

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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA  
DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR CONDUCTAS  
INADECUADAS EN NIÑO CON TEA**

PRESENTADA POR

**GABRIELLA VALDEZ SALAZAR**

ASESOR

**HENRICH JOEL VILLANUEVA VASQUEZ**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



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

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR CONDUCTAS INADECUADAS EN  
NIÑO CON TEA**

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

**PRESENTADA POR  
GABRIELLA VALDEZ SALAZAR**

**ASESOR:  
DR. HENRICH JOEL VILLANUEVA VASQUEZ  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9207-8563>**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **Dedicatoria**

Con amor, para mis papás y abuelos, por ser mi más grande motivación. Para mi nonnita, por su inmenso amor y para mi novio Fabrizio, por ser la mejor compañía y alentarme a crecer en todo aspecto siempre.

## **Agradecimiento**

Gracias a mis padres, quienes confiaron en mí desde siempre y me dieron la oportunidad de formarme en tan hermosa profesión. A mis profesores, por enseñarme con esmero y dedicación. Y a mis amigos, por su apoyo incondicional.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>REPORTE DE TURNITIN</b> .....	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	ix
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b> .....	11
1.1 Trastorno del Espectro Autista .....	11
1.1.1 Antecedentes .....	11
1.1.2 Definición .....	14
1.1.3 Etiología .....	15
1.1.4 Características .....	20
1.1.6 Evaluación y diagnóstico .....	23
1.1.7 Intervención en TEA .....	27
1.2 Modificación de conducta.....	31
1.2.1 Origen e historia.....	31
1.2.2 Definición .....	33
1.2.3 Aspectos experimentales del TEA .....	34
1.2.4 Técnicas de modificación de conducta en niños TEA.....	35
1.2.5 Conductas Inadecuadas .....	37
<b>CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO</b> .....	39
2.1 Datos de Filiación.....	39
2.2 Problema Actual.....	39
2.3 Procedimientos de Evaluación .....	40
2.4 Informe Psicológico.....	46
2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico .....	52
<b>CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL</b> .....	56
3.1 Identificación del Problema Específico.....	56
3.2 Diseño del Programa de Tratamiento .....	56
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> .....	<b>76</b>
4.1 Análisis Funcional .....	76
4.2 Línea Base.....	79
4.3 Intervención .....	80
<b>CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>85</b>
5.1 RESUMEN .....	85
5.2 CONCLUSIONES .....	86
5.3 RECOMENDACIONES .....	87

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características del diagnóstico diferencial del TEA y los TGD no autistas .....	13
Tabla 2: Sesiones de intervención individual.....	65
Tabla 3: Análisis funcional de golpear.....	76
Tabla 4: Análisis funcional de empujar.....	77
Tabla 5: Análisis funcional de correr.....	78
Tabla 6: Línea base de las conductas por sesiones.....	79
Tabla 7: Registro conductual por semana.....	81

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Áreas con menor desempeño a nivel social (Escala de Madurez Social de Vineland).....	52
Figura 2: Áreas más afectadas a nivel conductual (Escala de Evaluación Conductual de Martin Kozloff).....	53
Figura 3: Sintomatología nuclear del TEA (Escala de Clasificación del Autismo Infantil).....	54
Figura 4: Evaluación porcentual semanal de cada conducta.....	82
Figura 5: Registro por sesión de golpear .....	83
Figura 6: Registro por sesión de empujar .....	83
Figura 7: Registro por sesión de correr.....	84

# RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**Reporte\_ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR CONDUCTAS**

AUTOR

**GABRIELLA VALDEZ SALAZAR**

RECUENTO DE PALABRAS

**19252 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**104942 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**118 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**8.0MB**

FECHA DE ENTREGA

**Jun 6, 2024 9:27 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jun 6, 2024 9:30 PM GMT-5**

## ● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

## ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

Resumen



**Asesor**  
**Dr. Villanueva Vásquez, Henrich Joel**

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el autismo está más visibilizado a diferencia de hace varios años, pues ahora existe más información y estudios acerca de su pronta detección y tratamiento; antiguamente, se presumía como un trastorno en niños con presencia de dificultades en sus relaciones con su entorno y con una marcada sensibilidad a los cambios de su alrededor (Kanner, 1943), también se le confundió con la esquizofrenia por evidenciarse sintomatología de ensimismamiento y la escasez de contacto visual (Bleuler, 1911). Además, se le denominó “psicopatía autista” debido a que se evidencian dificultades en el aspecto social, de lenguaje y rasgos TEA (Asperger, 1944).

Es un trastorno del neurodesarrollo con sintomatología de déficits en el aspecto social y comunicativo, además de presencia de patrones reiterativos de la conducta e intereses en particular.

Últimas investigaciones han dejado relucir la eficacia de las intervenciones basadas en los modelos globales, las cuales contribuyen tanto al mejoramiento de las habilidades, como a la reducción de los problemas conductuales (que incluyen a su vez sintomatología de ansiedad y conductas inadecuadas agresivas) en personas con autismo (Salvadó et al., 2012).

El presente estudio de caso tiene como objetivo sustituir las conductas inadecuadas de correr, golpear y empujar, por conductas más adaptativas como esperar, identificar y expresar emociones y verbalizar permisos en un 20% de un niño de 7 años con un diagnóstico de TEA grado II, para lo cual se hizo uso de diversas

técnicas de modificación de conducta situadas en los modelos globales de tratamiento.

Se llevó a cabo en dos contextos; el primero, es el contexto del centro educativo y el segundo, es en el consultorio particular. Todo ello con la comunicación constante entre el personal del colegio, los padres y la psicóloga instructora del programa de intervención.

Está compuesto por cinco capítulos: El primero, consiste en el marco teórico, este se basa en los antecedentes, la definición, la etiología, las características, la prevalencia, la evaluación, diagnóstico e intervención del TEA, la modificación de conducta, los aspectos experimentales del TEA, las técnicas de modificación de conducta y las conductas inadecuadas. En el segundo, se encuentra la presentación del caso que abarca los datos de filiación, el problema actual, la evaluación y el informe psicológico. El tercero, consiste en el programa de intervención conductual que es el de modificación de conducta en un niño con TEA. En el cuarto, se muestran los resultados obtenidos. Finalmente, en el quinto, se encuentra el resumen, conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Trastorno del Espectro Autista

#### 1.1.1 Antecedentes

Las primeras investigaciones importantes del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se dieron por Leo Kanner (1943) con su estudio “Alteraciones autísticas de contacto afectivo”, donde trabajó con un grupo de once infantes y, lo definió como un trastorno en infantes que tenían dificultades en relacionarse con el resto y con una marcada sensibilidad a los cambios de su alrededor. Fue aquí donde por primera vez, insertó el término y lo aplicó a infantes con desarrollo socioafectivo anormal. Es así como en 1946, se publica la primera investigación registrada con el término de autismo (Kanner, 1943).

Antes, el TEA era definido como un retraso cognitivo o síntomas en la esquizofrenia tales como: curso crónico, retraimiento social, desinterés por interactuar con el resto, problemas en la comunicación, alteraciones perceptivas y del pensamiento y catatonia (Martin & Roncero, 2010). Por otro lado, Down (1887), anunció la observación de infantes con retraso en el desarrollo y rasgos TEA. Bleuler (1911), detalló la sintomatología de ensimismamiento y la escasez de contacto visual con el día a día de los pacientes que padecen de esquizofrenia. Minkowski (1933), consideró las conductas autísticas como desadaptativas.

El doctor Asperger (1944), acorde a la postura de Kanner, detalla a individuos con problemas en la socialización, sin retraso del lenguaje y con presencia de rasgos TEA en comparación con las características del perfil tradicional, llamándolo así “psicopatía autista”. Posteriormente, en 1956, Bettelheim postula que el origen del TEA era debido a la escasa capacidad de la progenitora para formar lazos afectivos

con su hijo. En 1964, Rimland, con la publicación de su libro, afirma que la etiología del TEA es neurobiológica, ello, es un hito que transforma el concepto del TEA (Jaramillo et al., 2022).

En 1977, se deslumbraron las investigaciones iniciales que vinculan las lesiones a nivel cerebral y la predisposición genética al TEA. A partir de ese momento, el enfoque de investigación se basa principalmente en factores neurológicos, genéticos y biológicos (Evia, 2019).

Haciendo una línea del tiempo, refiriéndonos al Manual Estadístico de Trastornos Mentales [DSM]: American Psychiatric Association (1980), incluye la terminología de “autismo infantil”, que tiene por sintomatología; déficit significativo a nivel de lenguaje, ausencia de ideas delirantes, déficit generalizado de receptividad hacia el resto y de inicio a los 30 meses de vida, el cual, en 1987, fue modificado por “trastorno autista”. Posteriormente, se detalló de manera minuciosa los criterios diagnósticos del TEA, surgiendo el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD); este incorporaba al trastorno autista, al trastorno generalizado del desarrollo no especificado, al Síndrome de Rett, al Síndrome de Asperger y el trastorno degenerativo infantil por compartir sintomatología (APA, 1994).

La nueva edición del DSM (APA, 2013) engloba a todos los subtipos del TEA en el término “Trastorno del Espectro Autista”, que suple el de TGD (véase en la tabla 1 las características diagnósticas diferenciales del TEA y los TGD no autistas). El trastorno de Rett dejó de pertenecer de la clasificación debido a que este es un trastorno genético a diferencia del TEA que sí es del desarrollo. Además, se cambió la edad de inicio de la sintomatología, indicando que es durante la primera fase del desarrollo. En el mismo año, el DSM-V clasifica al TEA como un trastorno del

neurodesarrollo debido a la diada básica como criterio diagnóstico: problemas en el área de la comunicación, área social y patrones tanto reiterativos como rígidos de conductas, actividades e intereses (APA, 2013).

**Tabla 1**

*Características del diagnóstico diferencial del TEA y los TGD no autistas*

<u>Características</u>	<u>Trastorno Autista</u>	<u>Síndrome de Asperger</u>	<u>Síndrome de Rett</u>	<u>Trastorno desintegrativo infantil</u>	<u>Trastorno Generalizado del Desarrollo</u>
Edad en meses	0-36	Usualmente > 36	5-30	>24	Variable
Proporción de sexo	M>F	M>F	F(¿M)	M>F	M>F
Pérdida de habilidades	Voluble	No usualmente	Marcada	Marcada	No usualmente
Habilidades sociales	Muy escaso	Escaso	Varía con la edad	Muy escaso	Variable
Habilidades comunicativas	Usualmente escaso	Regular	Muy escaso	Muy escaso	De regular a bueno
Intereses limitados	Variable (mecánico)	Marcadas (hechos)	NA	NA	Variable
Antecedentes familiares (problemas similares)	A veces	Frecuente	No usualmente	NO	A veces
Trastorno convulsivo	Común	No común	Frecuente	Común	No común
Crecimiento desacelerado de la cabeza	No	No	Sí	No	No
Rango del Coeficiente Intelectual	Retraso Mental severo a normal	Retraso Mental leve a normal	Retraso Mental Severo	Retraso Mental severo	Retraso Mental severo a normal
Resultado	De malo a bueno	De regular a bueno	Muy escaso	Muy escaso	De regular a bueno

Nota: Tomado de *Lippincott-Raven Publishers, Nonautistic Pervasive Developmental Disorders*, F. R. Volkmar & D. Cohen, 1991.

Anteriormente, el autismo no estaba visibilizado y estas personas estaban catalogadas como esquizofrénicas o “malcriadas”, por sus conductas en particular (falta de empatía, rigidez, patrones repetitivos y limitados), ignorando la verdadera razón de sus comportamientos (la condición del autismo), es así que gracias a las múltiples investigaciones que se realizaron a través de los años, se pudieron dar a conocer datos de suma relevancia como su origen y sus características.

### **1.1.2 Definición**

Existen diversas definiciones para el TEA, pero todas concuerdan en que es una condición en la que la persona tiene déficits en ciertas áreas, ya sean: el área social, la comunicación, la flexibilidad cognitiva y comportamental. A continuación, algunas definiciones:

El TEA, es una disfunción de carácter neurológico crónica origen genético que se evidencia desde la primera infancia y además se manifiesta en una sintomatología referidos al aspecto social, comunicacional y la escasa flexibilidad del razonamiento y conducta. El grado, forma y edad en la que se manifiestan los criterios, difiere de cada persona en particular. Pese a las clasificaciones, las personas con autismo no son idénticas en cuanto a características observables (Adana, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022), el TEA abarca un grupo de alteraciones que guardan relación con el desarrollo cerebral, además, su sintomatología se basa en dificultades en el aspecto social y comunicacional, comportamiento atípico a comparación de otros niños.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (2021), postula: son discapacidades presentes en el desarrollo ocasionadas por distinciones

en el cerebro. Varios sujetos que padecen de autismo poseen una diferencia conocida, como un defecto genético. La ciencia postula que, esta condición tiene numerosas causas que, al unirse, se modifica el modo natural en que los individuos se desarrollan.

El TEA es de etiología neurobiológica y perjudica de manera significativa en tres aspectos en particular (comunicación, comportamiento y habilidades sociales). A consecuencia de que los niños con esta condición cumplen con actividades del desarrollo relacionadas a su edad (gatear, caminar), es probable que no se perciba algún retraso durante los doce primeros meses de vida (American Academy of Pediatrics, 2023).

Según Child Mind Institute (2023), el TEA es un desorden del desarrollo caracterizado por dos aspectos poco usuales: dificultades a nivel de comunicación, competencias sociales y comportamientos restringidos.

### ***1.1.3 Etiología***

Las investigaciones acerca del autismo aún no han logrado develar su verdadero origen, sin embargo, se pueden presumir (en base a su contenido de evidencias científicas) una serie de causas en dos niveles; las causas cognitivas y neurológicas.

#### ***Modelos cognitivos***

##### ***Teoría de la mente***

Definido como la destreza de deducir estados mentales a sí mismos y al resto, es decir, los pensamientos, deseos, intenciones de estos. Ello, hace posible afinar el comportamiento social del individuo. Diversas investigaciones muestran que esta

teoría es una forma viable para determinar y clasificar el desarrollo normal. En este caso, la comprensión de los estados mentales se obtiene a la edad de 4 años aproximadamente. La presente teoría contribuye al desarrollo de la competencia metarrepresentacional, que se refiere a la representación de los estados mentales (Baron-Cohen et al., 1985).

Según Ramón (2021), una de las formas de cerciorarse que se ha obtenido (afianzado) este modelo es la escena de "*Sally y Ann*". Sally posee la canastilla y Anne la caja. Sally inserta la bola dentro de canastilla para luego retirarse. En tanto Sally esta fuera, Anne toma la bola para ponerla en su caja. Pues ahora se cuestiona lo siguiente ¿en dónde buscará la bola Sally?, nosotros tenemos conocimiento de que está dentro de la canastilla, porque es ahí donde la puso por última vez, sin embargo, los individuos que no poseen esta teoría, creerán que se encuentra dentro de la caja, pues ahí está. Carecen de la capacidad de pensar como Sally y razonar acerca de sus acciones a futuro.

Infantes (6 - 9 años) tienen la capacidad de comprender y descifrar la falsa creencia de Sally. Dichas representaciones poseen distintas designaciones: las representaciones de primer orden, se refieren a representaciones mentales de un objeto (ej. cómo se puede describir a una manzana) y, las de segundo orden, son consideradas las metarrepresentaciones, como; otorgarle a un objeto, una utilidad o función distinta para lo que realmente fueron creados (utilizar un zapato para jugar como si este fuera un carrito) (AUTISMIND, 2022).

Los individuos con TEA, carecen de esta teoría, pues son incapaces de pensar en sus propios pensamientos o en los del resto, esto hace que existan diversos déficits a nivel social, comunicativo y cognitivo (imaginación). Por ende, en el área social, en

ocasiones, se encuentran en estado de alerta debido a que no son capaces de anticiparse a los comportamientos del resto y esto hace que la comunicación se obstaculice, ya que les es difícil entender las emociones (AUTISMIND, 2022).

### ***Déficit de las funciones ejecutivas***

Las disfunciones de sujetos con TEA representan una respuesta a lesiones en los lóbulos frontales y prefrontales. Las funciones ejecutivas abarcan las siguientes funciones de control: la planificación, atención, organización, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva (Pérez et al., 2018).

Determinadas particularidades de esta condición se parecen al déficit de la función ejecutiva que muestran los individuos con lesiones en el lóbulo frontal. En estos casos, existen dificultades relacionadas a las funciones de control anteriormente mencionadas, y también en pasar la atención de un estímulo a uno nuevo, incapacidad de empatizar, comportamientos estereotipados, rigidez, expresiones afectivas inapropiadas, entre otros (Peña et al., 2016).

Algunos de los problemas con esta teoría, postulada por Koechlin et al. (1999), son que, hay infantes que poseen lesiones ubicadas en el lóbulo prefrontal, sin embargo, no poseen TEA, lo que quiere decir que este déficit en las funciones ejecutivas es indispensable mas no basta para que la condición de autismo exista en la persona.

### ***La coherencia central***

Uta Frith (1991) fue pionera al comentar acerca de la teoría de la coherencia central débil en infantes TEA. Este modelo explica la capacidad de recordar lo más trascendental de un relato o formar una imagen global, a diferencia de partes de la conversación en cuestión. Los individuos con la condición de TEA normalmente

procesan los datos o información teniendo en cuenta partes específicas, ignorando el aspecto global, por ende, lo que prima es el procesamiento fijado en los detalles. Esto explicaría la incidencia de los sujetos TEA al jugar con piezas específicas de juguetes y su hiperfoco en los mismos.

Las pruebas psicológicas de figuras enmascaradas muestran que los sujetos con esta condición muestran habilidades para el discernimiento de las características solicitadas e ignorar la generalidad. La carencia de esta teoría provoca que estos individuos se expresen de manera estereotipada, pues no integran datos provenientes de otros estímulos para cambiar su conducta (Lee, 2021).

### ***La intersubjetividad***

Hobson (1993) considera lo siguiente: los infantes vienen al mundo predispuestos a expresarse emocionalmente y dar respuestas ya sea a sentimientos, gesticulaciones, lenguaje no verbal del resto de personas. Las conductas anteriormente mencionadas, hacen posible entender los estímulos emocionales y cognitivos de otras personas. Los infantes adquieren conocimiento del resto a través de su propia experiencia subjetiva.

Esta teoría afirma que la carencia de participación en experiencias sociales de carácter intersubjetivo en infantes TEA, presenta como resultados: dificultades para reconocer a individuos, sus emociones, pretensiones, intenciones, etc., y déficit en cuanto a la competencia de abstracción (Calderón, 2019).

### ***Causas neurológicas***

#### ***Las neuronas espejo***

Rizzolatti y Gallese (2007), menciona que investigaciones afirman que una

respuesta a la sintomatología del TEA sea el inadecuado funcionamiento de las neuronas espejo (NE). Siendo un conjunto de células de terminación nerviosa situadas en el córtex prefrontal, las cuales reaccionan a movimientos y deseos del resto de personas, además, ejercen control sobre los movimientos de nosotros mismos. Estas neuronas son llamadas visomotoras. También se demostró su participación en la identificación de comportamientos realizados por otros, puede identificarlos e imitarlos.

Ramachandran (2012), menciona que, de igual forma, se verificó que al momento de que un individuo observa a otra persona con intenciones de imitar, se activan regiones temporales y frontales relacionadas con el Sistema Nervioso Entérico (SNE). Además, existe un nexo entre el establecimiento de las NE ubicadas en el área de broca y probable origen del desarrollo del lenguaje en infantes. La empatía, posiblemente guarde relación con las neuronas espejo, pues el lóbulo temporal se encarga de la identificación de facies y también de activa al planear movimientos en particular y mirar a otros llevarlos a cabo.

Diversas investigaciones postulan; el SNE se encuentra comprometido con el entendimiento de las intenciones, en consecuencia, un mal funcionamiento de este circuito neuronal explicaría la carencia de facultades sociales. Además, diversas investigaciones señalan que hay grandes desemejanzas entre la desincronización del ritmo mu de individuos TEA y sujetos regulares (Giraldo et al., 2018).

### ***La teoría de la infraconectividad***

Existen diversos aspectos, los cuales brindan apoyo a la teoría de la infraconectividad (Artigás & Narbona, 2011): alteraciones en las mini columnas, gran densidad de espinas dendríticas en el córtex y patrón migratorio anormal.

Se ha verificado que el grado en el que se activa el área de Wernicke en infantes TEA es superior que, el de los infantes que no presentan esta condición, y, por el contrario, muestra un grado menos de activación en el área de Broca ubicada hacia la misma dirección. Asimismo, observaron una conectividad decrecida entre estas regiones (Peña et al., 2016).

Estas teorías son conocidas por ser las que guardan más evidencia científica, así como, las que mejor explican (cognitiva y neurológicamente) el origen de ciertas conductas de los individuos con TEA, como la escasez de competencias sociales, ausencia de empatía, la dificultad para seguir los juegos de imitación, la ausencia del juego simbólico, la incapacidad para percibir la globalidad.

#### **1.1.4 Características**

##### ***Problemas en la interacción social:***

Los sujetos que poseen TEA presentan dificultades a nivel de relaciones interpersonales, ya que no comprenden las bromas en doble sentido, por lo contrario, todo se lo toman de manera literal, además, poseen rigidez mental lo que influye negativamente en la adaptación a situaciones nuevas. Los individuos TEA no comprenden las normativas sociales. De igual forma, no muestran interés ni afinidad al momento de compartir sus objetos personales, o cuando son niños sus juguetes. Con frecuencia no son conscientes de los sentimientos o deseos de los demás. Estas conductas anteriormente mencionadas, al no ser común socialmente, hace que los niños con TEA sufran de burlas (Ministerio de Salud, 2020).

##### ***Problemas en la comunicación:***

Estas dificultades influyen de manera negativa a las competencias de carácter

verbal y no verbal. El desarrollo del lenguaje está afectado y ocasionalmente, es ausente. Su vocabulario, es restringido y en las relaciones interpersonales, su desenvolvimiento al momento de dialogar es significativamente estereotipado y repetitivo. Además, la comprensión acerca de lo que la otra persona le comunica es literal, por ende, no existe entendimiento de bromas en doble sentido (American Psychiatric Association, 2000).

Asimismo, el área pragmática se ve perjudicada, por lo que les es complicado integrar gesticulaciones, mofas, sarcasmo o palabras que carecen de literalidad. Por eso, el diálogo con una persona TEA suele ser acerca de sus temas de mayor interés. Además, su lenguaje no verbal es restringido y las estructuras gramaticales también se encuentra atrasado para su tiempo de vida. Finalmente, presentan escasez de juego simbólico y creativo (Confederación Autismo España, 2018).

### ***Restricción de intereses:***

Poseen preocupaciones significativas por pautas estereotipadas. Estos son muy restringidos, además, les es trascendental establecer y seguir rutinas, haciendo que el cambio en esta genere en la persona, un estado de ansiedad (Artigás & Narbona, 2011).

Además, presentan movimientos estereotipados como balancearse, aletear, golpear objetos y acostumbran anonadarse por artefactos, ya que les deslumbra cómo gira alguna parte de estos o por su forma. Más allá de esos criterios, los sujetos con TEA muestran dificultades sensoriales. Además, muestran reacciones de manera desproporcionada hacia los sonidos, algunos sabores, texturas, olores y contacto físico. Además, la cara y la cabeza son más susceptibles a incomodar a la persona con esta condición. Algunas prendas de vestir o texturas en los alimentos pueden

generar sensaciones que no les son agradables, y el olfato puede estar muy desarrollado. Esto, se desencadena en episodios de crisis que incluyen violencia física, en estas situaciones el castigo posiblemente haría que la misma empeore (National Institute of Mental Health, 2022).

Según Mayo Clinic (2021), los niños con esta condición presentan estas características:

### ***Comunicación e interacción social:***

Presenta escaso contacto visual, carece de expresión facial, no comprende indicaciones, presenta ecolalias, no le agrada el contacto físico, se aísla en su propio mundo, carece de empatía, su habla es rara o como la de un robot, no comprende los bromas o chistes en doble sentido, no responde a su nombre, no se comunica verbalmente y habla de temas solo de su interés.

### ***Conductas:***

Lleva a cabo movimientos repetitivos: balancearse, girar o aletear brazos, presenta conductas lesivas, establece rutinas estrictas y presenta intolerancia si estas se modifican, presenta fijaciones a objetos o a actividades, tiene preferencias por determinados alimentos o evitar consumir alimentos debido a su textura, le es complicado seguir juegos de imitación, tiene hipersensibilidad auditiva, táctil y a la luz, umbral alto al dolor, se fascina con características de artefactos (por ejemplo, las ruedas girando de un carrito, sin embargo, no comprende como éste funciona) y torpeza motriz, caminar en puntas de pie, además de presentar un lenguaje no verbal fuera de lo normal, rígido o exagerado.

### **1.1.5 Prevalencia**

Según la OMS (2017), precisa que, en todo el mundo, 1 de cada 160 infantes, es decir, el 0.625% padece de autismo. Investigaciones realizadas en Reino Unido afirman que 1% de población padecen esta condición. El autismo perjudica del mismo modo a los infantes y adultos. Por eso, se cree que viven 700.000 sujetos con autismo en este país.

Según Velarde et al. (2021) en Estados Unidos de América [CDC] en el año 2000; 1 de cada 154 niños de menos de 8 años (0,6%) y al 2016 fue 1 de cada 115 infantes con autismo. En Colombia, el 16% de los menores de 15 años todavía poseen como diagnóstico el Trastorno de Desarrollo. En Ecuador, se percibe 0,28% en infantes menores a 5 años de edad.

En Perú, el Registro de Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad [CONADIS] (2018), se reportó 4 528 inscritos (2,06%) con diagnóstico de autismo (80, 9% hombres y 19,1% mujeres), con una propensión de acrecentamiento por año.

### **1.1.6 Evaluación y diagnóstico**

En Latinoamérica se ha llevado a cabo pautas de señales de alerta de alteraciones del desarrollo aprobadas a sugerencia de especialistas con experiencia a fines de detectar esta condición. En Colombia, es usada la Tabla de Indicadores de Riesgo a partir del alumbramiento a la edad de 18 años. Argentina, usa el Instrumentos Observación del Desarrollo Infantil (IODI) para infantes de menos de 4 años. Ecuador, lleva a cabo una evaluación llamada Vigilancia evolutiva del neurodesarrollo y abarca a partir del nacimiento a menores de 9 años. Chile, realiza su evaluación con el instrumento de guías de cotejo de señales de alarma del TEA el

cual es usado posterior a la identificación de los signos de alerta con la aplicación de otros test de desarrollo psicomotriz como por ejemplo el Test de Desarrollo Psicomotriz (TEPSI) y la Escala de Desarrollo Psicomotor (EEDP) (Velarde et al., 2021).

En Perú, se ha creado el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED) el cual, consideran para detectar sintomatología de alarma del desarrollo, y es pieza fundamental de la intervención de Control de Crecimiento y Desarrollo del infante menor a 5 años (CRED) del grado uno de atención, a pesar de que no constituya una herramienta específica del diagnóstico del TEA (Velarde et al., 2021).

Según Ministerio de Salud [MINSa] (2022), hay una serie de pasos que se debe seguir para la identificación pronta del TEA.

### ***Vigilar el desarrollo del niño durante los tres primeros años de vida***

Lo cual involucra lo siguiente: evaluar la incidencia de componentes de riesgo y antecedentes familiares con el diagnóstico de TEA. Ponerles atención a diferentes áreas de relevancia como: área social, cognitiva y lúdica consideradas de acuerdo a su edad. Evaluar las áreas del desarrollo en relación a las medidas determinadas en la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años, también es importante tener en cuenta los ítems del desarrollo social, del lenguaje y cognitivo, el juego, autorregulación del ya mencionado manual.

### ***Conocer las señales de alerta del TEA***

Al medio año: no fijar la mirada cuando se les habla y no sonreír ni reír con el resto y, a los 12 meses: no fijar la mirada de manera consistente al momento de

hablarles, la ausencia de la sonrisa o risa con los demás, carencia de imitación o gesticulación social como aplaudir, hacer “ojitos”, “chinitos”, “besitos”, hacer adiós, además, no señalar lo que desea, no responder a su nombre.

### ***Realizar un tamizaje específico del TEA***

El Instrumento de tamizaje *Modified Checklist for Autism in Toddlers- Revised* (M-CHAT-R) es una prueba que consiste en 20 ítems que los apoderados responden antes, durante o después de la atención, además, el tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos. Existen dos tamizajes para realizar el cotejo: El Tamizaje selectivo, donde se debe aplicar el M-CHAT-R a infantes entre un año con cuatro meses a dos años y medio de edad en el momento en el que se halle criterios de alerta de autismo, más aún si es que el infante posee familiares como su hermano con autismo o si es que se encuentran alteraciones en el desarrollo social o cognitivo. Tamizaje universal, en el cual se debe aplicar la misma prueba a infantes de un año y medio a dos años de tiempo de vida, a pesar de la ausencia de componentes de alerta o alteraciones del desarrollo. Es posible que algunos infantes de esta condición pierdan habilidades que ya habían adquirido (15-30 meses de vida).

### ***Iniciar la intervención temprana***

Si no existe sintomatología de alarma de autismo o, si la respuesta del M-CHAT-R es de bajo riesgo: Continuar la vigilancia del desarrollo, pues el resultado negativo en el tamizaje anteriormente mencionado no descarta que el TEA pueda aparecer después, además, es posible que diversos infantes pierdan habilidades que ya habían adquirido (de 15-30 meses de vida). En el caso de hallar sintomatología de alarma, alteraciones del desarrollo social, cognitivo o a nivel de lenguaje o si en el tamizaje obtuvo respuesta de riesgo:

En primer lugar, Iniciar intervención pronta con el niño y su familia para después derivarlo a Centros de Salud Mental Comunitaria para que se pueda empezar con el procedimiento de evaluación especializada y completar la intervención; el infante deberá cumplir la evaluación dirigido por especialistas en neuropsiquiatría y psicología. En segundo lugar, mantener la intervención por el periodo necesario, aunque se realice la evaluación especializada y el infante no adopte otra intervención. En tercer lugar, trabajar de la mano con los familiares en la intervención. En cuarto lugar, brindar información adecuada y relevante a la familia, que esté basada en la evidencia. Teniendo a su vez, empatía y sensibilidad hacia los padres o apoderados del niño.

Según García (2016), las herramientas más conocidas para la detección diagnóstica del autismo son: *Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised* (M-CHAT); cuyo objetivo es el de descubrir síntomas prontos del autismo o retraso en el desarrollo y su edad de aplicación es de un año con cuatro meses a dos años y medio de edad, *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R); cuya finalidad es, recabar información de la conducta de los infantes tomando en cuenta entrevistas con los progenitores o apoderados, y el *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2); cuyo fin: observar la conducta del infante en actividades específicas desde los 12 meses hasta su adultez presentando o no el lenguaje.

Es un proceso con presencia de alto grado de complejidad dada la particularidad, tanto en la manera en la que se manifiesta, como en la que se presenta toda la sintomatología mediante diversas fases de la vida. En adición, el diagnóstico es principalmente clínico pues no existe otra manera de determinarlo. Se da inicio con las personas que conviven con el infante, ya sean los progenitores o sus docentes;

son ellos los invitados a derivarlo al área de desarrollo en la primera etapa de atención, si existen criterios alentadores proceden a referirlo al doctor especialista que puede ser el neuropediatra o psiquiatra infantil con el objetivo de decretar el diagnóstico y pedir una serie de pruebas al resto de especialistas, ya sean; psicólogo, terapeuta de aprendizaje, ocupacional y de lenguaje (Velarde et al., 2021).

Los criterios de diagnósticos clínicos tomados en cuenta en el DSM-V del autismo, son clasificados en: déficit en la comunicación e interacción social y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados, presentes a lo largo de su vida. Además, instituye 3 niveles de severidad justificado en el grado de apoyo que requiera el individuo con esta condición (grado de discapacidad) para la programación de la intervención.

### ***1.1.7 Intervención en TEA***

#### ***Modelos globales***

De acuerdo con Odom et al. (2010) citado en Pérez (2021), se trata de metodologías, las cuales trabajan a nivel de aprendizaje y con sintomatología propia de TEA. Los más aplicados son los siguientes:

#### ***El análisis conductual aplicado (ABA)***

Fundamentado en la corriente conductista. Centrado en llevar a cabo una evaluación en la que se muestre lo que sucedió antes de que se manifieste la conducta (antecedente) y lo que sucedió después de que esta se presente. Además, los reforzadores son trascendentales pues estos contribuyen al mantenimiento de las conductas, ya sea de manera positiva o negativa. También favorece a reducir de manera considerable las conductas disruptivas (The council of autism Service Providers [CASP], 2021).

### ***La Intervención para el Desarrollo de Relaciones (RDI)***

Esta centrado en distintos aspectos como; la flexibilidad del pensamiento, la referenciación afectiva, la coordinación social, el lenguaje declarativo, el procesamiento relacional de datos, además de la prospectiva y retrospectiva (RDI connect, 2023).

### ***Tratamiento y Educación para Niños con Autismo y Otras Dificultades Comunicativas (TEACCH)***

Se trata de tener conocimiento acerca de las fases de aprendizaje de los infantes TEA; teniendo como fin de que la persona logre desenvolverse por sí mismo en la vida diaria (independencia). La intervención que se realiza en este modelo es la de “enseñanza estructurada” la cual toma provecho de que los sujetos con la condición de autismo tienen mayor facilidad para retener información de forma visual (Morales, et al. 2021).

El método TEACCH está centrado en; el aprendizaje estructurado, la utilización de recursos visuales, la asimilación de información elemental (colores o números), colaboración conjunta con los progenitores y asimilación de un sistema de comunicación centrado en mímicas y signos (Sanz et al., 2018).

*Sus características* (Salvadó et al., 2012):

*Estructuración física:* el aula se organiza de modo que sea asequible para los estudiantes. Cada área debe estar delimitada, ya sea el área de recreación, de almuerzo, de actividades de trabajo, etc.

*Técnica del aprendizaje sin error:* no considerar las equivocaciones, sino adecuar los

objetivos en torno a la situación del infante, además, obviar los estímulos que puedan dispersarlo y utilizar codificación simple.

*Sacar provecho de las fortalezas del niño con TEA* como sus destrezas visuales o intereses concretos, para de esta forma favorecer a su comprensión.

*Técnica del encadenamiento hacia atrás:* sectorizar una cadena de aprendizajes en metas determinadas, es decir, facilitar soporte al infante en la elaboración de tareas y luego, progresivamente ir reduciendo la ayuda brindada. Esto, con la finalidad de que la persona realice sus actividades por sí mismo.

*Enseñanza incidental:* basada en el aprendizaje en determinados momentos propiciados por el infante donde la persona adulta debe estar presta a estas situaciones con el fin de adecuarse a recientes contextos, reforzando resultados apropiadas.

*Dar respuesta a aquellas conductas comunicativas verbales o mímicas:* las cuales llegue a demostrar el infante, a pesar de no mostrar una intención, además, es posible facilitar las conductas comunicativas maniobrando el ambiente.

*Modelado:* Mostrar al infante una conducta en específico, la cual deseamos que realice, con el fin de que pueda mimetizarla.

*Contribución conjunta de parte de los padres.*

*Información visual, fotografías, imágenes o pictogramas,* con el objetivo de que sean atractivos a la atención de la tarea a llevar a cabo; además de estimular el seguimiento de instrucciones, etc.

### ***El Método DENVER***

Es una metodología de intervención temprana de carácter constructivista y transaccional. Su finalidad es profundizar en el estudio de la atención precoz (para tener conocimiento de la existencia de retrasos del desarrollo. Además, comprende las áreas de la comunicación, socialización, imitación, cognición, lúdica, motricidad fina y gruesa, autonomía y conducta (Salvadó et al., 2012).

### ***Prácticas focalizadas***

Creadas con el fin de centrarse en una sola habilidad y en tiempo inferior. (Steinbrenner et al., 2020).

### ***Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación (SAAC)***

Son sistemas no verbales de la comunicación usados con la finalidad de reemplazar, dar soporte al lenguaje oral inexistente o carente. Entre un 50% y 70% de sujetos TEA, hace uso omiso del lenguaje oral.

### ***Sistema de comunicación por el intercambio de imágenes (PECS)***

Posibilita maneras comunicativas al infante. Es posible implementarlo a partir de los 12 meses de vida, ya que el único requerimiento es que el infante tenga la capacidad de hacer el movimiento con el brazo para que este pueda recibir el pictograma, y se pueda usar como sistema alternativo y aumentativo.

### ***Las intervenciones fundamentadas en antecedentes***

Refuerzo diferencial, instrucción de ensayos discretos, extinción, evaluación funcional de la conducta y modelado centrados en el modelo conductual del aprendizaje; los cuales demostraron eficiencia para el desarrollo de las destrezas comunicativas, sociales y cognitivas, en la conducta adaptativa y en las conductas

desadaptativas.

### ***Apoyos visuales***

Se usan horarios y agendas donde se plasman las tareas del día a día, fotografías, pictogramas con el fin de anticipar al infante qué actividades realizará a lo largo del día, esto contribuye al seguimiento de las instrucciones.

### ***Las intervenciones reguladas por padres***

Con el objetivo de que estén presentes y se involucren en el aprendizaje y terapias de sus infantes.

### ***Las intervenciones naturalistas***

Poseen la finalidad de desarrollar habilidades cotidianas, en casa y escuela, las cuales se refuerzan naturalmente. El programa de Juego Simbólico de Atención Conjunta (JASPER) tiene como objetivo el desarrollo de la vinculación, el juego simbólico, la comunicación social y la regulación.

### ***La Integración sensorial***

Que se basa en el procesamiento sensorial y la planificación motora.

## **1.2 Modificación de conducta**

### ***1.2.1 Origen e historia***

Gold et al. (1975) postulan en su estudio, utilizar estrategias centradas en instituir objetivos directos con el fin de aumentar y cerciorar la atención anterior a la presentación el estímulo discriminativo y la utilización de reforzadores.

Koegel et al. (1977) quienes establecieron las siguientes condiciones para

lograr un aprendizaje significativo: la primera es proponer indicaciones, consignas y estímulos discriminativos para los infantes, las cuales deben ser ininterrumpidas y mostradas después de que la atención se encuentre segura; la segunda, es que la ayuda debe ser efectiva con el fin de lograr respuestas acertadas, enseguida de la utilización del moldeamiento, las consecuencias serán adecuadas, rápidas y claras, y finalmente, los ensayos se realizan de manera discreta, teniendo un inicio y desenlace.

Pelechano (1979), en su investigación titulada “Terapia y Modificación de conducta”, postula que su historia se remonta a finales del S. XIX con una anunciación de la tesis de Thorndike (1896), después de 3 años, Pavlov empieza a llevar a cabo sus investigaciones, las cuales terminan en 1938 con la anunciación de la tesis de Skinner titulada “*The Behavior of organisms*”.

Pavlov (1899) aportó al conductismo el condicionamiento clásico, usando canes como parte de su experimento, investigó la salivación que presentaban los canes al enseñarles comida, condicionándolos a estímulos, indicadores de la presencia de la comida. Empezó a manifestarse cuando los canes asociaban sonido de la campanilla con el alimento, en consecuencia, al sonar la campanilla, los canes salivaban y en seguida adquirirían el alimento. Esto probó que un estímulo neutro, obtiene un resultado a través de la asociación de este con un estímulo significativo.

Watson (1913), cambió el estudio tradicional de la psicología usando de este modo, el análisis experimental de la conducta, instaurando el término “condicionamiento” en sus investigaciones, haciendo referencia a la asociación con contigüidad entre estímulo y respuesta.

Ferster y DeMyer (1962), llevaron a cabo una investigación que se basaba en

analizar a dos infantes en programas de reforzamiento o ejecución de actividades sencillas de emparejamiento, esto contribuyó a evidenciar lo siguiente: algunos comportamientos de infantes “autistas”, son vulnerables de un manejo operante y análisis funcional, como resultado, hallaron una salida para modificar o controlar a los infantes TEA. La finalidad; eliminar o reducir las conductas de mayor alteración.

Wolf et al. (1963), en su investigación, lograron su objetivo de extinguir las pataletas y conductas autolesivas de un infante con TEA, incrementaron su repertorio verbal y le brindaron determinado nivel de independencia centrado en procedimientos operantes. 9

Skinner (1975), llevó a cabo estudios acerca de la conducta voluntaria. Ésta nace sin cooperación de estímulos previos observables, además su mayor peculiaridad es que se origina o cambia debido a los reforzadores. Skinner nombró a tal conducta “operante libre”; llevó a cabo una de las experimentaciones con bastante influencia del conductismo “la caja de Skinner”, esto hizo dable demostrar la posibilidad de incitar y cambiar la conducta de un animal mediante estímulos externos.

Respecto a este estudio de caso, es conveniente hacer uso del modelo cognitivo conductual, a través de la intervención de modificación de conducta, para que, de este modo, el evaluado pueda evolucionar en todas las áreas de su vida (social, afectiva y conductual).

### **1.2.2 Definición**

La modificación de conducta (MC) incluye varios criterios, los cuales indican que la conducta es una actividad, acción, actuación y/o respuesta, haciendo referencia a lo que una persona hace o dice (Alvarez, 2018).

Las técnicas de MC son técnicas que se llevan a cabo con la finalidad de modificar la manera de actuar o dar respuesta de un individuo, lo que quiere decir que se fundamentan en la aplicación de principios de aprendizaje y psicología que son de utilidad para disminuir, modificar o extinguir conductas inapropiadas (Forma Infancia European School, 2022).

### **1.2.3 Aspectos experimentales del TEA**

Espinoza (2017), en su estudio de caso, consiguió reducir las conductas disruptivas (golpear con las manos, pararse de su silla y tomar fuertemente a las personas de su entorno) de un adolescente con autismo, tomando en cuenta diversas estrategias de MC. Se valió de las siguientes herramientas: refuerzo, sobrecorrección, reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI) y reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB).

Chávez (2018), en su estudio de caso, en el cual aplicó un programa de atención y concentración a un infante TEA, usando técnicas de refuerzo positivo, tanto social como tangible; reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) y RDI.

Ormeño (2018), en su estudio, en el cual desarrolló una aplicación de un programa de atención y hábitos para alimentarse de forma apropiada (que el individuo coma su comida de manera adecuada, en pedazos pequeños, masticar con la boca cerrada y limpiarse la boca) en un niño con autismo. Las estrategias que utilizó son el modelado y el reforzamiento positivo.

Chiu (2021), en su investigación, donde logró decrementar conductas desadaptativas (tirar la silla, gritar frente al celular y pellizcarse el antebrazo) en un infante con autismo; las técnicas utilizadas son el refuerzo positivo, reforzamiento

diferencial de otras conductas, sobrecorrección, castigo positivo y coste de respuesta.

#### **1.2.4 Técnicas de modificación de conducta en niños TEA**

##### **Técnicas para aumentar o mantener conductas**

###### **Técnicas de reforzamiento**

**Refuerzo positivo:** se trata de mostrar un efecto positivo (un premio o recompensa) enseguida de emitir una conducta en particular, lo cual incrementa la siguiente posibilidad; la conducta se repetirá más adelante.

**Refuerzo social:** es aquel refuerzo brindado a través de elogios, felicitaciones o palabras de ánimo.

**Reforzamiento negativo:** se basa en el acrecentamiento de veces de un resultado al quitar un evento aversivo instantáneamente luego de que se haya ejecutado la conducta.

**Instigación física:** Se considera a todo apoyo que posibilite iniciar o facilitar un comportamiento denominado “instigador”. Se refiere a la incitación de una conducta en específico la cual se lleva a cabo a través de ayuda física de la parte del cuerpo implicada.

**Instrucción verbal:** se refiere a la utilización del lenguaje oral. También, consiste en brindar indicaciones o pautas específicas a la persona sobre conductas en particular, como, por ejemplo, lavarse las manos o vestirse.

**Modelado:** se basa en lograr que el sujeto observe a otro sujeto llevando a cabo una conducta en específico que se desea imitar, donde el sujeto sea capaz de

replicar dicha conducta enseguida o luego de un tiempo corto.

**Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDTB):** es concedido el acceso al reforzador cuando la conducta se encuentre por debajo de un nivel determinado por un lapso de tiempo en particular.

### ***Técnicas para establecer conductas***

**Moldeamiento o aproximaciones sucesivas:** se basa en reforzar diferencialmente las respuestas que sean más semejantes al resultado final que se desea y extinguir conductas las cuales han permanecido. Se practica esta técnica cuando la conducta que se quiere adquirir es inexistente en el repertorio del individuo.

**Encadenamiento:** se basa en recompensar al individuo después de que este haya llevado a cabo una serie de conductas conectadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

**Desvanecimiento:** se trata de eliminar los reforzadores en un programa de discriminación progresiva del control de estímulos. Ello se lleva a cabo después de ensayos sucesivos y se basa en un cambio progresivo hasta que se cambia completa o parcialmente.

### ***Técnicas para reducir o eliminar conductas***

**Castigo positivo:** entendido como todo evento o situación que aplicado contingente a la emisión de una respuesta disminuye su posibilidad futura de ocurrencia.

### ***Sobrecorrección***

**Sobrecorrección restitutiva:** se basa en solicitar al infante que llevó a cabo una conducta desadaptativa que arregle o regrese a su estado inicial el objeto.

**Sobrecorrección de práctica positiva:** está referida a las conductas autolesivas, se usan en infantes y se basa en entrenarlos a llevar a cabo una conducta antitética o positiva, ensayando de nuevo a la situación.

**Castigo negativo:** se refiere a retirar algún objeto o actividad la cual le agrada al sujeto, como efecto de una conducta inadecuada.

**Tiempo fuera:** consiste en reducir en frecuencia o eliminar la realización de una o variadas conductas.

**Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO):** se refuerza una conducta desigual a la conducta inadecuada para que dicha conducta se elimine.

**Reforzamiento diferencial de conducta incompatible (RDI):** se basa en reforzar una conducta diferente a la que se está teniendo en el momento (conducta inadecuada). Por ejemplo, reforzar la conducta de realizar las actividades de clase como colorear (conducta adecuada) en vez de golpear (conducta inadecuada). Son conductas que no se pueden llevar a cabo a la vez, ya que ambas requieren el uso de las manos.

En el presente estudio se utilizaron las técnicas de modelado, refuerzo social, instrucción verbal, instigación física, sobrecorrección, sobrecorrección restitutiva, RDO y RDI. Estas técnicas van a contribuir a reducir conductas inadecuadas e incorporar conductas apropiadas de independencia y responsabilidad.

### **1.2.5 Conductas Inadecuadas**

Los individuos con autismo muestran conductas raras e inexplicables para las personas que están en su entorno, evidenciando una disociación; y las dificultades de conducta, las cuales inicialmente parecen estar fuera control.

Las conductas disruptivas más comunes son (Hervás & Rueda, 2018): Conductas autolesivas (“cabezazos” en la pared, arañarse, morderse, golpearse el pecho con las manos en puño; las cuales ponen en peligro su integridad), conductas agresivas verbales o físicas y devastación de objetos y alteraciones afectivas (irritabilidad, ansiedad o descontrol emocional).

Es trascendental trabajar con un equipo interdisciplinar, de consenso profesional, responsabilidad conjunta, para hacerle frente de manera adecuada la intervención ante estas conductas (Tamarit, 1995).

Las conductas inadecuadas influyen negativamente en el establecimiento natural de los procesos de aprendizaje, pues entorpecen tanto la atención y percepción como, el poner atención en la realización de alguna tarea (Rivière, 1997).

Según García (2008) las conductas inapropiadas son las que repercuten negativamente con respecto a la adquisición del aprendizaje en el salón de clases, además, presume de forma severa un trastorno para el desarrollo natural en un contexto educativo. Son conductas, las cuales ocasionan problemas en las clases.

Uruñuela (2006) afirma que la terminología de disrupción hace referencia a aquellas conductas las cuales, realizan los estudiantes que desean obtener atención, lo que genera que el profesor se imposibilite de realizar sus actividades pedagógicas o tomar los exámenes pertinentes de manera apropiada en el contexto educativo.

## CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

### 2.1 Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: R.L.M
Edad	: 7 años y 8 meses
Fecha de Nacimiento	: 03 de julio del 2014
Sexo	: Masculino
Lugar de nacimiento	: Ica
Domicilio	: Distrito en Ica
Institución Educativa	: Colegio privado, de educación básica regular
Grado de Instrucción	: 2do grado
Fecha de Exámenes	: 24 y 31 de marzo del 2022
Informante	: Rocío (madre)
Examinadora	: Gabriella Valdez Salazar

### 2.2 Problema Actual

Los padres de R.L.M acudieron a consulta debido a que su hijo había tenido dificultades para adaptarse al colegio. Los docentes refirieron que R.L.M no había logrado mantenerse sentado y prestar atención a las clases, además, presentaba conductas inadecuadas tales como emitir sonidos, gritar, empujar y en ocasiones golpear a sus compañeros si no hacen lo que él desea. Asimismo, se balanceaba y tenía fijaciones por stickers o envolturas de golosinas. Con relación al lenguaje, no

formulaba preguntas con oraciones, evidenciaba ecolalias y no comprendía algunas palabras. Posee un Diagnóstico de TEA Grado II otorgado por una neuropediatra cuando tenía 2 años y medio.

## **2.3 Procedimientos de Evaluación**

### ***Historia Personal***

#### ***Etapas prenatal***

Los padres refirieron que el embarazo fue deseado, sin embargo, no fue planificado. La madre asistió a sus controles prenatales desde el segundo mes de gestación. Tuvo complicaciones físicas como náuseas y vómitos, y presentó infección urinaria moderada en el quinto mes, la cual trató con medicamentos recetados por el médico por cinco días aproximadamente.

#### ***Etapas perinatal***

El bebé nació a los 9 meses por cesárea, pues se le rompió la fuente antes del tiempo programado para dar a luz. R.L.M al nacer pesó 3.900 kg, midió 51 cm, y su coloración fue rosácea. Los padres refirieron que no existieron complicaciones durante el parto ni en los días posteriores al nacimiento.

#### ***Etapas postnatal***

### ***Desarrollo motor***

La madre de R.L.M comentó que su desarrollo motriz fue normal durante sus primeros doce meses. Se paró solo a los 7 meses, no gateó, caminó sin ayuda al año con 3 meses y a los 2 años mostró aleteo de brazos.

### ***Desarrollo del lenguaje***

La madre refirió que notó retraso en el lenguaje, ya que solo balbuceaba y emitía monosílabos tales como “ma” “pa”, pero sin aparente significación. Dijo sus primeras palabras a los 3 años con 6 meses de edad. Al momento de la toma de la anamnesis, no elaboraba oraciones, presentaba ecolalias y no formulaba preguntas; sin embargo, era capaz de seguir instrucciones sencillas. Además, tenía una mirada evasiva y fijaba la mirada de manera intermitente.

### ***Alimentación***

La masticación y deglución la llevó a cabo con normalidad, presentó rechazo a algunos alimentos como los vegetales de color verde, sin embargo, el resto de alimentos los consumía sin inconvenientes.

### ***Control de esfínteres***

R.L.M consiguió el control vesical a los 4 años y el control del esfínter anal a los 7 años (esta conducta la logró dentro de la presente intervención). En momento de la toma de la anamnesis presentaba enuresis esporádica cuando siente mucha ansiedad.

### ***Escolaridad***

A los 2 años y medio ingresó al nido. Su adaptación fue complicada pues mostró dificultades para la concentración y demostraba desinterés por las cosas que ocurrían a su alrededor. Tenía dificultades para mantenerse sentado, prestar atención y comunicarse con su entorno, es por ello, que la directora de la I.E le recomendó una evaluación por el neuropediatra, quien le diagnosticó Autismo en grado II

(diagnosticado en el 2017). Después del diagnóstico, el personal de la Institución pudo adaptar su programación escolar teniendo en cuenta las capacidades de R.L.M, de manera que su desarrollo académico se lleve de manera óptima, lo que hizo que se adapte al entorno escolar.

Tuvo problemas para adaptarse a sus clases virtuales, pues no era capaz de mantenerse sentado y no comprendía las explicaciones de la profesora. Al momento de la toma de la anamnesis, la madre refiere que R.L.M se encuentra estudiando el segundo grado en el mismo Colegio “Del Sagrado Corazón” donde estudiaba desde el nido.

### ***Medicación***

El neuropediatra le recetó risperidona (0,25 mg por día), la cual ha ayudado en el aspecto conductual a R.L.M. Además, la I.E adaptó una jornada de 5 horas para una mejor adaptación en el ambiente escolar.

### ***Evaluación y tratamiento médico y especializado***

R.M.L tuvo tratamiento psicológico durante 4 años desde los 3 años y de terapia de lenguaje desde los 2 años y medio durante 5 años, asimismo, tuvo evaluaciones del neuropediatra (para su diagnóstico) y oftalmológico para descarte.

El examinado recibió tratamientos en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, los cuales consistían en la “Terapia Mert”, basada en la utilización de campos magnéticos para la inducción de cambios en la actividad neuronal, favoreciendo a su vez al mejoramiento de las habilidades sociales, lenguaje, memoria, aprendizaje, atención, entre otros. La recibía dos veces por año durante un mes (desde los 6 años y medio hasta la fecha de seguimiento del programa).

### ***Historia Familiar:***

El examinado se encontró dentro de una familia funcional conformada por su madre, su padre, su hermana mayor y R.L.M. Cuando los padres empezaron a notar las dificultades que presentaba el examinado, estuvieron dispuestos a ayudarlo a evolucionar en todas las áreas que requería mejorar. Su entorno familiar incluía a R.L.M en todas las actividades y costumbres familiares y le brindan soporte y amor.

Todos los miembros presentaron una alta carga afectiva y buena comunicación.

R.M.L tenía encargos y obligaciones dentro de casa como guardar sus juguetes, ordenar, vestirse, entre otras, las cuales hacía con esmero.

### ***Entrevista:***

La entrevista empezó recabando información relevante en cuanto a su información personal y su entorno familiar con los padres de R.L.M

También se recabó información en base a la conducta de R.L.M con sus compañeros y docentes en el aula del ambiente escolar.

En la consulta particular, el examinado se mostró poco colaborativo al iniciar con la evaluación, además, cuando algo no se realizaba como él quería reaccionaba de manera agresiva gritando y golpeando la mano de la examinadora; en el colegio, el evaluado presentó conductas inadecuadas agresivas como gritar, empujar y golpear a sus compañeros y autoridades de aula.

Al evaluarlo con la Escala de Inteligencia Stanford Binet, R.L.M llevó a cabo las tareas de la prueba con voluntad, sin embargo, se fatigó y empezó decir que estaba cansado, por lo que debí concluir la prueba en una siguiente sesión.

De igual manera se evaluó con la Escala de Madurez Social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.) y la Escala de Evaluación Conductual de Kozloff.

### ***Observación de Conducta:***

El evaluado es un niño de 7 años, de contextura y tamaño promedio, asistía al colegio debidamente uniformado y a la sesión particular vestido acorde a su edad y estación. En los dos entornos de observación, se mostró poco colaborativo y mantuvo el contacto visual de manera intermitente. En el aula presentó conductas inadecuadas agresivas como gritar, golpear y empujar a sus compañeros; asimismo, conductas tales como introducirse el punzón en la mano mostrando un umbral alto al dolor, no seguir indicaciones, pararse de su silla constantemente, correr sin rumbo, jugar exclusivamente con un juguete (fijaciones) y mirarlo desde un ángulo raro, asimismo, mostrar interés desproporcionado por mirarse al espejo y emitir sonidos mientras caminaba. Mostró poca tolerancia a la frustración, si la actividad no se realizaba como él deseaba desencadenándose en crisis de 15-20 minutos aproximadamente. Se le observó constantes ecolalias y habla estereotipada. Además, mostró movimientos estereotipados como balancearse repetidas veces.

### ***Instrumentos Psicológicos:***

Para el área cognitiva se aplicó la Escala de Inteligencia Stanford Binet, desarrollada en 1905 por los autores Alfred Binet y Theodore Simón, que tiene por objetivo evaluar y diagnosticar los déficits cognitivos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades. Su validez de contenido está fundamentada en juicio de expertos sobre equidad de elementos y contenido, además de factores acerca de la evaluación de superdotación. Su validez de constructo estuvo fundada junto a la justificación

empírica. Su confiabilidad fue respaldada mediante la consistencia interna, la cual fue probada siendo considerada y comparable a otras pruebas de carácter cognitivo (Bain & Aliin, 2005). El rango de edad es desde los 2 años hasta los 18 años y el tiempo de administración es de 60 minutos aproximadamente.

Para el área social, se aplicó la Escala de Madurez Social de Vineland I, creada por Edgar Doll, la cual tiene por objetivo evaluar las categorías de Autovestimenta, Ocupación, Autoayuda en General, Locomoción, Autoalimentación, Comunicación, Autodirección y Socialización. Su validez y confiabilidad se respalda a través del proceso de Test-retest, hallándose satisfactoria para ES ( $r=.57$ ).

Para el área conductual, se utilizó la Escala de Evaluación Conductual de Kozloff, desarrollada por el autor Martín Kozloff, esta prueba tiene como objetivo evaluar un conjunto de conductas y habilidades haciendo referencia al desempeño del niño excepcional, dentro del aula y en su ambiente general. Evalúa 7 áreas relacionadas a habilidades específicas y conductas problemáticas. El rango de edades es de 5 a 14 años aproximadamente. En relación a la validez y confiabilidad de la prueba, esta se sometió a un juicio de expertos, dando como resultado favorable.

Para el área de clasificación del Autismo, se aplicó la Escala de Clasificación del Autismo Infantil (C.A.R.S.), creada por Shopler, Reichle y Rothen, la cual cuenta con alta fiabilidad y validez siendo validada y usada para la praxis clínica. Tiene como objetivo diferenciar a las personas TEA de otras que posiblemente tengan problemas en el desarrollo, además de clasificar según grado de autismo como; leve, moderado o severo. En relación a la validez de la prueba, esta cuenta con sensibilidad y especificidad (.87, .82), y los ítems tienen una significancia alta (000.1). Con respecto a la confiabilidad, se llevó a cabo a través de los coeficientes alfa y omega, siendo su

escala total ( $\alpha = .765$ ,  $\omega = .770$ ) y sus dimensiones ( $\alpha = .590$ ,  $\omega = .591$ ;  $\alpha = .623$ ,  $\omega = .630$ ).

## 2.4 Informe Psicológico

### Datos de Filiación

Apellidos y nombres	: R.L.M
Fecha de nacimiento	: 03/07/2014
Edad	: 7 años y 8 meses
Sexo	: Masculino
Lugar de nacimiento	: Ica
Domicilio	: Distrito de Ica
Grado de instrucción	: Educación Primaria (2° grado)
Informante	: Ambos Padres
Examinadora	: Gabriella Valdez Salazar
Fecha de evaluación	: 24 y 31 de marzo 2022

### Motivo de la evaluación

Los padres de R.L.M acudieron a consulta debido a que su hijo había tenido dificultades para adaptarse al colegio. Los docentes refirieron que R.L.M no había logrado mantenerse sentado y prestar atención a las clases, además, presentaba conductas inadecuadas tales como emitir sonidos, gritar, empujar y en ocasiones golpear a sus compañeros si no hacen lo que él desea. Asimismo, se balanceaba y tenía fijaciones por stickers o envolturas de golosinas. Con relación al lenguaje, no formulaba preguntas con oraciones, evidenciaba ecolalias y no comprendía algunas palabras. Posee un Diagnóstico de TEA Grado II otorgado por una neuropediatra

cuando tenía 2 años y medio.

### **Observación de la conducta**

El evaluado es un niño de 7 años, de contextura y tamaño promedio, asistía al colegio debidamente uniformado y a la sesión particular vestido acorde a su edad y estación. En los dos entornos de observación, se mostró poco colaborativo y mantuvo el contacto visual de manera intermitente. En el aula presentó conductas inadecuadas agresivas como gritar, golpear y empujar a sus compañeros y autoridades de aula; asimismo, conductas tales como introducirse el punzón en la mano mostrando un umbral alto al dolor, no seguir indicaciones, pararse de su silla constantemente, correr sin rumbo, jugar exclusivamente con un juguete (fijaciones) y mirarlo desde un ángulo raro, asimismo, mostrar interés desproporcionado por mirarse al espejo y emitir sonidos mientras caminaba. Mostró poca tolerancia a la frustración, si la actividad no se realizaba como él deseaba desencadenándose en crisis de 15-20 minutos aproximadamente. Se le observó constantes ecolalias y habla estereotipada. Además, mostró movimientos estereotipados como balancearse repetidas veces.

### **Técnicas psicológicas e instrumentos utilizados**

- Entrevista con los padres (Anamnesis Clínica).
- Entrevista con las autoridades de la Institución Educativa.
- Observación de conducta.
- Registros conductuales.
- Escala de Inteligencia Stanford – Binet.

- Escala de Madurez Social Vineland I.
- Escala de Evaluación Conductual de Martin Kozloff.
- Escala de Clasificación de Autismo Infantil (C.A.R.S.).

### **Análisis e interpretación de resultados**

En la **Escala de Inteligencia de Stanford Binet**, consiguió una Edad mental de 4 años y 7 meses, llegando a un CI de 53 ubicándose en la categoría de Retardo Mental.

En el **área social**, el examinado alcanzó un Coeficiente Social de 44.5, siendo este la edad social de 3 años, 10 meses, ubicándolo de este modo en una categoría de **Retardo Social Moderado**. Las áreas de mayor desempeño son “Ayuda de sí mismo en General” “Locomoción” “Socialización” y “Auto-alimentación”, ya que se sienta solo, coge objetos que están a su alcance, sabe superar pequeños obstáculos, se acerca a personas que le son familiares, participa en juegos de mesa y competencia, bebe de un vaso sin ayuda, mastica el alimento, discrimina entre sustancias comestibles y obtiene bebida sin ayuda. Por otro lado, las áreas de menor desempeño son “Ocupación”, “Comunicación” y “Auto vestimenta” ya que aún no corta con tijeras, no relata sus experiencias y todavía no sabe vestirse completamente solo.

En el **área conductual**, en relación al *área de habilidades de imitación motora* alcanzó un rendimiento de 80%, pues logró imitar; la colocación de objetos, modelos motores gruesos y finos, además de jugar a juegos de imitación. En el *área de habilidades de escuchar, mirar, moverse*, consiguió un rendimiento del 77%, ya que en las habilidades motrices gruesas es capaz de inclinarse y ponerse de pie, mantener el equilibrio al andar, impulsar el balón con el pie, atrapar la pelota al arrojársela, saltar sobre sí mismo, entre otras. En *el área de habilidades de disposición para el*

*aprendizaje obtuvo un rendimiento de 75%;* pues, responde al llamado de su nombre, sigue instrucciones simples, se sienta a trabajar algunas tareas y reacciona a los elogios. En el *área de habilidades de imitación verbal obtuvo un rendimiento de 59%* dado que imita modelos verbales de personas, sonidos básicos, sílabas, palabras y frases. *En el área de trabajos domésticos y de autonomía obtuvo un rendimiento de 44%,* pues logra realizar tareas sencillas, come por su cuenta y se quita él solo la ropa. En *el área de conductas problemáticas alcanzó un rendimiento de 40%,* ya que tiene rabieta, se balancea, adopta posturas extrañas, agita las manos y los brazos. En *el área de lenguaje funcional logró un rendimiento de 32%,* pues dice correctamente “hola” y “adiós” y en ocasiones, nombra objetos o dibujos de los mismos.

En la **Escala de Autismo**, R.L.M presenta un puntaje de 36, ubicándolo en una Categoría de **“Autismo moderado”**. El evaluado muestra frialdad ante los adultos, imita comportamientos simples como aplaudir, evidencia un tipo inapropiado de reacciones emocionales, asimismo, presenta movimientos inusuales y repetitivos, muestra favoritismo con un juguete en específico, también, presenta dificultad a los cambios, se distrae viendo espejos o sistemas de iluminación, se tapa los oídos al oír sonidos que no le agradan como una canción que no es de su preferencia. Además, posee el umbral del dolor alto, muestra muy poco miedo a comparación de un niño de su edad. El uso de la comunicación no verbal es inmaduro, ya que no suele gesticular.

### **Presunción diagnóstica:**

Trastorno del Espectro Autista Grado II – Moderado (Criterio del CIE 10 F84.0).

Retardo Social Moderado. (Criterio B del DSM V: 317, compatible con discapacidad intelectual leve).

## **Recomendaciones:**

### **Para el niño:**

- **Terapia de modificación de conducta** para lograr reducir o extinguir conductas no deseadas y añadir conductas adaptativas.
- **Terapia socioemocional** para trabajar la gestión emocional y mejorar su tolerancia a la frustración en situaciones de enseñanza y aprendizaje.
- **Terapia de lenguaje** para lograr la conciencia fonológica y el lenguaje no verbal en su estilo de comunicación (pragmatismo).
- **Terapia de aprendizaje** para consolidar habilidades básicas del proceso de aprendizaje (habilidades psicomotoras, ocupacionales, léxicas y sintácticas).
- Técnicas de relajación.
- Actividades lúdico-recreativas.
- Empezar el proceso progresivo de dormir solo en su cama.
- Ser matriculado como alumno de inclusión en Escuela Básica Regular.
- Reevaluación psicológica del menor en un periodo de 6 meses, luego de haber recibido terapias de apoyo.

### **Para los padres:**

- **Asesoría familiar** para mejorar el manejo de conductas y comunicación con el evaluado.
- Establecer hábitos y rutinas.
- Instituir normas y límites concretos y explicar los efectos de sobrepasarlos.
- Reforzar conductas adecuadas.

- Permitir el error y que pierda para que tolere el error y pueda manejar la frustración.
- Darle obligaciones y responsabilidades para fomentar su independencia.
- Aproximaciones progresivas para que R.M.L duerma solo en su cama.
- Actividades familiares al aire libre.

**Para el colegio:**

- Ubicar a R.M.L cerca al escritorio de la tutora, pero no aislado de los demás compañeros.
- Apartarlo de puertas, ventanas o paredes con carga de estímulos para evitar distractores.
- Propiciar juegos y actividades donde el menor pueda ser integrado al grupo.
- Si se van a realizar actividades grupales de trabajo, los grupos deben estar conformados por 2 o máximo 3 niños para evitar la distracción.
- Establecer contacto visual para luego brindarle indicaciones.
- Brindar una indicación a la vez, en algunas ocasiones después, pedirle que verbalice dicha indicación para verificar si la comprendió.
- Para asignarle tareas hay que hacerlo de manera fragmentada.
- Evaluaciones impresas solo al anverso y con una serie por página, con indicaciones simples adecuadas a sus necesidades y capacidades.
- Instruirle el buscar ayuda si es que no ha comprendido alguna indicación.

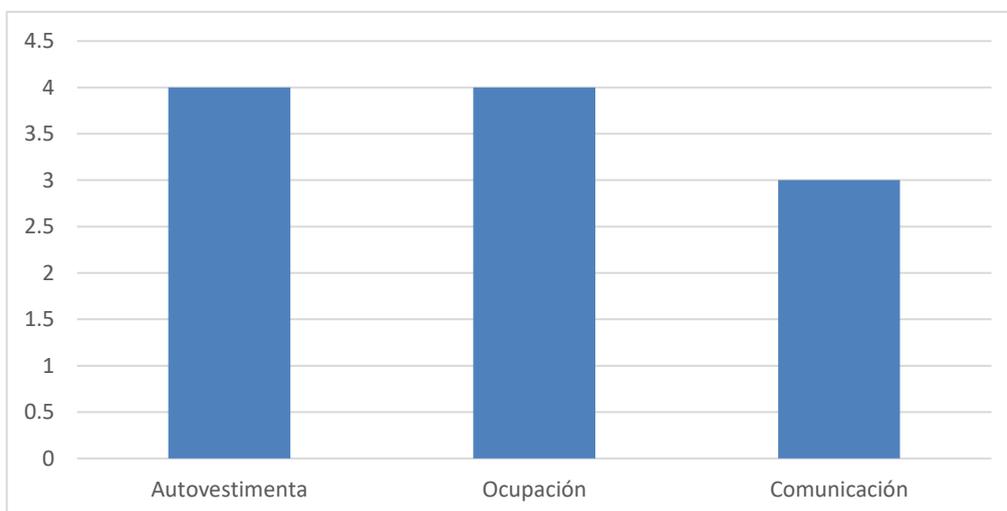
- Al detectar un error en sus actividades ayudarle, en forma positiva, a percatarse del mismo y hacer las correcciones.
- Reforzar aquellas conductas adecuadas y positivas.
- Asignarle alguna responsabilidad dentro del aula: repartir material al resto de estudiantes o colocar el día de la semana en el calendario.

## 2.5 Perfil del Funcionamiento Psicológico

En este apartado se describirá gráficamente las áreas psicológicas que se han explorado en relación a los instrumentos aplicados.

**Figura 1**

*Áreas con menor desempeño a nivel social (Escala de Madurez Social de Vineland)*



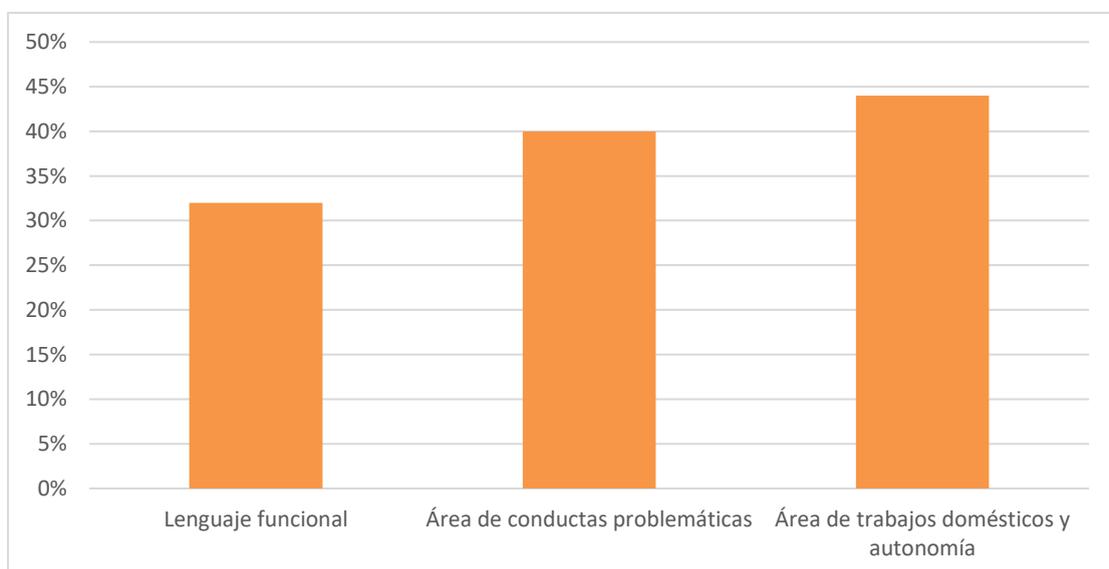
**Nota:** Áreas de menor desempeño a nivel de maduración social, destacándose el área de comunicación (3 puntos), seguidas de las áreas de autovestimenta (4 puntos) y ocupación (4 puntos).

En relación a las áreas de menor desempeño a nivel social, se puede apreciar en la figura 1 que el área con menor desempeño es la de comunicación (3 puntos), ya que el evaluado presenta un lenguaje estereotipado y con carencia de

espontaneidad, no formula preguntas y evidencia constantes ecolalias. En el área de autovestimenta, el evaluado obtuvo 4 puntos, pues todavía no ha logrado adquirir habilidades de autonomía como quitarse la chaqueta o ponerse sus prendas de vestir. Finalmente, en el área de ocupación obtuvo 4 puntos, ya que todavía no corta con tijeras ni ayuda en pequeñas labores domésticas.

**Figura 2**

*Áreas más afectadas a nivel conductual (Escala de Evaluación Conductual de Martin Kozloff)*



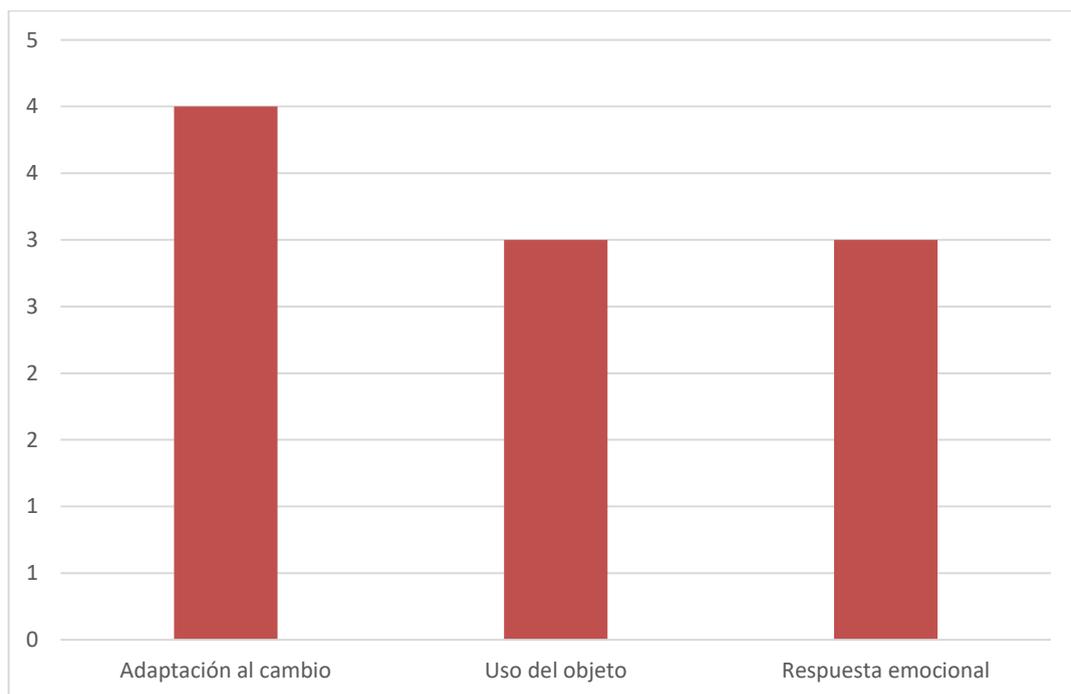
**Nota:** Áreas más afectadas a nivel conductual, destacándose el área de lenguaje funcional (32%), seguidas de las áreas de conductas problemáticas (40%) y trabajos domésticos y autonomía (44%).

Con respecto a las áreas con mayor afectación a nivel conductual, se puede evidenciar en la figura 2, que el área con mayor afectación es la de lenguaje funcional con un rendimiento del 32%, pues todavía no formula preguntas y no entiende / emplea pronombres y preposiciones. En el área de conductas problemáticas obtuvo un rendimiento del 40%, ya que presenta rabietas (desencadenándose en crisis de 15-20 minutos aproximadamente), pega y golpea a sus compañeros y figuras de autoridad. Finalmente, en el área de trabajos domésticos y autonomía, donde obtuvo

un rendimiento del 44%, ya que aún no tiene la voluntad de realizar encargos / responsabilidades en casa, ni de realizar actividades de autonomía como cepillarse los dientes o lavarse la cara por sí mismo.

**Figura 3**

*Sintomatología nuclear del TEA (Escala de Clasificación del Autismo Infantil)*



**Nota:** Dimensiones con mayor afectación en la sintomatología nuclear del TEA. Considerándose la dimensión de adaptación al cambio (4 puntos), seguidas de las dimensiones de uso del objeto (3 puntos) y respuesta emocional (3 puntos).

Haciendo referencia a las dimensiones con mayor afectación en la sintomatología nuclear del TEA, se puede observar en la figura 3 que la dimensión más afectada es la dimensión de adaptación al cambio (4 puntos), pues el evaluado se resiste a los cambios de rutina, intentando enérgicamente continuar con la actividad que se encuentra realizando en ese momento. En la dimensión de uso del objeto, obtuvo un puntaje de 3, pues demuestra particular favoritismo por un juguete (carrito) y por sus piezas en específico, en este caso, sus ruedas y el sonido que éste

emite. En la dimensión de respuesta emocional, obtuvo un puntaje de 3 puntos, pues el evaluado presenta reacciones emocionales exageradas sin relación a la situación actual (se ríe sin motivo y hace “muecas”).

## **CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL**

### **3.1 Identificación del Problema Específico**

Posterior a la realización de un registro anecdótico específico de evento de las observaciones del comportamiento de R.LM, se concluyó que no hay un desarrollo de las habilidades sociales básicas del reconocimiento e identificación emocional, como, por ejemplo: la presencia de conductas inadecuadas agresivas como gritar, golpear y empujar a sus compañeros y autoridades de aula.

Por lo que la intervención psicológica se orientó principalmente a desarrollar y fomentar estas habilidades y disminuir las conductas desadaptativas, haciendo uso de distintos procedimientos y técnicas conductuales, para finalmente conseguir los objetivos del programa.

Las competencias sociales abarcan un conjunto de destrezas que involucra una conjunción del entorno socioemocional de una persona; habilidades que son sumamente importantes para afrontar las demandas del día en una manera competente, favoreciendo al desarrollo del ser humano, incluyendo elementos como; empatía, manejo emocional, asertividad, entre otros (Roca, 2014).

### **3.2 Diseño del Programa de Tratamiento**

#### **Datos Personales:**

Nombre	:	R.L.M
Edad	:	7 años, 8 meses
Grado de Instrucción	:	2do grado
Diagnóstico	:	Trastorno del Espectro Autista

**Objetivo:**

Que el evaluado logre sustituir las conductas inadecuadas de correr, golpear y empujar, por conductas más adaptativas como esperar, identificar y expresar emociones y verbalizar permisos en un 20% de un niño de 7 años con un diagnóstico de TEA grado II.

**Justificación:**

El presente programa de intervención se llevó a cabo debido a que los padres de R.M.L requirieron soporte de modificación de conducta para su menor hijo con diagnóstico de TEA, a solicitud de la Institución Educativa, pues no contribuye al desarrollo natural de sus compañeros y docentes de aula. Es por ello, que el programa se fundamenta en la necesidad de sustituir las conductas inadecuadas de correr, golpear y empujar, por conductas más adaptativas como esperar, identificar y expresar emociones y verbalizar permisos en un 20% de un niño de 7 años con un diagnóstico de TEA grado II

**Definición:**

Las conductas inadecuadas, son aquellas conductas que obstaculizan la socialización de cualquier infante, tales como el berrinche, la agresividad, la hiperactividad, entre otros (García, 2018). Estas conductas inadecuadas no contribuyen al desenvolvimiento del desarrollo de repertorios adaptativos tales como los sociales y elementales, lo cual resulta en una serie de interacciones aversivas para sus figuras de autoridad y sus pares en el aula.

Las conductas inadecuadas que R.L.M presentó son:

### ***Golpear.***

No le agrada compartir los juguetes del aula, especialmente los carritos y cuando uno de sus compañeros toma alguno de estos, él reacciona golpeando con las manos.

Cuando no conseguía algo que él deseaba, reaccionaba golpeando.

### ***Empujar.***

Cuando desea pasar a recoger su cartuchera o lonchera a su locker y sus compañeros están en el camino, R.L.M suele empujar o pasar por encima de ellos.

Cuando R.L.M hace una columna detrás de sus compañeros, suele empujarlos ya que desea llegar antes a su destino.

Cuando R.L.M termina su ficha de la clase y quiere entregársela a la profesora, empuja a sus compañeros que están turnos antes que él.

Cuando no deseaba seguir indicaciones, empujaba a sus autoridades de aula.

### ***Correr.***

Suele salir corriendo del salón de clases o de la columna de sus compañeros al dirigirse a otro ambiente del colegio.

Cuando se le da la indicación de ir al baño sale corriendo hacia el mismo.

### **Repertorio de entrada:**

Finalizar con los programas de intervención, imitación y seguimiento de instrucciones y no tener discapacidades físicas.

### **Repertorio de salida:**

El programa se dará por finalizado cuando el examinado consiga disminuir a un 20% la frecuencia de las conductas inadecuadas presentadas en la definición.

**Material:**

Recursos Humanos: psicóloga, progenitores y docentes del aula.

Reforzadores Sociales: afecto, elogios, aplausos, ademanes: “dame 5”, palabras agradables de ánimo.

Reforzadores Materiales: un sticker en la frente y llavero de pictogramas.

**Ambiente:**

Aula de clase.

Consultorio particular.

**Técnicas a utilizar:**

Orientación a los padres.

Reforzamiento social.

Reforzamiento diferencial de conducta incompatible (RDI).

Reforzamiento de otras conductas (RDO).

Modelado.

Instrucción verbal.

Instigación física.

Sobrecorrección.

### **Diseño experimental:**

Para comenzar, el método experimental se utiliza para la evaluación de conductas, en ese sentido, se optará por el diseño experimental de caso único, Modelo "A-B", donde el sujeto pasa por la fase inicial (A) y una fase de tratamiento (B), así pues en la primera etapa el instructor registra observaciones del comportamiento para establecer una línea base (VD), en la segunda etapa, se produce la intervención y registro de los cambios en la conducta en presencia del tratamiento (VI), por último, el investigador procede a comparar el nivel de respuestas de las dos etapas experimentales (A y B) para contrastar la eficacia de la intervención, de producirse cambios apreciables entre los dos registros se confirma el éxito del tratamiento (Ato et al., 2013).

### **Procedimiento:**

Se compone de dos partes; la primera es donde se lleva cabo la evaluación, que se basa en la compilación de la información, con la finalidad de conseguir un mayor grado de confiabilidad a la hora de ejecutar el programa. En la segunda fase, se lleva a cabo la intervención, la cual se encuentra dividida en dos contextos, el primero es la intervención en el aula de clases y el segundo es la terapia conductual, que es en el consultorio psicológico; en ello consta la ejecución del programa.

### ***Evaluación:***

#### *Análisis conductual:*

En esta fase se realiza un registro anecdótico de las conductas inadecuadas que no contribuyen con su proceso de aprendizaje ni con el de sus pares. Se establece un análisis conductual de cada conducta inadecuada, teniendo en cuenta también lo que sucedió antes y después de que se manifieste.

*Línea base:*

Se instauró la línea base usando un registro de frecuencias de las conductas inadecuadas anterior a la aplicación del programa de intervención. Se realizó la observación de conducta en dos contextos, el primero es el colegio, donde se consideró toda la jornada escolar (5 horas) durante siete días, para poder recoger información conductual en los diferentes espacios del colegio tales como: el recreo, clase de psicomotricidad y actividades de la clase (matemática, inglés, comunicación); el segundo, es el consultorio particular, donde se recabó información durante 45 minutos de la evaluación, de este modo, la línea base evidenciará la frecuencia de la conducta de la primera semana anterior a la intervención.

Previo a proceder con la intervención, se identificaron los reforzadores a usarse y el procedimiento a seguir en la capacitación a los padres para que continúen y refuercen todas las recomendaciones del programa en el hogar.

*Instauración de Reforzadores:*

Los reforzadores se instauraron con la contribución de los progenitores, ya que son estos, los que saben qué cosas le agradan; y los docentes, ya que son ellos los que tienen conocimiento la disponibilidad de cada reforzador, de modo que sea posible dar reforzadores que contribuyan de inmediato se haya llevado a cabo la conducta que se espere.

Los reforzadores sociales se utilizaron durante toda la ejecución del programa, a diferencia de los reforzadores materiales, los cuales se usaron para conductas que son más complicadas de modificar, poco frecuentes e inmediatas.

Materiales:

Llavero de pictogramas.

Sticker en la frente.

Jugar con el carrito por 2 minutos.

Sociales:

Elogios.

Afecto.

Ademanos: "dame 5".

Palabras agradables de ánimo: "muy bien", "excelente", "lo lograste".

*Orientación a padres:*

Se les brindó orientación a los padres con el fin de que sean capaces de hacer uso de las estrategias y la comunicación con su hijo sea más eficaz. Para ello, se establecieron dos sesiones de 45 minutos donde se tocaron los temas de: características del TEA y, conducta, análisis conductual y modificación de conducta.

***Intervención:***

La intervención se realizó en dos momentos: la primera es en el ambiente

escolar y el segundo en el ambiente de un consultorio privado. En el colegio, a lo largo de la jornada escolar que es de 5 horas de lunes a viernes (6 semanas), en la cual la psicóloga conductual aplicó las técnicas de modificación de conducta mientras R.L.M realizaba las tareas escolares en el aula y; en el consultorio particular, donde recibió dos sesiones semanales de 45 minutos (12 sesiones), donde se le brindaron estrategias de gestión emocional y conductual mediante actividades lúdicas.

Las técnicas que se utilizaron con el fin de disminuir las conductas inadecuadas manifestadas en el colegio son:

### ***Golpear.***

#### *Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDI)*

La psicóloga le brindó indicaciones sencillas acerca de la tarea a realizar y es diferente a la conducta de golpear, esto con el fin de que R.M.L pueda comunicarse de otras formas. Dicha conducta incompatible podría ser señalar lo que desea y verbalizarlo: "Amigo yo quiero jugar con esto". Se reforzó de manera social diciéndole "muy bien" a R.L.M al momento de realizar una indicación, la cual se le solicitó sin llevar a cabo la conducta de golpear.

### ***Empujar.***

#### *Instrucción verbal.*

R.L.M suele empujar a sus compañeros cuando quiere pasar a recoger sus cosas del locker o entregar su ficha de actividad. Se le anticipa que debe pedir permiso repitiendo la siguiente instrucción: "Permiso amiguito, voy a pasar".

#### *Instigación física y modelado.*

Si ya empujó a su compañero, se le toma de la mano y se le solicita a R.M.L que pida disculpas y pedimos permiso con la consigna mencionada anteriormente “Permiso amiguito, voy a pasar”.

**Correr.**

*Instigación física.*

Se le toma de la mano redirigiéndolo a caminar mirando al frente y a poner sus manos encima de los hombros de su compañero de adelante, haciendo uso del pictograma “hacer una columna”.

*Sobrecorrección*

Cuando R.L.M se dirige al baño suele ir corriendo, por lo cual se le indica que regrese a la puerta del salón y camine hasta la puerta del baño. Esta indicación se repetirá hasta que el examinado logre ir caminando al baño.

## CRONOGRAMA DE SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

En tabla 2 se puede apreciar el desarrollo de todas las sesiones correspondientes al programa, la misma que se encuentra estructurada en 12 sesiones con el objetivo de disminuir las conductas inadecuadas en R.L.M.

**Tabla 2**

*Sesiones de intervención individual.*

TÉCNICA	PROCEDIMIENTOS	MATERIALES
Instrucción verbal.  RDI.  Reforzamiento social.	En la primera sesión se trabajó específicamente con la conducta de golpear. Por lo que, se le entregó un juego de muñecos de madera, que consistía en poner un muñeco sobre otro formando una torre, todo ello en un tiempo determinado por un reloj de arena. Cuando no lograba hacer la actividad y “perdía”, hacía el ademán de querer golpear, por lo que, se le pedía que lo vuelva a intentar y se le entregaban las piezas del juego en la mano. Cuando lo lograba se le felicitaba “chocando los 5” y diciendo “muy bien”. La sesión concluyó y se le colocó un sticker en la frente, motivando al examinado.	Juego.  Sticker.
Instigación física.  Instrucción verbal.  Reforzamiento social.	En la segunda sesión se trabajó con la conducta de correr. En la sesión anterior se dio a notar que el examinado entraba a la sala de espera y después al consultorio corriendo. Por lo que, esta vez se le esperó en la puerta para tomarlo de la mano y guiarlo físicamente al consultorio caminando, a su vez, se le daba	Libro monstruo de los colores.  Sticker.

---

la consigna “caminamos, no corremos”, si es que R.L.M intentaba correr, regresábamos a la puerta y volvíamos a caminar hasta llegar al consultorio. Al llegar se le felicitaba “muy bien”. Después, el examinado fue corriendo directamente hacia los juguetes, por lo que se le indicó que se siente, que es 10 minutos podría jugar con esos juguetes y se le guía físicamente a la silla. La instructora le leyó el libro “El monstruo de los colores” con el objetivo de hacer que R.L.M pueda conocer las emociones de manera lúdica y a la par identificar sus propias emociones introduciendo botones de colores en barriles con etiquetas de cada emoción. (Rojo: ira, verde: calma, rosado: amor, amarillo: alegría, negro: miedo, tristeza: azul). Al terminar se le felicita por su atención diciendo “muy bien” y se le indica “tienes 3 minutos para jugar”. La sesión concluyó y se le colocó un sticker en la frente, motivando al examinado.

Instrucción verbal.  
RDO.  
Reforzamiento social.

En la tercera sesión se trabajó con la conducta de empujar. R ingresó a la sala de espera y se dirigió automáticamente al juguete de legos puesto sobre la alfombra, por lo que, la instructora hizo contacto visual y le explicó: “R puedes jugar, pero antes debes pedir permiso, repite, ¿puedo jugar?”. El evaluado empuja a la instructora y se niega a seguir las indicaciones, sin embargo, después verbaliza: “¿jugar?”, por lo que la instructora lo felicita: “muy bien” “tienes 5 minutos para jugar, después entramos al consultorio” y le muestra el pictograma de entrar al consultorio. Pasados los cinco minutos la instructora le dice al evaluado que

Papelógrafo.  
Imágenes de emociones.  
Goma.  
Plumones.  
Pictograma.

ingrese al consultorio. R.L.M se pone de pie y entra al consultorio donde se realizó la actividad del “Mural de mis emociones”, donde se trabajó el reconocimiento e identificación de las emociones (ira, miedo, alegría, calma y amor). Consistió en pegar imágenes de las emociones y clasificarlas respectivamente con sus nombres en un papelógrafo que después se decoró para que R.L.M se lleve a su casa donde lo pueda visualizar y familiarizar con la información brindada.

RDO.

Reforzamiento social.

Instrucción verbal.

En la cuarta sesión se trabajó con la conducta de golpear. R.L.M llegó a la sala de espera y se dirigió a jugar con los carritos de juguete mientras esperaba entrar al consultorio.

Después de unos minutos llegaron otros niños a su terapia psicológica con otra especialista, estos, al igual que R, se acercaron al área de los juguetes a jugar con los carritos y uno de ellos, le quitó el carrito con el que estaba jugando R.L.M. El evaluado reacciona golpeando con la mano al otro niño, por lo que la instructora le indica: “vamos a explicarle al niño que estamos jugando con este carrito, que después se lo podemos prestar”. La instructora le solicitó que repita: “amigo, yo estoy jugando con carrito ahora, te presto después”. La instructora felicitó a R: “muy bien”. El niño comprendió y siguió jugando con otros juguetes. Después la instructora guio al evaluado al consultorio para mostrarle una técnica de gestión emocional, la cual consistió en pintar el semáforo de sus colores: rojo, amarillo y verde. A los lados se pegaron unas frases que tienen que ver con cada color del semáforo: Rojo= Me paro y respiro para bajar el

Papelógrafo.

Goma.

Témperas.

fuego de mis emociones, puedo hacer 3 respiraciones profundas o contar hasta 10. Amarillo= Después de detenerse es el momento de pensar, analizo la emoción que siento y le asigno un nombre. ¿Qué debo hacer? Pienso 2 opciones. Verde= ¡Estamos listos! Es hora de buscar una solución para solucionar el problema. Podría conversar con mamá o papá, pedir ayudar, dibujar, pintar, etc. R.L.M se llevó este material a su casa y lo pegó en un lugar donde pueda visualizarlo y recordar los pasos para lograr gestionar sus emociones.

Sobrecorrección.	En la quinta sesión se trabajó con la conducta	Tablet.
Instigación física.	de correr. R.L.M llegó al edificio del consultorio y subió las escaleras corriendo, la	
Instrucción verbal.	instructora lo tomó de la mano y lo guio físicamente a la puerta del consultorio	
Reforzamiento social.	diciendo “repite después de mí” “caminamos, no corremos”. El evaluado repitió verbalmente la instrucción y la siguió	
Sobrecorrección restitutiva.	caminando pausadamente. Al llegar al consultorio R se emocionó al ver un juguete nuevo y corrió hacia él botando el tacho de basura que se encontraba en el camino. La instructora le indicó “R, ¿quieres jugar con este juguete?”, R respondió: “si”, la instructora le dijo: “ok, repite” “¿puedo jugar?”, R siguió la instrucción y la instructora lo felicitó “chocando los 5”, seguido de ello le solicita: “recoge el tacho y déjalo como estaba para que juegues”. R siguió la instrucción y la instructora le concedió 3 minutos para jugar. Terminado el tiempo, la instructora le indicó a R que se siente para hablarle acerca de la técnica de la tortuga. Le enseñó un video haciendo referencia a la emoción del enojo y	

le explicó que cuando se sienta de esa forma debe hacer el siguiente procedimiento a manera de técnica de relajación: “1: me escondo en mi caparazón, 2: respiro, 3: salgo cuando estoy más tranquilo. R comprendió la actividad y se retiró del consultorio emocionado.

<p>Sobrecorrección. Instrucción verbal. Instigación física.</p>	<p>En la sexta sesión se trabajó con la conducta de empujar. R.L.M llegó al consultorio para su sesión y se encontró a dos niños más en la escalera del consultorio, por lo que, por la prisa de llegar primero los empuja y pasa por su costado. La instructora lo toma de la mano y lo guía físicamente hacia los niños y le indica: “has empujado a los niños, vamos a pedir disculpas, repite después de mi” “disculpa”. R siguió la indicación brindada y la instructora le indicó “no empujamos, pedimos permiso, repite” “permiso amiguito”. R repitió la consigna. La instructora lo guía al consultorio para trabajar “los monstruos de la plastilina”, donde usó plastilinas de los colores de las emociones para recrear los monstruos de los colores. Al finalizar, R.L.M explicó cuál es la emoción de cada monstruo.</p>	<p>Plastilina</p>
<p>RDO. Instrucción verbal.</p>	<p>En la séptima sesión se trabajó con la conducta de golpear. R.L.M llegó al consultorio enojado porque se había quedado dormido en el carro y lo habían despertado para ir a su sesión por lo que, al momento de abrirle la puerta del consultorio, hizo el ademán de golpear con la mano a la instructora. La instructora le brindó contención emocional dándole una pelota (para que la presione) y cantando una</p>	<p>Frasco de vidrio. Tinte vegetal verde. Escarcha verde. Silicona líquida. Agua caliente.</p>

canción que le brindaba relajación al evaluado. El evaluado se calmó y se pudo trabajar la actividad del “frasco de la calma” mediante el siguiente procedimiento: vertimos un poco de agua caliente en el frasco, luego, diluimos la silicona líquida con la ayuda del bajalenguas, después le agregamos la escarcha y el tinte vegetal verde. Posterior a la elaboración del frasco, se explicó el significado de este: “cuando estamos enojados nos vemos así (se muestra al frasco estético, donde se ve solo el agua verde y una sombra negra en el fondo), es por esto que debemos respirar muy fuerte para que suceda esto (agitamos el frasco para dejar ver toda la escarcha). De esta manera se hace alusión a que el niño suelta todas las tensiones emocionales, generándole una sensación de calma. R se fue calmado y se despidió diciendo “chau miss”.

Bajalenguas.

Instrucción verbal.  
Instigación física.  
Reforzamiento social.

En la octava sesión se trabajó con la conducta de correr. R.L.M suele correr cuando se le pide que forme una columna detrás de sus compañeros, por lo que pedimos a los niños que estaban en la sala de espera que hagamos un “trecito”. La instructora puso música infantil (de su preferencia) y le indicó a R: “vamos a formar una columna” (mostrándole el pictograma de formar una columna). R se entusiasmó y se puso a bailar. La instructora lo guio físicamente a la columna con los demás niños. R hizo la columna con entusiasmo. La instructora lo felicitó “chocando los 5”, después de un momento la instructora le pidió a R que ingrese al consultorio para trabajar el

Maicena.

Tinte vegetal verde.

Agua.

Bandeja de plástico.

“Slime de la calma”. La instructora le brindó la bandeja a R.L.M y le dio las siguientes indicaciones: “vas a poner la maicena con el agua, yo pondré el tinte y amasamos juntos”. Es aquí donde se forma el *slime* y al tacto brinda una sensación de calma. R culminó la sesión feliz.

Instigación física.  
Reforzamiento social.

En la novena sesión se trabajó con la conducta de correr. R.L.M llegó al consultorio en compañía de su nana. Al momento en el que la instructora fue a abrirle la puerta, R.L.M se encontraba corriendo por la vereda de la calle debido a un desborde emocional. La instructora lo tomó de la mano y lo guio físicamente dentro del edificio para resguardar su seguridad ubicándolo en un espacio donde no pudiera golpearse, después lo acompañó desde una distancia donde el evaluado se sienta cómodo para después poco a poco acercarse y acariciar su espalda para poder regular la emoción que estuvo sintiendo. Cuando se calmó la instructora le dijo: “R ¿qué pasó? ¿vino el monstruo de la tristeza o el del enojo?”, R respondió: “Sí, estaba enojado”, la instructora le respondió: “sí, ahora estas en calma, como el monstruo verde” “ahora si podemos subir al consultorio para hablarte sobre un juego”. R.L.M subió de la mano de la instructora quien le habló de “la técnica del volcán” y le explicó qué es el volcán y cómo funciona mediante videos. Se siguió el siguiente procedimiento: 1: Hacer la simulación del temblor, que es lo que sucede antes de la erupción (haciendo alusión al autocontrol). 2: Identificar y reconocer las emociones, mencionando las situaciones en las que se siente enojado o frustrado y mencionarle que eso es la lava que está dentro del volcán.

Tablet.

3: Respiramos y contamos hasta 15 diciéndole que es para que el volcán no erupcione y la lava se mantenga dentro. R mostró entusiasmo y entendió la estrategia propuesta.

Sobrecorrección. Instrucción verbal.	En la décima sesión se trabajó con la conducta de golpear. R.L.M llegó al consultorio unos minutos antes de la sesión por lo que esperó unos minutos en la sala de espera, donde se entretuvo con un cuento. Al cabo de unos minutos, llegó otra niña (a su sesión con otra especialista) a la sala de espera, ella traía consigo un peluche de mono, el cual deslumbró a R.L.M, por lo cual, se acercó a la niña y le quiso quitar el peluche, sin embargo, la niña abrazó su juguete con fuerza. R reaccionó golpeado la mano de la niña. La instructora hizo contacto visual y le dijo: “repite, discúlpame”, R.L.M dijo: “discúlpame”, la instructora le responde: “pídele prestado” “repite, préstame”, R siguió la indicación. La niña se lo entregó en las manos. La instructora le indicó: “puedes jugar 3 minutos”. Al terminar el tiempo, la instructora guio a R al consultorio para realizar la “Arena emocional” para lo cual le brindó una bandeja y le pidió lo siguiente: “R.L.M, vas a poner ambas harinas en la fuente, yo pondré el aceite y amasaremos juntos para hacer la arenita. R.L.M se fue sintiéndose relajado.	Bandeja de plástico. Harina de trigo y maíz. Aceite.
Instigación física. Instrucción verbal. Reforzamiento social.	En la décimo primera sesión se trabajó con la conducta de empujar. R.L.M llegó al consultorio y se encontró con un juguete de plastilina en la sala de espera, por lo que, entró y empujó a su nana (que estaba en el camino), para tomar el juguete. La instructora	Globo. Arroz.

lo guio físicamente hacia donde estaba su nana y le dijo: “estas empujando, pide disculpas”, R.L.M siguió la indicación y entró al consultorio para trabajar con “la bolita antiestrés”. La instructora le brindó el globo a R.L.M y le dio la siguiente instrucción: “vas a poner el arroz dentro del globo, yo lo voy a atar y después le dibujamos una carita, finalmente al reverso, le escribimos su nombre (Titi).” Finalmente le explicamos que cuando sentimos mucho enojo es hora de llamar a “Titi” para que nos ayude a calmarnos y lo presionamos. R llevó a cabo las indicaciones por lo que la instructora lo felicitó y le dijo “muy bien R” “puedes jugar por 3 minutos”. Concluida la sesión R se fue entusiasmado.

Instrucción verbal.  
Reforzamiento social.

En la décimo segunda sesión se trabajó con la conducta de empujar. R.L.M pidió que le lea un cuento y se dirigió al estante de libros diciendo: “permiso, permiso”, (a los niños que se encontraban en el pasillo frente al estante) por lo que la instructora lo felicitó diciendo: “muy bien R” y “chocando los 5”. Después de leer el cuento la instructora le dijo: “Vamos a jugar con témperas para pintar los monstruos de colores” “Vamos a pintar con las manos, con a los monstruos de colores con sus emociones”. Al finalizar la instructora le puso un sticker en la frente y R se fue entusiasmado a casa.

Ficha A3 de los monstruos de colores.  
Témperas.

**Asesoría familiar a los padres y orientación a los docentes:** El entrenamiento a padres fue virtual y se llevó a cabo mediante zoom, consistió de 45 minutos, en los cuales se les brindó herramientas y estrategias.

Se incentivó la comunicación mediante la utilización de frases cortas y concretas que carezcan de sarcasmo o doble sentido. También, se moduló mediante ejemplos y juego de roles entre los padres de R.L.M, las posturas y tonos de voz para brindar indicaciones expresar emociones “¡estoy alegre porque lo has hecho bien!”.

En el hogar se le brindó un espacio para salir al parque “pirata”, después de un buen día en el colegio (número reducido o nulo de conductas disruptivas).

En el salón de clases, se tuvo una comunicación constante con la docente para brindarle técnicas y estrategias pertinentes para el desarrollo y evolución de R.L.M. Se motivó a R.L.M invitándolo a participar de las actividades de la clase haciendo uso de materiales concretos que sean fáciles para su comprensión, además de tareas donde le brindaron pocas alternativas de respuesta y con instrucciones sencillas. Además, se le hizo de su conocimiento que en los momentos en los que R.L.M se encuentre ofuscado tendría que utilizar un espacio del salón “el rincón de la calma” para poder calmarse.

**Generalización:** Con la finalidad de generalizar las conductas y sus consecuencias, la aplicación del presente programa, aplicada tanto en el aula como en el consultorio particular; abarca orientación hacia los padres con el fin de que tomen las estrategias brindadas y las apliquen en casa; también, se llevaron a cabo capacitaciones hacia los docentes para que se apliquen las diversas estrategias en la Institución Educativa.

**Evaluación final:** Se estableció la misma secuencia de la Preevaluación y determinación de la Línea Base.

**Seguimiento:** Se tomó registro dentro de lo largo de la jornada escolar, la frecuencia de las conductas inadecuadas sin intervención o soporte de la autora del programa de intervención.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Análisis Funcional

A continuación, se presentan los resultados del análisis funcional el cual evalúa una conducta en términos observables tomando en cuenta sus antecedentes como los consecuentes que sostienen la conducta. En la tabla 3 se evidencia el análisis funcional de golpear, en la tabla 4 se observa el análisis funcional de empujar y en la tabla 5 se aprecia el análisis funcional de correr.

**Tabla 3**

*Análisis funcional de golpear*

<b>Contexto Observacional.</b>	<b>Antecedente.</b>	<b>Conducta inadecuada.</b>	<b>Variables externas.</b>	<b>Conducta intermitente.</b>
Los niños están jugando en el salón.	R.L.M quiere jugar con el mismo peluche que su compañero tiene en sus manos, por lo que va y se lo intenta arrancar; su compañero no lo suelta.	R.L.M lo golpea fuertemente en las manos para que suelte el peluche.	La profesora lo reprende y le pide que salga del salón.	R.L.M entra en crisis de 15 a 20 min aprox.
Los niños están formando una columna para ir al auditorio.	A R.L.M no le gusta que sus compañeros le agarren los hombros al momento de formar la columna por lo que los sube en señal de incomodidad y pide que lo suelten.	Al no entender estas señales, R.L.M voltea y golpea el pecho de su compañero.	La profesora lo reprende y le solicita a R.L.M que le pida disculpas a su compañero.	R.L.M no comprende la indicación e ignora las indicaciones.

Es la hora del refrigerio y los niños sacan la lonchera.	La profesora inicia la oración para bendecir los alimentos; al terminar dice la frase: "¡a comer! R.L.M dice "no quiero comer ahora".	R.L.M se desespera y golpea con el <i>tupper</i> a su compañera.	La profesora lo reprende y lo saca del salón.	R.L.M entra en crisis de 15 minutos.
--	---	--	---	--------------------------------------

**Tabla 4**

*Análisis funcional de empujar*

<b>Contexto Observacional.</b>	<b>Antecedente.</b>	<b>Conducta inadecuada.</b>	<b>Variables externas.</b>	<b>Conducta intermitente.</b>
Es la hora de la clase de psicomotricidad y forman una columna para ir al otro salón.	R.L.M se emociona, se forma detrás de sus compañeros y toma los hombros de su compañero de adelante y camina rápido.	R.L.M empieza a empujar a sus compañeros de adelante porque quiere llegar rápido. Sus compañeros se quejan.	La profesora le llama la atención verbalmente y R.L.M dice: "yo primero, yo primero".	La profesora le toma de la mano y lo lleva adelante a un lado (sin formar la columna). R.L.M se calma.
Es la hora de la clase de matemática.	La profesora pide que saquen su cartuchera de su locker.	R.L.M se para de su silla y corre en dirección a su locker. En el camino empuja a sus compañeros y estos se quejan.	La profesora se acerca y le dice que debe pedir disculpas con la siguiente instrucción: "discúlpame amiguito". R.L.M sigue la instrucción y les da un abrazo a sus compañeros.	R.L.M va a sentarse a su silla enseguida.
La profesora está dictando su clase.	La profesora pide a sus alumnos que desarrollen una ficha y al terminar se la entreguen.	R.L.M culmina de desarrollar su ficha y se para a entregarla, pero en el camino se cruza con sus	La profesora le pide que pida disculpas, se regrese a su silla y vaya a entregar la ficha caminando,	R.L.M comprende y sigue las instrucciones brindadas por la profesora.

compañeros y además; que los empuja por espere su turno la prisa de detrás de sus entregar él compañeros primero.

**Tabla 5**

*Análisis funcional de correr*

<b>Contexto Observacional.</b>	<b>Antecedente.</b>	<b>Conducta inadecuada.</b>	<b>Variables externas.</b>	<b>Conducta intermitente.</b>
El docente solicita a los infantes: "Saquen toallas para ir al baño"	La docente solicita: "hagan una columna"	R.L.M se para de su silla y sale corriendo al baño.	La profesora va, lo toma de la mano, lo lleva a la puerta del salón y le pide que forme la columna y camine hacia el baño.	R.L.M escucha la indicación y sigue las instrucciones en calma.
La docente solicita: "hagan una columna, nos vamos a clase de psicomotricidad"	R.L.M se forma en el primer lugar de la columna, luego su compañero se sitúa detrás de él y le toma los hombros. R.L.M le dice que lo suelte.	La profesora le pide a R.L.M que se vaya al final de la columna. R.L.M se va corriendo en dirección al patio.	La profesora va detrás de él, le pide que regrese al salón y la espere allá. R.L.M no comprende la indicación. La profesora usa la ayuda física y lo lleva a hacer la columna detrás de sus compañeros.	R.L.M sigue las indicaciones.
Es la clase de Religión.	La madre solicita: "formen una columna, nos vamos a la capilla"	R.L.M se pone de pie de su silla y corre hacia la puerta. Pide a la madre que lo deje salir, la madre le dice que espere.	La auxiliar va detrás de él y lo reprende dejándolo sin recreo. R.L.M escucha y regresa al salón a hacer la columna.	R.L.M hace la columna y va a la capilla.

---

R.L.M la  
empuja y corre  
en dirección al  
patio.

---

## 4.2 Línea Base

La línea base se compuso por 7 sesiones y se registró en la tabla 6 el número de veces de la frecuencia de la conducta inadecuada. Se evidencian los siguientes promedios con respecto a las conductas mencionadas anteriormente; correr (5), golpear (5) y empujar (6).

**Tabla 6**

*Línea base de las conductas por sesiones*

<b>Conducta</b>	<b>Golpear.</b>	<b>Empujar.</b>	<b>Correr.</b>
<b>Sesiones.</b>			
Sesión 1	4	7	6
Sesión 2	6	8	5
Sesión 3	4	7	5
Sesión 4	5	4	2
Sesión 5	7	5	4
Sesión 6	4	4	4
Sesión 7	6	7	5
Promedio Semanal.	5	6	5

---

### **4.3 Intervención**

Abarcaron 6 semanas, 2 sesiones semanales con 45 minutos de duración en el consultorio particular y de lunes a viernes en el colegio con 5 horas de duración; donde se evidenció cómo las conductas inadecuadas iban disminuyendo. En la tabla 7 se puede observar la reducción progresiva de las 3 conductas y en el Figura 4 se observa esta disminución expresada en porcentajes. De esta manera, en la figura 5 se evidencia cómo la conducta de correr se disminuyó de 5 a 1, en la figura 6 se aprecia cómo la conducta de empujar disminuyó de 6 a 1 y finalmente, en la figura 7 se observa cómo la conducta de golpear redujo de 5 a 0, con relación a su frecuencia por sesión.

**Tabla 7**

*Registro conductual por semana (consultorio particular y colegio)*

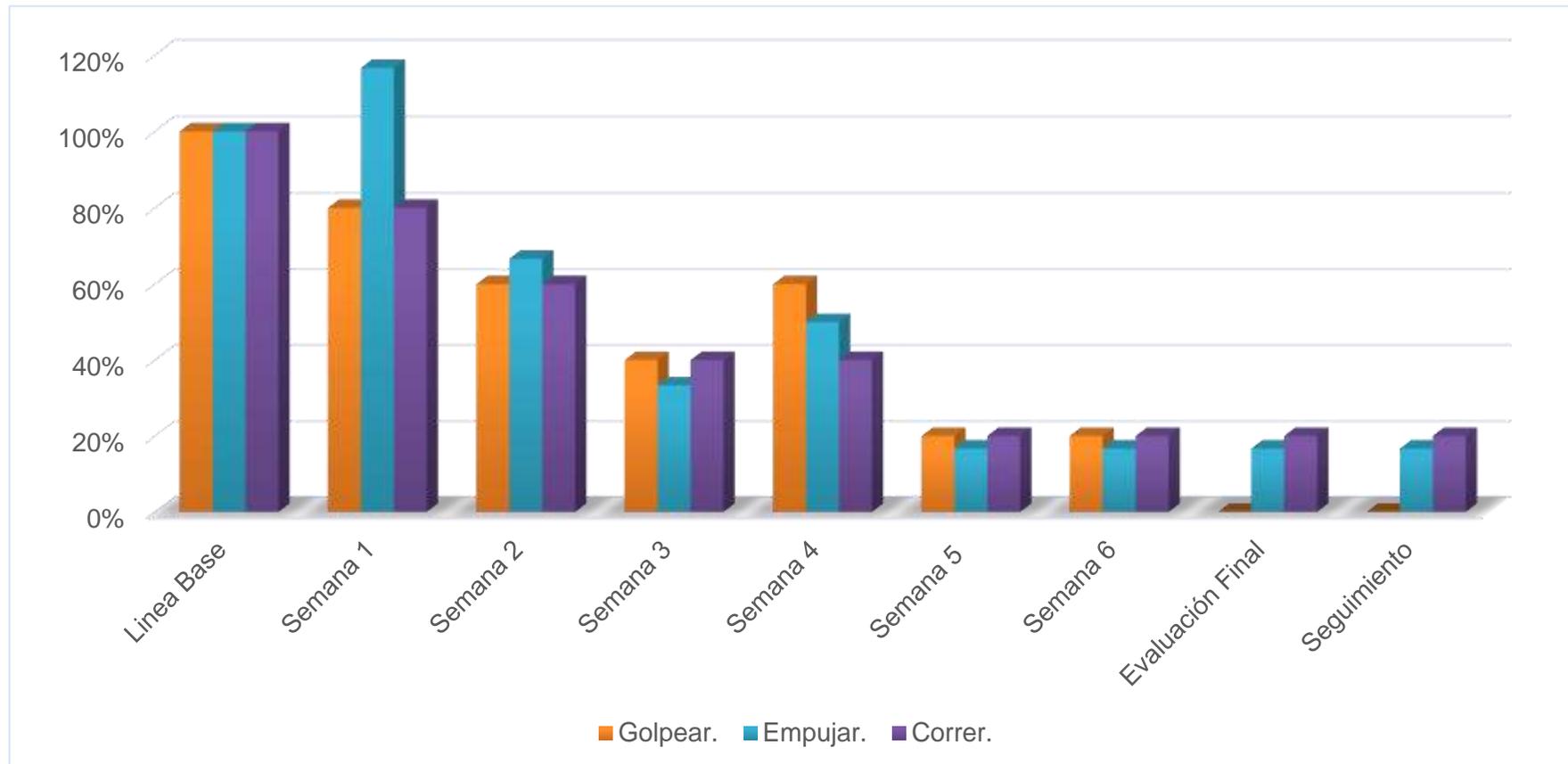
---

<b>Sesiones.</b>	<b>Golpear.</b>	<b>Empujar.</b>	<b>Correr.</b>
Línea base	5	6	5
Semana 1	4	7	4
Semana 2	3	4	3
Semana 3	2	2	2
Semana 4	3	3	2
Semana 5	1	1	3
Semana 6	1	1	1
Evaluación Final	0	1	1
Seguimiento	0	1	1

---

**Figura 4**

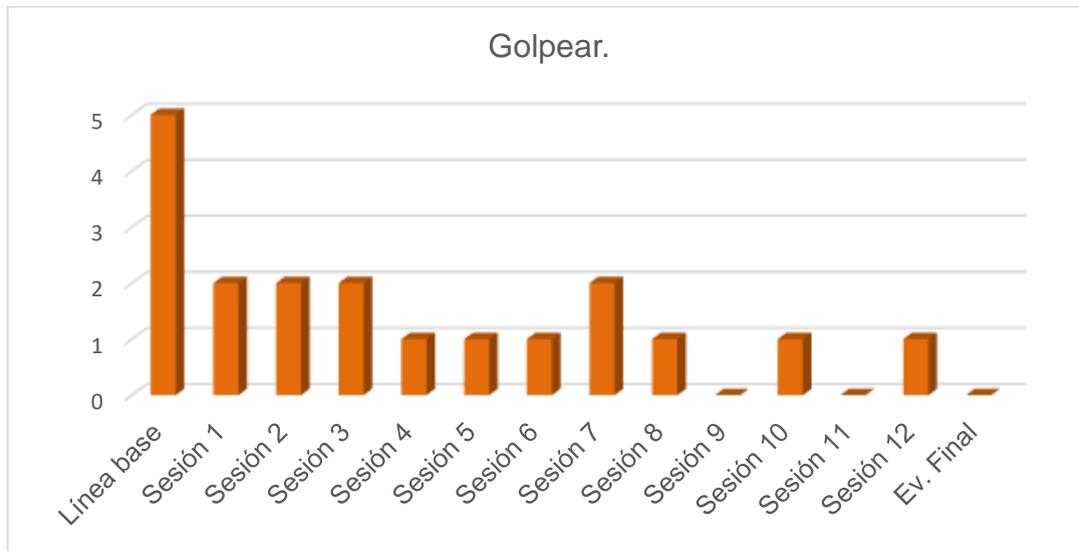
*Evaluación porcentual semanal de cada conducta*



**Nota:** Registro expresado en porcentajes en relación a cada conducta en específico. Evidenciándose una evolución desde la línea base hasta la sesión de seguimiento.

**Figura 5**

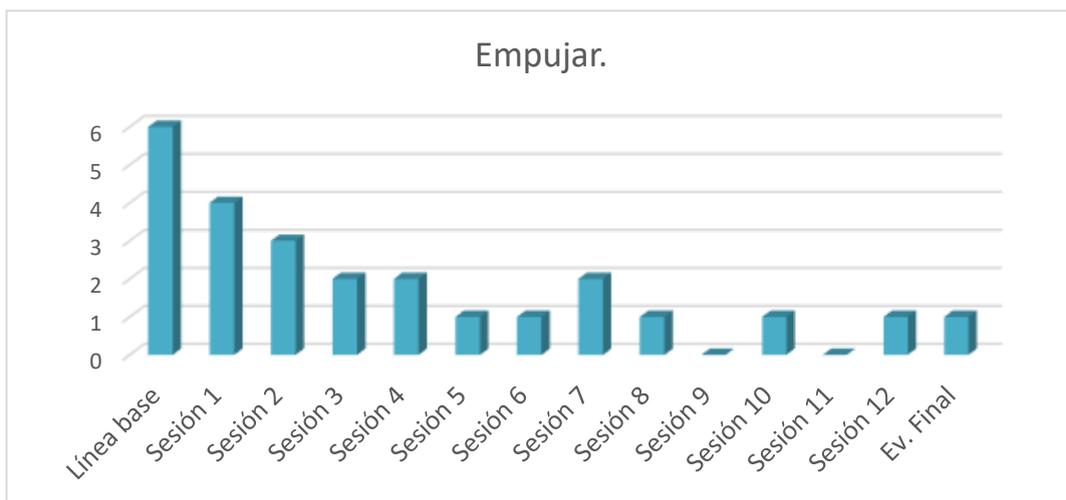
*Registro por sesión de golpear*



**Nota:** Registro conductual por sesión de la conducta de golpear. Evidenciándose gráficamente las veces en las que el examinado realizó la conducta de golpear desde la sesión de la línea base (5 veces) hasta la sesión de la evaluación final (0 veces).

**Figura 6**

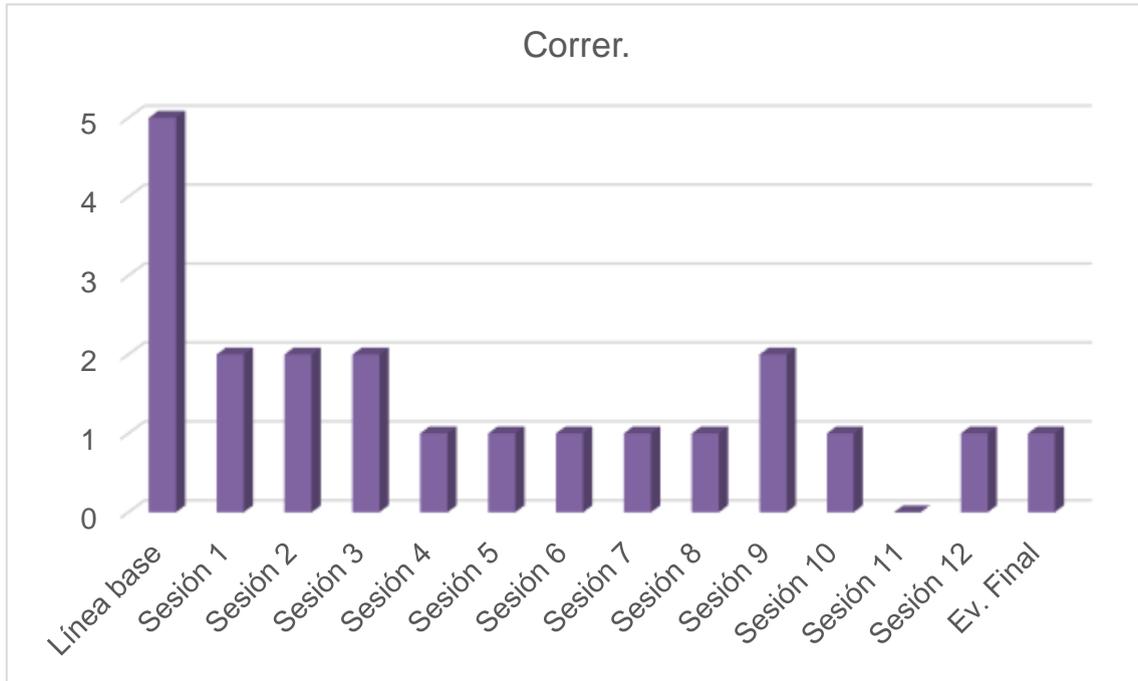
*Registro por sesión de empujar*



**Nota:** Registro conductual por sesión de la conducta de empujar. Evidenciándose gráficamente las veces en las que el examinado realizó la conducta de empujar desde la sesión de la línea base (6 veces) hasta la sesión de la evaluación final (1 vez).

**Figura 7**

*Registro por sesión de correr*



**Nota:** Registro conductual por sesión de la conducta de correr. Evidenciándose gráficamente las veces en las que el examinado realizó la conducta de correr desde la sesión de la línea base (5 veces) hasta la sesión de la evaluación final (1 vez).

## **CAPITULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 RESUMEN**

El presente estudio de caso es acerca de R.L.M, un niño de 7 años con TEA alumno de un Colegio privado, de educación básica regular y manifiesta conductas inadecuadas tales como, empujar, correr y golpear.

Se inició tanto la evaluación como el diagnóstico en donde se usaron técnicas psicológicas como la observación, registro anecdótico conductual, entrevista con los padres y personal académico de la Institución Educativa. También se hizo uso de los instrumentos psicológicos como la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet, Escala de Madurez Social de Vineland, Escala de Evaluación Conductual de Martin Kozloff y la Escala de Clasificación de Autismo Infantil (CARS).

Posterior a la realización de un análisis de la información recaudada mediante la observación y evaluación, teniendo en cuenta las necesidades del evaluado, se concluyó en un diagnóstico de TEA con presencia de conductas inadecuadas, siendo indispensable la aplicación de un programa de modificación de conducta con el objetivo de disminuir a un 20% las conductas inadecuadas mencionadas anteriormente.

Las sesiones de intervención se realizaron con una duración de 5 semanas, con dos sesiones semanales y de 45 minutos por sesión. Asimismo, se llevó a cabo una pre evaluación con la finalidad de evaluar la evolución del programa de intervención instituyendo un análisis conductual, una línea base y una serie de reforzadores orientaciones y asesorías familiares previas a los padres. En la primera

semana se evaluó, en dos contextos; el primero fue en el colegio y el segundo en el consultorio particular. En el colegio se observó durante 5 horas por una semana (a lo largo de la jornada escolar) y en el consultorio particular dos sesiones de 45 minutos cada una, donde se obtuvo una línea base compuesta por tres conductas inadecuadas: la conducta de “golpear” con un promedio de 5 veces, la de “empujar” con un promedio de 6 veces y la de “correr” con un promedio de 5 veces. Posterior a la utilización de las técnicas de modificación de conducta como Reforzamiento Diferencial de Conducta Incompatible (RDI), Reforzamiento de otras conductas (RDO), Refuerzo social, Modelado, Instrucción Verbal, Instigación Física, Sobrecorrección y Sobrecorrección Restitutiva se consiguió disminuir la frecuencia de las conductas inadecuadas notablemente: golpear (0%), empujar (17%) y correr (20%).

Estos resultados evidencian que se consiguió el objetivo que se propuso en el programa de intervención que fue el de sustituir las conductas inadecuadas por conductas más adaptativas en un 20%, consiguiendo mejorar la calidad de vida del evaluado en los diferentes aspectos de su vida como lo es el aspecto social, emocional y conductual, donde los principales partícipes fueron sus padres, sus docentes y la psicóloga instructora del presente programa de intervención.

## **5.2 CONCLUSIONES**

- El programa de modificación de conducta resultó eficaz pues logró reducir la presencia y frecuencia de las conductas inadecuadas como golpear, empujar Y correr. Dado que; la conducta de correr se disminuyó de 5 a 1, la de empujar disminuyó de 6 a 1 y la de golpear redujo de 5 a 0 con relación a su frecuencia por sesión.

- La conducta inadecuada agresiva de golpear es una respuesta a la frustración y carencia de regulación emocional por parte del evaluado. Estas conductas se lograron disminuir de manera considerable, haciendo que R.L.M pueda recordar las estrategias de gestión emocional propuestas en las sesiones y autorregularse de manera satisfactoria.
- La comunicación permanente y constante entre el personal del colegio, la familia y la psicóloga contribuye notablemente para la evolución y una adaptación favorable al contexto educativo.
- Como consecuencia de la presente intervención se comprobó que: R.L.M en la actualidad es un niño que se desenvuelve e interactúa con los niños de su edad usando lenguaje verbal y no verbal al momento de realizar preguntas o jugar, por ejemplo: ¿me prestas? ¿juegas?. Además, en el ambiente escolar, sigue su rutina de mañana (saludar, sacar su agenda y sentarse para escuchar su clase) y la mayoría de las veces realiza sus actividades escolares con voluntad y autonomía, pide permiso a sus compañeros y autoridades para pasar, pide ayuda si es que no ha comprendido alguna indicación; por lo cual la directora y docentes lo han felicitado. En la familia, los padres y abuelos han logrado tener una mejor comunicación y relación con R.L.M, ya que este, ha logrado comunicarse/expresarse ante alguna necesidad, por ejemplo “mamá por favor quiero comer” “mamá por favor agua”.

### **5.3 RECOMENDACIONES**

- Orientación y Asesoría familiar para que el manejo de conductas y comunicación con R.L.M se mantenga favorablemente.

- Fomentar hábitos y rutinas.
- Reforzar las normas.
- Reforzar conductas adecuadas.
- Fomentar la práctica de obligaciones y responsabilidades para fomentar su independencia.
- Actividades familiares al aire libre.
- Propiciar juegos y actividades donde el menor pueda ser integrado al grupo.
- Establecer contacto visual antes de formular la instrucción.
- Formular una sola instrucción por vez, en algunas ocasiones luego de formularla pedirle que la verbalice para verificar si la comprendió.
- Supervisar el seguimiento de la instrucción.
- Mantener las estrategias y técnicas brindadas por la instructora del programa de intervención (docentes deben seguir todas las pautas brindadas para que las conductas adecuadas se mantengan).
- Seguir las estrategias de MC, brindadas por la psicóloga (los padres deben mantener las técnicas de MC brindadas en las asesorías familiares, para el mantenimiento de conductas adaptativas).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adana, F. (2021). *Definición y tipos TEA*. Fundación Adana.
- Alvarez, N. E. (2018). *Técnicas de modificación de conducta para mejorar el comportamiento de niños de 5 a 6 años en la unidad educativa príncipe de paz 2017-2018*. Ecuador.
- American Academy of Pediatrics. (2023). *Trastorno del espectro autista en niños*. Estados Unidos de América.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Artigás, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos de neurodesarrollo*. Barcelona: Edición Viguera.
- Asperger H. (1944). *Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117: 76136.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los

diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059.

AUTISMIND. (2022). *¿Qué es la Teoría de la Mente?* Barcelona. España.

Bain, S. K., & Allin, J. D. (2005). *Book review: Stanford–Binet intelligence scales, fifth edition. Journal of Psychoeducational Assessment*, 23, 87–95.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). *Does the autistic child have an theory of mind?* *Cognition*, 21 (1), 37-46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder gruppe der Schizophrenien*. En: Aschaffenburg G, Editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke.

Calderón, R. (2019). La intervención en el trastorno del espectro autista en las alteraciones en intersubjetividad y la teoría de la mente. *Educación*, 25(1), 67-78.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). *Trastornos del Espectro Autista*.  
[https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html#:~:text=Los%20trastornos%20del%20espectro%20autista%20\(TEA\)%20son%20discapacidades%20del%20desarrollo,no%20se%20conocen%20otras%20causas](https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html#:~:text=Los%20trastornos%20del%20espectro%20autista%20(TEA)%20son%20discapacidades%20del%20desarrollo,no%20se%20conocen%20otras%20causas)

Chávez, D. R. (2018). Estudio de caso clínico - educativo: aplicación de un programa de atención y concentración a un niño con trastorno de espectro autista. *Repositorio USMP*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3723>

Child Mind Institute. (2023). Autismo. <https://childmind.org/es/temas/autismo/>

- Chiu, J. C. (2021). Estudio de caso clínico- educativo: programa para disminuir conductas disruptivas en niño con trastorno del espectro autista. *Repositorio USMP*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9253>
- Confederación Autismo España. (2018). *Qué es el Autismo*. España.
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad [CONADIS]. (2018). *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*. Perú
- Down J.L. (1887). *Lettsomian lectures on some of the mental affections of chidhood and youth*. Br Med J. 692:448-449.
- Espinoza, J. J. (2017). Estudio de caso clínico-educativo: programa para reducir las conductas disruptivas de un adolescente con trastorno del espectro autista. *Repositorio USMP*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3309>
- Evia, J. R. B. (2019). Trastorno autista. El papel del laboratorio clínico como herramienta diagnóstica. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 65(4), 224-232. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt184g.pdf>
- Ferster, C. B., & DeMyer, M. K. (1962). A method for the experimental analysis of the behavior of autistic children. *American journal of orthopsychiatry*, 32(1), 89.
- Forma Infancia European School. (2022). *¿Cuáles son las técnicas de modificación de conducta?* España.
- Frith, U. (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. New York: Cambridge University Press. Pp. 37-92.

- García, A. (2008). *Disciplina escolar: Guía docente*. Murcia: Universidad de Murcia.
- García, M. V. (2018). *Los problemas de conducta en la infancia: exploración a través del estudio de un caso*.  
[http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6832/19986\\_Garc%C3%ADa%20Contreras,%20Mar%C3%ADa%20Virginia.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6832/19986_Garc%C3%ADa%20Contreras,%20Mar%C3%ADa%20Virginia.pdf?sequence=1)
- García, P. (2016). Trastorno del espectro autista (TEA). *Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud*, 22, 149-62.  
<http://www.calatayud.uned.es/web/actividades/revista-anales/22/03-04-PatriciaGarciaTabuenca.pdf>
- Giraldo, L. R., Restrepo De Mejia, F., y Arboleda Sánchez, V. A. (2018). Trastorno del espectro autista, electroencefalografía y neuronas espejo. *Acta neurológica colombiana*, 34(3), 215-222. <https://doi.org/10.22379/24224022215>
- Gold, M. S., & Gold, J. R. (1975). Autism and attention: Theoretical considerations and a pilot study using set reaction time. *Child Psychiatry and Human Development*, 6(2), 68-80.
- Hervás, A. y Rueda, I. (2018). *Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro v Autista. Trastornos del Espectro Autista*.  
<http://www.teamenorca.org/wpcontent/uploads/2020/06/Amaia-Hervas-TEA-y-problemas-de-conducta.pdf>
- Hobson, R. (1993). *The emotional origins of social understanding*. *Philosophical Psychology*; 6: 227-49.
- Jaramillo, P., Sampedro, M. E., & Sánchez, D. (2022). Perspectiva histórica del

- trastorno del espectro del autismo. *Acta Neurológica Colombiana*, 38(2), 91-97. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v38n2/2422-4022-anco-38-02-91.pdf>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Koechlin, E., Basso, G., Pietrini, P., Panzer, S., & Grafman, J. (1999). *The role of the anterior prefrontal cortex in human cognition*. *Nature*, 399(6732), 148-151.
- Koegel, R. L.; Russo, D. C. y Rincover, A. (1977). Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, pp. 197-205.
- Lee, J. I. (2021). Cognición espacial y autismo: particularidades en el conocimiento del entorno construido. *REVISTARQUIS*, 10(2), 199-214.
- Martín, C. D., Uribe, M. G., & Roncero, C. I. (2010). Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 27(4), 312-318. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/162/148>
- Mayo Clinic (2021). Trastorno del Espectro Autista. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928>
- Ministerio de Salud. (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista en niños y adolescentes*. Perú.
- Ministerio de Salud (2022). Manual para la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista. *Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud.*

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5759.pdf>

Minkowski, E. (1933). *Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Coll. de l'Evolution Psychiatrique.

Morales, E. y Janier, A. (2021). Efectividad del modelo teacch comparado con el modelo denver para la intervención del autismo. *Revista científica. Signos Fónicos*, 7(2), 1-25.

National Institute of Mental Health. (2022). *Trastornos del espectro autista*. Estados Unidos.

Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., y Hume, K. (2010). Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 40, 425–436. doi: 10.1007/s10803-009-0825-1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Trastornos del espectro autista*.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Autismo*

Ormeño, K. E. (2018). Estudio de caso clínico- educativo: programa de atención y hábitos para comer adecuadamente en un niño con espectro autista. *Repositorio USMP*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4533>

Pavlov, I. P. (1899). *Observations upon salivary secretion*

- Pelechano, V. (1979). Terapia y modificación de conducta. *Fundación Juan March*, 8(2), 278-293.
- Peña, P. G., Suárez, I. T., Rodríguez, V. A., Santana, G. R., & Expósito, S. H. (2016). Los niños con Trastorno del Espectro Autista tienen déficits en las Funciones Ejecutivas. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 33(3), 385-396.
- Pérez, E. K. (2021). Evaluación e intervención en niños preescolares con trastorno del espectro autista (TEA). *Eduscientia*, 4(8), 126-133.
- Pérez, M. F., Ruz, A., Barrera, K., y Moo, J. (2018). Medidas Directas E Indirectas De Las Funciones Ejecutivas En Niños Con Trastorno De Espectro Autista. *Acta Pediátrica De México*, 39(1),13-22.
- Ramachandran, V. S. (2012). *Lo que el cerebro nos dice: Los misterios de la mente humana al descubierto*. Paidós.
- Ramón, J. A. (2021). *El test de Anne y Sally*. España.
- RDI connect. (2023). *Una introducción a RDI*.
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y autismo. *Definición, etiología, educación, familia en el autismo*. Argraf, Madrid.
- Rizzollati, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2007). Neuronas espejo. *Investigación y Ciencia*, 364, 14-21.
- Roca, E. (2014). Cómo mejorar tus habilidades sociales. *Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional (4ta. ed.)* Valencia: ACDE.
- Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hernández, M. A. (2012). Modelos

de intervención global en personal con trastorno del espectro autista. *Revista Neurología*, 54(1), S65-S71

Sanz, P., Fernández, A., Inmaculada, M., Pastor, G. y Tárraga, R. (2018). Efectividad de las intervenciones basadas en metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: Un estudio de revisión. *Papeles del psicólogo*. 39 (1), 40-52.

Skinner, B. F. (1975). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.

Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odon, S. L., Morín, K. L., Nowell, S.W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücessoy-Özkan, Ş., y Savage, M. N. (2020). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. EUA: *National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice*.  
<https://ncaep.fpg.unc.edu/sites/ncaep.fpg.unc.edu/files/imce/documents/EBP%20Report%202020.pdf>

Tamarit, J. (1995). *Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado* [Archivo PDF].  
[https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO5117/conductas\\_desafiantes.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO5117/conductas_desafiantes.pdf)

The council of autism service providers. [CASP]. (2021). *Tratamiento basado en Análisis Aplicado de conducta (ABA) para el Trastorno del Espectro Autista*. (2a ed.). ABA España

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

Velarde, M., Ignacio, M. E., & Cárdenas, A. (2021). Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad, Telesalud. *Revista*

de *Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 175-182. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034>

Volkmar, F. R., & Cohen, D. J. (1991). *Nonautistic pervasive developmental disorders*. *Psychiatry*, 2, 1-12.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.

Wolf, M., Risley, T., & Mees, H. (1963). Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy*, 1(2-4), 305-312.

# ANEXOS

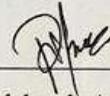
## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La finalidad de este documento es solicitar su autorización para utilizar la evaluación e intervención realizada a su mejor hijo en un estudio de caso dirigido por Gabriella Valdez Salazar de la Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Psicología. El propósito de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

La información recolectada es confidencial y sólo será usada para fines de este estudio de caso.

Agradezco su participación.

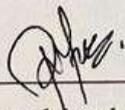


Firma del padre/apoderado

Yo, Rocio [REDACTED] autorizo a utilizar los datos de la evaluación e intervención llevados a cabo a mi menor hijo para el presente estudio de caso, dirigido por Gabriella Valdez Salazar. He sido informado (a) de que el propósito de este estudio de caso es la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

Reconozco que la información que yo brinde es confidencial y no será utilizada para ninguna otra finalidad fuera de este estudio sin mi consentimiento. Puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento.

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



Firma del padre/apoderado

02/04/2022

Fecha

## ANEXO 2

### ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: R.L.M Fecha de la prueba: .....

Instrucción: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: .....

Examinador: ..... Edad: .....

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

### ANEXO 3

#### PROTOCOLO ESCALA DE DESARROLLO SOCIAL DE VINNELAND

Examinador : Gabriella Valdez Salazar.  
Fecha : \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_

#### Identificación:

Nombre : Rafaelito L. y.  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_  
Edad : \_\_\_ años \_\_\_ meses \_\_\_ días  
Sexo : \_\_\_ F  M  
Escolaridad : \_\_\_ años  
Curso : \_\_\_  
Establecimiento : \_\_\_\_\_  
Ocupación : \_\_\_\_\_  
Ocupación de los padres : \_\_\_\_\_  
Escolaridad de los padres : \_\_\_\_\_  
Otras observaciones : \_\_\_\_\_

#### Evaluación Intelectual:

Nombre del Instrumento Aplicado : \_\_\_\_\_  
Rango y / o C.I. : \_\_\_\_\_  
Fecha de la Evaluación : \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_

#### Observaciones:

---

---

---

---

---

---

**Computación de la Escala:**

Puntaje Básico

Puntaje Adicional: 38

$$E.B \rightarrow (6 a + \bar{a})$$

$$E.B + P.A \rightarrow 6.5 + 38$$

Conclusiones y Recomendaciones: = 44.5

*Retardo social moderado.*

Puntaje Total

Edad Social 3.10

$$C.S = \frac{3.10 \times 100}{7.10}$$

$$C.S = 43.6$$

---

---

---

---

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

16/14

0 - I

CÓMPUTOS	ÍTEMS	CATEGORÍAS	PREGUNTAS
-	1	C.	Gorjea, sonrío
+	2	A.A.G.	Sostiene la cabeza
+	3	A.A.G.	Coge objetos que están a su alcance
+	4	S.	Se acerca a las personas que le son familiares
+	5	A.A.G.	Se da vuelta sobre sí mismo
+	6	A.A.G.	Alcanza objetos cercanos
+	7	O.	Se entretiene solo (cuando está desatendido)
+	8	A.A.G.	Se sienta sin apoyo
+	9	A.A.G.	Se yergue
+	10	C.	"Conversa" (imitando sonidos)
+	11	A.A.	Bebe de una taza o vaso con ayuda
+	12	L.	Gatea y se desplaza sobre el piso
+	13	A.A.G.	Coge con el pulgar y otro dedo
+	14	S.	Requiere atención personal
+	15	A.A.G.	Se para solo
-	16	A.A.	No saliva
+	17	C.	Sigue instrucciones simples

10/17

I - II

+	18	L.	Camina por la pieza sin ayuda
-	19	O.	Hace rayas con lápiz o crayón
+	20	A.A.	Mastica el alimento
-	21	A.V.	Se saca los calcetines
+	22	O.	Traslada objetos
+	23	A.A.G.	Supera pequeños obstáculos
+	24	O.	Va a buscar y trae objetos familiares
+	25	A.A.	Bebe de una taza o vaso sin ayuda
+	26	A.A.G.	Abandona el transporte en coche de guagua
-	27	S.	Juega con otros niños
-	28	A.A.	Come con cuchara
+	29	L.	Deambula por la casa o patio
+	30	A.A.	Discrimina entre sustancias comestibles
-	31	C.	Dice nombre de objetos familiares
+	32	L.	Sube las escaleras sin ayuda
-	33	A.A.	Desenvuelve dulces
-	34	C.	Habla pequeñas frases

2/10

II - III

-	35	A.A.G.	Pide ir al baño
+	36	O.	Inicia sus propias actividades de juego
-	37	A.V.	Se quita la chaqueta o vestido
-	38	A.V.	Come con tenedor
+	39	A.A.	Obtiene bebida sin ayuda
-	40	A.V.	Se seca las manos solo
-	41	A.A.G.	Evita pequeños riesgos
-	42	A.V.	Se pone la chaqueta o vestido sin ayuda

- ✓ AAG → Ayuda de sí mismo eng → 10
- ✓ C → Comunicación → 3
- ✓ S → Socialización → 5
- ✓ L → Locomoción → 5

✓ O → Ocupación → 6  
 ✓ AV → AutoVest → 4  
 ✓ AA → AutoAlim → 4

-	43	O.	Corta con las tijeras
-	44	C.	Relata experiencias

### III - IV

1/6

+	45	L.	Baja las escaleras colocando un pie por peldaño
-	46	S.	Juega cooperativamente a nivel de jardín infantil
-	47	A.V.	Se abotona la chaqueta o vestido
-	48	O.	Ayuda en pequeñas labores domésticas
-	49	S.	Efectúa "exhibiciones" para otros
-	50	A.V.	Se lava las manos sin ayuda

### IV - V

2/6

-	51	A.A.G.	Cuida de sí mismo en el baño
-	52	A.V.	Se lava la cara sin ayuda
-	53	L.	Anda por el vecindario sin que le presten atención
-	54	A.V.	Se viste solo, excepto anudar
+	55	O.	Se lava la cara sin ayuda
+	56	S.	Participa en juegos de competencia

### V - VI

2/5

+	57	O.	Usa patines, velocípedo, bicicleta o coche
-	58	C.	Escribe palabras muy simples
+	59	S.	Participa en juegos simples de mesa
-	60	A.D.	Se le puede confiar dinero
-	61	L.	Va solo al colegio

### VI - VII

3/4

-	62	A.A.	Usa el cuchillo para esparcir
+	63	C.	Usa el lápiz para escribir
+	64	A.V.	Se baña con ayuda
+	65	A.V.	Se acuesta sin ayuda

### VII - VIII

2/5

-	66	A.A.G.	Dice la hora en cuartos de hora
-	67	A.A.	Usa el cuchillo para cortar
-	68	S.	Pone en duda leyenda literal
+	69	S.	Participa en juegos de pre - adolescentes
+	70	A.V.	Se peina o cepilla su cabello

### VIII - IX

0

-	71	O.	Usa herramientas o utensilios
-	72	O.	Realiza tareas domésticas de rutina
-	73	C.	Lee por iniciativa propia
-	74	A.V.	Se baña sin ayuda
-	75	A.A.	Cuida de sí mismo en la mesa
-	76	A.D.	Hace compras menores
-	77	L.	Deambula por la ciudad libremente

### X - XI

	78	S.	Escribe ocasionalmente cartas breves
	79	C.	Hace llamadas telefónicas
	80	O.	Hace pequeños trabajos remunerados
	81	C.	Contesta avisos, compra por correo

## ANEXO 4

# Escala de Evaluación Conductual De Martín Kozloff

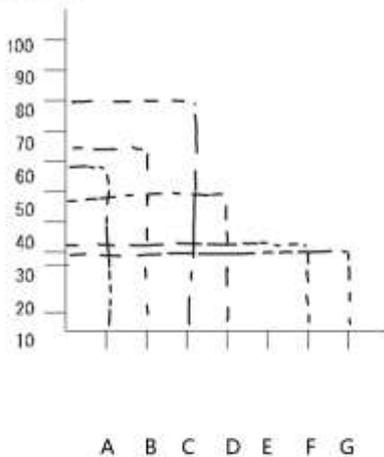
### HOJA DE RESUMEN

Nombres y Apellidos: Rafaello  
 Edad: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ F. Evaluación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Motivo de la Evaluación: \_\_\_\_\_ Examinador: Gabriella Valdez

#### RESULTADOS:

ÁREAS	PUNTAJE MÁXIMO	P. D.	RENDIMIENTO
A. Habilidades de Disposición para el Aprendizaje.	16	12	75 %
B. Habilidades de escuchar, mirar, moverse.	52	40	77 %
C. Habilidades de imitación motora.	20	16	80 %
D. Habilidades de imitación verbal.	22	13	59 %
E. Lenguaje funcional.	28	9	32 %
F. Habilidades de trabajo doméstico y autonomía.	18	8	44 %
G. Conductas problemáticas.	40	16	40 %

#### PERFIL:



#### ÁREAS

A: Disposición para el aprendizaje  
 B: Mirar, escuchar, moverse  
 C: Imitación motora  
 D: Imitación verbal  
 E: Lenguaje funcional  
 F: Lenguaje funcional  
 G: funcional

#### TABLA DE VALORES

SÍ	A VECES	NO
2 Puntos	1 Punto	0 Puntos

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

## Escala de Evaluación Conductual de Martín Kozloff

**Instrucciones:** Coloque un check (✓) en el lugar que, según sus observaciones, revelan la presencia o ausencia de la Conducta Específica.

### A. Habilidades de disposición para el aprendizaje

1. Contacto ocular espontáneo
2. Contacto ocular ante órdenes
3. Responde al llamado por su nombre
4. Sigue Instrucciones simples
5. Se sienta a trabajar algunas tareas
6. Se aproxima a la gente por iniciativa propia
7. Sonríe a los demás
8. Reacciona a los elogios

Si	A VECES	No
	✓	
	✓	
✓		
✓		
✓		
	✓	
	✓	
✓		

### B. Habilidades de Mirar, Escuchar y Moverse

#### ☞ Habilidades motrices gruesas:

1. Se inclina y se pone de pie.
2. Mantiene el equilibrio al andar.
3. Camina hacia atrás.
4. Impulsa el balón con el pie.
5. Arroja el balón.
6. Salta sobre el mismo sitio.
7. Mantiene el equilibrio con un solo pie.
8. Efectúa saltos de longitud.
9. Salta en un pie.
10. Camina con la punta y el talón del pie.
11. Atrapa la pelota al arrojársela.
12. Pedalea el triciclo.
13. Habilidades para muchas conductas motrices gruesas y se mantiene en ellas.

✓		
✓	✓	
✓		
✓		
✓		
	✓	
✓		
✓		
		✓
✓		
		✓
	✓	

#### ☞ Habilidades motrices finas:

1. Mira objetos, partes del cuerpo, la cara, la boca
2. Traslada objetos de una mano a otra
3. Realiza construcciones con bloques
4. Resuelve rompecabezas sencillos
5. Imita el trazado de líneas
6. Imita el trazado de círculos. Coge objetos agarrándolos con los dedos índice y pulgar.
7. Habilidades en muchas actividades motrices finas, se entretiene mucho con ellas
8. Buenos hábitos de trabajo como sentarse, marchar y trabajar una tarea.
9. Señala con el dedo o empareja objetos al nombrárselos.

✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
	✓	
✓		
✓		
✓		

☞ **Habilidades sociales:**

1. Se sirve del contacto ocular para conseguir recompensas
2. Juega con los demás
3. Coopera con una tarea
4. Atiende su turno o guarda su turno

✓		
		✓
✓		
✓		

**C. Habilidades de imitación motora**

☞ **Imitación de movimientos:**

1. Imita modelos motores gruesos.
2. Imita modelos motores finos.
3. Imita la colocación de objetos.
4. Imita los movimientos y posiciones de la boca.
5. Juega a juegos de imitación.
6. Imita movimientos complejos.

✓		
✓		
✓		
	✓	
✓		
		✓

☞ **Imitación generalizada:**

1. Imita algunos modelos sin ser recompensado.
2. Mueve el cuerpo, como hacen los demás por iniciativa propia.
3. Imita la realización de encargos o tareas por iniciativa propia.
4. Imita modelos motores de muchas personas.

✓		
✓		
✓		
✓		

**D. Habilidades de imitación verbal**

☞ **Instrucción a la imitación verbal:**

1. Presta atención a los demás cuando hablan.
2. Lista de sonidos que prefiere el niño:

	✓	
--	---	--

- .....
- .....
- .....
3. Emite frecuentemente muchos sonidos diferentes por iniciativa propia
  4. ¿Cómo prefiere los sonidos?
  5. ¿Emite más sonidos cuando Ud. lo imita?
  6. Para conseguir cosas establece contacto ocular al mismo tiempo que emite un sonido

		✓
		✓
✓		
		✓

☞ **Imitación verbal:**

1. Imita sonidos básicos
2. Imita sílabas
3. Imita palabras sencillas
4. Imita frases y oraciones sencillas
5. Imita modelos verbales de muchas personas

✓		
✓		
✓		
✓		
✓		

**E. Lenguaje funcional:**

☞ *Clases de lenguaje funcional:*

1. Nombra objetos o dibujos de los mismos
2. Pide las cosas que quiere
3. Identifica y describe lo que ve y oye
4. Contesta a preguntas simples
5. Dice correctamente "Hola" y "Adiós"
6. Emplea frases y oraciones simples para nombrar, preguntar, describir y contestar preguntas
7. Identifica y describe UNO o más de UNO (plural)
8. Entiende y emplea preposiciones
9. Entiende y emplea pronombres
10. Entiende y emplea contrarios
11. Utiliza palabras relacionadas con el tiempo (antes, después)

	✓	
	✓	
		✓
	✓	
✓		
		✓
		✓
		✓
		✓
		✓
		✓

☞ *Manejo de problemas especiales:*

1. Utiliza el lenguaje funcional que sabe.
2. Utiliza el lenguaje funcional en vez de repetir como eco.
3. Utiliza el lenguaje funcional en muchos lugares y con mucha gente.

✓		
	✓	
	✓	

**F. Habilidades de trabajos domésticos y de autonomía**

☞ *Encargos:*

1. Realiza tareas sencillas.
2. Realiza frecuentemente y por iniciativa propia encargos más complejos.

✓		
		✓

*Tareas de autonomía:*

1. Come por su cuenta utilizando utensilios adecuados.
2. Se quita él solo la ropa.
3. Se viste solo.
4. Se lava y seca la cara y las manos.
5. Se cepilla los dientes.
6. Hace sus necesidades en el lugar apropiado.
7. Realiza a menudo y por iniciativa propia muchas tareas de autonomía personal.

✓		
✓		
	✓	
		✓
		✓
		✓
	✓	

**G. Conductas problemáticas**

☞ *Comportamientos destructivos:*

1. Golpea la cabeza contra los objetos.
2. Se muerde y se araña.
3. Le dan rabietas.
4. Pega, muerde, da puntapiés a los demás.
5. Lista de conductas destructivas:

		✓
		✓
✓		
	✓	

.....  
*Manos*  
 .....

☞ *Resuelve las cosas:*

1. Resuelve las cosas que enreda.

		✓
--	--	---

☞ *Conductas autoestimulatorias e inusitadas:*

1. Se balancea.
2. Gira en redondo o gira en derredor.
3. Hace girar los objetos.
4. Clava la mirada en sus dedos o en los objetos.
5. Agita las manos y los brazos.
6. Hace muecas.
7. Adopta posturas extrañas.
8. Exige o realiza actos rituales.
9. Lista de conductas inusuales:

✓		
	✓	
✓		
	✓	
✓		
✓		
✓		
	✓	

.....  
*Sticker en el dedo índice*  
 .....

☞ *Reacción ante determinadas consecuencias:*

10. Castigo físico.
11. Castigo verbal.
12. Aislamiento.
13. Indiferencia.
14. Se sustituyen las conductas problemas por conductas apropiadas correspondientes a otros campos.

	✓	
✓		
✓		
		✓
		✓

# ANEXO 5

## C.A.R.S.

### The childhood autism rating scale Escala de valoración del autismo infantil

#### C.A.R.S. - Hoja de valoración

##### Instrucciones

Para cada categoría, use el espacio provisto debajo de cada escala para tomar notas relacionadas con las conductas relevantes a cada escala. Después de haber terminado de observar al niño valora las conductas relevantes a cada ítem de la escala. Para cada ítem rodea con un círculo el número que corresponda a la afirmación que mejor describa al niño. Puedes indicar que el niño se encuentra entre dos descripciones usando valoraciones intermedias de 1.5, 2.5 o 3.5. Para cada escala se presentan unos criterios abreviados de valoración. Vea el capítulo 2 del manual para los criterios detallados.

##### I. Relación con la gente

1. **No hay evidencia de dificultad o anormalidad en relación con la gente.** La conducta del niño es apropiada a su edad. Puede ser observado algo de timidez, nerviosismo o molestia cuando se le dice lo que debe hacer, pero no hasta un grado atípico.  
1.5
2. **Relaciones ligeramente anormales.** El niño puede evitar mirar al adulto a los ojos, evitar al adulto o ponerse nervioso si se fuerza la interacción, ser excesivamente tímido, no ser tan sensible al adulto como es típico, depender de los padres más que la mayoría de los niños de su edad.  
2.5
3. **Relaciones moderadamente anormales.** El niño muestra frialdad (parece indiferente al adulto) a voces. Se necesitan intentos fuertes y persistentes para atraer la atención del niño, a veces. El niño puede iniciar contactos mínimos.  
3.5
4. **Relaciones profundamente anormales.** El niño está continuamente frío o indiferente respecto a lo que el adulto este haciendo. El o ella casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos más persistentes para atraer la atención del niño tienen algún efecto.

Observaciones:

## II. Imitación

1. **Imitación apropiada.** El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos apropiados a su nivel de destreza.
2. **Imitación ligeramente anormal.** El niño imita simples conductas tales como aplaudir o sencillos sonidos verbales la mayoría del tiempo; ocasionalmente imita sólo después de darle un codazo, empujarlo o tras un retraso.
3. **Imitación moderadamente anormal. El niño** sólo imita parte del tiempo y requiere una gran cantidad de persistencia y ayuda del adulto; frecuentemente imita solo tras un retraso.
4. **Imitación profundamente anormal.** El niño nunca o raramente imita sonidos, palabras o movimientos incluso empujándolo ni con la ayuda del adulto.

Observaciones:

## III. Respuesta emocional

1. **Respuestas emocionales apropiadas tanto a la situación y edad.** El niño muestra tanto el grado como el tipo apropiados de respuesta emocional como se indica por el cambio en la expresión facial, postura y manera.
2. **Respuestas emocionales ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra en cierta manera un tipo o grado inapropiado de reacciones emocionales. Las reacciones algunas veces no tienen ninguna relación con los objetos o acontecimientos que los rodean.
3. **Respuesta emocionales moderadamente anormales.** El niño muestra signos claros de tipo y/o grado inapropiados de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser bastante inhibidas o exageradas y sin ninguna relación con la situación, pueden hacer muecas, reírse o ponerse rígidos incluso aunque no estén presentes aparentemente objetos o acontecimientos que produzcan emoción.
4. **Respuestas emocionales profundamente anormales.** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño está de un humor determinado, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones altamente diferentes cuando nada ha cambiado.

Observaciones:

## IV. Uso del cuerpo

1. **Uso del cuerpo apropiado a la edad.** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación de un niño normal de su edad.
2. **Uso del cuerpo ligeramente anormal.** Pueden estar presentes algunas peculiaridades menores, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o aparición rara de más movimientos inusuales.
3. **Uso del cuerpo moderadamente anormal Conductas que** son claramente raras o inusuales para un niño de su edad puede incluir movimientos raros de los dedos, posturas peculiares tanto de los dedos como del cuerpo, mirar fijamente o arañarse el cuerpo, agresión dirigida contra sí mismos, columpiarse, girar, mover rápidamente los dedos o andar de puntillas.
4. **Uso del cuerpo profundamente anormal.** Los movimientos intensos y frecuentes del tipo arriba indicado son signos de un uso profundamente anormal del cuerpo. Estas conductas pueden persistir a pesar de los intentos para desanimarlos o implicar al niño en otras actividades.

Observaciones:

## V. Uso del objeto

1. **Uso apropiado, e interés en juguetes y otros objetos.** El niño muestra un interés normal en juguetes y otros objetos apropiados a su nivel de destreza y usa esos objetos de manera apropiada.
2. **Interés ligeramente anormal, o uso ligeramente anormal de juguetes y otros objetos.** El niño puede mostrar un interés atípico en un juguete o jugar con él de un modo inapropiadamente infantil (por ejemplo golpeándolo o chupándolo)
3. **Interés y uso moderadamente inapropiado de los juguetes y otros objetos.** El niño puede mostrar poco interés en juguetes y otros objetos, o puede estar preocupado con el uso de un objeto o juguetes de un modo extraño. El o ella puede centrarse en alguna parte insignificante de un juguete, llegar a quedar fascinado con la luz que se refleja de un objeto, mover repetitivamente alguna parte del objeto, o jugar exclusivamente con un objeto.
4. **Interés y uso profundamente inapropiado del uso de juguetes u otros objetos.** El niño puede quedar enredado en conductas como las mostradas anteriormente, con una mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil distraer cuando está totalmente metido en estas actividades inapropiadas.

Observaciones:

## VI. Adaptación al cambio

1. **Respuesta al cambio apropiada a la edad.** Mientras el niño puede darse cuenta o comentar los cambios en la rutina, acepta estos cambios sin una angustia indebida.
2. **Adaptación al cambio ligeramente anormal.** Cuando un adulto intenta cambiar las tareas el niño puede continuar la misma actividad o usar los mismo materiales.
3. **Adaptación moderadamente anormal al cambio.** El niño se resiste de manera activa a los cambios de rutinas, intenta continuar con su actividad, y es difícil de distraer. Puede llegar a enfadarse y ser infeliz cuando se altera una rutina establecida.
4. **Adaptación profundamente anormal al cambio.** El niño muestra reacciones profundas al cambio. Si se fuerza el cambio, puede enfadarse mucho o no cooperar y responder con rabietas.

Observaciones:

## VII. Respuesta visual

1. **Respuesta visual apropiada a la edad.** La conducta visual del niño es normal y apropiada a su edad. La visión se usa conjuntamente con otros sentidos como modo de explorar el nuevo objeto.
2. **Respuesta visual ligeramente anormal.** Se debe recordar al niño ocasionalmente el mirar a los objetos. El niño puede estar más interesado en mirar a los espejos o a los sistemas de iluminación que a sus colegas, puede a veces distraerse o puede también evitar mirar a la gente a los ojos.
3. **Respuesta visual moderadamente anormal.** Se debe recordar al niño frecuentemente mirar lo que está haciendo. Puede distraerse, evitar mirar a la gente a los ojos, mirar los objetos desde un ángulo raro o sujetar los objetos muy cerca de sus ojos.
4. **Respuesta visual profundamente anormal.** El niño de manera constante evita mirar a la gente a los ojos o a ciertos objetos y puede mostrar de manera extrema formas de respuesta visual de las descritas arriba.

Observaciones:

## VIII. Respuesta auditiva

1. **Respuesta auditiva apropiada a su edad.** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada a su edad. El oído se usa junto con otros sentidos.
2. **Respuesta auditiva ligeramente anormal.** Puede que haya falta de respuesta o reacción ligeramente extrema a ciertos sonidos. Las respuestas a los sonidos pueden retrasarse, y los sonidos puede que necesiten ser repetidos para atraer la atención del niño. El niño puede distraerse por sonidos extraños.
3. **Respuesta auditiva moderadamente anormal.** Las respuestas del niño a los sonidos pueden variar; ignorar a menudo un sonido las primeras veces que se hace: puede asustarse o cubrirse los oídos si oye sonidos conocidos.
4. **Respuesta auditiva profundamente anormal.** El niño puede reaccionar de manera extrema o no reaccionar a sonidos emitidos muy fuertemente, independientemente del tipo de sonido.

Observaciones:

## IX. Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto

1. **Uso y respuesta normales del gusto, olfato y tacto.** El niño explora nuevos objetos de una manera apropiada a la edad, generalmente tocando y mirando. El gusto y olfato puede ser usado apropiadamente. Cuando reacciona a un dolor diario pequeño, el niño expresa disgusto pero no reacciona de manera rara.
2. **Uso y respuesta ligeramente normales.** El niño puede persistir en poner los objetos en su boca, puede oler o tactar objetos que no son comestibles, puede ignorar o reaccionar de manera extrema a dolores suaves ante los cuales un niño normal expresaría incomodidad.
3. **Uso y respuesta moderadamente anormales.** El niño puede estar moderadamente preocupado con el tacto, olfato o gusto de los objetos o la gente. El chico puede o bien reaccionar mucho o muy poco.
4. **Uso y respuesta profundamente anormales.** El niño esta preocupado con el olfato, gusto o tacto de los objetos más por la sensación que por la exploración normal o el uso de los objetos. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar de manera extrema ante un ligero malestar.

Observaciones:

## X. Miedo o nerviosismo

1. **Miedo o nerviosismo normales.** La conducta del niño es apropiada tanto a la situación como a su edad.
2. **Miedo o nerviosismo ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra demasiado o muy poco miedo o nerviosismo si se compara con la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.
3. **Miedo o nerviosismo moderadamente anormales.** El niño muestra o bien un poco más o bien un poco menos de miedo de lo que es típico incluso para un niño más pequeño en situaciones similares.
4. **Miedo o nerviosismo profundamente anormales.** El miedo persiste incluso después de una experiencia repetida con acontecimientos y objetos inocuos. Es extremadamente difícil calmar o consolar al niño. El niño puede, por el contrario, no mostrar el conveniente cuidado ante riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

Observaciones:

## XI. Comunicación verbal

1. **Comunicación verbal normal y apropiada tanto a la edad como a la situación.**
2. **Comunicación verbal ligeramente anormal.** El habla muestra un retraso en general. La mayoría de lo que expresan tiene sentido, sin embargo, puede haber repetición o inversión de pronombre. Ocasionalmente puede decir palabras raras o estupideces.
3. **Comunicación verbal moderadamente anormal.** Puede que no hable. Cuando lo hace, la comunicación verbal puede ser una mezcla de lenguaje con pleno sentido y lenguaje peculiar con estupideces, repeticiones o inversión de pronombre. Las peculiaridades en el lenguaje con sentido incluyen excesivas preguntas o preocupación sobre tópicos particulares.
4. **La comunicación verbal profundamente anormal.** No hay lenguaje con sentido. El niño puede producir chillidos infantiloides, sonidos extraños o como los animales, ruidos complejos que se parezcan al habla, o puede mostrar un uso persistente y raro de algunas palabras o frases reconocibles.

Observaciones:

## XII. Comunicación no verbal

1. **Uso normal de comunicación no verbal apropiada a la edad y la situación.**

2. **Uso ligeramente anormal de la comunicación no verbal.** El uso inmaduro de comunicación no verbal; puede apuntar de manera vaga o servir para lo que quiere, en situaciones donde niños de una misma edad pueden apuntar o gesticular más específicamente para indicar lo que quieren.

3. **Uso moderadamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede entender la comunicación no verbal de otros.

4. **Uso profundamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño sólo usa gestos raros o peculiares que no tienen sentido aparente, y no muestra el conocer el significado asociado a los gestos o expresiones faciales de otros.

Observaciones:

### XIII. Nivel de actividad

1. **Nivel de actividad normal para su edad y circunstancias.** El niño es o bien más activo o menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.

2. **Nivel de actividad ligeramente anormal.** El niño puede o bien ser ligeramente movido o de alguna manera "perezoso" y de lentos movimiento a veces. El nivel de actividad del niño se interfiere sólo ligeramente con su realización.

3. **Nivel de actividad moderadamente anormal.** El niño puede ser bastante activo y difícil de frenar. Puede tener una energía ilimitada y puede que no se duerma bien de noche. Por el contrario, el niño puede estar bastante aletargado y necesitar bastante empuje para hacerle mover.

4. **Nivel de actividad profundamente anormal.** El niño muestra extremos de actividad o de inactividad y puede incluso ir de un extremo a otro.

Observaciones:

### XIV. Nivel y consistencia de la respuesta intelectual

1. **Inteligencia normal y razonablemente consistente en varias áreas.** El niño es tan inteligente como cualquier niño de su edad y no tiene ningún tipo de destrezas intelectuales raras ni problemas.

2. **Funcionamiento intelectual ligeramente anormal.** El niño no es tan brillante como los niños de su edad, las destrezas aparecen bastante retrasadas en diversas áreas.

3. **Funcionamiento intelectual moderadamente anormal.** En general, el niño no es tan brillante como los niños

de su edad; sin embargo puede funcionar casi normalmente en una o más áreas intelectuales.

4. **Funcionamiento intelectual profundamente anormal.** Aunque generalmente el niño no es tan brillante como los de su edad, puede funcionar incluso mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

Observaciones:

## **XV. Impresiones generales**

1. **No autismo.** El niño no muestra ningún síntoma característico del autismo.
2. **Autismo ligero.** El niño muestra sólo unos pocos síntomas o sólo un grado ligero de autismo.
3. **Autismo moderado.** El niño muestra un número de síntomas o un grado moderado de autismo.
4. **Autismo profundo.** El niño muestra muchos síntomas o un grado extremo de autismo.

Observaciones:

## **Escala de clasificación de autismo infantil**

Eric Schopler PHD. Robert J. Reichler M.D. y Barbara Rothen Renner PhD

### **Introducción**

La escala de Autismo Infantil es una escala de valoración de conducta de 15 ítems diseñados para identificar niños con autismo, y para distinguirlos de los retrasados mentales sin síndrome de autismo. Además distingue desde niños con autismo moderado hasta niños con un autismo profundo. Fue primeramente construida hace más de 15 años (Reichler & Schopler, 1971) con el fin de capacitar a los clínicos para que tuvieran un diagnóstico más objetivo del autismo mediante un cuestionario más útil. La escala de los 15 ítems incorpora (a) los rasgos primarios de autismo de Kanner, (b) otras características anotadas por Creak, que se encuentran en muchos, pero no en todos, los niños que se pueden considerar autistas, y (c) escalas adicionales útiles en el tratamiento de la sintomatología característica de los niños más pequeños.

### **Desarrollo del método de CARS**

	847	480	171
	56.4%	32.0%	11.4%
V . Coc . intelect .	0 - 6 9	7 0 - 8 4	8 5 +
	841	197	153
	70.6%	16.5%	12.8%

## C.A.R.S. - Escala de valoración del autismo infantil

Eric Schopler, Ph. D., Robert J. Reichler, M. D. y Barbara Rothen Renner, Ph. D. Publicado por WPS (Los Ángeles, California)

NOMBRE: ..... *Rafaello L. M* .....  
SEXO: .....  
NÚMERO DE IDENTIDAD: .....  
FECHA DEL TEST:  
Año ..... Mes ..... Día .....  
FECHA DE NACIMIENTO:  
Año ..... Mes ..... Día .....  
EDAD CRONOLÓGICA:  
Años: ..... Meses: .....  
EVALUADOR: ..... *Lyamulla Jaleley* .....

### Puntuación de la valoración de las categorías

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV T

### Puntuación total

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60  
No Autismo Autismo profundo

Autismo ligero o moderado

Los tres sistemas siguientes de diagnóstico fueron de origen más reciente. Hay algunas diferencias entre los tres sistemas que reflejas las intenciones diferentes para las cuales se produjeron. La definición de Rutter (1978) se basó en la más concienzuda evaluación de la investigación empírica publicada desde las publicaciones de Kanner y Creak. La definición de NSAC (1978), desarrollada por el Gabinete de Asesoría Profesional (NSAC) bajo la dirección de Ritvo, tuvo como intención el uso en la formación de una política social, en legislación y para el conocimiento público. DSM-III-R representa el sistema clasificatorio formulado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Todos estos tres sistemas coinciden en tres rasgos básicos del autismo: