado			
30. Lee a un nivel de segundo grado			

PUNTAJE: 24

E. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES MANIPULATIVAS

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

PUNTAJE: 15

F. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES ACADÉMICAS

DISCRIMINACIÓN	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Diferencia entre objetos muy diferentes (ej. Mesa-silla)	/		
2. Diferencia entre objetos similares (ej. Pantalón-falda)			
3. Diferencia entre sonidos diferentes (ej. Hablar y dejar caer un objeto).	/		
4. Diferencia entre sonidos similares (ej. Golpear una madera y un metal).	/		/
CONCEPTO DE NÚMERO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
5. Compara y empareja números del 1 al 9.			/
6. Compara y empareja números del 10 al 20.			/
7. Cuenta en voz alta del 1 al 9.			/
8. Cuenta en voz alta del 10 al 20.			/
9. Lee números del 1 al 9.			/
10. Lee números del 10 al 19.			/
11. Lee los números del 20 al 50.			/
12. Lee los números mayores que 100.			/
13. Identifica los números en una secuencia.			/
CONCEPTO DE TIEMPO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
14. Puede reconocer las manecillas grande y pequeña del reloj.			/
15. Dice dónde están las manecillas del reloj (ej. Manec. Grande a las 3 y manec. pequeña en las 2)			/
16. Lee el tiempo hasta las horas.			/
17. Lee el tiempo hasta las medias horas.			/
18. Lee el tiempo hasta los cuarto de hora.			/
19. Lee el tiempo hasta los minutos.			/
SUMA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
20. Agregar 1 a cualquier número inferior a 5.			/
21. Agregar 1 a cualquier número inferior a 10.			/
22. Agregar 2 a cualquier número inferior a 5.			/
23. Agregar 2 a cualquier número inferior a 10.			/
24. Suma 1 combinación de números hasta totalizar 20.			/
25. Suma 1 combinación de números hasta totalizar 20.			/
26. Suma hasta 20 mentalmente sin ayuda física.			/
SUSTRACCIÓN	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
27. Resta 1 a cualquier número inferior a 5.			/
28. Resta 1 a cualquier número inferior a 10.			/
29. Resta 2 a cualquier número inferior a 5.			/
30. Resta 2 a cualquier número inferior 10.			/
31. Puede restar cualquier número inferior a 10 de 10.			/
32. Puede restar cualquier número inferior de 20 a 20.			/
CONCEPTO DE DINERO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
33. Reconoce el dinero real.			/
34. Selecciona una moneda específica.			/
35. Ordena las monedas según el valor.			/
36. Cambia en sencillo una moneda de 5 soles.			/
37. Cambia en sencillo un billete de 10 soles.			/

PUNTAJE:.....8.....

G. LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Puede comunicar sentimientos positivos	/		
2. Puede comunicar cólera		/	
3. Puede comunicar tristeza	/		
4. Controla su mal genio (cólera)	/		
5. Se da cuenta de la presencia de los demás	/		
6. Es cortés, amable, educado	/	/	
7. Hace lo que se le pide	/		
8. Es sincero (dice la verdad)	/		
9. Es confiables	/		
10. Es aceptado por sus compañeros	/		
11. Acepta ayuda de los adultos	/		
12. Reconoce la propiedad de los objetos	/		
13. Respeta la propiedad de los demás	/		
14. Espera su turno	/	/	
15. Interactúa con otros	/		
16. Se adapta al cambio de rutina	/		
17. Exhibe destrezas en los deportes	/		
18. Muestra liderazgo	/		
19. Responde bien al favor (es agradecido)	/		
20. Muestra afecto a los demás	/		
21. Ofrece ayuda a sus compañeros	/		
22. Ofrece ayuda a sus compañeros menos capaces	/		
23. Puede ser llevado a viajes o paseos en campo	/		

PUNTAJE: 43

H. LISTA DE CHEQUEO DE OTRAS HABILIDADES (MISCELÁNEA)

CONDUCTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Le gusta la televisión	/		
2. Le gusta escuchar música	/		
3. Le gusta escuchar cuentos	/		
4. Le gusta que lo agarren afectuosamente	/		
5. Le gusta cantar	/		
6. Le gusta hablar	/		
7. Le gusta la actividad física	/		
8. Le gusta que lo lleven a pasear	/		
9. Le gusta pasear	/		
10. Le gusta comer sus alimentos	/		
11. Le gusta pedacitos de dulce	/		
12. Le gusta estar solo		/	
13. Le gusta estar en compañía	/		
14. Le gusta estar con el personal del Centro Educativo	/		
15. Le gusta descansar, dormir	/		
16. Le gusta las actividades de grupo	/		

PUNTAJE: 31

ANEXO C

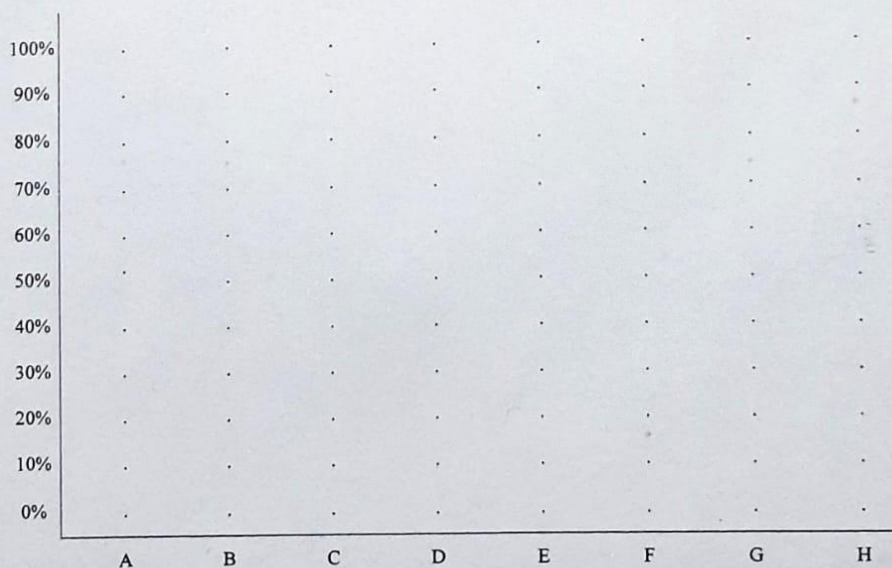
HOJA DE RESPUESTA DE LA LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL DE SYRACUSE

HOJA DE RESPUESTA DE LA LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL DE SYRACUSSE

NOMBRE: EDAD: FECHA DE EVALUACIÓN:

CÓDIGO	ÁREA	PUNTAJE MÁXIMO	PUNTAJE ALCNZADO	% DE RENDIMIENTO
A	Habilidades Motoras	56	33	58.93 %
B	Habilidades de Autocuidado	50	26	52 %
C	Seguimiento de Instrucciones	56	41	73.21 %
D	Habilidades de Comunicación	60	24	40 %
E	Habilidades Manipulativas	62	15	24.19 %
F	Habilidades Académicas	74	8	10.81 %
G	Habilidades Sociales	46	43	93.48 %
H	Otras Habilidades (Miscelánea)	32	21	66.88 %

PERFIL



ANEXO D

ESCALA DE EVALUACIÓN DE KOZLOFF

ESCALA DE EVALUACION DE KOZLOFF

Nombre del examinador: Frank Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ C.E.: _____

Grado escolar: _____ Fecha de evaluación: _____

Examinador: _____

A. HABILIDADES DE DISPOSICION PARA EL APRENDIZAJE	SI	A VECES	NO
A.1. Contacto ocular espontaneo	/		
A.2. Contacto ocular ante la orden	/		
A.3. Responde al llamado por su nombre	/		
A.4. Sigue instrucciones simples	/		
A.5. Se sienta a trabajar en alguna tarea	/		
A.6. Se aproxima a la gente por iniciativa propia	/		
A.7. Sonríe a los demás	/		
A.8. Reacciona a los elogios	/		
TOTAL:		15	

B. HABILIDADES PARA MIRAR, ESCUCHAR Y MOVERSE	SI	A VECES	NO
HABILIDADES MOTORAS GRUESAS			
B.1. Se inclina y pone de pie	/		
B.2. Mantiene el equilibrio al andar	/		
B.3. Camina hacia atrás	/		
B.4. Impulsa el balón con el pie	/		
B.5. Arroja el balón	/		
B.6. Salta sobre el mismo	/		
B.7. Mantiene el equilibrio con un solo pie	/		
B.8. Efectúa saltos con longitud	/		
B.9. Salta con un pie	/		
B.10. Camina con la punta y el talón del pie	/		
B.11. Atrapa la pelota al arrojársela	/		
B.12. Pedalea el triciclo	/		
B.13. Habilidad de muchas conductas motoras gruesas y se mantiene 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 agarrándolos con los dedos índice y pulgar	/		
B.17. Realiza construcciones de bloques	/		
B.18. Resuelve rompecabezas sencillos	/		
B.19. Imita trazado de líneas	/		
B.20. Imita el trazado de círculos	/		
B.21. Habilidad en muchas actividades motoras finas, se entretiene en ellas	/		
B.22. Buen habito en trabajos como sentarse, marchar, trabajar en una tarea	/		
B.23. Señala con el dedo o empareja objetos al nombrárselos	/		
HABILIDADES SOCIALES			
B.24. Se sirve del contacto ocular para conseguir recompensas naturales	/		
B.25. Juega con los demás	/		
B.26. Cooperar en una tarea	/		
B.27. Atiende su turno o aguarda su turno	/		
TOTAL:		42	

C. HABILIDADES DE IMITACION MOTORA	SI	A VECES	NO
IMITACION DE MOVIMIENTOS			
C.1. Imita modelos motores simples o groseros		/	
C.2. Imita modelos motores complejos o finos		/	
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		/	
IMITACION GENERALIZADA			
C.7. Imita algunos modelos aun sin ser recompensado		/	
C.8. Mueve el cuerpo como hacen los demás por iniciativa propia	/		
C.9. Imita la realización de encargos o tareas por iniciativa propia	/		
C.10. Imita modelos motores de muchas personas		/	
TOTAL:		12	

D. HABILIDADES DE IMITACION VERBAL	SI	A VECES	NO
INTRODUCCION A LA IMITACION VERBAL			
D.1. Presta atención a los demás cuando hablan		/	
D.2. Lista de sonidos que prefiere el niño (COMPLETE)	/		
D.3. Emite frecuentemente muchos sonidos diferentes por iniciativa propia	/		
D.4. ¿Cómo prefiere los sonidos el niño?		/	
D.5. Emite mas sonido cuando Ud. Lo imita	/		
D.6. Para conseguir cosas establece contacto ocular y emite un sonido al mismo tiempo	/		
IMITACION VERBAL			
D.7. Imita sonidos básicos	/		
D.8. Imita sílabas	/		
D.9. Imita palabras sencillas			/
D.10. Imita frases y oraciones sencillas			/
D.11. Imita modelos verbal de muchas personas			/
TOTAL:		14	

E. LENGUAJE FUNCIONAL	SI	A VECES	NO
CLASES 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" y "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 (con, de, hacia, hasta, durante...)		/	/
E.9. Entiende y emplea pronombres (yo, tu, ella, el...)		/	/
E.10. Entiende y emplea opuestos		/	/
E.11. Utiliza palabras relacionadas con el tiempo (antes/después)		/	/
MANEJO DE PROBLEMAS ESPECIALES			
E.12. Utiliza el lenguaje funcional y sabe cómo emplearlo		/	/
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		/	/
TOTAL:		1	

F. HABILIDADES DE TRABAJO	SI	A VECES	NO
DOMESTICO Y DE AUTONOMIA			
F.1. Realiza tareas sencillas	/		
F.2. Realiza frecuentemente y por iniciativa propia encargos más complejos	/		
TAREA 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	/		

ANEXO E

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE MARTIN KOZLOFF. HOJA DE RESUMEN: RESULTADOS

ESCALA DE EVALUACION CONDUCTUAL DE MARTIN KOZLOFF

HOJA DE RESUMEN: RESULTADOS

Nombre del examinador: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ C.E.: _____

Grado escolar: _____ Fecha de evaluación: _____

Examinador: _____

RESULTADOS POR AREAS

AREAS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE DEL EXAMINADO	% RENDIMIENTO
A. Habilidades de disposición para el aprendizaje	16	15	93.75%
B. Habilidades de escuchar, mirar y moverse	54	42	77.78%
C. Habilidades de imitación motora	20	12	60%
D. Habilidades de imitación verbal	20	14	70%
E. Lenguaje funcional	20	8	40%
F. Habilidades de trabajo y autonomía	18	15	83.33%
G. Conductas problemáticas	20	8	40%

COMENTARIOS: _____

ANEXO F

PERFIL DE LA ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

PERFIL DE LA ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ E.C.: _____ Grado: _____

Cociente Social: _____ Edad Social: _____ Categoría Social: _____

Fecha del examen: _____ Lugar del examen: _____

EDAD	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-15	15-17	17-18	18-20	20-25	
AREAS																		
AUTOAYUDA GENERAL A A G	2,3 5,6 8,9 13 15	23	35	51				65										
AUTOAYUDA COMER A A G	11 16	20 25 28 30 33	38				62	67		75								
AUTOAYUDA VESTIRSE A A V		21	37 40 42	47 50	52 54		64 65	70	74				86					
LOCOMOCION L	12	18 29 32		45	53	61				77				92	96			
OCUPACION O	7	19 22 24	36 43	48	55	57			71 72		80	82	89		98	106	107-108 111-113 114-116	
COMUNICACION C	1 10 17	31 34	44			58	63		73	78 79 81	84		90 91					
DIRECCION DE SI MISMO D S M						60				76		83	87	93 94 95	97 99 100 101	102	105	117
SOCIALIZACION RRSS	4 14	27		46 49	56	59	68 69						85 88		103	103 104 109	110 115 117	