



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
CONDUCTUAL PARA REDUCIR
CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN UNA
NIÑA CON DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO

TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

MARIABELEN IZURIETA COSSIO

LIMA -PERÚ

2023

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 22-ene.-2024 11:43 -05
Identificador: 2275985505
Número de palabras: 24469
Entregado: 1

Olga Nathalia Díaz Rojas
DNI 73088950

Índice de similitud
18%

Similitud según fuente	
Internet Sources:	16%
Publicaciones:	2%
Trabajos del estudiante:	6%

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL
PARA REDUCIR CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN
UNA NIÑA CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO Por
María Belen Izurieta

2% match (Internet desde 15-dic.-2020)

<https://idoc.pub/documents/miltenberger-rg-2017-modificacion-de-conducta-6ng98v1mm1lw>

1% match (Internet desde 23-sept.-2022)

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11790/Intervencion_AntunezAvalos_Ninoska.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (Internet desde 15-abr.-2021)

http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/10013/1/2020_Murrugarra%20Gamarra.pdf

1% match (Internet desde 15-nov.-2020)

https://www.researchgate.net/publication/268360694_Operantes_-_1_TECNICAS_OPERANTES

1% match (Internet desde 16-abr.-2018)

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3309/1/espinoza_zjj.pdf

1% match (Internet desde 17-nov.-2020)

<https://directoriomedicoquito.com/psicologossur.htm>

< 1% match (Internet desde 07-oct.-2022)

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11677/Intervencion_YucraVela_Ana.pdf?isAllowed=y&sequence=1

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

Presidente

Mg. Victoria de Jesus Vigo Fernandez-Prada

Vocal

Mg. Brigitte Ana Lucia Aguilar Salcedo

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Lic. Olga Nathalia Díaz Rojas

a Marisol, Angela, Marcela y Melva.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y a mi abuela, por siempre apoyarme, acompañarme en todo momento y formarme como la persona que soy.

A mis amigos Claudia, Greta, Leslie, Cesar, Oscar y Orlando por todo su cariño, escucharme, apoyarme y motivarme cuando más lo necesité.

A Jamona, por acompañarme durante todas las amanecidas y brindarme todo su amor.

A todas las personas que de alguna forma contribuyeron al desarrollo de este trabajo de suficiencia profesional; brindando su apoyo, mostrando interés o participando de este.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	3
1.1 Descripción de la Empresa o Institución.....	3
1.2 Presentación del Puesto Desempeñado	4
1.3 Descripción de la Experiencia Profesional y Área de Trabajo	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Sustento Teórico.....	6
2.1.1 <i>Etapas infantiles</i>	6
2.1.2 <i>Trastorno del espectro autista (TEA)</i>	7
2.1.3 <i>Modelo teórico conductual</i>	12
2.1.4 <i>Modelo operante</i>	12
2.1.5 <i>Técnicas operantes</i>	14
2.1.6 <i>Conductas autolesivas</i>	16
2.2 Investigaciones internacionales y nacionales	18
2.2.1 <i>Internacionales</i>	18
2.2.1 <i>Nacionales</i>	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.2 Contextualización y Justificación del Problema	23

3.2.1 Descripción General de la Problemática.....	23
3.2.2 Motivo de Consulta	30
3.2.3 Justificación del Tema	32
3.3 Intervención.....	33
3.3.1 Objetivo General	33
3.3.2 Objetivos Específicos.....	33
3.3.3 Indicadores de Logro	33
3.3.4 Descripción del Público Objetivo.....	34
3.3.5 Descripción del Procedimiento	34
3.3.6 Metodologías Empleadas en el Caso	36
3.3.7 Monitoreo del Programa.....	39
3.4 Consideraciones Éticas	39
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	41
4.1 Descripción de los Resultados	41
4.2 Discusión de los Resultados.....	49
CAPITULO V. REFLEXION DE LA EXPERIENCIA.....	53
5.1 Limitaciones.....	53
5.2 Impacto a Nivel Profesional	53
5.3 Impacto en la Institución.....	54
5.4 Aporte al Área de la Psicología y en el Contexto.....	54
CONCLUSIONES	56

RECOMENDACIONES..... 57

REFERENCIAS..... 59

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Niveles de gravedad del Trastorno del espectro autista	10
Tabla 2 Lista de conductas blanco potenciales	25
Tabla 3 Definición operacional de conductas blanco.....	25
Tabla 4 Evaluación conductual:Análisis topográfico de la conducta de golpear la cabeza con su puño.....	26
Tabla 5 Evaluación conductual:Análisis topográfico de la conducta de golpearse los codos con la mesa.....	27
Tabla 6 Evaluación conductual:Análisis topográfico de la conducta de morderse el antebrazo	28
Tabla 7 Evaluación funcional de las conductas blanco.....	29
Tabla 8 Conductas blanco y conductas metas.....	30
Tabla 9 Lista de reforzadores.....	35
Tabla 10 Análisis topográfico pretest y poostest de las conductas autolesivas....	41
Tabla 11 Análisis topográfico inicial y final de la conducta golpearse la cabeza	41
Tabla 12 Análisis funcional de la conducta golpearse la cabeza con su puño	43
Tabla 13 Análisis topográfico inicial y final de la conducta golpearse los codos contra la mesa.....	44
Tabla 14 Análisis funcional de la conducta golpearse los codos contra la mesa .	46
Tabla 15 Análisis topográfico inicial y final de la conducta morderse el antebrazo	47
Tabla 16 Análisis funcional de la conducta de morderse el antebrazo	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Monitoreo de la frecuencia de la conducta golpearse la cabeza.....	42
Figura 2 Monitoreo de la frecuencia de la conducta de golpearse los codos contra la mesa.....	45
Figura 3 Monitoreo de la frecuencia de la conducta morderse el antebrazo.....	47

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue realizar una intervención conductual de tipo operante para disminuir conductas autolesivas (golpearse la cabeza, golpearse los codos y morderse el antebrazo) en una niña de 6 años diagnosticada con autismo. Se recopiló información a través de una entrevista, un análisis topográfico y un análisis funcional de la conducta; además, para realizar el monitoreo de las conductas se registró su frecuencia, duración e intensidad. Se utilizó una metodología conductual de tipo operante que se enfocó en modificar patrones conductuales para lograr reducir comportamientos autolesivos. La intervención constó de 20 sesiones de 45 minutos cada una, en las cuales se aplicaron técnicas operantes como el reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) y restricción física para reducir las conductas de golpearse la cabeza y morderse el antebrazo; así como la técnica de reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) para reducir la conducta de golpearse los codos. Los resultados mostraron una disminución de 88.8% en promedio, de forma específica, en la conducta de golpearse la cabeza de 83.3%, en la conducta de golpearse los codos de 88.8% y 100% en la conducta de morderse el antebrazo. En consecuencia, fue posible reducir las conductas autolesivas después de la intervención conductual de manera satisfactoria, esto se logró después de 20 sesiones y con la aplicación de las técnicas de reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) y restricción física, ya que se alcanzaron los indicadores de logro planteados al inicio de la intervención.

Palabras clave: autismo, intervención conductual y conductas autolesivas.

ABSTRACT

The aim of this study was to perform an operative behavioral intervention to reduce self-injurious behaviors (hitting the head, hitting the elbows and biting the forearm) in a 6-year-old girl diagnosed with autism. Information was collected through an interview, a topographic analysis and a functional analysis of the behavior; in addition, to perform the monitoring of the behaviors its frequency, duration and intensity was recorded. A behavioral methodology of operative type was used that focused on modifying behavioral patterns to reduce self-harming behaviors. The intervention consisted of 20 sessions of 45 minutes each, in which operative techniques such as the reinforcement of incompatible behavior (RDI) and physical restriction were applied to reduce the behavior of hitting the head and biting the forearm; as well as the incompatible behavior reinforcement (RDI) technique to reduce elbow beating behavior. The results showed a decrease of 88.8% on average, specifically, in the behavior of hitting the head of 83.3%, in the behavior of hitting the elbows of 88.8% and 100% in the behavior of biting the forearm. As a result, it was possible to reduce self-harming behaviors after behavioral intervention in a satisfactory manner, this was achieved after 20 sessions and with the application of the techniques of reinforcing differences in incompatible behavior (RDI) and physical restriction, as the achievement indicators set at the beginning of the intervention were achieved.

Key words: autism, behavioral intervention and self- injurious behaviors.

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones del autismo datan de las publicaciones realizadas por Leo Kanner y Hans Asperger. Ambos psiquiatras describieron conductas de sus pacientes donde coincidían similares características como el aislamiento de otras personas, la inflexibilidad por los cambios, la alteración en la comunicación verbal e intención comunicativa. En la última versión del DSM-5 la definen como una afección del neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones en la socialización, comunicación y comportamiento (Artigas-Pallarés y Paula, 2012). También, se describe que las conductas autolesivas son frecuentes en personas diagnosticadas con autismo, especialmente, cuando están en la etapa infantil (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los diferentes enfoques de tratamientos para personas dentro del espectro autista se encuentra la intervención conductual, la cual se basa en los procesos de aprendizaje como es el condicionamiento clásico y condicionamiento operante (Martin y Pear, 2007). Este modelo consiste en la evaluación de los eventos ambientales funcionalmente relacionados con el comportamiento que se desea modificar, como puede ser una conducta problema. Cuando estas variables son identificadas, es posible modificarlas para producir un cambio comportamental y alcanzar las conductas objetivo (Miltenberger, 2017).

El presente trabajo de suficiencia profesional plantea la aplicación de un programa cuyo objetivo es disminuir conductas autolesivas en una niña autista a través de la intervención conductual.

En el primer capítulo se presenta información de la institución donde se ejecutó el programa, las funciones del puesto y la descripción de la experiencia profesional. Asimismo, se especifica la línea de investigación de FAPSI y el objetivo de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas vinculados al tema de intervención.

El segundo capítulo se revisa los sustentos teóricos pertinentes, se define el autismo, las conductas autolesivas y las técnicas operantes utilizadas en la intervención conductual para disminuir conductas. Además, incluye investigaciones nacionales e internacionales sobre el tema.

En el tercer capítulo se expone el motivo de consulta, las metodologías utilizadas, el procedimiento de evaluación y sus resultados. También, se explica los objetivos de la intervención, el procedimiento realizado y el mecanismo de monitoreo empleado.

El cuarto capítulo abarca los resultados de los objetivos de la intervención, así como la discusión de estos contrastado con los resultados de otras investigaciones.

El quinto capítulo corresponde a las limitaciones encontradas en la intervención, el impacto del estudio a nivel profesional, en la institución y en el área de la psicología.

Por último, se redactan las conclusiones del trabajo de suficiencia profesional y recomendaciones respecto al tema.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1 Descripción de la Empresa o Institución

La institución es un centro privado que se dedica a brindar terapias individuales o grupales a niños y niñas entre 2 hasta 8 años con diagnóstico o sospecha diagnóstica del trastorno del espectro autista desde el enfoque conductual.

Se fundó hace 27 años como un centro educativo y luego se enfocó en realizar sesiones terapéuticas a manos de cinco colaboradores: dos directores y tres terapeutas, todos egresados de la carrera de Psicología. Se encuentra ubicado en Lima Metropolitana y brinda sus servicios a nivel nacional de forma virtual o presencial según la solicitud de la familia del paciente (L. Chinchá, comunicación personal, Febrero 10, 2022).

Los servicios que ofrece son de evaluación y diagnóstico de autismo infantil a través de la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo – 2 (ADOS-2), modificación de conducta y apoyo en inclusión escolar, e intervención terapéutica integral para niños y niñas autistas desde el enfoque conductual, desde el Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM), o desde el Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación (TEACCH) (L. Chinchá, comunicación personal, Febrero 10, 2022).

Finalmente, el centro laboral no cuenta con una visión y misión establecidos ya que los directores no consideran que estos conceptos sean fundamentales para el desarrollo de la institución. Sin embargo, el centro se enfoca en brindar el mejor servicio psicoterapéutico a cada niño o niña autista y sus familias (L. Chinchá, comunicación personal, Febrero 10, 2022).

1.2 Presentación del Puesto Desempeñado

El puesto desempeñado fue de Asistente de Psicología, el cual consiste en realizar intervención terapéutica en niños con diagnóstico de trastorno de espectro autista bajo la supervisión de la directora. Las funciones realizadas fueron:

- Elaborar y aplicar programas de intervención psicoterapéutica.
- Realizar informes de evolución psicológica.
- Realizar entrenamiento parental de acuerdo a los objetivos planteados para el paciente (L. Chinchá, comunicación personal, Febrero 10, 2022).

1.3 Descripción de la Experiencia Profesional y Área de Trabajo

La experiencia profesional se realizó en el área de Psicología Clínica Infantil y Adolescentes, específicamente con niños y niñas autistas. El horario laboral fue de 08:00 am a 1:00 pm, durante el cual se llevaban a cabo sesiones de intervención con diferentes pacientes. Las sesiones estaban enfocadas en desarrollar habilidades que fuesen útiles para el desenvolvimiento diario y así apoyarlos a conseguir una mejor inclusión en la sociedad. El área de trabajo estaba compuesta por un ambiente cerrado con juguetes, una mesa, sillas y un jardín con juegos de uso compartido. El ambiente laboral era respetuoso y amable entre las colaboradoras.

El trabajo de suficiencia profesional está orientado a la línea de investigación del Bienestar psicológico y de salud mental (Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Facultad de Psicología, s.f), ya que la intervención se orientó en adaptar las conductas de la paciente que puedan dificultar su inclusión en la comunidad, aislándola de interactuar con sus pares o adultos en diferentes ambientes. Del mismo modo, la presencia de estos comportamientos afecta sus

niveles de independencia y limita sus procesos de aprendizaje que a largo plazo pueden restringir su adaptación dirigida a la calidad de vida (Paula, 2018).

Asimismo, se enmarca en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de Salud y Bienestar que tiene por objetivo garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades (Organización de las Naciones Unidas, s.f). Puesto que, se enfoca en la modificación de conductas autolesivas que puedan generar graves problemas de salud física como fracturas, malformaciones físicas, ceguera o incluso en situaciones extremas la muerte. Además, existe una alta probabilidad que estos comportamientos se vuelvan crónicos conforme el paso de los años, prolongándose el daño que la persona se realiza a sí misma y deteriorando su calidad de vida (Paula, 2018).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Sustento Teórico

2.1.1 Etapa infantil

La niñez ocupa el periodo de tiempo desde el nacimiento hasta los 12 años, es un periodo de crecimiento, desarrollo motor, cognitivo, social y afectivo. A los 6 años empieza la escolarización formal y junto a este cambio los logros escolares e intereses individuales cobran mayor importancia. De igual forma, empieza a explorar el mundo externo a la familia, sus competencias, expandir sus conocimientos y sus relaciones sociales (Faas,2018).

La menor que participó de este trabajo de suficiencia contaba con 6 años al momento de la intervención; por lo tanto, las características a describir se enfocarán en este grupo etario.

Alrededor de los 6 años los infantes alcanzan un desarrollo cognitivo que les permite realizar operaciones mentales para resolver problemas concretos, mejoran la comprensión de las relaciones espaciales y causalidad, desarrollan la capacidad de categorizar que ayuda a su pensamiento lógico; también mejoran sus funciones ejecutivas (atención, memoria, gestión emocional, organización, resolución de problemas) permitiéndoles un mejor desempeño en la escuela y la sociedad. En relación al desarrollo psicosocial, los niños expanden su concepto de sí mismos y regulan mejor sus emociones. Asimismo, tienen más interés en relacionarse con sus pares y van formando grupos que les permite obtener un sentimiento de pertenencia, practican la sociabilidad e intimidad, aprenden roles y reglas, así como habilidades de liderazgo, comunicación y cooperación, entre otras. En cuanto al desarrollo psicomotor, esta es la manifestación externa del Sistema

Nervioso Central, a esta edad controlan los movimientos gruesos de brazos y piernas, desarrollan mayor precisión en los movimientos, pueden saltar, mejoran la habilidad para cambiar su peso en las piernas lo que les permite lanzar objetos o mantener el equilibrio. Del mismo modo, suelen disfrutar de juegos que requieren mayor actividad física o juegos rudos que traen beneficios como es el desarrollo del esqueleto, de los músculos, canaliza la agresión y la competencia (García y Delval, 2019).

Sin embargo, en esta etapa de vida pueden presentarse diferentes diagnósticos en el niño o la niña. Algunos pueden ser transitorios, pero otros son permanentes que afectan el desarrollo esperado, como es el caso del trastorno del espectro autista. Este trabajo de suficiencia profesional se enfocará en la intervención conductual en una niña autista de 6 años quien presenta conductas autolesivas.

2.1.2 Trastorno del espectro autista (TEA)

La primera aproximación del autismo se sitúa en el artículo “Autistic Disturbances of affective contact” escrito por Leo Kanner en 1943. Allí se define al autismo como la incapacidad para establecer vínculos sociales. Un año después, Hans Asperger publicó un artículo llamado “Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter”, donde describió a cuatro jóvenes diagnosticándolos con psicopatía autista. Las circunstancias de entonces hicieron que estos autores jamás conocieran el trabajo del otro, pero la elección del término “autista” por ambas partes señala la alteración en la capacidad de socialización en sus pacientes de estudio (Quiroz et al., 2018).

Estos artículos fueron el prelude para la visión actual del trastorno del espectro autista (TEA) que según el American Psychiatric Association (2013) en el DSM-5 lo explican como una condición que afecta el neurodesarrollo, inicia de manera precoz en el paciente y se caracteriza por dificultades en la comunicación, interacción social y reciprocidad social en múltiples contextos; y comportamientos o actividades restrictivos/ repetitivos.

Cadaviera (2019) define el trastorno del espectro autista como un espectro que se caracteriza por alteraciones cualitativas en las interacciones sociales recíprocas, en la forma de comunicación, en los comportamientos repetitivos y en los intereses limitados. En ocasiones, pueden presentarse intereses sensoriales particulares.

Según American Psychiatric Association (2013), los criterios diagnósticos que se encuentran en el DSM-5 para el trastorno del espectro autista son: a) deficiencias persistentes en comunicación social e interacción social en diversos contextos, b) patrones restringidos y repetitivos del comportamiento, intereses o actividades, c) los síntomas se presentan desde fases tempranas del desarrollo, d) los síntomas causan dificultades significativas en lo social, ocupacional y otras áreas, e) estas alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. Del mismo modo, algunas características asociadas que apoyan el diagnóstico son el deterioro intelectual y/o del lenguaje, deficiencias motoras, la brecha entre habilidades intelectuales y habilidades funcionales adaptativas, autolesiones y comportamientos difíciles en niños y adolescentes.

En esta misma línea, el DSM-5 presenta niveles de gravedad en las personas diagnosticadas que se exponen en la Tabla 1. Los niveles de gravedad se basan en la cantidad de ayuda que necesita la persona diagnosticada en cada uno de los dominios (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 1*Niveles de gravedad del Trastorno del espectro autista*

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesidad de ayuda muy notable”	Deficiencias graves en la comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves en el funcionamiento. Respuesta mínima a la apertura social.	Extrema dificultad para hacer frente a los cambios. Comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente en el funcionamiento en todos ámbitos.
Grado 2 “Necesidad de ayuda notable”	Deficiencias notables de la comunicación verbal y no verbal. Inicio limitado de interacciones sociales y respuestas reducidas a la apertura social.	Dificultades para adaptarse a cambios. Comportamientos restringidos/repetitivos resultan interferentes para el funcionamiento en diferentes contextos.
Grado 1 “Necesidad de ayuda”	Sin ayuda, dificultades en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales puede percibirse como poco interés en las interacciones sociales.	La flexibilidad del comportamiento causa interferencia significativa con el desenvolvimiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar de actividades.

Nota. Adaptación en base al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5).

En base a lo planteado en el DSM-5, la paciente de este trabajo de suficiencia profesional se encuentra en el grado 3 denominado “Necesidad de ayuda muy notable”. Se realizó esta presunción diagnóstica porque presentó deficiencias en la comunicación e interacción social limitada, esto se observó en que la paciente no presentaba verbalizaciones o un sistema de comunicación alternativo. Del mismo modo, se relacionaba de forma mínima con el ambiente debido a que mantenía contacto visual por unos segundos con el adulto de su costado y llevaba la mano de este para realizar que presiones algún botón o inserte alguna pieza. Sin

embargo, no jugaba con el adulto y si este iniciaba la interacción era ignorado. Además, si alguien entraba al salón o hacía algún ruido dentro no volteaba a mirar.

Así mismo, se limitaba a realizar un mismo juego durante la sesión, esto se reflejó en que era difícil cambiar algunos materiales ya que presentó especial interés por los caballos de juguetes y un cubo para insertar piezas geométricas, sin prestar mucha atención a otros juguetes que se le presentaban. En suma, mostró dificultades al trasladarse a ambientes nuevos como el baño, el jardín u otra aula.

A nivel mundial, se estima que 1 de cada cien niños tiene autismo; no obstante, no es posible establecer cifras precisas ya que muchos países de ingresos medios y bajos no cuentan con información confiable. Asimismo, no se puede concluir la prevalencia del diagnóstico según el género (Zeidan et al., 2022).

A nivel nacional, el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) registró 19,335 personas en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPCD) en 2020. De este total se reconoce que las personas autistas son de 8,888, conformando el 3.1% (Observatorio Nacional de la Discapacidad, 2021). Por otra parte, el último registro del Ministerio de Salud (2019) sostiene que en el Perú existen 15,625 personas autistas, siendo el 90.6% menores de 11 años. Además, el 81.1% son varones y el 18.9% mujeres.

En base a los artículos revisados por Zeidan et al. (2022) se sostiene que existen algunas diferencias en cuanto al autismo entre hombres y mujeres. Por ejemplo, las niñas autistas pueden tener intereses restringidos más socialmente apropiados que los niños, niveles más altos de habilidades sociales o un coeficiente intelectual más bajo.

2.1.3 Modelo teórico conductual

En la actualidad existen gran cantidad de tratamientos y se pueden dividir en: a) enfoque médico, donde se utilizan fármacos o dietas para tratar conductas inadecuadas o características individuales, b) enfoque conductista, el cual utiliza técnicas de condicionamiento orientadas hacia el aprendizaje y la modificación de comportamientos, c) enfoque educativo, se refiere a la intervención a través de escuelas especiales reafirmando que los niños con necesidades especiales tienen la capacidad de aprender, d) enfoque psicodinámico, caracterizado por el desarrollo de nuevas habilidades enfocadas en fortalecer su independencia utilizando el juego como medio para conocer, aceptar y entender al niño d) enfoque humanista, es un acompañamiento a las terapias que se centra en validar las particularidades del niño permitiendo que se desenvuelva de forma funcional en su entorno (Grefa, 2022).

Para el desarrollo de este trabajo de suficiencia profesional nos concentraremos en la intervención conductual de tipo operante, esta se basa en los principios de la conducta derivados de investigaciones experimentales con animales (Skinner, 1938, como se citó en Miltenberger, 2017), en los principios del condicionamiento operante (Martin y Pear, 2007).

2.1.4 Modelo operante

A principios del siglo XIX, la psicología estaba influenciada por el estudio de los estados de la conciencia y otros procesos mentales. Se promovía la introspección para observar los propios pensamientos y sentimientos. En 1913, aparece John B. Watson quien fue reconocido por cambiar la perspectiva de la psicología hacia el estudio de la conducta, propone un punto de vista conductista donde el objetivo teórico es la predicción y el control conductual. Esta ciencia debía

consistir en la observación directa de las relaciones entre estímulos ambientales y las respuestas que generaban (Cooper et al., 2017).

El modelo operante explica el aprendizaje a través del condicionamiento operante que fue descrito por Edward Thorndike y Frederic Skinner, describe como fortalecer un comportamiento que es seguido por un refuerzo para aumentar la probabilidad de que este se vuelva a repetir. Además, Skinner presenta el análisis funcional de la conducta (antecedentes – conducta – consecuencias), considera el comportamiento como una variable dependiente de sus consecuencias. Aunque se propone que la conducta puede ser modificada controlando los antecedentes o consecuencias, el modelo se ha centrado en el efecto de las consecuencias (Morinigo y Fenner, 2019).

Este procedimiento enfatiza la evaluación de los eventos ambientales funcionalmente relacionados con la conducta; cuando estas variables son identificadas, es posible modificarlas para producir un cambio conductual (Miltenberger, 2017). Además, conlleva una aplicación sistemática de los principios operantes, las técnicas de aprendizaje para evaluar, mejorar los comportamientos y con ello, alcanzar las conductas objetivo (Martin y Pear, 2007).

Es así que Kazdin (2009) emplea el término conductas blanco para referirse a aquellas conductas que se pretenden modificar. Para establecer las conductas blanco se debe realizar una definición operacional con la finalidad que las personas que intervengan en las conductas puedan manejar la misma descripción del comportamiento, así la observación y medición sean viables.

Los programas de reforzamiento son: el programa de reforzamiento continuo es ideal para adquirir nuevas conductas ya que las refuerza cada vez que se presenta; por el contrario, el programa de reforzamiento intermitente refuerza la conducta de manera ocasional o intermitente lo que hace que este programa sea apropiado para el mantenimiento de las conductas en el tiempo (Miltenberger, 2017).

Existen cuatro programas básicos de reforzamiento intermitente; en un programa de razón fija, el reforzador se presenta luego de un cierto número de respuestas fijas o constantes. A diferencia de un programa de razón variable donde la entrega del reforzador depende del número de respuestas que se producen; es decir, va a variar en torno al número promedio de respuestas emitidas. Los programas de intervalo están relacionados al tiempo, en uno de intervalo fijo se entrega el reforzador después de un intervalo fijo de tiempo mientras que en uno de intervalo variable se otorga el reforzador por la primera respuesta que se produce después de un intervalo de tiempo variado (Miltenberger, 2017).

2.1.5 Técnicas operantes

De acuerdo con Yucra (2022), las técnicas operantes para reducir o eliminar conductas pueden dividirse de la siguiente manera:

- Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RTB): consiste en dar un reforzador por una reducción en la ocurrencia de la conducta meta.
- Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): trata de otorgar un reforzador solo si la conducta no es ejecutada en un periodo de tiempo.

- Castigo positivo: consiste en aplicar un estímulo punitivo contingentemente ante una conducta que se desea reducir o desaparecer.
- Sobre corrección: es un tipo de castigo donde la persona debe realizar repetidamente conductas adecuadas que están directamente relacionadas con la conducta indeseada.
- Coste de respuesta: consiste en no brindar el refuerzo positivo a una conducta no deseada.
- Tiempo fuera del reforzamiento positivo: consiste en limitar el acceso de los reforzadores positivos durante un periodo de tiempo y de forma contingente al suceso del comportamiento.
- Extinción: en este caso, la persona emite una conducta previamente reforzada, pero se deja de presentar los reforzadores contingentes a la misma.
- Saciedad del estímulo: se refiere a suministrar frecuente y repetidamente un reforzador positivo hasta que se reduzca o elimine el atractivo o efectividad de este.

Para la realización de este trabajo de suficiencia se aplicó el reforzamiento diferencial de conducta incompatible (RDI), este radica en reforzar positivamente aquella conducta incompatible y reduciendo la inadecuada. La conducta incompatible se refiere a aquella que no puede ser ejecutada al mismo tiempo o que interfiere con la emisión la conducta inadecuada, por lo cual una ventaja de esta técnica es que se especifica la conducta que se desea reforzar.

Además, la restricción física, siendo un tipo de castigo que consiste en intervenir al paciente para mantener inmóvil la parte del cuerpo que utiliza para realizar la conducta problema. Una variación de esta técnica es el bloqueo de respuesta, que se utiliza para impedir la aparición de la conducta problema mediante el bloqueo físico de la respuesta para que no se llegue a ejecutar (Miltenberger, 2017).

Las anteriores investigaciones demuestran que tanto el reforzamiento diferencial de la conducta incompatible (RDI) (Fernández-Menéndez et al., 2022) como la restricción física son efectivos para la atención de conductas autolesivas (Arvid et al., 2021). Como expone Morano et al. (2017) los tratamientos que incluyen refuerzo diferencial y castigo dan como resultado mayor reducción de conductas autolesivas de manera rápida ($p=0,0003$); de la misma forma, aquellas intervenciones donde se aplica únicamente un refuerzo diferencial ($p=0,0001$). Asimismo, aunque las manipulaciones del ambiente son más influyentes que las características de los pacientes se observan que las capacidades en la comunicación pueden ser un factor protector.

2.1.6 Conductas autolesivas

Según Miltenberger (2017), la conducta humana es toda aquella acción que una persona hace o dice y que se describe con verbos que denotan acción. Asimismo, la conducta posee tres dimensiones que se pueden medir; primero, la frecuencia, que hace referencia a la cantidad de veces que se produce la acción; segundo, la duración, que denota el tiempo transcurrido desde que inicia hasta que termina la conducta; por último, la intensidad, que alude a la fuerza física implicada en el comportamiento.

En esa misma línea, Skinner (1974, como se citó en Miltenberger, 2017) sostiene que las conductas pueden ser manifiestas y/o encubiertas. La primera clasificación hace referencia a aquellas conductas que se pueden observar y registrar por una persona externa; la segunda incluye aquellas conductas que no pueden ser observadas por otros (pensar, recordar, imaginar u otros). Entre las conductas observables podemos hallar las conductas autolesivas, aquellas en las que una persona se infringe daño físico a sí misma de manera intencionada e incluso de manera repetitiva y que suponen un riesgo para la salud. Las autolesiones más frecuentes en personas autistas son morderse, pellizcarse, golpearse la cabeza, la cara o la mandíbula y arrancarse cabello/vello (Paula, 2018).

Steenfeldt-Kristensen et al. (2020), estima que un 42% de las personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista presentan algún tipo de conducta autolesiva, esta información sugiere que las personas con autismo son un grupo de riesgo particularmente alto de autolesionarse. Además, entre las más comunes se encuentran el golpearse alguna parte del cuerpo con las manos, rascarse la piel y golpearse contra algún objeto.

Las conductas autolesivas pueden presentarse en diferentes contextos, entre ellos dentro de un contexto de refuerzo positivo y refuerzo negativo. En el primer contexto, los comportamientos de este tipo producen una mayor probabilidad de que la persona acceda a alguna atención social, objeto material, alimento, entre otras cosas gratificantes. Cuando no consigue estos reforzadores, el adulto cede a la petición; de esta forma la autolesión se convierte en una vía para conseguir lo que desea. En el segundo contexto, la autolesión puede mantenerse por un refuerzo

negativo ya que es un mecanismo para escapar o evitar algún estímulo desagradable o poco gratificantes (Paula, 2018).

2.2 Investigaciones internacionales y nacionales

2.2.1 Internacionales

Por parte de las investigaciones internacionales, Fernández-Menéndez et al. (2022) refiere el estudio de Boesch utilizó el entrenamiento conductual y el entrenamiento en comunicación funcional para disminuir conductas autolesivas en un adolescente de 14 años diagnosticado con autismo grado 3. La observación se realizó durante las horas de clase en el aula y se eligió la conducta de darse cachetadas en la mejilla, la cual se presentaba cuando deseaba tomar unas muñequeras de peso o evitar alguna actividad indicada por el maestro. Así, se eligió un diseño de criterio cambiante donde se establecieron una línea base y los criterios a cumplir para cambiar de fase; de la misma forma, se aplicó la técnica de reforzamiento diferencial de conducta incompatible. En la fase A, la conducta autolesiva ocurrió durante un promedio del 49% de los intervalos por sesión. En la fase B, cuyo objetivo era esperar por 1 minuto que le den las muñequeras luego de pedir las con una señal, la conducta autolesiva disminuyó a 0%. En la última fase, se cambió las muñequeras con peso por unas sin peso y no se presentó la conducta autolesiva, por lo que se finalizó la intervención después de lograr dos sesiones consecutivas sin la aparición de la misma. Se efectuaron 22 sesiones en total.

Blanchard et al. (2021) revisaron estudios epidemiológicos disponibles sobre el riesgo de comportamientos autolesivos (conductas no accidentales que resultan en daño físico auto infringido, pero sin intención de suicidio o excitación sexual), conductas suicidas en niños y adultos autistas. A través de una revisión

sistemática y un meta análisis se incluyeron 31 estudios con un diseño observacional; 16 fueron realizados en niños, 13 en adultos y 2 tanto en niños como en adultos. Del total de estudios, 29 hallaron una asociación significativa entre el autismo y conductas autolesivas; además, las personas autistas tienen 2,26 veces más probabilidades de presentar conductas autolesivas y suicidas comparadas con personas no autistas; del mismo modo, existe una asociación moderada entre conductas autolesivas y personas autistas, donde la población adulta autista tiene mayor riesgo de presentar estos comportamientos comparado los niños autistas.

Arvid et al. (2021) realizaron una intervención conductual en un adolescente autista grado 3 que presentaba la conducta de golpearse la cabeza contra la pared y diagnosticado con trastorno ansiedad. El estudio tuvo como objetivo explorar las implicancias del trastorno de ansiedad para la intervención incluido el manejo de la conducta autolesiva. Se llevaron a cabo observaciones, entrevistas, también se aplicaron pruebas psicométricas como la Entrevista de diagnóstico de autismo - revisada, la Escala de maduración social de Vineland, DASH – II, Kiddie – SADS, entre otras. Respecto a la intervención de la conducta autolesiva se decidió utilizar la técnica de restricción física durante los momentos que se presente esta conducta; además cuando se observaba que la ansiedad el paciente iba en aumento se desviaba su atención hacia una actividad positiva para que no desencadene la conducta de golpearse contra la pared o piso. En los resultados se obtuvo el diagnóstico de trastorno de ansiedad mixto y la disminución de la conducta autolesiva en 62.5% luego de 30 sesiones.

López (2018) realizó un estudio sobre modificación de conductas autolesivas en un niño con autismo grado 3. El objetivo de esta intervención fue

reducir las conductas de golpearse y morderse a sí mismo. Las sesiones se llevaron a cabo durante el horario de clases, al momento de la integración en el aula y al realizar fichas de trabajo, en total la intervención conductual constó de 8 semanas donde se intervino de forma diaria por al menos 15 minutos y se aplicó la técnica de refuerzo positivo. En la conducta de morderse se redujo de 27 veces a solo 3 veces (89%) durante la actividad de la ficha y de 38 a 3 veces (92%) durante la integración ordinaria. Respecto a la conducta de golpearse se obtuvo como resultado una reducción de 55 a ningún golpe al momento de realizar la ficha de trabajo y de 34 a 2 (94%) veces durante la integración de aula.

2.2.1 Nacionales

A nivel nacional, Antúnez (2022) realizó un estudio sobre la modificación de conducta en un niño autista con el objetivo de desarrollar nuevas habilidades sociales y reducir conductas inadecuadas en un niño autista. Se realizó una entrevista, una observación conductual e instrumentos de medición como la Escala de madurez social de Vineland, el dibujo de la figura humana de Koppitz, el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica infantil (CUMANIN), la escala C.A.R.S, WPPSI-IV, y una lista de chequeo, siendo esta última utilizada como pre y postest. Durante las sesiones se utilizaron algunas técnicas conductuales como el reforzamiento positivo, economía de fichas, castigo negativo, técnicas de relajación y estrategias para que el niño comprenda el mensaje que se le transmite. La intervención conductual constó de ocho sesiones y se obtuvo que las conductas inadecuadas disminuyeron de un puntaje de 20 a 17 puntos. Del mismo modo, la frecuencia, duración e intensidad de las conductas elegidas –tirar manotazos a la madre, jalar del cabello a la madre y tono de hablar elevado– disminuyeron de

manera considerable. Respecto a la frecuencia de la primera conducta, se redujo de 4 a 2, representando un 50%, la segunda conducta de 3 a 2; 33.3%, y la tercera de 5 a 3; 40%. En el hogar del paciente, las conductas disminuyeron su frecuencia de 35 a 13, 20 a 8 y 43 a 27 de forma respectiva.

Murrugarra (2020) elaboró y ejecutó un programa de modificación de conducta con el objetivo de disminuir cuatro conductas interferentes (llorar, gritar, patear y risas inmotivadas) en una niña con autismo grado 2 de seis años a través de un diseño A-B. Se utilizó un registro observacional para realizar la elección de conductas objetivo y plantear una línea base. Se utilizó el enfoque de análisis aplicado de la conducta para la intervención de modificación de conducta, que constó de 12 sesiones de 30 minutos y se utilizaron las técnicas de extinción, tiempo fuera, modelado, reforzamiento diferencial de una conducta alternativa y encadenamiento. Como resultado se obtuvo que la conducta de llorar disminuyó en 25 minutos, 15 minutos en la conducta de gritar, la conducta de patear se redujo en 10 minutos y las risas inmotivadas en un 60%.

Espinoza (2017) aplicó un programa para reducir conductas disruptivas en un adolescente autista, planteó como objetivo disminuir en 20% la frecuencia de las conductas de coger fuertemente los brazos de las personas, levantarse constantemente de su asiento y golpear las superficies cercanas con las manos. Se recolectó información por medio de la observación, registro de conducta, entrevista; además se aplicó la Escala de inteligencia de Stanford – Binet, Escala de maduración social de Vineland, Lista de chequeo conductual de Syracuse y la Escala de valoración del autismo. La intervención se realizó en 20 sesiones de 30 minutos y se aplicó técnicas conductuales como el reforzamiento de conductas

incompatibles, reforzamiento diferencial de tasas bajas y sobre corrección. Al finalizar se logró disminuir la frecuencia de las conductas de agarrar fuertemente los brazos de las personas, golpear las superficies cercanas en 83% y levantarse de su sitio constantemente disminuyó en 79%.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.2 Contextualización y Justificación del Problema

3.2.1 Descripción General de la Problemática

Paula (2018) indica que entre las conductas autolesivas más frecuentes se hayan son el golpearse la cabeza, la cara o mandíbula, pellizcarse, arrancarse el cabello, morderse y rascarse la piel; pueden variar en frecuencia, duración e intensidad según el paciente. Además, si no tienen una intervención apropiada pueden volverse crónicas ya que si comienzan a presentarse en una edad temprana pueden extenderse hasta la edad adulta y convertirse en un problema más grave causando, incluso, la muerte.

En caso de no intervenir en conductas autolesivas, se estaría afectando el área social ya que estas limitan su acceso a participar de actividades en la comunidad y al mismo tiempo restringir su interacción con sus pares o personas de otras edades. Del mismo modo, reduce sus oportunidades para continuar adquiriendo aprendizajes, desarrollar habilidades útiles para su vida diaria o desenvolverse con independencia dentro/fuera del entorno familiar. La presencia de este tipo de conductas incluso trae consecuencias para el resto de miembros de la familia, debido a que estos suelen presentar altos niveles de estrés, ansiedad y agotamiento que deterioran su calidad de vida (Paula,2018).

En el año 2019, el Gobierno peruano promulgó el Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) 2019-2021 la cual prioriza los servicios de detección, diagnóstico precoz, atención y tratamiento en salud de las personas con autismo (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2019). En el último reporte publicado por Ministerio de la Mujer y Poblaciones

Vulnerables (2023) se observa que en el año 2021 se atendieron 3,264 personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista a través de los centros de salud del Ministerio de Salud.

Sin embargo, el marco legal aún no se refleja en la realidad del país, las cifras que brinda el Ministerio de Salud no coinciden con las estadísticas proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud. Esto apunta a que las personas pueden pasar años sin un diagnóstico temprano lo que impide su atención y tratamiento (Defensoría del Pueblo, 2023).

En base al último registro del Ministerio de Salud (2019) se estima que en nuestro país existen 15,625 personas diagnosticadas con autismo, de este total alrededor de 14,156 son niños menores de 11 años. Entre las personas autistas las conductas autolesivas son frecuentes, aunque no forma parte de los criterios diagnósticos se estima que este tipo de comportamientos son 2,26 veces más frecuentes comparado con la población neurotípica (Blanchard, 2021). Esto quiere decir que existe una gran cantidad de personas autistas que presentan conductas autolesivas en el Perú.

Por esto, es importante realizar intervenciones para disminuir o eliminar las conductas autolesivas, los cuales son comportamientos que ponen en riesgo el bienestar integral del paciente, afectando su estilo de vida.

En este trabajo de suficiencia profesional se observaron cinco conductas blanco potenciales; es decir, se identificaron posibles conductas para intervenir.

Tabla 2

Lista de conductas blanco potenciales

Conductas blanco potenciales
1. Golpearse la cabeza con su puño al recibir la instrucción “recoge”
2. Golpearse los codos contra la mesa al ver un juguete que le gusta
3. Morderse el antebrazo al recibir la instrucción “guarda en el estante”
4. Pararse de su sitio continuamente durante las actividades en mesa
5. Alzar sus brazos con las manos en forma de garra al realizar una actividad en mesa

Nota. Elaboración propia en base de Kazdin (2009).

En la Tabla 2, se observa las conductas blanco potenciales que se observaron durante las sesiones de evaluación, en total fueron cinco conductas de las cuales tres eran conductas autolesivas. Para la intervención se priorizaron los comportamientos autolesivos, principalmente, por las consecuencias negativas que pueden generar en el bienestar físico de la paciente.

Se operacionalizaron las conductas blanco priorizadas para poder identificarlas de forma objetiva cuando se presentaran.

Tabla 3

Definición operacional de las conductas blanco

Conductas blanco	Definición operacional
Golpearse la cabeza con su puño	Golpearse la cabeza a la altura de su frente con una de sus manos en forma de puño.
Golpearse los codos contra la mesa	Mientras está sentada en la silla cerca de la mesa, se golpea los codos contra la superficie plana de la mesa.
Morderse el antebrazo	Se muerde uno de sus antebrazos, al mismo tiempo realiza sonidos de quejidos.

Nota. Elaboración propia en base de Kazdin (2009).

Como se observa en la Tabla 3, en la primera columna se encuentran las conductas blanco identificadas y de forma paralela la descripción correspondiente a cada una de ellas.

Se realizó el análisis topográfico de la conducta blanco identificadas.

Tabla 4

Evaluación conductual: Análisis topográfico de la conducta de golpearse la cabeza con su puño

Sistema de respuesta motor	Sistema de respuesta fisiológico	Sistema de respuesta cognitivo
Golpearse la cabeza con la mano en forma de puño, fruncir el ceño, realizar sonidos de quejidos	Adopta una postura rígida y tensa	No aplica
Latencia	Frecuencia	Intensidad
Según presencia del estímulo instigador	12 veces durante un periodo de 45 minutos.	6/10
		Duración
		7"

Nota. Elaboración propia en base a Pérez y Borda, 1997.

Como se observa en la Tabla 4, se visualiza el análisis topográfico de la conducta de golpearse la cabeza con su puño. En la primera fila se han identificado los sistemas de respuesta motor, fisiológico y cognitivo. La segunda fila está relacionada a los parámetros de la conducta, la latencia, la frecuencia, la intensidad y la duración. En relación al sistema de respuesta motor, se tiene que la paciente se golpea la cabeza con su mano en forma de puño mientras frunce el ceño y realiza sonidos de quejidos. En el sistema de respuesta fisiológico, se describe una postura rígida y tensa; el sistema de respuesta cognitivo no aplica debido a que la paciente no poseía un sistema de comunicación para expresar sus pensamientos. En cuanto

a la latencia, esta conducta se presentó según la presentación del estímulo instigador, la frecuencia fue de 12 veces por sesión de 45 minutos, la intensidad fue de 6 y la duración de 7 segundos.

Tabla 5

Evaluación conductual: Análisis topográfico de la conducta de golpearse los codos contra la mesa

Sistema de respuesta motor	Sistema de respuesta fisiológico	Sistema de respuesta cognitivo	
Mientras está sentada en la silla cerca de la mesa, se golpea los codos contra la superficie plana de la mesa	Respiración fuerte	No aplica	
Latencia	Frecuencia	Intensidad	Duración
Según presencia del estímulo instigador	9 veces durante un periodo de 45 minutos.	5/10	7"

Nota. Elaboración propia en base a Pérez y Borda, 1997.

En la Tabla 5, se observa el análisis correspondiente a la conducta de golpearse los codos contra la mesa. En la primera fila, se visualiza el sistema de respuesta motor, se tiene que la paciente se golpea los codos contra la superficie de la mesa mientras está sentada. En el sistema de respuesta fisiológico, se describe una respiración fuerte; el sistema de respuesta cognitivo no aplica debido a que la paciente no poseía un sistema de comunicación para expresar sus pensamientos. En cuanto a la latencia, esta conducta se presentó según la presentación del estímulo instigador, la frecuencia fue de 9 veces por sesión de 45 minutos, la intensidad fue de 5 y la duración de 7 segundos.

Tabla 6

Evaluación conductual: Análisis topográfico de la conducta de morderse el antebrazo

Sistema de respuesta motor	Sistema de respuesta fisiológico	Sistema de respuesta cognitivo	
Se muerde uno de sus antebrazos, al mismo tiempo realiza sonidos de quejidos	Tensiona su cuerpo	No aplica	
Latencia	Frecuencia	Intensidad	Duración
Según presencia del estímulo instigador	6 veces durante un periodo de 45 minutos.	3/10	4''

Nota. Elaboración propia en base a Pérez y Borda, 1997.

Respecto a la Tabla 6, se expone el análisis topográfico de la conducta de morderse el antebrazo. Se visualiza el sistema de respuesta motor, se tiene que la paciente se golpea los codos contra la superficie de la mesa mientras está sentada. En el sistema de respuesta fisiológico, se describe una respiración fuerte; el sistema de respuesta cognitivo no aplica debido a que la paciente no poseía un sistema de comunicación para expresar sus pensamientos. En cuanto a la latencia, esta conducta se presentó según la presentación del estímulo instigador, la frecuencia fue de 9 veces por sesión de 45 minutos, la intensidad fue de 5 y la duración de 7 segundos.

En la Tabla 7, se plasma el análisis funcional de las conductas blanco para completar la evaluación y comenzar la intervención de estas conductas autolesivas seleccionadas.

Tabla 7*Evaluación funcional de las conductas blanco*

Función hipotética	Antecedente	Conducta	Consecuencia
Evitar realizar la actividad	El adulto le pide que recoja sus juguetes con la instrucción “recoge”	Se golpea la cabeza con su puño	El adulto recoge los juguetes
Obtener acceso a juguete	Cuando ve un juguete que quiere	Se golpea los codos en la mesa	El adulto le da el juguete
Evitar realizar la actividad	Estando sentada se le da la instrucción “guarda en el estante”	Se muerde el antebrazo	El adulto guarda los juguetes

Nota. Elaboración propia en base a Pérez y Borda, 1997.

En la Tabla 7, la primera fila se observa como antecedente al adulto dio la instrucción de recoger los juguetes a la paciente, esto desencadenó la conducta de golpearse la cabeza con su puño y como consecuencia el adulto recogió los juguetes para que la paciente pare de golpearse. La acción del adulto refuerza la conducta autolesiva de la paciente ya que cada vez ella se golpeaba la cabeza con su puño evitaba llevar a cabo la instrucción. En la segunda fila, se visualiza como antecedente que la paciente vio ver un juguete que quería, esto desencadenó la conducta de golpearse los codos sobre la mesa y como consecuencia el adulto le dio el juguete para que la paciente pare de realizar dicha conducta; por lo tanto, el accionar del adulto refuerza la conducta autolesiva ya que la paciente asocia el golpearse los codos contra la mesa con obtener acceso al juguete deseado. En la última fila, se observa como antecedente que a la paciente se le dio la instrucción de guardar un objeto en el estante mientras se encuentra sentada, esto activó la conducta de morderse el antebrazo, como consecuencia el adulto guardó los

juguetes para que la paciente pare de morderse. Este accionar del adulto llevó a que la paciente asocie el morderse el antebrazo con evitar realizar la actividad que el adulto le pidió.

Debido al análisis topográfico y funcional, se determinó trabajar los siguientes objetivos terapéuticos:

Tabla 8

Conductas blanco y conductas metas

Conductas blanco	Conductas meta
Golpearse la cabeza con su puño al recibir la instrucción “recoge”	Seguir la indicación de recoger los objetos sin golpearse la cabeza con su puño
Golpearse los codos contra la mesa al ver un juguete que quiere	Pedir el juguete que quiere sin golpearse los codos
Morderse el antebrazo al recibir la instrucción “guarda en el estante”	Seguir la instrucción de guardar en el estante de forma tranquila

Nota. Elaboración propia en base a referencia de Kazdin (2009).

En la Tabla 8, se visualiza las conductas blanco y en la situación que se presentaron. Asimismo, en la segunda columna, se puede observar cada una de las conductas meta establecidas para la paciente.

En base a toda esta información recaudada se puede comenzar con la intervención conductual para reducir las conductas autolesivas identificadas; es decir, reducir la frecuencia de golpearse la cabeza con el puño, golpearse los codos contra la mesa y morderse el antebrazo.

3.2.2 Motivo de Consulta

El día 09 de marzo de 2022, la paciente asistió a consulta en compañía de su madre. La paciente presentó adecuada higiene, adecuado arreglo personal y se

vistió de acuerdo a la estación. Como datos de filiación, la paciente nació en Lima Metropolitana, el proceso del embarazo hasta el nacimiento fue normal y sin complicaciones. Cuando tenía 2 años, la madre notó que el desarrollo de su lenguaje e interacción social era limitado para lo esperado a su edad; por lo tanto, la llevó a un centro médico donde la evaluaron y un neurólogo pediatra la diagnosticó con trastorno del espectro autista. Actualmente, tiene 6 años y es la tercera de cuatro hermanas, vive con sus padres y sus hermanas. Por lo general, la cuidan su madre o su abuela.

Al acudir al centro, la madre refirió: *“...quiero que mi hija lleve terapias para que pueda aprender nuevas cosas y me gustaría que aprenda a hablar, porque ahora mismo en casa no hace muchas cosas, juega con sus hermanas, pero ellas van al colegio...también, cuando se molesta se golpea la cabeza fuerte y no sé cómo hacer, un día se vaya a hacer daño. Otras veces, cuando vamos a salir se desespera hasta morderse”*.

A nivel general resaltó su actitud colaborativa y tranquila, se mantuvo sentada durante la sesión, estableció contacto visual por más de 5 segundos con la evaluadora, y siguió las instrucciones “siéntate” y “ven”. Asimismo, no presentó vocalizaciones o una forma de comunicación establecida; además no presentó iniciativa para socializar o mantener una interacción con otros. En cuanto su comportamiento frente a las actividades, permaneció con una misma actividad/juguete por periodos prolongados y se observaron conductas estereotipadas como aleteo y balanceo cuando se le presentó juguetes de su agrado.

Durante la evaluación se tomó nota de los parámetros del comportamiento de las tres conductas blanco:

- Respecto a la conducta golpearse la cabeza con la mano en forma de puño, la frecuencia fue de 12 veces durante la sesión, la duración fue de 7 segundos y la intensidad de 6.
- En cuanto a la conducta golpearse los codos contra la mesa se registró una frecuencia de 9 veces, duración de 7 segundos e intensidad de 5.
- Respecto a la conducta morderse el antebrazo se presentó 6 veces, tuvo duración de 4 segundos e intensidad de 3.

Estas conductas impactan contra su bienestar físico porque está generando un daño contra sí misma al momento de golpearse/ morderse partes de su cuerpo en repetidas ocasiones. Del mismo modo, impacta en su desarrollo social ya que limita sus oportunidades de participar en actividades fuera del hogar con su familia, con sus pares u otros miembros de la comunidad.

3.2.3 Justificación del Tema

Este estudio es de importancia teórica ya que fortalece el campo de la intervención conductual en la población autista y permite ampliar los conocimientos respecto al manejo conductual de comportamientos autolesivos permitiendo que la intervención sea más personalizada para la problemática que atraviesa el paciente. Este tipo de conductas puede traer consecuencias negativas relevantes en el aspecto físico y social de los niños por lo cual evidenciar formas de intervención con resultados objetivos amplían la teoría

en cuanto a este tema; así suma evidencia científica para ejecutar una mejor aplicación práctica.

En cuanto a la relevancia práctica, el presente caso profesional contribuye a que profesionales que trabajan con niños autistas puedan utilizar esta intervención como guía en programas que aborden casos de pacientes con problemáticas similares.

Por último, posee relevancia social puesto que los resultados permiten conocer a profesionales y a las familias de niños autistas los beneficios que se pueden obtener a través de una intervención bajo el enfoque conductual, especialmente en el manejo de conductas autolesivas que son comportamientos de gran relevancia ya que cada vez que se presentan ponen en peligro la salud del paciente.

3.3 Intervención

3.3.1 Objetivo General

Reducir las conductas autolesivas de una niña con diagnóstico de autismo a través de una intervención conductual.

3.3.2 Objetivos Específicos

1. Disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse la cabeza con su puño.
2. Disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse los codos contra la mesa.
3. Disminuir la frecuencia de la conducta de morderse el antebrazo.

3.3.3 Indicadores de Logro

1. Reducir la frecuencia en la que la paciente se golpea la cabeza con su puño.

2. Reducir la frecuencia en la que la paciente se golpea los codos contra la mesa.
3. Reducir la frecuencia en la que la paciente se muerde el antebrazo.

3.3.4 Descripción del Público Objetivo

La paciente que participó de la intervención fue una niña de 6 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista grado 3, no escolarizada, es la tercera hija de cuatro y residente en la ciudad de Lima Metropolitana.

En cuanto a antecedentes de su desarrollo, la madre refirió que fue un embarazo y parto dentro de lo normal, el nacimiento se dio a los 9 meses en un hospital. Además, empezó a caminar cuando tenía 1 año 2 meses, los balbuceos se presentaron a los 6 meses y presentaba risa social; no obstante, cuando cumplió 2 años la madre notó dificultades en el habla.

3.3.5 Descripción del Procedimiento

La etapa inicial de evaluación constó de 3 sesiones, se realizó la anamnesis con la madre para recolectar información relevante como los datos personales y antecedentes del desarrollo de la paciente; asimismo, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para conocer el motivo de consulta y principales preocupaciones sobre su hija.

Después de eso se recaudó la información necesaria directamente de la paciente por medio de la observación conductual, evaluación conductual, análisis topográfico, análisis funcional y evaluación de reforzadores. Se identificaron cinco posibles conductas blanco, dentro de las cuales se observó la presencia de conductas autolesivas como golpearse la cabeza con su puño, golpearse los codos contra la

mesa y morderse el antebrazo. Por lo cual, al momento que se presentaron los objetivos y el plan de trabajo a la madre de la paciente, estuvo de acuerdo en priorizar la intervención de las conductas autolesivas ya que el criterio que se usó para establecer la relevancia para su intervención fue si las conductas planteaban un peligro para la misma paciente. En adición, estas conductas eran las que más angustia generaban en la madre.

Por otro lado, se identificaron los reforzadores preferidos de la paciente en referencia a la información brindada por su madre y al evaluar al infante. Este procedimiento se realizó para poder reforzar las conductas meta durante la etapa de intervención.

Tabla 9

Lista de reforzadores

Categorías	Reforzadores
Consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Galletas con relleno • Trigo atómico • Gomitas • Caramelos
Manipulativo	<ul style="list-style-type: none"> • Animales de juguete • Muñecos pequeños • Pelotas pequeñas
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Cosquillas • Aplausos
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Jugar en la resbaladilla • Rebotar en la pelota de yoga • Dar vueltas
Posesión	No se identificó ninguno

Nota. Elaboración propia en base a Martin y Pear (2008).

La etapa de intervención se conformó de 20 sesiones, todas tuvieron una duración de 45 minutos, la frecuencia fue de dos veces por semana en modalidad presencial. Cada sesión fue bajo el enfoque conductual y se establecieron objetivos a lograr a través de actividades lúdicas con materiales del agrado de la paciente y apoyos visuales. También, en cada sesión se monitoreó la frecuencia, duración e intensidad de las conductas autolesivas para medir su progreso.

Para cumplir con los objetivos de intervención se aplicó el reforzamiento diferencial de la conducta incompatible y restricción física según el caso de cada una de las conductas blanco (golpearse la cabeza con el puño, golpearse los codos contra la mesa y morderse el antebrazo). Se ha registrado que la aplicación de estas técnicas en conductas autolesivas ha favorecido su disminución (Morano, 2017). Asimismo, se ejecutó bajo un programa de reforzamiento continuo con la finalidad que el aprendizaje sea más rápido (Miltenberger, 2017).

La programación de cada sesión se puede observar en los anexos.

3.3.6 Metodologías Empleadas en el Caso

Este trabajo de suficiencia fue una intervención psicopedagógica debido a que se identificaron las necesidades y las vías de acción según las metas establecidas. De igual manera, se establecieron las actividades enfocadas hacia los objetivos y el desarrollo de habilidades (Henaó et al., 2006). Además, fue de tipo conductual de metodología operante ya que se utilizaron técnicas diseñadas para modificar los patrones conductuales de forma sistemática, así reducir comportamientos poco favorables (Martin y Pear, 2007).

3.3.6.1 Descripción de los instrumentos. Los instrumentos pre - post test utilizados en este caso fueron la observación conductual, el análisis topográfico y el análisis funcional.

La observación conductual es una herramienta para recoger información fundamental de la paciente a través del método científico, esta explora el ambiente físico, las situaciones vinculadas a la paciente, sus experiencias, entre otros (Hernández y Mendoza, 2018). Es una forma para la recaudación y análisis de datos que se realizó con el objetivo de identificar y describir las metas conductuales de la paciente, especificar las causas probables de la conducta, elegir las estrategias de intervención más apropiadas para modificarla y evaluar los resultados del tratamiento (Martin y Pear, 2008). Esta estrategia reúne tres características: a) quien observa debe ser una persona entrenada en esta habilidad, b) lo que se observa es un hecho que ocurre en una situación natural, c) la observación es un proceso sistematizado que requiere un protocolo para apuntar. La calidad y rigor de este método dependerán de la aplicación de estas características (Fernández-Ballesteros, 2013).

En relación al análisis topográfico, es una herramienta que pertenece a la evaluación conductual. Se llevó a cabo para identificar los sistemas de respuesta y parámetros de las conductas problemáticas. Estos sistemas de respuesta fueron clasificados en motores, cognitivos y fisiológicos; por otro lado, los parámetros se refieren a la frecuencia, duración, intensidad y latencia de conductas (Pérez y Borda, 1997).

Así mismo, se realizó un análisis funcional, otra herramienta de la evaluación conductual. Consiste en manipular de forma sistemática las

circunstancias ambientales para contrastar su rol como antecedentes o consecuencias que controlan y mantienen los comportamientos problemáticos (Martin y Pear, 2008). Se aplicó con la finalidad de conocer los posibles factores ambientales que mantenían las conductas autolesivas.

Blanco (2003, como se citó en Márquez-Vizcaya, 2012) refiere que la fiabilidad de la metodología observacional depende de tres formas: a) coeficiente de concordancia entre los observadores respecto al registro individual de cada uno, b) coeficiente de acuerdo, resueltos mediante la correlación, c) integrar diferentes fuentes de variación (observadores, ocasiones, instrumentos, registros, etc.). Por otra parte, la validez consiste en conocer si el instrumento está midiendo lo que pretende medir, por esto los registros de observación directa son válidos ya que se descarta la interpretación del observador.

Entre otros instrumentos empleadas tenemos la anamnesis, la cual es un proceso de comunicación interactiva con el paciente y/o su familia. Esta se aplicó con el objetivo de recolectar la información útil para establecer un diagnóstico o intervención, como son datos de filiación, antecedentes personales y antecedentes/condiciones en la familia (Creagh-Bandera et al., 2020).

Se realizó una entrevista semiestructurada con el objetivo de establecer una relación con la madre y recaudar información relevante para la identificación de la problemática. Esta metodología es una forma de reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y uno o más entrevistados, buscando una buena comunicación y establecer un conjunto estable de significados respecto a determinado tópico. En este tipo de entrevista se usa una guía de

preguntas y el entrevistador tiene la libertad de añadir nuevas preguntas para recaudar información más específica o ampliarla (Hernández y Mendoza, 2018). La validez y fiabilidad dependen de la elaboración y aplicación de la entrevista, considerando el fraseo de las preguntas con el tono de voz y palabras exactas (Añorve, 1991).

3.3.7 Monitoreo del Programa

El monitoreo tuvo como objetivo determinar los avances respecto a las conductas blanco de la paciente. Durante las sesiones de intervención se registró la frecuencia, duración e intensidad de las conductas blanco para monitorear la disminución de estas. Cada vez que se presentaba una de las conductas autolesivas se tomaba apunte de estos parámetros en una ficha preestablecida por la institución laboral. Esta ficha consistía de un cuadro de doble entrada, en la primera columna se colocó las conductas blanco y en la fila superior los parámetros de la conducta (la ficha se puede observar en los anexos). Asimismo, en una de las sesiones se realizó un análisis funcional de las conductas blanco utilizando las técnicas conductuales, reforzamiento diferencial de la conducta incompatible y restricción física, para plasmar su aplicación.

3.4 Consideraciones Éticas

El presente trabajo de suficiencia profesional cumplió con el principio de beneficencia, ya que durante el proceso de evaluación e intervención se buscó el bienestar de la paciente a través del uso de estrategias con base científica para la reducción de las conductas autolesivas que presentaba.

Del mismo modo, se cumplió el principio de autonomía al brindar la información pertinente sobre la intervención a los padres de la paciente; por ejemplo, los objetivos, las técnicas de intervención conductual, entre otros datos. También, se resalta que los padres de la paciente se acercaron de forma voluntaria a solicitar el tratamiento y era de su conocimiento que podía interrumpir la continuidad de las sesiones si así lo deseasen.

En cuanto al principio de no maleficencia, en este caso se utilizaron los conocimientos de manera responsable, sin manipular situaciones para ocasionar perjuicios a la paciente. Asimismo, se utilizó un guante acolchado y un pliego de goma espuma al momento de restringir sus conductas para salvaguardar su integridad física.

En relación al principio de confidencialidad, a los padres de la participante se les brindó un consentimiento informado para el uso de su información, donde se garantizó el anonimato de los datos personal y se detalló los objetivos del trabajo de suficiencia profesional; de la misma forma, a la institución se le brindó una ficha informativa para que tomen conocimiento del uso de la información de la paciente y presentación del caso.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de los Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la intervención:

Tabla 10

Análisis topográfico pretest y postest de las conductas autolesivas

	Pretest	Postest
Conductas autolesivas	27	3

Nota: Elaboración propia.

La Tabla 10 corresponde al objetivo Reducir las conductas autolesivas de una niña con diagnóstico de autismo a través de una intervención conductual. Se observa que las conductas autolesivas disminuyeron de 27 a 3 veces durante la sesión, esto significa que la intervención con las técnicas de reforzamiento diferencial de la conducta y restricción física ayudaron a disminuir un 88.8% las conductas blanco planteadas al iniciar el tratamiento.

Tabla 11

Análisis topográfico inicial y final de la conducta golpearse la cabeza

	Inicio	Final
Frecuencia	12	2

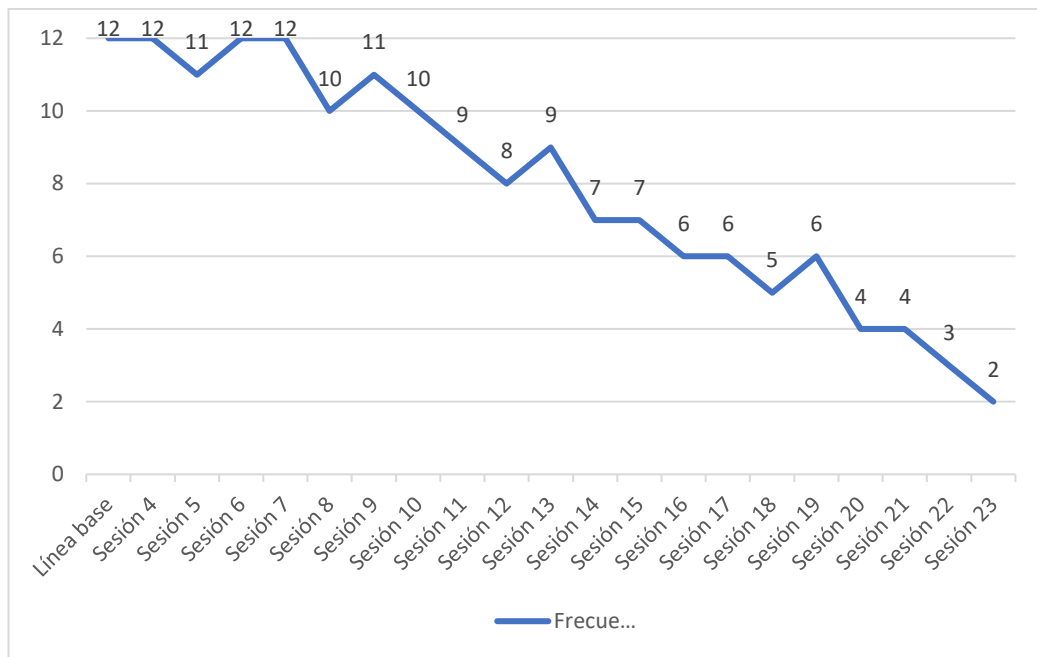
Nota: Elaboración propia.

En la Tabla 11 que corresponde a contestar al primer objetivo específico de Disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse la cabeza con su puño. Revela que la frecuencia durante la primera sesión fue de 12 veces, comparado con la última sesión que tuvo una frecuencia de 2; esto significa que la frecuencia de la conducta disminuyó en 83.3%. Esto quiere decir que las técnicas utilizadas en la

intervención tuvieron un impacto favorable para disminuir la cantidad de veces en que la paciente se golpeó la cabeza.

Figura 1

Monitoreo de la frecuencia de la conducta golpearse la cabeza



Nota. Elaboración propia.

En la Figura 1 se puede visualizar la información de cómo fue disminuyendo la frecuencia de la conducta de golpearse la cabeza conforme al progreso de las sesiones.

Tabla 12*Análisis funcional de la conducta golpearse la cabeza con su puño*

Antecedente	Conducta	Consecuencia	Función
La paciente se encuentra de pie junto al adulto. Hay pelotas en el suelo alrededor de ellas. La terapeuta le da la instrucción “recoge”.	La paciente se golpea la cabeza repetidamente con una mano en forma de puño mientras realiza sonidos de quejido.	El adulto agarra la mano de la paciente (mano sobre mano) con la que se está golpeando, la ayuda a agachar su tórax hacia adelante y lleva su mano hacia una de las pelotas. La recogen y la ponen en una cesta. El adulto le hace cosquillas y se le dice “bien, recogiste la pelota”.	Evitación

Nota. Elaboración propia.

En la Tabla 12, se evidencia el procedimiento que llevo a los resultados sobre la conducta de golpearse la cabeza con su puño. La función que cumplía la conducta analizada fue de evitar realizar la actividad de recoger las pelotas ya que la conducta de “golpearse la cabeza” fue activada cuando recibió la instrucción “recoge”. Asimismo, con el fin de restringir la conducta autolesiva, se aplicó la técnica de restricción física para que la paciente no llegue a golpearse la cabeza. Inmediatamente después se ejecutó la técnica de reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) para reducir la conducta autolesiva reemplazándola por la acción de recoger cuando se le da el apoyo para agacharse y recoger el objeto con el fin de cumplir la instrucción “recoge”. De esta forma la paciente asocie la instrucción con la acción de recoger. Luego el adulto le hizo cosquillas, para reforzar la conducta de recoger; así incrementar la probabilidad que ejecute la acción en el futuro. Es a través de esta intervención que la paciente pudo expandir

su repertorio básico respecto al seguimiento de instrucciones y realizar actividades funcionales en otros ambientes como su casa.

Tabla 13

Análisis topográfico inicial y final de la conducta golpearse los codos contra la mesa

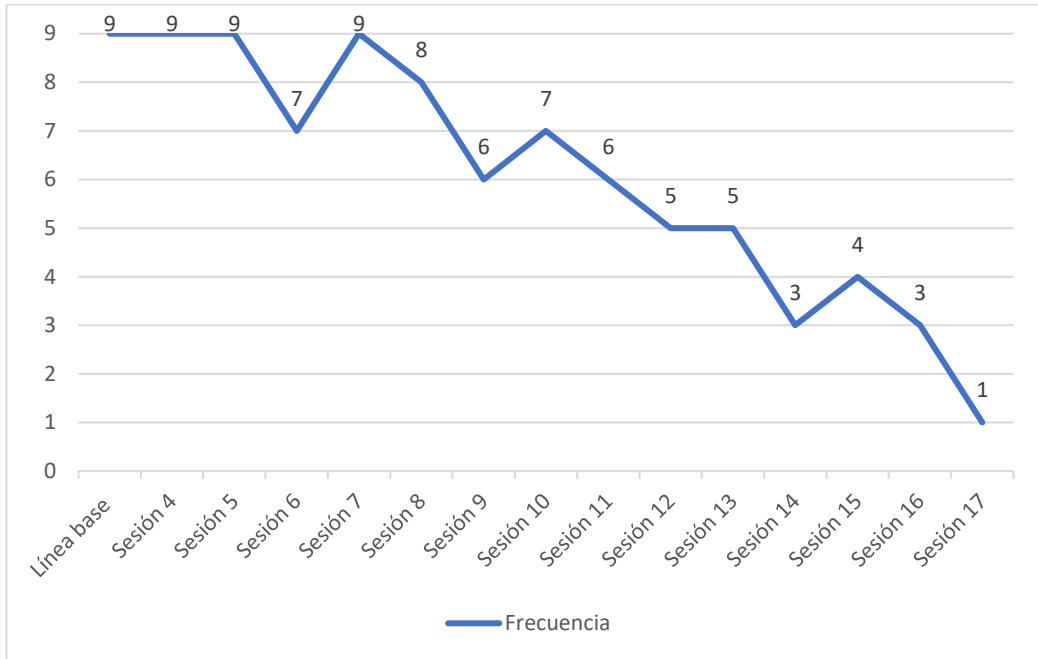
	Inicio	Final
Frecuencia	9	1

Nota: Elaboración propia.

Tal como ilustra la Tabla 13, en respuesta al segundo objetivo específico de Disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse los codos contra la mesa. Se observa que se presentó 9 veces durante la primera sesión y 1 vez en la última; es decir, la conducta disminuyó en 88.8%. Esto significa que las técnicas de enfoque conductual ayudaron a alcanzar el objetivo terapéutico.

Figura 2

Monitoreo de la frecuencia de la conducta golpearse los codos contra la mesa



Nota. Elaboración propia.

En la Figura 2 se puede se observa el monitoreo de cómo fue disminuyendo la frecuencia de la conducta de golpearse los codos contra la mesa conforme al progreso de la intervención.

Tabla 14*Análisis funcional de la conducta golpearse los codos contra la mesa*

Antecedentes	Conducta	Consecuencia	Función
Sentadas frente a frente, el adulto le enseña un caballo de juguete a la paciente para que lo solicite.	La paciente mira el juguete intenta alcanzarlo y empieza a golpearse los codos sobre la mesa haciendo sonidos de quejidos.	(El adulto deja el caballo sobre la mesa cerca de ella) El adulto baja uno de los brazos paciente y pone su mano sobre la de ella contra la mesa, con la otra mano la ayuda a señal el caballo. El adulto le da el juguete y dice “muy bien, señalaste el caballo”.	Acceso

Nota. Elaboración propia.

En la Tabla 14, se observa cómo se aplicaron las técnicas conductuales. El comportamiento de golpearse los codos contra la mesa cumplía la función de acceder al juguete dado que se activó cuando se le mostró el caballo de juguete a la paciente sin entregárselo. Del mismo modo, se puede apreciar que se aplicó la técnica RDI con el objetivo de reemplazar su conducta autolesiva por la de pedir el juguete de forma apropiada (señalar). Se le entregó el caballo de juguete inmediatamente después de señalarlo para que asocie la acción de señalar con obtener lo que desea, así disminuir la frecuencia de golpearse los codos contra la mesa. En esta situación el caballo de juguete fue el reforzador ante la conducta de señalar. A través de esta intervención la paciente pudo expresarse de forma funcional sin hacerse daño y otras personas puedan comprender lo que desea/necesita.

Tabla 15

Análisis topográfico inicial y final de la conducta morderse el antebrazo

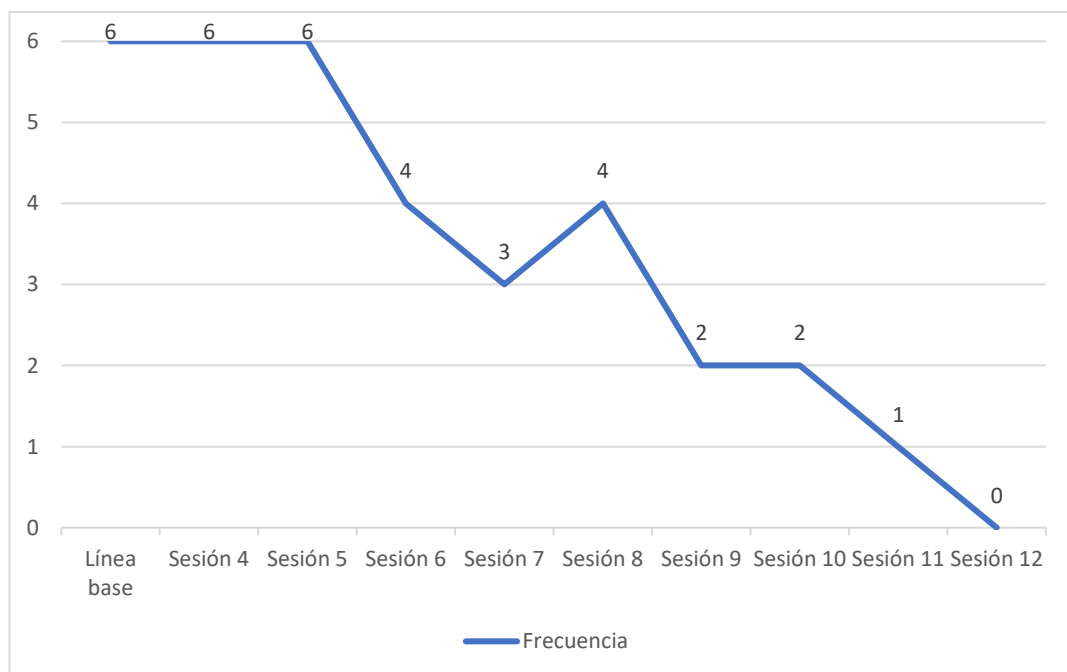
	Inicio	Final
Frecuencia	6	0

Nota: Elaboración propia.

La Tabla15, relacionada al tercer objetivo específico de Disminuir la frecuencia de la conducta de morderse el antebrazo. Se muestra la que frecuencia de la conducta, en la primera sesión, fue de 6 veces durante la primera sesión a diferencia de la última sesión donde se presentó y 0 veces; es decir, la conducta disminuyó en 100%. De esta forma se refleja que esta conducta dejó de presentarse luego de la intervención.

Figura 3

Monitoreo de la frecuencia de la conducta morderse el antebrazo



Nota. Elaboración propia.

En la Figura 3 se visualiza los datos de cómo fue disminuyendo la frecuencia de la conducta de morderse el antebrazo conforme el transcurso de las sesiones.

Tabla 16

Análisis funcional de la conducta morderse el antebrazo

Antecedentes	Conducta	Consecuencia	Función
Se le da la mochila a la paciente y se le da la instrucción “guarda en el estante”	La paciente mira hacia otro lado, lleva su antebrazo hacia la boca y se muerde.	El adulto bloquea la boca de la paciente con su mano. Lleva la mano del brazo que pretendía morderse hacia la mochila (mano sobre mano) para agarrarla. Llevan la mochila hasta el estante a guardarla. El adulto le hace cosquillas y le dice “muy bien, guardaste la mochila en el estante”.	Evitación

Nota. Elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla16, la conducta de morderse el antebrazo cumplía la función de evitar guardar la mochila en el estante puesto que fue activada al momento de darle la instrucción “guarda en el estante”. Al momento de presentarse la conducta autolesiva se aplicó la técnica de restricción física para que la paciente no pueda morderse el antebrazo. Asimismo, se empleó la técnica de RDI para disminuir la conducta autolesiva reemplazándola por la acción de guardar la mochila en el estante. De esta forma la paciente asocia la instrucción con la acción requerida. Después, el adulto le hizo cosquillas para reforzar la conducta de guardar en el estante e incrementar la probabilidad de que siga la instrucción en oportunidades posteriores. Al realizar esta intervención se pudo ampliar el

repertorio de instrucciones de la paciente, así promover su autonomía y ejecución de actividades prácticas en su vida diaria.

4.2 Discusión de los Resultados

El objetivo general fue reducir las conductas autolesivas de una niña con diagnóstico de autismo a través de una intervención conductual. Se evidencia que la presencia de las conductas autolesivas disminuyó en 88.8% luego de aplicar las técnicas conductuales de reforzamiento diferencial de la conducta incompatible y la restricción física. Se evidencian resultados similares en la investigación de Fernández-Menéndez et al. (2022) refiriéndose al estudio Boesch donde la conducta autolesiva del adolescente disminuyó al 100% tras aplicar la técnica de reforzamiento diferencial de la conducta incompatible. Del mismo modo, en los resultados de los estudios de Espinoza (2017) las conductas disruptivas disminuyeron en promedio un 81% luego de la intervención con enfoque conductual. Esta similitud se halla a pesar del uso de otras técnicas operantes como sobre corrección y reforzamiento diferencial de tasas bajas. En suma, se hallan resultados eficaces tras utilizar técnicas de reforzadores, pudiendo diferir los resultados en base a la edad cronológica de los pacientes. En contraste, López (2018) disminuyó en promedio 93% los comportamientos autolesivos de su paciente en un total de 40 sesiones, en cambio, la paciente de este estudio redujo sus conductas autolesivas en la mitad de sesiones. Esta diferencia puede estar relacionada a la técnica utilizada ya que en este estudio se utilizó la técnica de reforzamiento diferencial de la conducta incompatible y restricción física, esto coincide con Morano (2017) donde expone que, al aplicar estas técnicas como respuesta a conductas autolesivas, estas tienden a una mayor reducción en su

frecuencia y de forma más rápida. Lo cual significa que, en el caso de haber realizado más sesiones de intervención, es probable que las conductas llegaran a inhibirse.

Respecto al primer objetivo específico (disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse la cabeza con su puño), la frecuencia antes de la intervención fue de 12 veces durante la sesión, y luego de la intervención disminuyó a 2 veces, resultando una disminución del 83.34% en la frecuencia de la conducta autolesiva. Estos resultados son similares a Espinoza (2017), en su estudio se utilizaron técnicas de reforzamiento incompatible obteniendo una reducción de 83%. En contraste, Antúnez (2022) obtuvo una menor reducción de las conductas disruptivas de su paciente, disminuyeron hasta un 50% utilizando las técnicas de economía de fichas y castigo negativo. Lo que significa, uno de los factores que propició la diferencia de los resultados fueron las técnicas operantes aplicadas. Del mismo modo, se hallaron diferencias con Arvid (2021), quien utilizó solo la técnica de restricción física y logró disminuir en su paciente la conducta de golpearse la cabeza contra la pared/piso en un 62.5% en 30 sesiones. No obstante, en nuestra intervención estuvo conformada por las técnicas de reforzamiento diferencial de la conducta y restricción física, logrando disminuir en 83.3% el comportamiento en 20 sesiones. Aunque el porcentaje las conductas son similares existe una diferencia en la cantidad de sesiones, esto sugiere que el uso de ambas técnicas aplicadas, en conjunto, en conductas autolesivas genera un mayor impacto en los niveles de intervención. Lo cual significa que implementar la técnica de reforzamiento diferencial de la conducta influye de forma positiva para reducir el comportamiento autolesivo en un tiempo más corto.

En cuanto al segundo objetivo específico (disminuir la frecuencia de la conducta de golpearse los codos contra la mesa), se logró reducir la frecuencia de la conducta en un 88.8%. Este resultado coincide por lo expuesto por Espinoza (2017), quien a través de la intervención conductual disminuyó en 83% conductas disruptivas en un adolescente autista. De igual manera, una de las técnicas utilizadas por Espinoza fue el reforzamiento de conductas incompatibles, y los resultados de su aplicación apoyarían la eficacia de esta técnica conductual. Por otra parte, Alakhzami et al. (2021), redujo en 75% conductas autolesivas luego de aplicar un sistema de comunicación funcional (SCF) en adolescentes autistas. Esta diferencia en los resultados se atribuye al tipo intervención realizada ya que los autores y Alakhzami se enfocaron en instaurar un SCF sin aplicar ninguna técnica para reducir conductas, lo cual significa que las técnicas dirigidas a la reducción de conductas tienen mayor eficacia. Esto coincide con Chezan (2017) donde presenta que los sistemas de comunicación funcional (SCF) tienen mayor efectividad en reducir conductas problema cuando se utilizan con niños menores a 5 años con diagnóstico de autismo. Esto significa que aplicar la técnica de reforzamiento de conducta incompatible presenta resultados más favorables para el paciente sin que influya su edad.

Por último, en relación al tercer objetivo específico (disminuir la frecuencia de la conducta de morderse el antebrazo), se logró disminuir la frecuencia de esta conducta en un 100%. Del mismo modo, Fernández-Menéndez et al. (2022) usó la técnica de reforzamiento diferencial de una conducta incompatible, lo cual fortalece la evidencia en la eficacia de esta técnica en la disminución de conductas autolesivas. Como se halló en Blanchard et al. (2021), las personas autistas

presentan 2,26 veces más probabilidad de manifestar conductas autolesivas, por lo que es útil identificar mecanismos de intervención que puedan extrapolarse a otros pacientes. En contraste, Murrugarra (2020) obtuvo una reducción de 60% en la frecuencia de la conducta de risas inmotivadas luego de 12 sesiones de intervención o Fernández-Menéndez et al. (2022) quienes exponen de la investigación de Boesch donde la conducta autolesiva disminuyó hasta dejar de presentarse en la en sesión número 22, a diferencia de la conducta de morderse el antebrazo que dejó de presentarse después de 8 sesiones. Es posible que esto se deba al ambiente donde se llevó a cabo las intervenciones, ya que los autores refieren haber estado en un aula de clases. La paciente, en cambio, se encontraba en un ambiente privado que permite un mayor control respecto a los estímulos externos y puede influir en obtener resultados favorables en menor tiempo.

CAPITULO V. REFLEXION DE LA EXPERIENCIA

5.1 Limitaciones

Algunas de las limitaciones que se presentaron durante la intervención fueron:

- **Experiencia en la intervención conductual:** Al iniciar la intervención se contaba con corta experiencia en la aplicación de un plan de intervención conductual, pero lejos de ser una limitación, fue motivo para investigar más sobre el tema y solicitar orientación a compañeras con más experiencia.
- **Apoyo multidisciplinario:** El equipo de trabajo estuvo conformado solo por psicólogas, lo que limitó el rango de trabajo al no contar con especialistas en otras áreas como terapeutas de lenguaje, terapeutas ocupacionales, etc.
- **Compromiso de la familia de la paciente:** La familia solía reprogramar los entrenamientos parentales, los cuales eran sesiones para capacitarlos en las técnicas operantes necesarias para la intervención de conductas autolesivas en casa. Por eso, se realizaron menos de los esperados.

A pesar de las limitaciones, se pudo cumplir con los objetivos planteados y alcanzar los resultados que evidencian la disminución de conductas autolesivas en la paciente.

5.2 Impacto a Nivel Profesional

Para la implementación de la propuesta desarrollada en el trabajo de suficiencia profesional fue importante ampliar los conocimientos en el área de la intervención conductual. Para ello, se buscó información en diferentes libros con

enfoque conductual y se investigaron casos de estudios publicados sobre el mismo tema en diversas plataformas.

Las competencias profesionales que se desarrollaron fueron la capacidad de análisis para identificar problemáticas y sus posibles vías de intervención, la adaptación a nuevas situaciones, la suficiencia para solventar problemas que surgían de improviso durante las sesiones, y habilidades comunicativas para transmitir adecuadamente información a la familia durante los entrenamientos a la madre o resolver sus dudas. Las sesiones de intervención permitieron desarrollar otras capacidades como la tolerancia a la frustración.

5.3 Impacto en la Institución

En cuanto al impacto en la institución, el presente trabajo de suficiencia es relevante porque favoreció a la institución para comprar pruebas psicológicas actualizadas que apoyen la evaluación conductual, además, instaurar políticas internas para alinear los procesos de gestión y programas institucionales de manera integral.

Así mismo, se fomentó el uso de herramientas didácticas y tecnológicas para el seguimiento, intervención y tratamiento de los pacientes.

5.4 Aporte al Área de la Psicología y en el Contexto

Este trabajo de suficiencia servirá como precedente para futuras intervenciones o estudios de caso bajo con variables similares, ya que no existe una extensa literatura actual sobre la misma temática desarrollada. Además, amplía los conocimientos sobre la temática, enfoque de intervención y técnicas aplicadas. Del

mismo modo, generar conciencia sobre la psicoeducación y orientación preventiva para enriquecer los programas de psicología infantil.

El programa genera un aporte ético debido a que las técnicas empleadas influyen de manera positiva al desenvolvimiento y desarrollo del paciente dentro de un espacio controlado, permitiendo establecer un consentimiento informado por parte de los padres para la realización del programa de intervención.

CONCLUSIONES

- El objetivo general fue reducir las conductas autolesivas de una niña con diagnóstico de autismo a través de una intervención conductual. Se logró reducir un 88.8% en promedio las conductas autolesivas, lo cual significa que el uso de las técnicas conductuales durante las 20 sesiones de intervención concluyó en un resultado positivo.
- En relación al primer objetivo específico, se logró reducir la frecuencia en la conducta de golpearse la cabeza con el puño en un 83.3%. Esto significa que la técnica reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) en conjunto con la restricción física impactaron de forma adecuada.
- De igual forma, en relación al segundo objetivo específico de disminuir la frecuencia de golpearse los codos contra la mesa, se redujo en un 88.8%. Como resultado, esto significa que la aplicación de la técnica operante, reforzamiento diferencial de la conducta incompatible (RDI), resultó favorable.
- Respecto al tercer objetivo específico, la conducta de morderse el antebrazo se redujo en un 100% después de 12 sesiones. Esto quiere decir que esta conducta se inhibió por completo en la paciente luego de la intervención.
- Se concluye que la aplicación de las técnicas de reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) y el uso de RDI con la técnica de restricción física, en conjunto, favorecen la disminución de conductas autolesivas en infantes con autismo.
- Es necesaria la intervención temprana en niños y niñas dentro del espectro autista para lograr un mejor desarrollo y calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Realizar capacitaciones constantes a profesionales que trabajen con niños diagnosticados con autismo, respecto a la intervención conductual conocer las mejores técnicas para cada tipo de caso como en conductas autolesivas.
- Se recomienda desarrollar sesiones de intervención basadas en otras dificultades presentes en la paciente para que pueda seguir adquiriendo habilidades necesarias para su vida cotidiana.
- Se recomienda realizar investigaciones en relación a las conductas autolesivas en personas con autismo desde el enfoque conductual u otros enfoques, ya que al momento de realizar este estudio se hallaron pocas investigaciones de los últimos años. Este es un tema importante que debe ser estudiado en mayor profundidad debido a que es una problemática que puede perjudicar la salud física y calidad de vida de quien presente este tipo de comportamientos.
- Se recomienda realizar investigaciones que incluyan etapa de mantenimiento de las conductas meta para monitorear el mantenimiento de estas posterior a la adquisición. Del mismo modo, se puede comparar la aplicación de las técnicas operantes en la disminución de conductas, así conocer cuál posee mayor efectividad.
- Se recomienda establecer un programa donde se identifiquen los estímulos delta de las conductas en diferentes situaciones donde estas suelen presentarse con la finalidad de ser inhibidas; por ejemplo, al recibir instrucciones como recoge o guarda al momento de ordenar juguetes. Así

mismo, evaluar situaciones cotidianas donde es preferible que no se presenten dichas conductas para evitar sigan siendo reforzadas.

- Se sugiere crear una prueba psicométrica para medir conductas autolesivas en población con diagnóstico de autismo en la realidad peruana.
- Grabar las sesiones de intervención, así poder observar el desarrollo de la intervención y recopilar más información para analizar ya que al momento de la sesión pueden omitirse datos.
- Buscar apoyo multidisciplinario para poder abordar la intervención en conductas autolesivas que puede presentarse en infantes con autismo ya que desde diferentes perspectivas que puede enriquecer la intervención.
- Realizar charlas informativas dirigidas a familias de niños y niñas en el espectro autista sobre diversos temas como: información general y características sobre el diagnóstico, áreas de intervención, niños autistas en el contexto escolar, la importancia de la familia en la educación/desarrollo de habilidades de niños autistas, entre otras.

REFERENCIAS

- Alakhzami, M., y Chitiyo, M. (2022). Using Functional Communication Training to Reduce Self-Injurious Behavior for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(8), 3586–3597. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05246-8>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Antúnez, N. F (2022). *Intervención psicológica para el desarrollo de habilidades sociales y control conductual en un niño con diagnóstico de autismo* [Archivo PDF]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11790>
- Añorve, M. A (1991). La fiabilidad en la entrevista: la entrevista semi estructurada y estructurada, un recurso de la encuesta. *Investigación Bibliotecológica: archivonomía, bibliotecología e información*. 5(10), 20-37. 10.22201/iibi.0187358xp.1991.10.3793
- Artigas-Pallarés, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000300008>
- Blanchard, A., Chihuri, S., DiGuseppi, C. G., y Li, G. (2021). Risk of Self-harm in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 4(10), e2130272. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30272>
- Boesch, M.C., Taber-Doughty, T., Wendt, O., y Smalts, S.S. (2015). Using a Behavioral Approach to Decrease Self-Injurious Behavior in an Adolescent

With Severe Autism: A Data-Based Case Study. *Education and Treatment of Children* 38(3), 305-328. [doi:10.1353/etc.2015.0012](https://doi.org/10.1353/etc.2015.0012).

Chezan, L. C, Wolfe, K. y Drasgow, E. (2018). Un metaanálisis de los efectos del entrenamiento en comunicación funcional sobre la conducta problemática y las respuestas comunicativas alternativas. *Centrarse en el autismo y otras discapacidades del desarrollo*, 33 (4), 195-205. <https://doi.org/10.1177/1088357617741294>

Cooper, J., Heron, T. y Herward, W. (2017). *Análisis aplicado de conducta*. ABA España Publicaciones.

Coordinación de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Facultad de Psicología. (s.f). *Coordinación de Investigación, Ciencia y Tecnología*. <https://psicologia.cayetano.edu.pe/nosotros/investigacion/>

Creagh-Bandera, R., Cazull-Imbert, I., y Creagh-Cazull, A. (2020). Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica. *Revista Información Científica*, 99(2), 150-159. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764885008>

Defensoría del Pueblo. (2023, 31 de marzo). Defensoría del Pueblo advierte que las personas autistas, principalmente mujeres, enfrentan barreras para acceder al diagnóstico temprano. [Comunicado de prensa]. Recuperado el 10 de septiembre de 2023 de <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-que-las-personas-autistas-principalmente-mujeres-enfrentan-barreras-para-acceder-al-diagnostico-temprano/>

- Espinoza Zevallos, J (2017). *Estudio de caso clínico – educativo: Programa para reducir las conductas disruptivas de un adolescente con trastorno del espectro autista* [Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres].
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/3309>
- Faas, A. (2018). *Psicología del desarrollo de la niñez*. Editorial Brujas.
<https://elibro.net/es/lc/cayetano/titulos/106712>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de caso*. Pirámide.
https://www.academia.edu/36502435/Evaluaci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_de_Roc%C3%ADo_Fern%C3%A1ndez_2a_ed
- Fernández-Menéndez, E., Piqueras, J. A. y Soto-Sanz, V. (2022). Intervenciones cognitivo-conductuales para reducir conductas autolesivas en niños y jóvenes TEA. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 1-8. doi: 10.21134/rpcna.2022.09.3.8
- García, J. A. y Delval, J. (2019). *Psicología del desarrollo I*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
<https://elibro.net/es/ereader/cayetano/121366?page=1>
- Grefa, D. M. (2022) Estrategias de abordaje terapéuticos en autismo [Tesis de Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar].
<http://hdl.handle.net/10644/8724>
- Henao, G. C., Ramírez, L.A. y Ramírez, C. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *El Ágora USB*

Medellín-Colombia, 6(2), 215-226.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-490511>

Hernández, R. y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.
<http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>

Kazdin, A. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. El Manual Moderno.

Kildahl, A. N., Bakken, T. L., Matre, E. A. W., Hellerud, J. M. A., Engebretsen, M. H., y Helverschou, S. B. (2020). Case study: identification of anxiety and subsequent intervention in an adolescent male with autism, severe intellectual disability and self-injurious behaviour. *International journal of developmental disabilities*, 67(5), 327–338.
<https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1850160>

López, E. (2018). *Modificación de conductas autolesivas en un niño con Trastorno del Espectro autista (TEA)*. [Archivo PDF].
<http://hdl.handle.net/10835/6573>

Maldonado, M. T., y Barajas, C. (2018). Theory of mind and empathy. Repercussions on peer acceptance in Pre-school Primary and Secondary Education children. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 10-24. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.0105>

Márquez-Vizcaya, Z. (2012). Metodología observacional como estrategia para la investigación del comportamiento humano. *La revista de Enfermería y*

Otras Ciencias de la Salud, 5(2), 108-115.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4723141>

Martin, G. & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid, España: Pearson Educación.

Miltenberger, R. (2017). *Modificación de conducta: Principios y procedimientos*. Ediciones Pirámide.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2019, 10 de enero). Aprueban Plan Nacional para Personas con Trastorno del Espectro Autista. [Comunicado de prensa]. Recuperado el 10 de septiembre de 2023 de <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/24357-aprueban-plan-nacional-para-personas-con-trastorno-del-espectro-autista>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2023). *Informe de resultados de la implementación y evaluación del Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista 2019- 2021* [Archivo PDF]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5085330/Informe%20de%20Implementaci%C3%B3n%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Plan%20TEA%20%7C%20versi%C3%B3n%20PDF.pdf?v=1693927884>

Ministerio de Salud del Perú. (2021, 3 de abril). Más de 15 mil personas son tratadas por autismo en Perú. [Comunicado de prensa]. Recuperado el 07 de mayo de 2023 de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/26606-mas-de-15-mil-personas-son-tratadas-por-autismo-en-peru>

Morano, S., Ruiz, S., Hwang, J., Wertalik, J, Moeller, J., Karal, M. y Mulloy, A. (2017). Metaanálisis de los efectos del tratamiento de un solo caso sobre la

conducta autolesiva en personas con autismo y discapacidad intelectual. *Autismo y alteraciones del desarrollo del lenguaje*, 2. <https://doi.org/10.1177/2396941516688399>

Morinigo, C. I. y Fenner, I. (2021). Teorías del aprendizaje. *Minerva Magazine of Science*, 9(2). <https://www.minerva.edu.py/articulo/374/>

Murrugarra Gamarra, D (2020). *Programa “FABI” de modificación de conductas interferentes en una niña con trastorno del espectro autista* [Tesis de Licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola]. <https://hdl.handle.net/20.500.14005/10013>

Observatorio Nacional de la Discapacidad. (2021). Anuario Estadístico Nacional sobre la situación de personas con discapacidad 2020 [Archivo PDF]. Recuperado de https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2021/12/ANUARIO-2020_compressed.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (s.f). *Objetivos del Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 28 de marzo). *Trastornos del espectro autista*. Recuperado el 07 de Mayo de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Paula, I. (2018). *La Autolesión en el Autismo. ¿Búsqueda o liberación del dolor?* Alianza Editorial.

- Perez, M. y Borda, M. (1997). Análisis topográfico y funcional en el marco de la terapia de conducta. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología médica y Psicosomática*, 18 (6), 47-58. <http://hdl.handle.net/11441/545864>
- Quiroz, F. C., de La Cuba, L. M., Ticona, L. M. C., Mamani, D. J. M., & Prado, H. J. A. (2018). Comentario: una breve historia del autismo. *Revista de Psicología*, 8(2), 125-133. <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/138>
- Shields, M. C., Akobirshoev, I., Dembo, R. S., y Mitra, M. (2019). Self-Injurious Behavior Among Adults With ASD: Hospitalizations, Length of Stay, and Costs of Resources to Deliver Care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 70(6), 457–464. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800318>
- Simons, H. (2009). *Estudio de caso: Teoría y práctica*. Ediciones Morata. <https://archive.org/details/el-estudio-de-caso-teoria-y-practica/page/n2/mode/1up>
- Steenfeldt-Kristensen, C., Jones, C. A., & Richards, C. (2020). The Prevalence of Self-injurious Behaviour in Autism: A Meta-analytic Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(11), 3857–3873. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04443-1>
- Yucra, A. P. (2022). *Intervención psicológica para el desarrollo de las habilidades de autocuidado en un adolescente con discapacidad intelectual*. [Archivo PDF]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11677>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., y Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A

systematic review update. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778–790.
<https://doi.org/10.1002/aur.2696>

ANEXOS

Anexo Anamnesis

DATOS GENERALES

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de nacimiento: _____

Lugar que ocupa entre los hermanos: _____ Grado de instrucción: _____

Tiempo de residencia en Lima: _____

Dirección actual: _____ Teléfono: _____

Datos familiares

Nombres completos de ambos padres: _____

	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Madre				
Padre				
Hermano (a)				
Hermano (a)				
Hermano (a)				

HISTORIA EVOLUTIVA

¿Cuál el número de embarazo con su hijo? _____

¿Cómo fue su embarazo o gestación? _____

¿Cuánto tiempo duró su embarazo? _____

¿Tuvo algún tipo de control durante el embarazo? (médico - partera - empírico) _____

¿Qué enfermedades y/o accidentes tuvo durante el embarazo? _____

PERI NATAL

¿Quién atendió el parto?: _____

¿Cómo fue el parto? (normal, cesárea, con desgarramiento): _____

¿El parto fue inducido? ¿Porqué? _____

¿Ud. (madre) fue anestesiada? ¿Local? ¿General? _____

¿Le aplicaron fórceps? _____

Presentación del recién nacido: ¿Cabeza – nalga – transversal – de pie – con el cordón umbilical enredado al cuello? _____

HISTORIA MÉDICA

¿Cuál es el estado de salud actual de su hijo(a)?: _____

¿Qué enfermedades ha tenido su hijo, desde su nacimiento hasta ahora? _____

¿Qué médicos han visto a su hijo y qué le han dicho? _____

¿Qué medicamentos ha tomado y toma en la actualidad? _____

LENGUAJE

¿A qué edad su hijo dijo las primeras palabras? ¿Cuáles? _____

¿Presentó dificultad para pronunciar las palabras? ¿Cuáles? _____ ¿Qué hacía Ud., cuando su hijo pronuncia mal las palabras? (Se reía – lo corregía – no le daba importancia) _____

¿En la actualidad, su hijo presenta dificultad al hablar? ¿Desde cuándo ha notado dichas dificultades? _____ ¿En qué situaciones aparecen las dificultades para hablar? _____

—

¿De qué manera se hace entender Ud., por su hijo? (gestos – gritos – hablando – llevando de la mano – balbuceando – otros) _____

¿Cómo se hace entender Ud., por su hijo? ¿Cómo reacciona su hijo, cuando Ud. lo llama por su nombre? (la mira – se da vuelta – no responde – ni se

interesa) _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿En la familia, hay o hubo algún caso de persona con: enfermedades psiquiátricas – epilepsia – convulsiones – retardo mental – dificultades en el aprendizaje – problemas de habla – otros?: _____

Anexo Entrevista semiestructurada

Entrevista

Realizar las preguntas a la familia, puede agregar preguntas si las considera necesarias:

¿Cuál es la dificultad principal que Ud. observa o que le preocupa más?

¿Cómo se presenta esa dificultad? (descripción de las conductas)

¿Desde cuándo observó esa dificultad?

¿Cuándo, dónde y con quién manifiesta la conducta problemática? (Describa la situación)

¿Cuál es la pregunta que más se hace Ud., con respecto a su hijo (a)?

¿Cuántos años que no encuentra una solución para el problema de su hijo?

Anexo Instrumento para registro de conductas blanco

Nombre:

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL								
Fecha	Antecedentes	Conducta				Consecuencia		Función
	Descripción	Topografía	Gravedad	Duración	Frecuencia	Reacciones del entorno	Reacciones propias	

Nota: Brindado por el centro laboral.

Anexo Guía de registro para monitoreo en sesiones

Nombre:

Fecha:

CONDUCTAS	FRECUENCIA	DURACIÓN	INTENSIDAD
GOLPEARSE LA CABEZA			
GOLPEARSE LOS CODOS			
MORDERSE EL ANTEBRAZO			

Nota: Brindado por el centro laboral.

Anexo Monitoreo de las conductas blanco por sesión

	Golpearse la cabeza con su puño			Golpearse los codos contra la mesa			Morderse el antebrazo		
	F	D	I	F	D	I	F	D	I
Sesión 4	12	7"	6/10	9	7"	5/10	6	4"	3/10
Sesión 5	11	6"	6/10	9	7"	6/10	6	5"	4/10
Sesión 6	12	6"	5/10	7	5"	6/10	4	5"	4/10
Sesión 7	12	6"	6/10	9	5"	6/10	3	4"	4/10
Sesión 8	10	6"	5/10	8	6"	5/10	4	4"	3/10
Sesión 9	11	5"	5/10	6	5"	5/10	2	3"	2/10
Sesión 10	10	6"	5/10	7	5"	5/10	2	3"	3/10
Sesión 11	9	5"	5/10	6	4"	4/10	1	2"	2/10
Sesión 12	8	5"	4/10	5	5"	5/10	0	0"	0/10
Sesión 13	9	4"	4/10	5	4"	4/10			
Sesión 14	7	5"	3/10	3	4"	4/10			
Sesión 15	7	4"	4/10	4	4"	4/10			
Sesión 16	6	4"	4/10	3	4"	4/10			
Sesión 17	6	4"	4/10	1	3"	3/10			
Sesión 18	5	3"	4/10						
Sesión 19	6	3"	3/10						
Sesión 20	4	4"	3/10						
Sesión 21	4	3"	3/10						
Sesión 22	3	3"	3/10						
Sesión 23	2	3"	3/10						

Leyenda:

F: frecuencia

D: duración

I: intensidad

Anexo Cronograma de trabajo

Cronograma de trabajo de la conducta de golpearse la cabeza con el puño					
Sesión	Objetivos	Actividades	Materiales	Técnica	Tiempo
1	-Entrevistar a la familia	<p>Inicio: Presentación y rapport</p> <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizaron la anamnesis y la entrevista semi estructurada con la madre para recabar información, conocer el motivo de su consulta y objetivos que deseaba plantear para la intervención. 2. Se delimitaron las conductas por trabajar. 3. Sugerencias para desarrollar en casa. <p>Cierre: Se realizó feedback con la madre</p>	-Ficha de anamnesis		45 min
2	-Establecer la relación de confianza. -Elección de reforzadores.	<p>Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación.</p> <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente. 2. Se le mostraron los juegos para jerarquizar los posibles reforzadores. Se hizo lo mismo con comestibles de su agrado. <p>Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.</p>	-Burbujas -Rompecabezas -Caja de figuras -Instrumentos musicales -Animales de juguete -Pelota		45 min

3	<p>-Establecer la relación de confianza.</p> <p>-Establecer línea base de las conductas a intervenir.</p>	<p>Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente.</p> <p>2. Se tomaron los datos relevantes para establecer la línea base durante el transcurso de la sesión.</p> <p>Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.</p>	<p>-Guía de registro</p> <p>-Burbujas</p> <p>-Caja de figuras</p> <p>-Animales</p> <p>-Comestibles</p> <p>-Muñecos</p>	<p>-Observación conductual: análisis topográfico, análisis funcional</p>	45 min
4	<p>-Presentar horario visual</p> <p>-Seguir la instrucción de recoger</p>	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas, al finalizar la actividad se le da la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	20 min

5	<p>Sesión con madre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seguir la instrucción de recoger -Entrenar a la madre en la intervención conductual. 	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Canción de despedida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pictogramas -Pelotas -Caja de juguetes 	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física 	20 min
6	<ul style="list-style-type: none"> -Seguir la instrucción de recoger 	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pictogramas -Pelotas -Caja de juguetes 	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física 	20 min

		<p>conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión</p>			
7	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la</p>	<p>-Pictogramas -Pelotas -Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física</p>	20 min

		<p>acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
8	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	20 min

9	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Se presenta arena mágica para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	20 min
10	-Seguir la instrucción de recoger	<p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	20 min

		<p>restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
11	-Seguir la instrucción de recoger	<p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p>	<p>-Pictogramas -Pelotas -Caja de juguetes</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física</p>	20 min

		Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.			
12	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo: 1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes agarrando sus manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas con una de sus manos. Se refuerza la acción con trigo atómico y cosquillas a la paciente. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>Cierre: Se presenta arena mágica para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	-Pictogramas -Pelotas -Caja de juguetes	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	20 min
13	Sesión con madre -Seguir la instrucción de recoger	Inicio: Se presenta el horario visual y se canta canción de bienvenida.	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la	30 min

	<p>-Entrenar a la madre en la intervención conductual.</p>	<p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega a lanzar las pelotas con la madre, al finalizar la actividad se le indica a la madre que de la instrucción “recoge” para que la paciente realice la acción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes sosteniendo ambas manos para que no llegue a golpearse la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la acción de recoger con cosquillas a la paciente. Primero realiza un ejemplo con la adulta para que la madre pueda replicarlo.</p> <p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener ambas manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza</p>		<p>conducta incompatible (RDI) -Restricción física</p>	
--	--	---	--	--	--

		la conducta de recoger con cosquillas a la paciente. Cierre: Canción de despedida.			
14	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le presentan pelotas para lanzar. Después de lanzarlas todas se le indica que es momento de recoger con la instrucción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la conducta realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se de los golpes en la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a</p>	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	30 min

		<p>recoger los juguetes. Se refuerza conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
15	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le presentan pelotas para lanzar. Después de lanzarlas todas se le indica que es momento de recoger con la instrucción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la conducta realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se</p>	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	30 min

		<p>de los golpes en la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
16	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le presentan pelotas para lanzar. Después de lanzarlas todas se le indica que es momento de recoger con la instrucción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la conducta realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta</p>	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	30 min

		<p>autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se de los golpes en la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
17	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le presentan pelotas para lanzar. Después de lanzarlas todas se le indica que es momento de recoger con la instrucción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la conducta realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando</p>	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	30 min

		<p>paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se de los golpes en la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
18	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le presentan pelotas para lanzar. Después de lanzarlas todas se le indica que es momento de recoger con la instrucción. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger las pelotas. Se refuerza la conducta realizando cosquillas a la paciente.</p>	-Animales de juguete -Pelotas	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI) -Restricción física	30 min

		<p>2. Se presentan varios animales de juguete para jugar sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger los animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se de los golpes en la cabeza y aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
19	<p>Sesión con madre</p> <p>-Seguir la instrucción de recoger</p> <p>-Entrenar a la madre en la intervención conductual.</p>	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega con pelotas/animales mientras están sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger las pelotas/animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se procede a restringir de forma física por medio de sostener sus manos para evitar se golpee la cabeza aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a</p>	<p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Aros</p> <p>-Conos</p> <p>-Zanahorias de juguete</p> <p>-Canasta</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	45 min

		<p>recoger los juguetes. Se refuerza cada acción con cosquillas. Se realiza un modelo para que la madre lo copie.</p> <p>2. Se presentan los aros en una bandeja ubicada en el piso a un extremo del jardín para que los recoja y los lleve al otro extremo del jardín. Se le da la indicación de recoger un aro, en caso presente conducta autolesiva se procede a restringir de forma física los golpes, sosteniendo ambas manos para evitar se golpee la cabeza. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada acción con cosquillas. Se realiza un modelo para que la madre lo copie.</p> <p>3. Se presentan zanahorias de juguete en una caja para que la paciente las recoja y coloque en una canasta. Se le da la indicación de recoger una zanahoria, en caso presente conducta autolesiva se procede a restringir de forma física sosteniendo sus manos para evitar se pueda golpear la cabeza. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada acción con cosquillas. Se realiza un modelo para que la madre lo copie.</p> <p>Cierre: Canción de despedida</p>			
20	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega con pelotas/animales mientras están sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger las pelotas/animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger con cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan los aros en una bandeja ubicada en el piso a un extremo del jardín para que los recoja y los lleve al otro extremo del jardín. Se le da la indicación de recoger un aro, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para</p>	<p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Aros</p> <p>-Conos</p> <p>-Zanahorias de juguete</p> <p>-Canasta</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	45 min

		<p>que se agache a recoger los juguetes.</p> <p>3. Se presentan zanahorias de juguete en una caja para que la paciente las recoja y coloque en una canasta. Se le da la indicación de recoger una zanahoria, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
21	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega con pelotas/animales mientras están sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger las pelotas/animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física</p>	<p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Aros</p> <p>-Conos</p> <p>-Zanahorias de juguete</p> <p>-Canasta</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	45 min

		<p>parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger con cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan los aros en una bandeja ubicada en el piso a un extremo del jardín para que los recoja y los lleve al otro extremo del jardín. Se le da la indicación de recoger un aro, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes.</p> <p>3. Se presentan zanahorias de juguete en una caja para que la paciente las recoja y coloque en una canasta. Se le da la indicación de recoger una zanahoria, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p>			
--	--	--	--	--	--

		Cierre: Se presenta plastilina a la paciente para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.			
22	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega con pelotas/animales mientras están sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger las pelotas/animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger con cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan los aros en una bandeja ubicada en el piso a un extremo del jardín para que los recoja y los lleve al otro extremo del jardín. Se le da la indicación de recoger un aro, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para</p>	<p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Aros</p> <p>-Conos</p> <p>-Zanahorias de juguete</p> <p>-Canasta</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	45 min

		<p>que se agache a recoger los juguetes.</p> <p>3. Se presentan zanahorias de juguete en una caja para que la paciente las recoja y coloque en una canasta. Se le da la indicación de recoger una zanahoria, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p> <p>Cierre: Se presenta plastilina a la paciente para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
23	-Seguir la instrucción de recoger	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se juega con pelotas/animales mientras están sentadas en el suelo. Después, estando paradas se le da la indicación de recoger las pelotas/animales. Si la paciente presenta conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por</p>	<p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Aros</p> <p>-Conos</p> <p>-Zanahorias de juguete</p> <p>-Canasta</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (RDI)</p> <p>-Restricción física</p>	45 min

		<p>medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger con cosquillas a la paciente.</p> <p>2. Se presentan los aros en una bandeja ubicada en el piso a un extremo del jardín para que los recoja y los lleve al otro extremo del jardín. Se le da la indicación de recoger un aro, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes.</p> <p>3. Se presentan zanahorias de juguete en una caja para que la paciente las recoja y coloque en una canasta. Se le da la indicación de recoger una zanahoria, en caso presente conducta autolesiva se aplica restricción física sosteniendo ambas manos de la paciente. Aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que se agache a recoger los juguetes. Se refuerza cada conducta de recoger realizando cosquillas a la paciente.</p>			
--	--	--	--	--	--

		Cierre: Se presenta plastilina a la paciente para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.			
--	--	--	--	--	--

Cronograma de trabajo de la conducta de golpearse los codos contra la mesa					
Sesión	Objetivos	Actividades	Materiales	Técnica	Tiempo
1	-Entrevistar a la familia	<p>Inicio: Presentación y rapport</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realizaron la anamnesis y la entrevista semi estructurada con la madre para recabar información, conocer el motivo de su consulta y objetivos que deseaba plantear para la intervención.</p> <p>2. Se delimitaron las conductas por trabajar.</p> <p>3. Sugerencias para desarrollar en casa.</p> <p>Cierre: Se realizó feedback con la madre</p>	-Ficha de anamnesis		45 min
2	-Establecer la relación de confianza. -Elección de reforzadores.	<p>Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente.</p> <p>2. Se le mostraron los juegos para jerarquizar los posibles</p>	-Burbujas -Rompecabezas -Caja de figuras -Instrumentos musicales -Animales de juguete -Pelota		45 min

		reforzadores. Se hizo lo mismo con comestibles de su agrado. Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.			
3	-Establecer la relación de confianza. -Establecer línea base de las conductas a intervenir.	Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación. Desarrollo: 1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente. 2. Se tomaron los datos relevantes para establecer la línea base durante el transcurso de la sesión. Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.	-Burbujas -Caja de figuras -Animales -Comestibles -Muñecos		45 min
4	-Presentar horario visual -Señalar para pedir juguete que quiere	Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida. Desarrollo: 1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo. Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.	-Pictogramas -Animales de juguete -Trigo atómico	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min
5	Sesión con madre	Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.	-Pictogramas -Animales de juguete	-Refuerzo diferencial de la	12 min

	<p>-Señalar para pedir juguete que quiere</p> <p>-Entrenar a la madre en la intervención conductual.</p>	<p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico. Se brindó un modelo para que la madre lo replique al trabajar con la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	-Trigo atómico	conducta incompatible	
6	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min
7	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p>	-Refuerzo diferencial de la	12 min

		<p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	-Trigo atómico	conducta incompatible	
8	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min
9	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min

		<p>solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Se presenta arena mágica para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
10	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min
11	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	12 min

		<p>procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
12	<p>-Señalar para pedir juguete que quiere</p>	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se presentó un caballo/trigo atómico de juguete para que los solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el caballo/trigo atómico.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Trigo atómico</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p>	12 min
13	<p>Sesión con madre</p> <p>-Señalar para pedir juguete que quiere</p> <p>-Entrenar a la madre en la intervención conductual.</p>	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realiza la actividad de comer la lonchera. Se le presentan las golosinas que enviaron y se pone frente a la paciente una golosina a la vez frente a ella. Si la paciente comienza a autolesionarse se</p>	<p>-Trigo atómico</p> <p>-Gomitas</p> <p>-Muñecos</p> <p>-Animales de juguete</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p>	15 min

		<p>procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole la golosina que señaló. Se brindó un modelo para que la madre lo replique al trabajar con la paciente.</p> <p>2. Se presentó un animal de juguete para que lo solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el juguete que señaló. Se brindó un modelo para que la madre lo replique al trabajar con la paciente.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
14	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realiza la actividad de comer la lonchera. Se le presentan las golosinas que enviaron y se pone frente a la paciente una golosina a la vez frente a ella. Si la paciente</p>	<p>-Trigo atómico</p> <p>-Gomitas</p> <p>-Muñecos</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	15 min

		<p>comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole la golosina que señaló.</p> <p>2. Se presentó un animal de juguete para que lo solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el juguete que señaló.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
15	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realiza la actividad de comer la lonchera. Se le presentan las golosinas que enviaron y se pone frente a la paciente una golosina a la vez frente a ella. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole la golosina que señaló.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trigo atómico -Gomitas -Muñecos -Animales de juguete -Pelotas 	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	15 min

		<p>2. Se presentó un animal de juguete para que lo solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el juguete que señaló.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
16	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realiza la actividad de comer la lonchera. Se le presentan las golosinas que enviaron y se pone frente a la paciente una golosina a la vez frente a ella. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole la golosina que señaló.</p> <p>2. Se presentó un animal de juguete para que lo solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trigo atómico -Gomitas -Muñecos -Animales de juguete -Pelotas 	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	15 min

		<p>señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el juguete que señaló.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
17	-Señalar para pedir juguete que quiere	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realiza la actividad de comer la lonchera. Se le presentan las golosinas que enviaron y se pone frente a la paciente una golosina a la vez frente a ella. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física parcial para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole la golosina que señaló.</p> <p>2. Se presentó un animal de juguete para que lo solicite señalando. Si la paciente comienza a autolesionarse se procede a aplicar RDI por medio de darle ayuda física para que señale con una mano el caballo. Se refuerza la acción dándole el juguete que señaló.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<p>-Trigo atómico</p> <p>-Gomitas</p> <p>-Muñecos</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p>	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible	15 min

Cronograma de trabajo de la conducta de morderse el antebrazo					
Sesión	Objetivos	Actividades	Materiales	Técnica	Tiempo
1	-Entrevistar a la familia	<p>Inicio: Presentación y rapport</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se realizaron la anamnesis y la entrevista semi estructurada con la madre para recabar información, conocer el motivo de su consulta y objetivos que deseaba plantear para la intervención.</p> <p>2. Se delimitaron las conductas por trabajar.</p> <p>3. Sugerencias para desarrollar en casa.</p> <p>Cierre: Se realizó feedback con la madre</p>	-Ficha de anamnesis		45 min
2	-Establecer la relación de confianza. -Elección de reforzadores.	<p>Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente.</p> <p>2. Se le mostraron los juegos para jerarquizar los posibles</p>	-Burbujas -Rompecabezas -Caja de figuras -Instrumentos musicales -Animales de juguete -Pelota		45 min

		reforzadores. Se hizo lo mismo con comestibles de su agrado. Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.			
3	-Establecer la relación de confianza. -Establecer línea base de las conductas a intervenir.	Inicio: Se explicó a la madre los objetivos de la evaluación. Desarrollo: 1. Se brindó juguetes del agrado de la niña para establecer vínculo de confianza y adaptación al ambiente. 2. Se tomaron los datos relevantes para establecer la línea base durante el transcurso de la sesión. Cierre: Se brindó un resumen de la sesión a la madre.	-Burbujas -Caja de figuras -Animales -Comestibles -Muñecos		45 min
4	-Presentar horario visual -Seguir instrucción de guardar en el estante	Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida. Desarrollo: 1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto para evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física para que guarde su mochila en el estante. 2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están	-Pictogramas -Animales de juguete -Pelotas -Caja de juguetes -Mochila -Lonchera	-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible -Restricción física	12 min

		<p>sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de la boca de la paciente, así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
5	<p>Sesión con madre</p> <p>-Seguir instrucción de guardar en el estante</p> <p>-Entrenar a la madre en la intervención conductual.</p>	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de la boca de la paciente, así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física para que guarde su mochila en el estante. Se le mostrará un</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p> <p>-Mochila</p> <p>-Lonchera</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p> <p>-Restricción física</p>	12 min

		<p>modelo a madre para que lo replique con la paciente.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de la boca de la paciente, así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
6	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p> <p>-Mochila</p> <p>-Lonchera</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p> <p>-Restricción física</p>	12 min

		<p>sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física/física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
7	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p> <p>-Mochila</p> <p>-Lonchera</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p> <p>-Restricción física</p>	12 min

		<p>forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física/física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
8	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pictogramas -Animales de juguete -Pelotas -Caja de juguetes -Mochila -Lonchera 	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo diferencial de la conducta incompatible -Restricción física 	12 min

		<p>autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física/física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y con el otro brazo se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
9	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p> <p>-Caja de juguetes</p> <p>-Mochila</p>	<p>-Refuerzo diferencial de la conducta incompatible</p> <p>-Restricción física</p>	12 min

		<p>con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física/física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Se presenta arena mágica para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	-Lonchera		
10	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Animales de juguete</p> <p>-Pelotas</p>	-Refuerzo diferencial de la	12 min

		<p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Caja de juguetes -Mochila -Lonchera 	<ul style="list-style-type: none"> conducta incompatible -Restricción física 	
--	--	---	--	--	--

11	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física parcial su boca para evitar se muerda el antebrazo o se sostendrá su brazo cerca al cuerpo para que no esté a la altura de la boca y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pictogramas -Animales de juguete -Pelotas -Caja de juguetes -Mochila -Lonchera 	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo diferencial de la conducta incompatible -Restricción física 	12 min
----	--	---	--	--	--------

		Cierre: Canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.			
12	-Seguir instrucción de guardar en el estante	<p>Inicio: Se presenta el horario visual y canción de bienvenida.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1. Se le pedirá a la paciente que guarde su mochila en el estante con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo para que no llegue a la altura de su boca; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo de la paciente se aplicará RDI por medio de ayuda física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>2. Se le pedirá que guarde en el estante los juguetes que están sobre la mesa de trabajo con la instrucción “guarda en el estante”. Si presenta conductas autolesivas se restringirá de forma física parcial su boca tapándola con la mano del adulto o sosteniendo su brazo cerca de su cuerpo para que no esté a la altura de la boca de la paciente; así evitar se muerda el antebrazo y con el otro brazo de la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pictogramas -Animales de juguete -Pelotas -Caja de juguetes -Mochila -Lonchera 	<ul style="list-style-type: none"> -Refuerzo diferencial de la conducta incompatible -Restricción física 	12 min

		<p>se aplicará RDI por medio de ayuda física total/física parcial para que guarde su mochila en el estante.</p> <p>Cierre: Se presenta arena mágica para manipular, canción de despedida y feedback a la familia sobre la sesión.</p>			
--	--	---	--	--	--

Anexo Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [REDACTED]
..... con DNI N° [REDACTED] por medio del presente acepto brindar el uso de datos e información relevante para el trabajo titulado: **"PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA REDUCIR CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN UNA NIÑA CON DIAGNOSTICO DE AUTISMO"**. El objetivo del estudio es Realizar una intervención conductual para reducir conductas autolesivas en una niña con diagnóstico de autismo. Esta investigación estará a cargo de la Bachiller en Psicología: Mariabelén Izurieta Cossio con DNI N° 73634882.

De igual manera, declaro que he sido informada con claridad sobre los objetivos y metas con los que cuenta el estudio de caso. Además, se rige por parámetros de confiabilidad y privacidad de los datos personales y la información suministrada, siendo exclusiva del investigador.

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para que mi menor hija participe en la investigación.

Nombre: [REDACTED]

DNI: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]


DNI: [REDACTED]

Anexo Ficha de consentimiento

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos. Certifico, además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del jefe de área operativa:	[REDACTED]
Nombre del Área Operativa	Dirección
Fecha:	08/05/2023
Firma y sello:  CPS 6616	