



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA PARA  
DISMINUIR CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN NIÑO CON  
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

PRESENTADA POR  
**JEAN CARLO CHIU LA FUENTE**

ASESORA  
**MARIA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ**

TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA PARA  
DISMINUIR CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN NIÑO CON TRASTORNO  
DEL ESPECTRO AUTISTA**

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

**PRESENTADO POR:  
JEAN CARLO CHIU LA FUENTE**

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

**LIMA, PERÚ  
2021**

Dirigido a mi familia y seres queridos que me inculcaron el valor del amor hacia el prójimo y de la empatía. Solo así seremos parte de este gran cambio que necesita la humanidad.

## **Agradecimiento**

A los maestros que me apoyaron y me orientaron a lo largo de mis estudios, finalmente, a los especialistas que fomentan la importancia de la salud mental e investigación.

# Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Introducción.....	ix
Capítulo I: Marco Teórico.....	11
1.1 Trastorno del Espectro Autista.....	11
1.1.1 <i>Antecedentes Históricos</i> .....	11
1.1.2 <i>Definición</i> .....	14
1.1.3 <i>Epidemiología</i> .....	15
1.1.4 <i>Etiología</i> .....	17
1.1.5 <i>La Conducta en Los Niños con Trastorno del Espectro Autista</i> .....	18
1.1.6 <i>Métodos de Intervención</i> .....	19
1.2 Modificación de Conducta.....	22
1.2.1 <i>Definición y Alcances del TEA</i> .....	22
1.2.2 <i>Conductas Disruptivas</i> .....	23
1.2.3 <i>Técnicas operantes</i> .....	24
Capítulo II: Presentación de Caso.....	30
2.1 Datos de filiación.....	30

2.2	Problema Actual .....	30
2.3	Procedimientos de Evaluación .....	31
2.3.1	<i>Historia Personal</i> .....	31
2.3.2	<i>Historia Familiar</i> .....	33
2.3.3	<i>Entrevista</i> .....	34
2.3.4	<i>Observación y Registro</i> .....	35
2.3.5	<i>Instrumentos Psicológicos</i> .....	36
2.4	Informe Psicológico.....	37
2.5	Perfil del Funcionamiento Psicológico.....	43
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica.....		46
3.1	Identificación del Problema Específico.....	46
3.2	Diseño del Programa de Tratamiento .....	46
3.3	Aplicación del Programa de Tratamiento .....	51
3.4	Resultados del Tratamiento.....	60
3.5	Seguimiento e Informe del Tratamiento .....	63
Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones.....		65
4.1	Resumen .....	65
4.2	Conclusiones .....	66
4.3	Recomendaciones .....	67

Referencias .....	68
ANEXOS .....	75



## Índice de Tablas

Tabla 1: Línea Base de las Conductas Disruptivas .....	51
Tabla 2: Repertorio de Entrada .....	60
Tabla 3: Programa de Intervención .....	61
Tabla 4: Seguimiento de la Intervención .....	62

## Índice de Figuras

Figura 1: Área Cognitiva- Stanford Binet .....	43
Figura 2: Área de Madurez Social- Vineland .....	44
Figura 3: Escala de Autismo Infantil- CARS .....	45
Figura 4: Frecuencias de las Conductas Inadecuadas .....	62

## Introducción

La noción del autismo clásico se originó a partir de la intervención hacia un grupo de 11 niños por el Dr. Leo Kanner, según el investigador: “Se caracterizan por un limitado interés por las personas, además, presentan limitaciones en la comunicación y conductas rígidas” (Kanner, 1943, p.39-40).

Posteriormente, diversos personajes ilustres de la salud mental se dieron cita para analizar y descifrar aquel nuevo trastorno.

Según APA (2013) En el DSM V el trastorno autista desaparece del trastorno generalizado del desarrollo (TGD) en la cual estaba incluida en el anterior manual e incluye niveles de gravedad.

Aquel trastorno presenta anomalías del desarrollo, limitaciones en la comunicación, dificultades en interacción social, hiper o hipo sensibilización sensorial, conductas estereotipadas y repetitivas (OMS, 2000).

Irarrázaval, M. & Brokering (2005) manifiestan: “En los años de 1960 la prevalencia era de 5 por 10.000 niños, posteriormente en la década de 1980 ascendió la cifra a 7, finalmente, desde el siglo XXI se registra un incremento de 10 a 15 diagnósticos de TEA por 10.000 niños” (p.51).

No obstante, algunos de los investigadores discrepan de la cantidad tan elevada de casos de autismo, sugieren que puede ser por un sobrediagnóstico de los especialistas.

Por otro lado, los niños diagnosticados con el trastorno suelen asociarse con conductas disruptivas, por lo cual surgen nuevas intervenciones cada vez más integrales desde una perspectiva conductual positivista, para llevar a cabo las diversas dificultades y garantizar su eficacia (Salvadó, Palau, et al. 2012).

El presente estudio tiene como objetivo, disminuir conductas disruptivas (tirar la silla, gritar frente al celular y pellizcarse en el antebrazo) de un niño de 9 años, diagnosticado con trastorno del espectro autista, por lo cual fue necesario aplicar técnicas de modificación de conducta.

El programa de intervención se realizó en el hogar de Víctor, con el permiso y autorización de los padres, por lo cual fue necesario acatar las medidas de prevención frente al COVID-19, se recopiló información de las personas más cercanas al niño: Familia nuclear y profesores.

El estudio de caso consta de 4 capítulos. El I capítulo comprende el marco teórico, antecedentes históricos, definición, epidemiología, etiología, método de intervención, alcance del trastorno del espectro autista, conducta disruptiva y técnicas operantes. En el capítulo II es la presentación del caso, diagnóstico e informe psicológico. El capítulo III está orientado en la intervención terapéutica del evaluado en la cual hay 3 fases: Repertorio de entrada, programa de intervención y seguimiento. Finalmente, en el capítulo IV está conformado por el resumen, conclusiones y las recomendaciones del caso.

## Capítulo I: Marco Teórico

### 1.1 Trastorno del Espectro Autista

#### 1.1.1 Antecedentes Históricos

Se evidenció los dos primeros casos, en el año de 1799, en la cual presentaban los criterios clínicos propio del autismo, los especialistas de aquella época infieren que podría asociarse a retraso mental (John K. Wing, 1982).

La terminología clínica surge en la publicación *Demencia precoz o el grupo de la Esquizofrenia* del psiquiatra E. Bleuler; la divulgación de la monografía fue en la ciudad de Viena en 1911. Según el especialista Bleuler (1911) los niños autistas se desconectaban con la realidad exterior y predominaba el mundo interior, por la cual había limitaciones y dificultades para poder comunicarse o expresar.

En la década de 1920, a través de una investigación de trastornos de la personalidad en la infancia, la erudita Eva Sukhareva, describe a un grupo de niños de inflexibilidad cognitiva, en la cual se caracterizaban por persistencia en tareas repetitivas, evitación y soledad, así mismo, se evidenciaban a temprana edad (Manouilenko & Bejerot, 2015; Sukhareva, 1926).

Posteriormente en el año 1930, los investigadores Anni Weiss y Georg Frankl, describieron características clínicas con las limitaciones propias del autismo y refirieron una posible base neurobiológica, en la cual generó diversos debates en aquella época. Gracias a estas aportaciones valiosas de los científicos mencionados, se formó una

sólida base de conocimientos que fueron determinantes en las investigaciones de Kanner y Asperger (Robinson, 2017).

La investigación acerca del autismo en sus inicios fue débil, confusa y en diversas oportunidades sesgada, no obstante; a partir del siglo XX, las evidencias y análisis por parte de los examinadores fue mayor (Nicasio, 1992).

Leo Kanner publicó el artículo *Trastornos autista del contacto afectivo* y determinó al autismo como un síndrome particular, con sus propias características por ende excluyó de la psicosis infantil, así mismo refirió que la sintomatología se manifestaba desde el nacimiento. Mencionó que aquellos niños presentaban dificultad en la interacción social, alteraciones del lenguaje, juego repetitivo y estereotipado, ansiedad elevada, reacciones atípicas y agudas frente a estímulos sensoriales (Kanner, 1943 cita en Howlin, 2004).

El austriaco, Hans Asperger, quien fue un especialista del desorden mental infantil, publicó en Viena *Psicopatía autista en la infancia* describe que los evaluados tenían entre 6 a 11 años, presentaban cierta características del autismo referido por Kanner, no obstante; obtuvieron un coeficiente intelectual superior, no había un retraso significativo en el área del lenguaje, falta de la comprensión del juego, dificultad en motricidad, además de presentar una atención sostenida, el letrado concluyó que la sintomatología se daba aproximadamente a los 3 años de edad. Las aportaciones del investigador siguen vigentes hoy en día, en cuanto al criterio diagnóstico como en la etiología (Pallarés & Pérez, 2017).

El psicoanálisis mencionó que el autismo se relaciona con los impulsos libidinales distorsionados en la cual el infante manipula para resolver sus dificultades, además de conflictos inconscientes de los padres (Szurek citado en Rivière 1988).

Según Cairns y Valsiner (1984) la psicología evolutiva, refirió dificultades en áreas del “lenguaje y comunicación”.

Aquel aporte fue determinante para el crecimiento de las investigaciones futuras, ya que la patología pasó de ser un trastorno emotivo originado por progenitores a un trastorno del desarrollo (Schopler & Mesibov, 1983).

En el DSM-II, el autismo se insertó en la categoría de esquizofrenia de inicio en la infancia y en el año 1980 fue apartado del cuadro esquizofrénico. En la versión del DSM-III, los investigadores determinaron darle el término de “autismo infantil”.

Los cambios a lo largo de las diversas investigaciones originaron que, en el año de 1987, el DSM- III-R, cambiase la terminología de autismo infantil a trastorno autista, pues se originaba en la infancia y era crónica. En la década de 1994, fue publicado en el DSM-IV, en la cual fue duramente criticado por mostrar investigaciones con muy poca data y confundían a la comunidad de salud mental.

La novedad del DSM-IV-TR fue la agrupación de diversos trastornos en la categoría trastorno generalizado del desarrollo en la cual incluía: trastorno autista, trastorno de asperger, síndrome de rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El autismo se define por una triada de alteraciones que afectan el desarrollo en la interacción social, limitaciones en la comunicación social y conductas estereotipadas (Artigas-Pallarés & Paula, 2011).

Según APA (2013) los especialistas e investigadores determinaron integrar en el DSM-V, los trastornos anteriormente mencionados a excepción del trastorno de rett por ser un diagnóstico neurológico específico, la terminología clínica varió a trastorno del espectro autista y esta denominación se encuentra en la categoría del trastorno del neurodesarrollo, en la cual facilita el diagnóstico clásico de autismo, no obstante, hay una reducción en la sensibilidad del diagnóstico en casos leves

Se le incorpora un nivel de gravedad del TEA y también se debe especificar si hay asociados de discapacidad intelectual o limitaciones en el área del lenguaje. Finalmente, los niveles de severidad son: Grado 1, grado 2 y grado 3 (Weitlauf, Vehom, & Warren, 2014).

### **1.1.2 Definición**

El espectro autista tiene un origen neurobiológico con inicio en la infancia, altamente heterogéneo, así mismo; limitaciones en el área de la comunicación, interacción social y conductas estereotipadas. Por otro lado, la evolución es crónica, el pronóstico varía en cuanto a los niveles de gravedad y comorbilidades coexistentes (Hervás, Balmaña & Salgado, 2017).



La genética tiene un rol fundamental, además de factores externos y ambientales, presentan perfiles cognitivos atípicos y disfunción ejecutiva (Lai, Lombardo & Cohen, 2014).

Las limitaciones neuropsicológicas limitan la autonomía en el área personal, social y laboral. Los niños diagnosticados con el espectro autista presentan un 48% al 65% de probabilidades de presentar una discapacidad intelectual (Dykens & Lense, 2011; Höglund et al., 2013).

La OMS (2016) refiere que el TEA es un conjunto de complejas alteraciones neurobiológicas. Agrupa las subcategorías de síndrome autista, el trastorno desintegrador infantil y el síndrome de asperger.

### **1.1.3 Epidemiología**

Las investigaciones informan incrementos alarmantes de trastorno del espectro autista, corroboran que desde los años 60, el cálculo era de 4-5 por 10.000 según el estudio de Lotter, actualmente muestran una incidencia de aproximadamente 60 por 10.000, es decir que habrá un niño(a) diagnosticado por TEA por cada 160, además de una prevalencia de 4 a 1 del sexo masculino al sexo femenino (Frith, 2004).

Por otro lado, los estudios refieren que no existen diferencias étnicas ni sociales, no obstante; Centers for Disease Control and Prevention's. (CDC's) refiere que, en los Estados Unidos, hay una mayor probabilidad de diagnosticar autismo en población hispana o afroamericana (Boat & Wu, 2015).

La investigación longitudinal, evidencia hallazgos valiosos entre hermanos de niños autistas, que posteriormente presentan sintomatología del autismo, las limitaciones en cuanto al contacto visual o sonrisa frente al llamado de los padres se evidenciaban posterior a los 12 meses, incluso la sintomatología era sutil por lo cual se acudía a método de registro más minucioso, en cuanto al déficit de psicomotricidad o alteraciones sensoriales, se evidenciaba a partir de los 12 meses; finalmente, dificultades en la comunicación se registra aproximadamente a los 24 meses de edad (Zúñiga et al., s. f.).

Se presenta un aumento en cuanto a su incidencia (Blaxill, 2004); algunos autores manifiestan que se debe a los diversos cambios de criterio clínicos para el diagnóstico e información de vanguardia por los especialistas (Fombonne, 2003; Charman, 2002; Wing & Potter, 2002; Coe & otros, 2008).

La población autista ha crecido de manera alarmante en los últimos 50 a 60 años, por lo cual la comunidad de investigación se esfuerza por identificar el origen y posibles causas del trastorno (Baio, 2012; Baio, 2014; Chistensen y otros, 2016).

En el Perú la demanda por parte de los pacientes ha sido creciente, en el 2015 se atendió 2843 casos, al año siguiente, la atención se duplicó, lamentablemente en nuestro país no hay una estadística para evaluar minuciosamente la incidencia de la población autista (MINSA, 2017).

#### **1.1.4 Etiología**

Según Palomo (2017) El trastorno del espectro autista tiene un origen biológico, multicausal y poligénico.

Los estudios contemporáneos refieren una probabilidad del 35% a 40% por factores genéticos y un 60% a 65% por factor ambiental (Wang, Geng, Liu & Zhang, 2017).

Los genes implicados con el autismo codifican proteínas que se relacionan con la estructura neuronal, por ende, hay una mayor densidad del axón, además de la creación de circuitos neurales y transmisión de las sinapsis (Fernández et al., 2013).

Por otro lado, los genes relacionados al TEA son: PTEN, NRXN, NLGN, MECP2, UBE3A, SHANK, SYNGAP1, CHD8, DYRK1A, ADNP, ANK, SCN2A, TBR1, DYRK1A, SERBP1, CDLK56, STXBP1. El trastorno del espectro autista y de discapacidad intelectual es debido a la mutación de NOVO y no se debe por la herencia de los padres (Healy et al., 2019).

Hay mutaciones en el cromosoma X y en el cromosoma 15: FOXP2, RAY1, ST7, IMMP2L, RELN, son receptores de los neurotransmisores en el cromosoma 15, el receptor GABA-A, transporta el neurotransmisor serotonina en el cromosoma 7, gen receptor de oxitocina en el cromosoma 3 (Freitag & Cois, 2010).

El síndrome frágil X, es una patología del cromosoma, por lo cual, aquellas personas pueden presentar, discapacidad intelectual, ecolalia, trastornos de lenguaje, manierismos y conductas evitativas del contacto visual. No obstante, no siempre cumplen con todos los criterios clínicos del autismo (Rogers & Cois, 2001).

Si en la familia hay un hijo con autismo, hay un riesgo del 5% si tiene otro hijo, sin embargo, la probabilidad disminuye al 1 % en progenitores sin hijos con trastorno del espectro autista (Muhle & Cois, 2004).

Se evidencia anomalías de neurotransmisores fundamentales (Zimmerman & Cois, 2006; Sesarini & Cois, 2013).

Los estudios determinaron que:

- La serotonina se vincula con las emociones, sueño y el apetito, en los niños diagnosticados, se constató niveles alterados.
- Se evidencia déficit del neurotransmisor GABA, que estaría relacionado a un nivel elevado de ansiedad e hipersensibilización sensorial.
- Hay un nivel de concentración de la sangre del cordón umbilical en factores neurotróficos (NT4/5) que estimula el fortalecimiento del sistema nervioso. Los eruditos concluyen que el 99% de los niños autistas tenían aumento de los neurotróficos (Nelson & cois., 2006).

### ***1.1.5 La Conducta en Los Niños con Trastorno del Espectro Autista***

El criterio nuclear del trastorno son las limitaciones sociales graves, se evidencia con sus pares y es bidireccional; además de conductas estereotipadas y repetitivas (Frith,2004).

Así mismo; hay funciones afectadas, principalmente son: área del lenguaje y área intelectual sobre todo el área ejecutiva. El trastorno es único en cada individuo, pues influyen diversas variables, formación, rasgos de personalidad y gravedad del trastorno.

Por ende, cada niño presenta diversas sintomatologías, fluctúan y evolucionan, en algunos casos mejoran cierta sintomatología (Wing, 1978).

Según los investigadores durante los 6 meses de nacimiento, los infantes miraban cada vez menos los rostros de las personas. El temperamento de los niños con TEA presenta mayor dificultad para calmarse (Klin et al., 2013).

Durante el primer año, presentan limitaciones en las áreas del desarrollo, se evidencia una disminución de la atención, por lo cual, no suelen contestar al ser llamado por sus nombres (Hutman & Cols, 2010).

#### **1.1.6 Métodos de Intervención**

Las intervenciones son complejas y crónicas, la metodología varía desde los múltiples programas terapéuticos cuyo objetivo es el infante con autismo (Mulas, Cervera, Millá, et al., 2010).

Los diversos programas enfatizan la importancia de comenzar prematuramente, el inicio precoz de la intervención ha demostrado incrementos significativos en las limitaciones nucleares del trastorno del espectro autista (Remington & Cois, 2007).

Así mismo, la intensidad de la intervención se rige en las horas semanales que comparte el especialista con el niño y ofrecer múltiples oportunidades altamente motivantes (Strain & Hoyson, 2000).

La terapia cognitivo-conductual ha presentado evidencias del gran avance y eficacia de su intervención para trabajar con los niños con TEA (Kesper & Lucyshyn, 2018).

El proyecto de autismo de Lovaas (UCLA) o análisis de conducta aplicado se originó a través de las teorías conductista, el erudito realizó un plan de intervención para los niños autistas (Lovaas & Smith, 1989).

El modelo se basa del condicionamiento operante y consta de tres componentes, según la definición de Skinner, el estímulo que se pide, la respuesta que realiza el niño y la consecuencia por haberlo hecho (Pierce & Epling, 2004).

La intervención se realiza en ambientes más naturales, aprendizaje por imitación y enfatizando el desarrollo de las emociones. Este programa constituye la columna vertebral de otras intervenciones o programas (Smith & Cols, 2000).

El programa TEACH (Tratamiento y educación de niños con autismo y otros problemas de comunicación) se centra en la enseñanza estructurada con abordaje conductista, la intervención se centra en la comunicación, habilidades espacio temporal, conductas inadecuadas, así mismo; secuencias de auto valimiento y fomentar la independencia.

La intervención planteada por el LEAP (Experiencia de aprendizaje y programa alternativo para niños de edad preescolar y padres) se focaliza en la generalización del aprendizaje en ambientes naturales, hace hincapié en la inclusión de niños autistas en preescolar y primaria. Aquel nuevo programa lo realizó el neoconductismo, en la ciudad de New York (Strain y Cordisco, 1994; Strain y Hoyson, 2000).

El modelo de intervención DIR (Modelo de relación de diferencia individual del desarrollo) se focalizó en el área emotiva, así mismo, en mejorar la capacidad de atención compartida, comunicación con gestos, favorecer la comunicación social pre simbólica, resolución de problemas y habilidades adaptativas. Es una alternativa en aquellos padres que no compartían posturas conductistas (Casenhiser & Cois, 2013; Pajareya, 2011).

La equinoterapia genera beneficios en niños con autismo, dentro de sus facultades favorece la interacción, disminuye la evitación o escape, regula las alteraciones sensoriales, disminuye niveles altos de ansiedad en los niños autistas.

Finalmente, en las intervenciones alternativas sobresale PECS (Sistema de comunicación por intercambio de imágenes), hay pruebas de eficacia para mejorar la comunicación en el autismo e incluso reemplazar el lenguaje verbal en niveles graves de TEA (Bondy & Frost, 1994).

Durante las primeras sesiones se utiliza una tarjeta para pedir comida, bebidas, juegos, premios, etc. Posteriormente el trabajo será más complejo y se elaborará oraciones cortas o frases de 3 palabras, gracias a los pictogramas, el método reduce niveles de frustración y mejora niveles de tolerancia a la espera.

## **1.2 Modificación de Conducta**

### **1.2.1 Definición y Alcances del TEA**

Los principios de modificación de conducta se han empleado con éxito en diversas poblaciones, para generar soluciones en diversos problemas, el objetivo es apoyar el desarrollo y brindar la calidad de vida en la población autista (Grañada et al., 2014).

El análisis conductual aplicado (ABA) se centra en incrementar, mantener o disminuir conductas objetivo (Mulas, et al., 2010). También se puede encontrar con la sigla ACA, que sería la traducción en español (Matos & Mustaca, 2005).

Se cree que el ABA es una intervención exclusiva del trastorno del espectro autista, no obstante, no es correcto, pues se aplica en diversos campos (Cooper et al., 2017; Dillenburger & Keenan, 2009). Así mismo, el procedimiento basado en el análisis conductual aplicado abarca áreas como el deporte, la salud y educación. (Martin & Pear, 2007; Mittelberger, 2013).

Cumple 3 dimensiones, el primero es ser aplicado, la segunda dimensión es conductual, el comportamiento debe ser medido a través de los procedimientos conductuales. Finalmente, el análisis conductual es tecnológico, pues debe ser descrito detalladamente y precisa (Cooper, et al., 2017).

El origen del análisis de la conducta se da en los años de 1920, en la cual los especialistas más resaltantes eran Pávlov, Watson, Skinner y Thorndike.

En el año de 1964 se usó por primera vez el aprendizaje operante a una persona con autismo (Wolf, Risley & Mees, 1964).



Posteriormente Ivar Lovaas, asume el equipo de intervención ABA y en el año de 1965 intervienen a un niño de 9 años que presentaba conducta de autoagresión; las investigaciones e intervenciones dirigidas por Lovaas sentaron la base del procedimiento operante para los niños con autismo y debido a ello pudieron romper el concepto de aquella época como inmodificable (Lovaas, Koegel, Simmons & Long, 1973; Lovaas, Koegel & Schreibman, 1979).

Finalmente, los tratamientos en el ABA para los niños con el trastorno de espectro autista, varían entre sí, debido a que no se puede aplicar un protocolo único, además que la intervención debe adecuarse al niño con autismo. El tratamiento puede dividirse en focalizado y tratamientos comprehensivos (BACB, 2014). La intervención de los niños autistas debe ser de 40 horas semanales.

### **1.2.2 Conductas Disruptivas**

Uruñuela (2006) afirma que: “La conducta disruptiva debe de plantearse rigurosamente y no desde la sencillez, las causas y factores son múltiples, es una cuestión compleja que altera o dificulta su enseñanza y convivencia” (p.19).

Las conductas problemas según la escala de Hollins, se pueden considerar según su gravedad en poco grave, grave y muy grave, así con una frecuencia de poco, regular y máxima (Pozar, 2002).

Así mismo, aquellos niños se caracterizan por ser violentos, autoagresiones, romper cosas, desobediencia, intimidar a los demás, tener dificultades con los demás niños o pares e irritables (Pelechanose, 1979).

Gotzens, C. (1986) recopila varias fuentes de investigaciones y concluye las siguientes conductas distorsionadoras:

- Ruidosas: El niño golpea el suelo con los miembros inferiores, suele dar patada a las sillas o mesas, palmadas, golpear con las manos las carpetas, tirar libros, derribar mesas u objetos.
- Verbales: El evaluado suele gritar, silbar, llorar, toser, o hacer ruidos dentro del salón o en el hogar.
- Agresivas: Por lo general suelen pegar a los compañeros, empujar, pellizcar a los niños que se encuentren cerca de él, abofetear, quitar objetos o trabajos de compañeros, destrozar propiedad de otros y lanzar objetos.
- Motrices: Estar fuera de su sitio, dar vueltas por la clase, desplazar las sillas, gatear o tirarse en el suelo, balancearse.

El condicionamiento operante, son las que mayor eficacia han demostrado en desarrollar, mantener o disminuir conductas objetivas en la población del trastorno del espectro autista.

### **1.2.3 Técnicas operantes**

Los diversos investigadores de la conducta clasifican la técnica operante en: (a) Desarrollar conductas y mantenerlas, finalmente, (b) Reducción o extinción de conductas inadecuadas.

## **Desarrollar Conductas y Mantenerlas:**

El programa tiene como objetivo fomentar nuevas conductas y poder mantenerlas en el repertorio del niño con autismo, así mismo, se puede instaurar conductas básicas o complejas.

- **Reforzamiento Positivo:** Es sinónimo de recompensa y se suele presentar inmediatamente después de una conducta adecuada, para que la probabilidad que se repita aquella conducta sea mayor, lo que busca aquella técnica es generar una mayor frecuencia, intensidad o duración.
- **Reforzamiento Negativo:** Es la disminución o eliminación de un estímulo aversivo, por lo cual aumenta la frecuencia de la conducta, por ejemplo: Durante el dolor de migraña que sería un estímulo aversivo, el niño ingiere la pastilla recetada por el doctor y se le pasará el malestar, en un futuro es probable que, ante un nuevo suceso del dolor, el evaluado tome la pastilla.
- **Reforzador:** Es el estímulo que puede ser social, recreacional, comestible tangible, natural, etc. para producir un reforzamiento positivo o negativo.
- **Moldeamiento:** Se refuerza los pequeños pasos que conducen al objetivo final de una conducta (Holland & Skinner, 1961; Skinner, 1953). La técnica se aplica para instaurar conductas simples (palabras, gateo, coger cubiertos) o complejas (métodos de estudio, yoga, ejercicios físicos, etc.) así mismo, para garantizar su eficacia es necesario:
  - a. Determinar el grado de dificultad.

- b. Seleccionar la conducta inicial.
  - c. Seleccionar los reforzadores de interés del niño.
  - d. Reforzar las aproximaciones sucesivas.
- Encadenamiento: Es aquella técnica que conecta varios eslabones de la cadena, en la cual el niño puede aprender a realizar conductas simples o complejas, así mismo, según Martin & Pear (1999) hay diferentes tipos:
- a. Presentación total de la cadena: Se muestra los eslabones en su totalidad al niño, posteriormente se entrena en cada una de las secuencias para que se afiance el aprendizaje de la conducta.
  - b. Encadenamiento hacia adelante: Es aquella secuencia donde se le enseña el primer paso, cuando el niño ya dominó el primer eslabón, recién pasara al segundo eslabón y así sucesivamente hasta finalizar la conducta final.
  - c. Encadenamiento hacia atrás: El adiestramiento se da desde la conducta final hacia atrás, se van añadiendo las sucesiones hasta llegar al primer eslabón.
- Instigación: El desarrollar ciertas conductas a veces suele facilitarse a través de instrucciones, órdenes u gestos, por ende, se facilitan las respuestas del niño; esta técnica es útil y se complementa eficazmente en un proceso de encadenamiento o moldeamiento.
- Desvanecimiento: Tiene como función retirar progresivamente la ayuda que se brindó al niño a través de apoyos externos.

## **Reducción o Eliminación de Conducta:**

A continuación, se mencionará técnicas que facilitará una reducción de conducta disruptivas.

- Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): Este procedimiento refuerza cualquier otra conducta que no sea aquel comportamiento disruptivo con la finalidad de disminuir o eliminar la conducta inadecuada.
- Reforzamiento diferencial de conducta incompatible (RDI): Se refuerza aquella conducta que es incompatible con la conducta a eliminar o disminuir. Por ejemplo, si el niño se encuentra parado del asiento que sería la conducta inadecuada, se le refuerza cada vez que este sentado o si estuviera mordiendo las uñas se le podría reforzaría cada vez que el niño estuviera realizando una actividad que utilizaría ambas manos como pintar o dibujar.
- Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB): Se va a reforzar cuando la frecuencia de una conducta disruptiva disminuya en cuanto al registro conductual, así mismo, es una técnica eficaz que se aplicaría cuando el niño presenta conductas inadecuada con una frecuencia elevada o cuando hay pocas conductas en su repertorio, por ejemplo, se puede aplicar en niños con hiperactividad, onicofagia o enuresis.
- La eficacia del RDO está evidenciado en diversas intervenciones conductuales, además que la aplicación es simple, no obstante, la desventaja es la lentitud de reducir conductas disruptivas graves, por eso estas técnicas no son

recomendadas en casos de autolesiones o agresivas con sus pares (Wallace & Najdowski, 2009).

- Extinción: La finalidad es dejar de reforzar conductas anteriormente reforzada, es eficaz con comportamientos que se mantienen con reforzamiento positivo o negativo, asimismo, es importante identificar si hay un reforzador o múltiples, pues si hay varios reforzadores va a hacer más difícil la intervención.

Según Kadin (1994) las características de extinción son:

- a. El proceso de extinción es gradual por ende no se recomienda en conductas de autolesión.
  - b. En el estallido de extinción suele incrementar la frecuencia e intensidad, en esos casos si los padres no aguantan tal incremento propio de esta técnica, no deben aplicarla pues al ceder la conducta será nuevamente reforzada.
  - c. A pesar de hacer un buen procedimiento de la extinción, en ciertos niños puede aparecer de nuevo la conducta disruptiva, por lo cual debe mantener la ausencia del reforzador.
- Tiempo fuera: Es negar el acceso temporal al reforzador inmediatamente después de realizar alguna conducta inadecuada, Barkley (1987) refiere que el tiempo fuera debe de ser 1 minuto por año, cuando es mayor a los 5 años.

Según Splieger & Guevremont (2010) se deben de cumplir las siguientes indicaciones para una mayor efectividad:

- a. El tiempo debe de ser breve, 5 minutos es suficiente para niños pequeños.
  - b. No debe aplicarse ningún reforzador durante el tiempo fuera.
  - c. No debe terminar antes del tiempo establecido.
- Coste de respuesta: Se caracteriza por retirar un reforzador del que dispone el niño, por ejemplo: Juan no resuelve las tareas escolares por lo cual la madre decide retirar de su cuarto la consola de videojuegos.

Spiegler & Guevremont (2010) manifiesta:

- a. El castigo debe ocurrir inmediatamente al presentarse una conducta disruptiva y debe de ser continuo no intermitente.
  - b. El niño debe ser consciente que cada conducta disruptiva generara un castigo.
  - c. El castigo va precedido por una advertencia, posteriormente asociara la advertencia con una conducta problema.
- Sobre corrección: Kazdin (1994) afirma que es un procedimiento no aversivo en la cual hay una penalización por una acción inadecuada, hay 2 modelos: a) restitución y b) practica positiva. La restitución consiste en subsanar las consecuencias de la conducta disruptiva, por ejemplo, María rompe el adorno de la madre en su rabieta, entonces pagaría por el daño ocasionado y en la práctica positiva, María limpiaría la calle que ha ensuciado por varios días.

## Capítulo II: Presentación de Caso

### 2.1 Datos de filiación

- Nombres y Apellidos : Víctor J.S
- Fecha de nacimiento : 12-01-2012
- Edad : 9 años y 2 meses
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : Lima
- Domicilio : Los Olivos
- Estado civil de los padres : Casados
- Fecha : 15/03; 19/03/; 28/03/21
- Examinador : Jean Carlo Chiu La fuente

### 2.2 Problema Actual

La madre del evaluado menciona que tiene dificultades para controlar su ira, tira las sillas cuando está irritado, además suele gritar frente a la pantalla del celular y se pellizca el antebrazo hasta dejarse moretones. No suele escuchar indicaciones, lo que dificulta su aprendizaje e interacción con sus pares.



## **2.3 Procedimientos de Evaluación**

### **2.3.1 Historia Personal**

El embarazo no fue programado, no obstante, mantuvo todos sus controles prenatales, durante el cuarto mes de gestación, se presentaron dificultades financieras en la familia, por lo cual era un tema recurrente de discusión, debido a esa incertidumbre la esposa manifiesta: “Me sentía triste y por momentos me llenaba de cólera y me iba a mi cuarto”. El embarazo se complicó debido a que el feto se encontraba envuelto con el cordón umbilical y tuvo que ser intervenido de emergencia.

El parto se dio al 8° mes por cesárea, su peso fue de 3.450 kg y midió 50 cm, necesitó reanimación y estuvo en incubadora, menciona que hubo complicaciones perinatales; se le subió la presión al nacer y se le bajó el azúcar (Polisémico). Refiere que se confundieron de vacuna y fue llevado de emergencia, estuvo en observación por una semana y le dieron de alta.

En su desarrollo neuromuscular, la madre comenta que el niño logró sostener su cabeza sin ayuda a los 6 meses, pudo sentarse a los 9 meses, no gateó y caminó a los 20 meses. No presentó dificultad en cuanto al esfínter urinario, no obstante; utiliza pañal porque defeca en algunas ocasiones por la noche. Víctor empezó a balbucear a los 7 meses y sus primeras palabras fueron (Mamá, pa, galleta, coco) pero suele presentar dificultades en la articulación, sin embargo, no es un impedimento debido a que realiza diversos gestos faciales y señalizaciones; el niño suele comunicarse mayormente con la madre.

A la edad de 2 años se percató que le pasaba algo raro a su hijo, le llamaba por su nombre y no la miraba, en un momento pensó que era sordo, le repetía varias veces, pero el niño estaba como ido y también solía mover sus manos, entonces le comentó a su esposo, pero decidieron esperar.

Posteriormente, ha pasado por diversos especialistas hasta que le derivaron con el neuro pediatra que le diagnosticó trastorno del espectro autista a los 3 años.

El niño fue llevado al centro educativo inicial a la edad de 4 años, solo estuvo 2 semanas y los padres decidieron retirarlo pues los tutores de los demás compañeros se quejaron porque Víctor pellizcaba o mordía. La familia no podía solventar un colegio particular y tenía miedo de que le griten o le peguen, por lo cual buscó información y se enteró por unos vecinos del CEBE “Manuel Duato”, pudo conseguir una plaza e integrarse hasta la actualidad, por la pandemia, el niño tiene clases remotas, aunque aún no se adapta y a veces empieza a gritar al celular, tirar la silla o en algunos casos la mesa.

Por otro lado, cada vez que se realiza limpieza en el hogar, el evaluado suele ayudar, por lo cual salen al parque con su mascota o en algunas oportunidades le compra algo de su preferencia. La madre refiere que su hijo no tolera los ruidos fuertes, por eso salen al parque por las tardes o en la noche.

Finalmente, manifiesta que la cuarentena le afectó a su hijo, pues está acostumbrado a salir al parque, pero debido al alto riesgo, la familia ha decidido no estar en lugares públicos.

### **2.3.2 Historia Familiar**

Familia constituida por el padre, tiene 50 años, su estado civil es casado, cuenta con un empleo formal y goza de salud, así mismo, su madre tiene 45 años, estado civil casada, es ama de casa y goza de salud favorable. Finalmente, el hermano mayor, su estado civil es soltero y actualmente es estudiante de enfermería.

Los padres mantienen una relación adecuada velando por las necesidades del evaluado, además de otorgar sus galletas favoritas o frugos; si realiza una tarea o apoyo en el hogar, no obstante, lo castigan retirándole el celular o apagando el televisor si no realiza la orden solicitada por ambos padres de familia.

La relación con la madre es adecuada, hay una comunicación afectiva y asertiva, además de elogiar y dar cosas agradables de tipo comestible al niño, asimismo, cuando resondra a su hijo, le alza la voz, pero no le agrede físicamente.

En la relación afectiva del padre con su hijo, es fría y distante, el padre manifiesta: “Vengo cansado del trabajo y a veces lo llevo al parque”, refiere que solo le alza el tono de voz al no realizar sus actividades, no suele castigarlo físicamente.

La relación con el hermano mayor es adecuada, es cariñoso y paciente, no obstante, denota sobreprotección, en diversas oportunidades apoya a la madre cuando tiene que contenerlo al evaluado, debido a que golpea las paredes y suele lastimarse los nudillos, además, suele salir al parque en las noches y pasea con su hermano menor.

La familia acepta sus limitaciones y refuerzan sus capacidades, así mismo, los tíos, apoyan económicamente para sus terapias particulares.

### **2.3.3 Entrevista**

Durante la entrevista, fue poco colaborador, no estuvo tranquilo y en algunas ocasiones no obedecía al evaluador, se sentaba, cogía la cartuchera, lo tiraba al suelo, por lo cual la madre lo recogía y le alzaba la voz; así mismo, durante la recopilación de datos, realizaba manierismo y miraba en varias oportunidades el corrector que se encontraba en el escritorio. Balbuceaba algunas palabras y señalaba la cartera de la madre por lo cual abrió su bolso y le entregó el celular, se mantuvo tranquilo durante 15 minutos aproximadamente.

Al evaluar la Escala de Inteligencia de Stanford Binet, colaboró y obedecía a las indicaciones del evaluador. No obstante; en los sub-ítems de “torres de bloques” y “ensartado de cuentas”, Víctor se puso a jugar con los objetos y no entregó el material, por lo cual se acudió a la técnica de instigación verbal y se orientó su atención para retomar la prueba, en el sub-ítems “repetir tres dígitos”, empezó a golpear la mesa por dos minutos aproximadamente, luego su madre le dio el auricular y el infante se calmó.

Al aplicar la Escala de Clasificación del Autismo Infantil (CARS), el niño estuvo mirando el borrador y en dos oportunidades lo cogió, se levantó del asiento, posteriormente se sentó en las piernas de la madre y me observaba de reojo.

Por otro lado; en la evaluación de la Escala de Madurez Social de Vineland, permaneció sentado y la madre le dio una galleta dulce (Oreo), se mantuvo tranquilo hasta el final de la evaluación psicológica.

#### **2.3.4 Observación y Registro**

Aquel proceso se realizó en el hogar del paciente, el evaluador no interfirió en ningún momento para no alterar el registro ni presentar sesgos, así mismo, se observó las siguientes conductas disruptivas:

- Golpea y arroja la silla cuando no se le entrega de manera rápida los objetos que desea, la madre refirió: “Espérate por favor” se levantó del asiento, empezó a golpear el escritorio con mayor intensidad y frecuencia. Por lo cual la madre llamó al padre que se encontraba en la cocina quien con apoyo del hermano mayor lo cogieron de ambos brazos, en cuanto al padre manifestó: “Mocoso, hasta cuando vas a hacer tus berrinches” y salió de la sala; en cuanto al hermano mayor le entregó los auriculares para que el niño se calmara y jugaron con un peluche.
- Al escuchar sonidos agudos, se tapa las orejas y se pellizca el antebrazo por lo cual sujetan ambas manos sus padres, pues se hace heridas y moretones. El padre le quitó el control del televisor y apagó la serie por lo cual Víctor empezó a gritar más fuerte y tirarse al suelo, la madre fue y le prendió de nuevo el televisor.
- Durante las clases remotas, en algunas oportunidades gritaba a la pantalla y quería coger el celular que su madre lo sostenía para tirarlo. La madre cogió su mano y le alzó la voz, refiriendo: “Siéntate aquí niño malcriado, ya sabes que no habrá televisor ni helado”. En cuanto a su hermano manifestó: “Si le pides disculpa a mamá, vamos a la calle a comer gelatina”.

El evaluado, tiene deberes en el hogar, limpia la mesa con apoyo y suele poner la cuchara en la mesa. Cuando el niño cumple con las actividades mencionadas, se le

premia con galletas o frugos, además, suelen darle sticker de Nemo y en algunas oportunidades salen en las tardes o en la noche al parque. El evaluador concluyó que el reforzador de mayor jerarquía para el niño es el reforzador comestible, posteriormente el reforzador tangible y reforzador social.

### **2.3.5 Instrumentos Psicológicos**

Los instrumentos utilizados en este caso de estudio son:

En el área cognitiva se aplicó Escala de Inteligencia Stanford Binet, forma L-M, desarrollado por los científicos franceses, Alfred Binet y Theodore Simón solicitado por el Ministerio de Instrucción Pública, actualmente con la última revisión de la prueba de inteligencia L-M, abarca una zona más amplia de edades, está contrastada o tipificada con más precisión en toda su extensión, utilizada en el área clínica educativa al ser una prueba confiable, minuciosa y eficaz.

En el área social se aplicó Escala de Madurez Social de Vineland, desarrollado por Sparrow, Balla y Cicchetti en el año de 1958, el test permite una evaluación sobre el desarrollo mental y social, desde el primer año hasta los veinte cinco años. Aquel test psicológico mide cuatro áreas de la conducta: Comunicación, habilidades para la vida cotidiana, socialización y habilidades motoras.

Finalmente, la Escala de Clasificación del Autismo Infantil (CARS), elaborado por Schopler, Reicher, De Vello & Daly en 1988, es el resultado de más de 15 años y cuenta con una data de 1500 casos. La escala de los 15 ítems incorpora, los rasgos primarios

del autismo de Kanner y escalas adicionales de la sintomatología del autismo, con el fin de dar un diagnóstico más objetivo.

## 2.4 Informe Psicológico

### Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Víctor J.S
- Fecha de nacimiento : 12-01-2012
- Edad : 9 años y 2 meses
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : Lima
- Domicilio : Los Olivos
- Estado civil de los padres : Casados
- Centro educativo : CEBE Manuel Duato
- Fecha : 15/03; 19/03/; 28/03/21
- Examinador : Jean Carlo Chiu La Fuente.

### Motivo de Consulta

El niño acudió a consulta con la madre de familia por presentar conductas disruptivas de tirar la silla, gritar al celular y autolesionarse, además, no obedece indicaciones, tiene interés solo en actividades de juego de su preferencia.

Así mismo, evidencia conductas estereotipadas como aleteos de la mano, limitaciones de la interacción social e hipersensibilidad auditiva, por otro lado, la mamá refiere: “Se pellizca el antebrazo hasta dejarse moretones”.

### **Observaciones Generales y de Conducta**

El evaluado es de contextura normal, tez trigueña, cabello negro, talla y peso acuerdo a su edad cronológica, así mismo, se observó un buen aspecto personal en cuanto a su higiene, además de llevar vestimenta acorde a la estación.

Víctor estuvo tranquilo, pero fue poco colaborador durante las evaluaciones psicológicas, no obstante, en algunas ocasiones obedecía al evaluador y se le reforzaba de manera social, el niño se reía y en diversas oportunidades aplaudía.

Por otro lado, al no poder realizar algunas actividades, se pellizcaba el antebrazo y no entregaba los cubos, por lo cual, fue necesario dar constantes indicaciones verbales. Su nivel de atención y concentración son deficientes.

### **Método y Técnicas Psicológicas Utilizadas**

Los métodos y técnicas utilizados fueron los siguientes:

Registro de conducta, entrevistas con los padres, técnicas de observación participativa.



Registro y aplicación de diversos test psicológicos: Escala de Inteligencia Stanford Binet, Escala de Madurez Social de Vineland y Escala de Clasificación de Autismo Infantil (C.A.R.S.).

### **Análisis e Interpretación de Los Resultados**

En la Escala de Clasificación de Autismo Infantil (C.A.R.S), obtiene un puntaje de 36 que lo ubica en la categoría: Autismo moderado. Así mismo, las áreas con mayor puntaje son:

- Relación con otras personas: El estudiante se muestra distante, así mismo, la persistencia y la fuerza son necesarias para obtener la atención del niño, finalmente evita el contacto visual con pares o adultos.
- Comunicación verbal: Su habla se encuentra deteriorada y limitada, Víctor realiza ecolalias. Por otro lado, tiene peculiaridades en un exceso cuestionamiento y preocupación por temas específicos.
- Uso del cuerpo: El niño a lo largo de su infancia ha presentado manierismos o aleteos y autoagresiones.

En el área intelectual obtiene un coeficiente intelectual de 36, lo cual lo ubica en la categoría diagnóstica: Discapacidad Intelectual moderado. El mejor rendimiento se dio en “habilidad visomotora”, se evidencia mayor destreza en solución de situaciones problemas que generalmente requieren de información de habilidades visuales y motoras; no obstante, presenta mayor dificultad en la subárea de “memoria y concentración” en la cual el niño, tiene limitaciones para retener información y suele

distraerse frente a estímulos externos por lo cual dificulta la realización de tareas cotidianas.

En el área social, el evaluado tiene una edad social de 3 años 4 meses y un cociente social de 37 por lo cual se ubica en la categoría de Retraso social moderado.

Su desempeño más favorable es en las subáreas de:

- Ocupación: Por ende, ayuda en tareas simples de la casa, inicia sus actividades y corta con la tijera, así mismo, se divierte con carros de juguete y pelotas de trapo sin supervisión.
- Dirección de sí mismo: Le dan una pequeña cantidad de dinero y el niño compra algunos dulces con el acompañamiento de los padres.
- Ayuda de sí mismo-Vestido: Se abotona las prendas de vestir, se lava las manos y el rostro con ayuda parcial, además, suele bañarse con apoyo.
- Autoayuda- General: Va al baño y en algunas ocasiones solo necesita apoyo para defecar. No obstante, un rendimiento deficiente en las áreas de:
  - a. Socialización: El niño presenta dificultades en jugar o sociabilizar con otros pares.
  - b. Comunicación: Emplea pequeñas oraciones, sin embargo, aún no cuenta sus experiencias, ni escribe palabras con letras imprenta.
  - c. Ayuda a si mismo- alimentación: El evaluado aún no puede comer con tenedor ni utiliza el cuchillo para esparcir la mantequilla.

Víctor coge la silla y la arroja al suelo 5 veces en un tiempo de 30 minutos, intensidad de 7/10, duración de 2 minutos, latencia de 1 minuto con 5 segundos. Por otro

lado, el niño suele pellizcar sus antebrazos con una frecuencia de 5 en un tiempo de media hora, intensidad de 7/10, duración de 1 minuto y una latencia de 15 segundos. Finalmente, grita al celular en sus clases remotas 5 veces, intensidad de 6/10, una duración 3 minutos con 5 segundos y una latencia de 50 segundos.

### **Conclusión Diagnóstica**

En el área cognitiva presenta el diagnóstico de Discapacidad Intelectual con nivel moderado. De acuerdo con el área de madurez social se encuentra en la categoría Retraso social moderado y por último el niño presenta síntomas característicos del trastorno del espectro autista como conductas estereotipadas, hipersensibilización auditiva, dificultades en la interacción social y limitaciones en la comunicación.

Según el DSM V el evaluado obtiene el diagnóstico de trastorno del espectro autista grado 2 “Necesita ayuda notable”, que confirmaría los resultados del CARS.

### **Recomendaciones**

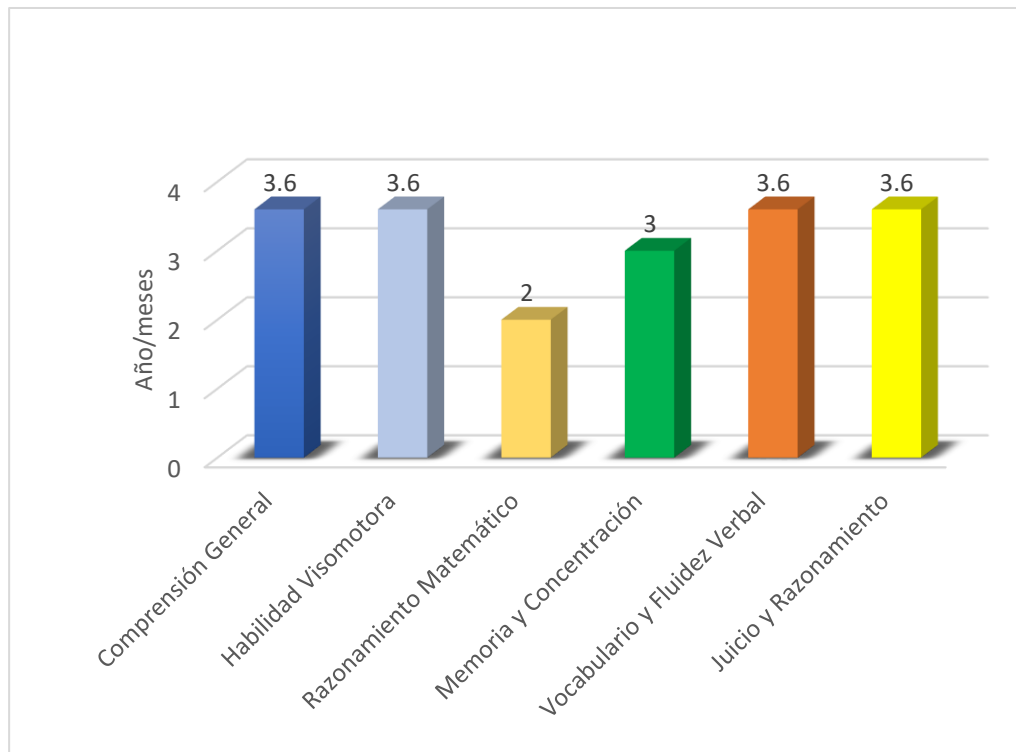
- Elaborar y aplicar un programa de modificación de conducta.
- Desarrollar un programa de habilidades sociales.
- Emplear apoyos visuales para organizar su jornada escolar.
- Dar responsabilidades simples en el hogar y en la escuela con la finalidad de crear mayor independencia.

- Para la familia, establecer las reglas y rutina del hogar adaptándolas al evaluado, así como también fomentar las experiencias fuera de casa para una mejor adaptación social.
- A los docentes, aplicar las necesidades educativas del evaluado y cumplir con los requerimientos del diagnóstico.

## 2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico

**Figura 1**

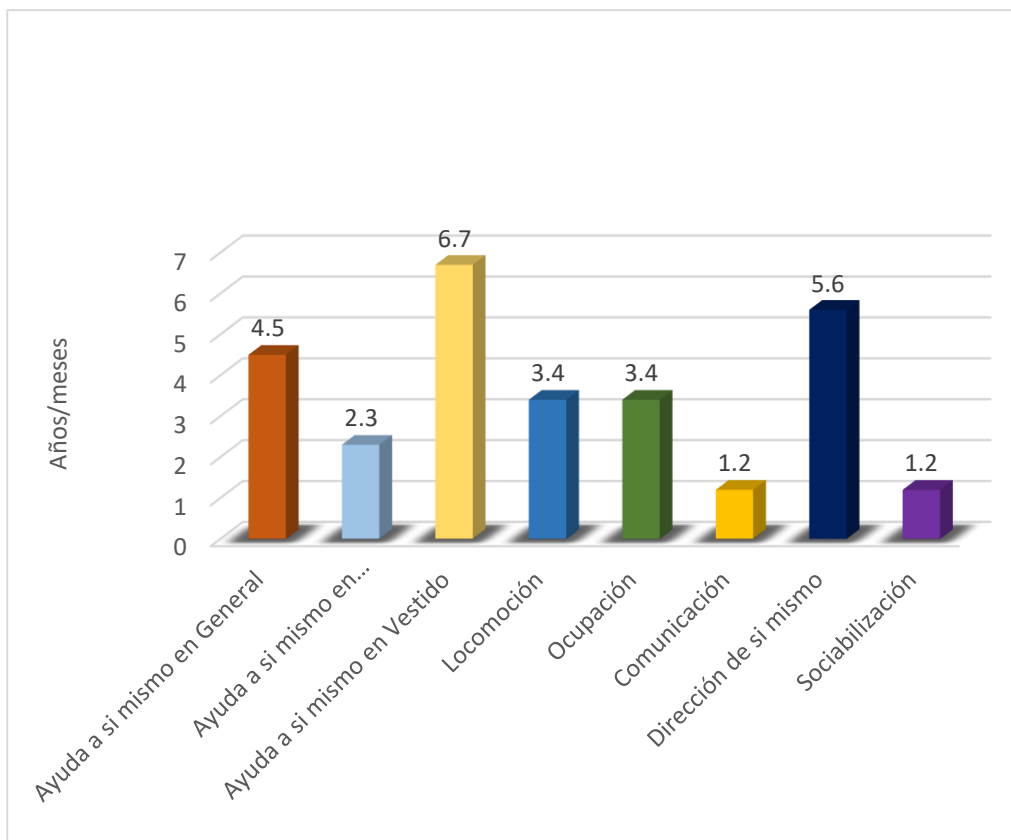
*Área Cognitiva- Stanford Binet*



*Nota:* Se observa que las áreas de Comprensión general, Habilidad visomotora, Vocabulario y fluidez, finalmente, Juicio y razonamiento corresponde a 3 años con 6 meses; Memoria y concentración corresponde a 3 años y el área de Razonamiento con 2 años.

**Figura 2**

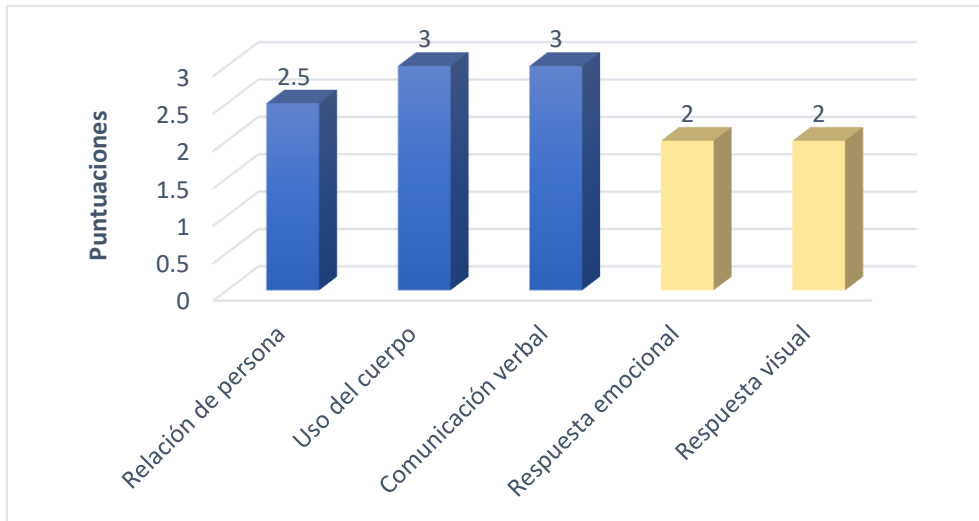
*Área de Madurez Social- Vineland*



*Nota:* En la figura 2 muestra mayor madurez e independencia en las áreas de Ayuda a sí mismo-vestido, Dirección de sí mismo, Ayuda a sí mismo en general; las áreas Locomoción y Ocupación un desarrollo promedio, finalmente, Comunicación, Sociabilización y Auto alimentación son las áreas más deficientes.

### Figura 3

#### Escala de Autismo Infantil-C.A.R.S



*Nota:* Se muestra las áreas con mayor puntaje en autismo, contrastando, con la de menor puntuación.

## Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica

### 3.1 Identificación del Problema Específico

Es un niño con trastorno del espectro autista que presenta conductas disruptivas como: se pellizca el antebrazo, grita frente a la pantalla del celular y suele tirar las sillas.

### 3.2 Diseño del Programa de Tratamiento

#### I. Datos Personales:

Nombres y Apellidos	:	Víctor J.S
Fecha de Nacimiento	:	12-01-2012
Edad Cronológica	:	9 años y 2 meses
Centro Educativo	:	CEBE Manuel Duato
Responsable	:	Chiu la Fuente, Jean
Inicio	:	10/04/2021

#### II. Objetivo:

Disminuir un 80% la frecuencia de la conducta disruptiva de auto pellizcarse el antebrazo, gritar frente a la pantalla del celular y tirar las sillas, a través de técnicas de modificación de conducta, que brindarán una evolución favorable



### **III. Definición:**

Las conductas disruptivas implican un desajuste en el desarrollo evolutivo del niño, imposibilitando crear y mantener relaciones sociales saludables debido a la conducta hostil hacia sus pares o miembros cercanos del estudiante.

### **IV. Repertorio de Entrada:**

Víctor presenta conductas básicas como atención, imitación, seguimientos de instrucciones y no presenta impedimentos físicos ni sensoriales.

### **V. Repertorio Terminal:**

El programa de intervención finaliza cuando el niño disminuya la frecuencia en un 80% de las conductas inadecuadas, por lo cual podrá mantener relaciones sociales favoreciendo la integración con sus pares en el salón de clase.

### **VI. Materiales:**

- Reforzador social: Aplausos, chocar la mano, frases motivadoras “Excelente, muy bien, eres un genio”.
- Reforzador comestible: Galletas Ritz, pop corn y Frugos.
- Reforzador tangible: Pato de goma, plastilina y pelota de mano.
- Cronómetro.

### **VII. Ambiente de Aplicación:**

- Hogar del niño.

### **VIII. Tiempo:**

Se han desarrollado en total 23 sesiones, las cuales han sido divididas de la siguiente forma:

Repertorio inicial (línea base): 4 sesiones

Psicoeducación con la familia: 2 sesiones

Intervención: 13 sesiones

Seguimiento: 4 sesiones

Las sesiones tienen una duración de 30 minutos.

### **IX. Técnicas a Utilizar:**

- Refuerzo positivo: comestible, tangible y social.
- Reforzamiento diferencial de otras conductas.
- Sobre corrección.
- Castigo positivo.
- Coste de respuesta.

### **X. Diseño Experimental:**

Para este caso de estudio, se utilizó el diseño bicondicional, modelo "A-B", según (Reynado,1991). Este comprende de 2 fases, la primera fase "A" se obtiene una línea base, y la fase "B", se centra en el tratamiento; en la primera fase el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la fase "B" introduce la variable

independiente y registra los cambios en la variable dependiente. De producirse cambios se atribuye a la acción de la variable independiente.

**Procedimiento:**

Evaluación Inicial:

A través de la observación de la conducta, se utilizará el registro para identificar la duración y frecuencia de las conductas disruptivas.

Entrenamiento:

La estructura del análisis conductual se divide en antecedente, conducta y consecuente, por lo cual es necesario seguir este modelo para un análisis detallado y sólido, el objetivo es disminuir las conductas disruptivas mencionadas anteriormente, se brindará el reforzador positivo inmediatamente cada vez que Víctor realice una conducta adecuada o esperada, no obstante, ante conductas inadecuadas se advertirá y posteriormente se aplicará una corrección.

El trabajo se realizó con los padres de familia y el hermano mayor, quienes son las personas con la que mayor interactúa el niño, por ende, fue necesario desarrollar 2 sesiones con una duración de 40 minutos, para brindar una psicoeducación, durante aquellas sesiones, se orientó acerca de las técnicas de modificación de conducta que se aplicará en este programa de intervención, además de aclarar dudas.

La aplicación del reforzador social se brindará durante la mayor parte del programa psicológico, así mismo, se utilizará el reforzador comestible, en conductas difíciles de instaurar.

Comestible:

- a. Pop corn.
- b. Frugos.
- c. Galletas Ritz.

Tangible:

- a. Pato de goma.
- b. Plastilina.
- c. Pelota de mano.

Social:

- a. Frases motivadoras “Muy bien, campeón”, “Vamos Víctor, eres el mejor”, “Eres un capo”.
- b. Chocar las manos.

Evaluación Final

Se realizará un registro final de la frecuencia de las conductas disruptivas, si ha disminuido un 80 % se da por finalizado la intervención.

### 3.3 Aplicación del Programa de Tratamiento

Durante 4 días se observó y registró la duración y frecuencia de las conductas disruptivas, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 1**

*Línea Base de las Conductas Disruptivas*

N° de sesión	1° Sesión	2° Sesión	3° Sesión	4° Sesión
Conducta Disruptiva	Pellizcar	Gritar al celular	Tirar la silla	Tirar la silla
Frecuencia	5	4	5	6
Tiempo	3.50"	4.25"	4.02"	5.50"

*Nota:* En este gráfico se evidencia la línea base de las conductas inadecuadas del evaluado.

Posteriormente se realizó una psicoeducación a los miembros de la familia y se realizó el programa de intervención que constó de 13° sesiones y tuvo una duración de 30 minutos, así mismo, se aplicó el análisis conductual, que consta de: antecedente, conducta y consecuente.

Psicoeducación:

Durante 2 sesiones se brindó instrucciones acerca de las técnicas de modificación de conducta, a todos los miembros de la familia, en la cual se mencionó al reforzamiento

diferencial de otras conductas, reforzamiento positivo, sobre corrección, castigo positivo, coste de respuesta entre otros.

Por otro lado, el padre de familia realizó constantes preguntas acerca de la técnica de extinción que se incluye en el reforzamiento diferencial de otras conductas por lo cual se dio ejemplos de un niño haciendo berrinche (tirarse al suelo por una golosina o celular) se mencionó que se debe ignorar aquella conducta inadecuada, así mismo, se advirtió de la “explosión de extinción”.

La madre preguntó acerca de la sobre corrección pues ella refirió: “ Yo lo apliqué por un tiempo pero no vi resultados” por la cual le comenté que me explique cómo lo realizó y en qué ocasiones, la señora mencionó que cuando el evaluado tiraba algún objeto, a veces lo recogía el niño y en otras oportunidades lo hacía su hermano o su padre, entonces le mencioné del porqué del fracaso de aquella técnica, sugerí a los miembros de la familia que cada vez que realice alguna conducta inadecuada de tirar objetos, Víctor va a reparar el daño ocasionado.

El hermano mayor me consultó si era oportuno darle dulces o galletas, en la cual manifesté que no era lo recomendable, pues aquellos dulces producen efectos nocivos en la salud además de una hiperactividad.

## **Sesión 1**

En esta primera sesión se mencionó el antecedente “las sillas en su sitio”, durante los 10 minutos el niño estuvo sentado, posteriormente tiró la silla y se volvió a repetir el antecedente, no obstante, se repitió aquella conducta inadecuada, por lo cual fue necesario aplicar la técnica de sobre corrección, que consiste en subsanar los daños

ocasionados, el evaluado no quiso recoger el objeto, por lo cual tuvimos que tomarlo de la mano (instigación física) y dirigirnos donde se encontraba la silla, por ser la primera sesión realicé la técnica del modelado, luego lo recogimos, lo pusimos en su lugar y se reforzó socialmente: “Gracias, por recoger la silla”, a lo largo de la sesión Víctor tiró la silla en 9 ocasiones, fue necesario la instigación física y verbal, así mismo, se optó por reforzar socialmente y comestiblemente (galleta Ritz) para aumentar la probabilidad que el niño recogiera el objeto, al finalizar la primera sesión no colaboró y se presentaron múltiples resistencias, además la frecuencia superó la línea base, por lo cual no se cumplió con el objetivo.

## **Sesión 2**

Durante el horario de clase que es llevada de manera virtual, se brindó el antecedente “atento y en silencio”, “ las sillas en su sitio”, el niño estuvo sentado en la silla y no gritó durante 3 minutos, por lo cual fue reforzado socialmente “muy bien, campeón”, transcurrió 4 minutos y el evaluado se levantó, agarró la silla y lo tiró, por lo cual le mencioné “no se tira la silla” con un tono de voz elevado, posteriormente se le dijo “vamos a recogerlo”, no obstante, no quiso levantarlo, por lo cual se aplicó la instigación física (tomar de la mano), ambos agarramos la silla y le dije: “Víctor, ayúdame a ponerlo en su sitio”; con un tono de voz neutral, lo puso en su sitio por lo cual se reforzó comestiblemente (pop corn), el niño tiró la silla por segunda ocasión y se aplicó la sobre corrección, al poner el objeto en su sitio se reforzó comestiblemente (pop corn y frugos de durazno), a lo largo de esta sesión, se subsanó 5 veces, hubo una disminución de la frecuencia considerablemente en cuanto a la primera sesión, si bien presentó resistencia fue menor a la intervención anterior, finalmente, se culminó cuando el niño estuvo

sentado, por lo cual se reforzó socialmente (muy bien, campeón) y comestiblemente (frugos), no se logró con el objetivo.

### **Sesión 3**

El evaluado, permaneció sentado, atendiendo su clase remota y se dio el antecedente “las manos dan cariño” , “atento y en silencio” el niño estuvo atento durante 7 minutos, por lo cual se reforzó socialmente (eres un capo) y comestiblemente (galletas), el cronómetro marcaba los 8 minutos con 5 segundos y Víctor empezó a auto pellizcarse, por lo cual se repitió el antecedente “las manos dan cariño” y redireccioné su atención, no obstante, aún se pellizcaba el antebrazo, por lo cual, apliqué instigación física (agarré su mano) e hicimos las sentadillas (castigo positivo). El evaluador se percató que durante los ejercicios el niño miraba de reojo y sonreía, se ignoró la sonrisa hasta terminar con las sentadillas, transcurrió 3 minutos y de nuevo empezó a pellizcarse, por lo cual fue necesario volver a aplicar el castigo positivo (las sentadillas establecidas), durante esta sesión se registró 7 veces la conducta inadecuada del pellizco en el antebrazo. Se culminó cuando estuvo tranquilo sin pellizcarse el antebrazo, por lo cual se reforzó comestiblemente (galleta y frugos) debido que es su reforzador primario, el objetivo no fue logrado.

### **Sesión 4**

Se optó por darle su juguete (pato de goma) cerca del niño antes de iniciar la sesión, y se dijo el antecedente “ las manos dan cariño” durante los 2 primeros minutos estuvo tranquilo y se reforzó socialmente (muy bien, campeón), posteriormente, empezó a pellizcarse, por lo cual se le retiró el reforzador tangible (coste de respuesta), el evaluado aumentó la frecuencia y empezó a gritar, por lo cual se adicionó las sentadillas



(castigo positivo), cuando se tranquilizó y dejó de pellizcarse se le brindó de nuevo su pato de goma, durante la sesión se aplicó el coste de respuesta y el castigo positivo (sentadillas), la frecuencia de la conducta inadecuada aumentó, pues se pellizcó 8 veces, lamentablemente la sesión finalizó cuando aún se realizaba el pellizco, el objetivo no se pudo cumplir, antes de retirarme pregunté a la madre el motivo de su irritabilidad y refirió “Posiblemente porque no tomó su medicamento, pues ya se le había acabado y no durmió bien por una fiesta del vecino”.

### **Sesión 5**

Durante la clase, el evaluado permaneció sentado y tranquilo por un tiempo de 10 minutos, por lo cual se otorgó su reforzador comestible (pan con pollo) y tangible (plastilina), después empezó a gritar mirando el celular, queriendo lanzar el móvil, se retiró el dispositivo y se aplicó el reforzamiento diferencial de otras conductas, por lo cual reforzaba la conducta alternativa de estar tranquilo y sentado e ignoré los gritos frente al celular, al estar más tranquilo le entregué su galleta Ritz y reforzador social: “Gracias, por estar tranquilo”. Al volver a realizar la conducta disruptiva se volvió a ignorar los gritos y se reforzó socialmente y comestiblemente las otras conductas alternativas, en esta sesión Víctor realizó 5 veces aquella conducta inadecuada, si bien, los gritos del niño eran más intensos, los padres no intervinieron pues habían sido capacitados previamente, se finalizó la sesión cuando el niño estuviera más sereno y se brindó su reforzador comestible favorito (galleta), se pudo culminar exitosamente sin embargo no se logró con el objetivo.

## **Sesión 6**

Al iniciar las clases virtuales, el evaluado se encontraba tranquilo en su asiento, transcurrió 9 minutos y empezó a pellizcarse, se mencionó el antecedente “las manos dan cariño”, sin embargo, seguía lesionándose, por lo cual se aplicó las sentadillas correspondientes (castigo positivo), así mismo, fue necesario coger de la muñeca (instigación física) pues el niño estaba inquieto y no quería realizar los ejercicios, pero con apoyo finalizó y se reforzó socialmente “Excelente, eres un campeón”. Víctor se distraía durante la clase con los útiles escolares que estaban en su cartuchera, por lo cual se retiró el distractor y empezó a autolesionarse, se volvió a mencionar el antecedente “las manos dan cariño”, pero no hizo caso, se optó por volver a aplicar la técnica de castigo positivo (sentadillas) y lo realizó sin mayor dificultad, durante la sexta sesión la frecuencia de pellizcarse fue de 5 veces y hubo resistencias al realizar las sentadillas, la frecuencia a disminuido sin embargo, no se llegó con el objetivo.

## **Sesión 7**

Víctor, estaba atento a la clase durante 15 minutos, sonó la tetera en la cocina y se tapó las orejas con ambas manos, me senté a su lado y le mencioné “tranquilo, tu mamá ya apagó la cocina, vas a estar bien” aún permanecía alterado y redireccioné su atención con su juguete de burbujas, se calmó por 3 minutos, posteriormente lanzó la silla, se mencionó el antecedente “las sillas en su sitio” y se tiró al suelo, agarré su mano y se levantó para ir a recoger el objeto que echó (sobre corrección) al estar en su sitio sereno tomó del frugos (reforzador comestible) y redireccionamos su atención para que el niño vuelva a estar atento a la clase, no obstante, volvió a lanzar la silla y en esta ocasión se derramó la tempera que estaba sobre la mesa por lo cual se subsanó

limpiando con un trapo y también puso la silla en su sitio, en esta sesión tiró el objeto en 4 oportunidades, la sesión finalizó cuando el evaluado estuvo tranquilo, si bien aún no se logra con el objetivo la frecuencia de la conducta inadecuada disminuye.

### **Sesión 8**

Al ingresar al domicilio del niño, observé que estaba debajo de la mesa y no hacía caso a su madre, por lo cual solo me senté en su lugar y mencioné a la madre que vuelva hacer sus actividades, transcurrió 7 minutos aproximadamente, se levantó y quiso sentarse en su sitio por lo cual reforcé socialmente “muy bien, por estar en tu sitio” además le di una cancha pop corn y retomamos la clase remota. Víctor gritó al celular y se dio el antecedente “tranquilo, en silencio” no obstante, siguió gritando y apliqué el reforzamiento diferencial de otras conductas, ignoré la conducta inadecuada de los gritos al celular que duró 1 minuto aproximadamente, hasta que la intensidad fue bajando por lo cual se reforzó tangiblemente con el pato de goma y se retomó la clase, antes de finalizar la sesión volvió a gritar, se mencionó el antecedente y se reforzó cuando el niño estuviese tranquilo y sentado, la frecuencia de la conducta inadecuada de gritar frente al celular fue de 4 veces.

### **Sesión 9**

Víctor estaba con su juguete favorito durante la clase, pero tiró la silla, por lo cual se le retiró su reforzador tangible (pato de goma) y se le mencionó el antecedente “la silla en su sitio”, sin embargo, no hizo caso y volvió a tirar la silla, por lo cual fue necesario la sobre corrección restitutiva (recoger la silla), el niño cogió la silla con apoyo del evaluador y lo regresamos a su sitio. Posteriormente, se integró a la clase y permaneció hasta su finalización, por lo cual fue reforzado comestiblemente (galleta Ritz y Frugo) y se le

devolvió su reforzador tangible. Al finalizar la sesión se registró que el niño solo tiró 3 veces, evidenciando una disminución considerable, por lo cual se cumplió con el objetivo planteado.

### **Sesión 10**

El evaluado estuvo sentado prestando atención a la clase remota, en silencio por el tiempo de 11 minutos con 15 segundos, por lo cual se reforzó socialmente: “Gracias por estar atento, eres un capo” además de darle un sorbo de Frugos (reforzador comestible), posteriormente, el niño tiró la silla por lo cual se subsanó aquella conducta inadecuada a través de la sobre corrección, en esta sesión no fue necesario la instigación física, bastó con la instigación verbal: “Vamos a recoger la silla”. Al finalizar la sesión, el niño sonrió, por lo cual fue correspondido con una sonrisa por parte de los padres y del evaluador (reforzador social), así mismo, durante esta intervención la frecuencia fue menor a la línea base y fue más colaborativo.

### **Sesión 11**

El niño estuvo atento a la clase virtual, no obstante, durante la sesión solo gritó dos veces al celular por lo cual se ignoró aquel comportamiento inadecuado y se reforzó las conductas alternativas (RDO), de estar sentado en la silla y permanecer tranquilo en la clase, durante esta sesión solo se reforzó socialmente: “Muy bien, estás tranquilo”, “Eres un capo” al concluir con la octava intervención se determinó que disminuyó considerablemente la duración, intensidad y frecuencia de los gritos debido a la técnica de modificación establecida, así mismo, finalizó la sesión tranquilo y sereno, se logró el objetivo, por lo cual los padres de familia le dieron gelatina de fresa.

## **Sesión 12**

Víctor, permaneció tranquilo durante las clases virtuales durante 16 minutos, posteriormente se autolesionó 2 veces con los pellizcos, por lo cual aplicamos las sentadillas correspondientes (castigo +), cuando estuvo tranquilo se brindó su reforzador tangible “pato de goma” y permaneció sereno por 5 minutos aproximadamente, luego el niño se volvió a lesionar el antebrazo por lo cual volvimos a realizar las sentadillas establecidas (castigo positivo) nos miró y sonrió durante el ejercicio, por lo cual ignoramos hasta finalizar con la rutina, así mismo, realizó las actividades escolares que la maestra le indicaba a través de la clase remota y la madre de familia lo apoyaba. Durante esta sesión fue colaborador y al finalizar la intervención le dimos un abrazo y un sticker, se cumplió con el objetivo propuesto.

## **Sesión 13**

Durante la última sesión el evaluado tiró la silla por única vez durante toda la intervención, solo fue necesario la instigación verbal: “Víctor, recoge la silla, por favor” por lo cual se aplicó la sobre corrección restitutiva, por ende, el niño tuvo que poner la silla donde se encontraba, se mantuvo sereno y atento a la clase virtual. Al finalizar la intervención, la madre le dio un helado de vainilla (ref. comestible) y abrazó a su menor hijo, el padre refirió: “Muy bien campeón” por último su hermano le regaló sticker de Bob Esponja, cumpliendo con el objetivo.

### 3.4 Resultados del Tratamiento

La intervención psicológica tuvo una duración de 4 semanas, en la cual se intervino 3 veces por semana, así mismo, cada sesión tuvo una duración de 30 minutos, la conducta disruptiva disminuyó y se cumplió con los objetivos.

Los resultados se aprecian en las siguientes tablas:

**Tabla 2**

*Repertorio de Entrada*

<b>Sesiones</b>	<b>1° sesión</b>	<b>2° sesión</b>	<b>3° sesión</b>	<b>4° sesión</b>
Frecuencia	5	4	5	6
Conducta Disruptiva	Pellizco	Gritar al celular	Tirar la silla	Tirar la silla

*Nota:* Se evidencia que antes de iniciar con el tratamiento, la conducta inadecuada de tirar la silla es la más frecuente, posteriormente, sigue la conducta disruptiva de pellizcarse el antebrazo, finalmente, gritar al celular.

**Tabla 3***Programa de Intervención*

<b>Sesiones</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>	<b>4°</b>	<b>5°</b>	<b>6°</b>	<b>7°</b>	<b>8°</b>	<b>9°</b>	<b>10°</b>	<b>11°</b>	<b>12°</b>	<b>13°</b>
Frecuencia	9	5	7	8	5	5	4	3	3	2	2	2	1
Conducta Disruptiva	Tirar la silla	Tirar la silla	Pellizco	Pellizco	Grita al celular	Pellizco	Tirar la silla	Gritar al cel.	Tirar la silla	Tirar la silla	Gritar al celular	Pellizco	Tirar la silla

*Nota:* Se registró una frecuencia por encima de la línea base en la conducta de tirar la silla, no obstante, se cumplió con el objetivo en la 13° sesión; la conducta inadecuada del pellizco aumentó su frecuencia en la 4° sesión y logró la meta en la 12° sesión, finalmente, Víctor disminuyó la frecuencia de gritar al celular en la 11° sesión.

**Tabla 4**

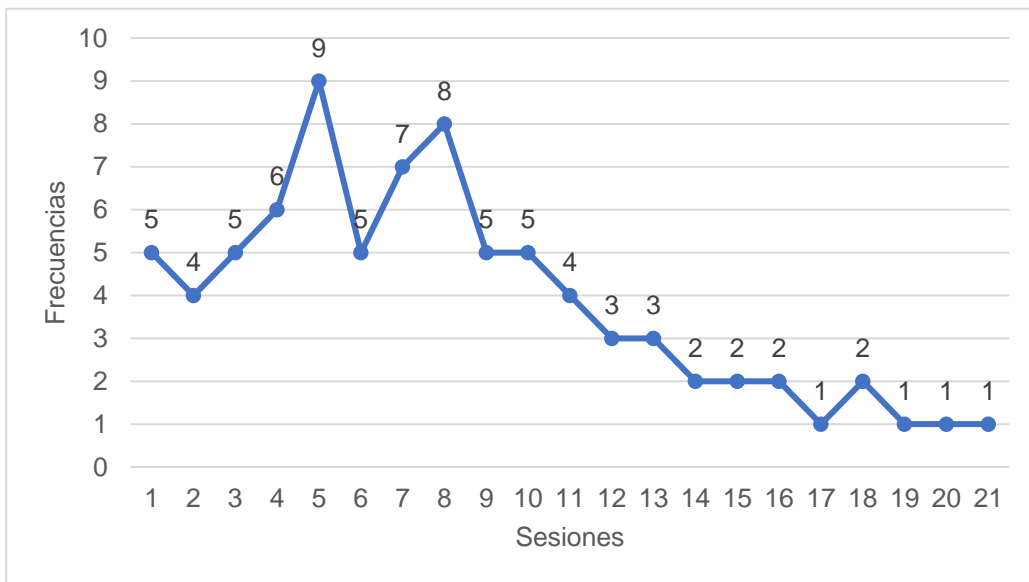
Seguimiento de la Intervención

Sesiones	1° sesión	2° sesión	3° sesión	4° sesión
Frecuencia	2	1	1	1
Conducta D.	Tirar la silla	Pellizco	Gritar al celular	Tirar la silla

*Nota:* Durante el post tratamiento, el niño mantiene la reducción de las conductas disruptivas por lo cual se cumplió con el objetivo.

**Figura 4**

*Frecuencias de las Conductas Inadecuadas*



Se observa el repertorio de entrada de Víctor en las primeras 4 sesiones, la variación de la frecuencia durante las 13 intervenciones, finalmente; los logros obtenidos durante el post tratamiento.



### **3.5 Seguimiento e Informe del Tratamiento**

Se corroboró que la frecuencia de la conducta disruptiva había disminuido y se mantenía con una media de 1.25 en un tiempo de 30 minutos. Para asentar aquel logro durante más tiempo, fue necesario enseñar a los padres de familia del reforzador intermitente, que es una potente técnica de modificación de la conducta para mantener el comportamiento deseado. Víctor estuvo sentado y en silencio durante un tiempo de 15 minutos en su clase remota, la madre refirió: “Mi hijo se encuentra más estable y tratamos de estar más unidos”.

El programa de intervención tuvo como objetivo disminuir un 80% la frecuencia de las conductas disruptivas de auto pellizcarse, gritar frente a la pantalla del celular y tirar las sillas, por lo cual, fue necesario aplicar técnicas de modificación de conducta.

Se procedió a realizar el programa de intervención utilizando diversas técnicas de modificación de conducta; refuerzo positivo, reforzamiento diferencial de otras conductas, sobre corrección, castigo positivo y coste de respuesta. Se brindó información de la intervención y las técnicas de modificación de conducta a través de la psicoeducación a la familia y se hizo hincapié en el apoyo y perseverancia de cada integrante de la familia.

Se determinaron 13 sesiones en la cual la primera sesión fue complicada debido a que el niño no colaboraba, tiraba la silla reiteradas veces, por lo cual se subsanó, a través, de la sobre corrección y se cumplió con la meta en la última intervención, en la cuarta sesión la conducta inadecuada del pellizco superó la línea base, no obstante, en la octava sesión disminuyó la frecuencia, asimismo, en la doceava sesión se cumplió el objetivo. Finalmente, en la onceava sesión se redujo la frecuencia de la conducta.

disruptiva de gritar al celular y se logró el objetivo planteado, debido a la técnica de reforzamiento diferencial de otras conductas.

Se utilizó diversos reforzadores por lo cual fue necesario realizar una jerarquía de reforzador, primando en el evaluado el reforzador comestible, posteriormente el tangible y social. Cabe precisar que los reforzadores se dieron al finalizar conductas adecuadas o más flexibles, previamente identificadas.

Finalmente, a través del seguimiento se corroboró que el programa de intervención ha cumplido con el objetivo de disminuir aquellas conductas disruptivas.

## Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

### 4.1 Resumen

En el presente estudio de caso se evalúa a Víctor, quien es un niño de 9 años, diagnosticado con trastorno del espectro autista, el evaluado asiste al CEBE “Manuel Duato”, presenta conductas disruptivas que dificultan su vida cotidiana.

El proceso de evaluación y diagnóstico se realizó a través del uso de técnicas psicológicas como: anamnesis psicológica, entrevista, observación, registro y la aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de Inteligencia Stanford Binet, Escala de Madurez Social de Vineland y Escala de Clasificación de Autismo Infantil (C.A.R.S).

Los resultados de los instrumentos psicológicos indican que presenta un trastorno del espectro autista con un nivel moderado, así mismo, una discapacidad intelectual moderada y retraso social moderado.

A través de la observación y registro se corroboró que el niño presenta diversas conductas inadecuadas e incluso autolesiones, por lo cual fue conveniente aplicar un programa de modificación de conducta.

Se programaron 13 sesiones para la intervención y se desarrolló durante 1 mes, de 30 minutos cada sesión donde se utilizó técnicas de modificación de conducta como el reforzador positivo comestible, tangible y social, sobre corrección, reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), castigo positivo y coste de respuesta. Aquellas

técnicas cumplieron con el objetivo planteado que era disminuir las conductas disruptivas del niño.

La conducta inadecuada de tirar la silla se redujo a una frecuencia de 1, así mismo, la conducta disruptiva de pellizcarse el brazo disminuyó a 1 en un intervalo de 30 minutos, finalmente, la conducta de gritar a la pantalla del celular se minimizó a 1.

Los resultados se mantienen durante las 4 sesiones del post tratamiento, por lo cual se dio por finalizado la intervención.

## **4.2 Conclusiones**

Con relación al objetivo propuesto en la intervención y analizando los resultados obtenidos en el presente caso, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El “Programa para disminuir conductas disruptivas en niño autista” cumplió con el objetivo planteado, fue efectivo y favoreció un desarrollo más armonioso con su entorno cercano y con sus pares.
2. La técnica de sobre corrección fue eficaz y determinante para la disminución de la conducta disruptiva de tirar las sillas.
3. El reforzamiento diferencial de otras conductas y la técnica de extinción redujo la frecuencia de gritar a la pantalla del celular.
4. El coste de respuesta fue efectivo en la disminución considerable de la conducta autolesiva del pellizco en el antebrazo.

### **4.3 Recomendaciones**

- Aplicar y mantener las técnicas de modificación de conducta, a lo largo de su desarrollo evolutivo.
- Utilizar el reforzador intermitente con el fin de que la conducta deseada se mantenga por mayor tiempo.
- Brindar normas claras y precisas a través de guía visuales, favoreciendo conductas apropiadas.
- Programar técnicas de respiración entre sus clases remotas con el fin que Víctor disminuya el estrés académico.
- Fomentar responsabilidades e intereses mutuos.

## Referencias

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition). Arlington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (fifth edition) (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Artigas-Pallarés, J., & Paula-Pérez, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32(115), 567- 587

BACB (2014). Applied Behavior Analysis Treatment of Autism Spectrum Disorder: *Practice Guidelines for Healthcare Funders and Managers*. Recuperado de:  
[https://www.bacb.com/wp-content/uploads/2017/09/ABA\\_Guidelines\\_for\\_ASD.pdf](https://www.bacb.com/wp-content/uploads/2017/09/ABA_Guidelines_for_ASD.pdf)

Baio, J. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Morbidity and Mortality Weekly*, Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>

Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: *Autism and developmental disabilities monitoring network*, 11 sites, United States,

2010. Morbidity and Mortality Weekly Report, 63, 1-21. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>
- Boat, T. y Wu, J. (2015). Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children. *Washington: National Academy Press.* Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332882/>
- Bondy, A. y Frost, L. (1994): “*The Picture Exchange Communication System. Focus: Autism*”, *Other Dev. Disable.*, 9(3), pp. 1-11.
- Casenhiser, D., Shanker, S. & Stieben, J. (2013): “*Learning Through Interaction in Children with Autism: Preliminary Data from A-social-Communication-Based Intervention*”, *Autism*, 17(2), pp. 220- 235.
- CDC (Center for Disease Control) (2008): “*Prevalence of Autism Spectrum Disorders*”, *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, Estados Unidos, Surveillance Summaries*, 61(SS03), pp. 1-19.
- Charman, T. (2002). The prevalence of autism spectrum disorders: Recent evidence and future challenges. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11 (6), 249-256. [doi:10.1007/s00787-002-0297-8](https://doi.org/10.1007/s00787-002-0297-8).
- Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lloyd, J., Kasmara, L., Holden, J. y Lewis, M. (2008). Trends in autism prevalence: diagnostic substitutions revisited. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 38, 1036-1046.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2017). *Análisis Aplicado de la Conducta*.

España. 2 da edición. ABA, España.

Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 87-89.

Freitag, C.; Staal, W.; Klauck, S.; Duketis, E. y Waites, R. (2010): “*Genetics of Autistic Disorders: Review and Clinical Implications*”, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 19(3), pp. 169-178.

Frith, U. (2004). *¿Qué es el autismo? En Autismo: Hacia una explicación del enigma* (pp.20-21). Madrid: Alianza Editorial.

Healy, S., Aigner, C. J., & Haegele, J. A. (2019). Prevalence of overweight and obesity among US youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(4), 1046-1050.

<https://doi.org/10.1177/1362361318791817>

Hervás, A, Balmaña, N, Salgado M. *Los trastornos del espectro autista (TEA)*. *Pediatría Integral*. 2017; XXI (2): 92-108.

Hollins, T. (1955) *Teacher's attitudes to children's behavior*. Manchester: Ed. University of Manchester.



Irarrázaval, M. Brokering W., & et al. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 51-60.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100007>

Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nerv Child*, 217-50.

Kazdin, A.E. (199kaz6). *Modificación de Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Manual Moderno

Kesper, K., y Lucyshyn, J. (2018). Cognitive behavior therapy to treat anxiety among children with autism spectrum disorders: *A systematic review*. *El Servier*, 52, 37 – 50. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1750946718300746>

Lovaas, O. I., Freitag, G., Gold, V. J., & Kassorla, I. C. (1965). *Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2(1), 67-84

Lovaas, O. I., Koegel, R. L., & Schreibman, L. (1979). *Stimulus over selectivity in autism: A review of research*. *Psychologic Bulletin*, 86(6), 1236-1254

Martin, G y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid. Pearson

- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de Conducta*. Madrid. Prentice Hall
- Matos, M. y Mustaca, A., (2005). *Análisis Comportamental Aplicado (ACA) y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina*. Interdisciplinaria 22(1)
- Muhle, R., Trentacoste, S., Rapin, I. (2004): “*The Genetics of Autism*”, *Pediatrics*, 113(5), pp. 472-486
- Mulas, F., Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 1 – 8. Recuperado de <https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1839.1-bdS03S077.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Palomo, R. (2017) TEA. *Evolución histórica de la concepción y definición clínica del trastorno Autismo*. Teorías explicativas actuales (pp.27- 28). Madrid: Alianza Editorial.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M. et al (2012). *Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista*. *Neurol*, 54(1), 63- 71.

Skinner, B.F. (1953): *Science and Human Behavior*. NY. MacMillan (Traducción castellano, 1970. Barcelona. Fontanella)

Spiegler, M.D. & Guevremont, D.C. (2010). *Contemporary behavior therapy*. Wadsworth.

Strain, P. & Cordisco, L. (1994): *Preschool Education Programs for Children with Autism*, Austin, ProEd, pp. 225-234.

Strain, P. & Hoyson, M. (2000): "The Need for Longitudinal, Intensive Social Skill Intervention. LEAP Follow-Up Outcomes for Children with Autism", *Topics Early Child Spec. Educ.*, 20(2), pp. 117-120.

Uruñuela, P. (2006) *Convivencia y conflictividad en las aulas: análisis conceptual. Disrupción en las aulas problemas y soluciones*. Madrid: MECED.

Wallace, M.D. y Najdowski, A.C. (2009). *Differential Reinforcement of other behavior and differential reinforcement of alternative behavior*. N.J Johnson Wiley and Sons, Inc.

Wolf, M. M., Risley, T. R., & Mees H. (1964). *Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child*. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 305-312

Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (s. f.). *Los trastornos del espectro autista (TEA)*. 18.

## **ANEXOS**

ANEXO A

CARS  
 ESCALA DE CLASIFICACION DEL AUTISMO INFANTIL (CARS)  
 (Hoja de Calificación)

Soler, E. Reicher, B.J. De Velloz, R.F. & Daly, K.

Direcciones: Para cada categoría, use el espacio manteniendo debajo de cada balanza tomando los apuntes acerca de las conductas pertinentes a cada balanza. Después de que usted ha terminado de observar al niño (o marque) 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. Usted puede indicar que el niño está entre dos descripciones usando calificaciones de 1.5, 2.5 o 3. El criterio de la evaluación abreviada se presenta para cada balanza. Vea el capítulo dos del Manual para el criterio de calificación detallada.

CEBE  
 11-03-2021

Examinador: Chiu

	1. RELACIONES A PERSONAS	PUNTAJE
	ÁREAS	
1	No evidencia la dificultad al relacionarse con personas: Comportamiento apropiado para su edad. Timidez fastidio al conversarle, quisquilloso.	
1.5	Relaciones con Otras Personas	2.5
2	Relaciones levemente anormales: Evita el contacto visual con los adultos y se toma susceptible y lloran 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.	2.5
2.5	III. Afecto	2.5
3	Relaciones moderadamente anormales: El niño se muestra distante, reservados períodos. La persistencia y la fuerza son necesarias para obtener la atención del niño.	2.5
3.5	V. Relaciones con los Objetos	2.5
4	Relaciones severamente anormales: El niño es básicamente distante e ignora lo que el adulto hace. Casi nunca responde e inicia contacto con el adulto. Se requiere de mucha persistencia para obtener su atención.	2

- VIII. Respuesta Auditiva ..... 2.5
- IX. Respuesta a Receptos Cercanos ..... 2
- X. Respuesta de Ansiedad ..... 2

	2. IMITACION	PUNTAJE
	XI. Comunicación Verbal	3
1	Imitación apropiada: El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos que son apropiados para su edad.	2.5
1.5	XII. Comunicación No Verbal	2
2	XIII. Nivel de Actividad	2.5
2.5	Imitación levemente anormal: El niño imita simples comportamientos como aplausos o simples sonidos verbales. Ocasionalmente imita solo después de estimularlo y con retraso.	2.5
3	XIV. Funcionamiento General	2.5
3.5	Imitación moderadamente anormal: imita solo partes y requiere de gran persistencia y ayuda de adultos. Frecuentemente imita con retraso.	2.5
4	Imitación severamente anormal: 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.	2

Categoría Diagnóstica: Autismo Moderado

3. RESPUESTA EMOCIONAL	
1	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.
1.5	Respuestas emocionales levemente anormales: Ocasionalmente muestra una inapropiada tipo de respuesta emocional. En algunas ocasiones las reacciones se están relacionadas con los objetos o eventos alrededor de él.
2	Respuestas emocionales moderadamente anormales: El niño muestra signos inapropiados de respuestas emocionales. Estas son un tanto inhibidas o excesivas y no relacionadas a la situación, hace muecas, se ríe y se vuelve parco aún cuando no hay aparente estímulo emocional.
2.5	
3	Respuestas emocionales severamente anormales: Las respuestas son raramente apropiadas a 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 ha cambiado.
3.5	
4	

4. USO DEL CUERPO	
1	Uso apropiado del cuerpo: El niño se mueve con facilidad, agilidad y coordinación de acuerdo a su edad.
1.5	Uso apropiado levemente anormal: Algunos pocas peculiaridades están presentes como estereotipadas, pobre coordinación o rara aparición de movimientos inusuales.
2	Uso del cuerpo moderadamente anormal: Entre algunos de los comportamientos extraños inusuales se incluye extraños movimientos de los dedos, posturas peculiares de los dedos y cuerpo, autoagresión, picotearse el cuerpo, balancearse, darse vueltas.
2.5	
3	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.
3.5	
4	

5. USO DE JUGUETES	
1	Apropiado: Uso e interés por juguetes y otros objetos. El niño muestra el normal interés en juguetes apropiados para sus habilidades y sus usos de manera apropiada.
1.5	
2	Levemente inapropiado interés y uso de juguetes: El niño muestra interés atípico en un juguete, o juega con éste de manera inapropiada.
2.5	
3	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.
3.5	
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.

6. ADAPTACION AL CAMBIO	
1	Responde al cambio apropiadamente: Cuando se percata de cambios de rutina, los acepta sin ansiedad inapropiada.
1.5	
2	Adaptación al cambio levemente anormal: Cuando el adulto trata de cambiar los objetivos o tareas al niño, el niño continúa con la misma actividad o usa los mismos materiales.
2.5	
3	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.
3.5	
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.

7. RESPUESTA VISUAL	
1	Apropiada respuesta visual: Su comportamiento visual es normal y apropiado para su edad. Su visión es usada junto con otros sentidos como un modo como 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 iluminación, 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 los objetos de un ángulo extraño, sujeta objetos cerca de los ojos.
3.5	
4	Respuesta visual severamente anormal: Constantemente evita mirar a personas o determinados objetos. Muestra formas extremas de mirar objetos y otras peculiaridades visuales descritas anteriormente.

sonidos que le molestan: la lección

8. RESPUESTA AUDITIVA	
1	Apropiada respuesta auditiva: Su comportamiento auditivo es normal y apropiada para su edad. El escuchar está unido a otros sonidos.
1.5	
2	Respuesta auditiva levemente anormal: Hay una deficiencia en la respuesta, o la sobre corrección a determinadas 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 los ignora la primera vez que son realizados, puede cubrirse los oídos cuando escucha alguno de los sonidos dañinos.
3.5	
4	Respuesta auditiva severamente anormal: El niño sobre reacciona o no muestra ninguna reacción a sonidos hechos a grados extremos, no importando el tipo de sonido.



9. RESPUESTAS Y USOS TÁCTILES, OLFATIVAS Y GUSTATIVAS	
1	Normal uso y respuesta olfativa, gustativa o táctil: El niño explora nuevos objetos de forma apropiada para su edad, generalmente sintiéndolos o mirándolos reaccionan al dolor sin sobrereactuar.
1.5 2	Levemente anormal, uso y respuesta olfativa, gustativa o táctil: Persiste en poner cosas en su boca, huele o prueba objetos, ignora y sobreactúa a un Suevo dolor que un niño normal expresaría disconformidad.
2.5 3	Moderadamente anormal uso y respuesta olfativa, gustativa o táctil: El niño debe estar moderadamente preocupado al tocar, oler y probar objetos a personas. Debe reaccionar demasiado o muy poco.
3.5 4	Severamente anormal, uso y respuesta olfativa, olfativa o táctil: El niño debe estar preocupado al tocar, oler y probar objetos más por la sensación que por la normal exploración o uso de los objetos. Ignora por completo el dolor o reacciona fuertemente a la menos disconformidad.

10. TEMOR O NERVIOSISMO	
1	Normal temor o nerviosismo: El comportamiento del niño es apropiado en ambas situaciones para su edad.
1.5 2	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.
2.5 3	Temor o nerviosismo moderadamente anormal: El niño muestra un temor más, o un tanto menos temor que lo típico aun en la misma situación.
3.5 4	Temor o nerviosismo severamente anormal: El temor persiste aún después de repetidas experiencias con objetos u 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.

11. COMUNICACION VERBAL	
1	Normal comunicación verbal: Apropiado para su edad y situación.
1.5 2	Comunicación verbal levemente anormal: El habla se muestra un poco retardada, muestra ecolalia e inversiones. Algunas jergas o palabras peculiares se usan ocasionalmente. La mayoría del habla es significativa.
2.5 3	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.
3.5 4	Comunicación verbal severamente anormal: No usa habla significativa. El niño da gritos infantiles y agudos raps (como de animales), ruidos complejos constantes. Uso de palabras o frases irreconocibles.

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

13. NIVEL DE ACTIVIDAD	
1	Actividad normal para su edad y circunstancia: 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 más activo y difícil de ser restringido. Tiene muchas energías 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 tome en actividad.
3.5	
4	Nivel de actividad severamente anormal: El niño exhibe extremadamente actividad o inactividad e incluso puede cambiar de un extremo al otro.

14. NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELLECTUAL	
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 retrasados 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 debiera ni tampoco en todas las áreas.

15. IMPRESIÓN GENERAL	
1	No autismo: El niño no muestra de los síntomas característicos de autismo.
1.5 2	Autismo Leve: El niño muestra solo algunos de los síntomas o mínimos grados de a
2.5 3	Autismo moderado: El niño muestra un número de síntomas o un grado moderado de
3.5 4	Autismo severo: El niño presenta muchos síntomas o un grado extremo de autismo

#### F).- CALIFICACIÓN:

Para la calificación, se debe tomar en cuenta la siguiente consideración:

- Se suman los puntajes obtenidos en cada área.
- De ésta manera, se obtiene el **PUNTAJE TOTAL**.
- Después, se pasa a ubicarlos en la Tabla Diagnóstica.
- El informe se redacta en base a las áreas donde obtuvo puntaje de 3 o más de 3.

## ANEXO B

### ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

#### DATOS GENERALES

#### EDAD DE FUNCIONAMIENTO

Nombre .....	Ayuda a Si Mismo.....
Edad .....	Autov. en la Comida.....
Fecha .....	Autov. en el Vestido.....
Punt. Parc. ....	Locomoción.....
Punt. Total .....	Ocupación.....
Edad Social .....	Comunicación.....
Cociente Social .....	Autodirección.....
Diagnóstico .....	Socialización.....

#### EDAD 0 - I

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

#### EDAD I - II

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



EDAD II - III

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

EDAD III - IV

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

EDAD IV - V

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

EDAD V - VI

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

EDAD VI - VII

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

EDAD VII - VIII

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

EDAD VIII - IX

- .....71 Usa instrumentos o utensilios
- .....72 Hace trabajos rutinarios en casa
- .....73 Lee por propia iniciativa
- .....74 Se baña solo

EDAD IX - X

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

Categorías	Ayuda de si mismo General	Ayuda de si mismo Alimento	Ayuda de si mismo Vestido	Dirección	Locomoción	Ocupación	Comunicación	Socialización
00 - 01	2-3-5 6-8-9 13-15	11 16			12	7	1 10 17	4 14
01 - 02	23 26	20-25 28-30 33	21		18 29 32	19 22 24	31 34	27
02 - 03	35 41	38 39	37 40 42			36 43	44	
03 - 04			47 50		45	48		46 49
04 - 05	51		52-54		53	55		56
05 - 06				60	61	57	58	59
06 - 07		62	64 65				63	
07 - 08	66	67	70					68 69
08 - 09			74			71 72	73	
09 - 10		75		76	77			
10 - 11						80	78 79 81	
11 - 12				83		82	84	
12 - 15			86	87		89		85 88
15 - 18				93 94 95	92		90 91	
18 - 20				97-99 100 101	96	98		
20 - 25				102 105				103 104
25 +				112		106-113 107-114 108-116 111		109 110 115 117

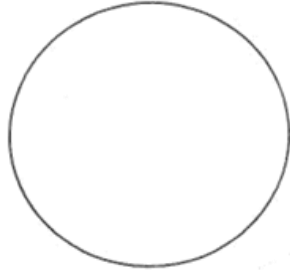
ANEXO C

ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET  
PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: Victor Fecha de la prueba: 15-03-2014  
 Instrucción: ..... Sexo: M Fecha de nacimiento: 12.01.2013  
 Examinador: Chuy Edad: 9 y 2 meses

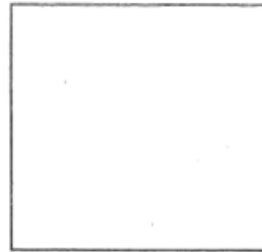
AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Tablero de formas.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Identificar objetos por su uso.	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Respuesta diferida.	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Identificar partes del cuerpo.	(6)	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Partes del cuerpo.	(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Nombrar objetos.	(5)	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Torre de bloques.		<input checked="" type="checkbox"/>	4. Vocabulario de imágenes.	(8)	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Vocabulario de imágenes.	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Repetir dos dígitos.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Combinación de palabras.	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Obedecer ordenes sencillas.	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>
PS.: Identificar objetos por su nombre.	(5)	<input checked="" type="checkbox"/>	PS.: Tablero de formas invertido	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Ensartado de cuentas.	2'	(4) <input checked="" type="checkbox"/>	1. Comparación de pelotas	(3 de 3 ó 5 de 6)	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Vocabulario de imágenes.	(10)	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Paciencia: Figuras	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Puente de cubos.		<input checked="" type="checkbox"/>	3. Discriminar figuras de animales	(4)	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Memoria de imágenes.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Describir grabado: Nivel I	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Copiar un círculo.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Clasificar botones.	2'	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Dibujar una línea vertical.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Comprensión I	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>
PS.: Repetir tres dígitos.	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	PS.: Comparar palitos	(3 de 3 ó 5 de 6)	<input checked="" type="checkbox"/>
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Vocabulario de imágenes.	(14)	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Comparaciones estéticas	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Nombrar objetos de memoria.	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Analogías opuestas II	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Analogías opuestas II	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Semejanzas/Diferencias de figuras II	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Identificar imágenes.	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Materiales	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Discriminación de formas	(8)	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Tres encargos	(3)	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Comprensión II	(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Comprensión HI	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>
PS.: Memoria de frases II	(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	PS.: Identificar imágenes	(4)	<input checked="" type="checkbox"/>
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)			AÑO VI-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		
1. Completar dibujo de hombre.	(2)	<input type="checkbox"/>	1. Vocabulario	(6)	<input type="checkbox"/>
2. Doblar papel: Triángulo		<input type="checkbox"/>	2. Diferencias	(2)	<input type="checkbox"/>
3. Definiciones	(2)	<input type="checkbox"/>	3. Figuras incompletas	(4)	<input type="checkbox"/>
4. Copiar un cuadrado	(1)	<input type="checkbox"/>	4. Concepto de número	(4)	<input type="checkbox"/>
5. Semejanzas/Diferencias de figuras II	(9)	<input type="checkbox"/>	5. Analogías opuestas II	(3)	<input type="checkbox"/>
6. Paciencia: Rectángulo en dos	(2)	<input type="checkbox"/>	6. Recorrer un laberinto	(2)	<input type="checkbox"/>
PS.: Nudo I		<input type="checkbox"/>	PS.: Describir grabado: Nivel II	(2)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	1. Vocabulario	(8)	<input type="checkbox"/>
2. Semejanzas entre dos cosas	(2)	<input type="checkbox"/>	2. Memoria de cuentos	(5)	<input type="checkbox"/>
3. Copiar un rombo	(1)	<input type="checkbox"/>	3. Absurdos verbales II	(3)	<input type="checkbox"/>
4. Comprensión IV	(3)	<input type="checkbox"/>	4. Semejanzas y diferencias I	(3)	<input type="checkbox"/>
5. Analogías opuestas III	(2)	<input type="checkbox"/>	5. Comprensión IV	(4)	<input type="checkbox"/>
6. Repetir 5 dígitos.	(1)	<input type="checkbox"/>	6. Nombrar días	(orden correcto + 2)	<input type="checkbox"/>
PS.: Repetir tres dígitos al revés	(1)	<input type="checkbox"/>	PS.: Interpretar situaciones I	(2)	<input type="checkbox"/>

**COPIAR UN CIRCULO**  
(III.5)



**DIBUJAR EN LINEA VERTICAL**  
(III.6)

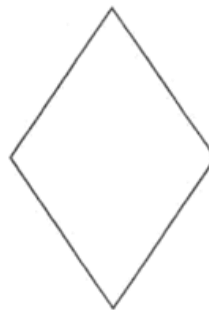
**COPIAR UN CUADRADO**  
(V.4)



**COMPLETAMIENTO DE UN  
DIBUJO DE HOMBRE (V.1)**



**COPIAR UN ROMBO**  
(VIII.3)



**MEMORIA DE DIBUJOS I, II**  
(IX.3: XI.1: XII.PS)



## PERFIL DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA STANFORD - BINET

- INSTRUCCIONES: 1. Trazar una línea roja vertical a través de la edad base.  
 2. Encerrar en un círculo rojo todas las pruebas aprobadas por el examinado, más allá de la línea base.

	Edad														AM	ASI	ASII	ASIII	
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
COMPRENSION GENERAL	2-6	3	3-6	4	4-6	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASII	ASIII
	3	7	6	4	4	2	4	4	5	PS	6	3	6	7	6	6	3	2	
HABILIDAD VISOMOTORA	1	PS	1	1	5	1	6	3	1	2	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	
	4	3	3	5	6	2	4	4	PS	4	4	4	4	4	4	4	4	5	
RAZONAMIENTO MATEMÁTICO						4					5				2	2	2	4	5
MEMORIA Y CONCENTRACION	2	5	4	2	5	6	2	2	3	6	1	4	4	3	4	4	4	6	6
VOCABULARIO Y FLUIDEZ VERBAL	5	3	2	4	1	3	1	1	4	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1
JUICIO Y RAZONAMIENTO	6	4	1	3	1	2	4	4	2	2	2	2	1	3	5	6	6	PS	4
	PS	4	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS

Nombre: Victor  
 Fecha de nacimiento: 1994-05-10 Fecha de prueba: 2005-02-20  
 Observaciones: Por observaciones  
 Diagnóstico: TCA

PRUEBAS APROBADAS	MESES												SUB TOTAL	EC: <u>9 años 2 meses</u>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Año: 2005	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20	E BASE + TOTAL = EM EM: <u>303</u> CI: <u>36</u>
Año: 2004	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Año: 2003	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Año: 2002	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
TOTAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

Unidad: 30-35  
 U.S. - 57-65  
 Puntaje: 94-105  
 Grados: 14-10

O.Y.: R.H. Medardo  
 30-3 mes

