



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

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

PRESENTADA POR
MARIELLA XIMENA CORDOVA TUESTA

ASESORA
MARÍA ELENA ELIZABETH CORONADO DE LA CRUZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



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

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

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



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

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

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

**PRESENTADO POR:
MARIELLA XIMENA CORDOVA TUESTA**

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

**LIMA, PERÚ
2021**

A Dios, mi mamá y mi papá por sostenerme
en mi etapa universitaria y permitirme
culminar con éxito mi carrera.

Agradecimiento

A mi papá y a mi mamá porque se todo el esfuerzo que hicieron y hacen día a día para que pueda crecer personal y profesionalmente, gracias por ser mis mejores guías para todo, por apoyarme ciegamente en cada una de mis metas y por permitirme siempre soñar alto.

A mi padrino Raúl, quien fue mucho más que un soporte, fue mi orgullo, admiración y motivación constante cuando las cosas en mi no iban bien. Por nunca dudar de mis capacidades y confiar que podía lograr todo lo que me propondría con mucho esfuerzo y dedicación.

A mi hermana Fiorella, por enseñarme que los límites solo nos los ponemos nosotros mismos y por aconsejarme a nunca detenerme en mi vocación.

A mi abuelita, por ser mi luz en mi vida, mi motivación, impulso y fuerza para seguir mis sueños; estoy segura que estas muy orgullosa de este gran logro en mi vida y aunque no te lo podré decir personalmente se que siempre me guiarás para que siga siendo una psicóloga exitosa.

A mi primita Nicole, por ser mi alegría y motor en todo este proceso de realización de mi estudio de caso.

A mis mejores amigas, quienes me levantaron en cada frustración que tenía, llamándome, enviandome mensajes y apoyándome cuando más la necesitaba en cada duda que podía tener.

A mi asesora Maria Elena, quien me guió e impulsó para terminar mi título a tiempo.

A mi trabajo, el Centro Ann Sullivan del Perú – CASP, por permitirme tener experiencia laboral, capacitarme y continuar persiguiendo mis metas.

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimiento..... | iii |
| Índice..... | iv |
| Índice de Tablas..... | vii |
| Índice de Figuras | viii |
| Introducción | ix |
| Capítulo I: Marco Teórico..... | 10 |
| 1.1. Trastorno del Espectro Autista | 10 |
| 1.1.1. Antecedentes | 10 |
| 1.1.2. Definición | 12 |
| 1.1.3. Epidemiología | 13 |
| 1.1.4. Etiología | 16 |
| 1.1.5. Teorías Psicológicas | 18 |
| 1.1.6. Características | 20 |
| 1.1.7. Curso Evolutivo | 22 |
| 1.1.8. Evaluación Psicológica..... | 23 |
| 1.1.9. Criterios Diagnósticos y su Evolución..... | 26 |
| 1.1.10. Intervención Psicológica..... | 27 |
| 1.2. Modificación de Conducta | 29 |
| 1.2.1. Definición | 29 |
| 1.2.2. Bases Teóricas y Experimentales..... | 30 |
| 1.2.3. Técnicas Operantes | 31 |
| 1.2.4. Conductas Disruptivas..... | 34 |
| Capítulo II: Presentación de Caso e Informe Psicológico | 36 |
| 2.1. Datos de Filiación..... | 36 |
| 2.2. Problema Actual..... | 36 |
| 2.3. Procedimientos de Evaluación | 36 |
| 2.3.1. Historia Personal | 36 |
| 2.3.2. Contexto Escolar | 37 |
| 2.3.3 Historia Familiar..... | 38 |
| 2.3.4 Observación y Registro | 39 |
| 2.3.5. Instrumentos Psicológicos | 40 |

| | |
|---|----|
| 2.4. Informe Psicológico | 41 |
| 2.4.1. Datos de Filiación | 41 |
| 2.4.2. Objetivos Terapéuticos | 41 |
| 2.4.3. Métodos y Técnicas Psicológicas Utilizadas | 41 |
| 2.4.4. Observaciones Generales y de Conducta..... | 41 |
| 2.4.5. Análisis e Interpretación de los Resultados | 42 |
| 2.4.6. Conclusión Diagnóstica | 44 |
| 2.4.7. Pronóstico | 45 |
| 2.4.8. Recomendaciones | 45 |
| 2.5. Perfil de Funcionamiento Psicológico..... | 45 |
| Capítulo III: Programa para Disminuir Conductas Disruptivas | 49 |
| 3.1. Identificación del Problema Específico | 49 |
| 3.2. Programa para Reducir Conductas Disruptivas..... | 49 |
| 3.2.1. Datos Generales..... | 49 |
| 3.2.2. Objetivo | 49 |
| 3.2.3. Definición..... | 50 |
| 3.2.4. Repertorio Inicial..... | 50 |
| 3.2.5. Repertorio Final | 51 |
| 3.2.6. Materiales | 51 |
| 3.2.7. Ambiente de Aplicación | 51 |
| 3.2.8. Técnicas para Utilizar | 51 |
| 3.2.9. Diseño Experimental..... | 51 |
| 3.3. Aplicación del Programa de Tratamiento..... | 52 |
| 3.3.1. Evaluación Inicial..... | 52 |
| 3.3.2. Intervención..... | 54 |
| 3.3.3. Evaluación Final | 56 |
| 3.4. Resultados del Tratamiento | 56 |
| 3.4.1. Análisis Funcional..... | 56 |
| 3.4.2. Línea Base | 57 |
| 3.4.3. Intervención..... | 58 |
| 3.4.4. Evaluación Final | 59 |
| 3.5. Seguimiento e Informe del Tratamiento..... | 61 |
| Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones | 62 |
| 4.1. Resumen | 62 |
| 4.2 Conclusiones | 63 |

| | |
|----------------------------|----|
| 4.3. Recomendaciones | 64 |
| Referencias..... | 65 |
| Anexo. | 69 |

Índice de Tablas

| | |
|--------------|----|
| Tabla 1..... | 56 |
| Tabla 2..... | 56 |
| Tabla 3..... | 58 |
| Tabla 4..... | 59 |
| Tabla 5..... | 60 |

Índice de Figuras

| | |
|---------------|----|
| Figura 1..... | 14 |
| Figura 2..... | 15 |
| Figura 3..... | 46 |
| Figura 4..... | 47 |
| Figura 5..... | 48 |
| Figura 6..... | 60 |

Introducción

Actualmente el hablar del Trastorno del Espectro Autismo implica muchas interrogantes sin poder resolver, falta de información y concientización ya que no hay los recursos a nivel nacional para guiar a las personas sobre lo qué significa este diagnóstico, las medidas de trato que se debe tener y las adaptaciones correspondientes para que se puedan desarrollar plenamente, teniendo una calidad de vida óptima como la de cualquiera de sus pares.

Es un trastorno neurológico que afecta diversas áreas del desarrollo de la persona como dificultades en la comunicación, interacción social y ciertos patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento que se pueden asociar a otras comorbilidades como el déficit intelectual, deterioro en el lenguaje, entre otros. Hay que tener en cuenta que es una condición para toda la vida y se debe tratar como tal, poder entender a cada persona y descubrir sus necesidades específicas tanto a la hora del diagnóstico como de la intervención ya que no hay un instrumento o un tratamiento universal para todos sino estos se van ajustando, dependiendo del caso.

Es importante que en los contextos en los que se desarrollen se le pueda dar las herramientas para que se puedan incluir con mayor facilidad en los ambientes que frecuenta ya que pueden presentar ciertas conductas disruptivas como tirar cosas hacia una persona, dar manotazos, gritar, etc. o ser muy hiper o hipos sensoriales en sus rutinas diarias, lo cual afecta la aceptación de la sociedad y son mal vistos o excluidos.

Es ideal que la intervención sea lo más temprana posible ya que mejora el pronóstico a largo plazo. En cambio, si el abordaje es más tarde son “años perdidos” de estimulación para ofrecer los apoyos ideales ajustados a los niveles de cada persona.

En este estudio de caso se aborda el tema de una manera sencilla y clara para que haya más agentes informándose y sepan entender que es lo que ocurre en este diagnóstico.

En el I capítulo se empezará explicando el TEA a través de su historia, definición, epidemiología tanto a nivel mundial como nacional, posibles causas, las teorías psicológicas, características relevantes, curso evolutivo, evaluación psicológica, criterios diagnósticos (evolución por los manuales internacionales) y la intervención psicológica. Luego, se aborda la modificación de conducta explicando su definición a lo largo del tiempo, bases teóricas, teorías operantes y detallando qué son las conductas disruptivas.

En el II capítulo se presenta el estudio de caso mostrando los datos de filiación, problema actual, procedimientos de evaluación y el informe psicológico (observaciones generales y de conducta, análisis e interpretación de los resultados, conclusiones, pronósticos, recomendaciones y perfil del funcionamiento).

En el III capítulo se plasma el programa de intervención terapéutica identificando el problema específico y posterior a ello, la realización del programa para reducir conductas disruptivas, aplicación, resultados y seguimiento e informe del tratamiento.

Por último, en el IV capítulo se presenta un resumen, conclusiones puntuales y recomendaciones que se obtuvo en toda la presente elaboración del estudio de caso clínico educativo.

Finalmente, se mencionan las referencias bibliográficas y se colocan los anexos utilizados como pruebas aplicadas, instrumentos y materiales propuesto por el Centro Ann Sullivan del Perú.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Trastorno del Espectro Autista

1.1.1. Antecedentes

A lo largo del tiempo, se concientiza a los profesionales de la salud sobre la evolución del término autismo y de las variaciones que ha habido; es por ello, que se analiza perspectivas historiográficas, distintas ideas y percepciones durante el transcurso de la historia que permite comprender mejor que es el “Trastorno del Espectro Autista”.

El término autismo fue utilizado por primera vez en el año 1911 por el psiquiatra suizo Paul Bleuler. Él mencionaba que era una alteración propia de la esquizofrenia donde dichos pacientes se mostraban apartados de las personas que los rodeaban y estaban aislados de su mundo emocional exterior (Artigas y Paula, 2011).

Por otro lado, en 1943 el psiquiatra austriaco Leo Kanner realizó una investigación con once niños que presentaban dificultades en las relaciones afectivas e indicó que era un desorden psiquiátrico específico de la infancia, denominándolo “autismo infantil” (Nahmod, 2016).

Posteriormente, en 1944 el pediatra y psiquiatra austriaco Hans Asperger publicó un artículo basado en la observación de cuatro niños entre las edades de 6 a 11 años teniendo conclusiones muy parecidas a las de Kanner; sin embargo, Asperger mencionaba que dichos pacientes tenían poca habilidad para hacer amigos, buenas habilidades verbales, lenguaje repetitivo y en algunos casos un elevado interés para hablar de sus temas favoritos de manera detallada y precisa. A diferencia de lo que mencionaba Kanner, indicando que el autismo está caracterizado por alteraciones en las relaciones afectivas, la ausencia del lenguaje y de los

procesos cognitivos, denominando estos síntomas como psicopatía autista (Artigas y Paula, 2011).

Artigas y Paula (2011) refieren que, en la década de los cincuenta, se comenzó a diagnosticar con autismo infantil de manera indiscriminada a niños con otras condiciones diferentes al autismo, esto debido a que los criterios diagnósticos no estaban establecidos de manera específica y eran pocos los profesionales que tenían la experiencia de Kanner; asimismo, las terapias basadas en el psicoanálisis a estos niños con diagnóstico erróneos referían que su dificultad era por la ruptura con el vínculo afectivo materno.

A la década siguiente, en 1960 la concepción de autismo anteriormente mencionada comenzó a cambiar, desprendiéndose de su relación con la esquizofrenia. En ese mismo año el psicoanálisis tenía una gran tendencia y gran protagonismo por lo que Bettelheim menciona que los individuos autistas reflejaban la ausencia de una psique organizada (Artigas y Paula, 2011).

Wing y Gould (1979, como se citó en Artigas y Paula, 2011) detectaron a pacientes con dificultad en la comunicación, imaginación y en la interacción social; sumado a esto, presentan conductas rígidas, repetitivas y en algunos casos discapacidad intelectual. Ninguna de estas características anteriormente mencionadas coincidía con los criterios ya establecidos de autismo por Kanner por lo que utilizaron un concepto más global, acuñando el término “espectro autista” ya que lo consideraban como un grupo de síntomas que se puede asociar a diferentes trastornos y no como una sola categoría establecida.

En conclusión, diversos autores iniciaron sus investigaciones desde décadas muy tempranas por la experiencia clínica y la práctica en los diferentes abordajes; gracias a ello, hasta la actualidad se sigue esclareciendo lo qué es este trastorno y eso permite mejorar la rapidez diagnóstica ya que se cuenta con más información.

1.1.2. Definición

El término autismo, proviene del griego clásico “autos”, que significa uno mismo; “ismos” hace referencia al modo de estar. Es decir, vivir encerrado en uno mismo. Es un trastorno del desarrollo que afecta a la comunicación y la interacción social, caracterizado por patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados (Real Academia Española, s.f., definición 2).

Por otro lado, el término “espectro” se refiere a una amplia gama de síntomas, fortalezas y grados de deterioro que pueden variar mucho de una persona afectada a otra (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2018).

El Ministerio de Educación (MINEDU, 2013) menciona que el TEA es un grupo del neurodesarrollo con manifestaciones tanto cognitivas como del comportamiento, desencadenando un estrés elevado en las familias y en algunos casos genera severas limitaciones en la autonomía personal.

Vives (2017) refiere que Lorna Wing hizo mención del término “espectro autista” como un trastorno que presenta diversos grados como: ligero, moderado y severo. Desarrolló la “triada de Wing” enfocándose en la interacción social, imaginación y comunicación (verbal y no verbal) asociado a rigidez y patrones repetitivos de conducta.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2018) refiere que pertenece a un grupo de trastornos del desarrollo que afectan la comunicación y el comportamiento; alude que es una alteración del desarrollo debido a que mayormente la sintomatología se presenta en los primeros dos años de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) menciona que son un conjunto de complejos trastornos del desarrollo cerebral que afecta a la comunicación, relaciones sociales y un repertorio de intereses limitado y restringidos.

Por ende, entendemos por TEA a una afección que se da en diferentes áreas de la vida de las personas que lo presentan, viéndose limitados para desarrollarse plenamente en su entorno cercano, centros de estudios y/o trabajo ya que en algunos casos tienen dificultades para dar a conocer sus ideas y/o presentan ciertos comportamientos que pueden ser mal vistos por los demás; por lo que no debemos centrarnos solo una perspectiva biológica sino desde un punto social y cultural ya que no hay una “llave maestra” para entenderlo a su totalidad debido a que se manifiesta de diferente manera en cada persona.

Luego que se menciona las diversas definiciones del Trastorno del Espectro Autista, empezando, desglosando etimológicamente y como a través de los años ha ido teniendo una visión más clara de lo que engloba dicho término; se presenta a continuación su prevalencia tanto a nivel mundial como en la realidad peruana.

1.1.3. Epidemiología

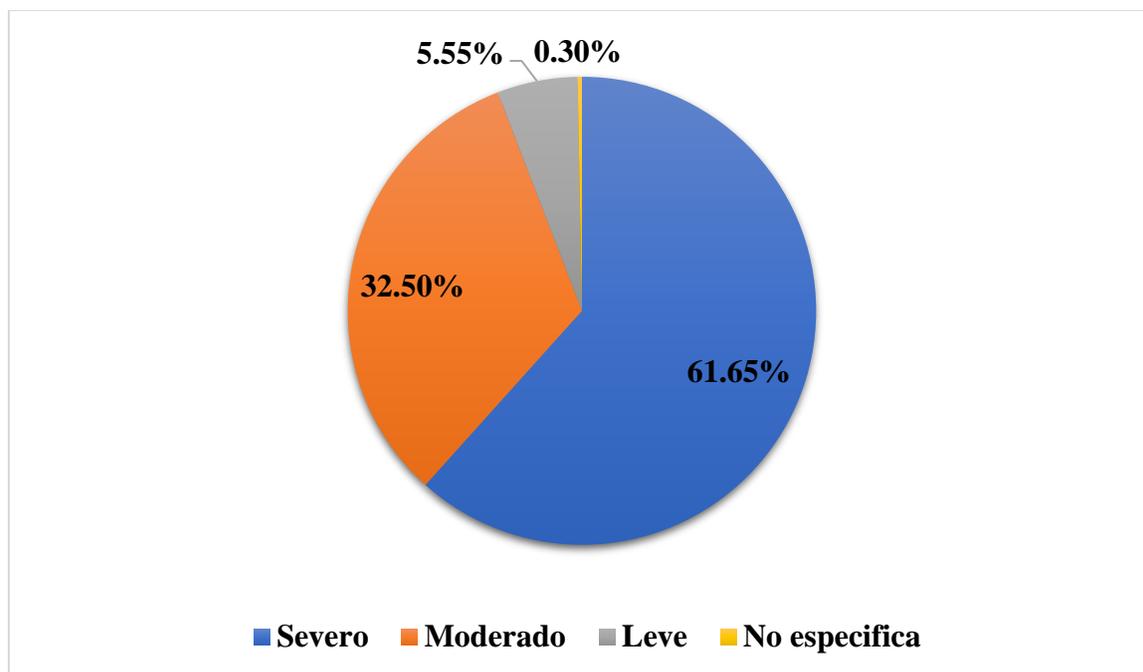
En los datos estadísticos recaudados se evidencia que la prevalencia del TEA adquiere más incidencia en los últimos años; este resultado trae como explicación posible el hecho de que cada vez existe mayor concientización, información, preparación de los profesionales de la salud, mejores herramientas para diagnosticar y una ampliación de los criterios diagnósticos siendo estos más específicos.

Según la OMS (2019) menciona que, a nivel mundial 1 de cada 160 niños presentan la condición de TEA, sin embargo, en los últimos estudios se ha observado estas cifras más elevadas.

Por otro lado, *National Health Statistics Reports*, con respecto a la estadística de los casos en Reino Unido, España y Chile, referentes a la severidad, menciona que la mayoría de las personas con TEA reflejan un 58,3% que presenta un nivel leve, mientras el 34,8% moderado y un 6,9% severo (Lampert, 2018).

Figura 1

TEA según sus niveles de severidad a nivel Nacional



Nota: No se considera a las personas fallecidas y las que decidieron retirarse por voluntad propia.

Fuente: CONADIS, 2019 (<https://www.conadisperu.gob.pe>)

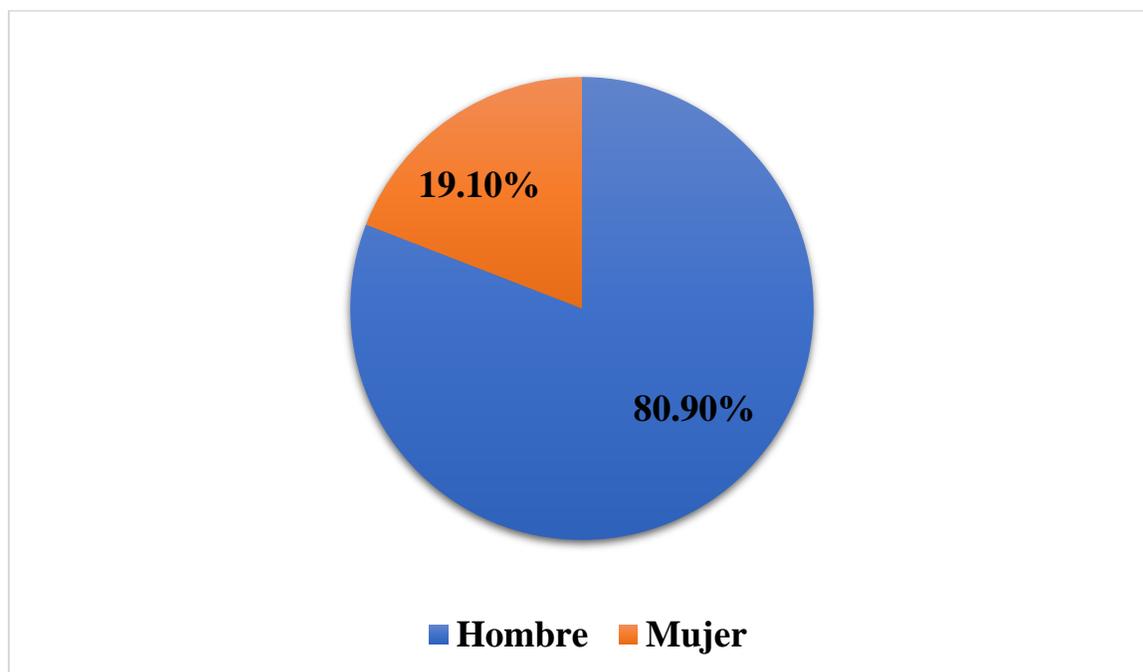
En la figura 1 se muestra a nivel nacional la distribución del TEA según los 4 niveles de severidad siendo estos: el 61.65% es a 2788 personas registradas, corresponden al nivel severo; un 32.5% equivalente a 1470 personas se ubican en el nivel moderado y un porcentaje bajo en la categoría leve con 5.55% equivalente a 251 personas; además, en la encuesta realizada se obtuvo una categoría sin especificaciones que es el 0.3%. Estos datos indican que no existe una coincidencia en los estudios que se realizaron en Reino Unido, España y Chile con los que se refleja en Perú ya que a nivel nacional el gran porcentaje de casos se ve reflejado en el nivel severo a diferencia de los otros tres países, siendo el porcentaje mayor, la categoría leve.

En cuanto a la distribución por grupos etarios, las personas con TEA inscritas en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS, 2019) se

ubican en su mayoría en el grupo de niños, niñas y adolescentes con 74.5%, seguido por los adultos con 25.3% y los adultos mayores constituyen al 0.02%.

Figura 2

TEA según sin niveles de género a nivel Nacional



Nota: Se considera toda la población que ha sido diagnosticada con TEA.

Fuente: Adaptación propia de CONADIS, 2019 (<https://www.conadisperu.gob.pe>)

En la figura 2 se refleja los datos epidemiológicos nacionales emitidos por el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del CONADIS en el 2018 que expresa que tienen inscritas un total de 219 249 personas, de las cuales 4528 están diagnosticadas, representando el 2.06% del total de los registros, distribuidos en 3663 hombres siendo el 80,9% y 865 mujeres siendo el 19,1%, lo que indica que esta condición afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres (CONADIS, 2019).

Los mayores registros según los distritos de residencia corresponden a Lima Metropolitana con el 62.7%, seguida por las regiones Callao (6,9%), La Libertad (5.6%), Lima Provincias (2.9%), Arequipa (2.8%), Cusco (2,7%), Ica (2.3%), Piura (2,1%), Lambayeque (2%) y las regiones de Pasco y Madre de Dios presentan los menores registros con el 0.2%.

Estos datos reflejan que Lima cuenta con mayor casuística del TEA, alcanzando casi un 63% en comparación a las regiones de Pasco y Madre de Dios teniendo un registro menor al 1%; esto se puede deber ya que todos los recursos, apoyo y tasa de vida están en la capital, teniendo todo muy centralizado y no permitiendo el apoyo a las regiones que cuentan con menos ayudas tanto en el recurso humano como financiero para un diagnóstico apropiado, temprano y oportuno.

Se concluye que al pasar de los años se evidencia un incremento de casos de personas con TEA, viéndose un mayor índice en el género masculino y mayor incidencia en Lima Metropolitana en comparación con otros departamentos y provincias. Por ello, en el siguiente punto se menciona las posibles causas que desencadenan u originan este trastorno.

1.1.4. Etiología

Actualmente el origen del TEA sigue siendo un enigma ya que, no se ha logrado establecer de manera exacta y específica la etiología, sin embargo, a través de décadas de investigación, que continúan hasta la fecha, se evidencia que la posible causa está relacionadas a alteraciones neurobiológicas, genéticas, factores epigenéticos, ambientales y entre otros, pero ninguno de ello es totalmente verídico.

Una de las primeras hipótesis es con respecto a la genética ya que hoy por hoy tiene mayor base científica y fuerza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016) refieren que las investigaciones apuntan a que los genes y el medio ambiente desempeñan una función importante en el origen del TEA, teniendo como resultado los siguientes puntos: identificar el aumento de genes, genética en los cromosomas como en el caso de las

personas que tienen el síndrome del cromosoma X frágil o la esclerosis tuberosa. Los investigadores de la etiopatogenia del TEA enfatizan al factor hereditario indicando que está asociada a genes que codifican proteínas que transmiten señales entre sistemas celulares (Quijada, 2008).

En contraposición, Balbuena (2007) menciona que entre las posibles causas podrías ser las exógenas ya que se plantea el haber contraído algún posible virus como: la rubeola, sífilis, herpes simples o alguna posible infección intrauterina durante la gestación; también se menciona que una posible causa se puede deber a la edad de los padres, factores demográficos, problemas médicos de la familia o complicaciones durante el embarazo o parto.

El MINEDU (2013) hace referencia a los factores ambientales indicando que existen determinadas causas medioambientales que podrían afectar el desarrollo normal de una persona que posee una predisposición genética a la condición, tales como: la exposición a productos tóxicos, fármacos, metales, entre otros que interfieren en el desarrollo pleno de todos los procesos celulares y de los genes.

Por otro lado, durante las últimas décadas existieron sesgos en investigaciones al establecer una relación entre las vacunas y TEA. Lancet en el año 1998 publica un estudio donde asocia la vacuna “triple viral” con la aparición del autismo y da como recomendación principal que esta sea retirada del mercado, sin considerar la repercusión que iba ocasionar provocó consecuencias negativas a nivel mundial ya que se aumentó el número de casos de sarampión. Este hito trajo controversia entre otros profesionales de la salud y la población en general, posteriormente, en el año 2010 el autor del artículo se retractó y aclaró que no existía tal asociación (Bonilla y Chaskel, s.f.).

Actualmente aún no hay una causa clara del TEA por lo que no se puede prevenir, pero si intervenir. Por ende, se concluye que el factor biológico es la hipótesis que tiene mayor fuerza entre los profesionales de la salud.

1.1.5. Teorías Psicológicas

Debido a la problemática mundial durante los últimos 40 años referente al origen del TEA, se llevaron a cabo diversas investigaciones dando como resultado teorías que tienen como finalidad dar explicación y aclarar las diversas interrogantes. En este apartado se mencionan cuatro diferentes teorías propuestas, Baron-Cohen (1985, como se citó en Jodra, 2015) menciona las siguientes: la teoría de la mente, la teoría de la disfunción ejecutiva, teoría coherencia central débil y teoría de la empatía-sistematización.

Teoría de la Mente. Es la más reconocida, con múltiples investigaciones y la que brinda mayor explicación de los posibles déficits sociales en personas con TEA. Explica el atribuir estados mentales a los otros y para uno mismo como creencias, deseos, expresar sentimientos y poder tener diferentes posturas con lo que puede suceder en diferentes contextos; personas con dicho diagnóstico no tienen desarrollada la capacidad de mentalización, es decir no cuentan con la habilidad de opinar sobre si mismos ni sobre lo que les rodea con naturalidad; se evidencia que la teoría de la mente se enfocó en los déficits sociales y emocionales por lo que las personas con esta condición al querer hacer algún comentario no comprenden en su totalidad el efecto que puede ocasionar lo que se menciona. Por ejemplo, en el presente estudio de caso la evaluada al referirse por primera vez con un tono alto a alguien que conoce mencionaba: “que feo que está el polo de mi compañero”; aquí podemos apreciar la falta de ciertas “claves contextuales” para acoplarse a las normas que impone la sociedad y las pocas estrategias para poder relacionarse con sus pares sin ningún problema (Jodra, 2015).

Teoría de la Disfunción Ejecutiva. Tiene la misma finalidad con la primera teoría ya mencionada. Hace referencia a procesos psicológicos para estar atentos, observadores y reguladores ante cualquier problema que se puede presentar y poder adaptarse con facilidad a los cambios que se puede tener (Rodríguez, 2020).

Las áreas que abarcan las funciones ejecutivas según Vayas y Carrera (2012) son: tener iniciativa, planificación, flexibilidad, concentración, atención selectiva y control inhibitorio. Gómez (2010) hace referencia que Russel y Ozonoff en el año 2000 propusieron como posibles causas primarias del TEA que dichas personas tienen severas dificultades para adaptarse al mínimo cambio que se quiera realizar, planificar sus actividades previamente y guardar información útil y de relevancia para su vida; por otro lado, Jodra (2015) menciona que hay una deficiencia en las funciones ejecutivas del comportamiento como la falta de empatía con las personas que los rodean, existen conductas restringidas, poca adaptabilidad al cambio de rutina lo que ocasiona cierto rechazo a esas transiciones sin previo aviso, desorganización en seguir un horario, intereses restringidos, dificultad para concentrarse y poca habilidad para organizar actividades futuras.

Teoría de Coherencia Central Débil. Tiene la finalidad de explicar la dificultad de integrar la información en un único “todo” coherente. Las personas con TEA se caracterizan por presentar un procesamiento fragmentado; su atención tiende a centrarse en los pequeños detalles (Barreiro, 2020). Por otra parte, Hidalgo (2016) indica que esta teoría se enfoca en distintos niveles como el procesamiento perceptivo, visoespacial y semántico.

En suma, la teoría de la coherencia central débil y la teoría de la disfunción ejecutiva son complementarias entre sí explicando características específicas de la sintomatología de las personas con esta condición en las áreas de procesos cognitivos y perceptivos.

Teoría de la Empatía-Sistematización. Hace hincapié a la empatía, como el ponerse en el lugar del otro, la cual nos permite poder tener buenas relaciones sociales, una interacción óptima y respuestas emocionales afectivas de otras personas (Ruggieri, 2013). Asimismo, Nagore (2015) menciona que se enfoca en desarrollar la relación entre la sociabilidad y la dificultad de comunicación. En suma, el psicólogo Baron-Cohen hace referencia que las personas con TEA presentan una elevada fijación por determinadas cosas y/o actividades, ecolalias y comportamientos no ajustables a la norma, lo cual está relacionado con el déficit de empatía y sistematización (Jodra, 2015).

Las teorías anteriormente detalladas tienen como objetivo dar una explicación al porqué del autismo, mencionando sus características y ciertos ejemplos para contextualizarlo con el diagnóstico. A continuación, se ahondará más detalladamente en el siguiente apartado.

1.1.6. Características

Son aquellos rasgos que predominan en su conducta y comportamiento, definiéndolo e identificándolo dentro del espectro; y son manifestadas a lo largo de su vida. Se mencionará las características recaudadas por distintas entidades científicas. Las características están establecidas principalmente en tres ejes y pueden manifestarse en diferentes niveles de gravedad.

Alteraciones Cualitativas en la Interacción Social. Esta característica hace referencia en la dificultad de establecer relaciones interpersonales adecuadas ya que cuando la persona desea tener pequeñas interacciones con los demás, no sigue las “reglas y/o normas” ya establecidas por la sociedad ocasionando un aislamiento total (MINEDU, 2013).

Alteraciones Cualitativas de Comunicación. Es la alteración en el lenguaje y comunicación verbal y no verbal, puede abarcar desde el mutismo total, es decir, el lenguaje está

totalmente ausente o puede tener lenguaje, pero no estructurado correctamente de manera gramatical y semántica (MINEDU, 2013).

Patrones Restringidos de Comportamiento e Intereses. Adopta diferentes maneras de evidenciarse como rigidez del pensamiento, vinculación obsesiva a diferentes objetos, persistencia a diferentes rutinas, conductas ritualistas, y perseverantes, hay ausencia del juego simbólico y funcional, movimientos estereotipados como aleteo o balanceo corporal, etc. Por otro lado, personas con una mayor capacidad intelectual sus intereses restringidos, son más complejos y sofisticados (MINEDU, 2013).

A continuación, se presenta otras 3 características que no están consideradas en los criterios diagnósticos, pero, se consideran de gran importancia ya que en algunos casos se evidencia.

Alteraciones Sensoriales. Presenta una difusión sensorial interactiva, es decir, dificultad que tiene el cerebro para percibir y organizar los estímulos del entorno lo cual se da desde la hipersensibilidad a la hiposensibilidad de los estímulos auditivos, visuales, táctiles y gustativos siendo diferente en cada persona y son evidentes en las respuestas atípicas sensoriales o son desencadenantes de posibles comportamientos inapropiados (MINEDU, 2013).

Alteraciones Cognitivas. Esta característica oscila desde una discapacidad intelectual severa hasta un coeficiente intelectual promedio e incluso superior (MINEDU, 2013).

Alteraciones Emocionales. Hace referencia a la dificultad de reconocer sus propias emociones y la de otras personas. Así como, dificultad en expresar adecuadamente sus emociones ya que no suelen comprender cual es la emoción que están sintiendo en dichos momentos determinados (MINEDU, 2013).

Por otra parte, de manera específica, según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016) comenta que las personas que pertenecen en este

diagnóstico se caracterizan por: tener comportamientos inusuales (balanceos), un elevado interés por temas de sus preferencias que ocasiona que no puedan dar la oportunidad que los demás compartan o conversen, dificultad para adaptarse a los cambios en la rutina diaria, ausencia de contacto visual, reacios para compartir sus objetos personales, dificultad para relacionarse con los demás, repiten palabras o frases que han podido escuchar en otro lugar y momento (ecolalia), capaces en aprender lo que les llama la atención con detalle y precisión y tener una gran memoria visual y auditiva.

Con todo lo anterior, las personas con TEA se caracterizan por diferente sintomatología por lo que no a todos lo que tienen este diagnóstico les sucede exactamente lo mismo o presentan las mismas características. Es decir, cada profesional no debe solo dejarse llevar por la etiqueta diagnóstica sino es importante saber la semiología, signos y poner el diagnóstico en contexto para poder comprenderlo mejor.

1.1.7. *Curso Evolutivo*

El autismo es una condición para toda la vida, el cual va cambiando a lo largo de la misma, presentando un desarrollo totalmente único y particular en cada una de las personas que tienen esta condición. Generalmente, la detección y diagnóstico del TEA se establece en los primeros 3 años de vida, ya que la familia comienza a notar características de la sintomatología de esta condición.

Principalmente, la ausencia de ciertos indicadores como son los gestos protodeclarativos, las miradas de referencia conjunta y el juego funcional, que advierten que el curso típico del desarrollo está sufriendo alteraciones y puede sospecharse la presencia de problemas en las habilidades mentalistas.

Dos Santos et al. (2013) mencionan que los síntomas pueden ir cambiando o aumentando con el paso de la edad, el curso de la evolución depende de la detección e intervención que se

brinde; dicho abordaje trae como consecuencia un pronóstico favorable en el desarrollo de la condición debido a que se identifican a tiempo las deficiencias y dificultades como el desarrollo de las fortalezas. Con respecto a las habilidades comunicativas, existen diversos autores que en sus investigaciones manifiestan que la mayoría tienen el área comunicativa con lentos progresos por debajo de los diez años y en muchos casos hasta la vida adulta. Con respecto a la etapa de adultez, es evidente que, si se lleva a cabo una adecuada intervención, esta tendrá una óptima calidad de vida, ya que, tendrá las herramientas adecuadas para lograr un equilibrio y satisfacer sus necesidades.

Por ende, la sintomatología de las personas que presentan este diagnóstico se presenta a lo largo de la vida por lo que es de gran importancia realizar un proceso de evaluación psicológica de manera profesional, ética y adecuada; cumpliendo con las pruebas de acuerdo con la necesidad de quién se quiere intervenir en específico para poder hacer una intervención eficaz. En el siguiente apartado se menciona como se da el proceso de evaluación para las personas con este diagnóstico.

1.1.8. Evaluación Psicológica

La evaluación psicológica es un proceso sistemático de recogida de información y valoración de las características personales del evaluado, con la finalidad de hacer uso de diversas técnicas e instrumentos psicológicos a fin de orientar la intervención pertinente para la problemática en cuestión. El MINEDU (2013) refiere que es una evaluación donde se indaga diversas áreas como: cognitivo, social, lenguaje y adaptabilidad; con respecto a la evaluación psicológica se debe hacer con un enfoque multidisciplinario e integral abarcando al individuo, la familia, el entorno social y el centro educativo ya que otorgará al especialista a cargo tener un panorama completo de las capacidades del evaluado.

Lampert (2018) menciona que es importante tener el primer contacto con la familia ya que es ahí en donde se identificará con más claridad el problema a tratar, por lo que refiere que la anamnesis es el hito más relevante para el diagnóstico e intervención. No obstante, los registros de observación conductual del evaluado permitirán verificar los datos brindados por el apoderado. Por ende, este proceso permitirá recolectar las fortalezas y dificultades que pueda presentar el evaluado para guiarnos a realizar una intervención más exitosa.

De igual manera, Palomo et al. (2005) comenta que la evaluación es de suma importancia ya que permite tener un panorama completo de las fortalezas y debilidades que se pueden presentar, así como las adaptaciones correspondientes según sea el caso, con la finalidad de poder realizar que se desenvuelva con todas las facilidades y sin ninguna limitación; para poder efectuar un proceso adecuado de evaluación y diagnóstico se debe hacer uso de los manuales diagnósticos actuales los cuales son: la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) ya que permiten realizar un diagnóstico acertado en base a la sintomatología así como establecer un diagnóstico diferencial lo cual, confirma fehacientemente el diagnóstico previamente establecido.

El realizar una evaluación y diagnóstico adecuado logrará una factible comunicación entre profesionales de la salud y de ese modo se podrá apoyar mucho más al evaluado. Asimismo, Albores et al. (2008) refiere que cuanto más pronto sea diagnosticado mejores serán sus implicancias para planear las terapias que puede recibir con las diversas disciplinas. Sin embargo, en el proceso de evaluación se evidencia diversos obstáculos trayendo como consecuencia un diagnóstico equivoco, esto se da principalmente a que los instrumentos de detección de TEA demandan experiencia, capacitación y entrenamiento exhaustivo y especializado de los profesionales de la salud. Cabe destacar que, se debe de realizar una evaluación continua, es decir a lo largo de la vida del individuo.

Jodra (2015) refiere que los síntomas principales suelen presentarse a lo largo de su vida, pero pueden existir diversas maneras de manifestarse por lo que es recomendable tener evaluaciones periódicas para ir adaptando las terapias que mejor se ajusten a sus necesidades.

A continuación, se mencionará los instrumentos de evaluación más utilizados para la detección del TEA.

Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2 (ADOS – 2). Es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, interacción, juego o uso de imaginativo de los materiales y de las conductas restrictivas y repetitivas en niños, jóvenes y adultos. Cuenta con 93 preguntas que responde el familiar.

Cuestionario para Detección de Riesgo de Autismo (CHAT). Es un cuestionario para detectar los posibles casos de TEA en una exploración evolutiva a los 18 meses. Cuenta con dos secciones: una para el familiar y otra que responde el especialista de lo observado en la consulta.

Cuestionario Modificado para Detección de Riesgo de Autismo (MCHAT). Es un cuestionario para evaluar entre los 16 y 30 meses y cuenta con 23 preguntas que la contesta el familiar responsable.

Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS). Es una escala para identificar si la conducta es destinada al diagnóstico y se puede aplicar a partir de los 2 años. Cuenta con 15 ítems que se identifica por medio de la observación del evaluador.

Inventario del Espectro Autista (IDEA). Es un instrumento que tiene por objetivo evaluar la severidad de los rasgos autistas y está dirigido para niños a partir de 5 a 6 años. Cuenta con 12 preguntas que son las diversas dimensiones.

Una evaluación adecuada y un diagnóstico temprano facilitan a las familias, psicólogos especializados y a otros profesionales de la salud a efectuar una intervención temprana oportuna.

De esta manera se logrará desempeñar el máximo potencial de sus fortalezas y a disminuir las dificultades de la persona con TEA mejorando así, el pronóstico y la evolución. Por ello, en el siguiente apartado se explicará los criterios diagnósticos según los manuales y clasificaciones de la salud.

1.1.9. Criterios Diagnósticos y su Evolución

Con respecto a la evolución del autismo en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) a lo largo de los años ha habido varias modificaciones en la nomenclatura.

Tanto en el DSM-I (1952) como en el DSM-II (1968) no se incluye al autismo como un diagnóstico meramente específico ya que en ambas versiones se identifica como un síntoma de la esquizofrenia de tipo infantil. Por otro lado, en el DSM-III (1980) uno de los hitos más importantes para el tema, fue reconocer al autismo como una categoría diagnóstica denominándolo como “autismo infantil” indicando seis criterios para diagnosticarlo (Artigas y Paula, 2011).

Posteriormente, en el DSM-III-R (1987) se generó un cambio radical denominando a esta condición como “Trastorno autista”. Además, estableció cambios en los criterios diagnósticos por lo que se desvinculó y descartó definitivamente su relación con la esquizofrenia. Otro cambio importante se dio con la publicación del DSM-IV-TR (2000) en el cual se establece y define cinco categorías del autismo: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. Asimismo, incluye el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo” para englobar las categorías anteriormente mencionadas. Actualmente, se toma como referencia al DSM-V ya que este manual consolida al autismo denominándolo únicamente como Trastorno del Espectro Autista (TEA), dicho término es utilizado en el presente estudio de caso. Después de la revisión de la

evolución del autismo a lo largo de los años y tomando como referencia a los autores más significativos, a continuación, se realizará una revisión de manera conceptual de las distintas connotaciones de la condición (Artigas y Paula, 2011).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) hace mención en el DSM-V que el TEA se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, teniendo el código 299.00 (F84.0) siendo sus criterios diagnósticos: deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, así como presencia de patrones restrictivos y repetitivos; cabe destacar que muy aparte de considerar el diagnóstico se debe especificar el nivel de apoyo que necesita el evaluado ya que a base de los apoyos que se le brinde se realizará y tendrá en contexto la intervención correcta que se va a dar. Existen tres niveles de gravedad: grado 3 “necesita ayuda muy notable”, grado 2 “necesita ayuda notable” y grado 1 “necesita ayuda”. Por otro lado, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE10) el TEA se encuentra dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo F84 clasificado en 3 grupos: Autismo infantil (F84.0) presentándose antes de los 3 años, autismo atípico (F84.1) detectado a partir de los 3 años en adelante y síndrome de Asperger (F84.2) considerando un posible diagnóstico a partir de los 2 años.

En ambos sistemas clasificatorios utilizados internacionalmente se ve a esta condición en diferentes grupos y subclasificaciones, sin embargo, presentan similar sintomatología. Por ende, sea cual sea la categoría que se utilice se debe considerar a la persona antes que una nomenclatura establecida ya que el enfoque utilizado es priorizar al individuo y no relativizar síntomas ni signos de alarma que hará que se tenga mayores barreras al intervenir.

1.1.10. Intervención Psicológica

La intervención psicológica tiene como finalidad brindar resolución de problemas, prevenir, superar el desarrollo de dificultades y maximizar las fortalezas produciendo cambios

tanto en la conducta inapropiada como mejorando el aprendizaje de nuevas capacidades y habilidades; además, capacitar y orientar a los familiares, profesores y comunidad en general para poder dar los apoyos necesarios centrados en las personas con TEA proporcionando de este modo una mejor calidad de vida.

Milla y Mulas (2009) refieren que como toda condición es importante reunir a todas las profesiones que tienen un contacto directo con el evaluado para analizarlo desde un punto multidisciplinario y así mantener consistencia al aplicar las estrategias que se brindan a la familia y a la persona; se debe tener presente los siguientes principios de intervención en atención temprana: ser flexibles y adaptados a cada niño y su peculiaridad, debe guiarse por un enfoque cognitivo-conductual, dirigirse a todos los contextos que el niño o niña se desenvuelve y promover el bienestar y la calidad de vida a lo largo de todo su proceso de desarrollo.

Mulas et al. (2010) hace hincapié que los modelos que más destacan en las intervenciones conductuales teniendo el único objetivo de reducir o incrementar las conductas son: Programa Lovaas. Es un entrenamiento estructurado con la finalidad en mejorar el coeficiente intelectual (CI) del evaluado. Se enfoca en trabajar las habilidades de seguimiento de instrucción, atención e imitación. Sin embargo, no es muy utilizado ya que no se trabaja en situaciones naturales ni funcionales en las que mayormente cada persona se desarrolla. Y, el análisis aplicado conductual (ABA), dicho modelo se usa en el presente estudio de caso. Busca estimular conductas por medio de las diversas estrategias conductuales que permitan el incremento de estas como el refuerzo descriptivo y disminuir las conductas que se desean mejorar.

Se proporciona recomendaciones que se debe tener en cuenta para realizar un eficaz programa de intervención como: ser diseñado de acuerdo con cada persona, la participación de la familia debe ser constante y activa, se debe tener en claro cuáles son los objetivos, habilidades y comportamientos apropiados que se desean enseñar y trabajar en tareas funcionales de la vida

cotidiana para que haya avances concretos. Por ende, es importante tener en cuenta que mientras más pronto es el diagnóstico mejor son los pronósticos para la persona ya que permite con prontitud tener una mayor estimulación y atención.

1.2. Modificación de Conducta

1.2.1. Definición

Conducta es la acción que hace o dice la persona y siempre se debe describir en verbos, no es una cualidad o característica de la persona ya que detalla de manera específica el accionar y se mide por medio de frecuencia, duración e intensidad; con esto se concluye que es todo aquello que puede ser observado por otros y que tiene un impacto en el entorno físico y social. Por otro lado, la modificación de conducta es la rama de la psicología que se enfoca en el análisis de cada conducta y el cambio que se espera dar (Miltenberger, 2017).

Las técnicas de intervención psicológicas incentivan el cambio para mejorar el comportamiento del individuo y así pueda desarrollar todas sus cualidades y fortalezas en el ambiente que se desempeña. Los principales elementos de la modificación de conducta son: definir la conducta: especificar qué acción se espera reducir o eliminar; establecer la línea-base: en la primera sesión con el evaluado se debe observar y registrar con qué frecuencia y duración se da la conducta que se quiere empezar a trabajar; planificar la intervención y determinar las técnicas que se van a utilizar y evaluar los resultados: se analiza si el programa de modificación de conducta fue eficaz o no y si se tuvieron los resultados esperados (Gómez y Da Resurrección, 2017).

En el presente estudio de caso, se realizó todos los pasos establecidos previamente y el programa logró su objetivo, disminuir las conductas disruptivas.

1.2.2. Bases Teóricas y Experimentales

Michael (1993, como se citó en Miltenberger, 2017) menciona diferentes autores relevantes que desarrollaron la modificación de conducta, tales como:

Edward L. Thorndike. Su mayor contribución fue la ley del efecto la cual explica que una conducta que ocasiona un efecto agradable para el individuo en un ambiente determinado es más probable para que se repita en otra situación similar, además, es reconocido por su experimento del “gato y la caja” donde coloco a un gato hambriento en una caja e hizo que golpeará una palanca para que pueda abrir la puerta y poder comer (Thorndike, 1911, como se citó en Miltenberger, 2017).

Iván P. Pávlov. Brinda el descubrimiento del condicionamiento clásico o respondiente el cual explica que una conducta es controlada por sus consecuencias, identificó 5 elementos que lo usa en el análisis de sus experimentos: estímulo neutro (EN), estímulo incondicionado (EI), estímulo condicionado (EC), respuesta incondicionada (RI) y respuesta condicionada (RC). Asimismo, es reconocido por su experimento del “perro, la comida y la campana” en el que asociada la campana con la comida y eso produce la salivación del perro (Pávlov, 1927, como se citó en Miltenberger, 2017).

John B. Watson. Deja de lado el estudio de la mente e inicia un estudio sobre la conducta, corrobora que la conducta que se puede observar debe ser el estudio de la psicología y que cada acción que se realiza está sujeta a los sucesos ambientales; este aporte pone énfasis en los determinantes de la conducta y considera que tanto las conductas apropiadas como las inapropiadas se aprenden como consecuencia de la historia del desarrollo y del aprendizaje, a partir de las interacciones que establece el individuo con su medio ambiente físico y social, la clave de este aprendizaje es el principio del reforzamiento por lo que provee un trabajo objetivo y sistemático que permita poder estudiarlo a lo largo del tiempo (Espinoza, 2017).

B. F. Skinner. Amplía el campo del conductismo detallado y establecido por Watson para realizar ciertos ajustes y aportaciones, centró su trabajo en desarrollar los principios básicos de la conducta operante y establece las diferencias entre los dos tipos de condicionamiento. En el condicionamiento operante podemos encontrar 4 principios básicos: reforzamiento, presentación o retiro de un evento después que una respuesta incrementa la misma; castigo, presentación o retiro de un evento después que una respuesta disminuye la misma; extinción, no se presenta un evento reforzante después de una respuesta que disminuye la frecuencia de la respuesta previamente reforzada y, control de estímulos y entrenamiento discriminativo, reforzamiento de respuesta en presencia de un estímulo, pero no de otro, este procedimiento incrementa la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo primario y la disminuye ante el último (Pellón, 2013).

En suma, las teorías de modificación de conducta surgen con la finalidad de modificar de manera sistematizada y estructurada las conductas que perjudican el desarrollo adecuado de la persona, teniendo un gran aporte en la comunidad científica; a continuación, se hará hincapié en las técnicas de modificación de conducta utilizadas en la intervención.

1.2.3. Técnicas Operantes

Diversos autores dividen las técnicas de modificación de conducta en dos grandes grupos para desarrollar, aumentar o mantener conductas y para reducir o eliminar conductas.

Para Desarrollar, Aumentar y Mantener Conductas. Según Bados y García-Grau (2011) estas técnicas tienen como finalidad establecer conductas adecuadas en el repertorio conductual de la persona, teniendo en cuenta conductas básicas como conductas complejas; existe diversas subdivisiones en este gran grupo, el primero son las técnicas de reforzamiento, en el que se encuentra el reforzamiento positivo, que consiste en dar algo agradable a la persona a con el fin de incrementarla. Por ejemplo: en el presente caso la evaluada se le decía “Excelente,

me gusta verte respetando a tu mamá”. Y, el reforzamiento negativo cuyo objetivo es retirar una conducta, evento u objeto que es aversivo por la persona; hay 2 tipos: RN de escape, reducir un estímulo que resulta aversivo (por ejemplo: la mamá le daba un chocolate cada vez que su hija gritara ya que sus gritos eran intensos) y de evitación, presentar un estímulo desagradable para prevenir algo.

Luego, están las técnicas de instigación que son las instrucciones, modelado, guía física e inducción situacional. Las instrucciones son la ayuda verbal que recibe de otra persona; el modelado, es cuando la otra persona que está enseñando muestra cual es la secuencia exacta de la tarea que debe realizar; la guía física es cuando hay ayuda físicamente a otra para que realice la conducta correcta y la inducción situacional, es cuando se crea una situación lo más parecida a la que se expondrá en un corto plazo para identificar cuáles serían las posibles dificultades que se pueden presentar (Bados y García-Grau, 2011).

Finalmente, están las técnicas para establecer conductas como el moldeamiento o aproximaciones sucesivas que es un proceso gradual de reforzar selectivamente las aproximaciones a la conducta objeto y se utiliza cuando la conducta no está en el repertorio de la persona. Por otro lado, el encadenamiento que se utiliza para desarrollar nuevas cadenas de conducta (es decir, secuencias complejas compuestas por una serie preestablecida de respuestas simples) a partir de otras conductas que ya se encuentran en el repertorio del sujeto y finalmente el desvanecimiento que tiene como objetivo, transferir o generalizar la posibilidad de elicitar las respuestas objeto de la intervención a otros estímulos discriminativos (nuevos instigadores) distintos a los actuales; consta de dos fases: fase aditiva en la cual se brinda un reforzador y fase sustractiva en la cual se retira el reforzador de manera gradual.

Para Reducir o Eliminar Conductas. Este grupo de técnicas tiene la finalidad de erradicar o disminuir aquellas conductas disruptivas, negativas o inadecuadas que se encuentran en el repertorio conductual de la persona. En el primer grupo están las: técnicas positivas para

reducir conductas: refuerzo diferencial de tasas bajas (RDTB), reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) y refuerzo diferencial de conducta incompatible (RDI). Por otra parte, están las técnicas de castigo las cuales son: castigo positivo, sobrecorrección, coste de respuesta y tiempo fuera del reforzamiento positivo; finalmente, hay otras técnicas aversivas para reducir conductas que son: la extinción y saciedad (Bados y García-Grau, 2011).

En el primer grupo se encuentra, RDTB que consiste en otorgar el reforzador por una reducción en la ocurrencia de la conducta meta, luego RDI la cual refiere en reforzar positivamente una o más conductas deseables especificadas que sean incompatibles con la conducta inadecuada que se quiere suprimir y el RDO donde la persona recibe el reforzador sólo si no ocurre una determinada conducta durante cierto periodo de tiempo; en el segundo grupo se encuentra el castigo positivo que es presentar un supuesto estímulo punitivo contingentemente a una conducta con el objetivo de reducirla o eliminarla, coste de respuesta, quitarle algo que le agrada al niño cada vez que realiza una conducta inadecuada. Por último, la sobrecorrección, puede ser retributiva que se aplica a las conductas que tienen un efecto perturbador o destructor sobre el ambiente tales como arrojar objetos al suelo, ensuciar o pintarrajar y atacar a otros; mediante la práctica positiva consiste en la ejecución repetida o duradera de una o más conductas incompatibles o alternativas apropiadas contingentemente a la emisión de la conducta inadecuada (Bados y García-Grau, 2011).

Además, está el tiempo fuera donde se limita a la persona a que tenga acceso a los reforzadores positivos durante un periodo de tiempo establecido. Bados y García-Grau (2011) mencionan los siguientes tipos: tiempo fuera mediante aislamiento, la persona es aislada en una determinada área (por ejemplo: una habitación vacía o “aburrida”, una banqueta en el pasillo de casa) por haber realizado cierta conducta: pegar, gritar, romper cosas, responder de forma insolente, etc. Tiempo fuera con exclusión, la persona no es cambiada de lugar pero no puede ver lo que sucede; tiempo fuera sin exclusión, la persona no es cambiada de lugar y puede

observar cómo los demás tienen acceso al reforzamiento pero él no puede participar. En el tercer grupo se encuentra la extinción que es cuando se establece que si en una situación determinada alguien emite una respuesta reforzada previamente y la respuesta no se sigue de una consecuencia reforzante, entonces es menos probable que la persona emita la misma conducta de nuevo cuando se encuentre en una situación similar y, saciedad, en esta técnica se aplica de manera frecuente y persistente el reforzador a consecuencia de la emisión de una conducta hasta que se reduce y pierde su valor como reforzador, volviéndose generalmente un estímulo aversivo.

Después de haber comprendido sobre lo que es la modificación de conducta y las diversas estrategias que pueden ayudar a intervenir, a continuación, se menciona cuáles son los diferentes tipos de conductas que se pueden presentar.

1.2.4. Conductas Disruptivas

Son comportamientos que perturban el desarrollo normal e integral de la persona, también son llamadas conductas desadaptativas, ya que, la persona que realiza las conductas disruptivas trasgrede su propia integridad y la de otras personas (autolesiones, hiperactividad, autoestimulaciones, cleptomanía, desobediencia, coprolalia, actos antisociales, patataletas, violencia, etc.); generalmente, tienen la finalidad de satisfacer o compensar alguna necesidad o demanda de la persona que emite dichas conductas.

Gordillo et al. (2014) menciona que son acciones que bloquean el flujo de lo que se pretende enseñar y no permite que la clase que se está realizando sigan su curso con “normalidad” debido a conductas inapropiadas en comparación a lo estándar.

Asimismo, Jurado (2015) hace referencia que son aquellas conductas que dificultan el aprendizaje y desgastan la interacción con la dinámica grupal. De igual manera, pueden manifestarse con conductas opuestas a lo que se espera que se realice.

Gómez y Da Resurrección (2017) indican que son comportamientos de un individuo que interfiere, interrumpe y lentifica el aprendizaje y como consecuencia este no alcanza las metas que se tienen propuestas. Cabe destacar que en el caso de personas con TEA este tipo de conductas son manifestadas debido a sus dificultades comunicativas para expresar sus necesidades, es por ello por lo que se le denominan conductas reguladoras ya que, en ellos hay una disfunción sensorial integrativa, lo cual altera el procesamiento e integración de la información sensorial. Por otro lado, existen diferentes tipos de conductas disruptivas en niños como: motoras, implica no estar “quieto” por un tiempo largo, corto o mediano. Puede ser pararse reiteradas veces de su lugar, desplazarse por un lugar, saltar y/o balancearse; verbales, gritar, llorar, reír en momentos inoportunos y decir palabras hacia alguien contantemente para llamar su atención; agresivas, dar manotazos, pellizcar, empujar, golpear con la mano hacia cualquier parte del cuerpo y tirar objetos dirigidos hacia otras personas y, las ruidosas, pisar el suelo una y otra vez, dar palmas, lanzar objetos que estén cerca a la persona.

Debido a la gran problemática que causa la emisión de conductas disruptivas, podemos asegurar que la mejor solución son las estrategias de modificación de conducta o técnicas operantes, las cuales están basadas en las investigaciones de Skinner y Thorndike, logrando la eliminación o reducción de conductas disruptivas y el desarrollo y mantenimiento de conductas adecuadas en las personas con TEA.

Capítulo II: Presentación de Caso e Informe Psicológico

2.1. Datos de Filiación

- Apellidos y nombres : L. H. A. G.
- Fecha de nacimiento : 09 de diciembre de 2008
- Edad Cronológica : 12 años 2 meses
- Padre : Juan Manuel A.
- Madre : Luz Consuelo G.
- Domicilio : Calle María de los Ángeles Mz.C1, Lt.15. Urb. San Diego – SMP
- Centro Educativo : Centro Ann Sullivan del Perú - CASP
- Fecha de Evaluación : 18 de agosto de 2020

2.2. Problema Actual

La evaluada se tiraba al suelo cuando recibe alguna indicación que ella no deseaba cumplir, asimismo, tiraba manotazos cuando no se le dejaba hacer lo que ella deseaba hacer en un momento determinado o cuando se le interrumpía en sus actividades.

2.3. Procedimientos de Evaluación

2.3.1. Historia Personal

Proviene de un embarazo no planificado pero deseado, la edad de la madre durante la gestación fue de 34 años. Asistió a los controles prenatales teniendo un adecuado estado nutricional y emocional. No obstante, presentó principios de preclamsia lo cual le causó mucha preocupación en los últimos meses de gestación.

El tiempo de gestación fue de 9 meses, el parto fue normal, pero al nacer la menor tomó líquido amniótico, así como le detectaron un soplo en el corazón por lo que tuvo que estar en la incubadora y en UCI por una semana.

Con respecto al peso y a la estatura al nacer, la evaluada midió 42 cm y peso 3 kilos 500 gramos de peso, por otro lado, presentó dificultades en la lactancia ya que se le dificultó mamar la leche. En relación con el desarrollo psicomotor la madre refiere que logró sentarse sola a los 7 meses, gateó a los 8 meses, logró pararse sola al año y empezó a caminar a los 14 meses.

En lo que respecta a la comunicación, comenzó a balbucear a los 9 meses, dijo sus primeras palabras a los 10 meses las cuales fueron: “Angi” y “mamá” y a los 17 meses comenzó a combinar palabras. Además, asistió a terapias de lenguaje por un periodo de 5 meses por lo que no se le entendía muy bien cuando quería comunicarse ya que no articulaba correctamente.

Por otro lado, la madre indica que en general la salud física de su hija es buena ya que es una niña que no suele enfermarse. En la niñez le dio varicela y broncos espasmos, asimismo, tuvo una intervención quirúrgica en la vista a causa del estrabismo que presentaba en el ojo derecho. Actualmente, toma risperidona de 0.5 mg el cual fue recetado por el médico psiquiatra infantil en el año 2018 y la familia lo considera como un “estabilizador” para ella.

2.3.2. Contexto Escolar

Con respecto a la escolaridad, la madre menciona que su hija estudió en centros educativos regulares inclusivos hasta la edad de 10 años, siendo el Centro Educativo Reyna María de San Martín de Porres el último colegio regular donde asistió.

Por otro lado, no es hasta la edad de 7 años que la evaluada comenzó a presentar dificultades en su centro educativo, siendo principalmente en el desarrollo social ya que, según la referente no lograba establecer relaciones sociales al 100 % con su grupo de pares ya que mostraba una actitud evitativa.

Posteriormente, se evidencia conductas disruptivas sobre todo tirarse al suelo y dar manotazos lo cual lentificaba el proceso de enseñanza-aprendizaje; al percibir dichas dificultades la familia buscó apoyo en otros profesionales por lo que a la edad de 9 años el psiquiatra infantil dio el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y es por ello, que los padres decidieron

buscar otras opciones de educación especial para su hija ya que tenían expectativas altas en ella y esperaban que logre una inclusión plena tanto en lo social, educativo y laboral.

La evaluada estudió en el Centro Ann Sullivan del Perú hasta febrero del 2021, donde recibió clases llamadas entrenamiento individual que se llevaban a cabo una vez por semana y de manera virtual vía zoom; del mismo modo, dos veces al mes se le brindó dos sesiones grupales con otros compañeros de su edad en el cual se tocaban temas relacionados a su entrenamiento individual; adicional a ello, cada 15 días recibió clases de deporte y arte. Por otro lado, la referente indicó que hay mejorías en el área social y en las actividades de la vida diaria ya que se observaba que la evaluada se comunicaba mejor con sus primas.

2.3.3 Historia Familiar

Con respecto a los antecedentes familiares, los padres manifestaron que tienen familiares con epilepsia y convulsiones, retraso mental y problemas del habla y depresión. La familia está constituida por el padre de 40 años cuya ocupación laboral es técnico metalmecánico y la madre de 46 años que se ocupa de las actividades del hogar; actualmente los padres se encuentran separados y no tienen una buena relación, sin embargo, continúan viviendo juntos ya que la mamá es quién estaba dedicada a todas las actividades propuestas por su centro de estudios.

La evaluada tiene dos hermanas, las cuales son por parte de la mamá, de 25 y 28 años, ambas con ocupación de administradoras y según la madre, tiene buena relación. Por otro lado, la evaluada solía obedecer más a su papá ya que era más permisivo y consentidor. Con lo que respecta a la relación entre los padres, existió dificultades constantes de consistencia al momento que se trabajaba, la mamá era quién seguía los acuerdos brindados, a diferencia del papá que no seguía las estrategias para seguir avanzando con su hija. Las expectativas que tenían con ella fueron altas, sin embargo, se le daba más ayudas de las necesarias en las tareas/habilidades que ya sabe y que estuvo aprendiendo.

En el aspecto social, la madre mencionó que su hija tenía mayor afinidad con los adultos; sin embargo, la relación con los adolescentes de su edad era regular, asimismo, solía tratar a los

niños menores como personas de su edad y se mostraba poco tolerante, lo cual generalmente le causaba problemas. La entrevistada refiere que su hija es muy perseverante y posee la habilidad de aprender con facilidad actividades que le interesan como ajedrez, damas, armar rompecabezas, realiza juegos de memoria, posee memoria fotográfica, toca el piano, lee el pentagrama con facilidad, ejecuta tareas ojo/mano alto nivel de concentración y tiene talento para la informática.

2.3.4 Observación y Registro

El proceso de observación y registro se realizó de manera virtual en las sesiones de entrenamiento individual por medio de la plataforma Zoom dada a la situación de pandemia; con respecto a la observación inicialmente la evaluada se mostraba poco interesada en las indicaciones que daba la evaluadora y respondía las preguntas que se le hacía con monosílabas como: “sí”, “ya”, “aja”; por otro lado, se observaron las siguientes conductas disruptivas: se tiraba al suelo cuando se le daba una indicación mayormente cuando la mamá le decía algo para que realice alguna tarea de manera correcta o cuando se le intentaba ayudar, no le gustaba recibir la información de parte de ella y pasaba un largo tiempo en el suelo hasta que la mamá o alguien se acercara para pararla y llevarla a otro ambiente.

Además, tiraba manotazos, cuando no podía concluir una actividad que estaba realizando por motivos de tiempo; al ocurrir estas conductas, se le llama reiteradas veces para que se siente y empiece con la actividad propuesta para la sesión, sin embargo, seguía teniendo intenciones de golpear.

Por otra parte, la madre refiere que su hija presentaba hábitos nerviosos siendo evidentes al morderse las uñas, no toleraba la frustración en todo contexto principalmente cuando se le daba más de una orden o pedido a la vez, esperar su turno, al momento que se le interrumpía o cortaba una actividad, cuando no la escuchaban o no le prestaban atención y al momento de desordenar sus cosas; de igual manera, presentó resistencia a los cambios como rutinas, objetos o alimentos. Al manifestar dichas conductas los padres intentaban calmarla a través de las

palabras teniendo un tono de voz apropiado y calmado.

Entre los hábitos actuales la evaluada tenía horarios establecidos al momento de ir a dormir, por temas de espacio la mamá y su hija dormían en la misma cama. En las actividades de la vida diaria se había implementado el uso de horario de actividades de manera visual ya que eso le permitirá anticiparle las actividades que realizará durante el día y pueda tener mayor predisposición al ejecutarlas. Con lo que respecta a su autonomía personal, ella iba sola al baño, ayudaba a su madre en las tareas destinadas y programadas en el hogar como tender la cama, lavar y ayudar en la cocina.

Con lo que respecta al registro se utilizó el registro de control de seguimiento individual propuesto y elaborado por el centro donde se realizó todo el seguimiento y un registro de frecuencia donde se analizó con qué frecuencia se fue presentando las conductas que se trabajaron. Además, con la elaboración del Plan Educativo Individual del Estudiante (PEIE) se están enseñando diversas tareas/habilidades funcionales y naturales que eran prioritarias para que cada vez la evaluada sea más independiente.

2.3.5. Instrumentos Psicológicos

En relación con los instrumentos psicológicos aplicados, se utilizaron los siguientes: Escala de inteligencia de Stanford – Binet, Escala de Maduración social de Vineland, Escala de valoración Conductual de Kozloff y la Escala de Valoración del Autismo en la niñez C.A.R.S.

Cabe destacar que, la administración de los instrumentos psicológicos se desarrolló de forma virtual por medio de la plataforma Zoom debido a la coyuntura y las restricciones establecidas por el estado en el año 2020-2021 debido a la pandemia por SARS COVID-19; asimismo, la elección de los instrumentos psicológicos se basó principalmente en las posibilidades que brinda la coyuntura del país previamente mencionada.

2.4. Informe Psicológico

2.4.1. Datos de Filiación

- Apellidos y nombres : L. H. A. G.
- Fecha de nacimiento : 09 de diciembre de 2008
- Edad Cronológica : 12 años 2 meses
- Padre : Juan Manuel A.
- Madre : Luz Consuelo G.
- Domicilio : Calle María de los Ángeles Mz.C1, Lt.15. Urb. San Diego - SMP
- Centro Educativo : Centro Ann Sullivan del Perú - CASP
- Fecha de inicio: : 18 de agosto de 2020

2.4.2. Objetivos Terapéuticos

De acuerdo con el nivel de gravedad que presentó la evaluada, grado 1, se identificó que se le necesita enseñar a tolerar las diversas transiciones al alternar actividades ante posibles cambios de rutina o interrupciones de tareas por medio del uso de horario de actividades que le ayudará a anticiparse para que cuando se enfrente a estos momentos sepa cómo afrontarlos.

Asimismo, se simulará situaciones reales en donde ella se tendrá que exponer a pequeños grupos sociales para que aprenda a iniciar interacciones con sus pares.

2.4.3. Métodos y Técnicas Psicológicas Utilizadas

En el presente estudio de caso se utilizó: registro de observación cualitativos, entrevista al papá y mamá (anamnesis), registro de control de seguimiento, registro de frecuencia y el Currículum Funcional Natural de la estudiante, elaborados por el CASP.

2.4.4. Observaciones Generales y de Conducta

La evaluada es una adolescente que aparentaba su edad cronológica, de contextura delgada, altura promedio a su edad, tez trigueña, cabello castaño lacio y largo, se encontraba adecuadamente aseada y su vestimenta fue acorde a la estación, género y edad.

Mostró autonomía en la marcha, asimismo, su marcha y postura fueron adecuadas. Por otro lado, en relación con su lenguaje, mostró un leve déficit en el lenguaje funcional debido a que no lograba establecer una conversación de ida y vuelta (respondía las preguntas de forma concreta) mas no en el comprensivo, por otro lado, el contacto visual con la evaluadora por momentos se mantenía y por otros se distraía con los materiales que tiene en su cuarto.

Durante el proceso de evaluación realizado de manera virtual, la evaluada mostró inicialmente una actitud poco colaboradora, poco a poco fue siguiendo las instrucciones dadas, sin embargo, tenía facies de intranquilidad, se tiraba al piso, tiraba manotazos, se retiraba a su habitación cada vez que no logra concluir con una actividad de su agrado, cuando se le pedía que realice una actividad o tarea que le resultara difícil de desarrollar. Conforme se fueron desarrollando las sesiones mostró una actitud más colaboradora con la evaluadora. Asimismo, mantenía una mejor predisposición al desarrollar las pruebas psicológicas.

2.4.5. Análisis e Interpretación de los Resultados

En el área cognitiva, la evaluada se encontró en la categoría de Discapacidad Intelectual Leve, obteniendo un Coeficiente Intelectual de 69 y una edad mental de 8 años lo que significaba que tiene un desarrollo inferior a su edad cronológica. Al realizar el análisis cualitativo se evidenció un potencial desarrollo en el sub-área de “Memoria y Concentración”, ya que, poseía la capacidad de centrar su atención sobre un objeto previamente establecido, logró unificar su atención para una finalidad específica en tareas como repetir hasta 6 dígitos, mencionar una cifra de 4 dígitos de forma inversa, realizar satisfactoriamente encargos basado en seguir órdenes complejas y reconocer imágenes presentadas con anterioridad. Por otro lado, su menor desempeño fue en “Juicio y Razonamiento”, logró identificar objetos por su uso, reconocer el todo de una imagen dividida y unir sus partes, identificar y discriminar figuras de animales, identificar objetos por su tamaño y forma, sin embargo, se le dificultaba identificar frases en las que algunos elementos son incoherentes o absurdos.

En la evaluación del autismo, se ubicó en la categoría de Rasgos Autistas; las puntuaciones más elevadas se observaron en los ítems de “Adaptación al cambio”, lo cual se evidenció cuando la evaluada se resistía al cambio de rutina o tarea específica ocasionando rabietas, tiraba manotazos a las personas que se encuentran a su alrededor o se tiraba al piso, asimismo, no toleraba que le indiquen que debe continuar o hacer una actividad que no era de su agrado. Del mismo modo, “Ansiedad y Miedo” debido a que ocasionalmente se mordía las uñas cuando se encontraba en nuevos ambientes o rodeada de personas que no conocía, además, cuando le indicaban que cambien de una actividad a otra, mostraba facies de intranquilidad y nerviosismo. Por otro lado, haciendo énfasis en los criterios diagnósticos del DSM V, la evaluada presentó características que la situaban dentro del diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista el cual se relacionaba con la discapacidad intelectual, deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social y trastornos del comportamiento.

En el área social, la evaluada obtuvo coeficiente social de 53, lo cual la ubicó en la categoría de Deficiencia Social leve con una edad social de 6 años 5 meses. En cuanto al análisis cualitativo se apreciaba que; las áreas de mayor desempeño son en relación con las “Habilidades de ocupación”, ella lograba seguir instrucciones sencillas y complejas, puede realizar actividades y quehaceres del hogar de manera guiada, seguía eficientemente sus rutinas establecidas y jugaba con distintos materiales concretos sin vigilancia. De igual manera, en el área de “Ayuda a sí mismo en vestido” la evaluada lograba vestirse de manera adecuada, haciendo uso de motricidad fina al momento de abotonarse y subir el cierre, mostró autonomía al cambiarse, no obstante, necesitaba ayuda para atarse los zapatos, asimismo, se bañaba y peinaba con cierta ayuda. Por otro parte, necesitaba ayuda en las actividades inmersas en el área de “Ayuda a sí mismo en la alimentación” ya que mostró dificultades en el uso adecuado de los utensilios, así como poca autonomía en la mesa.

Según los resultados obtenidos en el área conductual se evidenció un mejor desempeño en las habilidades de “Escuchar mirar y moverse” y “Disposición para el aprendizaje”, lo cual

indicaba que, la evaluada poseía los repertorios básicos de atención, concentración e imitación para lograr un adecuado proceso de enseñanza-aprendizaje, lograba seguir instrucciones sencillas complejas, asimismo adecuadas habilidades motoras gruesas y finas. Por otro lado, tuvo un menor desempeño en las habilidades de “Trabajo y autonomía” teniendo dificultades en el desarrollo de las actividades de la vida diaria tales como: autonomía en la vestimenta, en el aseo y en la alimentación, asimismo, no realizaba dichas actividades por iniciativa propia. Con respecto a las “Conductas problemáticas y Comportamiento autodestructivos” se evidenciaba las conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos, dichas conductas se evidencian cuando una persona le indica que debía realizar una actividad que no era de su agrado, cuando no le permitían terminar una actividad que ya inició, al momento de interferir en su rutina diaria o no le prestaban atención cuando ello lo demanda.

Según los datos obtenidos en el Currículum Funcional Natural del estudiante se analizó cuáles eran las prioridades para la familia y de la estudiante por lo que de las 14 categorías eran solo alguna prioridad poder trabajar como, en las habilidades Pivotales, seguir instrucciones ya que se observó que lograba realizar instrucciones simples sin embargo no realiza una instrucción que tenía una secuencia de pasos específicos. En lo que respectaba a comunicación expresiva, tuvo dificultades para mantener una conversación, pero si responde preguntas abiertas. En las habilidades de autocuidado, sabía usar servilleta, cuchillo y tenedor, pero no come apropiadamente. Además, presentó dificultades en hacer todo el procedimiento para el cepillado de dientes. En las habilidades de vestido si observó que sí sabía vestirse con prendas cerradas y abiertas. Por último, en las habilidades académicas, sabía leer sin embargo no comprendía las lecturas y leía el reloj de manera digital pero no sabía leerlo de manera análoga.

2.4.6. Conclusión Diagnóstica

La evaluada es un adolescente con Trastorno del Espectro Autista que presentaba conductas disruptivas tales como tirarse al suelo, tirar manotazos, resistirse realizar otras actividades, del mismo modo, mostraba dificultades en el proceso de adaptación cuando había

cambios o desbalances en su rutina diaria. Cognitivamente, perteneció a la categoría “Discapacidad Intelectual Leve”; por otro lado, su puntuación socialmente la ubicó en la categoría “Retraso Social Leve” y finalmente, se identificó que son interferentes en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en el desarrollo de vínculos sociales.

Según el DSMV se ubicó en la categoría F29.0 teniendo el nivel de gravedad en el nivel 1 “necesita ayuda” ya que no necesitaba tantos apoyos en los diversos contextos en los que se desarrollaba.

2.4.7. Pronóstico

De acuerdo con la información recaudada y al diagnóstico obtenido, la evaluada presentó un pronóstico favorable debido a que se lograron identificar las conductas disruptivas que interfieren en su proceso de enseñanza-aprendizaje por consiguiente se llevó a cabo un programa psicológico de modificación de conducta; por otra parte, los factores externos como la familia y el centro de estudios presentaban toda la predisposición para lograr efectuar las acciones y medidas necesarias.

2.4.8. Recomendaciones

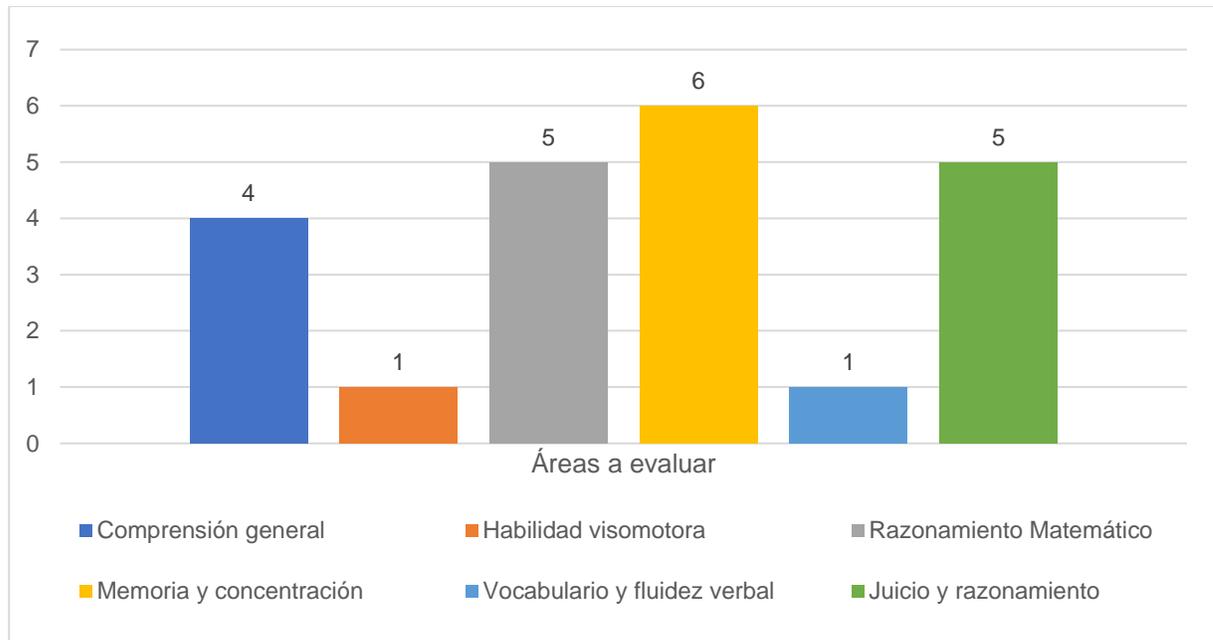
- Diseñar y aplicar un programa de “Eliminación de Conductas Disruptivas”.
- Diseñar y aplicar un programa de habilidades sociales de adaptación.
- Orientación y consejería a la familia.

2.5. Perfil de Funcionamiento Psicológico

En los siguientes gráficos se muestra el perfil de funcionamiento psicológico donde se enfatiza las pruebas, áreas evaluadas y su nivel de funcionalidad.

Figura 3

Perfil de la Escala de Inteligencia Stanford – BINET

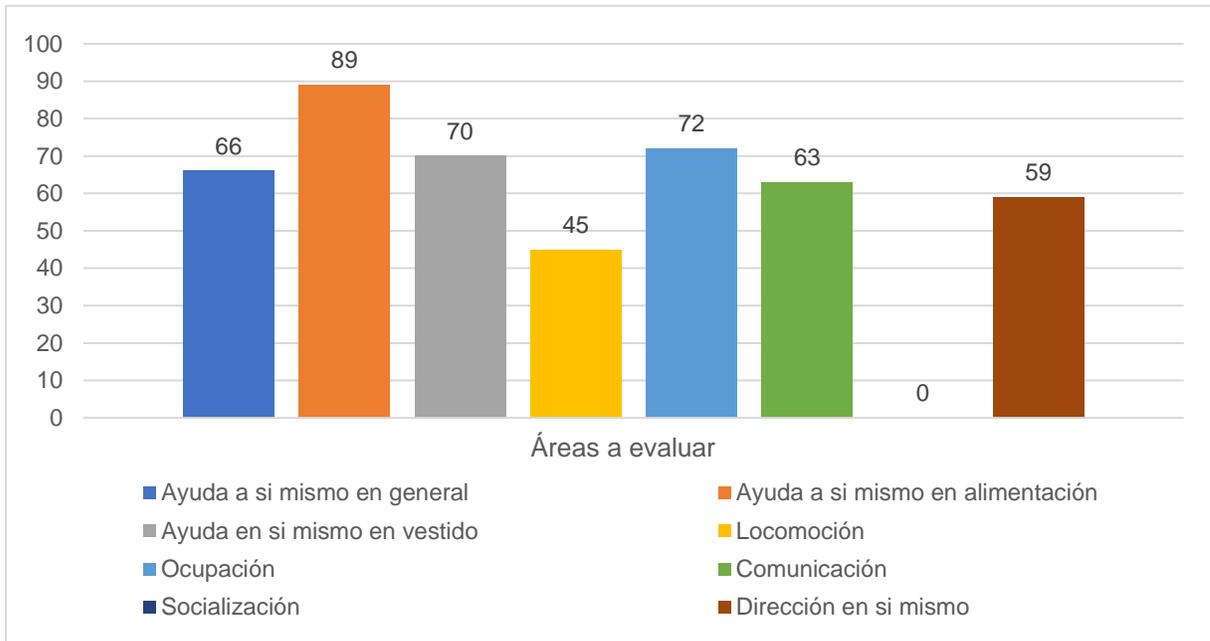


Nota: Se visualiza las áreas que evalúa apreciando las que tienen mejor y menor rendimiento.

En la figura 3 se observa que, en el área cognitiva, tanto la subcategoría de memoria y concentración como la de razonamiento matemático alcanzan un mayor puntaje. Por el contrario, en las que obtiene un menor puntaje (1) son en: habilidad visomotora y vocabulario y fluidez verbal lo que se va evidenciando en las sesiones con la evaluada.

Figura 4

Perfil de la Escala de Madurez Social de Vineland

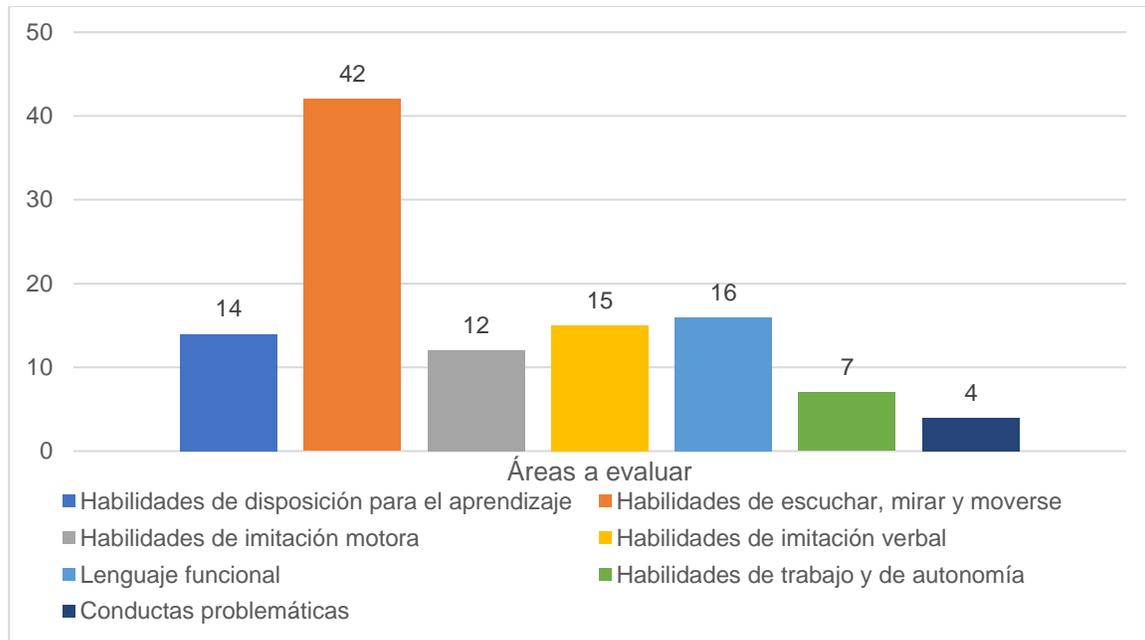


Nota: Se visualiza de manera general cómo fluctúan las puntuaciones entre cada área.

En la figura 4 se observa el área social reflejando que en la subcategoría de ayuda a sí mismo en alimentación (89) y de vestido (70) alcanzan un puntaje elevado. Por otro lado, en la subcategoría de dirección en sí mismo obtiene un puntaje de 0 por lo que se evidencia que las tareas elegidas a trabajar son las adecuadas de acuerdo con lo que detalla la prueba.

Figura 5

Escala de evaluación de conducta de Martín Kozloff



Nota: Preguntas hacía la mamá y lo que se observa en los entrenamientos individuales.

En la figura 5 se observa el área conductual y se refleja que en la subcategoría de habilidades de escuchar, mirar y moverse obtiene un puntaje de 42 siendo esta la que tiene un mayor puntaje y la subcategoría de conductas problemáticas se encuentra con menor puntaje teniendo una puntuación de 4.

Capítulo III: Programa para Disminuir Conductas Disruptivas

3.1. Identificación del Problema Específico

Luego, de haber realizado un análisis de toda la información obtenida a través de las observaciones, la entrevista virtual, anamnesis, evaluaciones y entrenamientos individuales correspondientes a la adolescente, se identificaron aquellas conductas que presenta con mayor intensidad a través del registro anecdótico y posteriormente el registro de frecuencia, evidenciándose que la dificultad está relacionado a conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos.

Es por ello, que la intervención terapéutica está orientada fundamentalmente a disminuir dichas conductas inapropiadas en la adolescente de 12 años con diagnóstico de TEA, que perjudica su desarrollo intelectual, social y afectivo. Se utilizó diversos procedimientos y técnicas operantes como reforzamiento positivo (descriptivo), tiempo fuera de no exclusión, sobrecorrección, redirección en situaciones apropiadas, etc.

3.2. Programa para Reducir Conductas Disruptivas

3.2.1. Datos Generales

- Nombres y Apellidos : L. H. A. G.
- Edad : 12 años 2 meses
- Centro Educativo : Centro Ann Sullivan del Perú (CASP)
- Responsable : Mariella Ximena Córdova Tuesta
- Inicio : 19 de agosto de 2020

3.2.2. Objetivo

Reducir al 90% las conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos a través de la aplicación de técnicas psicológicas de modificación de conducta.

3.2.3. Definición

El término “conductas disruptivas” hace referencia a aquellas conductas desadaptativas e inadecuadas que se manifiestan de forma persistente, tales como agresividad, la hiperactividad, el berrinche, la autoestimulación y la autodestrucción. Asimismo, interrumpen las actividades de la vida diaria, interfieren en el desarrollo y proceso de socialización de la persona. Por ende, en este caso se observaron las siguientes conductas disruptivas que vamos a detallar y describir:

Tirarse al suelo. Se refiere a colocar todo el cuerpo en el suelo de manera intempestiva lo cual sucede cuando no hacen lo que ella quiere y se puede presentar en cualquier contexto, sobre todo cuando no le permiten realizar lo que ella desea y cuando la madre la intenta ayudar para que pueda realizar una tarea o habilidad con mejor calidad. Por ende, la evaluada pasa un largo tiempo en el piso hasta que la mamá u otra persona se acerque para pararla y llevarla a otro ambiente.

Tirar manotazos. Esta conducta hace referencia al acto físico de realizar movimientos fuertes con los brazos y manos trayendo como consecuencia golpear y causar un daño físico hacia la persona que este más cerca de ella. Dicha conducta disruptiva es evidente cuando hay una variación en las actividades que realiza durante el día o interrumpen alguna actividad que está realizando y como consecuencia la madre permite que continúe haciendo lo que ella desea para que no continúe con la conducta mencionada la inicio.

3.2.4. Repertorio Inicial

Haber completado los programas de conductas básicas de atención, imitación, seguimiento de instrucciones, asimismo, la evaluada no debe presentar impedimentos físicos, visuales y auditivos para que pueda seguir con toda la secuencia del programa de modificación de conducta.

3.2.5. Repertorio Final

El programa se dará por concluido cuando la evaluada sea capaz de permanecer tranquila sin presentar las conductas disruptivas anteriormente mencionadas, con un 90% de efectividad.

3.2.6. Materiales

- Recursos humanos: especialista, escuelas de familias, capacitaciones a los papás y encuentro de hermanos.
- Registro de control de seguimiento individual.
- Reforzadores tangibles: pupiletras, adivinanzas, micrófono y tocar piano.
- Plan Educativo Individual de la Estudiante (PEIE).
- Cuestionario: Quiero que me conozcas.

3.2.7. Ambiente de Aplicación

Casa de la evaluada.

3.2.8. Técnicas para Utilizar

- Entrenamientos individuales.
- Reuniones para la familia.
- Instigación verbal y física.
- Refuerzo positivo.
- Reforzamiento diferencial de otras conductas RDO.
- Sobrecorrección.
- Tiempo fuera de no exclusión.
- Coste de respuesta.
- Redirección en situación apropiada.

3.2.9. Diseño Experimental

Para este caso se utilizará el diseño Bicondicional, Modelo "A-B", Alarcón (1991, como

se citó en Barriga, 2009) menciona que es un diseño univariable y no reversible. Está constituida por dos fases. En la fase A se establece la línea base, además, el investigador efectúa una serie de observaciones y registro continuos para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la B se introduce el tratamiento y la variable independiente, también, se registra los cambios en la variable dependiente; de producirse cambios se atribuyen a la acción de la variable independiente. Cabe destacar que, para cambiar de una fase a la otra, es necesario que la conducta que está siendo medida se estabilice.

3.3. Aplicación del Programa de Tratamiento

3.3.1. Evaluación Inicial

Análisis conductual. El programa se inicia registrando todas las conductas disruptivas que dificulten o interfieran en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Posteriormente, se efectuará el análisis conductual de cada conducta disruptiva identificando los estímulos antecedentes que desencadenan la conducta. Así como, los reforzadores que hacen que la misma se mantenga o incremente.

Línea Base. Se establecerá a través de un registro de frecuencias de las conductas disruptivas (tirarse al suelo y tirar manotazos) sin aplicar ninguna técnica de modificación de conducta durante 5 sesiones de 1 hora cada una en el hogar de la evaluada mientras desarrolla sus actividades académicas. Cabe destacar que en esta etapa se identificarán los reforzadores y las técnicas operantes de modificación de conducta que serán aplicadas. Posteriormente, en el programa de modificación de conducta, se realizarán las capacitaciones a la familia para poder tener la consistencia esperada con las estrategias que nos permitirá tener éxito esperado.

Capacitación, reuniones y escuelas de familias. Se tendrá un tiempo después de los entrenamientos individuales para conversar con el familiar que está en ese momento acompañando y se le brindará las recomendaciones y estrategias empleando juego de roles, modelo y/o recordatorios verbales, de lo que se ha observado en ese momento y lo que es necesario trabajar. Además, se tiene programado escuelas de familias, capacitaciones y

reuniones a la familia cada 15 días donde se abarcó los siguientes temas:

Acuerdo de Consistencia. Documento donde la mamá y el papá colocan sus compromisos para obtener la consistencia esperada con las estrategias que se van a brindar y roles que cada uno debe tener para el trabajo con su hija.

Siete Tips durante la enseñanza de habilidades. Estrategias que permite seguir con la enseñanza de tareas programadas como: Organizar el día, organizar el ambiente, tener paciencia, esperar respuesta, usar modelo para enseñar, da solo las ayudas necesarias y alentar sus avances.

Diez Tips para Solucionar Problemas. Creer en su hijo, organizar el ambiente, controlar ayudas verbales, esperar, darle oportunidad para que lo haga, modelarle lo que tiene que hacer, felicitarlo para encontrar la solución, compartir experiencias propias, situaciones reales y ejemplificar lo que puede suceder. Y 3 pasos para enseñarle a resolver problemas: identificar el problema, encontrar solución y tratar de solucionarlo.

Seguimiento de Instrucciones Verbales. Seguimiento de 2 instrucciones en secuencia.

Procedimiento de Tareas Encadenadas. Pasos que considerar al enseñar tareas/habilidades que tienen una secuencia establecida.

Trato como Cualquiera Otra Persona. Los 9 principios que tienen el CASP para trabajar con los estudiantes: concéntrate en mis habilidades, déjame ser como otros de mi edad, enséñame y déjame ser independiente, déjame ayudar a otros, alientame, déjame ser con toros que no necesiten programas especiales, juega conmigo, habla conmigo y acéptame y quiéreme.

Lograr Ser Consistentes. Plan mantener la consistencia con otros integrantes en casa y de manera personal. Estrategias para seguir: tener expectativas, reglas familiares, escoger una conducta inapropiada, usar recordatorios y da tu brazo a torcer, pero intencionalmente.

Análisis de la Conducta y Estrategias de Modificación de Conducta. Cuadro de la triple relación de contingencia para identificar el mensaje de cada conducta y técnicas para cada tipo de conducta que se puede presentar.

Sacar Partido a la Educación Virtual. Beneficios de las tareas en casa.

Mejorar la Comunicación en la Familia. 4C de la disciplina: consistencia, calma, cariño y comunicación.

Preparo A Mi Hija Para La Vida. 11 beneficios de las tareas en casa: enseñarle habilidades para la vida, responsabilidad, mensaje: tú puedes, aumenta su autoestima, trabajo en equipo, preparación para el trabajo, más éxito para la vida adulta, base-investigación, mejora de conducta, cerebro plasticidad y máximo potencial.

Aprendemos a Identificar qué Tareas Enseñamos en una Tarea General. Reconoce que tareas se pueden trabajar dentro de una actividad global.

Importancia de Tener un Horario en Casa. Beneficios de realizar un horario visual de acuerdo con las necesidades de cada estudiante.

10 principios de la Neuroplasticidad. Úsalo o piérdelo, úsalo o mejóralo, se especificó, repetición, intensidad, motivación y funcional, tiempo, edad, generalización e interferencia.

3.3.2. Intervención

La intervención se desarrolló en 20 sesiones de 1 hora durante el desarrollo de actividades de enseñanza- aprendizaje en el hogar de la evaluada. Las técnicas de modificación de conducta serán aplicadas por los padres quienes cuentan con la asesoría brindada por la psicóloga. Del mismo modo, la psicóloga se encontrará observando el desenvolvimiento de la sesión a través de la plataforma virtual de Zoom.

A continuación, se especifican de manera clara y concreta las técnicas de modificación de conducta utilizadas para disminuir las conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos:

Tirarse al Suelo. Se utilizó las siguientes estrategias:

Coste de Respuesta. Se iniciará la aplicación de esta técnica utilizando la instigación física y verbal. Cada vez que la estudiante emita la conducta disruptiva de tirarse al suelo se esperará y luego se le dirá: “Cálmate, vamos a respirar”, si continúa con dicha conducta se le

retirá el material didáctico de su agrado, previamente se le indicará el motivo por el cual se le está quitando: “Estamos retirando el rompecabezas porque te estas tirando al suelo”.

Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO). Durante la sesión de entrenamiento individual con la especialista, la estudiante podrá realizar las actividades que son de su agrado. En este lapso se reforzará cada vez que no emita la conducta de tirarse al suelo cada 20 minutos transcurridos. Posteriormente se irán disminuyendo los intervalos de tiempo. En el caso que no emita dicha conducta se reforzará con reforzadores sociales como “muy bien estás sentada” acompañado de reforzadores tangibles (armar su rompecabezas).

Tirar Manotazos a Objetos o Personas. Se trabajó de la siguiente manera:

Sobrecorrección. Esta técnica se utilizó cada vez que la evaluada comenzaba a tirar manotazos. Inicialmente se le dará la indicación verbal “A ver respira”, posteriormente se seguirá con la instigación física sujetándola de las manos y finalmente se aplicará la técnica de sobrecorrección, haciendo que haga cariño a su mamá en la zona donde le ha dado el manotazo. Por otro lado, si desordena el espacio en el que se encuentra deberá de ordenarlo y dejarlo como estuvo antes.

Tiempo Fuera de No Exclusión. Esta técnica será utilizada cada vez que la conducta de tirar manotazos es persistente y se le dirá: “Cuando estes más calmada vamos a continuar, ahora vas a esperar ahí”. Mientras se hace eso la mamá continúa conversando con la especialista. Después, de un tiempo, previamente planificado, se hará que regrese a la tarea que realizaba.

Desvanecimiento. En esta fase se va disminuyendo gradualmente los estímulos de apoyo y reforzadores sociales cada vez que el examinado realiza las conductas esperadas sin manifestar las 2 conductas disruptivas que se están trabajando.

Generalización. Con la finalidad de generalizar las conductas planteadas en el objetivo del programa de modificación, se dará la capacitación pertinente a la familia para que apliquen las técnicas de modificación de conducta y así se logre disminuir las conductas disruptivas.

3.3.3. Evaluación Final

Se hará un registro final de frecuencias, acerca de cuantas veces aparecen las conductas disruptivas durante la hora de actividades libres en un periodo 4 sesiones de 60 minutos. Si estas han disminuido con un 90% de efectividad se da por concluida la intervención.

3.4. Resultados del Tratamiento

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en el “Programa para reducir conductas disruptivas”.

3.4.1. Análisis Funcional

En las siguientes tablas se muestra los resultados del análisis funcional de las conductas disruptivas de tirarse al suelo y de tirar manotazos indicando de manera concreta el estímulo antecedente, la conducta y los estímulos reforzadores que mantienen la conducta.

Tabla 1

Análisis funcional de tirarse al suelo

| Contexto | Estímulo antecedente | Conducta de la estudiante | Estimulo reforzador |
|--|---|--|--|
| La evaluada está realizando una actividad de su agrado “tocar piano” | Se le indica que debe realizar la siguiente actividad que dice en su horario. | Se comienza a negarse en dejar de tocar piano y comienza a tirarse al suelo. | La madre utiliza la técnica de coste de respuesta. Le indica que si no está tranquila tendrá que dejar de tocar piano ya que no la ve sentada. |
| Se encuentra en su entrenamiento individual virtual con la especialista. | Se le indica que realice una actividad que generalmente no es de su agrado (limpiar la cocina). | Ella continua con sus actividades y realiza sus tareas sin interrupciones. | La madre utiliza la técnica RDO por lo que, premia dándole su plato de comida favorito ya que no se tiró al suelo por un tiempo determinado. |

Nota: El análisis de la conducta se realiza con la mamá.

En la tabla 1 se muestra el análisis conductual de tirarse al suelo, es decir el cuadro de la triple relación de contingencia, en donde se ve reflejado qué ocurre antes, durante y después que se presenta la conducta a intervenir.

Tabla 2*Análisis funcional de tirar manotazos a objetos y personas*

| Contexto | Estímulo antecedente | Conducta de la estudiante | Estimulo reforzador |
|--|--|--|---|
| La evaluada se encuentra realizando actividades indicadas en su entrenamiento individual (prepara trufas de galleta de vainilla) | Se le cae al piso las grageas que está utilizando para decorar sus trufas. | Al notar que no le está saliendo la receta, se va corriendo y comienza a tirar manotazos a su mamá | Cuando deja de tirar manotazos, la madre utiliza la técnica de sobrecorrección le indica como debe ser sus caricias hacia ella y luego, debe ordenar los objetos que se le cayó por tirar manotazos. |
| Inicia su sesión de entrenamiento individual (hora del almuerzo) | Se le indica que debe utilizar el cuchillo y tenedor para recoger sus alimentos. | Se rehúsa a realizar lo que se le está indicando y rápidamente comienza a tirarle manotazos a su mamá. | La madre hace que se mantenga al margen de la actividad. Y cuando ya está tranquila le dice “qué bien se te ve así tranquila” y luego le da el modelo de las conductas adecuadas que esperamos de ella. |

Nota: La conducta es realizada en la cocina de la casa de la estudiante.

En la tabla 2 se muestra el análisis conductual de tirar manotazos hacia otra persona, permitirá poder anticiparnos cada vez que la evaluada quiera realizar esta acción ya que brinda información de lo que se debe o ya no se debe realizar o decir para así poder hacer que se disminuya en su totalidad.

3.4.2. Línea Base

La línea base se realizó en 4 sesiones de 60 minutos en donde se realizaron diversas actividades tanto de la preferencia de la evaluada como los que no tenía tanta afinidad.

Tabla 3

Línea base de las conductas por sesiones

| Sesiones | Tirarse al suelo | Tirar manotazos |
|-----------------|-------------------------|------------------------|
| Sesión 1 | 12 | 9 |
| Sesión 2 | 8 | 12 |
| Sesión 3 | 10 | 8 |
| Sesión 4 | 9 | 7 |
| Promedio | 10 | 9 |

Nota: Esta tabla agrupa las veces que se ha presentado las conductas disruptivas a intervenir.

En la tabla 3 se observa el número de veces en que se repetía la conducta disruptiva, evidenciando que el promedio de la conducta de tirarse al suelo fue de 10, mientras que el promedio de la conducta de tirar manotazos a objetos y personas fue de 9.

3.4.3. Intervención

La intervención se realizó en 10 semanas, 2 sesiones por semana con 60 minutos de duración, en las que se pudo evidenciar que las conductas disruptivas se fueron reduciendo.

Tabla 4

Registro conductual por semana:

| Semana | Tirarse al suelo | Tirar manotazos |
|---------------|-------------------------|------------------------|
| Semana 1 | 10 | 9 |
| Semana 2 | 7 | 8 |
| Semana 3 | 9 | 7 |
| Semana 4 | 8 | 7 |
| Semana 5 | 6 | 3 |
| Semana 6 | 4 | 2 |
| Semana 7 | 2 | 2 |
| Semana 8 | 2 | 1 |
| Semana 9 | 1 | 0 |
| Semana 10 | 0 | 1 |

Nota: Las 10 semanas de intervención fueron consecutivas.

En la tabla número 4 se evidencia la disminución gradual que han tenido ambas conductas disruptivas. Se evidencia que tirarse al suelo se redujo de 10 a 0 y tirar manotazos a objetos y personas se redujo de 9 a 1.

3.4.4. Evaluación Final

La evaluación final se desarrolló en 4 sesiones de 60 minutos en donde se realizaron las mismas actividades, tareas/habilidades que se planearon en la evaluación inicial para asegurarnos que las conductas fueron reducidas en gran parte bajo los mismos contextos presentados inicialmente

Tabla 5

Evaluación final de las conductas por sesiones

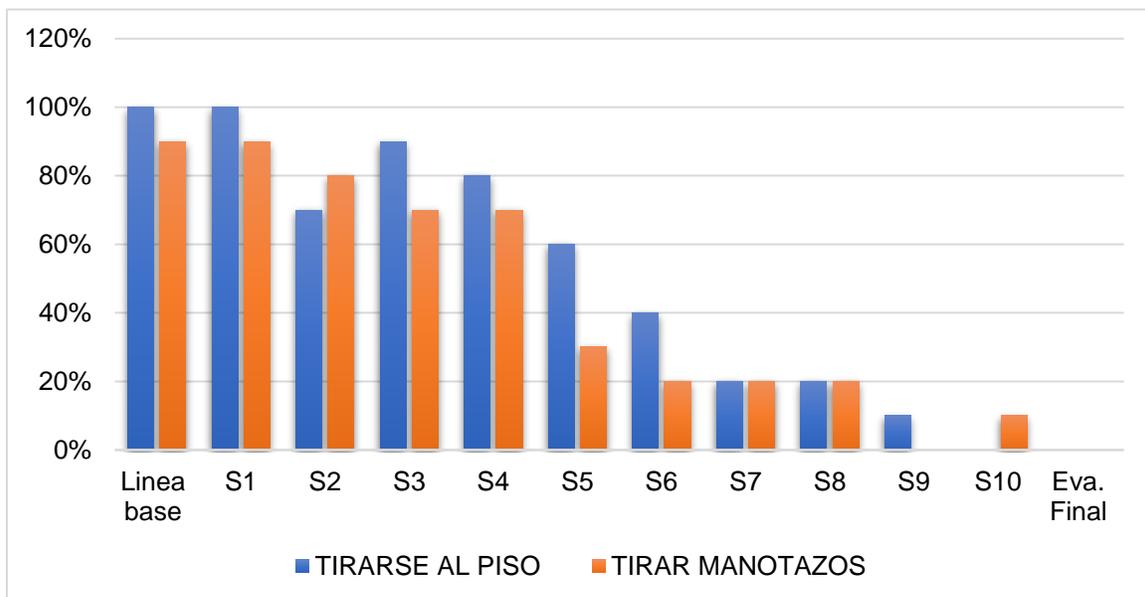
| Sesión | Tirarse al suelo | Tirar manotazos |
|----------|------------------|-----------------|
| Sesión 1 | 1 | 0 |
| Sesión 2 | 0 | 0 |
| Sesión 3 | 0 | 0 |
| Sesión 4 | 0 | 0 |
| Promedio | 0 | 0 |

Nota: El objetivo del programa de modificación de conducta fue cumplido.

En la tabla 5 se evidencia que el promedio de la conducta disruptiva de tirarse al suelo fue de 0, de igual manera, la conducta de tirar manotazos obtuvo un promedio de 0.

Figura 6

Evaluación porcentual semanal de cada conducta disruptiva



Nota: Se muestra los avances de las 10 semanas incluyendo la línea base y la evaluación final.

En la figura 6 se observa los resultados en forma porcentual obtenidos en el proceso de intervención y reflejan que el programa de intervención de conducta fue exitoso ya que cumplió el objetivo propuesto.

3.5. Seguimiento e Informe del Tratamiento

Concluido el programa de intervención, se repite el mismo procedimiento de la evaluación final durante dos semanas consecutivas con el fin de observar el mantenimiento de la conducta establecida en la evaluada.

En el proceso de seguimiento se observó que ya no se emitía las conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos. Asimismo, se evidenció un mejor manejo de la frustración y mejor predisposición en realizar actividades académicas y del hogar. Por otro lado, se observó mejor comunicación por parte de los padres, entre los mismos y hacia su menor hija.

Se demuestra a través de los resultados obtenidos en el seguimiento de la intervención que se logró el objetivo planteado en el programa, es decir, se redujo al 100% las conductas disruptivas de tirarse al suelo y tirar manotazos a objetos y personas. Todo esto fue posible gracias al trabajo en equipo que se realizó entre la familia y la especialista, siguiendo las estrategias brindadas y asistiendo tanto con responsabilidad y puntualidad a todas las reuniones programadas para ellos como las capacitaciones, escuelas de familias y asesorías.

Capítulo IV: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Resumen

El presente estudio de caso trata de H una adolescente de 15 años diagnosticada con TEA grado 1 según el DSMV; asiste al Centro Ann Sullivan en busca de ayuda para que pueda aprender diversas tareas/habilidades que la permitan ser más independiente en su vida diaria. Además, presenta dos conductas disruptivas tales como tirarse al piso y tirar manotazos a la persona que está más próximo a ella, estas conductas mencionadas con anterioridad son interferentes al realizar alguna actividad y al querer enseñarle algo.

Se utilizó diversas técnicas psicológicas que permitieron poder tener una mejor percepción y análisis de estudio como: registro de observación, anamnesis, registro de control de seguimiento y el Currículum Funcional Natural de la estudiante, elaborado por el Centro Ann Sullivan del Perú. Por otro lado, se utilizaron diversos instrumentos psicológicos que facilitaron corroborar el diagnóstico, en el área cognitiva se empleó la escala de inteligencia de Stanford – Binet, en el área social fue la escala de Maduración Social de Vineland, en el área conductual la escala de Valoración Conductual de Kozloff y, la escala de Valoración del Autismo en la niñez C.A.R.S.

Posterior a ello, se identifica que es prioritario realizar un programa de modificación de conducta para la disminución de las conductas disruptivas con la finalidad de disminuir un 90% dichos comportamientos inapropiados; el programa planteado se desarrolló en 4 partes: línea base, intervención, evaluación final y seguimiento.

Al iniciar la línea base durante 4 sesiones la evaluada presentó un promedio de 10 y 9 veces las conductas de tirarse al suelo y tirar manotazos respectivamente lo cual nos indicó que eran conductas que día a día se presentaban con mayor intensidad por lo que se decide intervenir ya que estaba lentificando el proceso de enseñanza con respecto a otras habilidades; al realizar

la intervención se ejecutó en 10 semanas teniendo 2 sesiones por semana de 60 minutos, se observa que dichos comportamientos fueron disminuyendo gradualmente, por lo que al realizarse nuevamente la evaluación final en 4 sesiones ambas conductas en promedio no se presentaron por lo que se concluye que sí se cumplió el objetivo inicial y cumplió su efectividad ya que las conductas de tirarse al piso y tirar manotazos desaparecieron en un 100%.

Las diversas técnicas de modificación de conducta como redirección, tiempo de no exclusión, reforzamiento diferencial de otras conductas, etc. funcionaron con persistencia y consistencia en cada momento que se presentaban las conductas disruptivas; adicional a ello, fue de mucha utilidad la realización de las capacitaciones que se brindaban cada 15 días a los integrantes de la familia que estaban en frecuente contacto directo con la evaluada como mamá, papá, tías y primos para que en conjunto podamos cumplir con las expectativas que se tiene.

4.2 Conclusiones

- El programa de modificación de conductas cumplió con su objetivo ya que desapareció en un 100% las conductas disruptivas de tirarse al piso y tirar manotazos.
- Las técnicas utilizadas y las estrategias permitieron que dichas conductas inapropiadas se puedan disminuir gradualmente en todo el proceso de intervención ya que antes de aplicar el programa dichos comportamientos se presentaban en un promedio de 10 veces por semana respectivamente.
- La conducta de tirarse al suelo y tirar manotazos pertenecen al grupo de las conductas agresivas hacía otras personas y en muchos casos es debido a que no saben cómo expresar su fastidio porque no encuentran la forma correcta de hacer llegar lo que desean ante una determinada situación y en muchos casos pueden ser reforzadas por el entorno.
- Las capacitaciones frecuentes y la comunicación directa con el papá y la mamá favorecieron los acuerdos para que ambos trabajen de la misma manera y no haya inconsistencia al empezar el trabajo conductual con la evaluada.

4.3. Recomendaciones

- Fomentar la aplicación de dicho programa de modificación de conducta asociado a conductas disruptivas ya que sí hay efectividad para emplearlo.
- Fortalecer las habilidades/tareas y conductas apropiadas que ya aprendió para que las siga realizando.
- Continuar brindando responsabilidades a la evaluada por medio de un horario de actividades para que le permita anticiparle las tareas que va a realizar para que las pueda realizar con mejor disposición.
- Persistir con la asistencia a las capacitaciones de la familia que brinda el CASP para que puedan seguir formándose en tener las herramientas apropiadas para cuando la necesiten.

Referencias

- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. A. y Cortes, B. (2008). Dificultades en la Evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31(1), 37-44. Recuperado de <https://bit.ly/3sG7KJt>
- Artigas-Pallares, J. y Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. 32(115), 567-587. Recuperado de <https://bit.ly/3qXY38x>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Estados Unidos. Recuperado de <https://bit.ly/3pQSeIS>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18402>
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 27(100), 333-353. Recuperado de <https://bit.ly/3stGEoM>
- Barreiro, C. (2020). La teoría de la coherencia central débil y los trastornos del espectro autista. La mente es maravillosa. Recuperado de <https://bit.ly/2MwvrV6>
- Barriga, C. (2009). Metodología de la investigación científica y educacional. Centro de Producción Editorial e Imprenta UNMSM. Recuperado de <https://n9.cl/yf530>
- Bonilla, M. y Chaskel, R. Trastorno del espectro autista, 15(4), 19-29. Recuperado de <https://bit.ly/3bHu523>
- Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad [CONADIS]. (2019). *Situación de las personas con TEA en el Perú*. Recuperado de <https://n9.cl/p3qks>

- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. (2016). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado de <https://bit.ly/3us91W9>
- Dos Santos, U., Josiane, M., Bragatti, M. y Ohlweiler, L. (2013). Evolución de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista. *Medicina*, 73 (1), 16-19. Recuperado de <https://bit.ly/3aTf3ah>
- Espinoza, J. (2017). *Estudio de caso clínico-educativo: programa para reducir las conductas disruptivas de un adolescente con trastorno del espectro autista* (tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú. Recuperado de <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3309>
- Gómez, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 8(15), 113-123. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>
- Gómez, M. y Da Resurrección, A. (2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas. *Educação Por Escrito*. 8(2), 278-293. Recuperado de <https://afly.co/rls4>
- Gordillo, E; Rivera, R; y Gamero, G. (2014). Conductas disruptivas en estudiantes de escuelas diferenciadas, coeducativas e intereducativas. *Educación y Educadores*. 17(3),427-443. [fecha de Consulta 13 de Julio de 2021]. ISSN: 0123-1294. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83433781002>
- Hidalgo, D. (2016). *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (m-chat) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. Recuperado de <https://bit.ly/3knA4wY>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2018). Trastorno del espectro Autista. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/19-mh-8084s-autismspecdisdr-sp.pdf>

- Jodra, M. (2015). *Cognición temporal en personas adultas con autismo: Un análisis experimental* (tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid, España. Recuperado de <https://bit.ly/3dLXafy>
- Jurado de los Santos, P. y Justiano, M. (2015). Las conductas disruptivas y los procesos de intervención en la educación secundaria obligatoria. *4*(12), 26-36. Recuperado de <https://bit.ly/3bA4Uia>
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones práctica*. México. Editorial el Manual Moderno. Recuperado de <https://bit.ly/2MIJLzt>
- Lampert, M. A. (2018). Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Recuperado de <https://bit.ly/3ux6U3k>
- Millas, M. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista neurológica*, 48 (2), 47-52. Recuperado de <https://bit.ly/2NEVGJq>
- Miltenberger, R. (2017) *Modificación de conducta, principios y procedimientos*. Ediciones Pirámide. Recuperado de <https://n9.cl/piz88>
- Ministerio de Educación. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista – TEA*. Recuperado de <https://bit.ly/3kn3mMp>
- Mula, F., Ros-Cervera, G., Millás, M., Etchepareborda, M., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista neurológica*, 50 (3), 77-84. Recuperado de <https://bit.ly/2ZUvUTO>
- Nagore, M. (2015). *Conviviendo con el TEA en la Comunidad Educativa* (tesis de pregrado). Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, España, Huesca. Recuperado de <https://bit.ly/3uvMpE5>

- Nahmod, M. (2016). Tres modelos de historia crítica sobre autismo. *XVII Encuentro de Historia de la psiquiatría la psicología y el psicoanálisis en la Argentina, Buenos Aires*. Recuperado de <https://bit.ly/2O5R11W>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado de <https://bit.ly/3bDYhvh>
- Palomo, R., Velayos, S., Garrido, M. J. Tamarit, J. y Muñoz De La Fuente, A. (2005). Evaluación y diagnóstico en trastornos del espectro de autismo: el modelo IRIDIA. 174(38), 45-96. Recuperado de <https://bit.ly/3bCaa4U>
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 389-399. Recuperado de <https://bit.ly/3ssBXv9>
- Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría*. 79(1), 86-91. Recuperado de <https://bit.ly/2ZXloex>
- Rodríguez, C. (2020). Teorías Explicativas en TEA: Disfunción Ejecutiva. NeuroClass. Recuperado de <https://bit.ly/3sqCIVE>
- Real Academia Española. (s.f.). Autismo. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre de 2021, de <https://dle.rae.es/autismo>
- Ruggieri, V. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista neurológica*, 56(1), 13-21. Recuperado de <https://bit.ly/3aZkwNb>
- Vayas, R. y Carrera, L. (2012). Disfunción ejecutiva. Síntomas y relevancia de su detección desde Atención Primaria. *Revista clínica médico de familia*, 5 (3), 191-197. Recuperado de <https://bit.ly/3uvFwCJ>
- Vives, M. A. (2017). Relación entre teoría de la mente (ToM) y el trastorno del espectro autista (TEA) (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/3pSCR2j>

Anexo A



Centro Ann Sullivan del Perú

Calle Petronila Alvarez 180 Urb. Pando 5° Etapa
San Miguel, Lima 32 - Perú
Central Telefónica: (51-1) 514.7100 Fax: (51-1) 263.1237
Correo Electrónico: annsullivan@annsullivanperu.org
Página Web: <http://www.annsullivanperu.org>
Liliana Mayo, Ph.D. - Fundadora & Directora Ejecutiva

Programa: _____
(llenado por CASP)

Boleta N° _____

Si vive actualmente en Provincia,
Anotar arriba el nombre de la ciudad.

Si vive en el exterior, anotar
el nombre de la ciudad.

HISTORIA CLINICA

Les damos la Bienvenida a nuestro Centro y les agradecemos por solicitar nuestros servicios. Le pedimos por favor, llenar la siguiente información sobre su hijo (a) y familia tan detalladamente como le sea posible.

Mil gracias amigos, trataremos de ayudarlos en todo lo que podamos.

Incluya por favor una fotografía reciente de su hijo(a). La fotografía nos ayuda a conocer a su hijo(a) y a recordarlo en una siguiente entrevista.

Fecha: 18/08/2020/ _____

Es la primera vez que viene? Si X

No Cuándo vino anteriormente? _____

Nombres y apellidos de su HIJO(A): _____ Luzmia Haziel Arenas

Gozar _____

Edad: _____ 11 _____ Fecha de

Nacimiento: _____ 09/12/2008 _____

Dirección: Calle Maria de los Angeles Mz C Lt.15 Urb. San Diego

_____ Distrito: _____ San Martin de

Porres _____

DNI: _____ 72826080 _____ Tlf de Casa: _____

Celular: _____ 959205664 _____

Tlf del Trabajo: _____ Email: _____

Datos familiares:

| | Nombre | Edad | Profesión / Ocupación | Lugar de Trabajo |
|--|--------|------|-----------------------|------------------|
|--|--------|------|-----------------------|------------------|

| | | | | |
|-------|-------------------------|----------------|------------------------------------|-------------|
| Padre | _____ Juan Arenas _____ | _____ 40 _____ | _____ tecnico metalmeccanico _____ | _____ _____ |
|-------|-------------------------|----------------|------------------------------------|-------------|

| | | | | |
|-------|-----------------------|----------------|-------------|-------------|
| Madre | _____ Luz Gozar _____ | _____ 46 _____ | _____ _____ | _____ _____ |
|-------|-----------------------|----------------|-------------|-------------|

| | | | | |
|----------|---------------------------|----------------|----------------------------|-------------|
| Hermanos | _____ Angie Toscano _____ | _____ 28 _____ | _____ administradora _____ | _____ _____ |
|----------|---------------------------|----------------|----------------------------|-------------|

Modificado Febrero 2017

1

Anexo B

aprendizaje lento, Su dependencia hasta para realizar la tarea más simple, Su hiperactividad, Su falta de atención, Otros, nómbralo _____

¿Su hijo(a) presenta conductas agresivas? Sí No ¿Cuáles son?
 Patea, Jala los cabellos, Muerde, Pellizca, Escupe, Da manotazos, Da puñetazos, Tira con lo que tiene en la mano, Rompe muebles, Rompe vidrios de ventanas, Intenta destruir toda la casa, Otros, nómbrala alza la voz fácilmente _____

¿En qué situaciones se presentan estas conductas agresivas?
 Quiere algo, No le dan lo que quiere, Sin motivo alguno, Se le pide hacer una tarea, Se le cambia de actividad, Otro nómbrala _____

¿Cómo corrige usted estas conductas agresivas?
 Hablándole en tono calmado, Gritándole, Pegándole, Entreteniéndolo con la actividad que más le gusta, Prometiéndole dulces, Dándole lo que quiere, Encerrándolo en su cuarto, Otros, nómbrala le hablo muy serio y firmemente _____

¿Su hijo (a) se resiste a seguir ordenes? Sí No

¿Cómo hace usted para que le obedezca ?
 Hablándole en tono calmado, Gritándole, Pegándole, Prometiéndole dulces, Dándole lo que quiere, Otros, nómbrala a veces debo hablarle muy serio _____

¿Usted castiga físicamente a su hijo (a) ? Sí No

¿Qué tipo de castigo usa?
 Correa, Palo, Cachetadas, Jalones de cabello, Jalones de oreja, Nalgadas, Pellizcos, Puñetazos, Otros, nómbralo _____

¿Qué otras conductas inadecuadas presenta su hijo (a)? habla y trata a las niñas pequeñas como de su edad y cuando se frustra grita o se va o las dos cosas

¿Cómo las corrige?
 Hablándole en tono calmado, Gritándole, Pegándole, Entreteniéndolo con la actividad que más le gusta, Prometiéndole dulces, Dándole lo que quiere, Encerrándolo en su cuarto, Otros, nómbrala _____

A veces le hablo en voz alta
¿Ha notado conductas sexuales ? Sí No. Cuáles?
 Masturbarse solo, Masturbarse con otras personas, Masturbarse con objetos, Perseguir a niños mas pequeños, Intentar quitarle la ropa a otros, Intentos de violación, Otros, nómbrala _____

Anexo C

¿Qué medicación está tomando actualmente?
Nombre de la medicina Dosis que toma Por qué toma esa medicina? Le hace bien?
Respiridona 0.5 la recet la psiquiatra como estabilizador en

2018 _____ Sí No
_____ Sí No
_____ Sí No

Alguna de las medicinas anteriormente mencionadas tienen efectos secundarios que le gustaría mencionar. ¿Cuáles de ellas?
 Pérdida de apetito, Aumento de apetito, Náuseas, Vómitos, Dificultades, para dormir, Irritabilidad, Demasiado tranquilo, Deprimido, Agitado Aturdido,
 Otros : _____

¿Cuántos años que no encuentra una solución para el problema de su hijo? .5 años.
Ha estudiado en otros Centros? Sí No
Si su respuesta es Sí, por favor escriba los otros centros donde ha estado su hijo (a).

| Nombre del Centro | Fecha en que estudió |
|-------------------|----------------------|
| 1.- _____ | _____ |
| 2.- _____ | _____ |

Ha visitado otros Centros y no lo han aceptado? Sí No

Sólo si su hijo asiste actualmente a un nido o Colegio de Educación regular, llene la siguiente información:
- Su hijo necesita ayuda especializada en el nido o colegio de Educación regular? X Sí, No
- ¿Qué dificultades presenta en el nido o colegio regular? No logra conectar socialmente al 100 % con sus compañeros, sobre todo en los temas de conversacion

- Datos del colegio al cual asiste: Nombre de la institución: REYNA MARIA Tlf: 938647455
- Dirección: Jr. Santa Clara 941 San Martín de Porres
- Nombre del director: Daysi Romero

¿Cuál es la pregunta que más se hace Ud. con respecto a su hijo (a)?
 Se recuperará totalmente?, Podrá valerse por sí mismo?, Podrá aprender?,
 Podrá integrarse en un colegio regular?, Otros, nómbrelo sera completamente independiente _____

HISTORIA MEDICA.
I. EMBARAZO
1. ¿Cuál fue el número de embarazo con su hijo(a)? 1ro 2do 3ero 4to 5to 6to
2. Cuando estaba embarazada tenía :
 Manchas o hemorragias, Excesivo peso, Vómitos muy continuos, Presión

Modificado Febrero 2017 4

Anexo C

Alta, Sarampión, Varicela, Paperas, Infección, Accidente, Operación,
 Se expuso a Rayos X.

Es usted: Diabético RH Negativo. Tuvo otros problemas con su embarazo? nómbrelo:
_principios de _____
preclancia _____

II. NACIMIENTO: Parto

X Normal, Fórceps, Cesárea, Con desgarramiento, Fue prematuro, Nacimiento múltiple: Gemelos, Xlloró inmediatamente, necesitó oxígeno, X Fue colocado en incubadora, tuvo dificultades al mamar la leche, lloró la primera vez que se le dió de lactar, Otros, especifique tomo liquido amniótico al nacer y tuvo soplo al corazon, estuvo en UCI una semana _____

Peso del recién nacido 3 _____ Kg 500 _____ gr

Talla del recién nacido: 42 cm _____

III. HISTORIA MEDICA

1. La salud general de su hijo(a) es Buena, regular, Mala

2. Su hijo(a) ha tenido convulsiones? Sí No

3. Su hijo(a) tiene convulsiones en la actualidad o en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cómo son éstas convulsiones? ausencias, pérdida de conocimiento, con movimientos en todo el cuerpo, con movimientos en una parte del cuerpo, de corta duración, De larga duración, Otros, nómbrela _____

4. ¿Qué enfermedades ha tenido? varicela y bronco espasmos _____

5. Su hijo ha tenido alguna cirugías? a la vista, estrabismo ojo derecho _____

IV. HISTORIA PRINCIPAL DEL DESARROLLO

1. A qué edad su hijo hizo lo siguiente:

Sentarse solo 7 m _____

Gatear 8m _____

Pararse solo 1 año _____

Empezar a caminar 14 meses _____

V. HISTORIA DE LAS HABILIDADES DEL LENGUAJE

1. ¿A qué edad su hijo(a) balbuceó? _____ 9 meses

2. ¿A qué edad su hijo(a) dijo las primeras palabras? _____ 10 meses

3. ¿Cuáles fueron sus primeras palabras? angí, mama

Anote las palabras actuales _____

4. ¿A qué edad su hijo(a) empezó a combinar las palabras? _____ 17

Modificado Febrero 2017

5

Anexo D

meses _____

Anote las frases actuales _____

5. El habla de su hijo(a) es difícil de comprender Sí No
6. Su hijo(a) sube el volumen del televisor Sí No
7. Durante los años preescolares, su hijo (a) perdió el interés en hablar Sí No,
Qué edad tenía? _____
8. Si el habla de su hijo(a) es lento en el desarrollo, cómo intenta comunicarse?
 Con la mirada, Con gestos de las manos, Balbuceando, Hablando como
bebe, Levando de la mano, Otros nómbrele _le repito como se pronuncia

9. Su hijo (a) sólo habla con usted, cuando necesita algo Sí No
10. Usa oraciones _____, Responde preguntas _____, cuales? _____ habla
fluido _____
11. Su hijo alguna vez ha tenido terapia de lenguaje Sí No. Si es afirmativo,
dónde y por cuánto tiempo? _____5 meses _____

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA

1.- Algunas de las características siguientes describen a su hijo?

- Tiene hábitos nerviosos como: chuparse el dedo, morderse las uñas, No tolera la
frustración, enumere las situaciones en que se frustra:
Cuando le dan mas de una orden o pedido a la vez
Cuando le cortan una actividad o la interrumpen
Cuando no la escuchan o no le prestan atención
Cuando le desordenan sus cosas

Destruye cosas, Hiperactivo, Miedos extraños y persistentes, Problemas
alimenticios, Pataletas cuando no le dan lo que quiere, Se golpea la cabeza, Llantos
frecuentes, Autoagresión, Conoce del peligro, Resistencia a los cambios (rutinas,
objetos, alimento).

VII.- HISTORIA FAMILIAR

Perfil de la familia:

1. En la familia, hay o hubo algún caso de personas con:

Enfermedades psiquiátricas, Epilepsia o convulsiones, Retardo Mental, Dificultad
para aprender a leer, Dificultad para deletrear, Aparición tardía del habla, Problemas
del habla, Dificultades auditivas, Depresiones, No hay ningún caso.

Este problema tiene ascendencia? Sí No

La ascendencia es paterna : papá, mamá.

La ascendencia es materna : papá, mamá.

2.- ¿Cómo se lleva su hijo con sus hermanos? Bien regular mal.

3.- ¿Cómo describiría la relación de Uds. como padres con su hijo? buena, regular,

Modificado Febrero 2017

6

Anexo E

ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: Luzmila Hazel A.G. Fecha de la prueba: 18-08-2020
 Instrucción: Manuela Cordova Sexo: Femenino Fecha de nacimiento: 09-12-2018
 Examinador: Manuela Cordova Edad: 12 años 2 meses

| 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 checked="" type="checkbox"/> | 1. Vocabulario | (8) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Similitudes entre dos cosas | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Memoria de cuentos | (5) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Copiar un rombo | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Absurdos verbales II | (3) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Comprensión IV | (3) <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Similitudes y diferencias I | (3) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Analogías opuestas III | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Comprensión IV | (4) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Repetir 5 dígitos | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Nombrar días (orden correcto + 2) | (4) <input checked="" type="checkbox"/> |
| PS.: Repetir tres dígitos al revés | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | PS.: Interpretar situaciones I | (2) <input checked="" type="checkbox"/> |

Edad base

| AÑO IX (6 tests x 2 ó 4 x 3) | | AÑO X (6 tests x 2 ó 4 x 3) | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|
| 1. Recortado de papel I | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Vocabulario | (11) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Absurdos verbales II | (3) <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Contar cubos | (8) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Memoria de dibujos I 10" | (1 ó 2 con 1/2) <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Palabras abstractas I | (2) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Rimas | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Encontrar razones I | (2) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Dar cambio | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Nombrar palabras | 1' (28) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Repetir cuatro cifras al revés | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Repetir seis dígitos | (1) <input checked="" type="checkbox"/> |
| PS.: Similitudes y diferencias II | (4) <input checked="" type="checkbox"/> | PS.: Absurdos verbales III | (2) <input checked="" type="checkbox"/> |

| AÑO XI (6 tests x 2 ó 4 x 3) | | AÑO XII (6 tests x 2 ó 4 x 3) | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|----------|
| 1. Memoria de dibujos I | (1 1/2) <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Vocabulario | (14) () |
| 2. Absurdos verbales IV | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Absurdos verbales II | (4) () |
| 3. Palabras abstractas II | (3) <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Figuras absurdas III: La sombra | () |
| 4. Memoria de frases II | (1) <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Repetir cinco dígitos al revés | (1) () |
| 5. Ensartar cuentas de memoria 2' | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Palabras abstractas I | (3) () |
| 6. Similitudes: Tres cosas | (3) <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Completas frases (Minkus) 5' | (3) () |
| PS.: Encontrar razones I Edad techo | (2) <input checked="" type="checkbox"/> | PS.: Memoria de dibujos II | () |

EC.: 146 meses
 EM.: 99 meses
 CL.: 69

| SUMARIO | |
|---------|----------|
| AÑOS | MESES |
| II | 7 |
| II-6 | 7 |
| III | 7 |
| III-6 | 7 |
| IV | 7 |
| IV-6 | 7 |
| V | 7 |
| VI | 7 |
| V | 7 |
| VII | 7 |
| VIII | 7 |
| IX | 7 |
| X | 7 |
| XI | 7 |
| XII | 7 |
| XIII | 7 |
| XIV | 7 |
| AM | 7 |
| AS I | 7 |
| AS II | 7 |
| AS III | 7 |
| TOTAL | 99 meses |

Anexo F

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.

| | 2 | 2-6 | 3 | 3-6 | 4 | 4-6 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | AM | ASII | ASIII | |
|------------------------------|----|-----|----|-----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|-------|----|
| COMPRESION GENERAL | 3 | 2 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |
| HABILIDAD VISOROTORA | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |
| RAZONAMIENTO MATEMATICO | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |
| MEMORIA Y CONCENTRACION | 5 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |
| VOCABULARIO Y FLUIDEZ VERBAL | 1 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |
| JUICIO Y RAZONAMIENTO | 3 | 2 | 5 | 2 | 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS | PS |

Nombre: WILSON RAQUEL A.G. EC: 142 meses
 Fecha de nacimiento: 09-10-2008 Fecha de prueba: 18-08-2020
 Observaciones:
 Diagnóstico: Discapacidad intelectual leve

Anexo G



OP
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE KOZLOFF

Nombre del Examinado: Luzmila HAZEL A-G. Edad: 12 años 2H.
 Fecha de Nacimiento: 09 de diciembre 2008 C.E.: CASP
 Grado Escolar: _____ Fecha de Evaluación: 18 / 06 / 2020
 Examinador: MANUELA COTACANA TRUJILLO

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

| A. HABILIDADES DE DISPOSICIÓN PARA EL APRENDIZAJE | SI | A veces | NO |
|--|-----|---------|----|
| a 1. Contacto ocular espontáneo | X | | |
| a 2. Contacto ocular ante las orden | X | | |
| a 3. Responde al llamado por su nombre | X | | |
| a 4. Sigue instrucciones simples | X | | |
| a 5. Se sienta a trabajar en algunas tareas | X | | |
| a 6. Se aproxima a la gente por iniciativa propia | X | X | |
| a 7. Sonríe a los demás | X | X | |
| a 8. Reacciona a los elogios | X | X | |
| B. HABILIDADES DE MIRAR, ESCUCHAR Y MOVERSE | | | |
| HABILIDADES MOTORAS GRUASAS: | 40H | | |
| b 1. Se inclina y se pone de pie | X | | |
| b 2. Mantiene Equilibrio al andar | X | | |
| b 3. Camina hacia atrás | X | | |
| b 4. Impulsa el balón | X | | |
| b 5. Arroja el balón | X | | |
| b 6. Salta sobre el mismo sitio | X | | |
| b 7. Mantiene el equilibrio con un solo pie | X | | |
| b 8. Efectúa saltos de longitud | X | | |
| b 9. Salta con un pie. | X | | |
| b10. Camina con la punta y el talón del pie | X | | |
| b11. Atrapa la pelota al arrojársela | X | | |
| b12. Patea el triciclo | X | | |
| b13. Fiabilidad para muchas conductas motoras gruesas y se entretiene en ellas. | X | X | |
| HABILIDADES MOTORAS FINAS | | | |
| b.14. Mira objetos, partes del cuerpo, la cara, la boca. | X | | |
| b.15. Traslada objetos de una mano a otra. | X | | |
| b.16. Coge objetos agarrando con los dedos índice y pulgar. | X | | |
| b.17. Realiza construcciones sencillas | X | | |
| b.18. Resuelve rompecabezas sencillos | X | | |
| b.19. Imita al trazado de líneas | X | | |
| b.20. Habilidades en muchas actividades motoras finas; se entretiene mucho en ellas. | X | X | |
| b.21. Buenos hábitos de trabajo como sentarse, marchar y trabajar en | X | X | |

Anexo H

| HABILIDADES SOCIALES | | | |
|--|----|---|---|
| b.23. Se sirve del contacto ocular para conseguir recompensas naturales. | | | |
| b.24. Juega con los demás | | X | |
| b.25. Cooperar en una tarea | | X | |
| b.26. Asiste su turno | | X | |
| C. HABILIDADES DE IMITACIÓN MOTORA IMITACIÓN DE MOVIMIENTOS | 10 | | X |
| c.1. Imita modelos motores simples | | X | |
| c.2. Imita modelos motores | | X | |
| c.3. Imita la colocación de objetos | | X | |
| c.4. Imita los movimientos y posiciones de la boca. | | X | |
| c.5. Juega a juegos de imitación | | X | |
| c.6. Imita movimientos complejos | | X | |
| IMITACIÓN GENERALIZADA | 2 | | X |
| c.7. Imita algunos modelos aún sin ser recompensados | | X | |
| c.8. Mueve el cuerpo como hacen los demás por iniciativa propia. | | X | |
| c.9. Imita la realización de encargos de tareas por iniciativa propia | | X | X |
| c.10. Imita modelos motores de muchas personas | | X | X |
| D. HABILIDADES DE IMITACIÓN VERBAL INTRODUCCIÓN A LA IMITACIÓN VERBAL | 15 | | |
| d.1. Presta atención a los demás cuando hablan | | X | |
| d.2. Lista de sonidos que prefiere el niño. | | X | |
| d.3. Emite frecuentemente muchos sonidos diferentes por iniciativa propia. | | X | |
| d.4. Emite más sonidos cuando Ud. lo imita | | X | |
| d.5. Para conseguir cosas establece contacto ocular al mismo tiempo que emite un sonido. | | X | |
| IMITACIÓN VERBAL | | | |
| d.6. Imita sonidos básicos | | X | |
| d.7. Imita sílabas | | X | |
| d.8. Imita palabras sencillas | | X | |
| d.9. Imita frases y oraciones sencillas | | X | |
| d.10. Imita modelos verbales de muchas personas | | X | |
| E. LENGUAJE FUNCIONAL CLASE DE LENGUAJE FUNCIONAL | | | |
| e.1. Nombra objetos o figuras | | X | |
| e.2. Pide las cosas que quiere | | X | |
| e.3. Identifica o describe lo que ve y oye | | X | |
| e.4. Contesta preguntas simples | | X | |
| e.5. Dice correctamente "hola" "adios" | | X | |
| e.6. Emplea frases y oraciones para nombrar, preguntar, describir y contestar preguntas. | | X | |
| e.7. Identifica y describe UNO y más de UNO | | X | |
| e.8. Entiende y emplea preposiciones | | X | |
| e.9. Entiende y emplea pronombres | | X | |
| e.10. Entiende y emplea opuestos | | X | |

Anexo I

| | | | | | |
|---|---------|-----|--|---|---|
| e.11. Utiliza palabras relacionadas con el tiempo. | | | | X | |
| MANEJO DE PROBLEMAS ESPECIALES | | | | | |
| e.12. Utiliza el lenguaje funcional y sabe como emplearlo | | | | X | |
| e.13. Utiliza el lenguaje funcional en vez de repetir como el eco | | | | X | |
| e.14 Utiliza el lenguaje funcional en muchos lugares y con mucha gente. | | | | | X |
| F. HABILIDADES DE TRABAJO DOMESTICO Y AUTONOMIA | | | | | |
| f.1. Realiza tareas sencillas | | | | X | |
| f.2. Realiza frecuentemente y por iniciativa propia encargos más complejos. | | | | | X |
| TAREAS DE AUTONOMIA | | | | | |
| f.3. Come por su cuenta utilizando los utensilios apropiados | | | | X | |
| f.4. Se quita solo, la ropa | | | | X | |
| f.5. Se viste solo. | | | | X | |
| f.6. Se lava y se seca cara y manos | | | | X | |
| f.7. Se lava los dientes | | | | X | |
| f.8. Hace sus necesidades en el lugar apropiado | | | | X | |
| f.9. Realiza a menudo y por iniciativa propia muchas tareas de autonomía personal. | | | | | X |
| G. CONDUCTAS PROBLEMATICAS COMPORTAMIENTOS DESTRUCTIVOS | | | | | |
| g.1. Golpear la cabeza contra los objetos. | | | | X | |
| g.2. Se muerde o se araña | | | | X | |
| g.3. Le dan rabietas | | | | X | |
| g.4. Pega, muerde, da puntapiés a los demás. Lista de otras conductas destructivas que tiene. | | | | X | |
| REVUELVE LAS COSAS | | | | | |
| g.5. Revuelve las cosas o las entreda. | | | | | X |
| CONDUCTAS AUTOESTIMULATORIAS E INUSITADAS | | | | | |
| g.6. Se balancea. | | | | | X |
| g.7. Gira en redondo | | | | | X |
| g.8. Hace girar objetos. | | | | | X |
| g.9. Clava su mirada en sus dedos u objetos | | | | | X |
| g.10. Agita las manos o brazos | | | | | X |
| g.11. Hace muecas | | | | | X |
| g.12 Adopta o realiza actos rituales | | | | | X |
| g.13 Edifica o realiza actos rituales | | | | | X |
| TABLA DE VALORACIÓN: | | | | | |
| Si | A veces | No | | | |
| (2) | (1) | (0) | | | |

Anexo J

ESCALA DE EVALUACIÓN CONDUCTA DE MARTIN KOZLOFF
FOLIO DE RESUMEN: RESULTADOS

Nombre: Luzma Hércules Fecha de Nacimiento: 9-12-08 Edad: 12 años 2 meses
Diagnóstico: TEA Fecha de hoy: 18/08/2010 Examinador: MCT

RESULTADOS POR AREAS:

| AREAS | Puntaje Máximo | Puntaje Sujeo | % Rendi. relativo |
|---|----------------|---------------|-------------------|
| A. Habilidades de disposición para el aprendizaje | 16 | 14 | 87.5% |
| B. Habilidades de Escuchar, mirar y moverse. | 32 | 42 | 80.76% |
| C. Habilidades de Imitación Motora | 20 | 12 | 60.0% |
| D. Habilidades de Imitación Verbal | 20 | 15 | 75.0% |
| E. Lenguaje Funcional | 28 | 16 | 57.14% |
| F. Habilidades de trabajo y de autonomía | 18 | 7 | 38.89% |
| G. Conductas Problemáticas | 26 | 4 | 15.38% |

COMENTARIOS:

Psicólogo.

Anexo K

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

| | |
|--|---|
| <p>DATOS GENERALES</p> <p>Nombre: <u>Luzma Hazel</u></p> <p>Apellidos: <u>A. G.</u></p> <p>Edad: <u>42 años 2 meses</u></p> <p>Fecha: <u>28 de Agosto 2010</u></p> <p>Puntuación total: <u>62</u></p> <p>Edad Social: <u>6 años 5 mes</u></p> <p>Cociente Social: <u>152.73 = 53</u></p> <p>Diagnóstico: <u>TEA</u></p> | <p>EDAD DE FUNCIONALIDAD</p> <p>Ayuda a el mismo: _____</p> <p>Auto. en la comida: _____</p> <p>Auto. En el vestido: _____</p> <p>Locomoción: _____</p> <p>Ocupación: _____</p> <p>Comunicación: _____</p> <p>Autodirección: _____</p> <p>Socialización: _____</p> |
|--|---|

Retraso social leve

EDAD I-I

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

EDAD I-II

18. Camina solo por el cuarto
19. Meneo solo con tenedor o cangrijo
20. Masilla los alimentos
21. Se saca las medias
22. Vierte líquidos sin derramar
23. Supera obstáculos pequeños
24. Ejecuta órdenes sencillas como traer, llevar, etc.
25. Bebe solo de taza o vaso
26. Abandona el andador, camina
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 (papel)
31. Nombre objetos familiares
32. Sube escalera solo
33. Palaeoarmico
34. Habla empleando oraciones cortas

EDAD II-II

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 solo
40. Se saca las medias
41. Evita obstáculos pequeños
42. Se pone el abrigo o vestido solo
43. Corra con fijas
44. Cuenta sus experiencias

Anexo L

| | |
|--------------------------|--|
| EDAD III-IV | |
| <input type="checkbox"/> | 45. Baja las escaleras atando los pies |
| <input type="checkbox"/> | 46. Juega en asociación con otros niños (rondas, juego de la) |
| <input type="checkbox"/> | 47. Se abotona el abrigo |
| <input type="checkbox"/> | 48. Ayuda en tareas simples de la casa |
| <input type="checkbox"/> | 49. Recita, danza o canta para otros |
| <input type="checkbox"/> | 50. Se lava las manos solo |
| EDAD IV-V | |
| <input type="checkbox"/> | 51. Va al baño y se atiende solo |
| <input type="checkbox"/> | 52. Se lava la cara solo |
| <input type="checkbox"/> | 53. Camina por el vecindario solo |
| <input type="checkbox"/> | 54. Se viste solo pero no se ata los zapatos |
| <input type="checkbox"/> | 55. Usa lápiz o crayón para dibujar |
| <input type="checkbox"/> | 56. Juega en actividades cooperativas (partic. en juego de carp) |
| EDAD V-VI | |
| <input type="checkbox"/> | 57. Juega con patines, velocípedos, carritos, etc. Sin Vigilancia |
| <input type="checkbox"/> | 58. Escribe palabras simples con letra de imprenta |
| <input type="checkbox"/> | 59. Juega juegos simples de mesa |
| <input type="checkbox"/> | 60. Se le confía pequeñas sumas de dinero para comprar |
| <input type="checkbox"/> | 61. Va solo al colegio |
| EDAD VI-VII | |
| <input type="checkbox"/> | 62. Usa cuchillo para separar la manteca |
| <input type="checkbox"/> | 63. Emplea lápiz para escribir |
| <input type="checkbox"/> | 64. Se baña con cierta ayuda |
| <input type="checkbox"/> | 65. Va solo a la cama |
| EDAD VII-VIII | |
| <input type="checkbox"/> | 66. Lee el reloj hasta cierta hora |
| <input type="checkbox"/> | 67. Usa cuchillo para cortar |
| <input type="checkbox"/> | 68. No cree en Park Hop |
| <input type="checkbox"/> | 69. Participa en juegos pre-adolescentes (notar diferencia sexual) |
| <input type="checkbox"/> | 70. Se peina o se cepilla solo |
| EDAD VIII-IX | |
| <input type="checkbox"/> | 71. Usa instrumentos o utensilios |
| <input type="checkbox"/> | 72. Hace trabajos rufinarios |
| <input type="checkbox"/> | 73. Lee por propia iniciativa |
| <input type="checkbox"/> | 74. Se baña solo |
| EDAD IX-X | |
| <input type="checkbox"/> | 75. Se atiende solo en la mesa |
| <input type="checkbox"/> | 76. Hace pequeñas compras |
| <input type="checkbox"/> | 77. Se moviliza por su vecindario o barrio libremente |
| EDAD X-XI | |
| <input type="checkbox"/> | 78. Ocasionalmente escribe cartas |
| <input type="checkbox"/> | 79. Hace llamadas por teléfono |
| <input type="checkbox"/> | 80. Hace trabajos simples remunerados |
| <input type="checkbox"/> | 81. Ayuda pequeñas compras y otros asuntos por correo |
| <input type="checkbox"/> | 82. Hace trabajos simples mecánicos |
| <input type="checkbox"/> | 83. Se le confía que se oculte a sí mismo o a otros |
| <input type="checkbox"/> | 84. Distiende lecturas de libros, periódicos, revistas, etc. |
| EDAD XI-XV | |
| <input type="checkbox"/> | 85. Juega juegos complicados |
| <input type="checkbox"/> | 86. Toma completo cuidado de sus vestidos |
| <input type="checkbox"/> | 87. Compra accesorios de sus vestidos |

Anexo M

PERFIL DE MADUREZ SOCIAL

| | 0-1 | 1y2 | 2y3 | 3y4 | 4y5 | 5y6 | 6y7 | 7y8 | 8y9 | 9y10 | 10-11 | 11-12 | 12-15 | 15-18 | 18-20 | 20-25 | 25+ | |
|----------------------------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------------|---------|
| AYUDA A SI MISMO EN GENERAL | 5-6 | 23 | 35 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8-9 | | | | 51 | | | (66) | | | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15 | 26 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | 20 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | |
| AYUDA A SI MISMO EN ALIMENTACION | | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 28 | | | | | | 62 | 67 | 75 | | | | | | | | |
| | | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 16 | 33 | (65) | | | | | | | | | | | | | | | |
| AYUDA A SI MISMO EN VESTIDO | | | 37 | 47 | 61 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 21 | 40 | | | | | 73 | 74 | | | | 86 | | | | | |
| | | | 42 | 50 | 54 | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCOCION | | 29 | | | | | | | | | | | | | 92 | 96 | | |
| | | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 19 | 36 | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCUPACION | 7 | 22 | | 48 | 55 | 57 | | | 71 | | 80 | 82 | 89 | | | 98 | 106.10 | |
| | | 24 | | | | | | | (75) | | | | | | | | 108.11 | |
| | 1 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | 113.114.116 | |
| COMUNICACION | | | 44 | | | | | | | | 78 | | | 90 | | | | |
| | 10 | | | | | | | | | | 79 | | | | | | | |
| | 17 | 34 | | | | 58 | (63) | | 73 | | | 84 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 81 | | | | | | | |
| DIRECCION DE SI MISMO | | | | | | | 60 | | | 76 | | | 83 | 87 | 93.94 | 97.99 | 102 | 112 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 95 | 100.101 | 105 | |
| | 4 | | | 46 | | | | 66 | | | | | | | 85 | | 103 | 109.110 |
| | | 27 | | 43 | 56 | 59 | 59 | | | | | | | | | | 104 | 115 |
| SOCIALIZACION | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | 117 |

Edad Base = 52
 Plus Adicionales = 11
 Total = 63
 Edad Social = 77 → 6a Smesas

$$C.S = \frac{E.S \times 100}{E.C} = 52.73$$

$$C.S = \frac{77 \times 100}{146} = 52.73$$

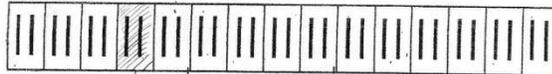
Anexo N

C.A.R.S.

(ESCALA DE VALORACION DEL AUTISMO EN LA NIÑEZ)

Nombre: Luzmila Hazziel A.G. Sexo: FEMENINO
 Edad cronológica: 12 años 2 meses fecha de nacimiento: 09-12-2008
 Fecha de evaluación: 18 de Agosto del 2020

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-----|-----|---|-----|-----|------|-----|-----|----|-----|------|-----|------|-------|
| 1 | 1 | 1.5 | 1.5 | 4 | 1.5 | 2 | 1 | 2.5 | 1.5 | 2 | 1.5 | 2 | 2 | 26.5 | |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII | XIII | XIV | XV | Total |



15 18 21 24 26.5 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60
 No autista Rasgos Autistas autismo Leve Autismo Moderado Autismo Severo

Direcciones: Para cada categoría use el espacio mantenido debajo de cada balanza tomando los apuntes acerca de las conductas pertinentes a cada balanza. Después de que usted ha terminado de observar al niño, use 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 3.5, el criterio abreviado se presenta para cada balanza.

Anexo O

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento se le invita a usted a que nos conceda el permiso de hacer participar a su menor hija en una investigación que se está realizando para evaluar la **EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PARA LA DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA HACIENDO USO DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO**. En este documento se le explicará sobre los objetivos y beneficios de su participación en esta investigación, con la finalidad que usted libremente decida si desea o no ser parte del estudio.

Esta investigación está siendo realizada por la Bach. Córdova Tuesta Mariella Ximena de la Universidad de San Martín de Porres.

OBJETIVOS Y BENEFICIOS

El objetivo de este estudio es conocer la efectividad de un programa de modificación de conducta para la disminución de conductas disruptivas, en un periodo de 50 sesiones. Se invita a este programa a su menor hija, ya que es parte de la población de personas con Trastorno del Espectro Autista y la información que se obtenga con esta investigación puede ser de gran utilidad para realizar otros estudios.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

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

INFORMACION ADICIONAL

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

AFIRMACIÓN DEL APODERADO

Se me ha explicado acerca de esta investigación y he decidido participar en ella. Yo tengo como apoderado la facultad de hacer preguntas y si tuviera alguna duda adicional en relación con el estudio puedo comunicarme a los teléfonos o correos electrónicos con: Mariella Ximena Córdova Tuesta, alumna encargada de la Investigación de la Universidad de San Martín de Porres, teniendo como correo: mariella_cordova@usmp.pe y celular: 961715389

Lima, 23 de agosto de 2021

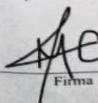
Nombre y firma del apoderado: (X) Mamá () Papá

Luz Gozor Palacios
Nombre


Firma

Nombre y firma de la investigadora:

Mariella Ximena Córdova Tuesta
Nombre


Firma