



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CONDUCTA EN ACCIÓN” PARA LA
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON AUTISMO DE NIVEL

2

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

AUTORA: REYNA CECILIA ARIZAGA MOSCOSO

ASESORA: MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

LIMA – PERÚ

2025

Reyna Cecilia ARIZAGA MOSCOSO

APLICACIÓN DEL PROGRAMA “CONDUCTA EN ACCIÓN” PARA LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON AUTIS...

TESIS BRIGITTE

INVESTIGACIÓN 2024

Universidad Peruana Cayetano Heredia



Página 2 of 101 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega tm:oid::1:3292521022

14% Similitud general

Mg. Brigitte Aguilera Salcedo

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía

Fuentes principales

13% Fuentes de Internet

2% Publicaciones

3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Adriana Basurto Torres

Presidente

Mg. Monica Elvira Velasco Taipe

VOCAL

Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

SECRETARIA

DEDICATORIA

A mis padres, Reyna y Elvis; y a
mis hermanas, Katy y Milagros;
quienes creyeron en mí y nunca
dudaron de mi capacidad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi madre, Reyna, por su apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso. Sus enseñanzas de nunca rendirme y ser siempre resiliente han sido fundamentales. Me ha mostrado que, aunque podamos caer, lo importante es levantarnos y seguir adelante, siendo cada vez mejores.

Agradezco a mi padre por su constante confianza en mí, por su motivación y por hacer de este camino algo más llevadero con su carisma y aliento.

Agradezco también a mis hermanas, Katy y Milagros, por su comprensión y el apoyo constante que siempre me brindaron. Nunca me dijeron que no se podía, sino que estuvieron ahí cuando más las necesité.

Finalmente, quiero agradecer a mi asesora, Brigitte Aguilar Salcedo, por su invaluable acompañamiento, por compartir sus conocimientos y por su rigurosidad, que hizo posible que esta investigación llegara a un buen término.

Gracias por todo.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO..... 4

1.1. Descripción de la empresa:..... 4

1.1.1. *Misión*..... 4

1.1.2. *Visión*..... 4

1.1.3. *Valores* 5

1.2. Realizar la descripción del puesto 5

1.2.1. *Denominación del puesto* 5

1.2.2. *Principales funciones a cargo* 5

1.2.3. *Jefe inmediato* 6

1.3. Descripción de la experiencia profesional..... 6

1.3.1. *Delimitar el área de trabajo*..... 8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... 10

2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA) 10

2.1.1. *Definición del Trastorno del Espectro Autista (TEA)* 10

2.1.2. *Criterios para diagnosticar el Autismo* 11

2.1.3.	<i>Categorización según el nivel de gravedad</i>	13
2.1.4.	<i>Principales dificultades que presenta los niños con TEA</i>	14
2.2.	Conducta	15
2.2.1.	<i>Conductas disruptivas en niños TEA</i>	15
2.3.	Modelo teórico de intervención conductual en niños TEA	18
2.3.1.	<i>Modelo del condicionamiento operante</i>	18
2.4.	Antecedentes internacionales y nacionales	25
2.4.1.	<i>Antecedentes internacionales</i>	25
2.4.2.	<i>Antecedentes nacionales</i>	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		31
3.1.	Contextualización y justificación del problema	31
3.1.1.	<i>Contextualización del problema</i>	31
3.1.2.	<i>Justificación del problema</i>	33
3.2.	Intervención	34
3.2.1.	<i>Motivo de consulta</i>	34
3.2.2.	<i>Objetivo del programa</i>	40
3.2.3.	<i>Indicadores de logro</i>	41
3.2.4.	<i>Descripción del público objetivo</i>	42
3.2.5.	<i>Descripción del programa</i>	43
3.2.6.	<i>Metodologías empleadas en el programa</i>	53
3.2.7.	<i>Monitoreo y evaluación de la intervención</i>	57

3.3. Consideraciones éticas	57
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	59
4.1. Descripción de los resultados	59
4.2. Discusión de los resultados	71
CAPÍTULO V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	76
5.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	76
5.2. Impacto a nivel profesional	77
5.3. Impacto en la institución	78
5.4. Aporte en el área de la psicología y en el contexto	79
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS	85
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de gravedad del trastorno del espectro autista	13
Tabla 2. Área de afectación según el informe neuropsicológico.....	36
Tabla 3. Estructura del programa "Conducta en acción"	44
Tabla 4. Modelo de sesión de intervención	50
Tabla 5. Evaluación inicial y final a través de la lista de chequeo	59
Tabla 6. Análisis funcional de la conducta golpearse la frente contra la pared.....	62
Tabla 7. Análisis funcional de la conducta golpearse los codos contra la mesa.....	64
Tabla 8. Registro de la Línea Base y Evolución de la Regulación Emocional	66
Tabla 9. Registro de la Línea Base y Evolución de las Conductas Sociales Básicas	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organización del plan de intervención	48
Figura 2. Monitoreo de la frecuencia de la conducta golpearse la frente contra la pared.....	61
Figura 3 Monitoreo de la frecuencia de la conducta de golpearse el codo contra la mesa.....	63

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar e implementar un programa de modificación de conducta basado en una intervención conductual, con el fin de reducir el comportamiento disruptivo, promover el uso de una estrategia para la regulación emocional, y favorecer el desarrollo de conductas sociales básicas en un infante de 5 años diagnosticado con autismo de nivel 2. Para ello, se recopiló información mediante una entrevista semiestructurada, un análisis funcional de la conducta y un análisis topográfico; en el cual se registraron la frecuencia y duración de las conductas para su monitoreo. La intervención estuvo conformada por 9 sesiones, cada una de 50 minutos, durante las cuales se utilizaron diferentes técnicas como el reforzamiento de la conducta incompatible (RDI), restricción física y modelado. Los resultados indicaron una reducción del 83% en la frecuencia de las conductas disruptivas, un incremento del 80% en la frecuencia y duración del uso de la “cajita de la calma” como estrategia de regulación emocional; y un aumento del 70% en la frecuencia y duración de las conductas sociales básicas. En consecuencia, tras la aplicación del programa, se logró cumplir con los indicadores de logro establecidos al comienzo de la intervención.

Palabras clave: autismo, intervención conductual y conductas disruptivas.

ABSTRACT

The objective of this study was to design and implement a behavior modification program based on a behavioral intervention, aimed at reducing disruptive behaviors, promoting the use of an emotional regulation strategy, and fostering the development of basic social behaviors in a 5-year-old child diagnosed with level 2 autism. Information was gathered through a semi-structured interview, a functional behavior analysis, and a topographic analysis, which included recording the frequency and duration of behaviors for monitoring purposes. The intervention consisted of nine 50-minute sessions employing techniques such as differential reinforcement of incompatible behavior (DRI), physical restraint, and modeling. Results showed an 83% reduction in the frequency of disruptive behaviors, an 80% increase in the use of the "calm box" as an emotional regulation strategy, and a 70% increase in both the frequency and duration of basic social behaviors. These outcomes indicate that the intervention met the predefined achievement indicators.

Keywords: autism, behavioral intervention, disruptive behaviors.

INTRODUCCIÓN

El trastorno espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones en la comunicación, dificultades en la interacción social y patrones conductuales repetitivos y restringidos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Su manifestación temprana y la variabilidad en la expresión clínica justifican su conceptualización como un “espectro”. Dentro de sus manifestaciones conductuales se incluyen conductas disruptivas como autoagresiones, la agresividad hacia otros y comportamiento oposicionista. Para el abordaje de estas conductas, diversas investigaciones han respaldado la eficacia de la intervención conductual, basadas en el modelo teórico del condicionamiento operante. Este enfoque, sustentado en principios empíricos tiene como objetivo reducir las conductas disfuncionales y promover las habilidades adaptativas, favoreciendo de este modo la inclusión social (Morales et al., 2013).

En este contexto, el presente trabajo de suficiencia profesional propone la implementación del programa “Conducta en Acción”, diseñado para la intervención conductual de un niño de 5 años de edad, no escolarizado, con diagnóstico de autismo nivel 2. A partir del informe del especialista y la realización de la evaluación conductual, se identificaron diversas necesidades: dificultades en la atención sostenida, con mayor concentración solo en actividades de interés personal; lenguaje expresivo verbal limitado (sonidos onomatopéyicos); escaso uso de gestos y contacto visual; pobre imitación, incluso con apoyo físico y verbal. En el plano social, el niño prefiere el juego solitario y repetitivo, y no sigue normas sociales básicas como saludar o despedirse.

Asimismo, se observaron patrones conductuales repetitivos, juego estereotipado y conductas de evitación frente a tareas no motivantes. En el ámbito emocional, presenta escasa autorregulación, reaccionando con crisis conductuales (gritos, llanto, autoagresión) ante frustraciones o cambios en la rutina. En cuanto a su autonomía, aunque cuenta con control de esfínteres y puede alimentarse por sí mismo, requiere acompañamiento para completar estas tareas de forma independiente. Frente a esta problemática, el programa tiene como objetivos principales: reducir el comportamiento disruptivo, promover el uso de una estrategia conductual para la regulación emocional, y favorecer el desarrollo de conductas sociales básicas.

En ese sentido, el presente trabajo se estructura en los siguientes capítulos: El capítulo inicial aborda el contexto institucional en el que se implementó el programa, detallando las responsabilidades asociadas al puesto y proporcionando una descripción de la experiencia profesional adquirida. El segundo capítulo se dedica al marco teórico, en el cual se define el autismo, se presenta los criterios diagnósticos relevantes y se expone el modelo teórico del condicionamiento operante como un método de intervención en conductas disruptivas; así como el fomento de estrategias conductuales orientadas a la regulación emocional y el desarrollo de conductas sociales básicas. Además, se incluyen una selección de investigaciones tanto nacionales como internacionales relacionadas al tema.

En el tercer capítulo, se presenta el motivo de consulta y se describe la metodología de trabajo empleada en el programa. Además, se establece el objetivo general del programa y se detallan los procedimientos implementados durante la intervención. El capítulo cuatro, se enfoca en la presentación y análisis de los

resultados obtenidos, seguido de una reflexión crítica sobre la experiencia adquirida a lo largo del proceso. Finalmente, en el quinto capítulo se presenta las conclusiones derivadas del programa; así como las recomendaciones propuestas en función de los resultados de la intervención.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1.Descripción de la empresa:

La empresa es un centro de atención integral para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, con el objetivo de optimizar la calidad de vida de los niños, adultos jóvenes y familias; ubicado en Lima, en el distrito de Surco.

Cuenta con una trayectoria de 12 años en el ámbito educativo y clínico mediante la implementación de diferentes programas como: Academia para el Desarrollo de Habilidades, Inclusión Educativa, Pasantías Pre Laborales, Escuela de Vida. Estos programas tienen como finalidad desarrollar habilidades de autonomía, autorregulación y habilidades sociolaborales. Asimismo, el centro dispone de un equipo de profesionales especializados en la modificación de conducta basada en evidencia científica.

1.1.1. Misión

“Somos un centro de atención integral a niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo que cuenta con un equipo interdisciplinario en sus diferentes programas potenciando al máximo las capacidades de cada uno de nuestros alumnos” (Misión de la empresa, 2024).

1.1.2. Visión

“Mejorar nuestro servicio de atención integral para desarrollar las capacidades, integrar socialmente y preparar para el mundo laboral a nuestros jóvenes. Asimismo, contribuir a romper los estereotipos y prejuicios que existen

sobre las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, promoviendo una cultura de inclusión y respeto” (Visión de la empresa, 2024).

1.1.3. Valores

La empresa cuenta con los siguientes valores institucionales: “Trabajo en equipo, respeto y vocación de servicio” (Valores de la empresa, 2024).

1.2. Realizar la descripción del puesto

1.2.1. Denominación del puesto

El puesto desempeñado fue de psicopedagoga.

1.2.2. Principales funciones a cargo

Entre las principales funciones realizadas en el centro laboral, fueron las siguientes:

- *Entrevista psicológica:* se realiza el primer contacto con los usuarios, con el objetivo es identificar el motivo de consulta y explorar las problemáticas que afectan su bienestar psicológico. En caso de pacientes menores de edad, se permite la presencia de los padres o tutores durante la sesión. La duración estimada de cada entrevista es de 45 minutos.
- *Evaluación psicológica:* Aplicación y corrección de pruebas psicométricas y proyectivas de acuerdo al área y motivo de consulta que se va a evaluar e intervenir.
- *Orientación y consejería psicológica:* mediante entrevista, acompañamientos y charlas psicoeducativas a los padres de familias sobre como guiar y aportar en el abordaje de sus hijos.

- *Intervención psicológica:* En esta función se realizan las intervenciones de tipo individual y familiar a niños, adolescentes, adultos o padres de familia. Entre los casos clínicos abordados durante las sesiones fueron: problemas cognitivos, adaptación, TDAH y autismo.
- *Elaboración de informes:* basados en los avances logrados durante el proceso de la intervención psicológica.
- *Reunión de retroalimentación:* el cual consistió en un conversatorio con la coordinadora del área para dar a conocer el reporte del progreso de los usuarios; posteriormente, se recibió el feedback de la coordinadora para ajustar la intervención.
- *Capacitación y actualización profesional:* asistencia a las capacitaciones que brindaba el área de inclusión educativa del centro sobre temas de abordaje conductual y socioemocional, para una oportuna detección e intervención de los casos que se presentaban de forma predominante.

1.2.3. Jefe inmediato

- Coordinadora del área de inclusión educativa.

1.3. Descripción de la experiencia profesional

La experiencia profesional se llevó a cabo el ámbito de la Psicología Clínica – Educativa, abordando a infantes que presentaban discapacidad intelectual y/o del desarrollo (Autismo, Síndrome de Down). Las intervenciones tenían como objetivo fomentar habilidades que le permitan un mejor desenvolvimiento en la vida cotidiana del niño, con la finalidad de que pueda integrarse a un ambiente educativo con la menor complicación posible.

En el presente trabajo de suficiencia profesional, la intervención se realizó en un primer momento en la casa del menor, específicamente en su sala de estudio, donde se acondicionó el lugar para que sea similar al de un aula. Contaba con una pizarra acrílica, mesa, sillas, y un estante con divisiones que se utilizaba para guardar los materiales; asimismo, tenía un patio donde se podía salir en el momento de su receso.

Posteriormente nos trasladamos al centro, el cual contaba con 5 aulas para dictar la clase y el área de psicología. El área de trabajo era un aula que tenía: televisor, pizarra, carpetas y sillas, ventilador, materiales de papelería que el menor podía hacer uso de acuerdo a las indicaciones; asimismo, se contaba con un patio compartido, donde los niños podían salir a compartir con sus pares en el momento del receso.

Por otro lado, el consultorio de psicología estaba dividida por dos ambientes, el primero es dónde se abordaba a los alumnos y/o padres, y otro espacio para la realización de materiales.

Con respecto, al ambiente laboral era muy agradable, había una comunicación fluida entre la coordinadora del área de inclusión educativa y mis compañeros de trabajo, lo que beneficiaba la intervención con los pacientes.

1.3.1. Delimitar el área de trabajo

1.3.1.1.Línea de investigación vinculada a la intervención. La línea de investigación del presente estudio se enmarca en el de “bienestar psicológico en instituciones educativas” (Coordinación de la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, s.f.). El objetivo principal del trabajo de suficiencia profesional fue mejorar el bienestar de un infante diagnosticado con trastorno espectro autista y adaptarlo a un entorno educativo mediante un plan de acción, y así poder anticiparlo a las condiciones reales de un salón de clase sin comprometer la integridad física y emocional del menor y de su entorno. En ese contexto, se abordó el tema de modificación de conducta para promover una adecuada convivencia escolar, contribuyendo al incremento del bienestar del infante y el desarrollo de la psicología educativa.

1.3.1.2.Objetivos del desarrollo sostenible vinculadas a la intervención. Los objetivos globales establecidos por las Naciones Unidas buscan eliminar la pobreza, salvaguardar el planeta y garantizar la prosperidad para todos. Se encuentran contemplados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) y se subdividen en 17 metas específicas (*Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo, 2024*).

El presente trabajo de suficiencia profesional busca responder a la ODS de Educación de Calidad, cuyo propósito es garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad; además de promover oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida para todas las personas (Organización de la Naciones Unidas, 2024). En ese contexto, el presente programa de

intervención busca contribuir a la meta de garantizar que todos los infantes accedan a servicios de atención y desarrollo durante la primera infancia, así como a una educación preescolar de calidad, con el objetivo de prepararlos de manera adecuada para la enseñanza primaria. Para ello, se ha diseñado un programa enfocado en la modificación de conductas disruptivas, el desarrollo de conductas sociales y estrategias de regulación emocional a nivel conductual. Se espera que, mediante esta intervención, el niño con TEA, fortalezca su autonomía personal, logrando una regulación conductual y emocional que permita su adaptación escolar de manera óptima.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.Trastorno del Espectro Autista (TEA)

2.1.1. *Definición del Trastorno del Espectro Autista (TEA)*

Una primera aproximación sobre el término “autismo” fue realizada por Eugen Bleuler (1908), quien lo utilizó para describir uno de los síntomas observados en pacientes con esquizofrenia; específicamente en aquellos que mostraban un retraimiento del contacto social. Posteriormente, en 1943, Leo Kanner difundió su primer trabajo denominado “Autistic Disturbances of Affective Contact” (Trastornos autistas del contacto afectivo), donde presentó una serie de casos (11) sobre niños con características autistas. En su estudio, Kanner resaltó la dificultad que tenían estos niños para relacionarse con los demás y propuso la existencia de una alteración biológica que podría explicar los síntomas conductuales observados (Golt y Kana, 2022).

Asimismo, Hans Asperger realizaba observaciones similares en sus pacientes en Viena, desarrollando una teoría sobre el autismo en individuos que compartían las características descritas por Kanner, pero que además presentaban aislamiento social, ausencia de reciprocidad en las interacciones sociales, habilidades lingüísticas poco comunes, e inteligencia superior a la media. Estas características posteriormente serían denominadas como síndrome de Asperger (Boland y Verduin, 2023).

En ese contexto, años después en 1979, Lorna Wing y Judith Gould señalaron que, a pesar de las aparentes diferencias entre los enfoques de ambos autores, aún presentaban características comunes esenciales. En un estudio

realizado en Londres, las autoras identificaron que el autismo se presenta de manera diferente en cada individuo, lo cual llevó a la conclusión de que se encuentra dentro de un “espectro”. Este término posteriormente fue incorporado a la definición del autismo en el DSM-5 (Alcalá y Ochoa, 2022).

Actualmente, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), refiere al trastorno del espectro autista (TEA) como una alteración neurológica y del desarrollo que se presenta durante los primeros años de vida. Se distingue por la aparición de desafíos en la comunicación, la interacción interpersonal y la existencia de patrones recurrentes de una determinada conducta, actividades o intereses específicos (Martín et al., 2022). El autismo se presenta como una combinación de anomalías sociales, conductuales y del lenguaje que generalmente se manifiesta antes de cumplir los 3 años. Las deficiencias significativas en las capacidades sociales y comunicativas se manifiestan en una ausencia de vínculo afectivo hacia los miembros de la familia y en inadecuadas interacciones sociales (*Pediatric Neurology*, 2019).

Para los fines de la presente intervención se tendrá en cuenta la definición propuesta por la APA y el DSM-5 como una referencia para identificar los criterios que se deben de considerar para el diagnóstico del TEA.

2.1.2. Criterios para diagnosticar el Autismo

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última edición (DSM-5), el Trastorno del Espectro Autista comprende el autismo infantil, autismo atípico, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado (APA, 2013). Esta nueva

clasificación se basa en que los síntomas de estos trastornos comparten características comunes, en lo que respecta a las alteraciones en la comunicación social, así como en los patrones de conducta e intereses repetitivos y/o restringidos, los cuales pueden manifestarse en grados que van desde leves a severos.

Según lo mencionado, se indicará los criterios a tener en cuenta para un diagnóstico (DSM - 5, 2013):

- Problemas recurrentes en la comunicación y en entablar un vínculo en diferentes entornos sociales.
- Conductas restrictivas y repetitiva, interés y/o actividades, que se evidencian en al menos dos de los siguientes ítems.
 - Manifestación de movimientos estereotipados, uso repetitivo de objetos o patrones verbales estereotipados.
 - Inflexibilidad en las rutinas (persistencia en su monotonía), patrones de conducta.
 - Intereses fijos y restringidos, que difieren en tema de intensidad.
 - Hiperreactividad o hiporreactividad hacia los estímulos sensoriales, así como los intereses inusuales por alguna característica del entorno.
- Los síntomas deben de aparecer en las primeras etapas del desarrollo; aunque podría no manifestarse completamente hasta que no surja una necesidad social.
- Los síntomas afectan de forma considerable en el entorno social, laboral o en otras áreas del desempeño personal.
- Los cambios no se pueden explicar de manera más certera que por un trastorno del desarrollo intelectual o por el retraso global del desarrollo.

2.1.3. Categorización según el nivel de gravedad

Según el DSM-5, el TEA se clasifica en tres niveles de gravedad basados en la cantidad de apoyo necesario. Nivel 1, necesita ayuda; nivel 2, necesita ayuda notable; y nivel 3, necesita ayuda muy notable (APA, 2013). A continuación, se procederá a describir los niveles de gravedad según las áreas afectadas (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Nivel de gravedad del trastorno del espectro autista

Nivel de gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Nivel 3 “Necesita ayuda muy notable”	Graves deficiencias en las áreas de comunicación tanto verbal como no verbal que ocasionan cambios significativos en la interacción social.	Dificultades extremas para hacer frente a los cambios (inflexibilidad del comportamiento), interfiere notablemente en todas las áreas de su vida.
Nivel 2 “Necesita ayuda notable”	Dificultades en la comunicación tanto verbal como no verbal, problemas de interacción incluso con apoyo directo, lo que genera limitaciones en el ámbito social.	Inflexibilidad en su conducta que se manifiesta en una dificultad para enfrentarse a los cambios que son evidentes para los observadores.
Nivel 1 “Necesita ayuda”	Sin apoyo directo, las dificultades en la comunicación afectan de manera notable. Lo que puede parecer que tiene poco interés en la interacción social.	La inflexibilidad genera interferencias significativas en uno o más contextos de su vida. Dificultad para alternar tareas.

Nota: Adaptado del DSM – 5 (APA, 2013)

De acuerdo con los niveles de afectación establecidos por el DSM-5, las características del paciente descrito en el presente trabajo corresponden al grado 2, lo que significa que requiere de una ayuda notable.

2.1.4. Principales dificultades que presenta los niños con TEA

Según Vargas y Navas (2012), las principales dificultades que experimenta la población con autismo se agrupan en cuatro áreas clave: Comunicación, regulación emocional, socialización y necesidades educativas. A continuación, se describirán cada uno de estas áreas.

- **Dificultades en la comunicación:** Problemas en el desarrollo del lenguaje, que pueden manifestarse desde la ausencia total del habla hasta alteraciones en la comunicación verbal y no verbal. Entre los principales indicadores se encuentra la falta de contacto visual, no responde a su nombre, retraso en la aparición del balbuceo y falta de respuesta o intereses frente a estímulos neutrales.
- **Dificultades en la regulación emocional:** Pueden experimentar dificultades para comunicar verbalmente sus emociones y pensamientos, lo que puede ocasionar desequilibrios emocionales, especialmente en momentos de estrés o frustración. Estos episodios ocasionan elevados niveles de desregulación, lo que requiere estrategias que le permita a estos niños a manejar sus emociones de manera eficaz y adaptativa.
- **Dificultades en la socialización:** Capacidad limitada para establecer relaciones interpersonales adecuadas a su edad y nivel de lenguaje. La mayoría de estos niños tienden a tener pocos o ningún amigo, y cuando

logran formar relaciones, estas tienden a centrarse en intereses específicos y particulares. Es decir, muestran una limitada capacidad para compartir experiencias, emociones e intereses con otras personas, lo que puede repercutir en la integración social y afectiva dentro de su entorno.

- **Necesidades educativas:** Muestran una actitud negativa hacia el aprendizaje, dificultades para establecer vínculos de amistad y mantener interacciones satisfactorias con sus compañeros en el contexto escolar. Además, el rendimiento cognitivo puede variar de manera significativa, desde discapacidades intelectuales hasta habilidades intelectuales excepcionales en áreas específicas (Berenguer et al., 2018).

2.2. Conducta

La conducta hace referencia a las acciones o reacciones de una persona en respuesta a un estímulo. Estas conductas pueden ser observadas y presentan dimensiones cuantificables que permite su medición, como: **Frecuencia** (el número de veces que se produce la conducta), **duración** (el tiempo que transcurre desde el comienzo hasta la finalización de la conducta) e **intensidad** (la magnitud de la fuerza física involucrada en la conducta) (Miltenberger, 2013).

2.2.1. Conductas disruptivas en niños TEA

Las conductas disruptivas o desadaptativas se entienden como aquellos problemas conductuales que interfieren con el desarrollo integral y adecuado de la persona. Estas acciones pueden comprometer la integridad física o emocional tanto del propio individuo como de terceros, mediante: autolesiones, hiperactividad,

autoestimulación, desobediencia, actos antisociales, pataletas, agresión, entre otros. Generalmente, estas conductas surgen como una estrategia para satisfacer o compensar necesidades o exigencia percibidas por la persona que las realiza (Cordova, 2021). En ese sentido, las conductas disruptivas se interpretan como un mecanismo de comunicación con el entorno.

Asimismo, Hervás y Rueda (2018) señalan que las conductas disruptivas son comunes en niños con TEA, suele manifestarse desde edades tempranas y en algunos casos, puede intensificarse a medida que la persona crece. Entre los problemas más relevantes, se identifican los siguientes:

- Comportamientos que comprometen la seguridad personal (autolesiones, intentos de fuga o resistencia a alimentarse y/o dormir),
- Comportamiento agresivo, tanto verbales como físicas (que ponen en riesgo la seguridad familiar o la integridad de bienes materiales),
- Cambios emocionales (en situaciones adversas genera irritabilidad, ansiedad o descontrol emocional; en situaciones favorables produce la excitabilidad).

En ese sentido, la irritabilidad observada en los niños con TEA genera conductas de agresión, autolesiones y rabietas intensas. Estos comportamientos son comunes en esta población y puede resultar difíciles de gestionar (Hervás et al., 2017). Además, las conductas disruptivas obstaculizan directamente en la mejora del desarrollo de repertorios adaptativos, ya sean básicos y/o sociales; generando una serie de interacciones perjudiciales tanto para el niño como para su entorno (Espinoza, 2017).

En función de lo expuesto, las conductas disruptivas en niños con TEA se originan debido a las deficiencias en las habilidades de comunicación, interacción social y la adaptación al contexto en el cual se manifiesta la conducta. En ese sentido, los niños con TEA enfrentan dificultades para entender y manifestar sus propias emociones y sentimientos, así como de los demás, lo que los conduce a recurrir al comportamiento disruptivo como un medio de comunicación (*Trastornos Del Espectro Autista: Problemas de Comunicación En Los Niños*, 2020). En consecuencia, situaciones cotidianas, como la transición entre actividades, la permanencia en el aula o la obligación de quedarse quieto cuando desean moverse, pueden desencadenar estos comportamientos.

2.2.1.1. Factores que influyen en la conducta disruptiva en niños con TEA. Según

Hervás y Rueda (2018), los problemas a nivel conductual en los infantes diagnosticados con TEA son derivados de los síntomas nucleares de este trastorno, favoreciendo la aparición de conductas disruptivas:

- **Alteraciones sociocomunicativas:** La falta de interés en interactuar con sus pares se relaciona con una escasa respuesta a los estímulos sociales, lo que, en situación de presión, ocasiona que se manifieste mediante conductas de evasión o estados de ánimo negativo. En aquellos casos en que los infantes manifiestan interés en la interacción social, pero no poseen las competencias requeridas para formar vínculos, las interacciones se realizan de manera inapropiada, a través de acercamientos verbales inadecuados o comportamientos agresivos. En ambos casos, las dificultades para solicitar ayuda o establecer una comunicación efectiva provoca explosiones conductuales y emocionales de gran intensidad.

- **Comportamientos estereotipados, intereses restringidos y alteraciones sensoriales:** La poca flexibilidad frente a una modificación en la rutina y la falta de comprensión de los rituales establecidos ocasiona problemas de tipo conductual. La hipersensibilidad sensorial provoca reacciones conductuales extremas.
- **Alteración de la regulación emocional:** Según Mihic y Novak (2018), la desregulación emocional es un factor relevante en los problemas de conducta, dado que los niños con TEA suelen experimentar niveles elevados de frustración y/o tensión, lo cual afecta su capacidad para comunicarse adecuadamente. Ante la falta de posibilidad de expresar sus emociones y/o pensamientos de forma efectiva, recurren a otras formas de expresión, como son los comportamientos disruptivos.

2.3. Modelo teórico de intervención conductual en niños TEA

2.3.1. Modelo del condicionamiento operante

El modelo operante se enfoca en la modificación de conductas a través de enfoques científicos que permite la adquisición o modificación de una determinada conducta. En ese sentido, Skinner formuló el modelo del condicionamiento operante, en la cual postuló que el comportamiento humano es un fenómeno complejo que requiere de una comprensión detallada de las causas y consecuencias de la conducta; realizó contribuciones significativas en el ámbito de la investigación, especialmente a través de programas de reforzamientos (Barrientos, 2023). Este modelo se aplica de manera relevante en la intervención de niños con autismo, con la finalidad de promover cambios conductuales.

El condicionamiento operante se enfoca en la influencia de las consecuencias de una conducta sobre la posibilidad de que dicho comportamiento se repita en un futuro. En este proceso, el comportamiento es modificado a través de sus consecuencias, las cuales pueden ser de refuerzo o castigo (Staddon y Cerutti, 2002).

Un reforzador: Se define como cualquier estímulo que sigue a una respuesta con el propósito de incrementar la posibilidad de que dicha respuesta se repita. Ejemplos de reforzadores en niños pequeños pueden incluir elogios verbales o la entrega de un juguete deseado.

Un castigo: Se refiere a una consecuencia que disminuye la probabilidad o frecuencia de que una conducta se vuelva a repetir. Los posibles castigos en niños pequeños pueden implicar la desaprobación verbal o la retención de un objeto o actividad deseada.

2.3.1.1. Técnica de intervención en niños TEA. A continuación, se describirán las técnicas aplicadas en los niños con TEA según el modelo operante. Es importante señalar que ninguna de estas técnicas se considera superior a las demás, ya que su aplicación depende del propósito que se desea alcanzar: desarrollar, incrementar y mantener conductas, o disminuir conductas inadecuadas (Gómez y Da Resurrección, 2017).

2.3.1.1.1. Técnicas para desarrollar, aumentar y mantener una conducta.

Según Bados y García-Grau (2011), existen diversas técnicas que pueden aplicarse para desarrollar y/o mantener una conducta, como son: Técnicas de

reforzamiento, técnicas de instigación, técnicas para el establecimiento de una conducta. A continuación, se describirá cada una de estas técnicas.

A. Técnicas de reforzamiento

- *Reforzamiento positivo*: Se refiere a la introducción de un estímulo (reforzador) ya sea un suceso, comportamiento u objeto que, al ser introducido, aumenta la posibilidad de que la conducta se replique en un futuro próximo. Ejemplo: A un niño se le da la indicación de “siéntate”, después de realizar la acción se le entrega un pedazo de galleta como refuerzo.
- *Reforzamiento negativo*: Consiste en la eliminación, reducción o prevención de un estímulo desagradable con la finalidad de aumentar o sostener una conducta esperada.

B. Técnicas de instigación

El termino instigador hace referencia a cualquier tipo de apoyo o asistencia que facilite el inicio o simplifique la ejecución de una conducta. Puede ser verbal, mediante instrucciones; física, guiar el movimiento de la conducta a desarrollar u observacional, mediante el modelado de la conducta.

- *Modelado*: Esta técnica se utiliza para enseñar una nueva conducta a través de la observación, y requiere de la presencia de un modelo que realice la conducta que se desea adquirir.

Características: El modelo debe ser simple y acorde a la nueva conducta que se desea enseñar; se refuerza de manera inmediata tanto a la conducta modelo como la del niño que lo imita.

C. Técnicas para establecer conductas

- *Moldeamiento*: Consiste en reforzar de manera sistemática cada aproximación sucesiva hacia la conducta objetivo, hasta que se logre el comportamiento deseado. Es fundamental que la persona que implemente la técnica describa detalladamente los pasos necesarios para alcanzar la conducta. Conforme el infante progresa, debe recibir refuerzos, ya sea verbal o material.
- *Encadenamiento*: Implica la implementación de conductas en un orden específico o secuencial (cadena); lo que permite descomponer una conducta compleja en una serie de pasos más simples. Cada acción de la cadena, con excepción de la última, actúa como una señal o estímulo discriminatorio que indica la respuesta subsiguiente. A su vez, cada acción de la cadena, salvo la primera, funciona como un reforzamiento condicionado que mantiene la secuencia.

2.3.1.1.2. Técnicas para reducir o eliminar Conductas.

Las técnicas operantes para reducir o eliminar una conducta, son: Castigo, Sobrecorrección, Extinción y Tiempo fuera (Bados y García-Grau, 2011). A continuación, se detallará cada una de las técnicas.

A. Castigo

- *Castigo positivo*: Consiste en la presentación de un estímulo desagradable al individuo, con el propósito de reducir o eliminar una conducta indeseada.
- *Castigo negativo*: Consiste en retirar un estímulo placentero como consecuencia de un comportamiento inapropiado, tiene como fin reducir la posibilidad de que dicha conducta se vuelva a repetir.

B. Sobrecorrección: Implica la aplicación de una penalización como consecuencia de una conducta inadecuada, con el fin de promover el aprendizaje de comportamientos adecuados. Ejemplo: Cuando un niño arroja los juguetes, se establece que el mismo niño debe ser el responsable de recogerlo. Se refuerza la responsabilidad y la corrección de la conducta.

C. Extinción: Implica no prestar atención al comportamiento disruptivo, con el objetivo de reducir su frecuencia. Al mismo tiempo, se debe de reforzar la conducta alternativa, promoviendo su repetición y aumentando la posibilidad de que se manifieste nuevamente.

D. Tiempo fuera

- *Mediante aislamiento:* Tiene como finalidad retirar a la persona de su entorno habitual y colocarlo en un espacio en específico (por ejemplo: una habitación desocupada o un área sin estímulos atractivos) como consecuencia de un comportamiento inapropiado, como: agredir, gritar, romper objetos, reaccionar de manera insolente, entre otros. El aislamiento busca disminuir la frecuencia de estos comportamientos disruptivos.
- *Tiempo fuera con exclusión:* Es esta técnica, la persona permanece en su ubicación original, pero se le impide participar en la actividad en curso, lo que limita su acceso a los refuerzos o interacciones relacionadas con la actividad. Tiene la finalidad de reducir conductas inadecuadas mediante la exclusión temporal de la situación reforzante.

2.3.1.1.3. Técnicas para potenciar las conductas.

Las técnicas utilizadas para potenciar una conducta incluyen el Contrato de conducta y economía de fichas (Bados y García-Grau, 2011).

- A. **Contratos de conducta:** Se trata de un acuerdo redactado entre las dos partes involucradas, el cual refleja el diálogo y negociación previamente establecida. En este documento, se especifica claramente la conducta que se desea modificar de manera positiva, así como las recompensas que el niño obtendrá por cumplir la conducta deseada. Además, se deben establecer las consecuencias negativas en caso de incumplimiento.
- B. **Economía de fichas:** Tiene como finalidad cambiar las conductas no deseadas a través de un refuerzo positivo asociado con la realización de una conducta deseada. En este caso, el refuerzo positivo se traduce en la obtención de puntos con la posibilidad de ser reemplazados por objetos de diversos valores. Para implementar esta técnica, se debe identificar la conducta a eliminar y reemplazarla por una conducta positiva, la cual debe estar claramente especificada en un registro visual, como una cartulina. A medida que el niño cumple con la conducta deseada, se le otorga una ficha o pegatina, que se coloca en la cartulina. Al final de un periodo determinado, como una semana, se realiza el conteo de las fichas acumuladas, las cuales pueden ser intercambiadas por recompensas previamente acordado.

En consecuencia, cuando se observe una alta prevalencia de la conducta alternativa, la conducta problemática experimentará una disminución o incluso desaparecerá, siempre que se mantenga la intervención sobre la conducta

alternativa. Por lo tanto, es fundamental emplear técnicas de mantenimiento para garantizar la persistencia de las conductas deseadas a largo plazo.

A continuación, se explicará los criterios necesarios para llevar a cabo una modificación de conducta en niño con TEA.

2.3.1.2. Criterios para llevar a cabo una modificación de conducta:

Según Skinner, para realizar un proceso de modificación de conducta, es importante considerar los siguientes pasos (Gómez y Da Resurrección, 2017):

- *Definir el objetivo:* Determinar de manera clara y precisa que conducta se desea eliminar o reducir.
- *Establecer una línea base:* Observar y documentar las conductas actuales de la persona para determinar una línea base, mediante el registro de la frecuencia, intensidad y duración.
- *Planificar la intervención y seleccionar las técnicas a usar:* Identificar y elegir las técnicas de intervención más apropiadas, basándose en las características específicas del comportamiento a modificar.
- *Evaluación de los resultados:* Después de la implementación del programa de intervención, se debe de realizar un análisis de los resultados alcanzados, con el fin de evaluar la efectividad y determinar si la conducta ha experimentado una modificación significativa

En ese sentido, para la elaboración de un programa de intervención se requiere de la integración estructurada de un modelo teórico sólido como es el caso del condicionamiento operante, para asegurar su impacto positivo.

2.4. Antecedentes internacionales y nacionales

2.4.1. Antecedentes internacionales

Una investigación realizada por Cuervo y Granados (2024) en México, tuvo como objetivo favorecer la comunicación y modificar las conductas disruptivas (rabietas, golpearse la cabeza y agresión hacia otras personas; así como la pérdida de interés) mediante la implementación del programa ImPACT. Los participantes fueron tres alumnos de entre 3 y 5 años, diagnosticados con TEA de nivel 3. Se utilizaron la historia clínica y la escala de observación diagnóstica del autismo (ADOS-2) para la obtención de datos. El programa ImPACT constó siete sesiones, que se centraron en el acompañamiento activo a los padres de familia de los niños diagnosticados con TEA, integrando los principios de la metodología conductual. Las estrategias empleadas incluyeron el seguimiento de instrucciones, encadenamiento y retiro de estímulos. Los resultados indicaron un incremento en la participación social y en el lenguaje expresivo, especialmente en el contexto de interacción durante el juego. Los autores subrayan la relevancia de intervenir en la etapa preescolar de los niños con TEA, pues facilita la regulación de conductas disruptivas y promover la estimulación temprana del desarrollo cognitivo; estos aspectos son esenciales para la educación preescolar y el cuidado infantil, ya que contribuyen a la preparación de los niños TEA para enfrentar los retos escolares.

Asimismo, Vieira (2023) realizó un estudio de caso en Portugal, con la finalidad de mejorar la regulación emocional, aumentar las habilidades sociales y disminuir el comportamiento disruptivo (autoagresiones, gritos, mordeduras) en una niña de 5 años con diagnóstico TEA, a través de una intervención fundamentada en el condicionamiento operante. La intervención comenzó con una evaluación

diagnóstica que incluyó el WISC-III, la escala de entrevista diagnóstica del autismo (ADI-R) y la escala de observación diagnóstica del autismo (ADOS-2). En cuanto a la intervención, se elaboró un análisis funcional de las conductas disruptivas y se utilizó un sistema de registro conductual. Posteriormente, se ejecutó un programa de intervención centrado en el entrenamiento de habilidades sociales, estructurado en tres fases: Entrenamiento conductual, Entrenamiento de transferencia y entrenamiento de relajación; con un enfoque en la resolución de problemas durante las sesiones individuales. Además, se ofrecieron sesiones de psicoeducación a la madre, capacitación a los docentes y a la directora para implementar estrategias preventivas en el hogar y la escuela. Los resultados confirmaron el diagnóstico de TEA de nivel I, y evidenciaron una reducción significativa de las conductas disruptivas. La autora destaca la relevancia de la colaboración y articulación entre cada uno de los participantes en el procedimiento de intervención para asegurar el éxito del abordaje.

Por otro lado, Patricio et al. (2023) realizaron una investigación en Brasil con la finalidad de evaluar el efecto de una intervención conductual basada en la independencia en diversas tareas relacionadas con habilidades sociales (responder al saludo con gestos y vocalización, identificar emociones y esperar turno en actividades) y habilidades de atención (esperar, hacer contacto visual, seguir instrucciones de un paso) en niños diagnosticados con TEA. La muestra consistió en 16 niños de entre 3 y 11 años que recibían tratamiento en una clínica utilizando la intervención conductual. Las sesiones se llevaron a cabo tres veces por semana, y los datos fueron registrados mediante un registro de entrenamiento de un software específico para la intervención. Los instrumentos utilizados para la evaluación

incluyeron el Perfil Psicoeducativo Revisado (PEP-R) y un programa individualizado de enseñanza y tratamiento. Los resultados mostraron mejoras significativas en habilidades sociales y de atención; destacando mayor independencia en los niños para llevar a cabo actividades sociales, como: saludar (de 35 intentos, logró realizar 30 veces). La autora concluye que una intervención conductual promueve el desarrollo de habilidades sociales, reduce conductas disruptivas y promueve comportamientos socialmente aceptados en niños con TEA.

Finalmente, Ovelleiro (2022) realizó un estudio en España con la finalidad de desarrollar un programa de educación emocional centrado en reducir el comportamiento disruptivo en niños TEA (autolesiones, agredir a los docentes, lanzar los materiales y agredir durante el periodo de espera) por medio de la gestión emocional. El programa fue implementado en un infante de 11 años con diagnóstico de TEA; y se desarrolló por tres semanas, con sesiones tres veces por semana. Para la evaluación inicial y final del programa se utilizó una hoja de registro sobre las conductas del alumno. Las actividades del programa incluyeron psicoeducación, musicoterapia y ejercicios orientados a mejorar la tolerancia y la frustración. Con respecto a los resultados, se evidenció que las autolesiones y las agresiones hacia los docentes disminuyeron; sin embargo, las agresiones a sus compañeros aún persistían. Asimismo, el niño desarrolló la capacidad de reconocer sus emociones, lo que le favoreció a tener un mayor control sobre sus reacciones emocionales; generando así una disminución significativa de las conductas agresivas. La autora concluyó que el programa fue efectivo en mejorar la regulación emocional en niños con TEA, sugiriendo que la gestión emocional tiene un rol significativo en la disminución de conductas disruptivas.

2.4.2. Antecedentes nacionales

A nivel nacional, Antúnez (2022), llevo a cabo una investigación centrada en el desarrollo de nuevas destrezas sociales y la reducción de comportamientos inapropiados en un niño diagnosticado con TEA de nivel II. Para la evaluación del caso, se utilizaron diversos instrumentos, entre ellos: la observación conductual, entrevistas, lista de chequeo y registro de frecuencia de conductas. El programa de intervención consistió en ocho sesiones de una hora cada una, distribuidas a lo largo de un periodo de dos meses. Durante las sesiones, se emplearon diversas técnicas, como: psicoeducación, economía de fichas, instrucciones, reforzamiento, castigo negativo, modelado, sobrecorrección y ejercicios de relajación. Los resultados demostraron un progreso en el desarrollo de habilidades sociales, como: saludar, despedirse y decir “por favor”. Al inicio del programa, la frecuencia de estas conductas era nula, mientras que al final de la intervención aumentó a 2, 2, 3 respectivamente. Asimismo, se observó una reducción significativa en la frecuencia de comportamientos inapropiados, tales como: agredir a la madre con manotazos paso (de 4 a 2), jalarle el cabello (de 3 a 2) y gritar (de 5 a 3). En conclusión, la autora destacó que una intervención adecuada puede influir positivamente en la adaptación social de los niños diagnosticados con TEA, destacando la importancia de emplear estrategias personalizadas.

Asimismo, Diaz (2021) realizó un estudio de caso con el objetivo de incorporar la conducta de realizar tareas en un niño de 10 años con autismo de grado I. El participante, que no había asistido a una institución educativa, carecía del hábito de estudio y presentaba dificultades conductuales al realizar tareas educativas, prefiriendo el juego en lugar de trabajar en un escritorio. A pesar de que

su lenguaje verbal era limitado, comprendía instrucciones sencillas. La intervención se realizó en el hogar, con la colaboración de la familia; y consistió en tres fases: repertorio de entrada (5 sesiones), intervención (12 sesiones) y seguimiento (4 sesiones); en total se realizaron 21 sesiones de 30 minutos cada una. Se emplearon técnicas de modificación de conducta, como: refuerzo positivo, modelado, moldeamiento, instigación física y sobrecorrección; con el fin de reducir las conductas inadecuadas, promover el desarrollo social y académico del infante. Los resultados mostraron un progreso significativo en la capacidad del niño para realizar tareas. Al inicio de la intervención, el menor solo lograba mantener su atención en actividades de corta duración, de aproximadamente 3 minutos. Sin embargo, al finalizar la intervención, el tiempo promedio de participación en las actividades aumentó a 18 minutos, lo que reflejó una mejora sustancial en su capacidad de atención y concentración.

Finalmente, una investigación realizada por Carrasco y De la Vega (2019) tuvo como objetivo describir la evaluación e intervención de un niño de 6 años diagnosticado con TEA, utilizando una intervención conductual. El participante, fue un niño que se encontraba en un Centro de Educación Básica Especial (CEBE) ubicado en Lima, fue evaluado de manera integral para examinar su problemática actual y su desarrollo, para lo cual se utilizaron el instrumento de C.A.R.S. y la evaluación de la conducta adaptativa para padres ABAS-II. La intervención se centró en abordar las necesidades del menor en las áreas de repertorio básico, conductual y de lenguaje, durante un periodo de dos meses, con sesiones de 40 minutos, 3 veces por semana. Los resultados mostraron mejoras significativas en las áreas intervenidas, observándose un mayor cumplimiento de las órdenes, como:

sentarse (95%) y mantenerse en su lugar durante al menos 20 minutos (90%). Además, se instauró la conducta de señalar para solicitar objetos de su interés (90%) y se mejoró el mantenimiento del contacto visual durante 2 segundos (60%). Los autores sugieren que estos avances fueron posibles mediante el uso de ensayos discretos y los reforzadores tangibles; los cuales posteriormente fueron sustituidos por reforzadores sociales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Contextualización y justificación del problema

3.1.1. Contextualización del problema

La Organización Mundial de la Salud (2023), calcula que cerca de 1 de cada 160 niños es diagnosticado con autismo. A nivel global, la prevalencia es del 61% en Europa y del 65% en las Américas; sin embargo, los datos disponibles en los países de bajos ingresos son limitados. En el contexto peruano, no existen estudios epidemiológicos específicos sobre el autismo; no obstante, según el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (CONADIS) hasta el año 2018 se habían certificado 219 249 personas con discapacidad, de las cuales 4 528 fueron diagnosticados con TEA. Este número ha sufrido un aumento considerable en los años recientes, ascendiendo a 15 217 personas diagnosticadas con TEA, según el último informe correspondiente al 2023.

El TEA es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a la población infantil, alterando aspectos fundamentales del desarrollo, como: el comportamiento, la comunicación, la regulación emocional y las interacciones sociales (Golt y Kana, 2022). Este trastorno se clasifica en diferentes niveles de gravedad, siendo el nivel 2 caracterizado por dificultades marcadas en la comunicación verbal y no verbal; y la necesidad de apoyo en diversas situaciones cotidianas, incluidas las interacciones sociales y la adaptación a nuevos entornos, como el escolar (Celis y Ochoa, 2022).

En ese sentido, uno de los principales desafíos para los niños diagnosticados con TEA de nivel 2 y 3 es la presencia de conductas disruptivas, como agresiones

físicas, conductas autoestimulantes, crisis emocionales y dificultades para seguir instrucciones. Estas conductas interfieren significativamente con su aprendizaje y participación en actividades escolares y familiares, afectando su salud emocional y desempeño escolar (Villanueva et al., 2023). Además, los niños con TEA presentan deficiencias en habilidades sociales básicas, como iniciar y mantener conversaciones, hacer amigos o interpretar señales sociales; lo que puede resultar en aislamiento social, dificultades en la integración escolar y problemas en las relaciones familiares, afectando su calidad de vida (Valdez y Cartolin, 2019).

Ante esta problemática, el gobierno peruano no siempre está adecuadamente preparado para abordar las necesidades específicas de los niños con TEA, debido a la falta de especialistas capacitados que faciliten una adecuada inclusión. Esto genera un entorno de exclusión que impacta negativamente tanto al niño como a su familia; lo que a menudo lleva a la deserción escolar y al aumento de la dependencia de esta población hacia sus redes de apoyo (Acho et al., 2021). Además, la falta de estrategias de intervención adecuadas puede generar un estancamiento en su desarrollo académico y social, afectando su autoestima y su potencial aprendizaje (Mesias et al., 2023).

Para abordar estas dificultades, el gobierno peruano implementó el Plan Nacional para las Personas con TEA 2019-2021, el cual establece medidas en áreas claves, como: salud, educación, trabajo e inclusión social (“Decreto Supremo Que Aprueba El ‘Plan Nacional Para Las Personas Con Trastorno Del Espectro Autista (TEA) 2019 - 2021,’” 2019). Sin embargo, la falta de información especializada y la insuficiente aplicación de programas y políticas públicas han generado que muchas personas con TEA permanezcan sin un diagnóstico durante años, lo que

dificulta su acceso a atención temprana e intervenciones basadas en evidencia, como la intervención conductual centrada en la modificación de conducta (Defensoría del Pueblo Perú, 2023). Como consecuencia, las personas diagnosticadas con TEA enfrentan limitaciones significativas en su calidad de vida, afectando su integración social en áreas clave, como: la educación, el trabajo y la vida independiente (Baquerizo et al., 2023).

En respuesta a problemática planteada, se propone desarrollar e implementar un programa de modificación de conducta dirigido a un niño con TEA de nivel 2. El objetivo principal es reducir las conductas disruptivas y promover el establecimiento de conductas adaptativas, específicamente en relación con la ejecución de la instrucción de “recoger y guardar”. Además, se busca fomentar el uso de una estrategia de regulación emocional e incentivar el contacto visual, así como la realización de saludos y despedidas dentro de un contexto interactivo, mejorando así su calidad de vida y promoviendo su integración a un entorno social y educativo de manera más efectiva; basándose en técnicas del condicionamiento operante.

3.1.2. Justificación del problema

A partir de la problemática identificada, el presente trabajo de suficiencia profesional es de gran importancia ya que presenta un aporte a nivel teórico, práctico y social. A continuación, se detalla los aportes en cada uno de estos ámbitos:

A nivel teórico, el presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo proporcionar evidencia sobre la efectividad de la aplicación de técnicas

conductuales en niños de TEA nivel 2. Esta evidencia servirá de base para el desarrollo de futuras investigaciones empíricas de tipo experimental, siempre que estas se lleven a cabo en una población con características similares al caso intervenido; lo que permitirá la generalización de los hallazgos y contribuirá a la expansión de conocimientos sobre la población con TEA.

A nivel práctico, se aborda las dificultades que presenta el evaluado a nivel conductual y de regulación emocional, las cuales se manifiestan a través de conductas disruptivas como el golpearse la frente contra la pared, los codos contra la mesa y los gritos. Estas conductas tienen un impacto negativo tanto en su bienestar emocional como en su capacidad para establecer relaciones familiares y sociales con sus pares.

Finalmente, a nivel social, la implementación del programa busca reducir disminuir las conductas disruptivas del menor y promover la regulación de su comportamiento, lo que facilitará su integración y participación efectiva a diferentes contextos, como el familiar, educativo y social.

3.2. Intervención

3.2.1. *Motivo de consulta*

La madre del menor refiere que su hijo fue evaluado en dos oportunidades. La primera evaluación se llevó a cabo a la edad de los 2 años, debido a la identificación de signos de alerta que se evidenciaba mediante dificultades en el lenguaje y en la interacción social; lo cuales no correspondían con el desarrollo esperado para su edad. Específicamente, la madre mencionó que el menor no realizaba contacto visual cuando se le llamaba por su nombre, no seguía

instrucciones cortas y no pronunciaba palabras. Ante esta preocupación, fueron a un centro de salud, donde un neurólogo pediatra realizó la evaluación correspondiente y diagnosticó al menor con TEA nivel 2. Posteriormente, en el año 2022, se realizó una segunda evaluación, cuando el menor contaba con 5 años de edad, con el objetivo de conocer su progreso evolutivo y ajustar las estrategias de intervención según las necesidades del menor.

Finalmente, cuando acude a consulta, durante la entrevista inicial con la madre, refirió haber identificado signos de conductas disruptivas, particularmente ante la indicación de límites, como la palabra “NO”, lo cual provocaba respuestas de gritos y comportamientos autolesivos, tales como golpear su frente contra la pared o los codos contra la mesa. Este comportamiento no solo se limita al hogar, sino que también se manifestaban en contextos externos al hogar.

La madre refirió: *“...quiero que mi hijo lleve terapias para que pueda aprender nuevas cosas y me gustaría que en algún momento pueda ir al colegio, ... ahora mismo se golpea la cabeza, grita cuando le dicen que no, se aburre con facilidad, su tiempo de atención es corto, se distrae con facilidad, es difícil salir a la calle con él, debido a que suele gritar y llorar cuando no se le da lo que él desea”*.

Asimismo, la madre informó que su hijo no ha tenido la oportunidad de asistir al colegio, ya que, cuando debía ingresar a inicial de tres años se produjo la pandemia, lo que obligó a todos a permanecer en cuarentena e interrumpió su acceso a la educación. Ahora que el menor tiene cinco años, la madre expresa su interés para que su hijo se incorpore a un centro educativo; sin embargo, manifiesta sentirse

preocupada acerca de cómo las dificultades conductuales de su hijo podrían afectar su proceso de adaptación a esta nueva etapa escolar, ya que considera que, su hijo aún presenta dificultades en su vida diaria y que depende de su familia para evitar que su hijo se lastime.

3.2.1.1. Diagnóstico del problema. Para el desarrollo de este apartado, se consideraron dos fuentes de evaluación. En primer lugar, el informe neuropsicológico proporcionado por la madre del menor y, en segundo lugar, una evaluación realizada según los criterios diagnóstico del DSM -5, la cual se llevó a cabo mediante una entrevista con la madre y la observación conductual.

A. Resumen de las áreas de afectación

De acuerdo con el informe neuropsicológico elaborado por el profesional competente en el año 2022 (Ver Anexo A), a continuación, se presenta una síntesis de los resultados obtenidos según las distintas áreas de afectación (Área cognitiva, área de comunicación, área social, área conductual, área emocional – autorregulación, área de autonomía):

Tabla 2.

Área de afectación según el informe neuropsicológico

Área de afectación	Resultados
Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • CI: 74 (Fronterizo) • Puntos fuertes <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprensión verbal (ICV=86) ○ Índice visoespacial (IVE=89) • Dificultades en atención sostenida

	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor concentración en tareas de alto interés personal.
Área de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje expresivo verbal limitado • Comunicación no verbal pobre: bajo contacto visual, ausencia de gestos comunicativos • Funciones comunicativas limitadas e inadecuadas • Imitación limitada: requiere de apoyo físico y verbal.
Área social	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso interés social: no muestra preferencia por personas ni actividades sociales • Juego no compartido: juego solitario, estereotipado y repetitivo, no sigue normas ni comparte juguetes. • Falta de normas sociales: No saluda, ni se despide; no usa expresiones sociales básicas.
Área conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas repetitivas y restringidas <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso repetitivo de juguetes (animales) ○ Exploración repetitiva del entorno ○ Juego causa – efecto o estereotipados ○ Conductas de evitación cuando la actividad no le interesa.
Área emocional – autorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para manejar frustración y cambios en la rutina, lo cual conlleva a crisis emocionales, (gritos, llanto, conductas agresivas o de autoagresión).
Área de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: Come y bebe de vaso solo; sin embargo, presenta dificultad con el tenedor. • Control de esfínteres: Presenta control, pero dificultad para pedir e ir al baño de forma independiente.

Nota: Adaptado del informe neuropsicológico

B. Criterios diagnósticos según el DSM - 5

Con base en la entrevista semiestructurada y la evaluación conductual, se analiza el caso conforme a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). A continuación, se detallan los indicadores observados que sustentan el diagnóstico:

Criterio A: Problemas recurrentes en la comunicación y en entablar un vínculo en diferentes entornos sociales, manifestados por los siguientes:

- *Déficits en la reciprocidad emocional*: Se observa una expresión unilateral del lenguaje (sonidos onomatopéyicos) y la ausencia de interacción recíproca.
- *Déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social*: Se evidencia una disminución significativa en el contacto visual durante las interacciones.
- *Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones*: Se presenta ausencia para entablar y mantener interacciones sociales apropiadas para su nivel de desarrollo.

Criterio B: Conductas restrictivas y repetitiva, interés y/o actividades, manifestados por al menos dos de los siguientes:

- *Movimientos motores estereotipados o repetitivos*: Se identifica aleteo de manos y balanceo de pies durante la manipulación de juguetes.
- *Insistencia en la monotonía y resistencia a los cambios*: Reacción intensa de frustración ante la modificación o retiro de estímulos preferidos.
- *Intereses altamente restringidos y focalizados*: Se observa una preferencia intensa y sostenida por juguetes con forma de animales, con escasa flexibilidad hacia otros objetos o actividades.

Criterio C: Los síntomas deben de aparecer en las primeras etapas del desarrollo

- Según refiere la madre de familia en la entrevista clínica, las manifestaciones clínicas se presentaron desde edades tempranas (2 años), evidenciándose un retraso en el desarrollo evolutivo en comparación con los hitos esperados para su edad cronológica.

Criterio D: Los síntomas provocan un deterioro clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento diario

- Dificultades para integrarse en actividades grupales.
- Presencia de conductas disruptivas que interfieren con el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Evita el juego compartido con pares y presenta dificultades para iniciar o mantener una interacción social.
- Alta dependencia de cuidadores para la realización de actividades básicas de la vida diaria, a pesar de tener edad para realizarlas con independencia.

De acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), el evaluado presenta alteraciones clínicamente significativas en múltiples dominios del desarrollo, entre ellos la comunicación social, evidenciando dificultades en la reciprocidad socioemocional, en la comunicación verbal y no verbal (uso solamente de sonidos onomatopéyicos) utilizada para la interacción social (Criterio A). Asimismo, se identifican patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos; que incluyen movimientos motores estereotipados, insistencia en la invariabilidad, intereses

altamente restringidos (Criterio B). Estas manifestaciones se presentaron en las primeras etapas del desarrollo (Criterio C) y afectan significativamente su desempeño adaptativo en diferentes contextos (Criterio D).

Las dificultades observadas en la reciprocidad socioemocional, la iniciación y mantenimiento de interacciones sociales, así como el uso limitado de conductas comunicativas verbales y no verbales, son consistentes con los criterios diagnósticos (Criterio A, B, C y D) del DSM - 5. Estas manifestaciones, combinadas con la presencia de intereses restringidos, insistencia en rutinas, conductas estereotipadas y disruptivas; y una respuesta sensorial atípica ante estímulos del entorno, cumplen con los criterios nucleares del Trastorno del Espectro Autista.

En este caso, la severidad de las alteraciones identificadas justifica la asignación de un nivel 2 de apoyo, el cual implica la necesidad de intervenciones sustanciales para fomentar el desarrollo de habilidades comunicativas, sociales y adaptativas (Zhang et al., 2019). Por tanto, el perfil clínico y funcional del evaluado se alinea de manera coherente con un diagnóstico de **Trastorno del Espectro Autista, Nivel 2**, según lo establecido por el DSM-5, respaldado por la evidencia empírica recogida durante la evaluación de la problemática.

3.2.2. Objetivo del programa

3.2.2.1. Objetivo general.

- Conocer el efecto del programa “Conducta en Acción” en la modificación de conducta aplicado a un niño con autismo de nivel 2.

3.2.2.2. Objetivo específico.

- Disminuir de manera gradual la frecuencia de conductas disruptivas, tales como: golpearse la frente contra la pared y golpearse el codo contra la mesa.
- Disminuir la frecuencia y duración de la conducta de gritar; y aumentar progresivamente la frecuencia y duración del uso de la “cajita de la calma” como estrategia conductual para el manejo emocional en un niño con TEA de nivel 2.
- Aumentar de manera gradual la frecuencia y duración de las conductas sociales básicas, específicamente en el área de interacción social y comportamiento adaptativo; como: Mantener el contacto visual, saludar y despedirse de manera gestual.

3.2.3. Indicadores de logro

Para el objetivo general, el indicador de logro es el siguiente:

- El evaluado mostrará una disminución en su puntuación en el post test. En el área de conductas disruptivas tendrá un puntaje igual o inferior a 5 puntos; en el área de regulación emocional y de conductas sociales básicas se espera un aumento en la puntuación, alcanzando un valor igual o superior a 5 puntos en la lista de chequeo de la evaluación final.

Para el área conductual, los indicadores de logro son:

- Reducción de conductas disruptivas: El evaluado mostrará una disminución de al menos un 50% en la frecuencia de conductas disruptivas, como golpearse la frente contra la pared y golpearse el codo

contra la mesa; al finalizar la intervención. Esta disminución será evaluada mediante observaciones directas y registros conductuales.

Para el área emocional, los indicadores de logro son:

- Desarrollar estrategias para el manejo de la frustración: El evaluado será capaz de emplear de manera independiente estrategias conductuales de manejo emocional, específicamente utilizando la “cajita de la calma”. Al finalizar la intervención, se espera un incremento del 50% en la frecuencia y duración de su uso de esta herramienta y una disminución del 70 % en la frecuencia y duración de la conducta de gritar. El éxito de la intervención será evaluado mediante observaciones directas y registros de frecuencia de los episodios de gritos y el uso de la “caja de la calma”.

Para el área de conducta sociales básicas, los indicadores de logro son:

- Desarrollo de conducta sociales: El evaluado mostrará una mejora significativa en las conductas sociales básicas, con un aumento del 50% en la frecuencia y duración de mantener contacto visual, así como de saludar y despedirse de manera gestual (mediante el movimiento con la mano). Se espera que estas conductas se realicen de forma independiente, el progreso será evaluado mediante observaciones directas y registros de frecuencia durante la ejecución del programa.

3.2.4. Descripción del público objetivo

En el presente programa de intervención, el público objetivo fue un infante de 5 años diagnosticado con trastorno del espectro autista de nivel 2, quien no se

encontraba escolarizado. Es el menor de dos hermanos y reside en la ciudad de Lima Metropolitana.

3.2.4.1 Criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión establecidos para el presente trabajo de suficiencia profesional, fueron los siguientes:

- Diagnóstico confirmado de TEA – nivel 2.
- Presencia de conductas disruptivas.
- Poseer una edad que oscile entre los 3 y 5 años.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Presentar otro nivel diagnóstico, tener TEA de nivel 1 o 3.
- Tener comorbilidades asociadas que pudieran interferir la intervención.

Es importante destacar que la evaluación de comorbilidades fue considerada dentro del proceso de reevaluación llevado a cabo por el especialista y en el informe emitido no se consignó la presencia de comorbilidades. Por esta razón, tras la entrevista clínica con la madre de familia y la evaluación conductual al usuario, no se identificaron condiciones asociadas que pudieran interferir con la intervención planificada. En consecuencia, se estableció como criterio de exclusión "la presencia de comorbilidades asociadas que pudieran interferir en la intervención", dado que su presencia implicaría la necesidad de adaptar el abordaje terapéutico a las características específicas del usuario.

3.2.5. Descripción del programa

El programa “Conducta en Acción” está fundamentado en los principios del modelo teórico del condicionamiento operante para modificar conductas. Este

modelo enfatiza en el análisis funcional, la intervención estructurada y la medición continua del progreso conductual. En ese sentido el programa tiene como objetivo: Promover la modificación de conductas disruptivas, fomentar habilidades sociales básicas y desarrollar una estrategia conductual de autorregulación emocional (uso de la cajita de la calma) en un niño de cinco años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista (TEA), mediante una intervención estructurada.

3.2.5.1. Estructura del programa. El diseño del programa corresponde a un modelo de intervención individualizado, con una duración de 12 sesiones, estructuradas bajo el modelo del condicionamiento operante, distribuidas con una frecuencia semanal. organizado en tres fases: Evaluación inicial, intervención y seguimiento (Ver tabla 3).

Tabla 3.

Estructura del programa “Conducta en Acción”

Fase	Número de sesiones	Actividades
Evaluación inicial	3 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada con la madre (anamnesis). • Observación directa. • Análisis funcional de la conducta. • Identificación de reforzadores.
Intervención	9 sesiones	Distribuidas en tres unidades temáticas: <ol style="list-style-type: none"> I. Conductas disruptivas. II. Regulación emocional. III. Habilidades sociales básicas.
Reevaluación - Seguimiento	Pospuesta	Esta etapa no pudo ser ejecutada debido a un viaje familiar del evaluado.

A continuación, se detalla el proceso de cada etapa:

1. Evaluación inicial:

El proceso de evaluación constó de tres sesiones, en las cuales se llevó a cabo una anamnesis con la madre del menor mediante una entrevista semiestructurada, con la finalidad de recolectar información relevante sobre el niño; en el cual se abordaron aspectos como el motivo de consulta, antecedentes personales y médicos; de esa forma se pudo identificar sus necesidades prioritarias. De manera paralela, se realizó una observación directa y evaluación conductual para obtener información sobre las conductas que manifiesta el menor. A partir de esta evaluación, se efectuó un análisis funcional de las conductas a intervenir; así como la identificación de los posibles reforzadores a utilizar a lo largo del programa.

En el transcurso de la evaluación, se identificaron diversas conductas disruptivas, tales como la ausencia de involucramiento en tareas que requerían trabajo en mesa. Ante estas demandas, el niño exhibía comportamientos, como: golpear su frente contra la pared, golpear su codo contra la mesa y emitir gritos; manifestando una regulación emocional inadecuada para expresar su disconformidad frente a las actividades propuestas. Asimismo, se observó una dificultad para realizar conductas sociales básicas, como mantener el contacto visual, saludar y despedirse adecuadamente.

Es por ello, que a partir del informe emitido por el especialista; así como en los hallazgos obtenidos durante la evaluación conductual; se consideró pertinente intervenir las conductas previamente descritas, dado su impacto significativo en el

desarrollo integral del menor. Estas conductas no solo representan un desafío a nivel personal, sino que también interfieren con su funcionamiento social y académico.

En particular, las conductas disruptivas observadas como: la autoagresión (golpearse la frente o el codo) y la emisión de gritos afectan negativamente en su capacidad de atención, concentración y manejo emocional, dificultando su participación en procesos de enseñanza-aprendizaje. Esta problemática no solo podría afectar su bienestar, sino que también podría comprometer su adaptación al entorno escolar, dificultando la participación activa en actividades estructuradas y el establecimiento de rutinas pedagógicas.

Además, los déficits en habilidades sociales clave, como el escaso contacto visual, el desconocimiento de las normas básicas de convivencia (saludar y despedirse) y la dificultad para seguir instrucciones simples; restringen su capacidad para establecer interacciones recíprocas con sus pares y adultos significativos. Estas dificultades pueden propiciar el aislamiento social y obstaculizar la construcción de vínculos positivos dentro del contexto educativo.

En este marco, el abordaje de dichas conductas resulta fundamental para promover una adecuada adaptación escolar, fortalecer sus competencias sociales y comunicativas, y facilitar su inclusión en entornos normativos fuera del ámbito familiar.

2. Intervención del programa

De acuerdo con el condicionamiento operante, la duración y el número de sesiones pueden variar, siempre que se mantenga un enfoque sistemático orientado al logro de objetivos conductuales claramente definidos. Cooper et al. (2020)

señalan que el éxito de una intervención conductual no depende exclusivamente de la duración o la cantidad de sesiones, sino de la consistencia en su aplicación, la funcionalidad de los objetivos terapéuticos y la evaluación continua del progreso individual.

En este contexto, se estructuró un programa de intervención compuesto por nueve sesiones, cuyo diseño se basó en las necesidades específicas del niño y en la naturaleza de las conductas objetivo. Este número permitió una intervención de carácter progresivo, facilitando la implementación de estrategias fundamentales del modelo operante, tales como la enseñanza sistemática, el modelado de conductas y la evaluación continua de los avances conductuales.

Aunque se contempló una fase de seguimiento y reevaluación postintervención como parte del diseño inicial, esta fue pospuesta a solicitud de la madre del menor debido a un viaje familiar programado. No obstante, la intervención fue diseñada como parte de un programa, alineado con las necesidades del niño y ofrecido como un paquete de sesiones por el centro laboral, lo que permitió su implementación.

Por ello, ante la identificación de las conductas disruptivas, las dificultades en la autorregulación emocional y las limitaciones en habilidades sociales básicas, se diseñó un plan de intervención con el objetivo de abordar estas problemáticas de manera integral. El enfoque principal del programa fue la modificación de las conductas disruptivas, la promoción de una estrategia de regulación emocional y el fortalecimiento de conductas adaptativas.

De manera específica, el programa se centró en tres ejes de intervención: (1) el desarrollo de la instrucción “recoger y guardar” como parte de la adquisición de rutinas estructuradas; (2) la implementación de una estrategia conductual orientada a mejorar la regulación emocional del menor; y (3) el fomento de habilidades sociales, particularmente el contacto visual, así como la emisión gestual de saludos y despedidas.

En ese sentido, el plan de intervención se estructuró en un total de nueve sesiones, distribuidas en tres unidades temáticas, con una duración de 50 minutos cada una. Estas sesiones se llevaron a cabo a lo largo de un periodo de dos meses (ver Anexo B), permitiendo un abordaje progresivo y sistemático de las conductas objetivo durante el proceso de intervención.

Figura 1.

Organización del plan de intervención

<p>FASE DE INTERVENCIÓN: Conformado por 3 unidades:</p> <p>UNIDAD I: CONDUCTAS DISRUPTIVAS</p> <p>Sesión 1: Seguir la instrucción de “recoger” – golpear la frente contra la pared</p> <p>Sesión 2: Seguir la instrucción de “recoger”</p> <p>Sesión 3: Seguir la instrucción de “guardar” – golpear los codos contra la mesa</p> <p>UNIDAD II: REGULACIÓN EMOCIONAL</p> <p>Sesión 4: Reducir la conducta de levantar la voz</p> <p>Sesión 5: “Cajita de la calma”</p> <p>Sesión 6: “Cajita de la calma”</p>

UNIDAD III: CONDUCTAS SOCIALES BÁSICAS

Sesión 7: Mantener el contacto visual

Sesión 8: Implementar la conducta de saludar y despedirse

Sesión 9: Implementar la conducta de saludar y despedirse

Nota: Elaboración propia.

Asimismo, cada sesión se organizó en tres fases: inicio, desarrollo y cierre. En la fase inicial, se presentó el contenido de la sesión mediante un horario pictográfico que detallaba las actividades programadas, relacionado con el objetivo de la sesión a trabajar. Durante la fase de desarrollo, se aplicaron técnicas de modificación conductual fundamentadas en el modelo teórico del condicionamiento operante; para ello se emplearon técnicas de reforzamiento diferencial, el reforzamiento positivo, el modelado y la sobrecorrección; a través de actividades lúdicas y creativas, con el propósito de reducir las conductas disruptivas. Finalmente, en la fase de cierre, se realizó un resumen de las actividades realizadas para reforzar los aprendizajes obtenidos, y se proporcionó retroalimentación a la madre sobre los avances observados durante la sesión; así como las estrategias que podrían ser implementadas en el hogar para fortalecer la intervención.

A continuación, se presenta un modelo de una sesión de intervención (Ver tabla 4).

Tabla 4.

Modelo de sesión de intervención

OBJETIVO GENERAL		Seguir la instrucción de “recoger”		
	Actividad	Materiales	Tiempo	
Fase Introdutoria	Se recibe al participante y se realiza un repaso sobre las normas de convivencia; posteriormente, se le proporciona una explicación detallada de la sesión a través de un horario pictográfico.	- Horario pictográfico - Normas de convivencia	5 min.	
Fase Desarrollo	<p>La actividad “jugando con los animalitos” se diseñó para la aplicación de técnicas conductuales dentro de un contexto lúdico y didáctico.</p> <p>1. Ronda de juego: La sesión comienza con una ronda de juego en la que se introducen diferentes animales de juguete y el niño tiene la oportunidad de interactuar con los juguetes.</p> <p>2. Tras la ronda inicial, se presentan diferentes animales de juguete de forma organizada y atractiva. La presentación de los animales va acompañada del nombre de los animales y sonidos correspondientes.</p> <p>3. Instrucción “recoge los animales”: Después de la interacción con los animales, la terapeuta da la instrucción clara y directa: "recoge los animales". La instrucción se presenta de manera sencilla, clara y concreta para evitar confusiones y asegurar que el niño entienda la tarea a realizar.</p> <p>4. Estrategia de manejo de conductas disruptivas: Se le permite al niño intentar realizar la tarea de forma independiente. Sin embargo, si</p>	- Animales de juguete - Colores - Cartulina	35 min.	

durante la ejecución de la actividad el niño manifiesta conductas disruptivas (*golpearse la frente contra la pared*), se procede a aplicar una intervención conductual. Según el condicionamiento operante se utilizará la redirección (redirigir su atención hacia la tarea).

5. Refuerzo positivo y reconocimiento del esfuerzo: Al finalizar la actividad, se reconoce el esfuerzo del niño. Esto se realiza mediante elogios verbales ("¡Muy bien, lo hiciste muy bien!") y mediante recompensas tangibles (se le entrega su pulpo antiestrés).

Fase Cierre	Retroalimentación de la sesión a la madre sobre la actividad realizada.	- Lista de chequeo 10 min.
--------------------	---	-------------------------------

Nota: Elaboración propia.

Durante la implementación de las sesiones de intervención, se emplearon estrategias conductuales orientadas a incrementar la probabilidad de aparición de conductas adaptativas en el menor. Las instrucciones fueron presentadas de manera verbal y reforzadas mediante apoyos visuales, utilizando pictogramas, con el propósito de facilitar la discriminación entre la consigna emitida y la conducta esperada, favoreciendo así la comprensión y el seguimiento de indicaciones.

Adicionalmente, se incorporó la estrategia de **instigación física** como procedimiento de apoyo para la ejecución de conductas funcionales específicas, tales como guardar y recoger materiales. Estos fueron aplicados de manera jerárquica y sistemática, con un plan de atenuación progresiva a medida que el menor alcanzaba mayores niveles de autonomía en la ejecución de las tareas

propuestas. Asimismo, se implementó la técnica de **modelado**, mediante la cual la terapeuta ejecutaba la previamente la conducta objetivo, proporcionando un referente conductual claro antes de solicitar su emisión por parte del evaluado. Esta técnica resultó especialmente eficaz en la enseñanza de conductas sociales básicas, como emitir saludos y despedidas; conductas consideradas fundamentales dentro del repertorio social funcional del niño.

Además, las sesiones de intervención fueron desarrolladas con el apoyo de diversos materiales didácticos y recursos terapéuticos, seleccionados estratégicamente para facilitar el aprendizaje y promover la participación activa del niño. Entre los materiales de apoyo utilizados se incluyeron: a) pictogramas, empleados para favorecer la comprensión de instrucciones y la estructuración de rutinas, y b) carteles con normas de convivencia, orientados a reforzar comportamientos sociales apropiados.

En cuanto a los reforzadores, se aplicaron diferentes tipos, clasificados en función de su naturaleza: a) reforzadores tangibles, como juguetes pequeños (animalitos) y burbujas, utilizados para motivar respuestas conductuales específicas; b) reforzadores sociales, tales como elogios verbales, aplausos y cosquillas, que permitieron fortalecer vínculos positivos y reforzar conductas deseadas; y c) reforzadores sensoriales, como plastilina tipo *Play-Doh* y pelotas antiestrés, destinados a proporcionar estimulación táctil placentera y contribuir a la autorregulación emocional del niño.

3.2.6. Metodologías empleadas en el programa

Se incorporó la metodología pedagógica de acción participativa, la cual se fundamenta en un enfoque educativo centrado en la participación activa del estudiante en su propio proceso de aprendizaje. Este modelo parte del postulado de que el conocimiento no se transmite de forma pasiva, sino que se construye colectivamente a través de la experiencia (Zapata y Rondán, 2016). En ese sentido, durante el desarrollo de las sesiones, se promovió un entorno interactivo en el que el infante dejó de ocupar un rol receptivo para convertirse en un agente activo en la construcción de sus aprendizajes. Esta participación activa se promovió a través de la implementación de dinámicas y técnicas conductuales que exigieron la asunción de responsabilidades por parte del evaluado respecto a sus propias acciones. En consonancia con los principios de la acción participativa, se buscó facilitar la apropiación significativa del conocimiento mediante la experiencia directa, potenciando el compromiso del participante con su proceso de cambio. Asimismo, se priorizó el desarrollo de la autonomía personal mediante actividades que demandaban la ejecución de conductas sociales básicas en contextos reales o simulados, favoreciendo la generalización de comportamientos adaptativos en diferentes ámbitos, como el familiar y el comunitario.

3.2.6.1. Descripción de los instrumentos. Las estrategias psicológicas utilizados para **la evaluación de la problemática**, fueron: La anamnesis, la observación conductual y la entrevista semiestructurada. A continuación, se explicarán cada una de ellas.

- **La anamnesis:** Se trata de un proceso de interacción comunicativa entre el profesional y el paciente, o sus parientes, con el objetivo de recolectar

datos significativos para la formulación de un diagnóstico o la planificación de una intervención (Ver Anexo C). En este proceso se recogen datos de filiación, antecedentes personales y condiciones familiares, entre otros aspectos (Creagh et al., 2020).

- **Observación conductual:** Es una técnica utilizada en los estudios sobre modificación de conducta, dado que facilita la recopilación de información acerca del comportamiento de la persona en situaciones tanto naturales como controladas. En este proceso, el observador registra de manera directa las conductas de interés, considerando variables clave como la intensidad, frecuencia y duración.
- **Entrevista semiestructurada:** Se trata de una técnica de recopilación de datos que facilita el intercambio de información entre el entrevistador y uno o varios participantes, con el objetivo de establecer comunicación efectiva y un conjunto coherente de interpretaciones sobre un tema específico (Ver Anexo D). En esta modalidad de entrevista, se emplea un esquema de preguntas predefinidas, permitiendo al entrevistador la flexibilidad de introducir interrogantes adicionales para obtener datos más detallados y extensos (Hernández y Mendoza, 2018). En las entrevistas semiestructuradas, se mantiene un orden estructurado en las preguntas, aunque pueden ser reformuladas según sea necesario, lo que posibilita una exploración más profunda de los temas tratados (Añorve Guillén, 1991).

Asimismo, de acuerdo al condicionamiento operante, se emplearon técnicas significativas para **la evaluación conductual**, para ello se tuvo en cuenta el análisis

funcional, la lista de chequeo y el registro topográfico de las conductas disruptivas y el desarrollo de conductas sociales básicas y estrategia conductual de regulación emocional.

- **Análisis funcional:** Se considera una herramienta en la evaluación conductual, particularmente en el campo de la psicología clínica y la modificación de conducta (Martin y Pear, 2008). La validez interna del análisis funcional permite asegurar la identificación precisa de las relaciones causales entre el comportamiento, los antecedentes y las consecuencias; permitiendo un entendimiento minucioso de los factores que afectan en la conducta observada (Kaholokula et al., 2013).
- **Lista de chequeo:** La herramienta fue diseñada por la institución y es aplicado a los padres de familia del paciente al inicio y al final de las sesiones de intervención. La ficha de análisis abarca tres áreas (conductas inadecuadas, regulación emocional y habilidades sociales). Asimismo, cada sección incluye afirmaciones con casillas para marcar, con un rango de puntuación de 0 a 3, donde un puntaje más alto indica una mayor dificultad (Ver Anexo E).
- **Registro topográfico de la frecuencia de conductas disruptivas, desarrollo de conductas sociales básicas y estrategia conductual de regulación emocional:** El instrumento fue diseñado por la institución y adaptado conforme a las conductas específicas que se pretendían intervenir. Consiste en una ficha de análisis topográfico de conductas problema, en la cual se registran tanto la frecuencia como la duración de cada comportamiento, en función de los objetivos específicos

establecidos para el niño (Ver Anexo F). Para su aplicación, se identificaron conductas clave que requerían intervención, entre ellas: golpearse la frente contra la pared, golpearse los codos contra la mesa, gritar, utilizar la caja de la calma en situaciones de estrés, mantener el contacto visual, saludar con la mano y despedirse con la mano.

3.2.6.2.Procedimiento de aplicación de instrumentos. La fase inicial de la evaluación consistió en tres sesiones en las que se realizó una entrevista semiestructurada orientada a conocer el motivo de consulta y las principales inquietudes de la madre respecto al comportamiento de su hijo. Adicionalmente, se llevó a cabo una anamnesis con la progenitora del paciente, con el objetivo de recabar información significativa sobre información personal y los antecedentes del paciente.

Posteriormente, se recopiló información directamente del paciente mediante diversos procedimientos, que incluyeron la observación conductual y una evaluación conductual a través de un análisis funcional y un registro topográfico, así como la identificación de reforzadores. A partir de estos procedimientos, se identificaron tres conductas disruptivas específicas, como: golpearse la frente contra la pared, golpearse el codo contra la mesa y gritar. Además, se observó una dificultad para regular sus emociones y para poner en práctica las conductas sociales básicas, como: mantener contacto visual, saludar y despedirse. Con base a estos hallazgos, se presentó un plan de intervención a la madre, quien manifestó su acuerdo en priorizar el tratamiento de los comportamientos disruptivos.

3.2.7. Monitoreo y evaluación de la intervención

El objetivo del monitoreo y evaluación fue evaluar el progreso de la aplicación del programa de intervención “Conducta en Acción”. Para ello, durante cada sesión se registraron tanto las conductas disruptivas como las conductas sociales básicas y el uso de la “cajita de la calma”, mediante el instrumento del registro topográfico (Ver Anexo F). Este registro incluyó la frecuencia y duración de cada tipo de conducta, categorizadas según las áreas objetivo de intervención. Las conductas se agruparon en tres dominios: Conductas disruptivas (golpearse la frente contra la pared y el codo contra la mesa), conductas relacionadas con la regulación emocional (gritar y el uso de la “cajita de la calma”) y conductas sociales básicas (mantener contacto visual, saludar y despedirse mediante gestos). El propósito de este registro fue evaluar la evolución de las conductas a lo largo del tiempo, con énfasis en la reducción del comportamiento disruptivo, la mejora en la regulación emocional y el desarrollo de las conductas sociales. Cada vez que se observaba una conducta, se registraban en la ficha predefinida por el centro. Dicha ficha está formada por un cuadro de doble entrada, en el cual la primera columna contenía las conductas a intervenir, mientras que en la fila superior especificaba los parámetros correspondientes a cada conducta.

3.3. Consideraciones éticas

El presente trabajo de suficiencia profesional se adhirió a las consideraciones éticas, respetando los principios fundamentales de beneficencia, autonomía, no maleficencia y confidencialidad. A continuación, se detallan dichos principios:

Principio de beneficencia: A lo largo del proceso de la evaluación e intervención, se priorizó el bienestar del paciente mediante la implementación de estrategias basadas en evidencia científica, orientadas a la modificación de conducta aplicado a un niño con autismo de nivel 2. Dichas intervenciones fueron diseñadas con la finalidad de optimizar su calidad de vida y que en un futuro se pueda integrar a un colegio.

Principio de autonomía: Se garantizó su cumplimiento al proporcionar a los padres del paciente toda la información relevante sobre la intervención, incluyendo los objetivos del programa, las técnicas empleadas, entre otros aspectos. Se garantizó que los padres pudieran tomar decisiones informadas y de manera voluntaria sobre la participación del paciente, asegurándoles que podían interrumpir las sesiones en cualquier momento si así lo deseaban.

Principio de no maleficencia: Las técnicas y procedimientos aplicados fueron empleados de manera responsable, asegurando que en ningún momento se manipularan situaciones que pudieran comprometer la salud física y psicológica del paciente. Se veló por el bienestar integral del niño, evitando cualquier riesgo potencial derivado de la intervención.

Principio de confidencialidad: en el presente estudio de caso se garantizaron los estándares de confidencialidad mediante el consentimiento informado (Ver Anexo G) al no divulgar datos personales del participante, como sus nombres y apellidos. Además, se aseguró que la investigación se mantuviera con fines académicos y científicos, protegiendo en todo momento, la identidad del paciente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados

Para abordar el **indicador 1**, que establece que *“El evaluado mostrará una disminución en su puntuación en el post test. En el área de conductas disruptivas tendrá un puntaje igual o inferior a 5 puntos; en el área de regulación emocional y de conductas sociales básicas se espera un aumento en la puntuación, alcanzando un valor igual o superior a 5 puntos en la lista de la evaluación final.”*

Para mostrar los resultados se empleó una lista de chequeo proporcionada por el centro, esta herramienta se utilizó tanto en la evaluación inicial (pretest) como en la evaluación final (post test), y estuvo subdivida en las áreas específicas: Conductas disruptivas, regulación emocional y conductas sociales básicas.

Tabla 5.

Evaluación inicial y final a través de la lista de chequeo

Áreas	Evaluación inicial	Evaluación final
Conductas disruptivas	11	2
Regulación emocional	0	6
Conductas sociales básicas	1	6

Nota: Información obtenidas de la base de datos.

La tabla 5 muestra la comparación de los puntajes obtenidos en la valoración inicial y final a través de la lista de chequeo, la cual abarcó tres áreas de evaluación. La valoración inicial se realizó antes de la implementación del programa. En el área de conductas disruptiva, se obtuvo un puntaje de 11 puntos; en regulación

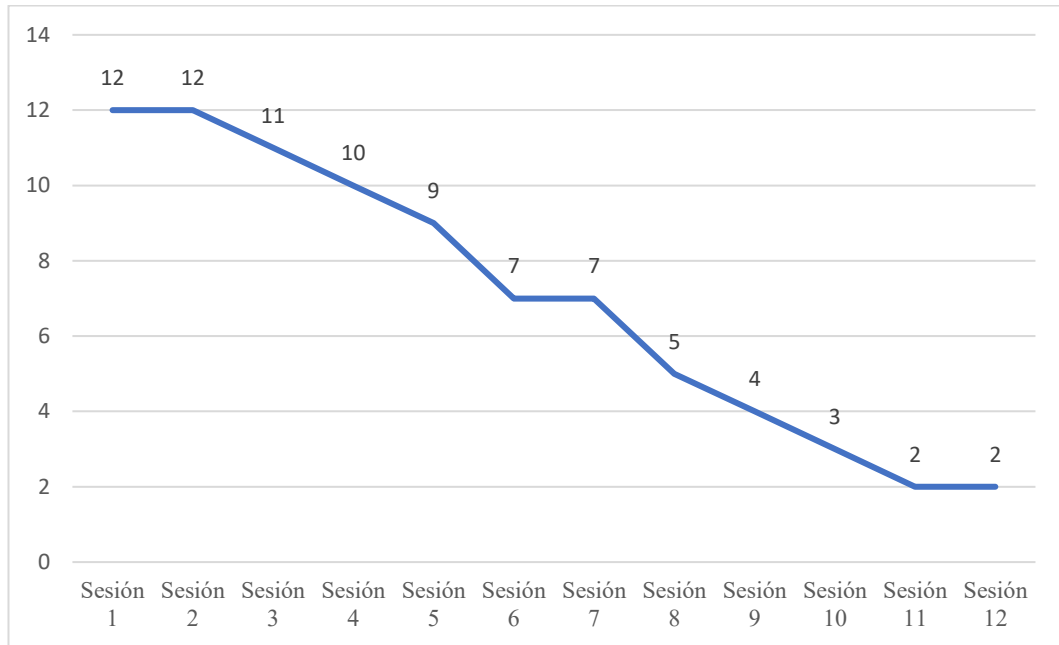
emocional, el puntaje fue de 0; y en conductas sociales básicas, se registraron 1 puntos. Estos resultados indicaron la presencia conductas disruptivas, como: golpearse la frente contra la pared y los codos contra la mesa, gritos, así como la ausencia de conductas sociales básicas y regulación emocional deficiente. Por otro lado, en la evaluación final, realizada tras la intervención, los puntajes obtenidos fueron de 2 en el área de conductas disruptivas, 6 en regulación emocional y 6 en conductas sociales básicas. Estos resultados reflejan una reducción en las conductas disruptivas, el fortalecimiento de una estrategia de regulación emocional y una mejora en las conductas sociales básicas.

A partir del análisis de los resultados obtenidos, se puede inferir que la intervención basada en el condicionamiento operante favoreció la adquisición de conductas adaptativas mediante la aplicación sistemática de las técnicas conductuales: reforzamiento positivo, el modelado e instigación. La reducción de las conductas disruptivas observadas durante el proceso también podría atribuirse a la implementación de procedimientos de extinción y reforzamiento diferencial, los cuales contribuyeron a desincentivar la emisión de comportamientos no deseados. De igual forma, el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación emocional sugiere que el participante logró desarrollar conductas funcionales para el manejo de sus emociones (ira), probablemente como resultado de las estrategias conductuales aplicadas mediante el uso de una estrategia conductual, orientadas a la promoción de alternativas adaptativas de afrontamiento ante situaciones generadoras de malestar.

Para responder al indicador 2, se dará a conocer los resultados del área de conductas disruptivas mediante la ficha de monitoreo.

Figura 2.

Monitoreo de la frecuencia de la conducta golpearse la frente contra la pared



Nota: Información obtenidas de la base de datos.

El gráfico 2 ilustra el progreso de la frecuencia de la conducta de golpearse la frente contra la pared a lo largo de las sesiones. Antes de la implementación del programa se registraron 12 episodios de esta conducta, mientras que, al finalizar el programa, la frecuencia se redujo a 2 episodios, lo que representa una reducción del 83.3% en la frecuencia de este comportamiento.

Tabla 6.

Análisis funcional de la conducta golpearse la frente contra la pared

Antecedente	Conducta	Consecuencia	Función
El terapeuta le pide que recoja sus juguetes con la instrucción “recoge”	El niño se empieza a golpear la frente contra la pared	El adulto le redirige su atención a la indicación.	Evitación

Nota: Elaboración propia.

La tabla 6 presenta la evaluación de la conducta de golpearse la frente contra la pared, la cual estaba relacionada con la función de evitar la tarea de recoger los juguetes. Esta conducta se manifestaba cuando el infante recibía la indicación “recoge”. Para limitar el comportamiento disruptivo, se implementó la técnica de restricción física para prevenir que el infante se golpeará la frente. Posteriormente, se aplicó la técnica de reforzamiento de la conducta incompatible (RDI) para sustituir el comportamiento disruptivo por la acción de recoger. Para ello, se proporcionó ayuda al niño para que se agachara y recogiera el juguete, asociando la instrucción “recoge” con la acción adecuada. Para reforzar esta conducta, la especialista uso el refuerzo positivo en forma de cosquillas, aumentando la probabilidad de que el infante repita la acción en futuras ocasiones. Esta intervención permitió que el niño ampliará su repertorio conductual, mejorando su capacidad de seguir indicaciones y llevar a cabo actividades funcionales en diferentes contextos, como su hogar, sin recurrir a la autoagresión como mecanismo para evitar las tareas.

Figura 3

Monitoreo de la frecuencia de la conducta de golpearse el codo contra la mesa



Nota: Frecuencia de la conducta de golpearse el codo contra la mesa

El gráfico 3 muestra el monitoreo de la disminución en la frecuencia del comportamiento de golpear los codos contra la mesa a lo largo del progreso de la intervención. En la fase inicial, se observó esta conducta con una frecuencia de nueve episodios por sesión y al finalizar la intervención, la frecuencia se redujo a un episodio por sesión; lo que representa una reducción del 88.9% en la frecuencia del comportamiento.

Tabla 7.

Análisis funcional de la conducta golpearse los codos contra la mesa

Antecedente	Conducta	Consecuencia	Función
Sentados frente a frente, la terapeuta le indica que guarde los útiles escolares en su cartuchera.	El niño observa los colores y la cartuchera, lo aleja de su lugar y comienza a golpearse los codos contra la mesa, emitiendo sonidos de quejido.	La terapeuta baja uno de los brazos del paciente y coloca su mano sobre la de él, apoyándola contra la mesa. Con la otra mano, le ayuda a guardar sus materiales en la cartuchera. Posteriormente, le dice: “muy bien, guardaste tus colores”.	Evitación

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 7, se describe las técnicas aplicadas durante la intervención. La conducta de golpear los codos contra la mesa fue observada como una estrategia de evitación ante la instrucción de “guarda tus colores”. Para abordar esta conducta, se empleó la técnica de reforzamiento de la conducta incompatible y el modelado con el objetivo de reemplazar la conducta disruptiva por el cumplimiento adecuado de la instrucción. Se utilizó el modelado para guiar al niño en la tarea de guardar sus materiales. En este proceso, la terapeuta tomó un color, lo mostró al niño y se le dijo “..., mira. ¿Qué estoy haciendo? Guardando el color” y procedió a guardarlo en la cartuchera. Luego, se le indicó “tu turno”; lo que permitió que el niño replicara la acción solicitada. Esta intervención contribuyó a una disminución en la frecuencia de la conducta de golpear los codos contra la mesa. Además, a través de

reforzamiento positivo, se le felicitó y se le motivó diciendo “Muy bien, guardaste tus colores”, como recompensa por completar la tarea. Como resultado de esta intervención, el infante fue capaz de realizar la actividad de manera funcional sin recurrir a la conducta disruptiva para evitar la indicación.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidenció que las conductas disruptivas de golpearse la frente contra la pared y de golpearse los codos contra la mesa se presentaron de manera contingente ante las indicaciones verbales “recoge” y “guarda”, respectivamente. Esto sugiere que ambas conductas cumplían una función de evitación frente a demandas específicas, en este caso, tareas estructuradas relacionadas con el orden y la organización de materiales. La relación funcional observada se alinea con el modelo ABC del análisis funcional propuesto por Skinner mediante el condicionamiento operante (Antecedente – Conducta – Consecuencia), lo cual permite identificar y comprender los determinantes ambientales que influyeron en la aparición y mantenimiento de las conductas problema.

Para abordar dichas conductas, se aplicaron estrategias conductuales validadas empíricamente. En primer lugar, se utilizó la **restricción física** como medida preventiva y de protección inmediata, con el fin de evitar daños físicos al menor durante los episodios de autoagresión. Posteriormente, se implementó la técnica de **reforzamiento de conductas incompatibles (RCI)**, cuyo objetivo fue modelar y fortalecer conductas funcionales alternativas; en este caso, recoger y guardar objetos. Estas respuestas fueron reforzadas de manera diferencial al ser emparejadas con estímulos discriminativos claros (por ejemplo, la instrucción verbal “recoge”), y apoyadas mediante ayuda física durante las primeras etapas del

proceso de aprendizaje. El reforzador empleado fue el refuerzo social positivo, en forma de cosquillas y expresiones verbales de aprobación (halagos), el cual resultó efectivo para aumentar la probabilidad de ocurrencia futura de las conductas deseadas.

Como resultado de la intervención, se observó una sustitución gradual de las conductas disruptivas por respuestas funcionales ante las demandas. Se evidenció un incremento en el repertorio conductual adaptativo del niño, manifestado en una mayor disposición para seguir instrucciones en contextos naturales, como el hogar, sin recurrir a comportamientos disruptivos como mecanismo de evitación.

En síntesis, el presente análisis indica que una intervención conductual efectiva no debe centrarse exclusivamente en la supresión de la conducta problema, sino que debe enfocarse en la enseñanza activa y sistemática de alternativas funcionales, ajustadas al perfil individual del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Para responder al **indicador 3**, se dará a conocer los resultados del área de manejo emocional mediante la ficha de monitoreo.

Tabla 8.

Registro de la Línea Base y Evolución de la Regulación Emocional

Sesión	Tono de voz (gritar)		Uso de la cajita de la calma	
	Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
Sesión inicial	11	30"	0	-----

Sesión 4	9	26”	3	4’
Sesión 5	8	29”	4	3’
Sesión 6	7	25”	6	4’
Sesión 7	4	23”	7	4’
Sesión 8	3	20”	8	6’
Sesión 9	1	15”	8	6’

Nota: Información obtenida de la base de datos.

La tabla 8 muestra la evolución conductual en relación con la regulación emocional durante las sesiones de intervención. En cuanto a la conducta de gritar, al inicio se registró una frecuencia de 11 episodios, con un tiempo aproximado de 30 segundos cada uno, y no contaba con una estrategia conductual de regulación emocional. A través de la intervención, se implementaron técnicas conductuales para el uso de la “cajita de la calma” como una estrategia de regulación. Como resultado, la frecuencia de uso de la cajita aumento a 8 veces por sesión con una duración de 6 minutos, lo que facilitó una disminución significativa en la frecuencia de los episodios de gritar, los cuales pasaron a presentarse a una vez por sesión, con una duración de 15 segundos.

Durante las sesiones de intervención, se evidenció un cambio significativo en la conducta de **regulación emocional** del niño, particularmente en relación con los episodios de gritos como manifestación de desregulación ante situaciones de estrés. Al inicio del proceso terapéutico, el niño no contaba con estrategias funcionales de autorregulación, lo que se reflejaba en una alta frecuencia e intensidad de episodios de gritos, los cuales se producían ante demandas o frustraciones percibidas.

Con el objetivo de fomentar una respuesta alternativa adaptativa, se implementó la estrategia conductual de la **“cajita de la calma”**, una herramienta diseñada para facilitar el acceso a estímulos reforzantes previamente identificados como preferidos por el niño. Esta intervención se acompañó de instigación verbal (“vamos a usar la cajita”) y refuerzo positivo diferencial, el cual se entregaba inmediatamente después de que el niño lograba calmarse (“Muy bien, estás tranquilo”). Este enfoque permitió establecer una relación funcional entre el uso de la cajita y la disminución progresiva de la conducta disruptiva.

A lo largo del proceso, se observó un proceso de adquisición y generalización de la conducta de autorregulación. En las primeras sesiones, el uso de la cajita requería de una guía directa del terapeuta. Sin embargo, a partir de la sesión 6, el niño comenzó a identificar de forma autónoma las situaciones generadoras de malestar emocional, solicitando y utilizando por iniciativa propia la herramienta de autorregulación. Este cambio sugiere un avance hacia el desarrollo de autocontrol conductual, una habilidad fundamental en el repertorio emocional de niños con TEA. En las sesiones finales (8 y 9), el niño demostró un uso eficaz, autónomo y funcional de la cajita de la calma como estrategia regulatoria. Este cambio conductual se asoció con una disminución observable y sostenida de los episodios de gritos, tanto en frecuencia como en duración, lo cual constituye un indicador relevante de éxito terapéutico.

Es decir, desde el modelo teórico del condicionamiento operante, la evolución observada refleja una modificación conductual positiva basada en el reemplazo de una conducta problema por una conducta adaptativa, promovida mediante técnicas de instigación, reforzamiento positivo y acceso a reforzadores

preferidos. El progreso hacia la autorregulación independiente pone de manifiesto no solo la efectividad del procedimiento, sino también la importancia de la enseñanza explícita de estrategias funcionales para el manejo emocional en niños con Trastorno del Espectro Autista.

Tabla 9.

Registro de la Línea Base y Evolución de las Conductas Sociales Básicas

Sesión	Contacto visual		Saludar		Despedirse	
	Frecuenci a	Duració n	Frecuenci a	Duració n	Frecuenci a	Duració n
Sesión evaluació n	2	3”	0	-----	0	-----
Sesión 7	5	5”	2	3”	1	4”
Sesión 8	8	7”	5	5”	2	6”
Sesión 9	10	12”	7	5”	5	5”

Nota: Información obtenida de la base de datos.

La tabla 9 presenta la línea base y el progreso de las conductas sociales básicas que se buscó fomentar en el niño, las cuales fueron identificadas en la evaluación inicial, establecidas como objetivos de intervención y trabajadas mediante el condicionamiento operante. Antes de la intervención, la conducta de mantener contacto visual se registró con una frecuencia de 2 veces por sesión, con una duración de 3 segundos cada una; además, el niño no era capaz de saludar ni de despedirse de manera independiente. Al finalizar la intervención, se visualizó un aumento en la frecuencia y duración de estas conductas. El niño logró mantener contacto visual 10 veces por sesión, con una duración de 12 segundos por episodio.

Además, pudo saludar en 7 ocasiones y despedirse en 5, con una duración de 5 segundos cada una. Estos resultados indican que la intervención fue efectiva, favoreciendo el fortalecimiento de las conductas sociales objetivo.

En la evaluación inicial, se identificaron dificultades significativas en el repertorio de conductas sociales básicas del niño, particularmente en la capacidad para establecer y mantener contacto visual, así como en la ejecución espontánea de saludos y despedidas. Estas conductas, fundamentales para la interacción social funcional, se encontraban marcadamente limitadas, lo que generaba barreras en su participación en contextos tanto sociales como familiares y en un futuro en el ámbito escolar.

Como parte del diseño de intervención basado en el condicionamiento operante, se establecieron estos comportamientos como objetivos conductuales específicos. A lo largo de las sesiones, se aplicaron técnicas como el modelado, el reforzamiento positivo, el encadenamiento conductual y el moldeamiento para promover gradualmente dichas habilidades. Durante el proceso terapéutico, se observó una mejora sostenida y significativa en la frecuencia, duración y espontaneidad de las conductas sociales trabajadas. El niño comenzó a mantener contacto visual con mayor regularidad y por períodos más prolongados, lo cual reflejó una mayor disposición para la interacción y una mayor tolerancia al estímulo visual social, aspecto que suele estar comprometido en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Asimismo, se logró la adquisición y generalización de las conductas de saludo y despedida, inicialmente inexistentes, y que fueron incorporadas al repertorio del niño mediante procedimientos estructurados. Estas respuestas comenzaron a manifestarse de forma progresiva y autónoma, siendo

evocadas por estímulos sociales cotidianos (presencia de la terapeuta, entrada o salida de un adulto y finalización de la sesión).

Finalmente. El uso sistemático de reforzadores sociales positivos, como elogios verbales y sonrisas, fueron fundamentales para consolidar estas conductas y aumentar su frecuencia sin la necesidad de apoyos físicos o verbales constantes. Esta evolución comportamental indica una efectiva adquisición de las conductas sociales básicas, lo cual contribuye a mejorar la calidad de las interacciones del niño en diversos contextos.

4.2. Discusión de los resultados

El objetivo general del presente estudio fue evaluar el impacto del programa “Conducta en Acción” en la modificación de conductas en un niño diagnosticado con autismo de nivel 2. Los resultados evidencian una mejora significativa en la conducta del participante, atribuida a la aplicación sistemática de la intervención conductual como enfoque empíricamente validado para el abordaje con autismo, particularmente en lo que respecta a la modificación de conductas mediante la manipulación de las consecuencias (Cooper et al., 2020). Este hallazgo se alinea con investigaciones previas como la de Murrugarra (2020), quien reportó resultados positivos al implementar el programa FABI, utilizando principios del condicionamiento operante, logrando una notable reducción de conductas problemáticas y un incremento en la adquisición de nuevas conductas mediante el uso del refuerzo positivo. No obstante, es pertinente considerar la advertencia de Valencia y Becerra (2019), quienes destacan la necesidad de aplicar el refuerzo de manera equilibrada para evitar una dependencia excesiva de los reforzadores, ya

que es un factor crucial para la sostenibilidad a largo plazo de las conductas aprendidas.

En relación con el primer objetivo específico, orientados a la disminución de la frecuencia de las conductas disruptiva de golpearse la frente contra la pared y el codo contra la mesa, los datos mostraron una reducción notable en la frecuencia de estas conductas tras la intervención. Estos resultados son consistentes con la investigación realizada por Izurieta (2023), quien reportó una disminución del 83% en conductas disruptivas similares mediante técnicas de reforzamiento diferencial de conductas incompatible. Asimismo, Alakhzami y Chitiyo (2022), documentaron una disminución del 75% conductas disruptivas en adolescentes TEA tras la implementación un sistema de comunicación funcional (SCF), lo cual refuerza la idea de que las conductas desadaptativas emergen por déficits de comunicación. Por otro lado, Antúnez (2022) informó una disminución más moderada del 50% utilizando economía de fichas combinada con castigo negativo, lo que sugiere que estrategias basadas exclusivamente en consecuencias aversivas pueden ser menos efectivas y sostenibles. Las discrepancias en los niveles de eficacia pueden atribuirse a las diferencias metodológicas y a la especificidad de las estrategias aplicadas. Por ejemplo, el enfoque de Alakhzami y Chitiyo se centró principalmente en la mejora de la comunicación funcional sin abordar directamente la conducta disruptiva, lo que sugiere que las intervenciones que incorporan técnicas conductuales, específicamente dirigidas a la reducción de conductas presentan mayor efectividad que aquellas centradas exclusivamente en habilidades colaterales; puesto que las intervenciones centradas en reforzar conductas

alternativas funcionales tienden a generar mejores resultados a largo plazo, especialmente cuando están acompañadas de un análisis funcional riguroso.

Con respecto al segundo objetivo, referido a la mejora de la regulación emocional, se observó una disminución en la frecuencia de los gritos y un aumento en el uso autónomo de la estrategia denominada “cajita de la calma”. Esta herramienta facilitó una forma estructurada de autorregulación emocional, en concordancia con los hallazgos de Vieira (2023), quien destacó que las conductas vinculadas a los estallidos emocionales como el grito están estrechamente relacionadas con la falta de habilidades de autorregulación, siendo efectivamente abordadas mediante el entrenamiento conductual y técnicas de relajación. De forma complementaria, Ovelleiro (2022) demostró que la incorporación de estrategias de educación emocional, tales como psicoeducación, musicoterapia y actividades para la tolerancia a la frustración, también producen efectos positivos en la disminución de conductas desadaptativas. Las investigaciones coinciden en que la regulación emocional desempeña un rol importante en la disminución de las conductas disruptivas, y que las estrategias basadas en la metodología conductual son efectivas. En esa misma línea, Nuske et al. (2021) subrayan la importancia de incorporar intervenciones multimodales que combinen entrenamiento en habilidades sociales con manejo emocional, particularmente en niños con TEA que presentan sensibilidad sensorial o impulsividad elevada; es por ello que en el presente estudio, se realizó la implementación de la “cajita de la calma” como herramienta estructurada de autorregulación, lo cual permitió una reducción de los episodios de gritos, pasando de una media de 11 ocurrencias por sesión a una sola, lo que evidencia una mejora sustancial en el manejo emocional del participante.

Finalmente, con respecto al último objetivo específico, centrado en el fortalecimiento de las conductas sociales básicas, como mantener contacto visual, saludar y despedirse gestualmente, se evidenció un aumento en la frecuencia de estas conductas. Estos resultados coinciden con Boyso y Ruiz (2021), quienes, mediante la aplicación de técnicas conductuales, lograron mejoras en habilidades sociales en niños con TEA. Del mismo modo, Cuervo y Granados (2024), en su programa ImPACT, reportaron avances relevantes en el desarrollo de conductas sociales mediante estrategias de seguimiento de instrucciones, encadenamiento conductual y trabajo colaborativo con padres. Cabe destacar que la participación activa de las familias en dicho estudio fue un componente determinante, especialmente considerando que su muestra incluía niños con diagnóstico de TEA de nivel 3, lo que exige una mayor intensidad y coordinación en el abordaje terapéutico.

En conjunto, los resultados del presente estudio contribuyen a consolidar la evidencia empírica existente respecto a la efectividad del condicionamiento operante en la intervención de conductas disruptivas y en el fortalecimiento de habilidades adaptativas en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este enfoque ha demostrado ser eficaz no solo en la reducción de conductas desadaptativas, sino también en el desarrollo de competencias funcionales y sociales, lo que lo posiciona como una de las intervenciones conductuales más validadas y respaldadas en el abordaje del TEA.

A partir de los hallazgos obtenidos, se resalta la importancia de diseñar intervenciones basadas en estrategias conductuales específicas, adaptadas a las características individuales del participante, e incorporar herramientas

complementarias que potencien la autorregulación emocional y favorezcan la interacción social funcional. En ese sentido, la implementación del programa “Conducta en Acción” evidenció mejoras conductuales significativas en un niño con diagnóstico de autismo nivel 2, en coherencia con estudios previos que respaldan la eficacia de las técnicas conductuales. Estas mejoras pueden atribuirse al uso sistemático, estructurado y basado en evidencia de técnicas propias del modelo teórico del condicionamiento operante, lo cual refuerza su aplicabilidad y efectividad en diferentes contextos.

CAPÍTULO V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

5.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Durante la aplicación del programa, se presentaron las siguientes limitaciones:

- *Experiencia en la intervención conductual:* Al inicio de la intervención, la experiencia en la implementación de las técnicas conductuales era limitada. Sin embargo, esta condición no se consideró como una limitación, sino como una oportunidad para profundizar en la investigación sobre el tema y para solicitar orientación a la coordinadora de área, con la finalidad de optimizar el proceso de intervención
- *Intervención con los padres de familia:* Por razones logísticas y disponibilidad de tiempo, no fue posible implementar un componente formal de intervención estructurada con los padres de familia. El programa de intervención ofrecido por el centro estuvo compuesto por un total de 9 sesiones dirigidas exclusivamente al menor. No obstante, se estableció un espacio de aproximadamente 15 minutos antes de finalizar de cada sesión para realizar una retroalimentación directa con la madre del participante. Durante este espacio, se proporcionaba psicoeducación, y orientación y consejería en el cual se asignaban actividades complementarias para ser implementadas en el hogar, mejorando el trabajo interdisciplinario y pronostico del menor.
- *Lista de chequeo adaptadas al usuario:* Dado que la lista de chequeo utilizada, corresponde a un instrumento proporcionado por el centro de carácter general, varios ítems en determinadas áreas presentaban

formulaciones amplias o poco contextualizadas para la población objetivo. Por esa razón, fue necesario crear la ficha topográfica teniendo en consideración solamente las conductas a intervenir (Ver Anexo F). Asimismo, se recomienda que en futuras aplicaciones se realicen adaptaciones adicionales en los enunciados de acuerdo con las características específicas de la población a evaluar, con el fin de garantizar la validez contextual del instrumento; así como su adecuada comprensión por parte del participante.

- *Evaluación de la intervención:* La solicitud de intervención por parte de la madre se centró en facilitar el proceso de adaptación de su hijo a nuevo entorno (educativo). No obstante, la evaluación del proceso de adaptación no fue posible, dado que, al finalizar la intervención el menor aún no había iniciado su proceso escolar.
- *Ficha de registro conductual para el hogar:* No fue posible realizar un seguimiento continuo y detallado de la evolución conductual del menor en el hogar, debido a la ausencia de la ficha de registro específica para ese contexto. La información obtenida sobre el progreso del niño se basó en los informes orales proporcionados por la madre, los cuales dependían de su interpretación.

5.2. Impacto a nivel profesional

- *Capacidades Técnicas:* Para el adecuado desarrollo del programa, fue esencial ampliar los conocimientos en el tema del autismo y su intervención. Con este fin, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre las intervenciones más eficaces para esta población, así como la metodología

más apropiada para su implementación. Además, dada la limitación en la comunicación del niño, se consideró pertinente llevar un curso especializado en terapia de lenguaje, con el objetivo de adquirir estrategias adicionales que favorecieran la intervención.

- *Competencias profesionales:* Se destacó principalmente la capacidad para manejar la frustración, ya que el proceso de aprendizaje de los niños con autismo tiende a ser gradual y sus resultados se evidencian a largo plazo. Asimismo, se consolidaron las habilidades comunicativas, ya que durante las sesiones se requería emitir consignas de manera clara y comprensible, a veces recurriendo al uso de pictogramas como herramienta de apoyo visual. Adicionalmente, se hizo necesario proporcionar una adecuada retroalimentación a los padres, evitando tecnicismos y adaptando la información para su comprensión.

5.3. Impacto en la institución

- *Impacto en el participante:* El presente caso clínico inicialmente presentó dificultades en su intervención debido a las limitaciones del participante. Sin embargo, la intervención mostró un impacto positivo en el infante, debido a que se logró una mejora en su comportamiento. El participante fue capaz de reducir las conductas disruptivas, utilizar la “cajita de la calma” como una herramienta para la regulación emocional y promover el desarrollo de conductas sociales básicas. Estos avances contribuyeron positivamente al bienestar personal del participante y prometen un potencial futuro para su integración en un entorno académico.

- *Impacto en la institución:* Los resultados positivos obtenidos a través de la intervención del programa “Conducta en Acción” fueron fundamentales para que la institución considerara su implementación del programa en caso similares. Además, la ficha topográfica, el uso de material concreto especializado y la incorporación de pictogramas fueron recursos que se quedaron disponibles en la institución; para que sean utilizadas en futuras intervenciones.

5.4. Aporte en el área de la psicología y en el contexto

- *Aporte al área de psicología:* La elaboración del programa contribuye al campo de la psicología clínica, al centrarse la intervención en el área conductual y emocional, a través de técnicas que han demostrado ser efectivas en la mejora del desempeño y evolución del infante dentro de un entorno controlado. Este enfoque permite considerar al programa como un recurso valioso para profesionales dedicados al trabajo con población infantil que haya sido diagnosticados con TEA, facilitando la aplicación de estrategias efectivas en su abordaje.

Además, el presente estudio de caso sirve como antecedente para intervenciones futuras y/o análisis de caso que involucren variables similares, contribuyendo a la expansión del conocimiento sobre la intervención conductual y las técnicas aplicadas en este ámbito.

- *Aporte al contexto:* El presente programa de intervención se implementó en un contexto clínico-educativo, obteniendo resultados positivos. Estos resultados sugieren la viabilidad de replicar el programa en contextos similares, dirigidos a infantes autistas que presenten problemáticas

conductuales que generen dificultades emocionales y sociales; afectando así su calidad de vida. Además, el programa contribuye a la concientización sobre la relevancia de la psicoeducación y la orientación sobre el autismo, elementos claves para el fortalecimiento de los programas de psicología infantil.

CONCLUSIONES

- En relación con el objetivo general, se concluye que el programa “Conducta en Acción” demostró ser eficaz en la modificación de conductas disruptivas mediante el condicionamiento operante. Asimismo, se promovió la implementación de estrategias conductuales para modificar el comportamiento disruptivo, la regulación emocional y la mejora de conductas sociales básicas.
- Respecto al primer objetivo específico, se registró una reducción del 83% en la frecuencia de las conductas disruptivas, tales como de golpearse la frente contra la pared y los codos contra la mesa. Este resultado sugiere que la técnica de refuerzo de conducta incompatible (RDI) fue altamente efectiva para reforzar las instrucciones de “recoger y guardar” sin recurrir a la autoagresión.
- En cuanto al segundo objetivo específico, se logró una reducción del 90% tanto en la frecuencia como en la duración de los episodios de gritos. En contraposición, se registró un incremento del 80% en la frecuencia y duración del uso de la “cajita de la calma”, lo que indica que esa estrategia conductual es adecuada para la regulación emocional.
- Con relación al tercer objetivo, se evidenció un incremento en la frecuencia y duración de las conductas sociales básicas. El mantenimiento del contacto visual presentó un incremento del 100% en ambas variables (frecuencia y duración), el saludo mostró un incremento del 70% en la frecuencia y duración; y la despedida gestual aumentó un 50% en frecuencia y duración.

Estos avances contribuyeron a una mejora en la interacción del infante en su dinámica familiar y social.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis realizado y las conclusiones obtenidas, se propone las siguientes recomendaciones orientadas a optimizar las condiciones observadas:

Respecto al objetivo principal:

- Implementar un sistema de evaluación constante y metódica del avance del infante, mediante sesiones de seguimiento, con el fin de garantizar la erradicación completa del comportamiento disruptivo y promover la manifestación frecuente de conductas de regulación emocional y habilidades sociales.
- Realizar un seguimiento continuo de las conductas trabajadas en el programa de intervención, particularmente en el nuevo entorno académico, con el fin de asegurar la generalización y consolidación de los avances alcanzados.

Con respecto a los objetivos específicos:

- Establecer un sistema de registro conductual en el hogar, que incluya el uso de reforzadores tangibles y sociales de forma inmediata después de ejecutar la conducta deseada, con el objetivo de consolidar y mantener los avances alcanzados.
- Aplicar estrategias específicas de regulación emocional para disminuir la conducta de gritar y enseñar formas alternativas y apropiadas para expresar su frustración.
- Implementar intervenciones focalizadas en el desarrollo de habilidades sociales, orientadas a incrementar la interacción social y el uso de conductas

adecuadas, elementos clave para el progreso del niño en su futuro entorno académico.

- Mantener una colaboración continua con la familia, asegurando la implementación de las estrategias adquiridas durante la intervención, con el fin de reforzar la generalización de los avances conductuales a otros contextos.

REFERENCIAS

- Acho, S., Diaz, M., Criollo, V., & Garcia, O. (2021). La realidad de la educación inclusiva en el Perú y los retos desde la virtualidad. *EduSol*, 21, 153–168.
<https://orcid.org/0000-0001-5208-8380>
- Alakhzami, M., & 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/METRICS>
- Alcalá, G., & Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7–20.
<https://doi.org/10.22201/FM.24484865E.2022.65.1.02>
- Añorve Guillén, 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).
<https://doi.org/10.22201/IIBI.0187358XP.1991.10.3793>
- Antúnez, N. (2022). *INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES Y CONTROL CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11790/Intervencion_AntunezAvalos_Ninoska.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM - V*. www.appi.org

- Bados, A., & García-Grau, E. (2011). *TÉCNICAS OPERANTES*.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Baquerizo, M., Lucero, J., & Taype, A. (2023). Autismo en Perú: estado actual. *Revista Del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 16(3). <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.163.2034>
- Barrientos, K. (2023). *ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON AUTISMO* [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres].
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/12265/BARRIENTOS_HKL.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Berenguer, C., Roselló, B., & Baixauli, I. (2018). CONDUCTAS DE APRENDIZAJE EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CON Y SIN COMORBILIDAD CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349856428026>
- Boland, R., & Verduin, M. (2023). Trastornos del desarrollo neurológico y otros trastornos infantiles. In *Manual conciso de psiquiatría clínica de Kaplan y Sadock* (5th ed., pp. 115–277). <https://clerkship-lwwhealthlibrary-com.upch.lookproxy.com/content.aspx?bookId=3186§ionId=252355355&resultClick=1&rotationId=0#252355801>

- Boyso, B., & Ruiz, M. (2021). *PICTOGRAMAS: UNA PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/2999/1/RI006044.pdf>
- Carrasco, S., & De la Vega, M. (2019). EFECTOS DE UN PROGRAMA BASADO EN ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO PARA LA MEJORA DE REPERTORIOS BÁSICOS Y DE LENGUAJE EN UN NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. *Revista Digital EOS Perú*, 13(1), 3–25. <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2019/09/revista-13-art-1.pdf>
- Celis, G., & Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7–20. <https://doi.org/10.22201/FM.24484865E.2022.65.1.02>
- Cooper, J., Heron, T., & Heward, W. (2020). *Applied Behavior Analysis Third Edition*. Pearson.
- Cordova, M. (2021). *ESTUDIO DE CASO CLÍNICO EDUCATIVO: PROGRAMA PARA DISMINUIR CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA* [Universidad San Martín de Porres]. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9277/CORDOVA_TM.pdf?isAllowed=y&sequence=1

- Creagh, R., Cazull, I., & Creaghm, A. (2020). Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica. *Revista Información Científica*, 99, 150–159. www.revinfcientifica.sld.cu150www.revinfcientifica.sld.cu151
- Cuervo, E., & Granados, D. (2024). Conductas disruptivas en preescolares con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *EDUSCIENTIA. DIVULGACIÓN DE LA CIENCIA EDUCATIVA*, 14. <https://eduscientia.com/index.php/journal/article/download/490/235>
- Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) 2019 - 2021.” (2019, January 10). *El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1730158-5>
- Defensoría del Pueblo Perú. (2023, March 31). *Defensoría del Pueblo advierte que las personas autistas, principalmente mujeres, enfrentan barreras para acceder al diagnóstico temprano*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-que-las-personas-autistas-principalmente-mujeres-enfrentan-barreras-para-acceder-al-diagnostico-temprano/>
- Díaz, C. (2021). *ESTUDIO DE CASO CLÍNICO-EDUCATIVO: PROGRAMA PARA INSTAURAR CONDUCTA DE TAREA EN UN NIÑO CON AUTISMO PRESENTADA POR [Universidad San Martín de Porres]*. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9220/DIAZ_VC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Espinoza, 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://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/3309/1/espinoza_zjj.pdf

Golt, J., & Kana, R. K. (2022). History of autism. In *The Neuroscience of Autism* (pp. 1–14). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816393-1.00002-6>

Gómez, M. D. C., & Da Resurrección, A. (2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas. *Educação Por Escrito*, 8(2), 278.
<https://doi.org/10.15448/2179-8435.2017.2.27976>

Hernández, Roberto., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf

Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 2, 92–08.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 66(S01), 31.
<https://doi.org/10.33588/RN.66S01.2018031>

Izurieta, M. (2023). *PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA REDUCIR CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN UNA NIÑA CON DIAGNÓSTICO DE AUTISMO* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15083/Programma_IzurietaCossio_Mariabelen.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clinica y Salud*, 24(2), 117–127. <https://doi.org/10.5093/CL2013A13>

Martín, F., García, A., & Losada, R. (2022). Los Trastornos del espectro del autismo. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(2), 75–83. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3\(2\).39-42](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(2).39-42)

Martin, G., & Pear, J. (2008). Martin Pear Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla. In A. Cañizal (Ed.), *Pearson Educación* (Vol. 8). Pearson Educación. www.pearsoneducacion.com

Mesias, K., Castillo, R., & Vargas, A. (2023). Desafíos de la educación inclusiva e igualdad escolar en instituciones educativas peruanas. *EduSol*, 22. <https://www.redalyc.org/journal/4757/475769827005/475769827005.pdf>

Mihic, J., & Novak, M. (2018). Importance of Child Emotion Regulation for Prevention of Internalized and Externalized Problems. *Varhaiskasvatuksen Tiedelehti Journal of Early Childhood Education Research*, 7(2), 235–254. <http://jecer.org>

Miltenberger, R. (2013). Modificación de conducta Principios y procedimientos. In J. Virues & C. Nogales (Eds.), *Modificación de conducta Principios y procedimientos* (Ediciones Piramide, Vol. 5). https://www.academia.edu/43067488/Modificaci%C3%B3n_de_conducta_Pr

incipios_y_procedimientos_TRADUCCI%C3%93N_AMPLIADA_DE_LA_QUI
QUINTA_EDICI%C3%93N

Morales, P., Domènech-Llaberia, E., Jané, M. C., & Canals, J. (2013). TRASTORNOS LEVES DEL ESPECTRO AUTISTA EN EDUCACIÓN INFANTIL: PREVALENCIA, SINTOMATOLOGÍA CO-OCURRENTE Y DESARROLLO PSICOSOCIAL. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 217–231. www.aepp.net

Murrugarra, 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://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f458c7bd-ae56-4260-bdf8-b0e58c8fd164/content>

Nuske, H., Shih, W., Sparapani, N., Baczewski, L., Dimachkie, A., Hochheimer, S., Garcia, C., Castellon, F., Levato, L., Fischer, E., Atkinson-Diaz, Z., Li, J., Mandell, D. S., & Kasari, C. (2021). Self-regulation predicts companionship in children with autism. *International Journal of Developmental Disabilities*, 68(6), 889. <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1917109>

Organización de la Naciones Unidas. (2024). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud. (2023, November 15). *Autismo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Ovelleiro, A. (2022). *GESTIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL* [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/56866/TFG-G5648.pdf?sequence=1>
- Patricio, A., Pinheiro, I., Pedrozo, T., Emidio, M., & De Abreu, L. (2023). Applied behavioral analysis for the skill performance of children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1093252>
- Pediatric Neurology*. (2019).
- Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo*. (2024). <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- Staddon, J. E. R., & Cerutti, D. T. (2002). Operant Conditioning. *Annual Review of Psychology*, *54*, 115. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.54.101601.145124>
- Trastornos del espectro autista: problemas de comunicación en los niños*. (2020). National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/problemas-de-comunicacion-en-los-ninos-con-trastornos-del-espectro-autista>
- Valdez, G., & Cartolin, R. (2019). Desafíos de la inclusión escolar del niño con autismo. *Revista Medica Herediana*, *30*(1), 60–61. <https://doi.org/10.20453/RMH.V30I1.3477>

- Valencia, V., & Becerra, L. (2019). Terapias ABA en autismo: ¿Solución única a un problema múltiple? *Salutem Scientia Spiritus*, 5. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1322/1162>
- Vargas, M., & Navas, W. (2012). Autismo infantil. *Revista Cúpula*, 2, 44–58.
- Vieira, D. (2023). Clinical case-Autism spectrum disorder. *Journal of Microbiology & Experimentation*, Volume 11(Issue 5), 150–154. <https://doi.org/10.15406/JMEN.2023.11.00403>
- Villanueva, L., Chamorro, J., Sánchez Fabiana, Lizama, N., Gálaga, J., Jeanneua, P., Vilchez, C., Valdiviezo, K., Quelopana, F., Navarro, V., Zagaceta, J., Molero, J., & Llanos, K. (2023, March 7). Escolares con autismo: ¿Cómo ayudarlos para lograr la inclusión escolar? *Perú21*. <https://peru21.pe/peru/escolares-con-autismo-como-ayudarlos-para-lograr-la-inclusion-escolar-autismo-educacion-inclusion-ministerio-de-educacion-profesores-auxiliares-noticia>
- Zapata, F., & Rondán, V. (2016). *LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña*. <https://mountain.pe/recursos/attachments/article/168/Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf>
- Zhang, L., Liu, Y., Zhou, Z., Wei, Y., Wang, J., Yang, J., Wu, Y., & Sun, Y. (2019). A follow-up study on the long-term effects of rehabilitation in children with autism spectrum disorders. *NeuroRehabilitation*, 44(1), 1–7. <https://doi.org/10.3233/NRE->

182502;WEBSITE:WEBSITE:SAGE;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:
NREA;WGROU:STRING:PUBLICATION

ANEXOS

Anexo A. Informe neuropsicológico

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

Nombre

Sexo

Edad

Fecha de Nacimiento

Fecha de evaluación

II. MOTIVO DE CONSULTA

La madre solicita una evaluación, debido a que en los últimos meses, su hijo está presentando dificultades conductuales con mayor frecuencia e intensidad. La madre refiere: "se golpea la cabeza cuando le dicen que no", "se aburre con facilidad", "su tiempo de atención es corto, se distrae con facilidad", "es difícil salir a la calle con él, debido a que suele gritar y llorar cuando no se le da lo que él desea.

III. ANTECEDENTES

- ✓ El parto se dio a las 39 semanas por cesárea.
- ✓ El embarazo fue planificado y deseado.
- ✓ A los 18 años, empezaron a notar que Iker dejó de mencionar palabras.
- ✓ En cuanto a su desarrollo neuromuscular, Iker no gateó y caminó antes del año.
- ✓ A los primeros meses empezó a balbucear y sus primeras palabras fueron vaca, mamá y papá.
- ✓ Los primeros 4 meses su alimentación fue por leche materna, después fue por fórmula hasta los dos años.
- ✓ A los 2 años le diagnosticaron con trastorno del espectro autista.

- ✓ Llevó dos años de terapia bajo el método ABA, en donde disminuyeron sus conductas disruptivas; luego de ello cambiaron de método de intervención en donde volvieron a aparecer sus problemas de conducta.
- ✓ Actualmente, se encuentra llevando un programa de aprendizaje en casa y terapia de lenguaje con una frecuencia de dos veces por semana.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ADOS-2
- ADI-R
- WPSI-IV
- Escala de Conducta Adaptativa Vineland
- Observación estructurada en contexto lúdico
- Entrevista clínica con los padres

V. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA

El evaluado es de estatura promedio y contextura gruesa. La evaluación se realizó bajo la modalidad presencial, se encontraba vestido de acuerdo con su edad, sexo y estación; su aseo personal se encuentra conservado.

En cuanto al aspecto social, Iker entró de manera independiente al consultorio, separándose con facilidad de su mamá. Al ingresar exploró todo el ambiente; se evidenció que sus gustos e intereses fueron repetitivos escogiendo los mismos juguetes en las diferentes sesiones de evaluación (hipopótamo y animales), además no incluía a la evaluadora en sus juegos. Las características de su juego fueron estereotipadas o de tipo causa-efecto, a su vez se evidenció comportamientos repetitivos y restringidos (juego poco variado y constante exploración).

Durante el proceso de evaluación, siguió de manera adecuada diversas instrucciones simples como: guardar, siéntate y ven; sin embargo, instrucciones como: botar al tacho, apagar la luz se le fue difícil ejecutar. Cuando la actividad a realizar no era de su agrado, solía agarrar el brazo de la evaluadora y llevárselo a su frente con la finalidad de golpearse, ante estas conductas había que redirigirlo para que pueda culminar la tarea encomendada, además en algunas ocasiones daba pequeños gritos al

Dentro de la atención y concentración, se observó que Iker presenta dificultad para mantener su atención sostenida en una tarea de inicio a fin, distrayéndose con facilidad con cualquier estímulo presente en el ambiente, además de pararse constantemente de su asiento; sin embargo, cuando se realizaba una actividad que era de mucho interés para él si era capaz de mantenerse sentado y concentrarse en la actividad hasta el final.

Referente a su comunicación, el evaluado fue capaz de presentar vocalizaciones, además de sonidos guturales acompañados en algunas ocasiones de gestos. Se evidenció que el menor busca imitar las vocalizaciones y sílabas dadas por la evaluadora mirando el movimiento de su boca. En cuanto a su expresión no oral, estableció un contacto visual espontáneo de 2 segundos, con bajo seguimiento visual. La respuesta a su nombre fue inconsistente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tras la evaluación realizada, se observó que el paciente obtiene un cociente de inteligencia global dentro del rango límite (CIT=74), lo que coincide con el resto de subíndices de la prueba, excepto en el índice de comprensión verbal (ICV) y el índice visoespacial (IVE). En estos dos últimos índices se observa una capacidad de expresión verbal, acceso léxico y capacidad para establecer relaciones entre conceptos verbales (ICV=86) junto con una capacidad de evaluación de detalles visuales, integración y comprensión de relaciones visoespaciales (IVE=89) dentro del rango medio-bajo, por lo que podríamos determinar que son sus puntos fuertes.

En la escala de conductas, Iker presenta los siguientes resultados:

- Conductas básicas:
- ✓ **Contacto ocular:** Inconsistente contacto ocular voluntario. En algunas ocasiones es capaz de responder al llamado por su nombre.
- ✓ **Fijación visual:** Se observó una baja frecuencia y duración máxima de dos segundos, apareciendo principalmente al momento de tener un objeto de su interés. Además de un bajo seguimiento visual.

- ✓ **Atención conjunta:** Entendida como la habilidad para compartir la atención de un determinado elemento o situación con otra persona utilizando el contacto visual, el menor evidenció un desempeño inconsistente, solo en ocasiones logra coordinar su mirada con la persona y objeto.
- ✓ **Intención comunicativa:** Balbucea de manera voluntaria con la intención de manifestar algo en específico, en ciertas ocasiones agarra la mano de la evaluadora y la lleva hacia el objeto que desea. No realiza el gesto de señalar.
- Respecto a las funciones comunicativas se apreció lo siguiente:
 - Instrumental: Utilizada para satisfacer las necesidades materiales. Iker logra comunicar de manera no verbal cuando desea o necesita un elemento llevando la mano de la evaluadora hacia el objeto que requiere.
 - Regulativa: Pretende controlar la conducta del interlocutor, busca lograr que los demás hagan lo que él desea. El evaluado realiza gritos o se golpea la cabeza con la finalidad de que el entorno realice su demanda. Es importante tomar en cuenta que la presenta la función regulativa de manera inadecuada.
 - Interactiva: Pretende iniciar, continuar o finalizar una conversación. No se apreció un intercambio comunicativo del evaluado.
 - Personal: Pretende comunicar sus estados de ánimo, opiniones e intereses. En el menor no se evidenció dicha función.
 - Heurística: El evaluado no es capaz de realizar preguntas para solicitar información adicional sobre elementos o situaciones de su entorno.
 - Imaginativa: La presente función utiliza el lenguaje para crear relatos, poesía o cuentos. No se observó tal función en el evaluado.
 - Informativa: El menor no relata experiencias ni transmite información.

- ✓ Iker logró seguir instrucciones sencillas tales como: siéntate, dame, toma, ven, guarda, entre otros; sin embargo, presentó dificultad para seguir otras tales como: apaga /prende la luz, cierra/ abre la puerta, bota al tachó de basura. Aún no logra seguir instrucciones de dos indicaciones, por ejemplo: "Dame la vaca y guarda el lápiz".
- ✓ Con respecto a su léxico, Iker es capaz de reconocer algunos objetos comunes, vocales y animales siguiendo la indicación: "Iker dame el pato", "Dame la vaca", entre otros. No fue capaz de identificar colores, figuras geométricas, etc.
- ✓ Realiza imitación motora utilizando objetos como: golpear el martillo, tocar el tambor, sin embargo, es importante mencionar que se necesita de instigación física y verbal para que pueda realizarlo. Aún no logra realizar imitaciones motoras como: levantar los brazos, aplaudir, taparse la cara, etc. Imita sonidos y sílabas realizadas por la evaluadora.
- Conductas de autoayuda:
 - ✓ Con respecto a la comida, logra beber de un vaso sin ayuda, come de manera independiente, sin embargo, aún se le dificulta comer con tenedor.
 - ✓ Es capaz de controlar esfínteres, sin embargo, aún presenta dificultad para pedir y atenderse de manera independiente en el baño.
- Conducta motora:
 - ✓ Motricidad gruesa: Logra lanzar una pelota libremente, correr, saltar. Presenta dificultad en lanzar y atrapar una pelota y subir y bajar las escaleras.
 - ✓ Motricidad fina: Es capaz de coger objetos y meterlos dentro de un recipiente, arma una torre de cubos, arma rompecabezas de encaje y realiza trazos rectos horizontales, verticales y zigzag.
- Desarrollo social
 - ✓ Interés social por las personas: Establece contacto visual por cortos periodos de tiempo, expresa su malestar realizando gestos y sonidos. Por lo contrario, no ríe ni sonrío ante un halago, no muestra preferencia clara por las personas, ni interés por las actividades que están realizando los adultos.

- ✓ Interés por los objetos: Extiende la mano hacia objetos que se le ofrece, observándolos y explorándolos.
- ✓ Juego de tiempo y ocio: El menor jugó en soledad por periodos cortos de tiempo, en compañía pudo realizar algunas acciones dirigidas por la evaluadora. No obstante, no muestra interés en actividades de otros, no comparte sus juguetes, tampoco sigue las reglas del juego.
- ✓ Normas sociales: En cuanto a las normas sociales que debería haber aprendido para su edad, no saluda ni se despide de manera espontánea; no utiliza ni el por favor ni el gracias, ni sigue adecuadamente las normas.
- ✓ Discriminación perceptiva: El evaluado fue capaz de colocar las piezas en un tablero de encaje, igual objeto-imagen, imagen-imagen y emparejar objetos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-5, y en base a los resultados obtenidos a través de las pruebas estandarizadas, la observación clínica y las entrevistas estructuradas, se concluye que el evaluado cumple con los criterios diagnósticos para el: Trastorno del Espectro Autista (TEA), Nivel 2 de Apoyo, sin comorbilidades asociadas.

Este nivel diagnóstico implica necesidad de apoyos sustanciales en el ámbito de la comunicación social y en la flexibilidad conductual. Iker requiere intervenciones estructuradas y adaptaciones constantes para desenvolverse adecuadamente en entornos escolares y sociales.

No se evidencian en la evaluación actual síntomas compatibles con otros trastornos del neurodesarrollo (como TDAH), trastornos del ánimo ni trastornos de ansiedad.

CONCLUSIONES

- Sigue instrucciones simples tales como guardar, siéntate, ven; sin embargo, aún no es capaz de seguir instrucciones con doble indicación.
- Mantiene contacto ocular espontáneo por un corto periodo de tiempo.
- Sus juegos suelen ser repetitivos y en soledad.
- Presenta las funciones comunicativas: instrumental y regulativa.

- Su atención hacia las actividades es corta, es por ello que es necesario redirigir su atención para que pueda culminar la actividad encomendada.
- Aún no emite palabras, cuando desea algo suele tomarla mano de la evaluadora y lo lleva hacia el objeto que desea.

RECOMENDACIONES

Para el niño:

- Intervención psicológica basada en ABA centrada en:
 - Modificación de conducta.
 - Incrementar su atención hacia actividades dirigidas.
 - Repertorios básicos
 - Conducta verbal

Para los padres de familia:

- Establecer normas y límites adecuados a su edad.
- Favorecer su autonomía personal con pequeñas responsabilidades en comida, vestido, aseo.
- Conocer sus intereses de juego para partir de ello general lazos de interacción.
- Reforzar a lker cada conducta positiva que realice.

ANEXO A.1. Resumen del informe neuropsicológico por áreas:

- **Coficiente intelectual**, el informe de evaluación refiere que:

El evaluado obtuvo un Cociente Intelectual Total (CIT) de 74, lo que se sitúa dentro del rango limítrofe. Este resultado es congruente con los valores obtenidos en la mayoría de los subíndices de la prueba, con excepción del Índice de Comprensión Verbal (ICV) y del Índice Visoespacial (IVE). En estos dos últimos índices, se observaron desempeños dentro del rango medio-bajo, con puntuaciones de ICV = 86 e IVE = 89, respectivamente. El desempeño en el ICV refleja una adecuada capacidad de expresión verbal, acceso léxico y habilidad para establecer relaciones entre conceptos verbales. Por su parte, el resultado en el IVE indica una adecuada capacidad para analizar detalles visuales, integrar información y comprender relaciones visoespaciales. Estos indicadores sugieren que tanto la comprensión verbal como el procesamiento visoespacial pueden considerarse áreas relativas de fortaleza dentro del perfil cognitivo del evaluado.

- **Atención y concentración**, el informe de evaluación refiere que:

Durante la evaluación, se evidenció una marcada dificultad para mantener la atención sostenida en una tarea de inicio a fin. El evaluado se distraía fácilmente ante estímulos ambientales irrelevantes y mostraba una tendencia a levantarse de su asiento de forma recurrente. No obstante, cuando la actividad era altamente motivadora o de especial interés para él, lograba permanecer sentado y concentrado hasta completar la tarea, lo que sugiere que su capacidad atencional puede verse modulada por el nivel de motivación intrínseca.

- **Lenguaje y comunicación**, El informe de evaluación refiere que:

- **Lenguaje expresivo:** El evaluado balbucea de manera intencional con el aparente propósito de comunicar una necesidad o deseo en específico. En algunas ocasiones, recurre a conducta instrumentales como tomar la mano de la evaluadora y dirigirla hacia el objeto que desea. No se evidenció el uso del gesto de señalar como estrategia comunicativa.
- **Lenguaje receptivo:** Demuestra comprensión de instrucciones simples como como: “siéntate”, “dame”, “toma”, “ven”, “guarda”, entre otros. No obstante, presenta dificultades para responder adecuadamente a indicaciones menos frecuentes o más complejas, como: “apaga /prende la luz”, “cierra/ abre la puerta”, o “bota al tacho de basura”. No logra aún ejecutar instrucciones compuestas que incluyan dos acciones consecutivas, por ejemplo: “Dame la vaca y guarda el lápiz”.
- **Pragmática:** Se observa una alteración significativa en el uso funcional del lenguaje. No se evidenció intención de iniciar o mantener un intercambio comunicativo. Asimismo, no se observó

expresión de estados emocionales, opiniones o intereses personales durante la evaluación.

- ***Interacción social y comportamiento adaptativo***, el informe de evaluación refiere que:

Se observó contacto ocular voluntario inconsistente, caracterizado por una baja frecuencia y una duración limitada (no superior a dos segundos). Este se manifestó principalmente en contextos relacionados con objetos de alto interés para el evaluado. El seguimiento visual fue reducido, y la coordinación entre la mirada hacia el objeto y la persona fue esporádica.

La respuesta al llamado por su nombre fue variable, presentándose de forma intermitente a lo largo de la evaluación. Asimismo, se identificó una marcada preferencia por rutinas específicas y una fijación excesiva en determinados objetos, lo que sugiere rigidez conductual.

En cuanto a la capacidad adaptativa, se evidenció un rendimiento por debajo del esperado para su edad cronológica, especialmente en las áreas de comunicación e interacción social. Las habilidades relacionadas con la autonomía personal mostraron un nivel intermedio de dependencia del adulto, lo cual limita su funcionalidad en contextos cotidianos. Asimismo, con respecto a las normas sociales que debería haber aprendido para su edad, no saluda ni se despide de manera espontánea; no utiliza ni el por favor ni el gracias, ni sigue adecuadamente las normas.

- ***Comportamiento observado***, el informe de evaluación refiere que:

Durante las sesiones de evaluación, se observó una marcada preferencia por ciertos juguetes específicos, como un hipopótamo y otros animales, los cuales seleccionó de forma repetitiva en distintas oportunidades. No se evidenció inclusión de la evaluadora en sus actividades lúdicas, lo que indica un juego escasamente social. Las características del juego fueron mayoritariamente estereotipadas o de tipo causa-efecto, con una exploración limitada y patrones repetitivos, lo cual refleja un repertorio lúdico restringido. Asimismo, se observaron conductas repetitivas y restringidas, como la exploración constante de los mismos objetos y la escasa variabilidad en el tipo de juego. Ante actividades que no eran de su agrado, el evaluado manifestó conductas disruptivas, como tomar el brazo de la evaluadora y llevarlo hacia su frente con la aparente intención de golpearse, además de emitir vocalizaciones agudas o pequeños gritos.

Anexo B. Cronograma de trabajo

SESIÓN 1: EVALUACIÓN INICIAL

Motivo de consulta

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Conocer el motivo de consulta	- Presentación y establecer un rapport adecuado.	- Ficha de anamnesis	* Observación clínica * Entrevista semiestructurada	45 min
Actividad de desarrollo:		<p>1. Realización de la anamnesis a través de una entrevista semiestructurada para recopilar información relevante, conocer el motivo de consulta, historia del paciente y antecedentes familiares</p> <p>2. Definición y delimitación de los objetivos a trabajar durante la intervención.</p> <p>3. Propuestas y sugerencias para implementar en el hogar, con el fin de apoyar en el proceso.</p>			
Actividad de cierre:		- Entrega de retroalimentación a la madre, resaltando los puntos clave y recomendaciones.			

SESIÓN 2: Evaluación inicial

Identificación de reforzadores

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	<ul style="list-style-type: none">- Establecer la relación de confianza con el niño- Identificar los reforzadores	<ul style="list-style-type: none">- Para fomentar un entorno de confianza, se comenzó con una dinámica de presentación y se repasaron algunas normas de convivencia a seguir durante las sesiones.- Explicación sobre los objetivos de la sesión.	<ul style="list-style-type: none">- Burbuja- Pelotas de plástico- Animales de juguete- Instrumento musicales (tambor, maracas, pandereta)	* Observación conductual	45 min
Actividad de desarrollo:		<ol style="list-style-type: none">1. Se le ofrece al menor una variedad de juguetes de acuerdo con sus gustos y preferencias personales. Esta selección se basó en la información recabada a través de entrevistas con la madre de familia, quien proporcionó detalles sobre los juguetes que más le atraen al niño.2. Una vez que el niño comenzó a interactuar con los juguetes ofrecidos, se pasa a la fase de jerarquización, en la cual los juguetes serán organizados en función de la intensidad de preferencia del menor. Esto implica identificar cuáles son los juguetes que más le gusta y cuáles son los que generan menos interés.			

Actividad de cierre:		- Se proporciono un resumen a la madre, destacando los puntos clave de la sesión.			
-----------------------------	--	---	--	--	--

SESIÓN 3: Evaluación inicial

Establecer la línea base de las conductas a intervenir

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Fortalecer la relación de confianza	- Explicación a la madre sobre los objetivos de la evaluación y el procedimiento a implementar.	- Ficha topográfica	* Evaluación conductual:	45 min
Actividad de desarrollo:	- Establecer la línea base de las conductas a intervenir	<p>1. Se ofrece diversos estímulos al menor para identificar aquellos que resultan de su agrado, para ello la terapeuta presentará una variedad de estímulos visuales, táctiles o sonoros (como juguetes, imágenes, sonidos o texturas) al niño. Estos estímulos se seleccionan para observar cuál de ellos atrae más la atención o genera una respuesta positiva en el niño.</p> <p>2. Paralelo a la presentación de estímulos, la terapeuta observa y registra las conductas del niño que requieren intervención. con el fin de planificar el plan de trabajo.</p>	- Caja de juguetes - Bloques, figuras de acción. - Tarjeta de animales - Pictogramas - Material concreto	análisis funcional	

		3. Una vez que se han identificado las preferencias del niño y se han registrado las conductas relevantes, se procede a realizar una actividad estructurada, para ello se le entrega fichas de animales para que pueda asociarlas correctamente según la figura-sombra. Se le refuerza, permitiendo que juegue con burbujas			
Actividad de cierre:		- Se realiza un resumen de la sesión a la madre y se proporciona una retroalimentación.			

SESIÓN 1: Fase de intervención

Seguir la instrucción “recoge” – golpearse la frente contra la pared

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	- Se le explica el horario visual y se canta una canción de bienvenida. Asimismo, se le recuerda las normas sociales.	- Pictogramas - Material concreto	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	Seguir la instrucción de recoger - Disminuir la conducta de golpearse la	<i>JUEGO LAS PELOTITAS</i> 1. La actividad comienza con un juego en el que se lanzan pelotas por el espacio de trabajo y las hace rebotar.	* Pelotas de trapo * Caja de juguetes * Pictogramas	* Restricción física * Instigación (modelado)	35 min

	frente contra la pared	<p>2. Una vez que el niño ha lanzado las pelotas por el espacio, se le da la instrucción verbal “recoge” para indicarle que debe guardar las pelotas en su lugar correspondiente.</p> <p>3. Si durante la actividad el niño presenta conductas disruptivas, como golpearse la frente contra la pared, la terapeuta debe intervenir de inmediato mediante la técnica de instigación física (guiar al niño con un toque físico suave y dirigido al tomar sus manos y guiarlas suavemente) para que realice la acción de recoger las pelotas.</p> <p>4. Una vez que el niño ha completado la tarea de recoger las pelotas, se le refuerza positivamente por su esfuerzo y por haber completado la tarea correctamente. El refuerzo se realiza a través de aplausos como reconocimiento verbal y físico del comportamiento adecuado. Además, se le permite jugar con un juguete especial, en este caso su pulpo.</p>			
--	------------------------	---	--	--	--

Actividad de cierre:	Capacitar a la mamá en la intervención	* Se realiza un role playing con la madre, quien deberá simular las conductas que su hijo realiza ante la instrucción de “recoge”. Si el niño intenta acercarse a la pared para golpearse la frente, se procederá a restringir sus manos físicamente, y mediante el modelado, se le ayudará a recoger las pelotitas y guardarlas en su lugar. Al concluir la actividad, se le hará cosquillas como reforzador. Finalmente, se le explica a la madre sobre cómo aplicar esta técnica y como replicarlo de manera efectiva en el hogar.	* Pelotas de trapo * Caja de juguetes * Pictogramas	* Restricción física * Instigación (modelado) * Role playing	10 min
-----------------------------	--	---	---	--	--------

SESIÓN 2: Seguir la instrucción “recoge” – golpearse la frente contra la pared

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	- Se recuerdan las normas de convivencia, y se presenta el horario pictográfico de la sesión para una mayor comprensión.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	Seguir la instrucción de “recoge” - Disminuir la conducta de golpearse la	JUGANDO CON LOS ANIMALITOS 1. Ronda de juego: La sesión comienza con una ronda de juego en la que se introducen diferentes animales de juguete y el niño tiene la oportunidad de interactuar con los juguetes.	* Animales de juguete * Caja de juguetes * Pictogramas	* Restricción física * Instigación (modelado) * Reforzador positivo	35 min

	frente contra la pared	<p>2. Tras la ronda inicial, se presentan diferentes animales de juguete de forma organizada y atractiva. La presentación de los animales va acompañada del nombre de los animales y sonidos correspondientes.</p> <p>3. Instrucción “recoge los animales”: Después de la interacción con los animales, la terapeuta da la instrucción clara y directa: "recoge los animales". La instrucción se presenta de manera sencilla, clara y concreta para evitar confusiones y asegurar que el niño entienda la tarea a realizar.</p> <p>4. Estrategia de manejo de conductas disruptivas: Se le permite al niño intentar realizar la tarea de forma independiente. Sin embargo, si durante la ejecución de la actividad el niño manifiesta conductas disruptivas (<i>golpearse la frente contra la pared</i>), se procede a aplicar una intervención conductual. Según las técnicas conductuales se utilizará la redirección (redirigir su atención hacia la tarea).</p> <p>5. Refuerzo positivo y reconocimiento del esfuerzo: Al finalizar la actividad, se reconoce</p>			
--	------------------------	--	--	--	--

		el esfuerzo del niño. Esto se realiza mediante elogios verbales ("¡Muy bien, lo hiciste muy bien!") y mediante recompensas tangibles (se le entrega su pulpo antiestrés).			
Actividad de cierre:	Brindar una retroalimentación a la mamá.	* Se permite al niño escuchar la canción "la vaca Lola" como despedida, y se realiza un feedback con la madre, proporcionando orientaciones sobre la sesión.	- Parlantes - Canción "vaca lola"		10 min

SESIÓN 3: Seguir la instrucción "guardar" – golpearse los codos contra la mesa

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	- Se le explica al niño el horario pictográfico, detallando las actividades que se van a llevar a cabo durante la sesión.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	Seguir la instrucción de "guardar" - Disminuir la conducta de golpearse los codos contra la mesa	LA GRANJA 1. Entrega de diferentes piezas de animales para la actividad: Al niño se le hace la entrega de diferentes animales los cuales podrá manipular durante el desarrollo de la actividad.	- Animales de juguete - Táper - Puzle - Globo	- Reforzado positivo - Instigación (Modelado)	35 min

		<p>2. Instrucción de “guarda” y señalización del táper:</p> <p>Una vez que el niño ha completado la tarea con los animales, se le da la instrucción de “guarda”, indicándole que debe de colocar las piezas en un táper para almacenarlas. La terapeuta señala el táper mientras da la orden verbal, con el fin de proporcionar una referencia visual adicional que ayude al niño a entender lo que se espera de él.</p> <p>3. Acción modelada por la terapeuta:</p> <p>Para asegurar que el niño comprenda lo que debe hacer, la terapeuta realiza la primera acción de guardar una pieza en el táper, mientras el niño observa. Este modelo visual proporciona una guía clara para el niño y le permite imitar la acción correctamente.</p> <p>4. Manejo de conductas disruptivas:</p> <p>Si el niño presenta conductas disruptivas durante la actividad, como golpearse los codos contra la mesa; la terapeuta intervendrá de manera inmediata. En este caso, se utilizará la técnica de restricción física, al limitar físicamente la acción disruptiva, y redirigir al niño suavemente para que deje de golpear los codos.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Posteriormente, se utiliza la instigación física para guiar al niño y ayudarlo a realizar la acción correcta, en este caso, guardando las piezas en el táper. Para la instigación física se toma de sus manos del niño y se guía hacia el recipiente para mostrarle cómo guardar los animales.</p> <p>5. Reforzador positivo: Una vez que el niño ha completado la actividad de guardar las piezas correctamente, se refuerza su comportamiento de manera positiva; para ello se le entrega un globo y se le dice “Lo has hecho muy bien”.</p>			
Actividad de cierre:	Evaluar el progreso del menor	<p>Evaluación del progreso del menor: El conversatorio comienza con una revisión del progreso del niño, utilizando la información recopilada durante las sesiones anteriores. Para ello, la terapeuta presenta un resumen del avance que ha mostrado el niño en las áreas de intervención de las conductas disruptivas y se le explica que en las próximas sesiones se abordará el tema de regulación emocional.</p>	- Ficha de observación		10 min

SESIÓN 4: Reducir la conducta de levantar la voz

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	- Se inicia la sesión con una actividad de repaso de la actividad realizada en la sesión anterior. - Se le explica el horario pictográfico de la sesión.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	Reducir la conducta de levantar el tono de voz	<p>¿CÓMO ME COMUNICO?</p> <p>1. Explicación de los tonos de voz mediante pictogramas: La actividad comienza con una explicación sobre los diferentes tonos de voz: silencio, susurro, normal y gritar. Para facilitar la comprensión del niño, se utilizará pictogramas representativos de cada tono de voz. Lo cual proporcionará una referencia clara para el niño, ayudando a asociar las palabras con representaciones visuales.</p> <p>2. Modelado de los tonos de voz por la terapeuta: Una vez que el niño ha visto los pictogramas, la terapeuta modela cada tono de voz (silencio, susurro, normal y gritar), demostrando cómo debe usarse cada uno. La terapeuta comienza con el silencio, mostrando cómo se debe</p>	- Material manipulativo - Limpia tipo	- Reforzado positivo - Instigación (Modelado)	35 min

		<p>mantener la calma sin hablar, luego susurra, usa su tono de voz normal y, finalmente, hace el acto de gritar (de manera controlada y apropiada para la actividad).</p> <p>3. Clasificación de conductas mediante fichas:</p> <p>Después de que la terapeuta ha modelado los cuatro tonos de voz, el niño pasa a una actividad de clasificación. Se le presentan varias fichas que contienen ejemplos de conductas o situaciones donde se podría utilizar un tono de voz. El niño debe observar cada ficha y debe de decidir si la conducta representada corresponde a un tono de voz correcto o incorrecto.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si la conducta es adecuada (por ejemplo, hablar en tono normal en una conversación), el niño debe colocar un “√” en la ficha.• Si la conducta es inapropiada (por ejemplo, gritar en una situación donde se debería hablar en tono normal), el niño coloca una “X”. <p>Cada vez que el niño clasifique correctamente las conductas, el terapeuta lo refuerza</p>			
--	--	---	--	--	--

		positivamente diciendo “ muy bien ” y mostrando entusiasmo por el esfuerzo del niño.			
Actividad de cierre:	Retroalimentación de la sesión	* Se le coloca al niño la canción de la lechuza. * Se responde las dudas de la madre, ofreciendo orientaciones adicionales sobre el proceso.	- Canción “la lechuza”		10 min

SESIÓN 5: Estrategia conductual para la regulación emocional

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	- Se comienza la actividad con una dinámica que repasa lo trabajado en la sesión anterior y se presenta el horario pictográfico del día.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	Diseñar su herramienta de autorregulación “caja de la calma”	USO DE LA “CAJITA DE LA CALMA” 1. Elaboración de la “cajita de la calma” con la participación del niño: La actividad comienza con la creación de la “cajita de la calma” , un recurso diseñado para que el niño pueda utilizarlo cuando se sienta estresado, ansioso o fuera de control emocional. Con ayuda del niño, se llenará la cajita de la calma con objetos sensoriales que le ayuden a relajarse y calmarse. Esta intervención busca	- Caja pequeña - Tempera - Pelotita antiestrés - Burbujas pequeñas - Animales pequeños - Play-doh - Maracas	- Reforzamiento positivo	35 min

		<p>ofrecer un espacio tangible que el niño pueda utilizar en momentos de necesidad emocional.</p> <p>- Al finalizar la creación de la cajita, el terapeuta refuerza positivamente el esfuerzo del niño mediante halagos y cosquillas, mostrando aprecio por su participación</p> <p>2. Uso de la “cajita de la calma” en momentos de tranquilidad:</p> <p>Como parte de la iniciación al uso de la cajita de la calma, se comienza a implementar esta herramienta en momentos de tranquilidad, cuando el niño está en un estado emocionalmente equilibrado. Durante esta fase, el niño no está en una situación de alta emoción, lo que permite ir asociando el uso de la caja como una herramienta preventiva.</p>			
Actividad de cierre:	Capacitar a la mamá en el uso de la caja de la calma	<p>1. Explicación detallada del uso de la caja de la calma:</p> <p>En primer lugar, se le explica a la madre el propósito de la caja de la calma. Se le informa que esta herramienta está diseñada para ayudar a su hijo a calmarse en momentos de ansiedad, frustración o estrés y así disminuir las conductas disruptivas. La caja contiene elementos</p>	- Caja de la calma		10 min

		<p>sensoriales y objetos que han sido seleccionados según las preferencias del niño, lo que la convierte en una herramienta personalizada.</p> <p>* Se responde las dudas de la madre, proporcionándole aclaraciones y sugerencias.</p>			
--	--	---	--	--	--

SESIÓN 6: Estrategia conductual para la regulación emocional

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	Se presenta el horario pictográfico de la sesión, y se mantiene una conversación con la madre sobre el progreso de su hijo.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	* Incorporar la caja de la calma en la rutina.	<p>USO DE LA “CAJITA DE LA CALMA”</p> <p>Enseñanza de la técnica del semáforo utilizando imágenes:</p> <p>Después de crear la cajita de la calma, se inicia la enseñanza de la técnica del semáforo, que ayuda al niño a identificar y regular su nivel de emoción mediante una representación visual simple. Esta técnica se presenta a través de imágenes que muestran los colores y las situaciones asociadas a cada uno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colores - Cartulina - Imágenes - Caja de la calma 	- Reforzamiento positivo	35 min

		<ul style="list-style-type: none">• Rojo: Representa cuando el niño está muy alterado o tiene un nivel alto de estrés o enojo. La instrucción es que, en este momento, debe detenerse y utilizar las herramientas que tiene a su disposición, como la cajita de la calma, para reducir la intensidad de sus emociones.• Amarillo: Indica un nivel de emoción moderado, donde el niño está empezando a sentirse incómodo o molesto, pero aún no está completamente fuera de control. En esta fase, el niño debe reconocer la señal y empezar a tomar medidas para calmarse, como la caja de la calma antes de llegar al punto de “rojo”.• Verde: Es cuando el niño está tranquilo y en control de sus emociones, mostrando un estado de bienestar. Aquí no es necesario usar herramientas de regulación, pero se le explica que el objetivo es permanecer en este estado cuando sea posible.			
--	--	--	--	--	--

Actividad de cierre:	Capacitar a la mamá en el uso de la técnica del semáforo	<p>* Se le explica a la madre sobre cómo utilizar la técnica del semáforo en casa, brindando recomendaciones prácticas en su aplicación.</p> <p>* Resolver dudas de la madre, se brinda sugerencias adicionales.</p>	- Semáforo pictográfico		10 min
-----------------------------	--	--	-------------------------	--	--------

SESIÓN 7: MANTENER EL CONTACTO VISUAL

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	Se presenta el horario pictográfico de la sesión, y se mantiene una conversación con la madre sobre el progreso de su hijo.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	* Mantener el contacto visual.	<p>SEGUIR EL OBJETO</p> <p>1. La terapeuta sostiene un títere en su mano y se le muestra frente a la cara del niño para asegurar que lo llegue a visualizar.</p> <p>2. La terapeuta mueve lentamente el títere de un lado a otro frente al niño, asegurándose de que el movimiento sea lo suficientemente suave y atractivo para que el niño quiera seguirlo con sus ojos.</p> <p>3. Cada vez que el niño se concentre en el objeto, se le llama por su nombre y en ese</p>	- Títeres	- Reforzamiento positivo	35 min

		<p>momento se le refuerza el contacto visual con la indicación "..., mira al títere)</p> <p>4. Reforzar el contacto visual: Cuando el niño realice el contacto visual, se realizará un reforzamiento social mediante frases como "¡Muy bien! ¡Me estas mirando!" o "¡Excelente, estás mirando el títere!" y posteriormente se le puede realizar cosquillas.</p>			
Actividad de cierre:	Realizar una retroalimentación de la sesión	* Resolver dudas de la madre, se brinda sugerencias adicionales.			10 min

SESIÓN 8 y 9: IMPLEMENTAR LA CONDUCTA DE SALUDAR Y DEPEDIRSE

Etapa	Objetivos	Desarrollo	Materiales	Técnica	Tiempo
Actividad de inicio:	- Establecer un ambiente lúdico	Recordatorio de las normas que guiaran la sesión y la presentación del horario pictográfico.	- Pictogramas	* Observación conductual	5 min
Actividad de desarrollo:	* Fomentar las conductas sociales: saludar y despedirse	1. Implementación de la técnica de modelado para enseñar el saludo gestual: La terapeuta se ubica a la altura del menor , lo que favorece el contacto visual y asegura que el niño pueda ver y entender claramente la acción que se va a	* Pictogramas * Goma * Cartulina	* Modelado * Moldeamiento * Reforzador positivo	35 min

		<p>realizar, se establece el contacto visual y la terapeuta realiza la acción de saludar con la mano, mientras dice "hola". Después de realizar la acción se espera que el niño imite de la acción y una vez logrado el saludo, se le realiza cosquillas como un refuerzo positivo.</p> <p>2. Presentación de imágenes para ejemplificar conductas sociales de saludo y despedida: La terapeuta presenta imágenes visuales que ilustran las conductas de saludar (con el gesto de la mano y decir "hola") y despedirse (con el gesto de la mano y decir "chau"), las cuales deben ser claras, simples y con colores vivos, para captar la atención del niño y facilitar su comprensión; asimismo, deben mostrar conductas en diversos contextos, como al ingresar a una habitación, al ver a un amigo, o cuando alguien se va. Esto ayuda al niño a entender cuándo es apropiado realizar estas conductas. Cada vez que el niño realiza correctamente la acción (ya sea saludar o despedirse), se le refuerza inmediatamente con un aplauso como reconocimiento por la acción correcta.</p>			
--	--	--	--	--	--

		3. Participación activa del niño en la colocación de carteles visuales: Se le solicita su ayuda al niño para colocar los carteles visuales en la puerta, uno con la imagen de alguien saludando y diciendo “ hola ” y otro con la imagen de alguien despidiéndose y diciendo “ chau ”, los cuales actuaran como recordatorios visuales al ingresar o salir del consultorio.			
Actividad de cierre:	Realizar una retroalimentación de la sesión	Se proporciona orientación a la madre sobre cómo utilizar adecuadamente las técnicas aprendidas para reforzar las conductas en el hogar.			10 min

Anexo C. Anamnesis

DATOS GENERALES:

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____

Tiempo de residencia en Lima: _____ Grado de instrucción: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DATOS FAMILIARES:

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

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA EVOLUTIVA:

- ¿Cuál fue el número de embarazo con su hijo?

- ¿Cómo describiría su experiencia durante el embarazo o la gestación?

- ¿Cuánto tiempo duró su embarazo?

- ¿Recibió algún tipo de control médico o seguimiento durante el embarazo?
(por parte de un médico o partera)

- ¿Presentó alguna enfermedad y/o sufrió algún accidente durante el embarazo?

PERINATAL:

- ¿Quién fue el responsable de atender el parto?: _____
- ¿Cómo fue el parto (normal, cesárea, con desgarramiento)?: _____
- ¿El parto fue inducido? ¿Cuál fue la razón?: _____
- ¿Se le administró anestesia durante el parto? ¿Fue anestesia local o general?

- ¿Cuál fue la presentación del recién nacido durante el parto (cabeza, nalga, transversal, de pie o con el cordón umbilical enredado al cuello)?:

HISTORIA MÉDICA:

- ¿Cuál es el estado de salud actual de su hijo(a)?: _____
- ¿Qué enfermedades ha presentado su hijo (a) desde su nacimiento hasta el momento?

- ¿Qué médicos han atendido a su hijo (a) y qué diagnóstico o recomendaciones le han proporcionado?

- ¿Qué medicamentos ha tomado su hijo (a) y cuáles está tomando actualmente?

LENGUAJE:

- ¿A qué edad comenzó su hijo a pronunciar sus primeras palabras? ¿Cuáles fueron?

- ¿Presentó su hijo alguna dificultad para pronunciar ciertas palabras? ¿Cuáles?

- ¿Cómo reaccionaba Ud. cuando su hijo pronuncia las palabras incorrectamente? ¿Se reía, lo corregía, no le prestaba atención?

- En la actualidad ¿Su hijo presenta dificultades para hablar? ¿Desde cuándo ha notado estas dificultades?

-
- ¿En qué situaciones específicas su hijo presenta dificultades para hablar?

-
- ¿Cómo logra comunicarse con su hijo? ¿Usa gestos, gritos, habla directamente, lo lleva de la mano, balbucea, u otro método?

-
- ¿Cómo reacciona su hijo cuando lo llama por su nombre? ¿Lo mira, se da vuelta, no responde, no muestra interés?

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿En su familia ha existido algún caso de persona con: enfermedades psiquiátricas, epilepsia, convulsiones, discapacidad intelectual, dificultades en el aprendizaje, ¿problemas de habla u otros problemas relacionados?:

Anexo D. Entrevista semiestructurada

Entrevista

Preguntas dirigidas al padre de familia:

- ¿Cuál considera que es la principal dificultad que observa o que más le preocupa respecto a su hijo?

- ¿Cómo se manifiesta esa dificultad? (describa las conductas asociadas)

- ¿Desde cuándo ha notado esa dificultad?

- ¿En qué situaciones específica (cuándo, dónde y con quién) se presenta la conducta problemática? (Describa la situación)

- ¿Qué pregunta es la que más se repite en su mente respecto a su hijo?

- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que comenzó a enfrentar dificultades para encontrar una solución al problema de su hijo?

Anexo E. Lista de Chequeo

Por favor, responda cada pregunta marcando con una "X" la mejor opción que refleje la frecuencia con la que ocurre cada situación. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es fundamental para obtener resultados útiles.

Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3

Conductas disruptivas

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	Clasifica los objetos según forma, color o tamaño.				
2	Realiza movimientos circulares con objetos.				
3	Responde mediante gestos agresivos como manotazos, gritos, jaladas de cabello o patadas.				
4	Dirige su atención de manera fija hacia sus dedos o a objetos específicos.				
5	Se desplaza de un lado a otro sin considerar los posibles riesgos o peligros.				
6	Lanza objetos expresión de frustración o cuando no obtiene lo que desea.				
7	Se golpea a sí mismo o muerde en situaciones de malestar.				
8	Realiza movimientos de balanceo repetitivos.				
9	Realiza actos o comportamientos				

	rituales de manera repetitiva.				
10	Empuja a sus compañeros de clase en diversas situaciones.				
Total					

Regulación emocional

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	Reconoce y es consciente de sus propias emociones				
2	Dedica tiempo a reflexionar sobre sus sentimientos y emociones.				
3	Expresa sus sentimientos y emociones de manera abierta hacia los demás.				
4	Es capaz de controlar de manera efectiva sus emociones negativas (enojo).				
5	Logra identificar y comprender las emociones de las demás personas.				
6	Cuando desea algo, lo solicita de manera adecuada, utilizando un tono de voz apropiado.				
7	Cuando se encuentra en una situación complicada, pierde el control de su conducta.				
8	Reconoce y expresa sus emociones cuando experimenta malestar.				

9	Utiliza alternativas de relajación o estrategias adecuadas cuando se siente mal.				
10	Cuando enfrenta dificultades, experimenta frustración y reacciona inapropiadamente.				
Total					

Conductas sociales básicas

		Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	Disfruta normalmente del contacto social.				
2	Tiene problemas para jugar con otros niños.				
3	Sigue las reglas del juego al jugar.				
4	Le cuesta salir de casa.				
5	Espera su turno.				
6	Emplea el saludo y despida en su vida cotidiana.				
7	Busca ayudar a otros niños con actividades y juegos.				
8	Sigue las normas de convivencia.				
9	Tiene dificultades para hacer uso adecuado de buenos modales (por favor, gracias y permiso).				
10	Participa activamente en actividades y convenciones con otros niños.				
Total					

Anexo F. Registro topográfico de frecuencia de conductas disruptivas, el desarrollo de estrategia de regulación emocional y de conductas sociales básicas

Nombre: _____

Fecha: _____

Área	Conductas	Frecuencia	Intensidad	Duración
Conductas disruptivas	Golpear la frente contra la pared			
	Golpear los codos contra la mesa			
Regulación emocional	Gritar			
	Usar la “caja de la calma” en situaciones de estrés			
Conductas sociales básicas	Mantener contacto visual			
	Saludar con la mano			
	Despedirse con la mano			

Anexo G. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Padres)	
<i>Título del estudio:</i>	Trabajo de Suficiencia Profesional
<i>Investigador (a):</i>	Reyna Cecilia Arizaga Moscoso
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio titulado “Aplicación del Programa ‘Conducta en Acción’ para la Modificación de Conducta en un Niño con Autismo de Nivel 2”. Este es un estudio desarrollado por la bachiller Reyna Cecilia Arizaga Moscoso de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y tiene como objetivo conocer el efecto del programa “Conducta en Acción” en la modificación de conducta aplicado a un niño con autismo de nivel 2.

La modificación de conducta es definida como un proceso en el que se utilizan técnicas y estrategias conductuales para cambiar, reducir o eliminar comportamientos no deseados, y fomentar comportamientos más adaptativos.

Procedimientos:

Si usted acepta que su hijo participe y su hijo decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente.

1. Se le realizará una evaluación conductual al menor para conocer las dificultades que presente.
2. Participará en el Programa ‘Conducta en Acción’, el cual está constituido de 3 unidades, donde se realizarán actividades dirigidas a disminuir las conductas disruptivas, implementar una estrategia de regulación emocional y el desarrollo de conductas sociales básicas.
3. Se realizará el monitoreo mediante una ficha de acuerdo a las conductas a intervenir.
4. Por último, se realizará un seguimiento con la finalidad de conocer si los cambios logrados se mantienen a lo largo del tiempo.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Su hijo(a) se beneficiará de la participación en el programa “Conducta en Acción”,

el cual se encuentra conformado por distintas estrategias y actividades que tienen como objetivo disminuir las conductas disruptivas, implementar una estrategia de regulación emocional y el desarrollo de conductas sociales básicas.

Compensación

No recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole por la participación de su hijo(a), únicamente la satisfacción de que su menor hijo pueda conocer y participar de distintas estrategias y actividades de modificación de conducta.

Confidencialidad:

Se guardará la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de su hijo(a) o de otros participantes del estudio.

Uso futuro de la información obtenida

Se desea conservar los resultados obtenidos de su hijo(a) almacenándolos por 1 año. Estos resultados serán utilizados para realizar un análisis del estudio.

Autorizo a tener los resultados de mi menor hijo (a) almacenados SÍ () NO ()

Además, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación, beneficiando al mejor conocimiento sobre la modificación de conducta en la población diagnosticada con autismo, para ello se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cada vez que requiera el uso de sus resultados.

Si usted no desea que los resultados de su hijo(a) permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, su hijo(a) aún puede seguir participando del estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor consulte con la bachiller encargada del estudio: Reyna Cecilia Arizaga Moscoso, al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hijo(a) ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01-319000 anexo 2271.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo de las actividades en las que participará si ingresa al estudio, también entiendo que mi hijo(a) puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento.

_____ Nombres y Apellidos Padre/madre/tu tor	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombres y Apellidos Investigador	_____ Firma	_____ Fecha y Hora