



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA
LA DISMINUCIÓN DE CONDUCTA DISRUPTIVA Y AUTOLESIVA EN UN
CASO DE PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DE TEA

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

AUTORA: MARJORIE SALVITH MENDOZA REGALADO

ASESORA: MG. JULIA ROXANA CALDERON CALDERON

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES |
|----|------------------------------------|
| 1. | Mendoza Regalado, Marjorie Salvith |

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenciente al programa de la Carrera Profesional de Psicología, autora del trabajo titulado: **Aplicación de Programas de Intervención Conductual para la disminución de conducta disruptiva y autolesiva en un caso de presunción diagnóstica de TEA**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **título profesional** bajo la modalidad de **Trabajo de Sufficiencia Profesional**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE | FACULTAD | NIVEL DE ASESORÍA |
|----|---------------------------------|------------|-------------------|
| 1. | Calderon Calderon, Julia Roxana | Psicología | Asesora |

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **11%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3541058310**; fecha de entrega: **17-04-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de abril de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 07251931
ORCID: 0000-0003-4896-7467

MIEMBROS DEL JURADO:

Mg. Heinet Abdalí Panez Salazar

Presidente

Mg. Giancarlo Manuel Francia Sánchez

Vocal

Mg. Cecilia Martina Aguirre Laura

Secretaria

DEDICATORIA

A mis padres, Ernesto y Yovana, por su amor incondicional. Por su sacrificio y trabajo incansable, sosteniéndome con fe incluso cuando yo dudé de mí misma. A mis hermanos Flor, Spencer, Santiago y Andrea, con la esperanza de que este logro les recuerde que siempre vale la pena continuar perseverando, aun cuando las dificultades se vengan encima, y que creer en uno mismo es parte esencial del camino. A mi familia, abuelos, tíos, y primos, quienes con sus consejos y apoyo me animaron a seguir creciendo profesional y humanamente.

Este logro también les pertenece.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a la institución en la que se realizó este trabajo, por brindarme no solo la información, sino también las herramientas necesarias para desarrollarme profesionalmente.

A mis asesoras, Mónica Velasco y Roxana Calderón, por su orientación, acompañamiento y valiosas sugerencias durante el desarrollo de este trabajo.

A la menor y a su familia, por la confianza brindada y su participación en el proceso de intervención.

A Juan Daniel, por su compañía, por sus pequeños gestos y por el ánimo brindado en los momentos necesarios a lo largo de este proceso.

A mis amigas, Lucero, Valeria, Andrea, Carellia y Adriana, por sus consejos y palabras de ánimo que hicieron más llevadero este camino.

A mi familia, por su apoyo constante y comprensión a lo largo de este proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO 2

1.1. Descripción de la empresa o institución: 2

1.1.1. Misión 4

1.1.2. Visión 4

1.1.3. Valores 4

1.2. Puesto desempeñado: 5

1.2.1. Denominación del puesto 5

1.2.2. Principales funciones a cargo 5

1.3. Delimitación del área de trabajo y relación con la formación profesional: 7

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 10

2.1. Trastorno del espectro autista 10

2.1.1. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista: 11

2.1.2. Diagnóstico: 15

2.1.3. Criterios del DSM-5 -TR 16

2.2. Otros posibles diagnósticos 20

2.2.1. Síndrome de Rett 20

2.2.2. Discapacidad Intelectual 20

2.3. Conducta autolesiva 21

2.4. Conductas disruptivas: 22

| | | |
|---------------------------------|--|----|
| 3.5. | Modelo teórico de intervención | 23 |
| 3.5.1. | Modelo conductual operante | 23 |
| 3.5.2. | Conducta verbal y las operantes verbales | 24 |
| 3.5.3. | El Proceso de Emparejamiento (Pairing) | 27 |
| 3.5.4. | Análisis Funcional de la conducta..... | 28 |
| 3.5.5. | Función de la conducta..... | 29 |
| 3.5.6. | Técnicas para la Disminución y Eliminación de Conductas..... | 31 |
| 3.5.7. | Tipos de ayuda en un programa de reforzamiento | 32 |
| 3.6. | Antecedentes internacionales:..... | 33 |
| 3.7. | Antecedentes Nacionales | 36 |
| CAPÍTULO III: Metodología | | 40 |
| 4.1. | Justificación y contextualización del problema | 40 |
| 4.2. | Intervención: | 43 |
| 4.2.1. | Problema de estudio:..... | 44 |
| 4.3. | Objetivo general:..... | 47 |
| 4.4. | Objetivos específicos: | 47 |
| 4.5. | Criterios de Logro | 48 |
| 4.6. | Público objetivo de la intervención:..... | 49 |
| 4.6.1. | Muestra:..... | 49 |
| 4.6.2. | Criterios de inclusión: | 49 |
| 4.6.3. | Criterios de exclusión:..... | 50 |
| 4.7. | Descripción del procedimiento y metodología | 51 |
| 4.7.1. | Etapas de evaluación..... | 51 |
| 4.7.2. | Planificación de programas de intervención | 61 |
| 4.7.3. | Implementación de los programas de intervención conductual | 62 |

| | |
|---|-----|
| 4.7.4. Etapa de monitoreo y evaluación | 75 |
| 4.8. Descripción de instrumentos utilizados | 76 |
| 4.8.1. Registro ABC – Evaluación Funcional de la Conducta: | 76 |
| 4.8.2. Evaluación de Preferencias y Reforzadores | 77 |
| 4.8.3. Observación en Juego Libre y Estructurado | 78 |
| 4.8.4. Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised (ABLLS-R) 78 | |
| 4.9. Consideraciones éticas | 80 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS..... | 82 |
| 5.1. Descripción de los resultados..... | 82 |
| 5.2. Discusión de los resultados | 100 |
| CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA | 104 |
| 6.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención..... | 104 |
| 6.2. Impacto a nivel profesional (competencias desarrolladas a partir de la experiencia). 106 | |
| 6.3. Impacto en la institución con los resultados hallados | 107 |
| 6.4. Aporte en el área psicológica y en el contexto..... | 108 |
| CONCLUSIONES | 110 |
| RECOMENDACIONES | 112 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:..... | 114 |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 <i>Niveles de ayuda del trastorno de espectro autista</i> | 13 |
| Tabla 2 <i>Criterios diagnósticos del Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5- TR)</i> | 18 |
| Tabla 3 <i>Operantes verbales</i> | 27 |
| Tabla 4 <i>Registro de conductas</i> | 52 |
| Tabla 5 <i>Evaluación funcional (Registro abc) de conducta de morder</i> | 52 |
| Tabla 6 <i>Evaluación funcional (Registro abc) de conducta de gritar – acceso a tangible</i> | 53 |
| Tabla 7 <i>Evaluación funcional (Registro abc) de conducta de gritar – acceso a ayuda</i> | 53 |
| Tabla 8 <i>Evaluación de reforzadores</i> | 54 |
| Tabla 9 <i>Evaluación de habilidades según Ablls- R</i> | 58 |
| Tabla 10 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física total</i> | 64 |
| Tabla 11 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física parcial</i> | 65 |
| Tabla 12 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física mínima</i> | 66 |
| Tabla 13 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” de manera independiente.</i> | 66 |
| Tabla 14 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” con modelo total</i> | 69 |
| Tabla 15 <i>Programa: “Responder cuando se le pide” con modelo parcial</i> ... | 70 |

| | |
|---|----|
| Tabla 16 Programa: “Responder cuando se le pide” de manera independiente | 71 |
| Tabla 17 Programa: “Pedir ayuda” con modelo ecoico total..... | 72 |
| Tabla 18 Programa: “Pedir ayuda” con modelo parcial..... | 73 |
| Tabla 19 Programa: “Pedir ayuda” de manera independiente | 74 |
| Tabla 20 Ejemplo de ficha de monitoreo. | 75 |
| Tabla 21 Cronograma general del proceso de intervención | 79 |

RESUMEN

El presente estudio describe la implementación de programas de intervención conductual individualizados en una menor con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA), con énfasis en la reducción de conductas disruptivas y autolesivas. La intervención inició con la evaluación sistemática de la línea base, registrando la frecuencia e intensidad de conductas problemáticas, incluyendo mordeduras de mano y gritos. Posteriormente, se realizó un análisis funcional para identificar antecedentes y consecuencias que mantenían dichas conductas, lo cual permitió seleccionar estrategias de intervención adecuadas a la función de cada comportamiento.

Se aplicaron programas simultáneos, destacando el Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI) para la conducta autolesiva y el Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA) para la conducta disruptiva. Cada programa contempló niveles progresivos de ayuda, desde asistencia física total hasta independencia, asegurando que las conductas alternativas fueran reforzadas y se mantuvieran bajo control de estímulo.

Los resultados mostraron la eliminación total de la conducta autolesiva, con cero ocurrencias en cuatro sesiones consecutivas, y una reducción del 98.5% en los episodios de gritos, evidenciando mejoras significativas, progresivas y sostenidas. Paralelamente, la menor incrementó su repertorio comunicativo funcional, desarrollando la capacidad de solicitar objetos y ayuda de manera independiente, y generalizando estos logros al entorno familiar.

Este estudio evidencia la efectividad de programas conductuales individualizados basados en análisis funcional para reducir conductas problemáticas y fomentar habilidades adaptativas en niños con presunción de TEA. Los hallazgos resaltan la importancia de la observación sistemática, la identificación de la función de la conducta y la aplicación de estrategias de reforzamiento basadas en evidencia para generar cambios conductuales significativos y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: conductas disruptivas, conductas autolesivas, programas de intervención conductual, Trastorno del Espectro Autista, análisis funcional.

ABSTRACT

This study describes the implementation of individualized behavioral intervention programs for a child with a presumed diagnosis of autism spectrum disorder (ASD), focusing on the reduction of disruptive and self-injurious behaviors. The intervention began with a systematic baseline assessment, recording the frequency and intensity of problematic behaviors, including hand-biting and screaming. A functional analysis was then conducted to find antecedents and consequences of keeping these behaviors, allowing the selection of strategies tailored to the function of each behavior.

Simultaneous programs were applied, highlighting Differential Reinforcement of Incompatible Behaviors (DRI) for self-injurious behavior and Differential Reinforcement of Alternative Behaviors (DRA) for disruptive behavior. Each program included progressive levels of support, from total physical aid to independence, ensuring that alternative behaviors were reinforced and under stimulus control.

Results showed complete elimination of self-injurious behavior, with zero occurrences across four consecutive sessions, and a 98.5% reduction in episodes of screaming, proving significant, progressive, and sustained improvements. Additionally, the child increased her functional communicative repertoire, developing the ability to request objects and aid independently, with generalization of these skills to the family environment.

This study highlights the effectiveness of individualized behavioral programs based on functional analysis in reducing problematic behaviors and promoting adaptive skills in children with presumed ASD. Findings emphasize the importance of

systematic observation, functional behavior identification, and evidence-based reinforcement strategies to achieve meaningful behavioral changes and improve quality of life.

Keywords: disruptive behaviors, self-injurious behaviors, behavioral intervention programs, autism spectrum disorder, functional analysis.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se centra en la implementación y análisis de un programa de intervención conductual individualizado en una menor con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA). El objetivo principal fue reducir conductas disruptivas y autolesivas, al mismo tiempo que se promovían conductas alternativas funcionalmente equivalentes. Esta problemática responde a la necesidad de ofrecer estrategias de intervención basadas en principios del análisis conductual aplicado, que permitan favorecer el desarrollo comunicativo, la regulación emocional y la autonomía en contextos terapéuticos y cotidianos.

El proceso de investigación se inició con una evaluación funcional detallada, destinada a identificar la frecuencia, intensidad y función de las conductas problema. Los datos obtenidos sirvieron como base para diseñar e implementar estrategias específicas de Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI) y de Conductas Alternativas (RDA). La aplicación sistemática de estas estrategias, combinada con un seguimiento en el entorno familiar, permitió observar no solo la disminución progresiva de conductas autolesivas y disruptivas, sino también el fortalecimiento de repertorios comunicativos funcionales que favorecen la autonomía de la menor.

El trabajo se estructura en cinco capítulos que guían al lector desde el planteamiento inicial hasta las conclusiones y recomendaciones finales. En el Capítulo I, se presenta la introducción al tema, la justificación del estudio, los objetivos generales y específicos, y la relevancia de la investigación en el campo de la psicología aplicada al TEA. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, incluyendo los fundamentos

conceptuales del análisis conductual aplicado, la caracterización de conductas disruptivas y autolesivas, y la importancia de promover conductas alternativas funcionales en intervenciones con niños con TEA.

El Capítulo III detalla la metodología empleada, describiendo el diseño de investigación, los participantes, los instrumentos de registro y los procedimientos de intervención utilizados, incluyendo la evaluación funcional y la implementación de programas de RDI y RDA. En el Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos a partir de los registros conductuales, mostrando la frecuencia y evolución de las conductas problema, la identificación de sus funciones, y la efectividad de las estrategias implementadas, tanto en la disminución de conductas disruptivas como en la adquisición de conductas alternativas funcionales. Finalmente, el Capítulo V incluye la reflexión sobre la experiencia, señalando las limitaciones del proceso, el impacto en la formación profesional e institucional, y las recomendaciones para la generalización y mantenimiento de los aprendizajes en contextos naturales.

En síntesis, esta investigación busca evidenciar la efectividad de un enfoque conductual individualizado para promover cambios significativos en la conducta de niños con presunción diagnóstica de TEA. Además, contribuye al fortalecimiento de competencias profesionales y a la mejora de procedimientos institucionales, ofreciendo un referente práctico para futuras intervenciones en contextos terapéuticos reales.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1. Descripción de la empresa o institución:

La institución donde se llevó a cabo la intervención es un centro especializado en intervención temprana dirigido a niños con trastornos del neurodesarrollo, el abordaje lo realizan en el ámbito clínico - educativo, se trabajan específicamente casos de niños que se encuentran dentro del trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El objetivo principal que tiene el centro es: “Potenciar las habilidades del niño y generar una mejora sustancial en la calidad de vida de estos y de sus familias”, se encuentra ubicado en el distrito de San Borja, cuenta con una trayectoria de 4 años de experiencia en el ámbito de intervención temprana y terapia con un enfoque conductual. La institución se distingue por su modelo de intervención multisistémica ya que no solo se enfoca en la intervención exclusiva en mismo centro sino que busca la generalización de habilidades, favorecer cambios funcionales en contextos reales y así apoyar en la adaptación del menor a los diferentes entornos al cual el menor está expuesto (hogar y colegio, si fuese el caso) por lo que se realizan visitas al domicilio de los niños para brindar entrenamiento y capacitación a padres de familia, visitas a los centros educativos de los menores con el fin de dar herramientas a los docentes y recabar información sobre conductas disruptivas que pueda presentar el menor, de igual forma si el niño recibe otro tipo de terapia como terapia de lenguaje, ocupacional u otras especialidades el centro promueve una comunicación interinstitucional activa con profesionales externos, con el fin de ir en una misma dirección. Todo esto, de acuerdo con el centro, consolida el apoyo y la integración del niño con su entorno familiar y educativo. Aparte de lo mencionado, dentro de los otros servicios que brinda el centro se encuentra: el acompañamiento terapéutico y capacitaciones especializadas a instituciones

educativas. Finalmente, el centro cuenta con una QBA certificada (Analista de Comportamiento Calificado) y un equipo de profesionales con experiencia en modificación de conducta basada en evidencia científica.

1.1.1. Misión

Transformar la vida de niños con presunción de autismo entre a partir de los 2 años, mediante intervenciones tempranas altamente personalizadas, basadas en terapia bajo un enfoque conductual y respaldadas por tecnología de última generación. Con el compromiso de potenciar al máximo sus habilidades, ofrecer atención honesta y basada en datos reales, y acompañar a las familias con transparencia y calidez profesional.

(Misión de la institución, 2025).

1.1.2. Visión

Ser reconocidos a nivel internacional como un centro líder en intervención temprana y formación profesional, ofreciendo servicios integrales que aborden todas las etapas del desarrollo de la persona autista. Aspiramos a construir un mundo más empático e inclusivo, capacitando padres, educadores y cuidadores, y extendiendo nuestra experiencia a través de alianzas internacionales, innovación constante y excelencia clínica.

(Visión de la institución, 2025).

1.1.3. Valores

Los valores de la empresa van divididos en: Valores éticos y fundamentales (empatía, honestidad, transparencia y compromiso con el bienestar del niño), valores de desempeño y calidad profesional (calidad, mejora profesional e innovación) y

Valores de relación y comunidad (Trabajo en equipo, respeto a la neurodiversidad y corresponsabilidad)

(Valores de la institución, 2024).

1.2. Puesto desempeñado:

1.2.1. Denominación del puesto

El puesto en el que se desempeñó el presente trabajo fue el de: Instructora en Psicología, cuya principal función es la implementación de las intervenciones diseñadas en conjunto con la analista conductual.

1.2.2. Principales funciones a cargo

Las principales funciones del puesto realizadas fueron:

- **Administración y análisis de instrumentos:** Aplicación de instrumentos proporcionados o elaborados por el centro como evaluación de preferencias, observación de conducta, evaluación funcional de la conducta, lista de verificación (ABLLS-R). El análisis de los siguientes instrumentos es esencial para el diseño de los programas que se trabajarán en sesión.
- **Apoyo en el diseño de programas de intervención conductual:** A partir de la data obtenida de los instrumentos mencionados en el párrafo anterior, se plantean y diseñan junto con la Analista de Conducta Cualificado (QBA) programas que son adaptados a las necesidades de aprendizaje de cada niño teniendo en cuenta las habilidades que ya poseen y las que se encuentran en una etapa inicial de adquisición, lo que determinará el nivel de ayudas requeridas para cada programa.

- **Aplicación del Programa de Intervención y toma de data:** Ejecución directa (uno a uno) y sistemática con el niño de los programas con las ayudas determinadas en la etapa de diseño, durante la intervención o sesiones, se toma data en tiempo real de las respuestas del niño mediante el uso de una plataforma digital que se puede descargar en el dispositivo móvil.

- **Monitoreo y análisis de intervención:** Cada 4 días de intervención o sesiones se realiza una reunión de monitoreo de avances en donde se analiza la data obtenida durante las sesiones que se subieron al sistema de recolección de datos “Thread by Central Reach” y se procede a realizar junto con la Analista de Conducta Cualificado ajustes que van desde cambios a nivel de ayudas hasta de programas.

- **Retroalimentación de la sesión a los padres:** Al finalizar cada sesión se le proporciona a los padres un feedback de cómo se desarrolló el menor durante la sesión, si destacó en un programa específico, el estado de ánimo del menor durante la sesión, comunicar si se realizó algún tipo de cambio en los programas de su hijo y a su vez, logros o disminución de ayudas se resuelven algunas dudas puntuales sobre los programas o duda extra que surja y se le brinda algunas recomendaciones de cómo trabajar en casa, en un ambiente más natural, las habilidades que se encuentran en proceso de adquisición que se desarrollan en sesión.

- **Observación en instituciones educativas:** Se coordina una visita a los colegios de los niños con los que se interviene que asisten a estos centros educativos y se realiza la observación del menor y su interacción con el ambiente escolar.

- **Elaboración de informes de observación en la institución educativa del menor:** Se redacta un informe de las observaciones de la conducta del niño en aula, este informe contiene recomendaciones dirigidas al docente, así como también al área de psicología, con el fin de reforzar las acciones tomadas por de parte del colegio para la inclusión del niño al aula y a su vez brindar estrategias de mejora dependiendo de lo observado.
- **Creación de material:** Diseño y producción de recursos visuales (pictogramas, tarjetas de trabajo, checklist, etc.) que serán empleados como parte sets de los programas o para brindar ayudas visuales durante las sesiones con los niños.
- **Asistencia a capacitaciones:** Participación a capacitaciones brindadas por la directora del centro como Analista de Conducta Cualificado (QBA) y de especialistas externos con amplio conocimiento en terapia basada en modelos conductuales. Estas capacitaciones se dan con el objetivo de adquirir y profundizar conocimientos, y así validar o mejorar competencias de nuestra intervención para una ejecución exitosa de los programas diseñados junto con la Analista de Conducta Cualificado.

1.3. Delimitación del área de trabajo y relación con la formación profesional:

El presente trabajo está vinculado al área Clínica, ya que se desarrolló en una institución cuyo modelo de intervención es la aplicación de programas bajo un enfoque conductual, observable y medible. Este rigor metodológico es primordial para la intervención temprana en trastornos del neurodesarrollo, como el TEA y el TDAH,

(trastornos en los que el centro se especializa) ya que nos permite establecer una línea base objetiva y de esta forma realizar un seguimiento más preciso de los avances del menor. Al estar centrado en el análisis de la conducta, garantiza que cada programa esté diseñado a la medida de las necesidades específicas y habilidades del niño, asegurando que las intervenciones no solo la reduzcan conductas disruptivas o desadaptativas, sino que dote al menor de capacidades adaptativas en sus diferentes entornos de desarrollo.

En cuanto a la línea de investigación, el trabajo se ajusta con la línea de investigación de “Bienestar Psicológico y Salud Mental” de la universidad Cayetano Heredia, ya que, al disminuir conductas disruptivas, autolesivas y a su vez dotar a la menor con conductas alternativas funcionales, impactamos directamente en el bienestar psicológico de la menor su capacidad de adaptación a su entorno familiar y social. Al mismo tiempo, al involucrar activamente a la familia otorgamos a los padres en los feedbacks y durante las visitas al domicilio, un acompañamiento que no solo busca la generalización de conductas de la menor, sino que al mismo tiempo impacte directamente en la salud mental de los cuidadores al brindarles de seguridad ya que al brindarles herramientas prácticas para guiar el comportamiento de su hija en casa reduce la incertidumbre y optimiza la dinámica del hogar. Es así como la intervención logra elevar la calidad de vida tanto de la menor como de su núcleo familiar.

De igual forma, por lo mencionado anteriormente, es necesario destacar que la intervención ejecutada tiene impacto directamente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. En especial el presente trabajo se vincula con el ODS 3: “Salud y Bienestar”, ya que el enfoque de la intervención busca el bienestar

físico y psicológico de la menor y su núcleo familiar, esto se evidencia ya que si bien los programas implementados principalmente se centraron en la reducción de conductas disruptivas y autolesivas, también se sabe que estas conductas no solo afectan a la integridad de la misma, sino que suelen generar altos niveles de estrés crónico en el sistema familiar por lo que al brindar feedbacks de cada sesión y realizar intervención con los padres promueve la generalización de la intervención y a su vez genera un entorno saludable que favorece el equilibrio mental de todos los miembros del hogar.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trastorno del espectro autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es definida como una condición del neurodesarrollo que se caracteriza principalmente por alteraciones a nivel de comunicación e interacción social, a su vez, se presenta patrones, intereses o actividades restrictivas y repetitivas (Martín del Valle et al., 2022). Un aspecto importante del perfil clínico es la variedad con la que se manifiesta este trastorno según la edad y las capacidades del individuo; por lo que se puede ver a niños con una competencia intelectual preservada y lenguaje funcional cuyos síntomas pueden camuflarse hasta que las demandas sociales del entorno se incrementan y superan sus recursos adaptativos (Martín del Valle et al., 2022). Así como también a niños que presentan mayores dificultades en los niveles mencionados que se le dificulta aún más la adaptación a distintos contextos.

Es por esto, que, en las etapas iniciales, la identificación de señales de alerta resulta determinantes para una detección precoz. Estas señales pueden presentarse desde el primer año con: ausencia de respuesta al nombre propio, siendo esta señal un indicador temprano de sospecha. Posteriormente, se pueden observar hitos del desarrollo no alcanzados, como la falta de atención conjunta al no señalar objetos de interés hacia los 14 meses, o la carencia de juego simbólico y funcional al cumplir los 18 meses de edad, uno de los signos que suele ser más evidente es la poca o nula presencia del lenguaje verbal (Martín del Valle et al., 2022). A medida que el infante crece, estos signos se diversifican, incluyendo la evitación del contacto visual, la

presencia de ecolalia, movimientos estereotipados como el aleteo de manos y una reactividad inusual ante estímulos sensoriales (Martín del Valle et al., 2022).

Estas manifestaciones mencionadas anteriormente pueden traducirse como desafíos significativos que el menor tendrá que afrontar para desarrollar una comunicación verbal y no verbal de manera regular, abarcando desde retrasos en el habla hasta dificultades para interpretar señales sociales básicas como gestos y expresiones faciales (Lord et al., 2003, citado en Rodríguez, 2024). Asimismo, la baja correspondencia social que los niños pueden presentar limita la capacidad del menor para iniciar interacciones, como conversaciones o compartir estados emocionales con sus pares o familiares, lo que puede provocar un aislamiento con las personas de su entorno. (Baron-Cohen et al., 1985, citado en Rodríguez, 2024).

A su vez, es importante recalcar que esta condición suele coexistir con una clara inflexibilidad cognitiva, que suele manifestarse como una resistencia activa ante modificaciones en su rutina o cambios imprevistos en su entorno. Esta rigidez mental genera en los niños, niveles elevados de ansiedad, lo que puede desatar conductas agresivas o autolesivas. (León Cruz, 2020).

2.1.1. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista:

Según la American Psychiatric Association (APA, 2022) los niveles de gravedad del trastorno del espectro autista se dividen en:

Grado 1: “Necesita ayuda”

Comunicación e interacción social

- Existe una dificultad para iniciar interacciones sociales y presentan ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las iniciativas sociales de otros.

- Puede parecer que presentan reducido interés en las interacciones sociales ya que logran hablar con frases completas y establecer comunicación, pero en conversaciones amplias su comunicación es fallida.

- Sus intentos por hacer amigos son excéntricos o sin éxito.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento

- Presentan inflexibilidad de comportamiento lo que provoca una interferencia significativa en su funcionamiento en uno o más contextos.

- Muestran dificultad para cambiar de actividad, a su vez, enfrentan problemas con la organización y planificación lo que se traduce en una dificultad en su autonomía.

Grado 2: “Necesita ayuda notable”

Comunicación e interacción social

- Muestran déficits notables en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, incluso con apoyo.

- Inician interacciones sociales limitadas y presentan una respuesta reducida o anómala a las iniciativas de otros.

- Las interacciones se limitan a necesidades inmediatas o temas de interés muy específicos.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento

- Presentan inflexibilidad de comportamiento, dificultad para afrontar el cambio de sus patrones restrictivos y repetitivos, lo cual interfiere frecuentemente con el funcionamiento en una variedad de contextos.

- Muestran angustia y/o dificultad para redirigir su enfoque de acción a otra actividad cuando se interrumpe un comportamiento restringido.

Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”

Comunicación e interacción social

- Presentan déficits graves que requieren un apoyo muy sustancial específicamente en el área de comunicación social verbal y no verbal causando alteraciones graves en el funcionamiento de su comunicación.
- Muestran una considerable limitación para iniciar interacciones sociales, y una respuesta muy carente a las iniciativas sociales de otros.
- Puede usar pocas palabras comprensibles y rara vez inicia interacciones, solo para satisfacer necesidades básicas.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento

- Presentan una inflexibilidad de comportamiento, así como una dificultad extrema para afrontar el cambio de patrones restrictivos y repetitivos, lo que interfiere intensamente con el funcionamiento en todas las esferas.
- Muestra una gran angustia y/o dificultad extrema para modificar o cambiar el enfoque del comportamiento.

Tabla 1

Niveles de ayuda del trastorno de espectro autista

| Nivel de gravedad | Comunicación e interacción social: | y Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento: |
|----------------------------------|--|--|
| Grado 1: “Necesita ayuda” | <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para iniciar interacciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> ● Inflexibilidad de comportamiento en uno o más contextos. |

| | | |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Respuestas atípicas o fallidas a las iniciativas sociales de otros • Parece que tienen reducido interés en las interacciones sociales • Logran hablar con frases completas y establecer comunicación, pero en conversaciones amplias su comunicación es fallida • Intentos por hacer amigos son excéntricos o sin éxito | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para cambiar de actividad • Problemas con la organización y planificación |
| <p>Grado 2: “Necesita ayuda notable”</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Déficits notables en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal • Inician interacciones sociales limitadas • Presentan respuestas reducida o anómalas • Interacciones limitadas a necesidades inmediatas o temas de interés muy específicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Inflexibilidad de comportamiento • Dificultad para afrontar el cambio de sus patrones restrictivos y repetitivos • Angustia y/o dificultad para redirigir su enfoque de acción |
| <p>Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Déficits graves en el área de comunicación social verbal y no verbal • Gran limitación para iniciar interacciones sociales • Respuesta muy carente a las iniciativas sociales de otros | <ul style="list-style-type: none"> • Inflexibilidad de comportamiento • Dificultad extrema acompañado de angustia para afrontar el cambio de patrones restrictivos y repetitivos |

- Usa pocas palabras comprensibles
- Inicia interacciones, solo para satisfacer necesidades básicas

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

2.1.2. Diagnóstico:

Los síntomas del trastorno de espectro autista se manifiestan típicamente entre los 12 y 24 meses de edad. No obstante, los signos iniciales son variables y cabe recalcar que ningún signo de comportamiento por sí solo puede confirmar o descartar el diagnóstico. En este sentido, las primeras señales que se debe tener en cuenta son el retraso en el habla, la falta de respuesta al nombre y el contacto visual limitado. (León Cruz, 2020).

De acuerdo con la Oficina de comunicaciones - Instituto Nacional de ciencias Neurológicas (INCN, 2023) El autismo se diagnostica entre los 2 a 3 años. sin embargo, debida a la variabilidad de los casos, los diagnósticos de casos leves se pueden dar a los 5 años en promedio mientras que de casos más severos puede darse desde los 18 meses de edad. Si bien la identificación de estas señales de alarma es importante, de hecho, debe ir seguida de una confirmación formal. Es así, que este paso resulta indispensable para la planificación de la intervención. (Delgado Reyes & Agudelo Hernández, 2021)

Con respecto a cómo llegar al diagnóstico es necesario, primero que nada, realizar una evaluación clínica, esta debe contener una historia clínica minuciosa del niño de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, también se debe contener

una entrevista a los padres para recabar información sobre antecedentes familiares y conductas de niño en casa, así mismo una observación conductual del niño y de sus actividades en diversos entornos a los que el niño está expuesto. También se puede evaluar sintomatología mediante el uso de pruebas como ADI-R Y ADOS-2. Finalmente es necesario descartar otro tipo de trastornos a nivel de audición, lenguaje, desarrollo intelectual, por lo que es necesario llevar a cabo evaluaciones de estas áreas. Es importante aclarar que este tipo de diagnóstico debe ser realizado por un neuro pediatra, neurólogo con experiencia en niños o por el psiquiatra infantil. (INCN, 2023)

Si bien la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS ofrece un marco global fundamental, se ha optado por priorizar el DSM-5 TR en este estudio. Esta elección se justifica, principalmente debido a que el DSM-5 TR, ofrece criterios más operativos y de índole conductual, se utiliza para el diagnóstico de este tipo de trastornos en el Perú y también debido a que es la última versión revisada por la APA.

2.1.3. Criterios del DSM-5 -TR

Según la APA (2022) Se exige que se cumplan los siguientes criterios:

• Déficits Persistentes en la Comunicación e Interacción Social

Este primer dominio requiere la manifestación de las tres deficiencias siguientes, las cuales se presentan en una variedad de contextos sociales:

- 1. Reciprocidad Socioemocional:** Las dificultades varían desde una aproximación social atípica y el fracaso en sostener una conversación, hasta una marcada disminución en la capacidad para iniciar o responder a las interacciones

sociales, incluyendo la dificultad para compartir emociones, afectos o intereses con otras personas. (APA, 2022)

2. Conductas comunicativas no verbales: Presenta una integración deficiente entre la comunicación verbal y la no verbal. Esto se manifiesta a través de anomalías en el contacto visual, un uso atípico del lenguaje corporal o déficits en la comprensión e implementación de gestos. En casos extremos, puede haber ausencia total de comunicación no verbal o de expresión facial. (APA, 2022)

3. Desarrollo y comprensión de las relaciones: Las dificultades abarcan desde la incapacidad para adaptar el comportamiento a las diversas situaciones sociales hasta la ausencia de interés por el establecimiento de relaciones con los pares. También se incluyen las dificultades para compartir juegos simbólicos o imaginativos y para hacer amigos. (APA, 2022)

B. Patrones Restringidos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades

Para la APA (2022), el individuo debe manifestar al menos dos de los siguientes síntomas, ya sea en el momento actual o en sus antecedentes históricos:

1. Movimientos y conductas estereotipadas o repetitivas: incluyen la presencia de estereotipias motoras simples, la manipulación repetitiva de objetos (alineamiento de juguetes, mover objetos sin propósito funcional) o el uso de habla repetitiva, como la ecolalia o el empleo de frases idiosincrásicas (APA, 2022)

2. Adherencia rígida a la monotonía y rutina: Se observa una inflexibilidad excesiva a los cambios pequeños o a las rutinas establecidas, manifestándose como gran angustia ante las transiciones, patrones de pensamiento

inflexible o la necesidad de seguir rituales específicos (usar el mismo camino o consumir los mismos alimentos) (APA, 2022)

3. Intereses intensos y restringidos: Presentación de intereses focales que son anormales en su intensidad y dedicación. Esto puede incluir un fuerte apego o preocupación por objetos inusuales. (APA, 2022)

4. Respuesta sensorial atípica: Presencia de hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, o un interés inusual por ciertos aspectos del entorno. Esto se evidencia en una aparente indiferencia al dolor o la temperatura, reacciones adversas a texturas o sonidos específicos, o fascinación visual por luces y movimientos. (APA, 2022)

C. Los síntomas deben presentarse en las primeras etapas del periodo de desarrollo.

D. Los síntomas deben afectar áreas importantes del desarrollo como social, laboral u otras.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por otro tipo de discapacidad, retraso.

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5- TR)

| Criterios del DSM -5 | | |
|---|--|------------------------|
| A. Déficit | Reciprocidad | Socioemocional: |
| Persistentes en la Comunicación e Interacción Social | Aproximación social atípica, el fracaso en sostener una conversación bidireccional, disminución en la capacidad para iniciar o responder a las interacciones | |

sociales, dificultad para compartir emociones, afectos o intereses.

Conductas comunicativas no verbales:
Anomalías en el contacto visual, un uso atípico del lenguaje corporal o déficits en la comprensión e implementación de gestos.

Desarrollo y comprensión de las relaciones: Incapacidad para adaptar el comportamiento a las diversas situaciones sociales hasta la ausencia de interés por el establecimiento de relaciones con los pares.

| | |
|--|--|
| B. Patrones Restringidos y Repetitivos de Comportamiento, Intereses o Actividades | Movimientos y conductas estereotipadas o repetitivas: estereotipias motoras simples, manipulación repetitiva de objetos, uso de habla repetitiva. |
|--|--|

Adherencia rígida a la monotonía y rutina:
Inflexibilidad excesiva a los cambios pequeños o a las rutinas establecidas

Intereses intensos y restringidos: Intereses focales que son anormales en su intensidad y dedicación.

Respuesta sensorial atípica: Hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, o un interés inusual por ciertos aspectos del entorno.

C. Los síntomas deben presentarse en las primeras etapas del periodo de desarrollo.

D. Los síntomas deben afectar áreas importantes del desarrollo como social, laboral u otras.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por otro tipo de discapacidad, retraso.

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

2.2. Otros posibles diagnósticos

2.2.1. *Síndrome de Rett*

Según la American Psychiatric Association (2022), el síndrome de Rett se clasifica dentro de los trastornos del neurodesarrollo y se caracteriza por un desarrollo inicial aparentemente normal hasta los 6–18 meses de vida, seguido de una regresión marcada en las habilidades adquiridas. Los criterios diagnósticos incluyen la pérdida de habilidades manuales y comunicativas verbales, alteraciones en la marcha o coordinación motora y la presencia de movimientos estereotipados de las manos, como retorcer o aplaudir. Entre los criterios de apoyo se encuentran la microcefalia adquirida, convulsiones, alteraciones respiratorias y problemas de sueño. El diagnóstico se confirma clínicamente y, en la mayoría de los casos, mediante la identificación de mutaciones en el gen MECP2.

2.2.2. *Discapacidad Intelectual*

Según la American Psychiatric Association (2022), la Discapacidad Intelectual (DI) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits significativos en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, manifestados durante el periodo de desarrollo. Estos déficits incluyen limitaciones en el razonamiento, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto y el aprendizaje académico, confirmados mediante evaluación clínica y pruebas estandarizadas. Asimismo, se

presentan dificultades en la conducta adaptativa, que afectan la comunicación, la participación social y la autonomía personal en diversos contextos. A diferencia del Retraso Global del Desarrollo, la DI constituye un diagnóstico permanente y se clasifica en grados de severidad (leve, moderado, grave y profundo) según el nivel de apoyo requerido en la vida diaria. La intervención temprana y el acompañamiento educativo y social pueden mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas con este diagnóstico

2.3. Conducta autolesiva

La conducta autolesiva en niños se define como cualquier acción mediante la cual el menor se provoca daño físico de manera intencional, sin que exista intención suicida. Este tipo de conducta suele presentarse de manera repetitiva, rítmica y, en muchos casos, compulsiva, con patrones automáticos o poco planificados. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran golpearse la cabeza, morderse las manos o impactar distintas partes del cuerpo de forma reiterada (Massaguer-Bardají, Grau-Touriño, & Gómez-Hinojosa, 2025).

La aparición, frecuencia e intensidad de estas conductas se encuentra modulada por factores internos y externos, tales como la sobrecarga sensorial, el estrés o la ansiedad. En este contexto, las autolesiones pueden cumplir múltiples funciones: la autorregulación emocional, la comunicación de malestar o necesidades, y la obtención o evitación de estímulos ambientales. De este modo, los episodios autolesivos no solo reflejan estados internos de malestar, sino que también se mantienen o intensifican en función de las consecuencias que los siguen (Massaguer-Bardají et al., 2025).

Asimismo, se ha observado que estas conductas son más frecuentes y complejas en niños con Trastorno del Espectro Autista de mayor severidad, especialmente cuando existen dificultades significativas en la regulación emocional. Por estas razones, su evaluación requiere identificar los antecedentes, la intensidad, la frecuencia y las consecuencias que sostienen el comportamiento, permitiendo la implementación de estrategias de intervención individualizadas que reduzcan el riesgo de daño y favorezcan un desarrollo adaptativo (Massaguer-Bardají et al., 2025). En consecuencia, comprender la función de la conducta autolesiva constituye un elemento clave para el diseño de intervenciones eficaces y contextualizadas en la infancia.

2.4. Conductas disruptivas:

Las conductas disruptivas se definen como patrones de comportamiento mediante los cuales el niño actúa de manera que transgrede normas o expectativas sociales, generando consecuencias negativas en su entorno y dificultando la interacción adaptativa con los demás. Estas conductas incluyen impaciencia, aburrimiento, desobediencia, agresiones físicas o verbales, búsqueda excesiva de atención, dominancia sobre otros, destrozo de objetos, berrinches o incumplimiento de reglas, y su intensidad puede variar según el contexto familiar, social o comunitario (Delgado Serna & Arias Gallegos, 2021).

En niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), las conductas disruptivas tienden a ser más frecuentes y complejas debido a dificultades en la regulación emocional, la flexibilidad conductual y la tolerancia a la frustración. Estos comportamientos pueden manifestarse de forma más intensa ante situaciones de cambio, demandas inesperadas o sobrecarga sensorial, y suelen mantenerse cuando

reciben consecuencias que refuerzan su repetición, tales como la atención inmediata de un adulto o la evitación de estímulos aversivos (Delgado Serna & Arias Gallegos, 2021).

Diversos factores aumentan la probabilidad de presentación de conductas disruptivas, incluyendo aspectos biológicos (género, bioquímica cerebral, factores pre y perinatales), personales (rasgos de personalidad, habilidades sociales, distorsiones cognitivas, baja empatía o autoestima) y familiares (estilos de crianza, psicopatología parental o desintegración familiar). Dado que estas conductas pueden iniciarse en el hogar y hacerse más evidentes en otros contextos sociales, es fundamental un análisis individualizado de cada caso, identificando antecedentes, consecuencias y funciones de la conducta, para diseñar estrategias de intervención eficaces que promuevan un desarrollo adaptativo (Delgado Serna & Arias Gallegos, 2021).

3.5. Modelo teórico de intervención

3.5.1. *Modelo conductual operante*

El modelo del condicionamiento operante se centra en temas de modificación de conducta, a través de distintas técnicas de reforzamiento o castigo que permiten adquirir, mantener o disminuir una conducta en específico. Para Skinner la conducta humana era entendida por causa y efecto. (Barrientos K, 2023). Por lo que el modelo conductual operante se centra en la interacción entre el organismo y su entorno. (Domínguez, et al. 2023)

Dentro de este marco, es el estímulo reforzante (evento, objeto o consecuencia que sigue a una conducta) el eje central de la conducta que funciona como el

mecanismo clave para que incremente la posibilidad de que una conducta se repita en el futuro. Bajo esta perspectiva, el aprendizaje se consolida a través de una relación funcional en la que los efectos del comportamiento moldean las conductas futuras. (Domínguez, et al. 2023) Dicho de otro modo, este proceso es lo que define al condicionamiento operante, es la triple contingencia que es un sistema donde la conducta se entiende en función de sus resultados; como bien señala Skinner: “The consequences of behavior may ‘feedback’ into the organism. When they do so, they may change the probability that the behavior which produced them will occur again” (Skinner, 1953, p. 59). [“Las consecuencias del comportamiento pueden ‘retroalimentarse’ en el organismo. Cuando lo hacen, pueden cambiar la probabilidad de que la conducta que las produjo vuelva a ocurrir” (Skinner, 1953, p. 59, traducción propia).]

Desde esta perspectiva, los repertorios conductuales se consideran el resultado de una historia de interacción entre el organismo y su entorno. Por tanto, como describimos anteriormente, el análisis se centra en la Triple Relación de Contingencia, estructura que permite desglosar la conducta en función de los estímulos antecedentes y las consecuencias que la mantienen (Skinner, 1953).

3.5.2. Conducta verbal y operantes verbales

Desde el punto de vista del conductismo, el modelamiento y el reforzamiento de los sonidos del habla que los padres ejecutan con sus hijos facilita el proceso de generalización y abstracción de sonidos, y así se genera un lenguaje eficiente. Por lo que por medio de la imitación los niños son capaces de aprender componentes fonológicos

y morfosintácticos convirtiéndose en el primer paso del proceso de aprendizaje del lenguaje, añadido a esto, el reforzamiento puede enseñar en qué casos se tiene que usar cada forma. (Tubon, et al. 2024) Por lo que podemos decir que el enfoque analítico-conductual adopta el concepto de Conducta Verbal propuesto por Skinner (1957). Esta se define como el comportamiento moldeado y mantenido gracias a la mediación de otras personas, siendo esta mediación realizada de forma verbal (Núñez Manzueta, 2022).

Por otro lado, las operantes verbales, se distinguen por el análisis de la función que mantienen dentro de una determinada conducta verbal. Egan y Barnes-Holmes (2009) mencionan: “Skinner’s analysis of verbal behavior (1957) classified human language into different types of verbal operant, each defined by their controlling antecedent and consequent variables” (Egan & Barnes-Holmes, 2009, p. 692). [“El análisis de la conducta verbal de Skinner (1957) clasificó el lenguaje humano en diferentes tipos de operantes verbales, cada uno definido por sus variables controladoras antecedentes y consecuentes” (Egan & Barnes-Holmes, 2009, p. 692, traducción propia).]

Skinner (1957) estableció una clasificación para las operantes verbales, las cuales incluyen: las conductas ecoicas, textual e intraverbal; el mando y el tacto, y también, la conducta autoclítica. (Sánchez-Oro Castellano, 2022)

- **Mando:** Es la primera forma de comunicación. Se produce por un estado de privación o un estímulo aversivo. Su función es solicitar algo que el

hablante necesita, y el refuerzo es obtener lo que se solicitó (Sánchez-Oro Castellano, 2022)

- **Tacto:** Se refiere a "hacer contacto" con el mundo físico. Ocurre cuando el hablante nombra o identifica un objeto, acción o propiedad presente en sus sentidos. (Sánchez-Oro Castellano, 2022)
- **Conducta Ecoica:** Es una respuesta verbal emitida por el hablante, que guarda una correspondencia punto por punto con un estímulo verbal auditivo previo. Es decir, repetir lo que otro dice. (Sánchez-Oro Castellano, 2022)
- **Conducta Intraverbal:** Ocurre cuando un estímulo verbal genera una respuesta verbal que no es una correspondencia exacta con los estímulos verbales que lo evocan, como sucede en las conversaciones o al completar frases. Es la base del pensamiento y el diálogo. (Sánchez-Oro Castellano, 2022)
- **Conducta Textual:** Es conocido cómo la lectura a voz. El antecedente es un texto escrito y la respuesta es la vocalización de lo que está escrito, sin que necesariamente exista comprensión del significado. (Sánchez-Oro Castellano, 2022)
- **Autoclítico:** Es una categoría secundaria donde la conducta verbal depende de otras emisiones verbales del propio hablante para darles matiz o precisión (ej. decir "Estoy seguro de que..." antes de una afirmación) (Sánchez-Oro Castellano, 2022)

Tabla 3*Operantes verbales*

| Operante verbal | Definición |
|----------------------|--|
| Mando | Solicitar algo que el hablante necesita |
| Tacto | Nombrar o identificar un objeto, acción o propiedad presente en sus sentidos. |
| Conducta Ecoica | Repetir lo que el otro dice |
| Conducta intraverbal | Respuesta verbal que no es una correspondencia exacta con los estímulos verbales que lo evocan |
| Textual | El antecedente es un texto escrito y la respuesta es la vocalización de lo que está escrito |
| Autoclitico | El hablante controla o manipula sus propias emisiones verbales |

3.5.3. El Proceso de Emparejamiento (Pairing)

Desde el modelo conductual operante, el control instruccional se conceptualiza como un fenómeno de control de estímulos, específicamente referido al grado en que una instrucción funciona como un estímulo discriminativo con capacidad para evocar respuestas operantes. Schramm (2007) sostiene que este control no es una propiedad intrínseca de la instrucción, sino el resultado de una historia de reforzamiento contingente asociada al emisor y al contexto de aprendizaje. En este sentido, la eficacia del profesional depende de su capacidad para establecerse como parte de una cadena de reforzamiento efectiva.

Bajo esta lógica, el procedimiento de emparejamiento (pairing) resulta fundamental. Este proceso se sustenta en los principios del condicionamiento

respondiente y operante, donde el objetivo es que el profesional adquiriera propiedades de reforzador condicionado mediante su asociación sistemática con reforzadores primarios o previamente establecidos (Skinner, 1953). Como señalan Sundberg y Partington (1998), este condicionamiento

del profesional como estímulo social reforzante es lo que permite que la cooperación del aprendiz sea una conducta mantenida por reforzamiento positivo.

Es así como el establecimiento de este vínculo funcional, a menudo denominado rapport, garantiza que las respuestas del sujeto se encuentren bajo el control de contingencias de motivación y no bajo el control de estímulos aversivos. De este modo, se evita que la instrucción funcione como un estímulo del cual el aprendiz busque escapar o evitar, asegurando que la arquitectura del comportamiento se base en el fortalecimiento de respuestas deseadas y no en la coacción (Schramm, 2007; Sundberg & Partington, 1998).

3.5.4. Análisis Funcional de la conducta

El término Análisis funcional de la conducta fue introducido por primera vez en psicología por Skinner (1938) bajo la idea de una relación funcional. Es aquí donde destaca como elemento central la función de la conducta, es decir, por qué una conducta se mantiene. Por lo que es necesario entender las relaciones de contingencia antecedentes, conducta y consecuencias, lo que determina los factores que refuerzan el comportamiento. (Rodríguez Flórez, B. y Romero Muñoz, F. A., 2024). Dentro de sus componentes se encuentran:

- **Antecedente:** Evento o estímulo que precede inmediatamente a la conducta y señala la disponibilidad de un refuerzo.
- **Conducta:** Respuesta observable y medible emitida por el organismo.
- **Consecuencia:** Evento ambiental que sigue a la conducta y determina su probabilidad de ocurrencia futura

Por lo que una conducta que opera en un ambiente con una función específica se puede adquirir, mantener o extinguir dependiendo de las consecuencias que esta genere. Por lo que tener el control de estímulos o antecedentes permite intervenir en la adquisición de conductas al modificar las consecuencias de esta. (Ocampo, 2023)

3.5.5. Función de la conducta

Una de las conductas más frecuentes, problemáticas y de alto riesgo en individuos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) son las conductas disruptivas. Estas conductas, dificultan la continuidad e integración del individuo en diversos entornos o contextos, cómo también pueden comprometer la seguridad e integridad física de la persona que realiza este tipo de comportamiento, con quienes comparte vínculo cercano a este o están en un mismo espacio físico. (Stefanelli, 2025)

Según Cooper et al., (2020), las conductas son respuestas observables que cumplen funciones específicas en interacción con el ambiente. Entendido de este modo las conductas disruptivas son las que aparecen en contextos asociados a altos niveles de activación emocional cómo frustración, ansiedad o irritabilidad, conceptualizados cómo eventos privados y condiciones motivacionales.

Para Cooper et al., (2020), estas conductas se clasifican de acuerdo con su función, las cuales son:

- **Conductas de evitación o escape:** El comportamiento ocurre debido a que es efectivo para terminar o posponer una interacción, una demanda o una situación que la persona percibe como aversiva. Estas pueden representarse por acciones como: huir de tareas, tirarse al suelo, negarse a participar en tareas, etc. (Cooper et al., 2020)
- **Conductas mantenidas por atención social:** El comportamiento tiene como fin recibir cualquier tipo de atención o reacción de parte de otra persona. Estas pueden ser mediante: gritos, interrupciones, agresiones, entre otras conductas, para obtener interacción de un adulto o de sus pares. (Cooper et al., 2020)
- **Conductas mantenidas por acceso a tangibles o actividades:** El fin de esta conducta es la obtención de un objeto, una actividad o un estímulo deseado del ambiente. Estas pueden incluir, arrebatar objetos, berrinches ante restricción del objeto o actividad, entre otras. (Cooper et al., 2020)
- **Conductas de regulación sensorial o reforzamiento automático:** La conducta se mantiene porque la sensación física o perceptiva que produce internamente (sin necesidad de mediación externa) actúa como su propio reforzador y es disruptiva cuando constantemente interfiere con sus actividades diarias. Estas incluyen: estereotipias motoras, visuales, táctiles, auditivas u olfativas. (Cooper et al., 2020)

Si no se interviene, estas conductas potencialmente pueden escalar hasta generar conflictos realmente significativos dentro de los entornos social, familiar, escolar o comunitario de la persona. (Stefanelli, 2025).

3.5.6. Técnicas para la Disminución y Eliminación de Conductas

1. **Extinción:** Consiste en la suspensión deliberada del estímulo reforzador que mantiene la conducta. (Colonna Sotomayor y Albújar Sánchez, 2025).

2. **Sobre corrección:** Requiere que el individuo no solo corrija el daño causado, sino que también practique una conducta apropiada relacionada. Se clasifica en dos tipos principales (Colonna Sotomayor y Albújar Sánchez, 2025):

- **Sobre corrección Restitutiva:** Requiere que el individuo repare el ambiente hasta un estado mejor que el original. (Colonna Sotomayor y Albújar Sánchez, 2025).

- **Sobre corrección de Práctica Positiva:** Requiere que el individuo repita la conducta apropiada o una conducta alternativa incompatible con el comportamiento inapropiado varias veces. (Colonna Sotomayor y Albújar Sánchez, 2025).

3. **Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (DRA):** El Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (DRA) es una técnica clave derivada de la Psicología Conductual y es comúnmente utilizada para la modificación del comportamiento. Esta estrategia consiste en el principio de reforzar selectivamente una conducta alternativa deseable, mientras se ignora o se extingue la conducta

problemática o disruptiva. Esta estrategia no solo reduce comportamientos disruptivos (como autolesiones o agresiones), sino que simultáneamente enseña y fortalece una respuesta más adaptativa y funcional a la conducta, siendo un enfoque ético que favorece la generalización y prioriza el desarrollo de nuevas competencias. (González, 2025)

4. **Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI):** Los programas de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles representan una forma eficaz de disminuir comportamientos considerados no deseados. En este contexto, el principal objetivo es identificar y promover una conducta deseable que, al ser ejecutada por el individuo, sea físicamente incompatible con la emisión de la conducta problemática. Así, al reforzar esta nueva conducta, la misma compite con la indeseada, logrando su reducción gradual. (Solórzano, 2020).

3.5.7. Tipos de ayuda en un programa de reforzamiento

En un programa de reforzamiento, cuando queremos enseñar una respuesta, no solo se presenta el estímulo discriminativo (señal que indica que una conducta será reforzada) sino que se le pueden brindar ayudas antes de que este emita una respuesta, esto permitirá que pueda responder de forma correcta y permitirá su aprendizaje. Estas ayudas se dividen en dos, ayudas a la respuesta y al estímulo (Miltenberger, 2023).

- **Ayudas asociadas a la respuesta:** son las que facilitan que el individuo realice la conducta deseada en presencia del estímulo discriminativo, estas a su vez se dividen en: Ayuda verbal (instrucciones para guiar una respuesta), ayuda gestual (gestos o movimientos que señalan una respuesta) modelado (se le enseña la conducta

que se busca que ejecute) y ayuda física (es una guía directa para completar la respuesta) (Miltenberger, 2023)

- Ayudas asociadas al estímulo: estas modifican o acompañan al estímulo discriminativo para que este sea más claro, entre estas se encuentran: ayuda verbal (Instrucción o guía agregada al estímulo), ayuda extraestímulo (Se agrega un estímulo adicional para que sea más fácil reconocer), intraestímulo (Se modifican características del estímulo como color, tono de voz, tamaño) y ayudas visuales (Imágenes o símbolos) (Miltenberger, 2023)

Es importante recalcar en este punto la importancia del desvanecimiento de ayudas, con el fin de que el control de la respuesta recaiga sobre los estímulos que se encuentran en el contexto de esta forma los individuos no dependerán de las ayudas y así dotarlos de autonomía. (Cooper et al., 2020)

3.6. Antecedentes internacionales:

La intervención internacional realizada por Coll Arzola y Piquera Hernández (2020) en Miami, Florida, consistió en la aplicación de un programa de Análisis Conductual Aplicado (ABA) durante seis meses a un niño hispano de seis años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). El programa incorporó procedimientos de refuerzo diferencial, incluyendo el RDI (Refuerzo Diferencial de Conductas Incompatibles), mediante el cual se reforzaron conductas incompatibles con la autoagresión y el movimiento motor excesivo, como mantener las manos ocupadas o permanecer en la tarea; el RDA (Refuerzo Diferencial de Conducta Alternativa), orientado a enseñar y fortalecer conductas funcionales como pedir atención de manera

adecuada, solicitar un descanso, aceptar el “no” y seguir instrucciones; y el RDO (Refuerzo Diferencial de Otras Conductas), reforzando intervalos libres de rabietas, golpes o abandono de la actividad. Los resultados evidenciaron una disminución progresiva de las conductas problema, observándose reducciones en la autoagresión (de 22 a 15 episodios semanales, aproximadamente 32%), en el movimiento motor excesivo (de 65 a 38, alrededor de 42%) y en la conducta de salirse de la tarea (de 50 a 32, cerca de 36%). Paralelamente, se registró un incremento significativo en las conductas de reemplazo, tales como pedir atención (de 0% a 35%), solicitar receso (de 0% a 40%), aceptar el “no” (de 0% a 55%) y seguir instrucciones (de 0% a 50%). En conclusión, la aplicación sistemática de procedimientos de RDI, RDA y RDO dentro del programa ABA permitió una reducción significativa de las conductas disruptivas y autolesivas, así como un fortalecimiento de habilidades adaptativas, favoreciendo el rendimiento académico, la interacción social y la comunicación funcional del niño.

Bruno (2020) desarrolló una intervención en el Alvin V. Baird Attention and Learning Disabilities Center de la James Madison University, Estados Unidos, con un niño de 5 años diagnosticado con retrasos globales en el desarrollo, cuyo objetivo fue disminuir la conducta de elopement (escaparse del área de juego) y aumentar la interacción cercana con un adulto durante actividades lúdicas mediante el uso de refuerzo diferencial y control de estímulos. La intervención se fundamentó en principios del Análisis Conductual Aplicado (ABA) e integró estrategias de la Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT), aplicando habilidades de proximidad (elogios, reflexiones y descripciones de conducta contingentes a la cercanía del niño) como un procedimiento de RDI (Refuerzo Diferencial de Conductas Incompatibles), dado que

estar cerca del adulto es incompatible con escaparse. Asimismo, se utilizaron habilidades “imán” (comentarios positivos sobre el juego independiente del terapeuta) como RDA (Refuerzo Diferencial de Conducta Alternativa), reforzando conductas funcionales que cumplieran la misma función de obtener atención sin necesidad de escapar, y se incluyeron elementos de RDO (Refuerzo Diferencial de Otras Conductas), retirando sistemáticamente la atención cuando el niño se alejaba para reforzar la ausencia de la conducta problema en intervalos de tiempo. En cuanto a los resultados, durante la línea base el niño permanecía en el área cercana al terapeuta en promedio 19.8% del tiempo, mientras que en la primera fase de intervención ese promedio aumentó a 38.9%, mostrando una reducción significativa del elopement; en la segunda fase, al cambiar la ubicación del terapeuta, el tiempo en el área cercana bajó a 1.6% y el tiempo en el área opuesta subió a 47.5%, evidenciando control de estímulos, mientras que el tiempo en el área media disminuyó progresivamente de 68.5% en línea base a 58.3% en la primera intervención y 50.8% en la segunda.

Para cerrar el área de investigaciones internacionales, se presenta la intervención desarrollada por Josué Antonio Camacho Candia, Lucía Navarrete Nava, Francisco Javier Aguilar Guevara, Miriam Betzabe Tecamachaltzi Silvarán y Felipe Cabrera (2021) en México, publicado en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala. La investigación se desarrolló en un Centro de Atención Múltiple en Tlaxcala y tuvo como objetivo reducir una conducta estereotipada motora (aleteo de manos) en una niña de 13 años con TEA, aportando evidencia sobre intervenciones conductuales aplicadas en contextos educativos mexicanos.

Se empleó un diseño experimental de caso único (N=1, A1-B-A2). Tras establecer la línea base, se aplicó una intervención basada en aprendizaje discriminativo y Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI), utilizando como conducta incompatible la manipulación de una esfera de formas. La intervención incorporó además un estímulo discriminativo táctil y una reducción progresiva del reforzador para facilitar el aprendizaje gradual.

Los resultados mostraron una disminución significativa de la frecuencia de la estereotipia (de una mediana de 13 a 2 ocurrencias) y un aumento considerable en la latencia entre conductas, evidenciando la eficacia del programa conductual y su potencial aplicación en otros contextos educativos con población con TEA.

3.7. Antecedentes Nacionales

En el contexto nacional, destaca el trabajo de Murrugarra Gamarra (2020), desarrollado para la Universidad San Ignacio de Loyola (USIL). La intervención se llevó a cabo en un centro particular de terapias especializadas en el distrito de Santiago de Surco (Lima) y contó con una fase de aplicación en el contexto domiciliario, esto permitió evaluar la conducta de una niña con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en sus entornos naturales. El estudio adoptó una metodología de caso único con un diseño conductual AB, el abordaje se concentró en la gestión de berrinches que incluyeron llantos intensos y pataleos, al mismo tiempo se presentó la conducta de risas inmotivadas. Para comprender y medir estas conductas la investigadora utilizó como instrumentos el Análisis Funcional, hojas de registro de frecuencia y cronometraje para medir la duración de las crisis, con estas herramientas se determinó que la niña utilizaba

estas conductas principalmente para evadir demandas o para captar la atención. La intervención de este trabajo se basó estrictamente en metodologías conductuales operantes, desplegando un sistema de técnicas sistemáticas en las que se aplicó la Extinción y el Tiempo Fuera para debilitar las conductas disruptivas, estas combinadas con el Modelado y el Encadenamiento permitieron construir nuevas habilidades. Un componente fundamental fue el Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA), mediante el cual se le enseñó a la menor formas funcionales de comunicarse, sustituyendo el berrinche por respuestas adecuadas. Finalmente, para asegurar la estabilidad de los logros, se empleó el Reforzamiento Diferencial de Tasas Bajas (RDB). Los resultados obtenidos fueron: el tiempo de llanto se redujo drásticamente de 32 a solo 7 minutos, mientras que las risas inmotivadas bajaron en un 60%. Como conclusión, Murrugarra Gamarra reafirma que la aplicación rigurosa de procedimientos conductuales en centros especializados y el hogar son estrategias altamente efectivas para transformar conductas problemáticas en puentes hacia el desarrollo del niño con TEA.

En complemento a lo anteriormente expuesto, se consideró la intervención desarrollada por Izurieta Cossio (2023), desarrollada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El estudio se llevó a cabo en un centro de terapias especializado en el distrito de San Borja, Lima la cual tuvo como foco principal en el tratamiento de conductas autolesivas críticas en una niña de 6 años con diagnóstico de autismo, quien recibía atención en un centro especializado de intervención terapéutica. El objetivo central de la intervención fue mitigar comportamientos de alto riesgo, tales como los golpes en la cabeza y codos, así como las mordeduras en el antebrazo, ya que estas

acciones comprometían la integridad física de la menor. En cuanto a la metodología, el rigor del estudio se sustentó en la aplicación de un análisis funcional y topográfico, utilizando como instrumentos de medición registros de frecuencia, cronometraje para la duración y escalas de intensidad. Estas herramientas permitieron monitorear de forma exhaustiva cada episodio a lo largo de las 20 sesiones que conformaron el programa. La estrategia de intervención se basó en una intervención conductual operante, en el que se priorizó el Reforzamiento Diferencial de Conducta Incompatible (RDI). Esta técnica consistió en reforzar comportamientos que impiden físicamente la ejecución de la autolesión (como mantener las manos ocupadas en una tarea funcional), complementándose, en los momentos de mayor crisis, con la restricción física o bloqueo conductual, meramente protectora. Los resultados alcanzados fueron: Disminución promedio del 88.8% en la totalidad de las conductas autolesivas. De manera pormenorizada, el acto de golpearse la cabeza descendió en un 83.3%, los golpes en los codos un 88.8%, y se logró la erradicación absoluta (100%) de la conducta de morderse el antebrazo. Con estos hallazgos, Izurieta Cossio concluye que la evidencia científica es sólida sobre la eficacia del RDI para sustituir respuestas lesivas por conductas adaptativas, garantizando un entorno más seguro para el desarrollo del niño con TEA.

Finalmente, Antúnez Ávalos (2022), respaldada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, realizó un estudio que se desarrolló en un centro terapéutico particular ubicado en el distrito de San Martín de Porres, en la ciudad de Lima. El objetivo principal de la intervención fue: incrementar el repertorio de habilidades sociales (tales como el saludo, la despedida y la solicitud de deseos) y, de manera

simultánea, reducir la frecuencia de conductas interferentes (gritos, manotazos y tirones de cabello) mediante el manejo de contingencias conductuales en un niño de 6 años con diagnóstico de autismo. La fase de evaluación diagnóstica fue realizada mediante entrevistas conductuales a los padres y la observación directa, con estas, se identificaron conductas disruptivas como gritos, manotazos y tirones de cabello, las cuales operaban como mecanismos de comunicación rudimentaria para obtener reforzadores o manifestar frustración. Con el fin de abordar esta problemática, se diseñó un programa de intervención que priorizó la enseñanza de habilidades básicas (saludar, despedirse y solicitar objetos). Otros instrumentos empleados fueron las hojas de registro de frecuencia acumulada y el análisis funcional de la conducta, instrumentos que permitieron monitorear con precisión los cambios durante las ocho sesiones de tratamiento. La intervención empleó técnicas de conductistas operantes como la Economía de Fichas, el Modelado y el Reforzamiento Positivo, aplicadas tanto en el centro como en el entorno doméstico para favorecer la generalización. En cuanto a los hallazgos se evidenció la efectividad del programa en un periodo breve: las habilidades sociales, que inicialmente tenían una frecuencia nula, mostraron un incremento progresivo. En paralelo, las conductas inadecuadas experimentaron un descenso significativo, como los episodios de gritos en el hogar que se redujeron de una frecuencia de 43 a 27 eventos. Con estos resultados, Antúnez Ávalos concluye que la intervención sistemática y el uso de contingencias claras en contextos naturales no solo disminuyen los comportamientos problemáticos, sino que dotan al menor de herramientas sociales esenciales para su integración.

CAPÍTULO III: Metodología

4.1. Justificación y contextualización del problema

La evaluación de la salud pública contemporánea demuestra que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha dejado de ser una condición esporádica para convertirse en una preocupación de magnitud creciente a nivel mundial. En este sentido, según la revisión de literatura de André, Valdez-Montero, Ortiz-Félix y Gámez-Medina (2020), a nivel internacional en Estados Unidos en 1943 se registraban tasas de 4 a 5 nacimientos con TEA por cada 10,000, el crecimiento subsiguiente fue exponencial. De hecho, los estudios en países desarrollados atestiguan un incremento drástico, alcanzando 200 por cada 10,000 en Estados Unidos en los años 2011 al 2012, lo que representa una prevalencia de uno de cada 50 nacimientos. Simultáneamente, el Reino Unido registró un salto de 4 nacimientos por cada 10,000 a 157 por cada 10,000 entre los años 1964 y 2009 (CDC, 2014, citado en André et al., 2020). En el caso del continente asiático, la tasa se situó en 264 casos por cada 10,000 nacimientos en 2011. Con estos datos se concluye que esta tendencia ascendente se relaciona directamente con la mejora de los métodos de diagnóstico y la aplicación de criterios más amplios del DSM-5 (André et al., 2020).

Con respecto a la epidemiología en América Latina, esta se muestra más fragmentada, ya que se estima una prevalencia de 25 a 30 personas por cada 10,000 habitantes (Morocho Fajardo et al., 2021). No obstante, Morocho Fajardo et al. (2021) señalan que esta cifra subestima la realidad debido a obstáculos sistémicos como los altos costos y la falta de capacitación profesional, lo que retrasa los diagnósticos.

Finalmente, esta problemática alcanza su punto más crítico en el contexto peruano, donde las cifras de detección contrastan con la prevalencia proyectada. Teniendo en cuenta los datos de detección, un reporte del Ministerio de Salud (MINSA) en 2019 indicó que solo 15,625 personas fueron detectadas con TEA en el Perú (Reaño Carranza, 2022), concentrándose la mayoría (90.6 %) en menores de 11 años. A pesar de estos registros, la Defensoría del Pueblo (2022) advierte que, si se aplica la prevalencia global de la OMS, la población con TEA en el país debería ser de aproximadamente 204,818 personas. El problema fundamental, por ende, reside en la tasa de diagnóstico: para el año 2020, solo 5,328 personas estaban oficialmente certificadas, lo que constituye apenas el 2.6 % de la población proyectada. Esta brecha crítica en cuanto al diagnóstico evidencia una barrera sistémica para el acceso a derechos, tratamiento adecuado y políticas públicas eficaces.

Esta brecha diagnóstica tiene implicancias directas en el desarrollo de los niños que no han sido diagnosticados ya que la ausencia de una intervención temprana incrementa el riesgo de consolidación de conductas disruptivas, dificultades en la comunicación funcional lo que genera a su vez barreras en la adaptación social y educativo. (Stefanelli, 2025) Por otro lado, la literatura científica expuesta en el marco teórico y en las investigaciones evidencian que las intervenciones conductuales para conductas disruptivas y autolesivas, así como para el fortalecimiento de habilidades comunicativas funcionales resultan altamente eficaces.

Bajo contexto en el que se presenta el caso de una niña de 6 años, cuyos padres solicitan atención a un centro especializado en intervención temprana para trastornos del neurodesarrollo en San Borja (Lima) que constituye una manifestación directa de

las consecuencias de la baja tasa de certificación y sistema de detección en el Perú ya que acuden al centro sin un diagnóstico formalizado. Consecuentemente, la ausencia de una intervención temprana y la falta de desarrollo del lenguaje funcional la han llevado a la expresión de sus necesidades a través de conductas disruptivas y autolesivas, patrones de comportamiento que se han convertido en su principal mecanismo de comunicación. Ante esta realidad, la intervención psicológica y social se vuelve una necesidad apremiante. Por lo tanto, el presente trabajo se justifica en cuatro dimensiones que validan la necesidad y la elección metodológica de la intervención aplicada.

El presente trabajo se justifica a nivel teórico ya que busca ampliar y fortalecer la evidencia empírica sobre la efectividad de la aplicación de técnicas conductuales operantes tener de base los principios del conductismo operante en niños con presunción diagnóstica de Trastornos del espectro autista que presentan conductas disruptivas y autolesivas. De este modo, el trabajo de suficiencia profesional contribuye a la consolidación de intervenciones basadas en principios del aprendizaje, orientadas tanto a la reducción de conductas problema cómo al fortalecimiento de respuestas funcionales adaptativas.

En cuanto a la justificación metodológica, la intervención se basó en la aplicación sistemática de técnicas de modificación de conducta, modelo que demostró tener eficacia en la intervención en niños dentro del espectro autista como se vio plasmada en las investigaciones nacionales e internacionales. Esta elección metodológica permite evaluar de manera objetiva y funcional los cambios en la frecuencia de las conductas disruptivas y autolesivas, así como también el aumento de

respuestas comunicativas funcionales. Este trabajo aporta un modelo replicable de intervención conductual en contextos clínicos y educativos, contribuyendo al desarrollo de las prácticas basadas en evidencia.

Con respecto a la justificación práctica, el trabajo contribuye de manera directa al bienestar de la niña, al reducir las conductas disruptivas y autolesivas que interfieren en su desarrollo, aprendizaje e interacción cotidiana con los distintos contextos a los que está expuesta. De igual manera la comunicación funcional permite que la niña exprese sus necesidades, solicite ayuda y acceda a reforzadores de manera adecuada, lo que favorece relaciones más positivas con su familia y demás entorno, lo que provoca una mayor participación en distintos contextos.

Finalmente, en cuanto a la justificación social, de este trabajo, consiste en el aporte al fortalecimiento de prácticas de intervención temprana basadas en evidencia para la atención de niños con presunción diagnóstica del trastorno del espectro autista que presentan conductas disruptivas. Los hallazgos obtenidos pueden orientar a profesionales, familias e instituciones educativas en la implementación de estrategias eficaces que promuevan la comunicación funcional, reduzcan situaciones de riesgo como las autolesiones, y mejoren la inclusión social, contribuyendo así a una atención, más efectiva y humanizada en contextos clínicos, educativos y comunitarios.

4.2. Intervención:

La intervención correspondió a la aplicación de programas de intervención conductual individualizados, orientados a la disminución de conductas disruptivas en una menor con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este tipo de intervención se desarrolló dentro de un enfoque conductual basado en los

principios del Condicionamiento Operante, orientado a la modificación de dichas conductas mediante estrategias conductuales estructuradas.

4.2.1. Problema de estudio:

Acuden a una consulta virtual inicial con la encargada de un centro especializado en intervención de enfoque conductual y atención temprana para niños con trastornos del neurodesarrollo unos padres, quienes solicitan la evaluación e intervención para su hija de 6 años, quien no cuenta con un diagnóstico formal de Trastorno del Espectro Autista (TEA). El motivo principal de consulta, según refieren, se centra en la presencia de conductas disruptivas y autolesivas, así como dificultades en la regulación conductual, la autonomía personal y la adaptación a distintos contextos.

La menor presenta un repertorio conductual caracterizado por conductas disruptivas y autolesivas que constituyen el principal foco de preocupación. Se observa un patrón recurrente de mordedura en la mano derecha, conducta de alta frecuencia e intensidad que ha generado la formación de un callo visible. Asimismo, emite gritos intensos ante situaciones de frustración, particularmente cuando se le niega el acceso a objetos o actividades de su interés, lo que sugiere una posible función relacionada al acceso a tangibles.

En relación con su repertorio conductual comunicativo, se evidencia un nivel limitado de respuestas funcionales para la solicitud de necesidades, predominando vocalizaciones y emisiones simples que, en muchos casos, se presentan acompañadas de gritos. No obstante, se observa la presencia de contacto visual durante las solicitudes

y respuesta a su nombre en contextos familiares, lo que indica la existencia de habilidades básicas de orientación social.

A nivel de regulación conductual, la menor presenta un patrón marcado de inflexibilidad frente a cambios en su entorno. Se observan respuestas de llanto, oposición y conductas disruptivas ante modificaciones en rutinas establecidas, como variaciones en rutas habituales o cambios en la disposición de objetos. Asimismo, manifiesta malestar significativo ante la retirada de objetos de su entorno, incluso cuando no los está utilizando activamente.

Las conductas desafiantes se intensifican en situaciones de frustración o demandas del entorno, incluyendo respuestas como lanzar objetos, morderse la mano, golpear superficies, jalar el cabello de la madre e intentar arañar el rostro de sus cuidadores. De igual forma, presenta baja tolerancia a determinadas interacciones físicas, como ser girada, lo que desencadena respuestas inmediatas de llanto.

En el ámbito social, se observa un repertorio limitado de interacción con pares. La menor tiende a evitar el contacto con otros niños, alejándose o respondiendo con llanto ante su proximidad. Asimismo, se evidencia un patrón de juego predominantemente solitario, con escasa presencia de juego funcional o simbólico. Su actividad se centra en la manipulación repetitiva de objetos con alta estimulación sensorial y en el uso prolongado de dispositivos electrónicos. Además, presenta conductas de posesividad sobre objetos de su interés, reaccionando con llanto intenso ante la restricción de acceso.

En cuanto a la autonomía personal, la menor presenta un bajo nivel de independencia en actividades de autocuidado, requiriendo apoyo en el uso del baño, vestido, alimentación e higiene personal. Se observan respuestas de evitación ante algunas demandas, como el cepillado dental.

A nivel motor, presenta limitaciones asociadas a un diagnóstico de displasia de caderas, evidenciándose dificultades en la marcha, la cual es descrita como lenta y con necesidad de apoyos externos para desplazarse, levantarse o subir escalones. Estas dificultades influyen en su disposición a interactuar con el entorno, mostrando conductas de evitación y llanto ante situaciones que implican mayor esfuerzo físico o percepción de dificultad.

Finalmente, en el contexto educativo, la menor no asiste actualmente a un entorno escolar formal, lo cual restringe su exposición a situaciones estructuradas y oportunidades de interacción social. Se reporta una experiencia previa en un centro psicológico en la que presentó llanto persistente y baja adaptación al contexto terapéutico, lo que limitó el progreso en la modificación de las conductas problemáticas.

En conjunto, se evidencia un repertorio conductual caracterizado por la predominancia de conductas disruptivas y autolesivas, dificultades en la regulación emocional y conductual, baja tolerancia a la frustración, inflexibilidad ante cambios y limitaciones en habilidades de autonomía, lo cual orienta la necesidad de una intervención conductual estructurada basada en el análisis funcional de la conducta. Luego de una jerarquización de prioridades establecida, se identificó la necesidad de trabajar la reducción de conductas desadaptativas (específicamente la conducta

autolesiva y las disruptivas). Consecuentemente, se decidió por una intervención de modificación de conductas, la cual llevó a cabo en estrecha colaboración con la encargada y supervisora del caso, asegurando que el plan estuviera alineado con los principios del enfoque conductual y las necesidades más urgentes de la menor.

4.3. Objetivo general:

Analizar los cambios en la frecuencia de conducta disruptiva y autolesiva a partir de la aplicación de programas de intervención conductual en una menor con presunción diagnóstica de TEA.

4.4. Objetivos específicos:

- Identificar y describir la conducta disruptiva y autolesiva presentes en la menor, mediante un proceso de evaluación conductual sistémica.
- Determinar la función de la conducta disruptiva y autolesiva, identificando las variables antecedentes y consecuentes que las mantienen
- Adaptar e implementar un programa de intervención conductual individualizado, en función de los resultados de la evaluación funcional y siguiendo la estructura establecida por el centro.
- Promover la adquisición de conductas alternativas funcionalmente equivalentes que contribuyan a la disminución de la conducta disruptiva y autolesiva
- Analizar la efectividad de la intervención mediante la comparación de

los datos obtenidos en la fase de línea base y la fase de intervención.

4.5. Criterios de Logro

- Registrar y describir la conducta disruptiva y autolesiva observadas, documentando su frecuencia y contexto en al menos tres sesiones de evaluación.
- Analizar los antecedentes y consecuencias de cada conducta y establecer su función, presentando un informe funcional que relacione claramente estímulos desencadenantes y reforzadores.
- Diseñar e implementar un programa individualizado de acuerdo con los resultados de la evaluación funcional, documentando la aplicación de los procedimientos conforme a la estructura y lineamientos del centro.
- Lograr un incremento del 50% en la emisión de conductas alternativas funcionalmente equivalentes y una reducción del 40% en la frecuencia de conducta disruptiva y autolesiva durante un período de dos semanas consecutivas.
- Disminución $\geq 70\%$ en la frecuencia de la conducta problema respecto al promedio de línea base, con mantenimiento de este nivel de reducción durante un mínimo de cuatro sesiones consecutivas en fase de intervención.

4.6. Público objetivo de la intervención:

La población objeto de la intervención estuvo constituida por una menor de 6 años con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA), atendida en un centro especializado en intervención temprana para trastornos del neurodesarrollo, ubicado en San Borja, Lima Metropolitana, durante el año 2025.

4.6.1. Muestra:

Se aplicó un muestreo no probabilístico intencional, basado en un diseño de caso único. La selección de la participante se fundamentó en la presencia de conductas disruptiva y autolesiva, características que permiten evaluar la eficacia de programas de intervención conductual individualizados. Este enfoque posibilita la realización de una evaluación funcional de las conductas, identificando variables antecedentes y consecuentes que mantienen los patrones problemáticos, y facilita la implementación de estrategias conductuales operantes adaptadas al perfil clínico específico de la menor.

4.6.2. Criterios de inclusión:

- Menor de 6 años con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA) según criterios clínicos preliminares.
- Presencia de conductas disruptivas y/o autolesivas observables que interfieran en su funcionamiento diario.
- Disponibilidad para participar de manera constante en las sesiones de evaluación e intervención programadas.
- Firmar el consentimiento informado otorgado por padres o tutores legales.

- Capacidad de la menor para participar en actividades y responder a indicaciones básicas del profesional a cargo, permitiendo la aplicación de la evaluación y la intervención conductual.
- Menor que no esté actualmente recibiendo intervenciones conductuales intensivas u otras terapias estructuradas que puedan interferir con la intervención aplicada en este estudio.

4.6.3. Criterios de exclusión:

- Presencia de trastornos neurológicos graves o condiciones médicas agudas que impidan la participación en la intervención.
- Diagnóstico confirmado de discapacidad intelectual severa que limite la aplicación de estrategias conductuales estructuradas.
- Imposibilidad de asistencia regular a las sesiones de evaluación o intervención.
- Situaciones que puedan generar interferencia significativa en la recolección de datos, como cambios recientes de domicilio o separación temporal de la familia/cuidador.
- Presencia de trastornos psiquiátricos graves no relacionados con TEA (por ejemplo, psicosis infantil, epilepsia refractaria con crisis frecuentes) que puedan dificultar la intervención conductual.
- Niños que no cuenten con un cuidador responsable dispuesto a colaborar activamente en la implementación de las estrategias conductuales en el hogar.

4.7. Descripción del procedimiento y metodología

La intervención fue implementada siguiendo la estructura proporcionada por el centro especializado y sustentada en los principios del condicionamiento operante. La planificación y selección de los programas específicos se realizó a partir de la evaluación funcional de la conducta, lo que permitió identificar las variables que mantenían las conductas disruptivas. La implementación se llevó a cabo mediante sesiones estructuradas bajo la supervisión de profesionales especializados en desarrollo infantil y conducta, con la participación de los cuidadores para favorecer la continuidad de las estrategias en el entorno familiar. Para la planificación del proceso se establecieron diversas etapas del plan de tratamiento, adaptadas a partir de la estructura metodológica del centro y de los resultados obtenidos en la evaluación funcional.

4.7.1. Etapa de evaluación

La primera etapa de la intervención tuvo como objetivo principal determinar el motivo de consulta y realizar una evaluación de la problemática con el fin de diseñar un Plan de Intervención Individualizado que respondiera a las necesidades de la menor y sus padres. Toda la información principal y la historia clínica de la paciente fueron recopiladas de manera virtual por la supervisora del caso, utilizando una entrevista exhaustiva con los cuidadores primarios. Luego de la recolección de datos, se llevó a cabo la observación conductual directa en esta se evidenciaron las siguientes conductas: gritos acompañados de llanto y mordedura de mano derecha, estas fueron presentadas en salón, con esta lista de conductas observadas. Se registró la frecuencia de la conducta para obtener una línea de base.

Tabla 4*Registro de conductas*

| Registro de Conductas | | |
|------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Día | Conducta de morder | Conducta de emisión de gritos |
| 1 | 52 | 210 |
| 2 | 48 | 195 |
| 3 | 50 | 205 |
| 4 | 50 | 190 |

Nota: Elaboración propia

Paralelamente a esta observación se realizó la evaluación funcional (registro ABC) de las conductas disruptivas y autolesivas asignadas, siendo realizada en compañía de la supervisora, quien es una analista conductual cualificada, en esta se encontró que los gritos eran mantenidos por la función de acceso a tangibles mientras que las mordeduras se mantenían por la función escape.

Tabla 5*Evaluación funcional (Registro ABC) de conducta de morder*

| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|--|--|----------------|
| Se le presenta un rompecabezas con piezas yuxtapuestas a la menor. | La niña inmediatamente observa el rompecabezas, mira a la instructora y lleva su mano a la boca e intenta morderse | El adulto bloquea físicamente la mordida redirigiendo inmediatamente hacia un morder, le dice: “si quieres morder, puedes hacerlo aquí” y se da la instrucción: “Arma el rompecabezas” y le ayuda físicamente a colocar una pieza. La instructora, refuerza socialmente la acción. | Escape |

Nota: Elaboración propia

Tabla 6*Evaluación funcional (Registro ABC) de conducta de gritar – acceso a tangible*

| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|--|--|---------------------|
| La lata de espuma se encuentra en la parte alta del estante de juguetes del salón. | La niña grita, se aproxima al estante y alterna la mirada entre el objeto y el adulto. | El adulto se acerca al estante y dice: “¿qué quieres?, espuma” y paralelamente le brinda ayuda física total para que la niña señale el objeto, y se lo entrega | Acceso a tangible a |

Nota: Elaboración propia**Tabla 7***Evaluación funcional (Registro ABC) de conducta de gritar – acceso a ayuda*

| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|--|---|----------------|
| La menor sentada en el piso, mira a los lados. | La niña grita y busca el contacto visual con el adulto | El adulto la mira y le dice: “¿Qué necesitas? ayuda” la niña dice: “a”, el adulto le brinda la mano para que la menor lo utilice de apoyo físico. | Acceso a ayuda |

Nota: Elaboración propia

Durante la evaluación, se aplicó la evaluación de reforzadores en la que se le presentó a la menor distintos juguetes y se cronometró su tiempo de permanencia con ellos, entre los cuales destacó su preferencia por objetos sensoriales como la tina de arroz, con el cual se mantuvo por 15 minutos, espuma por 15 minutos, masa fomi 12 minutos, burbujas 11 minutos, también mostró permanencia con juegos como: herramientas de doctor 6 minutos, juego de la cocina 14 minutos, pelota 6, carro con

luces y sonidos 5 minutos, rompecabezas 3 minutos, spinners 5 minutos, colores 7 minutos.

Tabla 8

Evaluación de reforzadores

| | Reforzador | Tiempo total | Observación de juego |
|-----------|-------------------------|---------------------|--|
| 1 | Arroz | 15 min. | Juega elevando puñados de arroz, viendo cómo cae el arroz, con distintos platos, tazas y cucharones. |
| 2 | Carrito con luces | 5 min. | Mira las luces, coloca el carrito en el piso y lo levanta cuando va lejos. |
| 3 | Masa fomi | 12 min. | Con modelado estira la masa con rodillo y coloca cortadores. |
| 4 | Colores | 7 min. | Realiza trazos en las hojas. |
| 5 | Vara con sonido | 10 s | Mira los colores de la vara. |
| 6 | Rompecabezas de 1 pieza | 3 min | Coloca piezas con ensayo y error con ambas manos |
| 7 | Slime | 10 s | Toca el slime sin embargo lo rechaza rápidamente. |
| 8 | Juego de cocina | 14 min. | Prende la hornilla, mira cómo se prende la luz de los quemadores de la cochina, con modelos coloca las verduras de juguete en la olla, revuelve. |
| 9 | Juego de peces | 50 s | Observa cómo gira el juguete, intenta pescar los peces con la mano |
| 10 | Pista de carritos | 5 s | Ve los carritos, sin embargo, no hay mucha atención a ese juego. |
| 11 | Espuma | 15 min. | Aplasta la espuma, disfruta de la espuma en su mano, y hace trazos con el dedo en la mesa con espuma. |

| | | | |
|----|------------------|---------|--|
| 12 | Spinner | 5min. | Mira cómo gira el spinner |
| 13 | Burbuja | 11 min. | Revienta las burbujas y las ve. |
| 14 | Pelota | 6min. | Lanza pelota, rueda pelota |
| 15 | Juego del doctor | 6min. | Explora cada herramienta del doctor, presiona los botones. |

Nota: Elaboración propia

Durante este periodo, también se recurrió al juego libre y estructurado, modelando juegos funcionales como el uso adecuado de plastilina (estirar la masa con rodillo y utilizar cortadores) y la colocación de piezas en rompecabezas. A lo largo de las sesiones, se reforzaron socialmente las conductas apropiadas y la permanencia en la actividad mediante elogios, contacto físico seguro, sonrisas, palmas y expresiones motivadoras, con el objetivo de fortalecer la interacción terapéutica y establecer al terapeuta como estímulo reforzante condicionado.

Asimismo, como parte de la estructura y los instrumentos de evaluación establecidos por el centro especializado, se utilizó el currículum ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) como herramienta de mapeo de habilidades. Este instrumento no constituye una prueba psicométrica estandarizada, sino un sistema curricular de evaluación funcional del repertorio conductual, orientado a identificar habilidades adquiridas y en proceso dentro de distintas áreas del desarrollo. En ese sentido, su aplicación responde a los protocolos institucionales del centro y tiene una finalidad descriptiva y programática, por lo que no requiere el reporte de índices de validez y confiabilidad propios de instrumentos

estadísticos estandarizados. En esta se observó que la niña carecía de habilidades acuerdo a su edad:

- En el área de cooperación y eficacia de los reforzadores la niña poseía 4 de un total de 19 habilidades que tiene el área, entre los cuales destacó en las habilidades de: Tomar un reforzador cuando se le ofrece, variabilidad de reforzadores no comestibles, busca cambio en la expresión de la cara y de la voz de la instructora y responde a reforzadores sociales.
- En relación con el área de Discriminación visual la menor poseía 0 de un total de 27 habilidades que tiene el área, cabe recalcar que hubo 2 habilidades en el área que si bien no lograba el criterio de logro total se encontraba en un proceso de adquisición de la habilidad, estas fueron: “Armar rompecabezas de una sola pieza y armar una caja de formas.”
- A nivel del área de Lenguaje receptivo contó con 2 de 57 habilidades descritas en el currículum: “Responder a su nombre y seguir instrucciones en situaciones rutinarias” y 2 en proceso de adquisición: “Seguir instrucciones para mirar un reforzador” y “Tocar sus propias partes del cuerpo.”
- Dentro del área de Imitación motora tampoco logró completar ningún criterio de logro de las habilidades planteadas en el currículum, teniendo un total de 27 habilidades, sin embargo, las que se encontraban en adquisición fueron: “Imitación de movimientos de pierna y pie”,

“Imitación de movimientos de brazo y mano.”

- En el ámbito del área de Imitación vocal al igual que la anterior área, de las 20 habilidades, la menor demostró encontrarse en la fase adquisición de una habilidad la cual era: “Imita sonidos iniciales de las palabras.”
- En el área de intraverbales poseía 1 habilidad de 49, la cual era: “Realiza sonidos de animales”. y una en proceso de adquisición: “Dar respuesta sobre preguntas de información personal.”
- En lo referente al área de Vocalizaciones espontáneas, la menor se encontraba en adquisición de una habilidad de 9. Esta fue: “Vocaliza sonidos identificables del habla.”
- Respecto al área de Recreo y tiempo libre la menor de 15 habilidades contaba con 1 lograda la cual fue: “Explora juguetes en el ambiente” y en adquisición poseía 2: “Permite que otros manipulen/ toquen los juguetes y juega juegos simples de pelota.”
- En lo referente al área de Interacción social la menor mostró 1 habilidad de las 34 registradas en el currículum, la cual fue: Emite contacto ocular y en adquisición: “Muestra interés en el comportamiento de otros.”
- En el ámbito del área de Habilidades de escritura tuvo 2 de 10 que se encontraban en adquisición, las cuales fueron: “Hacer trazos sobre el papel” y “Traza líneas y formas.”
- A nivel del área de Habilidades para alimentación, la menor contó con 1 habilidad de 10 la cual fue: “Come comida con la mano.”

- Con respecto al área de Habilidades motoras gruesas, la menor poseía 3 de 30, las cuáles fueron: “Camina hacia adelante con marcha apropiada”, “Tirar una pelota desde el pecho o por encima de la cabeza” y “Rodar una pelota”.
- Con respecto al área de Habilidades motoras Finas, mostró 6 de 28, estas fueron: “Marcar en papel con crayón”, “Encajar objetos en una caja de formas”, “Rompecabezas de una pieza”, “Pasar objetos a la mano opuesta”, “Apilar bloques” y “Colocar anillos de encaje.”
- Finalmente, en las áreas de Mandos o Solicitudes, 0 de 29, Tactos o Nombrar 0 de 47, Sintaxis y gramática 0 de 20, Habilidades de instrucción grupal mostró 0 de 12 Seguimiento de rutinas escolares 0 de 10, Generalización 0 de 7, Habilidades de lectura 0 de 17, Habilidades para matemática 0 de 29, Habilidades de ortografía 0 de 7, Habilidades para vestirse 0/15, Habilidades de mantenimiento personal 0 de 10 y Habilidades higiene personal para ir al baño 0 de 10.

Tabla 9

Evaluación de habilidades según Ablls- R

| Área | Nº Total | Logradas | En adquisición |
|--|----------|--|----------------|
| A Cooperación y eficacia de reforzadores | 19 | <ul style="list-style-type: none"> • Tomar un reforzador cuando se le ofrece. • Variabilidad de reforzadores no comestibles. | - |

| | | | | |
|----------|----------------------------|----|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Busca cambios en la expresión de la cara y de la voz de la instructora • Responde a reforzadores sociales. | |
| B | Discriminación visual | 27 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Armar rompecabezas de una sola pieza • Armar una caja de formas. |
| C | Lenguaje receptivo | 57 | <ul style="list-style-type: none"> • Responder a su nombre • Seguir instrucciones en situaciones rutinarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir instrucciones para mirar un reforzador. • Tocar sus propias partes del cuerpo. |
| D | Imitación motora | 27 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Imitación de movimientos de pierna y pie • Imitación de movimientos de brazo y mano. |
| E | Imitación vocal | 20 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Imita sonidos iniciales de las palabras. |
| F | Mandos o solicitudes | 29 | - | - |
| G | Tactos o Nominación | 47 | - | - |
| H | Intraverbales | 49 | <ul style="list-style-type: none"> • Realiza sonidos de animales. | <ul style="list-style-type: none"> • Dar respuesta sobre preguntas de información personal. |
| I | Vocalizaciones espontáneas | 9 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Vocaliza sonidos identificables del habla. |
| J | Sintaxis y Gramática | 20 | - | - |
| K | Recreo y tiempo libre | 15 | <ul style="list-style-type: none"> • Explora juguetes en el ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> • Permite que otros manipulen/ |

| | | | | | |
|----------|---|----|---|--|--|
| | | | | | toquen los juguetes. |
| | | | | | • Juega juegos simples de pelota. |
| L | Interacción social | 34 | | • Emite contacto ocular. | • Muestra interés en el comportamiento de otros |
| M | Habilidades de instrucción grupal | 12 | - | - | - |
| N | Seguimiento de rutinas escolares | 10 | - | - | - |
| P | Generalización | 7 | - | - | - |
| Q | Habilidades de lectura | 17 | - | - | - |
| R | Habilidades para matemáticas | 29 | - | - | - |
| S | Habilidades de escritura | 10 | - | | • Hacer trazos sobre el papel. • Traza líneas y formas. |
| T | Habilidades de ortografía | 7 | - | - | - |
| U | Habilidades para vestirse | 15 | - | - | - |
| V | Habilidades para alimentación | 10 | | • Come comida con la mano. | - |
| W | Habilidades de mantenimiento personal | 7 | - | - | - |
| X | Habilidades de higiene personal para ir al baño | 10 | - | - | - |
| Y | Habilidades motoras gruesa | 30 | | • Camina hacia adelante con marcha apropiada. • Tirar una pelota desde el pecho o por encima de la cabeza. • Rodar una pelota. | - |

| | | | | |
|---|---------------------------|----|--|---|
| Z | Habilidades motoras finas | 28 | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar en papel con crayón. • Encajar objetos en una caja de formas. • Armas rompecabezas de una pieza. • Pasar objetos a la mano opuesta. • Apilar bloques. • Colocar anillos de encaje. | - |
|---|---------------------------|----|--|---|

Nota: Elaboración propia

Es importante señalar que los instrumentos y procedimientos empleados durante la etapa de evaluación fueron proporcionados por el centro especializado, en el marco de los protocolos institucionales previamente establecidos. Dichos instrumentos responden a un modelo de evaluación funcional y curricular propio de la institución, orientado a la planificación de programas de intervención conductual.

4.7.2. Planificación de programas de intervención

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación funcional de la conducta, se procedió a la planificación del proceso terapéutico. La intervención se desarrolló bajo el enfoque del Condicionamiento Operante, con una intensidad de cuatro sesiones semanales de dos horas cada una. La duración total fue de seis meses, periodo que culminó debido a la decisión de los padres de retirar a la menor por motivos personales que dificultaban la asistencia continua.

La planificación y estructuración de los programas se realizó conforme a los lineamientos metodológicos establecidos por el centro especializado. No obstante, el proceso implicó un análisis conjunto de los resultados de la evaluación conductual, en el cual la autora participó activamente en la selección y adaptación de los programas a implementar, siempre bajo la supervisión de la analista conductual responsable del caso.

Con base en el análisis funcional realizado, se seleccionaron procedimientos conductuales dirigidos a la disminución de las conductas problema, específicamente Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (DRI) y Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (DRA). En el caso de la conducta autolesiva de mordedura de la mano, se estructuró un programa de DRI orientado a redirigir la conducta hacia el uso de un mordedor funcional, promoviendo una respuesta incompatible con la conducta autolesiva.

De manera complementaria, se implementó un programa de reducción de conductas disruptivas mediante la técnica de DRA, orientado al fortalecimiento de conductas alternativas dentro del contexto terapéutico. En este marco, se propuso la incorporación de los subprogramas “F12: Solicitar ayuda” y “F2: Responder cuando se le pide”, los cuales fueron incluidos en el plan de trabajo con el objetivo de favorecer la emisión de conductas alternativas a las conductas disruptivas, contribuyendo a la disminución progresiva de estas.

4.7.3. Implementación de los programas de intervención conductual

- **Reducción de conducta autolesiva.**

En relación con la conducta de mordedura de mano, identificada funcionalmente como mantenida por escape a la demanda, se implementó un procedimiento de Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI). Ante la presentación de tareas que actuaban como antecedente, se bloqueó la respuesta de mordida y se redirigió inmediatamente hacia el uso de un objeto alternativo incompatible (mordedor). El uso adecuado de este fue reforzado de manera contingente e inmediata mediante reforzamiento social.

Paralelamente, se aplicaron procedimientos consistentes con la extinción operante respecto a la función de escape, procurando que la conducta autolesiva no produjera la consecuencia que previamente la mantenía. Cada episodio fue registrado sistemáticamente para el análisis de su frecuencia y evolución a lo largo de la intervención.

- **Reducción de conductas disruptivas**

Para la reducción de la conducta de gritos, cuya evaluación funcional indicó que se mantenía principalmente por acceso a tangibles y, en algunos casos, por acceso a ayuda, se implementó un procedimiento de Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA). Se establecieron respuestas alternativas no disruptivas que permitieran el acceso al objeto o apoyo requerido, funcionando además como conducta incompatible frente a los gritos.

Como parte de la estructura de programas del centro, se utilizaron objetivos derivados del currículum ABLLS-R, específicamente el subprograma F2 (“Responder cuando se le pide”), estableciendo inicialmente como respuesta la señalización del objeto deseado ante la pregunta “¿Qué quieres?”. De manera paralela, cada vez que la

menor emitía algún sonido asociado al objeto, se aplicaba un reforzamiento adicional como aproximación conductual, sin dejar de reforzar el señalamiento. De esta forma, desde el inicio, el señalamiento y las aproximaciones sonoras se mantuvieron bajo las mismas contingencias de reforzamiento, fortaleciendo la conducta alternativa y favoreciendo el reemplazo progresivo de la conducta disruptiva bajo control de estímulo definido. Para el fortalecimiento del señalamiento, se implementó un procedimiento sistemático de desvanecimiento de ayudas, estructurado en cuatro niveles:

Ayuda física total: el adulto guía completamente la mano de la menor para realizar el señalamiento:

Tabla 10

Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física total

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|--|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su rostro y pregunta: ¿Qué quieres? y brinda ayuda física total (se le ayuda a extender el brazo de la menor, y se sujeta por debajo los dedos juntándolos y elevando el dedo índice) y se le nombra el objeto. |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? permite que le brinden la ayuda física para señalar. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |

| | |
|----------------------|--|
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> • Solicita señalando • solicita señalando y emitiendo un sonido |
| Tipo de ayuda | Ayuda física total |

Nota: Elaboración propia

Ayuda parcial: la menor levanta la mano de forma independiente, pero el adulto proporciona un soporte mínimo para la correcta posición de los dedos, sin manipular completamente el movimiento.

Tabla 11

Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física parcial

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|--|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su rostro y pregunta: ¿Qué quieres? y brinda ayuda física parcial (se le ayuda a juntar los 4 dedos y elevar el índice) y se le nombra el objeto. |
| Corrección | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? eleva el brazo y permite la ayuda para juntar los otros 4 dedos de la mano y extender el dedo índice. |
| Unidad incorrecta | Se brinda ayuda física total. |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> • Solicita señalando • solicita señalando y emitiendo un sonido |
| Tipo de ayuda | Ayuda física parcial |

Nota: Elaboración propia

Ayuda mínima: se realizan toques leves en los dedos para indicarle la posición, mientras la menor levanta y mantiene la mano de manera autónoma.

Tabla 12

Programa: “Responder cuando se le pide” con ayuda física mínima

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|--|
| Objetivo | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su rostro y pregunta: ¿Qué quieres? y brinda ayuda física mínima (toques en los dedos para que se junten y eleve el índice) y se le nombra el objeto. |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? eleva el brazo y ante el toque leve junta los otros 4 dedos de la mano y extender el dedo índice. |
| Corrección | Se brinda ayuda física parcial. |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> • Solicita señalando • solicita señalando y emitiendo un sonido |
| Tipo de ayuda | Ayuda física mínima |

Nota: Elaboración propia

Independiente: la menor realiza el señalamiento de manera autónoma ante el antecedente establecido (“¿Qué quieres?” y presencia visible del objeto), sin ningún tipo de asistencia.

Tabla 13

Programa: “Responder cuando se le pide” de manera independiente.

F2. Responder cuando se le pide

| | |
|---|---|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su rostro y pregunta: ¿Qué quieres? sin ningún tipo de ayuda adicional y se le nombra el objeto. |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? eleva el brazo y señala con el dedo índice. |
| Corrección | Se brinda ayuda física mínima |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none">• Solicita señalando• solicita señalando y emitiendo un sonido |
| Tipo de ayuda | Independiente. |

Nota: Elaboración propia

Durante todo el proceso, la conducta de señalamiento se mantuvo como la respuesta principal reforzada para el acceso a los estímulos tangibles, sin retirarse en ningún momento el reforzamiento asociado a esta conducta alternativa. De manera paralela, cuando la menor emitía algún sonido acompañado del señalamiento, dicha emisión también era reforzada como una aproximación conductual, incrementándose ligeramente la intensidad del reforzamiento cuando ambas respuestas ocurrían de manera simultánea. Este procedimiento no implicó sustituir el señalamiento, sino reforzar respuestas adicionales que aparecían de forma espontánea durante la solicitud del objeto.

Una vez que la señalización se consolidó como conducta alternativa para acceder a tangibles, se incorporó una fase orientada a ampliar el repertorio de solicitud mediante la emisión del nombre del objeto de interés. Esta etapa se desarrolló bajo condición de modelo total, en la cual se presentaba el estímulo reforzador junto con el antecedente verbal “¿Qué quieres?”, seguido de la emisión completa del nombre del objeto por parte del adulto. La respuesta esperada consistía en la reproducción del modelo verbal; sin embargo, se reforzaba de manera inmediata cualquier aproximación relacionada con el nombre del objeto presentado mediante la entrega del estímulo solicitado, priorizando la aproximación más clara al nombre del objeto cuando esta ocurría. En todo momento se continuó reforzando el señalamiento como respuesta válida para acceder al tangible.

Es importante señalar que este procedimiento no tuvo como finalidad trabajar aspectos fonológicos ni mejorar la pronunciación de las emisiones, sino reforzar respuestas que permitieran acceder al mismo reforzador. De esta manera, la emisión sonora se incorporó progresivamente como otra conducta alternativa dentro del repertorio de la menor. Debido a sus características y a la contingencia de reforzamiento aplicada, esta respuesta compite directamente con el grito y puede funcionar como conducta incompatible, favoreciendo la disminución progresiva de dicha conducta dentro del mismo contexto motivacional. El criterio de reforzamiento se mantuvo centrado en la función de la respuesta para acceder al estímulo reforzador, y no en la precisión articulatoria de la emisión.

A continuación, se muestra una tabla en la que se describe cómo se llevó a cabo este programa con ayuda de modelo total:

Tabla 14*Programa: “Responder cuando se le pide” con modelo total*

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|---|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su boca y pregunta: ¿Qué quieres? inmediatamente después se nombra la palabra completa. |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? repite el nombre del reforzador. Se aceptan aproximaciones de la palabra. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo total. |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> ● Pan (Pa) ● Plasti (Pati) ● Agua (Awa) ● Uva (Uva) ● Burbuja (Bubua) ● Limón (imon) ● Libro (ibo) ● Fomi (omi) ● Rodillo (oillo) ● Pelota (peoda) |
| Tipo de ayuda | Modelo total. |

Nota: Elaboración propia.

Avanzando progresivamente a modelo parcial: el adulto ofrece una señal mínima o un recordatorio parcial del nombre, reforzando la conducta correcta.

Tabla 15*Programa: “Responder cuando se le pide” con modelo parcial*

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|---|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su boca y pregunta: ¿Qué quieres? inmediatamente después se nombra solo la primera parte de la palabra |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto y ante el antecedente ¿Qué quieres? + la primera parte de palabra, la menor emite la palabra completa. Se aceptan aproximaciones de la palabra. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo total. |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> ● Pan (Pa) ● Plasti (Pati) ● Agua (Awa) ● Uva (Uva) ● Burbuja (Bubua) ● Limón (imon) ● Libro (ibo) ● Fomi (omi) ● Rodillo (oillo) ● Pelota (peoda) |
| Tipo de ayuda | Modelo parcial. |

Nota: Elaboración propia.

Finalmente pasamos a que ella solicite sin ningún tipo de ayuda adicional es decir de manera independiente:

Tabla 16

Programa: “Responder cuando se le pide” de manera independiente

| F2. Responder cuando se le pide | |
|---|---|
| Objetivo: | La niña pedirá lo que quiere cuando el refuerzo está presente y se le presenta una palabra o un signo manual. |
| Criterios de logro. | 1= 2 objetos o actividades 2= 4 objetos o actividades 3= 6 objetos o actividades 4=10 o más objetos o actividades |
| Procedimiento | El adulto lleva el reforzador de la menor cerca de su boca y pregunta: ¿Qué quieres? |
| Unidad correcta | La menor mira al adulto ante el antecedente ¿Qué quieres? y responde sin ningún tipo de ayuda adicional. Se aceptan aproximaciones de la palabra. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo parcial. |
| Número de solicitudes por sesión | 30 |
| Targets | <ul style="list-style-type: none"> • Pan (Pa) • Plasti (Pati) • Agua (Awa) • Uva (Uva) • Burbuja (Bubua) • Limón (imon) • Libro (ibo) • Fomi (omi) • Rodillo (oillo) • Pelota (peoda) |
| Tipo de ayuda | Independiente. |

Nota: Elaboración propia.

Como parte de la reducción de conductas disruptivas, se implementó el programa F12 del currículo ABLLS-R (“Solicita ayuda”), ya que, según la evaluación funcional, se identificó que los gritos de la menor se producían en ocasiones en las que necesitaba apoyo para realizar alguna actividad. Por ello, este programa se diseñó para enseñarle a solicitar ayuda de manera adaptativa, promoviendo una respuesta alternativa y a su vez incompatible con los gritos.

El programa se aplicó mediante un procedimiento de Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA), con un desvanecimiento de ayudas progresivo estructurado en tres niveles:

Ayuda total: el adulto emite el nombre completo de la acción u objeto mientras guía verbalmente la respuesta de la menor, asegurando la correcta emisión de la solicitud.

Tabla 17

Programa: “Pedir ayuda” con modelo ecoico total

| F12. Pedir ayuda | |
|---|--|
| Objetivo: | El estudiante solicita ayuda cuando lo necesita |
| Criterios de logro. | 1= Solicita ayuda en 1 o 2 situaciones específicas 2= Solicita ayuda en variedad de situaciones |
| Procedimiento | El adulto crea oportunidades complejas para que la menor solicite ayuda, seguidamente se le pregunta ¿qué necesitas? e inmediatamente se le dice: “ayuda “para que la niña lo repita. Se aceptan aproximaciones. |
| Unidad correcta | La menor observa la situación, mira al adulto y cuando este le dice: ¿Qué quieres? + ayuda, ella repite la palabra. Se aceptan aproximaciones. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo total |
| Número de solicitudes por sesión | 15 |

| | |
|----------------------|--------------|
| Tipo de ayuda | Modelo total |
|----------------------|--------------|

Nota: Elaboración propia.

Continuando con, ayuda parcial: se ofrece un recordatorio parcial o señal mínima del nombre, reforzando la conducta correcta sin proporcionar el modelo completo.

Tabla 18

Programa: “Pedir ayuda” con modelo parcial

| F12. Pedir ayuda | |
|---|---|
| Objetivo: | El estudiante solicita ayuda cuando lo necesita |
| Criterios de logro. | 1= Solicita ayuda en 1 o 2 situaciones específicas 2= Solicita ayuda en variedad de situaciones |
| Procedimiento | El adulto crea oportunidades complejas para que la menor solicite ayuda, seguidamente se le pregunta ¿qué necesitas? e inmediatamente se le dice: “a..” para que la niña diga la palabra completa. Se aceptan aproximaciones. |
| Unidad correcta | La menor observa la situación, mira al adulto y cuando este le dice: ¿Qué quieres? + “a..”, la niña dice la palabra completa: ayuda. Se aceptan aproximaciones. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo total. |
| Número de solicitudes por sesión | 15 |
| Tipo de ayuda | Modelo parcial. |

Nota: Elaboración propia.

Finalmente, independiente: la menor emite la solicitud de manera autónoma ante el antecedente establecido (“¿Qué necesitas?” y presencia del adulto), sin ayuda verbal.

Tabla 19*Programa: “Pedir ayuda” de manera independiente*

| F12. Pedir ayuda | |
|---|---|
| Objetivo: | El estudiante solicita ayuda cuando lo necesita |
| Criterios de logro. | 1= Solicita ayuda en 1 o 2 situaciones específicas 2= Solicita ayuda en variedad de situaciones |
| Procedimiento | El adulto crea oportunidades complejas para que la menor solicite ayuda, seguidamente se le pregunta ¿qué necesitas? Se aceptan aproximaciones. |
| Unidad correcta | La menor observa la situación, mira al adulto y cuando este le dice: ¿Qué quieres?, la niña dice: “ayuda”. Se aceptan aproximaciones. |
| Corrección | Se repite unidad de aprendizaje con modelo parcial. |
| Número de solicitudes por sesión | 15 |

Nota: Elaboración propia.

A la par de las sesiones en centro, se llevó a cabo una intervención en el entorno natural de la niña con una visita a su casa, esta fue fundamental para la generalización de los aprendizajes. En esta sesión se capacitó a los padres para que pudieran replicar en casa las estrategias utilizadas en sesión es decir la redirección al mordedor así como reforzar las conductas alternativas al grito, también se les enseñó cómo modelar de juego simbólico y funcional, en el uso de reforzadores sociales (hacia los cuales la menor mostró una respuesta significativamente positiva). Asimismo, se implementaron en casa soportes visuales y horarios de actividades permitiendo que la menor anticipe las transiciones ambientales, reduciendo la probabilidad de respuestas disruptivas vinculadas a la incertidumbre.

4.7.4. *Etapa de monitoreo y evaluación*

El monitoreo del plan de intervención se realizó mediante un sistema continuo con un periodo de análisis de cada cuatro días. Este proceso inicia con una reunión junto con la supervisora (analista conductual cualificado) en esta se revisa programa por programa y se analiza la data recolectada durante las 4 sesiones previas al monitoreo. Es decir, se evalúan los resultados obtenidos en ese periodo para ajustar y mejorar la intervención según sea necesario. Para recolección de datos, se empleó el software especializado Thread by Central Reach, cuyo acceso es proporcionado por el centro, cómo parte de las herramientas de trabajo. Este software permite el registro cuantitativo de la data en dispositivos móviles, a su vez, este proporciona gráficos de acuerdo con la data recolectada, lo que nos permite ver de manera gráfica la tendencia del progreso, estabilidad o retroceso en el desempeño del menor. Luego del análisis de la gráfica y de las observaciones realizadas durante la intervención, en caso sea necesario se desvanecen ayudas o incrementan dependiendo del caso. Si la gráfica es ascendente se continúa con las ayudas hasta lograr el criterio de logro del programa. Si es una gráfica descendente o no muestra cambios significativos, se aumentan las ayudas o se cambia la ayuda a una más invasiva.

A continuación, se muestra una tabla de puntos a tomar en cuenta antes de alguna modificación a la hora desvanecer ayudas.

Tabla 20

Ejemplo de ficha de monitoreo.

| F12. Pedir ayuda | |
|-------------------------|--|
| Target | <ul style="list-style-type: none">• Ayuda con modelo total |

| | |
|--------------------------------|---|
| Tipo de ayuda | Modelo total |
| Información de la tabla | Dos puntuaciones consecutivas mayor a 90% de correctas con el modelo ecoico segmentado |
| Observación | Se probó en una sesión si la menor respondía solicitar ayuda con modelo ecoico total y si lo logró. |
| Cambio realizado | Modelo parcial |

Nota: Elaboración propia.

4.8. Descripción de instrumentos utilizados

La evaluación y el seguimiento del caso se realizaron mediante instrumentos de registro y evaluación conductual que forman parte de la estructura técnica del centro especializado. Los formatos empleados son proporcionados por la institución y se encuentran fundamentados en el enfoque conductual, particularmente en el análisis funcional de la conducta y los principios del condicionamiento operante.

Es importante señalar que los instrumentos utilizados no son de naturaleza psicométrica ni estadística, sino herramientas de evaluación funcional y registro sistemático de conducta, orientadas a la planificación, implementación y monitoreo de programas de intervención individualizados.

A continuación, se describen los instrumentos empleados durante el proceso:

4.8.1. Registro ABC – Evaluación Funcional de la Conducta:

Se utilizó el registro ABC como herramienta central para la evaluación funcional de la conducta (Cooper, Heron & Heward, 2020; Miltenberger, 2023). Este procedimiento permitió identificar la relación entre antecedentes, conducta y

consecuencias, facilitando la formulación de hipótesis sobre la función de las conductas disruptivas.

El formato empleado fue proporcionado por el centro, respetando la estructura clásica del modelo:

- **A (Antecedente):** eventos o estímulos que preceden a la conducta.
- **B (Conducta):** descripción observable y medible de la respuesta emitida.
- **C (Consecuencia):** eventos posteriores que pueden estar manteniendo la conducta.

La información obtenida orientó directamente la selección de estrategias de intervención, como el reforzamiento diferencial de conductas alternativas (RDA) y el establecimiento de conductas incompatibles frente a los gritos y conductas autolesivas.

4.8.2. Evaluación de Preferencias y Reforzadores

Se aplicó un formato institucional basado en procedimientos descritos en la literatura conductual (Fisher et al., 1992; Cooper et al., 2020), con el objetivo de identificar estímulos con alto valor motivacional. Mediante observación sistemática se registró la elección espontánea, el tiempo de interacción y la frecuencia de aproximación a distintos estímulos, permitiendo jerarquizar reforzadores. Esta información fue utilizada para estructurar las contingencias de reforzamiento dentro de los programas de intervención y aumentar la probabilidad de emisión de conductas alternativas.

4.8.3. Observación en Juego Libre y Estructurado

La observación en contextos de juego libre y estructurado permitió evaluar repertorios de interacción, permanencia en actividad, respuesta a demandas y tolerancia a la estructura. Asimismo, el juego libre facilitó el establecimiento de asociación positiva entre la terapeuta y los estímulos reforzantes antes de introducir demandas formales, favoreciendo la cooperación conductual y la disposición al aprendizaje (Schramm, 2007).

4.8.4. Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised (ABLLS-R)

Se utilizó el Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised (ABLLS-R) (Partington, 2006) como herramienta programática para identificar repertorios conductuales presentes y ausentes en diferentes áreas del desarrollo funcional. En el presente caso, el ABLLS-R no fue empleado como instrumento psicométrico, sino como guía estructural para:

- Establecer programas de intervención.
- Organizar la secuencia de objetivos.
- Definir criterios de logro conductuales.

Su aplicación permitió alinear la intervención con un sistema organizado de habilidades, coherente con la estructura técnica del centro.

A continuación, se presenta el cronograma general del proceso de intervención realizado:

Tabla 21*Cronograma general del proceso de intervención*

| Cronograma general del proceso de intervención | | |
|---|----------------|---|
| Fase | Periodo | Actividades principales |
| Fase 1. Evaluación conductual | Semanas 1 – 2 | Entrevista con cuidadores y recopilación de la historia clínica; observación conductual directa y registro de frecuencia para el establecimiento de línea base; evaluación funcional de la conducta mediante registro ABC; evaluación de reforzadores; aplicación del ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) para el mapeo del repertorio de habilidades. |
| Fase 2. Planeamiento de la intervención | Semana 3 | Planificación de las estrategias de intervención para la reducción de las conductas problema identificadas, específicamente la conducta autolesiva y la conducta disruptiva. Se definió la aplicación de Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (DRI) para la conducta autolesiva de mordedura de mano y Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (DRA) para |

Fase 3. Implementación y Semanas 4 – 24
monitoreo de la
intervención

la conducta disruptiva de grito. Dentro del procedimiento DRA se incorporaron los subprogramas F12: “Solicitar ayuda” y F2: “Responder cuando se le pide”.

Implementación de las estrategias de intervención mediante la aplicación de los procedimientos DRI y DRA. Durante esta fase se realizó el registro sistemático del desempeño conductual y el monitoreo del progreso aproximadamente cada cuatro días de intervención, con el fin de evaluar avances y realizar ajustes cuando fue necesario.

Nota: Elaboración propia.

4.9. Consideraciones éticas

El presente trabajo tomó en cuenta las consideraciones éticas: En el principio de autonomía se les brindó a los padres un consentimiento informado que venía adjunto con el contrato del servicio. En este se le explicó el proceso de la intervención, detallando lo que se haría durante las sesiones de evaluación, así como las de intervención siempre brindándole la opción de poder realizar las preguntas que necesiten para comprender el proceso de intervención, así como la de poder retirarse

en el momento que ellos decidan. También bajo el principio de confidencialidad y con el fin de proteger la información personal de la niña se optó por no proporcionar su nombre, ni datos que puedan identificarla a ella o a su familia, de igual forma se hizo con el centro, no se detallaron datos como nombre del centro o de las personas a cargo. En el área de competencia profesional, la intervención se desarrolló con base en evidencia científica, bajo la supervisión de una especialista, mediante un registro sistemático de los datos y respetando los límites propios de la formación profesional.

Finalmente, en cuanto al principio de beneficencia y no maleficencia se comprobó mediante datos estadísticos que la intervención benefició a la menor y a sus familiares, reduciendo conductas disruptivas, así como autolesivas y de igual forma la intervención dotó a la menor de habilidades de comunicación funcional que le permitirán adaptarse mejor a entornos y reducir conductas ya mencionadas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

5.1. Descripción de los resultados

Objetivo 1: Identificar y describir las conductas disruptivas y autolesivas presentes en la menor.

Durante la línea base, se registraron un promedio de 50 episodios de morderse la mano por sesión, correspondiente a la conducta autolesiva, y aproximadamente 200 episodios de gritos por sesión, como conducta disruptiva. Estos datos se obtuvieron a partir de la observación sistemática y el registro de frecuencia, siguiendo los instrumentos preestablecidos por el centro. La conducta de morderse la mano se presentó con una intensidad inicial que alcanzó hasta 53 intentos, mientras que los gritos alcanzaron su pico en 210 emisiones, evidenciando la magnitud de las conductas problemáticas al inicio del programa.

| Registro de Conductas | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------------|
| Día | Conducta de morder | Conducta de emisión de gritos |
| 1 | 52 | 210 |
| 2 | 48 | 195 |
| 3 | 50 | 205 |
| 4 | 50 | 190 |

Nota: Elaboración propia

Objetivo 2: Determinar la función de las conductas disruptivas y autolesivas.

El análisis funcional realizado mediante registro ABC reveló que la conducta de morderse la mano estaba mantenida principalmente por la función de escape a demandas, mientras que los gritos respondían principalmente a la búsqueda de acceso a tangibles y, en menor medida, a ayuda del adulto. Esta información permitió establecer antecedentes y consecuencias claros para cada conducta, determinando estímulos desencadenantes y reforzadores específicos, lo que sentó las bases para la intervención individualizada.

| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|---|--|----------------|
| Se le presenta un rompecabezas con piezas yuxtapuestas a la menor. | La niña observa inmediatamente rompecabezas, mira a la instructora y lleva su mano a la boca e intenta morderse | El adulto bloquea físicamente la mordida redirigiendo inmediatamente hacia un mordedor, le dice: “si quieres morder, puedes hacerlo aquí” y se da la instrucción: “Arma el rompecabezas” y le ayuda físicamente a colocar una pieza. La instructora, refuerza socialmente la acción. | Escape |

Nota: Elaboración propia

| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|---|--|-------------------|
| La lata de espuma se encuentra en la parte alta del estante de juguetes del salón. | La niña grita, se aproxima al estante y alterna la mirada | El adulto se acerca al estante y dice: “¿qué quieres?, espuma” y paralelamente le brinda | Acceso a tangible |

| | |
|------------------------------|---|
| entre el objeto y el adulto. | ayuda física total para que la niña señale el objeto, y se lo entrega |
|------------------------------|---|

Nota: Elaboración propia

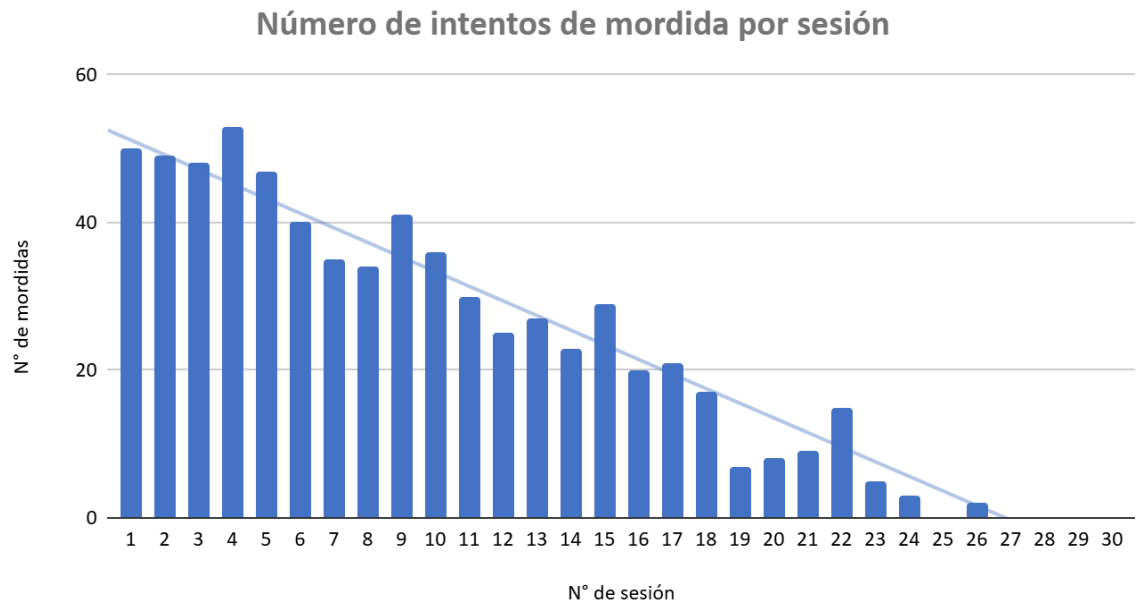
| Antecedente | Conducta | Consecuencia | Función |
|--|--|---|----------------|
| La menor sentada en el piso, mira a los lados. | La niña grita y busca el contacto visual con el adulto | El adulto la mira y le dice: “¿Qué necesitas? ayuda” la niña dice: “a”, el adulto le brinda la mano para que la menor lo utilice de apoyo físico. | Acceso a ayuda |

Nota: Elaboración propia

Objetivo 3: Adaptar e implementar un programa de intervención conductual individualizado.

A partir de la evaluación funcional y siguiendo la estructura de programas del centro, se implementaron estrategias de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI) para la conducta de morderse la mano y reforzamiento de conductas alternativas (RDA) para los gritos. La intervención se estructuró de manera paralela, incluyendo el fortalecimiento del señalamiento de objetos y, posteriormente, la transición hacia la solicitud verbal y la emisión de la palabra “ayuda” en distintos contextos. Cada programa fue aplicado siguiendo un sistema de ayudas progresivas, desde ayuda total hasta independencia, y se reforzaba cada emisión correcta aproximada, asegurando que las conductas alternativas estuvieran bajo control de estímulo definido y funcionaran como incompatibles de las conductas disruptivas.

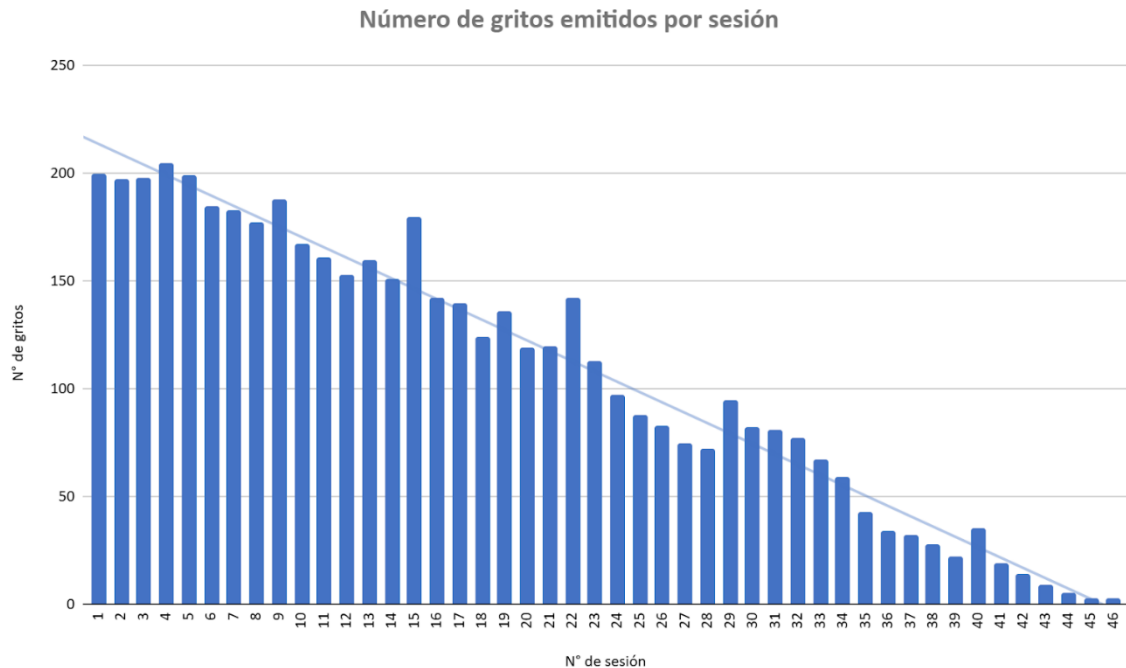
A continuación, se presentan la tabla con los resultados de la aplicación de RDI ante la conducta que presentaba la menor de morder su mano:



Nota: Elaboración propia

Los datos expuestos en la gráfica evidencian una disminución progresiva de la conducta de morderse la mano a lo largo de las sesiones. Se muestra en la gráfica que al inicio de la intervención la conducta se presentó 50 veces, llegando a su punto más alto con 53 intentos de mordidas, a medida se utilizaba el reforzamiento de conductas incompatibles y la extinción de la función que mantenía la conducta, para la mitad de mi la intervención se evidenció un descenso significativo llegando a presentarse hasta en 27 veces en la sesión 13 sesión. Esto en conjunto a las redirecciones en casa, el descenso fue más notorio hasta que finalmente cayó y quedó en cero ocurrencias en 4 sesiones consecutivas.

También se presenta una gráfica en la que se expone los datos obtenidos luego de la intervención con RDA, para la reducción de la conducta disruptiva de gritos:



Nota: Elaboración propia

Los resultados muestran una tendencia decreciente significativa a lo largo del periodo de intervención partiendo de una línea base de 200 gritos representando un 100% la cual fue marcada en la primera sesión, en la sesión 4 tuvo un ascenso a 205 gritos, representado por un 105%. Sus mayores picos durante la intervención fueron resultado de cambios en su rutina o por alteraciones en su patrón de sueño la noche previa lo cual provocó que la menor se encontrara más irritable, esto se vio en las sesiones 15 y 22. Al mismo tiempo, tras la implementación de las solicitudes verbales, la frecuencia de gritos mostró una disminución progresiva, observándose una reducción más acelerada en comparación con la señalización. A partir de la sesión 41 se registró

por primera vez un descenso a 19 emisiones, lo que correspondió a un 10%, constituyendo el primer día de una secuencia de 4 días consecutivos en los que se evidenció una reducción del 90% de la conducta.

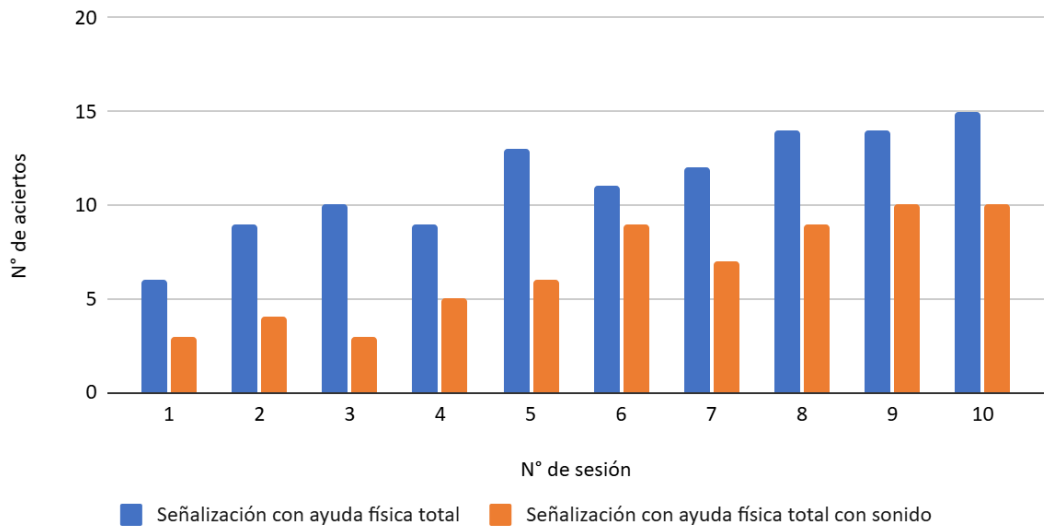
Objetivo 4: Promover la adquisición de conductas alternativas funcionalmente equivalentes.

El Objetivo 4, orientado a promover la adquisición de conductas alternativas funcionalmente equivalentes, se centró en el establecimiento de la señalización del objeto deseado como respuesta sustituta de los gritos, previamente identificados en la evaluación funcional como mantenidos por acceso a tangibles.

La señalización fue definida como la conducta objetivo del programa, al constituir una respuesta funcionalmente equivalente para la obtención del reforzador, y fue diferencialmente reforzada a lo largo del desvanecimiento progresivo de ayudas físicas (total, parcial, mínima e independiente). De manera complementaria, se registraron emisiones sonoras posteriores al modelo verbal, consideradas respuestas concomitantes y no criterio principal de logro.

A continuación, se presentan los resultados organizados según el nivel de ayuda proporcionado. Iniciando por la señalización con ayuda física total:

Desempeño en señalización con ayuda física total sin y con emisión de sonido por sesión

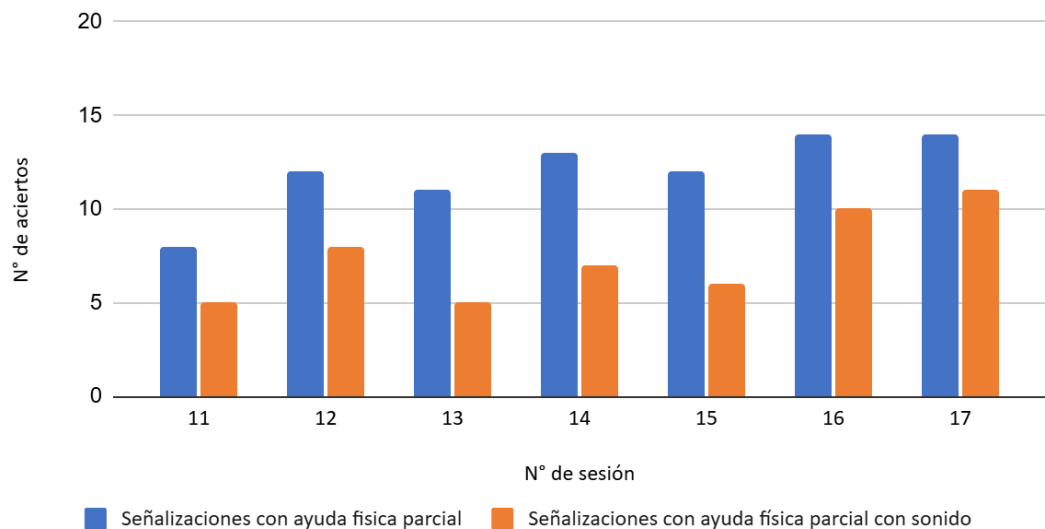


Nota: Elaboración propia

En la fase con ayuda física total, se observa una tendencia ascendente en ambas modalidades de respuesta. La señalización sin vocalización inició con 6 aciertos en la sesión 1 y aumentó progresivamente hasta alcanzar 15 aciertos en la sesión 10, con un incremento notable hacia la sesión 5 donde se registraron 13 aciertos. Por su parte, la señalización acompañada de sonido comenzó con 3 aciertos en la sesión 1 y finalizó con 10 aciertos en la sesión 10. Durante esta fase se evidencia una ganancia de 9 respuestas en la modalidad principal (señalización sin vocalización) y de 7 respuestas en la modalidad acompañada de sonido, manteniéndose consistentemente mayor el número de señalizaciones sin vocalización. Estos datos reflejan la adquisición inicial de la conducta alternativa bajo condiciones de apoyo máximo.

A continuación, se presentan los datos de la señalización con ayuda física parcial:

Desempeño en señalización con ayuda física parcial sin y con emisión de sonido por sesión

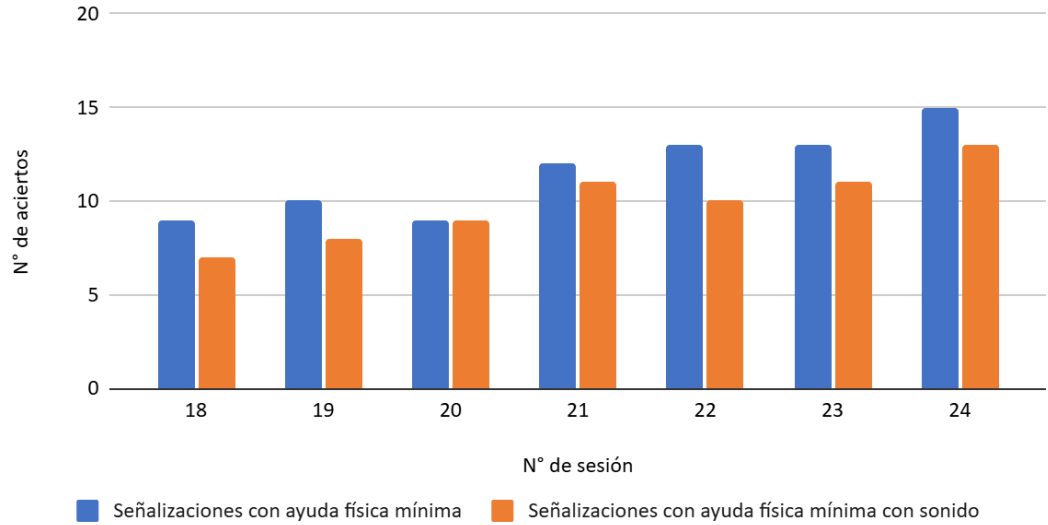


Nota: Elaboración propia

Al reducir el nivel de apoyo a ayuda física parcial, el desempeño se mantiene estable con tendencia creciente. La señalización sin vocalización pasó de 8 aciertos en la sesión 11 a 14 aciertos en la sesión 17, mostrando consolidación progresiva. De manera similar, la señalización acompañada de sonido aumentó de 5 aciertos en la sesión 11 a 11 aciertos en la sesión 17. La diferencia entre ambas modalidades se mantiene, aunque ambas muestran incremento sostenido. Esto sugiere que la conducta alternativa continúa fortaleciéndose aun cuando se disminuye la intensidad de la ayuda física.

Siguiendo con la disminución de ayudas, se presenta los datos de la señalización con ayudas físicas mínimas:

Desempeño en señalización con ayuda física mínima sin y con emisión de sonido por sesión

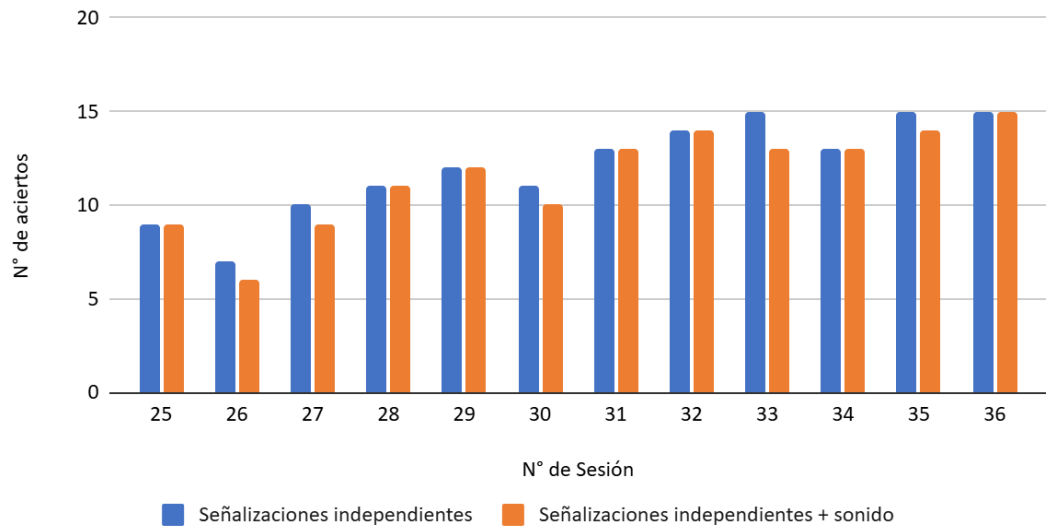


Nota: Elaboración propia

En la fase con ayuda física mínima se observa mayor estabilidad y aproximación a niveles altos de desempeño. La señalización sin vocalización inició con 9 aciertos en la sesión 18 y alcanzó 15 aciertos en la sesión 24. En cuanto a la señalización acompañada de sonido, esta pasó de 7 aciertos en la sesión 18 a 13 aciertos en la sesión 24. En esta etapa la brecha entre ambas modalidades disminuye, evidenciándose una mayor proximidad en los valores registrados. Esto indica que la conducta alternativa se mantiene con niveles elevados pese a la reducción significativa del apoyo físico.

A continuación, se presenta el gráfico con señalización de manera independiente:

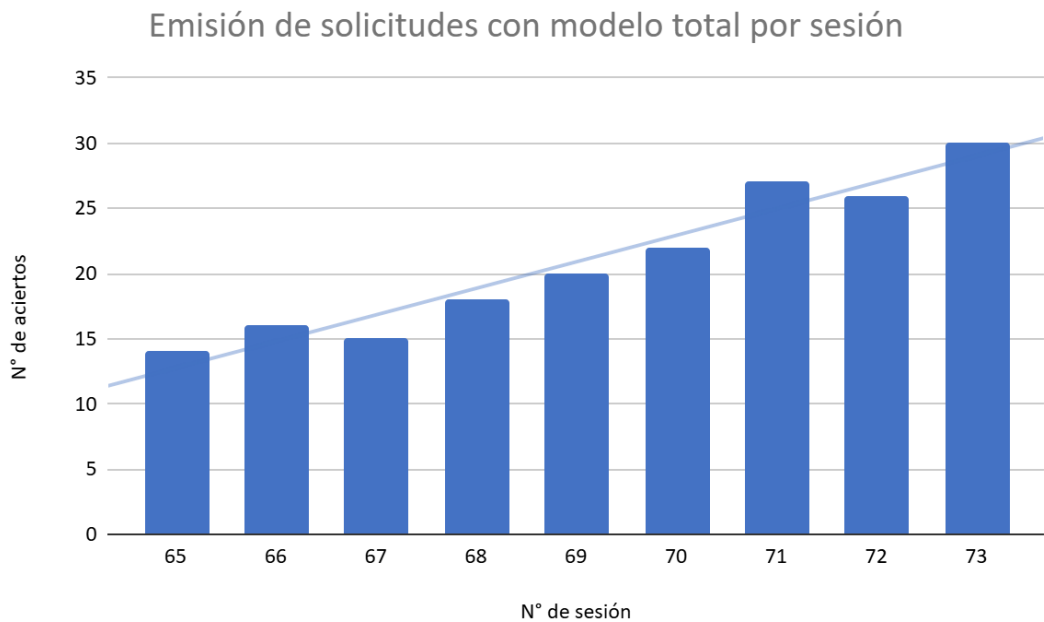
Desempeño en señalización de manera independiente sin y con sonido por sesión



Nota: Elaboración propia

En la fase independiente, la señalización sin vocalización se mantiene en niveles altos y estables, iniciando con 9 aciertos en la sesión 25 y alcanzando 15 aciertos en la sesión 36, con estabilización entre 14 y 15 aciertos en las últimas sesiones. De forma paralela, la señalización acompañada de sonido aumentó de 9 aciertos en la sesión 25 a 15 aciertos en la sesión 36, mostrando convergencia final con la modalidad principal. Estos resultados evidencian mantenimiento del desempeño sin necesidad de apoyo físico y consolidación de la señalización como conducta funcional para el acceso a tangibles, observándose además la presencia concomitante de emisiones sonoras registradas durante los ensayos.

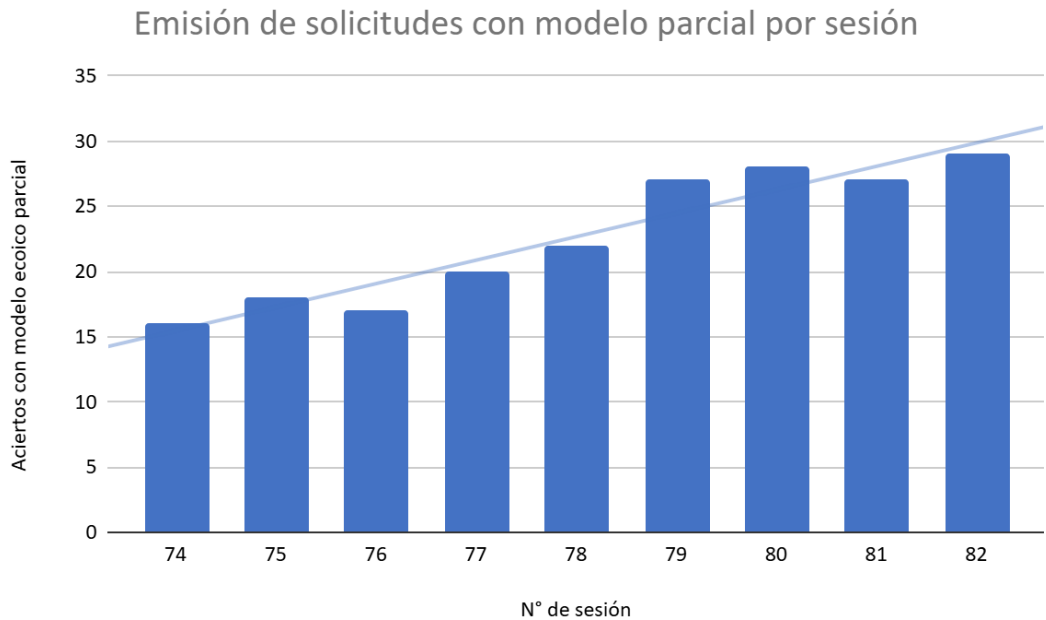
Ahora se presentan las gráficas de solicitudes con modelo total del nombre del objeto:



Nota: Elaboración propia

En la fase implementada bajo modelo total, se observa una tendencia ascendente en la emisión de solicitudes. El desempeño inició con 14 aciertos en la sesión 65 y aumentó progresivamente hasta alcanzar 30 aciertos en la sesión 73. Durante esta fase se registran incrementos sostenidos (16 aciertos en la sesión 66, 18 en la 68, 22 en la 70 y 27 en la 71), con una leve variación en la sesión 72 (26 aciertos), seguida de un nuevo incremento final. En términos generales, se evidencia una ganancia de 16 respuestas correctas desde el inicio hasta el cierre de la fase, lo que indica adquisición consistente de la conducta bajo control del modelo completo.

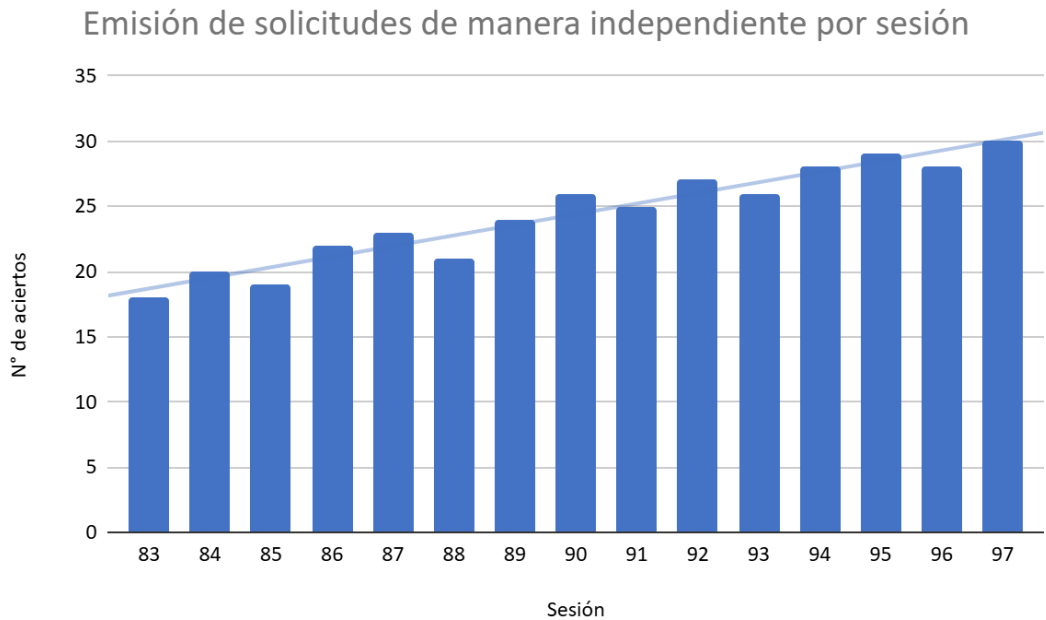
A continuación, el gráfico de las solicitudes de objetos con modelo parcial:



Nota: Elaboración propia

Al reducir el nivel de apoyo a modelo parcial, el desempeño se mantiene estable y con tendencia creciente. La emisión de solicitudes pasó de 16 aciertos en la sesión 74 a 29 aciertos en la sesión 82. Se observan incrementos progresivos a lo largo de la fase (20 aciertos en la sesión 77, 22 en la 78 y 27 en la 79), con ligeras fluctuaciones intermedias (27 en la sesión 81), sin pérdida significativa del desempeño alcanzado. La ganancia total fue de 13 respuestas correctas, lo que sugiere mantenimiento del aprendizaje pese a la disminución del nivel de ayuda.

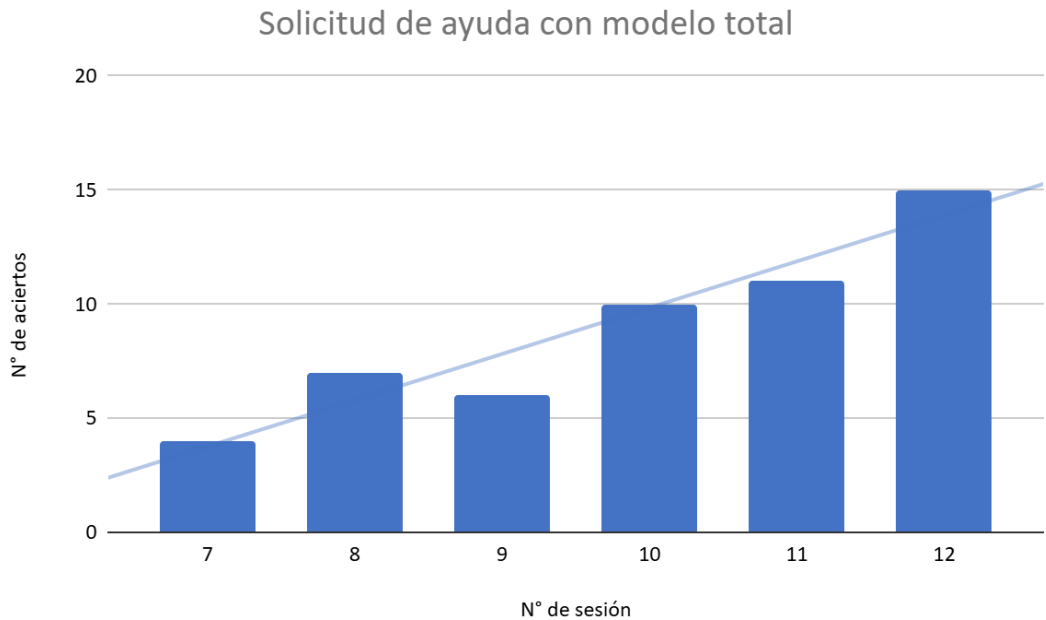
y finalmente se presentan el gráfico de las solicitudes de objetos de manera independiente:



Nota: Elaboración propia

En la fase independiente se evidencia consolidación y estabilidad en niveles altos de desempeño. La emisión de solicitudes inició con 18 aciertos en la sesión 83 y alcanzó 30 aciertos en la sesión 97. A lo largo de esta etapa se registran incrementos progresivos (24 aciertos en la sesión 89, 27 en la 92, 29 en la 95), con leves oscilaciones sin tendencia descendente sostenida. El patrón general muestra mantenimiento del desempeño sin apoyo externo, indicando que la conducta de solicitud se estableció bajo control del antecedente y la contingencia de reforzamiento, funcionando de manera autónoma dentro del contexto de acceso a tangibles.

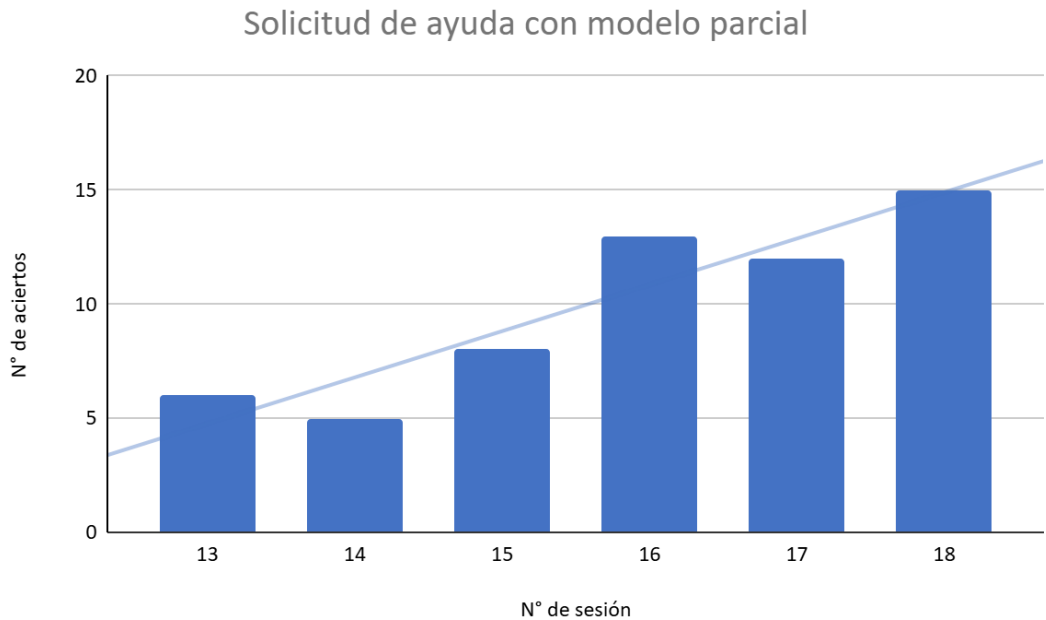
A continuación, se presenta las gráficas de solicitud de ayuda, estas con los distintos tipos de ayudas, empezando por la ayuda de modelo total:



Nota: Elaboración propia

En la fase de solicitud de ayuda bajo modelo total, se observa una tendencia general ascendente. El desempeño inició con 4 aciertos en la sesión 7 y aumentó hasta 15 aciertos en la sesión 12. Durante el proceso se registran incrementos progresivos (7 aciertos en la sesión 8 y 10 en la sesión 10), con una leve variación en la sesión 9 (6 aciertos) antes de retomar la tendencia ascendente. En términos globales, se evidencia una ganancia de 11 respuestas correctas a lo largo de la fase, lo que indica adquisición progresiva de la conducta bajo control del modelo completo.

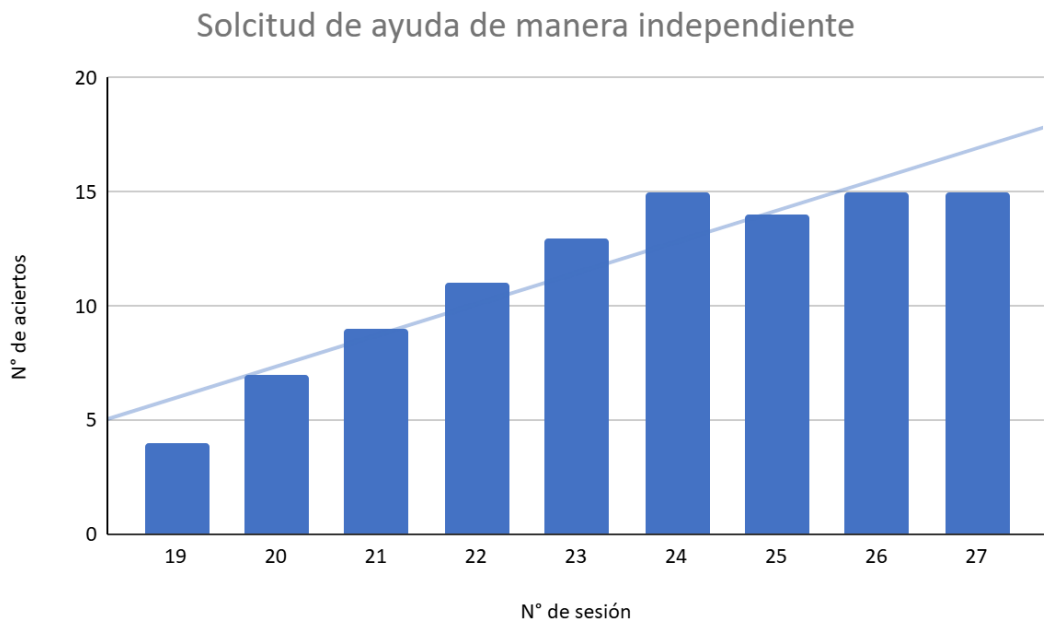
A continuación, la gráfica correspondiente a solicitud de ayuda con modelo parcial:



Nota: Elaboración propia

Al disminuir el nivel de apoyo al modelo parcial, el desempeño se mantiene con tendencia creciente. La solicitud de ayuda pasó de 6 aciertos en la sesión 13 a 15 aciertos en la sesión 18. Se observan pequeñas fluctuaciones intermedias (5 aciertos en la sesión 14 y 12 en la sesión 17); sin embargo, no se presentan descensos sostenidos. La ganancia total en esta fase fue de 9 respuestas correctas, lo que sugiere mantenimiento y fortalecimiento de la conducta pese a la reducción del apoyo.

Finalmente, el gráfico con los datos de solicitud de ayuda de manera independiente:



Nota: Elaboración propia

En la fase independiente se evidencia consolidación y estabilidad del desempeño. La solicitud de ayuda inició con 4 aciertos en la sesión 19 y aumentó progresivamente hasta 15 aciertos en la sesión 24, manteniéndose entre 14 y 15 aciertos hasta la sesión 27. A lo largo de esta etapa se observan incrementos sostenidos (9 aciertos en la sesión 21, 13 en la sesión 23 y 15 en la sesión 24), con leve estabilización posterior. El patrón general indica que la conducta se mantiene bajo control del antecedente sin necesidad de apoyo adicional, evidenciando establecimiento funcional dentro del contexto de demanda.

Objetivo 5: Analizar la efectividad de la intervención mediante la comparación de los datos obtenidos en la fase de línea base y la fase de intervención.

Con el propósito de analizar la efectividad de la intervención, se realizó una comparación entre la frecuencia de las conductas problema registradas antes y después de la implementación del programa. A continuación, se presentan dos tablas en las que se observa el número total de episodios de gritos y mordidas en ambas fases:

| Comparación de número de gritos antes y después de la intervención | |
|--|---------|
| Antes | Después |
| 205 | 3 |

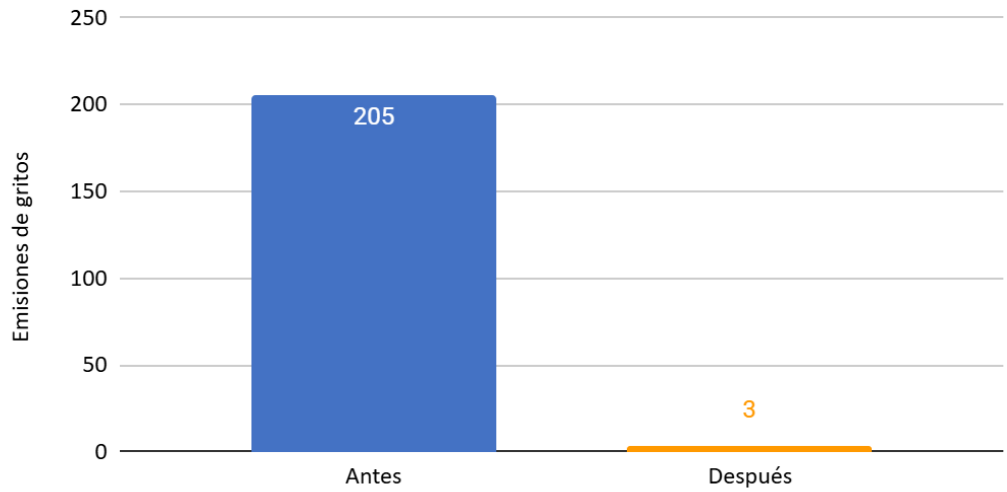
Nota: Elaboración propia

| Comparación de número de mordidas antes y después de la intervención | |
|--|---------|
| Antes | Después |
| 53 | 0 |

Nota: Elaboración propia

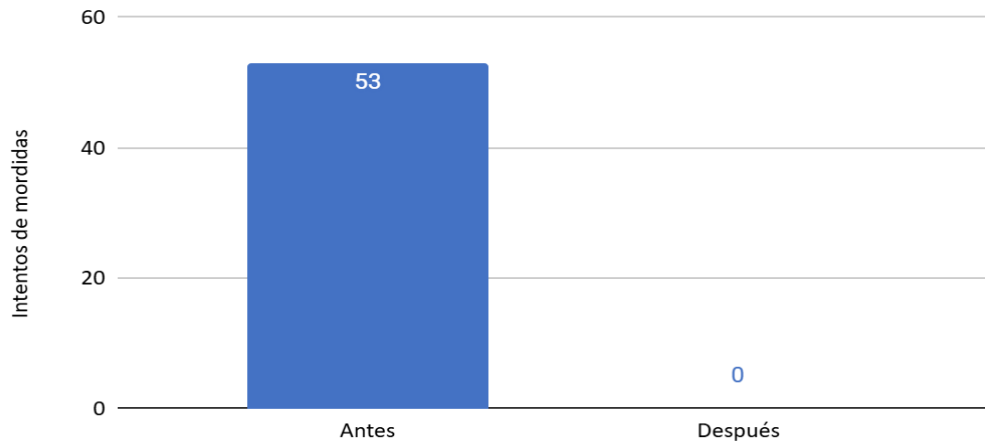
Seguidamente, se presenta el gráfico comparativo que permite visualizar la magnitud de los cambios observados entre la fase previa y la fase posterior a la intervención.

Comparación de comportamientos disruptivos antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia

Comparación de comportamientos autolesivos antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia

Como se observa en los datos, los gritos disminuyeron de 205 episodios antes de la intervención a 3 episodios después de su implementación, lo que representa una reducción de 202 eventos, equivalente a una disminución del 98.5%. En cuanto a las mordidas, se registraron 53 episodios en la fase previa y 0 episodios en la fase posterior, evidenciando una reducción del 100% de esta conducta.

5.2. Discusión de los resultados

El objetivo general del presente trabajo fue analizar los cambios en la frecuencia de conductas disruptivas y autolesivas luego de la aplicación de un programa de intervención conductual en una menor con presunción diagnóstica de TEA. Los resultados evidencian una reducción significativa de ambas conductas problema, así como un incremento sostenido en la emisión de conductas alternativas funcionalmente equivalentes, lo que confirma la efectividad del programa implementado.

En relación con la fase de evaluación, la identificación sistemática de las conductas mediante registros de frecuencia permitió establecer una línea base clara, en la cual se observó un promedio de 205 gritos y 53 episodios de mordidas por sesión. La magnitud inicial de estas conductas coincide con lo señalado por Murrugarra Gamarra (2020) e Izurieta Cossio (2023), quienes destacan la importancia del análisis funcional y el registro sistemático como punto de partida para el diseño de intervenciones conductuales efectivas.

El análisis funcional permitió determinar que la conducta autolesiva de morderse la mano estaba mantenida por la función de escape a demandas, mientras que los gritos cumplían principalmente una función de acceso a tangibles y ayuda. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Antúnez Ávalos (2022), quien identificó

que las conductas disruptivas operaban como formas rudimentarias de comunicación para obtener reforzadores. De igual manera, Coll Arzola y Piquera Hernández (2020) subrayan que la identificación precisa de la función conductual es determinante para seleccionar procedimientos de reforzamiento diferencial adecuados.

La literatura señala que tanto las conductas autolesivas como las disruptivas pueden cumplir funciones similares en niños con presunción de TEA, operando como formas rudimentarias de comunicación y regulación emocional (Massaguer-Bardají, Grau-Touriño, & Gómez-Hinojosa, 2025; Delgado Serna & Arias Gallegos, 2021). Mientras las conductas autolesivas, como morderse la mano, pueden manifestarse para aliviar malestar interno o evitar demandas, las conductas disruptivas, como los gritos, frecuentemente buscan obtener atención, acceso a tangibles o ayuda. Esta coocurrencia y funcionalidad compartida explican por qué intervenciones basadas en análisis funcional, como el RDI y RDA, resultan eficaces para reducir ambos tipos de conductas al enseñar respuestas alternativas funcionalmente equivalentes.

Respecto a la reducción de la conducta autolesiva, la implementación del Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI) produjo una disminución progresiva hasta alcanzar cero ocurrencias en cuatro sesiones consecutivas, representando una reducción del 100%. Este resultado no solo cumple, sino que supera el criterio de logro establecido ($\geq 70\%$). Asimismo, se alinea con la intervención de Izurieta Cossio (2023), quien reportó una reducción del 100% en la conducta de morderse el antebrazo, y con Camacho Candia et al. (2021), quienes evidenciaron disminuciones significativas en estereotipias mediante RDI. En comparación con Coll Arzola y Piquera Hernández (2020), quienes reportaron

reducciones del 32% en autoagresión, los resultados del presente trabajo muestran una disminución de mayor magnitud, posiblemente atribuible a la aplicación intensiva del procedimiento y a la consistencia en la implementación tanto en el centro como en el hogar.

En cuanto a la conducta disruptiva de gritos, la frecuencia disminuyó de 205 episodios en línea base a 3 episodios en fase de intervención, lo que representa una reducción del 98.5%. Este porcentaje supera ampliamente el criterio mínimo establecido ($\geq 70\%$) y también los resultados reportados en antecedentes como Antúnez Ávalos (2022), donde los gritos se redujeron de 43 a 27 episodios, o Coll Arzola y Piquera Hernández (2020), quienes registraron reducciones entre 32% y 42% en conductas problema. La magnitud del cambio observada en el presente estudio sugiere que el entrenamiento en conductas alternativas funcionales (RDA) fue altamente efectivo para sustituir la conducta disruptiva.

Un aspecto relevante es que la reducción de los gritos coincidió temporalmente con el incremento progresivo de la señalización, las solicitudes de objetos y la emisión de la palabra “ayuda”. Esto respalda el planteamiento de que las conductas problema cumplían una función comunicativa. En concordancia con Murrugarra Gamarra (2020), la enseñanza de conductas alternativas funcionales no solo debilita la conducta disruptiva, sino que fortalece repertorios adaptativos más eficaces. Asimismo, los incrementos observados en las fases de desvanecimiento de ayudas (desde modelo total hasta independencia) evidencian adquisición bajo control de estímulo y mantenimiento sin apoyo físico, lo que coincide con los principios del Análisis Conductual Aplicado descritos en intervenciones internacionales.

Finalmente, el análisis comparativo entre línea base e intervención demuestra que el programa no solo fue efectivo en términos de reducción porcentual, sino también en estabilidad y mantenimiento, al evidenciarse cuatro sesiones consecutivas con niveles mínimos o nulos de conducta problema. Esto confirma el cumplimiento de los criterios de logro y valida la pertinencia de la intervención individualizada basada en evaluación funcional.

En síntesis, los hallazgos evidencian que la combinación de análisis funcional, reforzamiento diferencial y enseñanza sistemática de conductas alternativas funcionalmente equivalentes constituye una estrategia altamente efectiva para la disminución de conductas disruptivas y autolesivas en población con presunción diagnóstica de TEA. Más allá de la reducción conductual, la intervención permitió dotar a la menor de herramientas comunicativas más adaptativas, favoreciendo su autonomía, regulación conductual y calidad de vida.

CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

6.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Si bien la intervención evidenció una reducción significativa de las conductas disruptivas y autolesivas, así como un incremento sostenido en las conductas alternativas funcionales, es importante reconocer ciertas limitaciones propias del contexto aplicado en el que se desarrolló el proceso.

En primer lugar, la intervención se llevó a cabo con una única menor y en un contexto terapéutico específico, bajo las condiciones particulares del centro. Por ello, los resultados obtenidos responden a las características individuales del caso y no pueden asumirse automáticamente como replicables en otros niños, aun cuando presenten características similares dentro del Trastorno del Espectro Autista.

En segundo lugar, la menor contaba con una presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista; sin embargo, no disponía de un diagnóstico clínico certificado ni de una determinación formal del nivel de apoyo requerido. Esta situación limita la posibilidad de contextualizar con mayor precisión el perfil clínico dentro de los criterios diagnósticos establecidos y dificulta la comparación del caso con otros reportes clínicos estructurados según nivel de severidad.

De igual manera, durante el proceso de evaluación e intervención no se utilizaron pruebas psicométricas estandarizadas que permitieran complementar la caracterización del perfil del desarrollo de la menor. La incorporación de instrumentos validados para la detección y evaluación del Trastorno del Espectro Autista, como el Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), la Childhood Autism Rating Scale (CARS) o escalas de funcionamiento adaptativo

como la Vineland Adaptive Behavior Scales, habría permitido contar con indicadores estandarizados del desarrollo y del nivel de funcionamiento, fortaleciendo la caracterización clínica inicial del caso.

Por otra parte, el programa fue implementado siguiendo la estructura metodológica establecida por el centro terapéutico, lo que garantizó coherencia técnica y supervisión constante. No obstante, al tratarse de una intervención aplicada en un contexto clínico real, existieron variables ambientales propias de la dinámica cotidiana (como cambios en la rutina o alteraciones en el sueño) que no podían ser completamente controladas y que en algunos momentos generaron fluctuaciones transitorias en la conducta.

Adicionalmente, durante el periodo de intervención la menor no recibió acompañamiento complementario en otras áreas terapéuticas, como terapia ocupacional o terapia de lenguaje. Considerando que estas intervenciones pueden favorecer el desarrollo de habilidades comunicativas, sensoriales y de autorregulación, su incorporación paralela podría haber potenciado aún más los resultados obtenidos.

Finalmente, si bien se evidenció generalización de los logros en el entorno familiar más cercano, especialmente con la figura paterna, el tiempo de seguimiento posterior a la finalización formal del programa fue limitado, lo que impide evaluar la estabilidad de los logros en periodos prolongados o en contextos más amplios.

A pesar de estas limitaciones, la intervención demuestra que la aplicación sistemática de principios conductuales, basada en una evaluación funcional rigurosa y en la enseñanza de conductas alternativas funcionalmente equivalentes, puede generar cambios clínicamente significativos en un contexto terapéutico real.

6.2. Impacto a nivel profesional (competencias desarrolladas a partir de la experiencia).

La implementación de la presente intervención representó un proceso significativo de crecimiento profesional, tanto en el plano técnico como en el clínico. En primer lugar, implicó una ampliación y consolidación de conocimientos en estrategias conductuales como el Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA) y el Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI), aplicadas de manera sistemática para la disminución de conductas disruptivas y autolesivas.

Para fortalecer la adecuada aplicación de estas estrategias, recurrí a la orientación constante de la supervisora del caso, analista conductual, quien brindó acompañamiento teórico mediante lecturas especializadas, revisión de procedimientos y supervisión directa durante la implementación. Este proceso permitió no solo aplicar técnicas, sino comprender con mayor profundidad su sustento conceptual y su pertinencia según la función de la conducta.

Asimismo, se fortaleció la competencia relacionada con el análisis funcional rápido y preciso de la conducta en contextos naturales, lo cual facilitó la identificación oportuna de antecedentes y consecuencias, permitiendo seleccionar estrategias ajustadas a la función específica de los gritos y la conducta autolesiva (mordedura). Esta habilidad contribuyó a prevenir el mantenimiento involuntario de las conductas problema y a promover respuestas alternativas funcionales.

De igual manera, se desarrollaron habilidades de comunicación efectiva con la familia, orientadas a la psicoeducación, orientación práctica y acompañamiento en la implementación de estrategias en el entorno natural. Esto implicó traducir conceptos

técnicos a un lenguaje accesible, modelar procedimientos y brindar retroalimentación constante, favoreciendo la coherencia entre el trabajo terapéutico y el contexto familiar.

Finalmente, esta experiencia fortaleció mis competencias en el diseño, implementación y ajuste de programas de intervención conductual individualizados. Si bien el proceso se realizó bajo la supervisión y dirección de la analista conductual, se evidenció una mayor seguridad profesional al proponer modificaciones en ayudas, reforzadores o estrategias según las necesidades emergentes de la menor, demostrando mayor criterio clínico y autonomía progresiva dentro del marco institucional.

6.3. Impacto en la institución con los resultados hallados

La intervención implementada en el centro terapéutico no solo permitió abordar de manera efectiva las conductas disruptivas y autolesivas de la menor, sino que también generó aprendizajes y mejoras significativas en los procesos internos de la institución. La experiencia reforzó la importancia de la evaluación sistemática y la utilización de datos objetivos para la toma de decisiones clínicas, promoviendo la incorporación de instrumentos estandarizados complementarios al ABLLS-R, lo que contribuye a una valoración más integral del repertorio de habilidades de los niños atendidos.

Asimismo, el caso puso en evidencia la relevancia de contar con diagnósticos clínicos formales y actualizados. Aunque se solicitó a la familia tramitar la evaluación correspondiente, esta no se había concretado al momento de la intervención. Reconocer esta situación permite fortalecer los mecanismos institucionales de acompañamiento y orientación familiar, asegurando que la información diagnóstica se utilice como

herramienta clave para la planificación interdisciplinaria y la proyección a largo plazo de los programas de intervención.

La experiencia también destacó la conveniencia de incrementar la frecuencia y sistematicidad del seguimiento en el entorno domiciliario. Si bien se realizó una visita al hogar con fines de observación y orientación, un acompañamiento más frecuente permitiría evaluar con mayor precisión la generalización y el mantenimiento de las conductas alternativas funcionales en contextos naturales, facilitando la detección temprana de dificultades y la realización de ajustes oportunos en la implementación de estrategias por parte de la familia.

En conjunto, estas reflexiones y acciones potenciales contribuyen a consolidar prácticas más coherentes, eficientes y centradas en el bienestar de los niños, ampliando el impacto de la intervención más allá del caso individual y promoviendo la mejora continua de los servicios ofrecidos por la institución.

6.4. Aporte en el área psicológica y en el contexto

El presente trabajo aporta al área de la psicología aplicada al proporcionar un ejemplo concreto de intervención conductual individualizada en una menor con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista, evidenciando la efectividad de estrategias como el Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA) y Conductas Incompatibles (RDI). Asimismo, contribuye al fortalecimiento de competencias profesionales en análisis funcional de la conducta, selección de estrategias adecuadas y ajuste de programas según necesidades individuales, consolidando criterios clínicos sólidos en contextos reales.

Además, ofrece un referente práctico para futuras intervenciones, dado que la producción nacional de casos documentados es limitada, promoviendo la sistematización de procedimientos y la generación de evidencia aplicada en población con características similares. De esta manera, el trabajo contribuye al conocimiento teórico y práctico de la psicología clínica, integrando fundamentos conductuales con la aplicación en entornos terapéuticos reales.

CONCLUSIONES

- La intervención conductual aplicada a la menor con presunción diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista demostró ser altamente efectiva para la reducción de conductas disruptivas y autolesivas, evidenciándose cambios significativos, progresivos y sostenidos a lo largo del proceso.
- En relación con los objetivos específicos, se logró la eliminación total de la conducta autolesiva de mordedura de mano, alcanzándose cero ocurrencias durante cuatro sesiones consecutivas, equivalente a una reducción del 100%. La conducta de gritos disminuyó de 205 episodios en línea base a 3 episodios en fase de intervención, representando una reducción del 98.5%, lo que supera ampliamente los criterios de logro establecidos. Estos resultados confirman la efectividad de las estrategias aplicadas, especialmente el Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI) y de Conductas Alternativas (RDA), y la importancia de identificar la función comunicativa de las conductas problema para diseñar intervenciones precisas.
- Se observó un incremento en conductas funcionales de petición, pasando de respuestas limitadas a un mayor uso de solicitudes para expresar necesidades, incluyendo la capacidad de pedir ayuda de manera independiente en diversas situaciones. Estos logros se generalizaron al entorno familiar, evidenciando la transferencia de los aprendizajes a contextos naturales.
- A nivel profesional, la experiencia permitió fortalecer competencias en análisis funcional rápido y preciso de la conducta, selección e implementación de

estrategias conductuales individualizadas, y comunicación efectiva con la familia, favoreciendo la coherencia entre el trabajo terapéutico y el entorno domiciliario. Además, la intervención aportó al fortalecimiento institucional, promoviendo la incorporación de instrumentos de evaluación estandarizados, la sistematización de registros conductuales y la reflexión sobre la importancia de contar con diagnósticos clínicos formales para planificar intervenciones más integrales.

- En síntesis, la intervención se caracterizó principalmente por la reducción significativa de conductas disruptivas y autolesivas, constituyendo el logro central del proceso. De manera complementaria, se fortalecieron repertorios funcionales adaptativos relacionados con la expresión de necesidades y la regulación conductual. Estos resultados resaltan la importancia de implementar programas conductuales individualizados basados en análisis funcional, con seguimiento en contextos terapéuticos y naturales, como referente para futuras intervenciones.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la familia continúe aplicando de manera consistente las estrategias aprendidas durante la intervención, priorizando la identificación de la función de las conductas disruptivas y autolesivas como base para seleccionar respuestas apropiadas. Es importante monitorear la aparición de conductas problemáticas ante cambios en la rutina, alteraciones en el sueño o situaciones nuevas, realizando ajustes oportunos según la respuesta de la menor.
- Se sugiere promover la generalización de las habilidades adquiridas en el centro hacia otros contextos cotidianos, como el hogar o espacios recreativos, para consolidar los aprendizajes y fomentar la independencia de la menor. Incrementar la frecuencia de supervisión y acompañamiento en casa puede facilitar la transferencia efectiva de los logros alcanzados en el centro terapéutico.
- Se recomienda que la menor reciba acompañamiento de profesionales especializados, como terapia ocupacional o de lenguaje. La incorporación de estas intervenciones puede potenciar habilidades sensoriales, motoras y adaptativas, contribuyendo a un desarrollo integral.
- Es importante que la familia complete los trámites necesarios para obtener un diagnóstico clínico certificado y determinar el nivel de apoyo requerido. Contar con esta información permitirá contextualizar adecuadamente las estrategias implementadas y facilitar la planificación de intervenciones futuras o la coordinación con otros profesionales.

- Ante la salida de la menor del centro, se recomienda implementar protocolos estructurados de cierre y transición, con el objetivo de minimizar el impacto de la interrupción y mantener la coherencia de las estrategias aprendidas. Esto incluye orientación a la familia sobre la aplicación de técnicas, seguimiento y monitoreo de los logros alcanzados.
- Se sugiere que la familia y los profesionales estén atentos a situaciones que puedan generar desregulación emocional o conductual, como cambios inesperados en la rutina, eventos sociales o alteraciones en el sueño. Implementar estrategias preventivas permite reducir la aparición de conductas disruptivas y favorecer la estabilidad del comportamiento.
- Mantener espacios de supervisión con profesionales de referencia, aunque de manera remota o periódica, puede facilitar la revisión de avances, la detección temprana de dificultades y la realización de ajustes en las estrategias aplicadas en el hogar, asegurando que las prácticas continúen siendo efectivas.
- Es recomendable que la familia mantenga un registro sencillo de la frecuencia y naturaleza de las conductas observadas, así como de los avances en las habilidades adquiridas, para facilitar la evaluación del progreso y la identificación de áreas que requieran apoyo adicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto revisado; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.
- André, M. J., Valdez-Montero, C., Ortiz-Félix, R. E., & Gámez-Medina, M. E. (2020). Intervención para mejorar las conductas de salud en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Enfermería Neurológica*, *19*(1), 12–21.
- Antúnez Ávalos, N. F. (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]. Repositorio Institucional UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11790/Intervencion_AntunezAvalos_Ninoska.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Araya Solano, M. J., Brenes Soto, M., Campos Solano, K., Garita Segura, R., Hernández Sánchez, A. K., Mora Alpizar, W., Quesada Montero, M., & Quesada Solís, A. (2020). *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Universidad San Marcos.
- Barajas Alcántara, L. M. (2022). Lenguaje y comunicación en el autismo. *Revista Universitaria de Psicología*, *1*(1), 1–15.
- 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/BARRI_ENTOS_HKL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bruno, E. C. (2020). *Using differential reinforcement and stimulus control to decrease child elopement and increase engagement in play* (Master's thesis, James Madison University). James Madison University Scholarly Commons. <https://commons.lib.jmu.edu/masters202029/40>

Coll Arzola, L., & Piquera Hernández, G. (2020). Trastorno del espectro autista: Estudio de un caso. En *Congreso Internacional de Ciencias Biomédicas (CIBAM 2020)*, Manzanillo, Cuba. <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/288/220>

Colonna Sotomayor, A. L., & Albújar Sánchez, P. A. (2025). Técnicas de modificación de conducta en niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo. *Ciencia y Psique*, 4(6), 87–109. <https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.2025.v4n6.06>

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Análisis aplicado de la conducta* (3.ª ed.). Pearson Education.

Cuervo-Mendoza, E. I., & Granados-Ramos, D. E. (2024). Conductas disruptivas en preescolares con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *EDUSCIENTIA. Divulgación de la Ciencia Educativa*, 7(14), 63–80. <https://eduscientia.com/index.php/journal/article/download/490/235>

- Delgado Reyes, A. C., & Agudelo Hernández, A. F. (2021). Trastornos del neurodesarrollo: una comparación entre el DSM-5 y la CIE-11. *Psicoespacios: Revista Virtual de la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano*, 15(27), 58–72. <https://doi.org/10.25057/21452776.1417>
- Delgado Serna, E. N., & Arias Gallegos, W. L. (2021). Estilos de crianza en niños con trastorno del espectro autista (TEA) que presentan conductas disruptivas: Estudio de casos durante la pandemia del COVID-19. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(1), 199–228. <https://doi.org/10.7714/CNPS/15.1.301>
- Domínguez, M., Gómez, A., Pinto, L., Rojas, L., & Spencer, I. (2023). El proceso de aprendizaje basado en la respuesta operante y estímulo reforzante: un estudio comparativo. *Conducta Científica*, 6(2), 37–47. <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/292>
- Egan, V., & Barnes-Holmes, D. (2009). Emergence of derived echoing and manding: A result of multiple-exemplar training and the establishment of naming. *The Psychological Record*, 59(4), 691–720.
- González, F. (2025, 27 de junio). ¿Qué es el reforzamiento diferencial de conductas alternativas? *Mente y Ciencia*. <https://www.menteyciencia.com/que-es-el-reforzamiento-diferencial-de-conductas-alternativas/>
- Guevara, F. J., Tecamachaltzi Silvarán, M. B., & Cabrera, F. (2021). Aprendizaje discriminativo y RDI como alternativa para la reducción de conductas

estereotipadas motoras en el Trastorno del Espectro Autista. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(3), 898.

Izurieta Cossio, M. (2023). *Programa de intervención conductual para reducir conductas autolesivas en una niña con diagnóstico de autismo* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15083/Program_a_IzurietaCossio_Mariabelen.pdf?sequence=5

León Cruz, I. (2020). Modificación de la rigidez mental y de conductas disruptivas asociadas en un niño diagnosticado con trastorno del espectro autista (TEA). *EDUAL*, 1(1943), 37–44. <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i3.3689>

López Sanabria, P. D. (2021). *Estrategias para la regulación conductual en TEA: un estudio de caso* [Tesis de grado, Universidad de La Laguna]. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24117>

Martín del Valle, F., García Pérez, A., & Losada del Pozo, R. (2022). Trastornos del espectro del autismo. *Protoc Diagn Ter Pediatr*, 1, 75–83.

Miltenberger, R. G. (2023). *Behavior modification: Principles and procedures* (7th ed.). Cengage Learning.

Miltenberger, R. G. (2023). *Modificación de conducta: principios y procedimientos* (7.^a ed.). Cengage Learning.

Möllmann, A., Schaeffer, C., Heinrichs, N., & Moore, M. (2023). Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum

disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 133.

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04412->

Morcho Fajardo, K. A., Sánchez Álvarez, D. E., & Patiño Zambrano, V. P. (2021).

Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica. *Revista Salud & Ciencias Médicas: SALUD*, 1(2), 14–25.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10274398>

Núñez Manzueta, A. M. (2022). Teoría del aprendizaje desde las perspectivas de Albert

Bandura y Burrhus Frederic Skinner: vinculación con aprendizaje organizacional de Peter Senge. *UCE Ciencia. Revista de Postgrado*, 10(3).

<https://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/295/270>

Ocampo Ríos, K. (2023). Revisión de calidad de la evidencia de intervenciones para el desarrollo del lenguaje en niños con diagnóstico de TEA derivadas de las teorías: socio genética, psicogenética y condicionamiento operante [Trabajo de grado de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.

Oficina de Comunicaciones - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN).

(2023, 31 de marzo). Autismo: ¿A qué edad se realiza el diagnóstico? Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

<https://www.incn.gob.pe/2023/03/31/autismo-a-que-edad-se-realiza-el-diagnostico/>

Ovelleiro Jimeno, A. (2022). Gestión de los problemas de conducta en niños con Trastorno del Espectro Autista a través de un programa de educación emocional [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/56866/TFGG5648.pdf?sequence=1>

Owens, R. E. (2021). *Language development: An introduction* (10th ed.). Pearson.

Pérez Rodríguez, G. (2020). Estudio descriptivo del perfil lingüístico de dos niños con TEA. Implicaciones educativas [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. <https://www.ingles.com/traductor/si%20est%C3%A1%20disponible>

Reaño Carranza, E. (2022). El autismo en el Perú: una mirada desde el Equipo de Investigación y Trabajo en Autismo. *Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu*, 9(1), 110–116. <https://doi.org/10.36955/RIULCB.2022v9n1.009>

Rodríguez Flórez, B., & Romero Muñoz, F. A. (2024). Análisis funcional de la conducta en la evaluación clínico-forense en Colombia [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. https://www.researchgate.net/publication/391703618_Analisis_Funcional_de_la_Conducta_en_la_Evaluacion_Clinico-Forense_en_Colombia

Rodríguez, C. (2024). Dificultades pedagógicas en niños con TEA [Ensayo de fin de grado, Instituto de Formación Docente de Artigas “María Orticochea”].

<https://repositorio.cfe.edu.uy/handle/123456789/3001>

Sánchez-Oro Castellano, I. (2022). Transferencia funcional de autoclíticos bajo control abstracto de operantes verbales [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]. Repositorio Institucional de la Universidad de Sevilla.

Schaeffer, J., Abd El-Raziq, M., Castroviejo, E., Durrleman, S., Ferré, S., Grama, I., Hendriks, P., Kissine, M., Manenti, M., Marinis, T., Meir, N., Novogrodsky, R., Perovic, A., Panzeri, F., Silleresi, S., Sukenik, N., Vicente, A., Zebib, R., Prévost, P., & Tuller, L. (2023). Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions. *Journal of Neural Transmission*, 130(3), 433–457. <https://doi.org/10.1007/s00702-023-02592-y>

Schramm, R. (2007). *Educating children with autism: A guide to ABA*. Knospe-ABA.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11256-000v>

Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella. (Obra original publicada en 1953).

Solórzano, J. (2020). Contingencias de reforzamiento y de castigo. Repositorio de la Universidad de San Marcos (USAM). <http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/handle/11506/1470>

Stefanelli, D. (2025). Revisión sistemática sobre la eficacia de los fármacos

antipsicóticos en el tratamiento de conductas disruptivas en niños/as y adolescentes diagnosticados con trastorno del espectro autista [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea]. <https://hdl.handle.net/20.500.12880/11510>

Sundberg, M. L., & Partington, J. W. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*. AVB Press.

Tubón Macías, E. G., Valladares Chasipanta, H. P., Murillo Cabezas, F. M., & Herrera Herrera, J. L. (2024). Enfoques psicolingüísticos sobre el desarrollo del lenguaje: sus implicaciones en la enseñanza de la lengua. *Revista Científica de Innovación Educativa y Sociedad Actual "ALCON"*, 4(4), 379–388.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN

Centro: [REDACTED] Fecha: _____

1. Identificación del cliente

Nombre del niño/niña o usuario: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Documento de identidad: _____

Teléfono y correo electrónico: _____

El presente consentimiento informado se otorga de manera voluntaria por el padre, madre o tutor legal del cliente identificado, para el inicio de servicios de intervención conductual en el Centro [REDACTED]

2. Descripción de la intervención

El objetivo es evaluar, enseñar y fortalecer habilidades funcionales, así como reducir conductas que interfieren con el desarrollo y la adaptación, mediante procedimientos basados en evidencia científica y toma de decisiones sustentada en datos.

Los servicios incluyen:

- Evaluación conductual inicial y evaluaciones continuas.
- Diseño e implementación de planes individualizados de intervención.
- Enseñanza de habilidades comunicativas, sociales, académicas, de autonomía y autorregulación.
- Monitoreo sistemático del progreso mediante recolección y análisis de datos.
- Orientación y entrenamiento a la familia.

3. Proceso de evaluación e intervención

Antes de iniciar la intervención se realizará una evaluación conductual para identificar necesidades, fortalezas y prioridades del cliente. Los resultados serán explicados a la familia en un lenguaje claro y comprensible.

4. Riesgos y beneficios

Beneficios esperados:

- Desarrollo de habilidades funcionales y adaptativas.
- Mejora en la comunicación, conducta y participación en contextos familiares, educativos y sociales.

Riesgos potenciales:

- Posible frustración temporal durante el proceso de aprendizaje.
- Respuestas emocionales asociadas al cambio conductual.

5. Derechos del cliente y la familia

La familia tiene derecho a recibir información clara, conocer las credenciales del personal, participar en la planificación del tratamiento, solicitar informes de progreso, aceptar o rechazar procedimientos y solicitar la terminación del servicio.

6. Confidencialidad

Toda la información relacionada con el cliente es estrictamente confidencial y será protegida conforme al Código Ético de QABA y la normativa vigente.

7. Supervisión

Los servicios podrán ser brindados por profesionales y/o técnicos en formación bajo supervisión de un profesional certificado.

8. Participación de la familia

La participación activa de la familia es fundamental para el éxito de la intervención.

9. Terminación del servicio

Los servicios podrán finalizar a solicitud de la familia, por logro de objetivos o cuando el cliente no se beneficie de la intervención.

10. Declaración de consentimiento

He leído y comprendido la información contenida en este documento y autorizo de manera libre y voluntaria el inicio de la intervención ABA.

Nombre y firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del profesional responsable: _____

Cargo y credencial: _____

Centro Héroes Azules

Anexo 2: Evaluación de reforzadores

| | Reforzador | Tiempo total | Observación de juego |
|-----------|-------------------------|---------------------|--|
| 1 | Arroz | 15 min. | Juega elevando puñados de arroz, viendo cómo cae el arroz, con distintos platos, tazas y cucharones. |
| 2 | Carrito con luces | 5 min. | Mira las luces, coloca el carrito en el piso y lo levanta cuando va lejos. |
| 3 | Masa fomi | 12 min. | Con modelado estira la masa con rodillo y coloca cortadores. |
| 4 | Colores | 7 min. | Realiza trazos en las hojas. |
| 5 | Vara con sonido | 10 s | Mira los colores de la vara. |
| 6 | Rompecabezas de 1 pieza | 3 min | Coloca piezas con ensayo y error con ambas manos |
| 7 | Slime | 10 s | Toca el slime sin embargo lo rechaza rápidamente. |
| 8 | Juego de cocina | 14 min. | Prende la hornilla, mira cómo se prende la luz de los quemadores de la cochina, con modelos coloca las verduras de juguete en la olla, revuelve. |
| 9 | Juego de peces | 50 s | Observa cómo gira el juguete, intenta pescar los peces con la mano |
| 10 | Pista de carritos | 5 s | Ve los carritos, sin embargo, no hay mucha atención a ese juego. |
| 11 | Espuma | 15 min. | Aplasta la espuma, disfruta de la espuma en su mano, y hace trazos con el dedo en la mesa con espuma. |
| 12 | Spinner | 5min. | Mira cómo gira el spinner |
| 13 | Burbuja | 11 min. | Revienta las burbujas y las ve. |
| 14 | Pelota | 6min. | Lanza pelota, rueda pelota |
| 15 | Juego del doctor | 6min. | Explora cada herramienta del doctor, presiona los botones. |

Anexo 3: Evaluación de Ablls - R de la menor

| | Área | N° Total | Logradas | En adquisición |
|----------|--|----------|---|--|
| A | Cooperación y eficacia de reforzadores | 19 | <ul style="list-style-type: none"> • Tomar un reforzador cuando se le ofrece. • Variabilidad de reforzadores no comestibles. • Busca cambios en la expresión de la cara y de la voz de la instructora • Responde a reforzadores sociales. | - |
| B | Discriminación visual | 27 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Armar rompecabezas de una sola pieza • Armar una caja de formas. |
| C | Lenguaje receptivo | 57 | <ul style="list-style-type: none"> • Responder a su nombre • Seguir instrucciones en situaciones rutinarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir instrucciones para mirar un reforzador. • Tocar sus propias partes del cuerpo. |
| D | Imitación motora | 27 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Imitación de movimientos de pierna y pie • Imitación de movimientos de brazo y mano. |
| E | Imitación vocal | 20 | - | <ul style="list-style-type: none"> • Imita sonidos iniciales de las palabras. |
| F | Mandos o solicitudes | 29 | - | - |

| | | | | |
|----------|---------------------------------------|----|--|---|
| G | Tactos o Nominación | 47 | - | - |
| H | Intraverbales | 49 | <ul style="list-style-type: none"> Realiza sonidos de animales. | <ul style="list-style-type: none"> Dar respuesta sobre preguntas de información personal. |
| I | Vocalizaciones espontáneas | 9 | - | <ul style="list-style-type: none"> Vocaliza sonidos identificables del habla. |
| J | Sintaxis y Gramática | 20 | - | - |
| K | Recreo y tiempo libre | 15 | <ul style="list-style-type: none"> Explora juguetes en el ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> Permite que otros manipulen/toquen los juguetes. Juega juegos simples de pelota. |
| L | Interacción social | 34 | <ul style="list-style-type: none"> Emite contacto ocular. | <ul style="list-style-type: none"> Muestra interés en el comportamiento de otros |
| M | Habilidades de instrucción grupal | 12 | - | - |
| N | Seguimiento de rutinas escolares | 10 | - | - |
| P | Generalización | 7 | - | - |
| Q | Habilidades de lectura | 17 | - | - |
| R | Habilidades para matemáticas | 29 | - | - |
| S | Habilidades de escritura | 10 | - | <ul style="list-style-type: none"> Hacer trazos sobre el papel. Traza líneas y formas. |
| T | Habilidades de ortografía | 7 | - | - |
| U | Habilidades para vestirse | 15 | - | - |
| V | Habilidades para alimentación | 10 | <ul style="list-style-type: none"> Come comida con la mano. | - |
| W | Habilidades de mantenimiento personal | 7 | - | - |

| | | | | |
|----------|---|----|--|---|
| X | Habilidades de higiene personal para ir al baño | 10 | - | - |
| Y | Habilidades motoras gruesa | 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Camina hacia adelante con marcha apropiada. • Tirar una pelota desde el pecho o por encima de la cabeza. • Rodar una pelota. | - |
| Z | Habilidades motoras finas | 28 | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar en papel con crayón. • Encajar objetos en una caja de formas. • Armas rompecabezas de una pieza. • Pasar objetos a la mano opuesta. • Apilar bloques. • Colocar anillos de encaje. | - |

Anexo 5: Estructura de los programas de intervención

Fundamentación y estructura de los programas de intervención conductual

Los programas implementados se basaron en los principios de reforzamiento diferencial descritos por Cooper, Heron y Heward (2020), orientados a reducir conductas disruptivas y autolesivas mediante la enseñanza de respuestas incompatibles o funcionalmente equivalentes.

1. Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI)

- Objetivo: disminuir la conducta autolesiva de morderse la mano.
- Estrategia: reforzar conductas que imposibiliten la mordida, como manipular un mordedor o realizar actividades con las manos.
- Progresión: ayuda total → parcial → mínima → independencia.
- Seguimiento: registros de frecuencia para ajustar reforzadores y apoyo.
-

2. Reforzamiento Diferencial de Conductas Alternativas (RDA)

- Objetivo: reemplazar los gritos por conductas comunicativas funcionales.
- Estrategia: reforzamiento de señalización de objetos y solicitudes verbales según la función de la conducta.
- Progresión: desvanecimiento gradual de ayudas físicas y modelos hasta independencia.
- Seguimiento: registro sistemático de emisiones correctas para mantener la efectividad.

3. Estructura general

1. Evaluación funcional de antecedentes, consecuencias y función.
2. Selección de conductas objetivo (incompatibles o alternativas funcionales).
3. Aplicación de reforzamiento diferencial.
4. Progresión gradual de ayudas.
5. Registro y análisis de datos para ajustes.

Además, se integraron estrategias del **ABLLS-R** (Partington & Sundberg, 2011) para fortalecer repertorios funcionales y conductas adaptativas. Esta fundamentación garantiza que la intervención reduzca conductas problema y, simultáneamente, promueva repertorios adaptativos, autonomía y desarrollo integral de la menor.

Anexo 6: Cronograma general de proceso de intervención

| Cronograma general del proceso de intervención | | |
|---|----------------|---|
| Fase | Periodo | Actividades principales |
| Fase 1. Evaluación conductual | Semanas 1 – 2 | Entrevista con cuidadores y recopilación de la historia clínica; observación conductual directa y registro de frecuencia para el establecimiento de línea base; evaluación funcional de la conducta mediante registro ABC; evaluación de reforzadores; aplicación del ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) para el mapeo del repertorio de habilidades. |
| Fase 2. Planeamiento de la intervención | Semana 3 | Planificación de las estrategias de intervención para la reducción de las conductas problema identificadas, específicamente la conducta autolesiva y la conducta disruptiva. Se definió la aplicación de Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (DRI) para la conducta autolesiva de mordedura de mano y Reforzamiento |

Fase 3. Implementación y Semanas 4 – 24
monitoreo de la
intervención

Diferencial de Conductas Alternativas (DRA) para la conducta disruptiva de grito. Dentro del procedimiento DRA se incorporaron los subprogramas F12: “Solicitar ayuda” y F2: “Responder cuando se le pide”.

Implementación de las estrategias de intervención mediante la aplicación de los procedimientos DRI y DRA. Durante esta fase se realizó el registro sistemático del desempeño conductual y el monitoreo del progreso aproximadamente cada cuatro días de intervención, con el fin de evaluar avances y realizar ajustes cuando fue necesario.
