



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – V Versión**

**EFFECTIVIDAD DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO
PARA IMPLEMENTAR HABILIDADES SOCIALES
ESPECÍFICAS EN UN NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE 7 AÑOS**

Tesis presentada para optar el Grado
Académico de Magíster en “Psicología
Clínica”

MAESTRANTE: KATERINE ANDREINA TORREZ RIVERO

La Paz – Bolivia

2022



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – V Versión

**EFFECTIVIDAD DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO
PARA IMPLEMENTAR HABILIDADES SOCIALES
ESPECÍFICAS EN UN NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE 7 AÑOS**

Tesis presentada para optar el Grado
Académico de Magíster en “Psicología
Clínica”

MAESTRANTE: KATERINE ANDREINA TORREZ RIVERO

TUTOR: DR. ROBERTO FLORES TORREJON

La Paz – Bolivia

2022

DEDICATORIA

“A Marito quien pacientemente me acompaño a lo largo de este proceso de investigación y aprendizaje mutuo, a Magdalena la primera niña con diagnóstico de autismo que conocí en IDAI y a Marianita, mi hija porque siempre los más pequeños los que merecen tocar el cielo”.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Andina Simón Bolívar, al Área de Salud en particular a mis docentes quienes compartieron conmigo sus conocimientos y amplia experiencia a lo largo de mi formación.

Mi reconocimiento y gratitud al Dr. Roberto Flores por ser mi tutor en la presente investigación brindándome preciosos recursos para su elaboración y su paciencia.

Mi infinito agradecimiento a mis padres quienes incansables e insistentes han sabido guiarme hasta la meta. A mi hija Marianita por el tiempo que le robe de su tierna vida para alcanzar mis sueños y crecer en esta mi pasión que es la Psicología y el mejorar la calidad de vida de las personas... a ella quien es la madera más dulce en que Dios me recuerda lo hermosa que es la vida.

Finalmente, mi agradecimiento a Marito y a su mamá por confiar en mí; porque quien creyó aprender de mi termino enseñándome que si un niño no aprende a mi manera, yo le enseño a su suya.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio basado en un diseño de caso, se partió de la línea base múltiple y la evaluación repetida cada sesión durante los 45 minutos de duración y registros de evaluación diaria en el ambiente externo al terapéutico, se aplicó el Tratamiento Cognitivo Comportamental (TCC) al diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista 299.00 (F84.0), en un niño de 7 años con deficiencia significativa en las relaciones sociales por su nivel de gravedad 2, con ayuda notable en aptitudes de la comunicación social, verbal y no verbal tiene actitudes limitadas de interacción social respuestas reducidas o anormales, partiendo de esto se implementó habilidades y se modificó conductas que dificultan estas capacidades de interrelación. El diseño fue de categorización de variables en función a las características del paciente (línea base), hacia el condicionamiento.

Los resultados obtenidos reflejaron que el presente caso, el análisis conductual aplicado es eficaz para la modificación conductual en implementación y extinción de conductas propias del Trastorno del Espectro Autista. Para esto fue necesario la comparación entre el pre y post tratamiento, mediante un estudio con instrumentos estandarizados para especificar la gravedad y el nivel de ayuda requerida, para tal efecto se utilizó el registro conductual del médico especialista y se estableció el raptor y en la implementación se alcanzó resultados considerables. Del mismo modo los resultados del seguimiento a las seis semanas desde el inicio de la intervención reflejan la implementación de las conductas próximas a la meta en comparación de la línea base del pre tratamiento y el pos tratamiento.

Para futuras investigaciones es necesario que se realice un seguimiento de al menos cuatro meses para poder establecer si se consolidó la implementación de habilidades sociales sin posible extinción o posibilidad de modificación puestas a prueba para ser ejecutadas en el experimento conductual.

Palabras claves: Trastorno del espectro autista, tratamiento cognitivo comportamental, análisis conductual aplicado, implementación de habilidades sociales.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
1 PARTE TEÓRICA	1
1.1 Introducción	1
1.1.1 Habilidades Sociales	4
1.1.2 Entrenamiento en habilidades sociales.....	5
1.1.3 Gravedad del trastorno del espectro autista.....	6
1.1.4 Análisis Conductual Aplicado.....	8
1.1.5 Aportes	13
1.1.5.1 Iván Pavlov	13
1.1.5.2 John Watson	14
1.1.5.3 Frederick Skinner	14
1.2 Planteamiento del Problema	14
1.3 Enfoque de la investigación	15
1.4 Pregunta de Investigación.....	17
1.5 Justificación de la investigación	17
1.6 Objetivos.....	19
1.6.1 Objetivo General.....	19
1.6.2 Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II	20
2 METODOLOGÍA	20
2.1 Presentación de Caso.....	20
2.2 Tipo de Investigación	20
2.3 Delimitación del Estudio de Caso.....	21
2.4 Delimitación geográfica.....	21

2.5	Identificación del paciente.....	21
2.5.1	Características del paciente.....	21
2.6	Instrumentos de diagnóstico y evaluación.....	21
2.6.1	Entrevista.....	22
2.7	Diagnóstico del trastorno de espectro autista.....	22
2.7.1	Deficiencias persistentes en los diversos contextos.....	22
2.8	Especificador de la gravedad actual.....	23
2.8.1	Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento	23
2.9	Otros Criterios de gravedad del trastorno de Espectro Autista	23
2.10	Procedimiento para la aplicación del análisis conductual.....	24
2.11	Técnicas de Intervención	24
2.11.1	Economía de fichas	24
2.11.2	Moldeamiento.....	25
2.11.3	Modelamiento.....	25
2.11.4	Observación de un modelo vivo.....	26
2.11.5	Aprendizaje Vicario.....	26
2.11.6	Aprendizaje simbólico – modelamiento verbal	26
2.11.7	Imitación Pura	26
2.11.8	Autorregistros	27
2.12	Variables.....	27
2.12.1	Variable Independiente.....	27
2.12.2	Variables dependientes	27
2.13	Procedimiento.....	28
2.13.1	Fase 1: Diagnóstico y línea base.....	28
2.13.2	Fase 2: Tratamiento o Intervención	29

2.13.3	Fase 3: Postratamiento y seguimiento.....	29
2.14	Análisis de los datos	30
CAPÍTULO III		31
3	RESULTADOS	31
3.1	Exploración Psicopatológica	31
3.2	Diagnostico situacional del paciente	32
3.2.1	Descripción general	32
3.2.2	Descripción Psicopatológica	33
3.2.3	Antecedentes Personales y Proceso de Desarrollo	33
3.2.4	Antecedentes Familiares	34
3.3	Propuesta Terapéutica.....	35
3.3.1	Enquadre Psicoterapéutico	36
3.3.2	Sesiones.....	36
3.3.2.1	Sesión 1	37
3.3.2.2	Sesión 2	38
3.3.2.3	Sesión 3	39
3.3.2.4	Sesión 4	39
3.3.2.5	Sesión 5	40
3.3.2.6	Sesión 6	40
3.3.2.7	Sesión 7	41
3.3.2.8	Sesión 8	41
3.3.2.9	Sesión 9	42
3.3.2.10	Sesión 10	42
3.3.2.11	Sesión 11	43
3.3.2.12	Sesión 12	43

3.3.2.13 Sesión 13	43
3.3.2.14 Sesión 14	44
3.4 Resultados de Áreas Intervenidas	44
3.4.1 Comunicación	44
3.4.2 Conducta Motora	45
3.4.3 Contacto Visual.....	46
3.4.4 Conductas Desadaptativas	47
3.4.5 Conductas Adaptativas e Interrelación Social	47
CAPÍTULO IV.....	49
4 DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO V.....	55
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Conclusiones	55
5.2 Recomendaciones	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Niveles de Gravedad	7
Tabla 2: Variables Dependientes	28
Tabla 3: Adquiere Lenguaje y Logra Comunicarse	44
Tabla 4: Modificaciones de la Conducta Motora Voluntaria.....	45
Tabla 5: Reciprocidad del Contacto Visual	46
Tabla 6: Extinción de Conductas Desadaptativas	47
Tabla 7: Conductas Adaptativas e Interrelación Social	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Escala de Observación para el Diagnostico del Autismo	61
Anexo 2: El Cuestionario M-CHAT.....	62
Anexo 3: Prueba de Validez de Autismo	64
Anexo 4: Prueba de Medición de Habilidades Sociales en Autismo.....	70
Anexo 5: Prueba Grado de Estadio Autista.....	75
Anexo 6: Consentimiento Informado	78
Anexo 7: Pictogramas.....	79
Anexo 8: Registros Conductuales.....	81

CAPÍTULO I

1 PARTE TEÓRICA

1.1 Introducción

El trastorno del espectro autista fue descrito por Leo Kanner quien fue el que a partir de una investigación realizada a once niños con diagnóstico referencial de esquizofrenia infantil o de debilidad mental, encontró características comunes en todos los niños que dio lugar por primera vez al diagnóstico del Trastorno de Espectro Autista (TEA). Sus características se centraban en la presencia de problemas en la comunicación verbal puesto que algunos de ellos no habían adquirido el lenguaje oral y los que si mostraban dificultades en la prosodia y ritmicidad de la voz, ecolalias y dificultad para utilizar pronombres personales.

En el aspecto no verbal se observó dificultad o ausencia de contacto visual con otras personas, y por otra parte la mayoría de los niños presentaban dificultades en la ingesta de alimentos y repeticiones monótonas de acciones (Kanner Leo, 2000).

Actualmente hay un amplio acuerdo entre expertos que tratan el tema del Trastorno del Espectro Autista, basándose en investigaciones científicas sobre la importancia de la intervención temprana. Puesto a que una intervención temprana de buena calidad da lugar a resultados positivos para los niños sugiriendo que los mismos sean sometidos a programas de intervención antes de los tres años obteniendo resultados significativos que aquellos que empiezan después de los cinco años. (Torró, 2007).

Ciertas diferencias fueron plasmadas en el manual de diagnóstico DSM-IV que establece un diagnóstico diferencial entre ambos trastornos. El diagnóstico para el Síndrome de Asperger requiere la ausencia de retraso en la adquisición del lenguaje, desarrollo cognitivo y conducta adaptativa normal, aunque comparte con el Trastorno de Espectro Autista la dificultad de interacción social.

En el DSM-5, las categorías se fusionan y el Síndrome de Asperger queda catalogado como una variante cuantitativa dentro de una categoría denominada Trastorno de Espectro Autista que esta agrupado con todos los trastornos

generalizados del desarrollo como el trastorno desintegrativo. Ambos tenían una estrecha relación pues tenía de característica el déficit considerable hacia la interacción social.

A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les ampliará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social para cuyos síntomas no cumplen los criterios del trastorno de la comunicación social (American Psychiatric Association, 2014).

Las principales características diagnósticas para el trastorno del espectro autista es el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivas y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterio C y D).

La etapa en el que el deterioro funcional llega a ser obvio puede llegar a variar según las características del individuo y su entorno, estas características diagnósticas centrales son evidentes en el periodo del desarrollo, pero la intervención la compensación y la ayuda actual pueden enmascarar las dificultades en al menos algunos contextos. Las manifestaciones del trastorno también varían según la gravedad del trastorno, el nivel de desarrollo y la edad cronológica, es de ahí que parte el término de espectro autista.

El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismos de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger.

El deterioro de la comunicación e interacción social, especificados en el criterio A, son generalizados y prolongados. Los diagnósticos son más válidos y fiables cuando se basan en múltiples fuentes de información, como la observación clínica, la historia del cuidador y si es posible el auto informe, una prueba muy efectiva y usada es la prueba ADOS, para corroborar la gravedad del diagnóstico.

En las deficiencias verbales y no verbales de la comunicación social tiene diferente manifestación dependiendo de la edad, el nivel intelectual, y capacidades lingüísticas del individuo, además de otros factores como la historia del tratamiento y ayudas actuales.

La deficiencia de reciprocidad socioemocional la capacidad para interactuar con otros y compartir pensamientos y sentimientos que es evidente mayormente en niños pequeños que tienen este trastorno, ya en adultos se ve en la complejidad de entender la reciprocidad socioemocional para esto se ha desarrollado estrategias de compensación para algunas dificultades sociales en situaciones nuevas o de ayuda y sufren con esfuerzo y ansiedad de tener que calcular lo que resulta intuitivo para la mayoría de las personas.

Estas deficiencias en los comportamientos comunicativos para la interacción se manifiestan por el contacto visual y gestos de expresión faciales con orientación corporal y entonación de voz que están disminuidos o ausentes o son atípicos.

Esta al igual es una característica del trastorno del espectro autista en algunas ocasiones esto puede ser aprendido de manera espontánea hacia la comunicación.

También este trastorno se distingue por patrones repetitivos y restrictivos, como comportamientos estereotipados o repetitivos que se manifiestan de forma distinta según la edad y la capacidad de intervención con ayudas actuales; estos pueden ser motoras simples, habla repetitiva con patrones estereotipados (Michelson, 1999).

Su desarrollo se reconoce mayormente a partir de los dos años de vida, pero se puede observar antes de los 12 meses retrasos del desarrollo considerablemente graves, o notar después de los 24 meses síntomas más sutiles.

Esto puede ser más visible en la primera infancia presentando falta de interés por la interacción social durante el primer año de vida, dependiendo del caso presentan una paralización gradual o relativa en el desarrollo social o del lenguaje durante los 2 primeros años de vida que pueden manifestarse como

“señales de alerta” haciendo un estudio más minucioso sobre esto. (Michelson, 1999).

1.1.1 Habilidades Sociales

La habilidad social se puede definir como un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan en el contexto social. Estas habilidades pueden llegar a ser complejas ya que están formadas por un amplio abanico de ideas, hábitos, creencias, pensamientos, valores que son fruto del aprendizaje y la experiencia (Caballo Vicente, 1986).

La ciencia ha realizado un gran aporte a las habilidades sociales, con Giacomo Rizzo latí que expresa que las neuronas espejo ponen en el lugar del otro y la visión es la que proporciona el vínculo para comprender a los demás. Esto permite entender que las neuronas que controlan el movimiento en acciones dirigidas a un objetivo también se activan cuando el individuo simplemente ve a otro individuo y de esta manera se puede realizar la misma acción es esto lo que refleja el comportamiento, estas neuronas se han denominado neuronas espejo (Caballo Vicente, 1986).

A partir de este hallazgo, se ha abierto un interesante campo que está permitiendo comprender mejor, entre otras cosas, cuáles son los mecanismos que nos permiten entender las acciones de los demás y las intenciones que las motivan (Caballo Vicente, 1986).

En lo que refiere al marco cultural las habilidades sociales están determinadas por patrones de comunicación y éstas varían a partir de determinados constructos culturales y de costumbres, dependiendo de factores demográficos como edad, sexo, clase social y educación (Caballo Vicente, 1986).

Estas conductas pueden ser discernidas a partir de la situación para saber si las mismas dependen en el grado de apropiada o inapropiada. Estas traen inmersas un sistema de actitudes, creencias, capacidades cognitivas, capacidad de interacción; de esta manera no existe una claridad dentro de lo que son las habilidades sociales como definición, objetiva; sin embargo, manejamos más este concepto de manera intuitiva (Caballo Vicente, 1986).

Los comportamientos apropiados universales dependiendo de una serie de enfoques que pueden variar dependiendo del individuo, ya que el individuo puede actuar de manera diferente en dos situaciones similares, y son consideradas las mismas situaciones con diferente clase de habilidades sociales. Es por eso que las habilidades sociales debieran definirse por el grado de eficacia en función a la situación y topografía. Inclusive la falta de habilidades puede deberse a un mal reforzamiento que incrementase conductas antisociales (Caballo Vicente, 1986).

Las Habilidades Sociales son capacidades que tenemos todos para comprender en el contexto que nos desenvolvemos y adaptarnos a ese momento que estamos situados. El cerebro procesa constantemente la información que le proporcionan los sentidos y los decodifica para emitir una respuesta las personas con trastornos del espectro autista suelen fallar en esta competencia social de poder utilizar las diferentes claves visuales, las cuales son fundamentales en los contextos sociales que se desenvuelven, y de esta manera viven padeciendo lo que para otros es una simple e involuntaria tarea cerebral (Caballo Vicente, 1986).

1.1.2 Entrenamiento en habilidades sociales

Es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías de aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida (Caballo Vicente, 1986).

Los orígenes del entrenamiento en Habilidades sociales se atribuyen a Salter, que habla de 6 técnicas para aumentar la expresividad de las personas: expresión verbal y facial de las emociones, empleo deliberado de la primera persona al hablar, estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontáneas (Caballo Vicente, 1986).

Las Habilidades Sociales son comportamientos aprendidos que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas, estas son la base de los Entrenamientos en Habilidades Sociales, y por tanto se analizarán (Caballo Vicente, 1986).

El entrenamiento en habilidades sociales consistiría en un paquete de tratamiento en donde se trabajarían:

- Estrategias a entrenar: instrucciones, modelado, ensayo de conducta.
- Reducción de la ansiedad (desensibilización sistemática): se suele conseguir de forma indirecta siendo la conducta aprendida una conducta incompatible con la respuesta de ansiedad.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en solución de problemas.

1.1.3 Gravedad del trastorno del espectro autista

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2015, establece tres grados con una clara identificación del componente social y de los comportamientos restringidos y repetitivos

Tabla 1: Niveles de Gravedad

Niveles de Gravedad		
Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales solo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos. Interfieren de manera notable con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento de diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

	limita a intereses especiales muy concretos y que tienen una comunicación no verbal muy excéntricas.	
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ: las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultan para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía

Fuente: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2015

1.1.4 Análisis Conductual Aplicado

En los últimos años se han desarrollado diferentes tratamientos del trastorno del espectro autista, incluyen desde cambios en los hábitos nutricionales hasta la terapia con animales o el uso de medicamentos. Sin embargo, el tratamiento más común sigue siendo el Análisis Conductual Aplicado (ABA), que surgió en la década de 1960 y que aún hoy sigue ofreciendo los mejores resultados. Este tratamiento es muy eficaz para mejorar la comunicación, potenciar las habilidades sociales del niño y ayudarlo a desarrollar competencias para la vida cotidiana, que le permitan alcanzar un mayor grado de autonomía e independencia (Revoredo, 2017).

El principal objetivo de este método consiste en instaurar conductas nuevas que sean adaptativas o aumentar la frecuencia de los comportamientos positivos ya existentes. A la vez, se intentan eliminar las pautas de interacción social o aprendizaje que no son eficaces y constituyen un obstáculo para la adaptación social (Revoredo, 2017).

En esto el análisis conductual aplicado, es una rama de la psicología que ha proporcionado mayor veracidad y resultados en estudios científicos comprobando la calidad metodológica y la eficacia de diversos procedimientos y técnicas conductuales en la reducción a conductas inapropiadas, así como el aumento de otras conductas adecuadas y nuevas habilidades en el repertorio conductual concretamente en niños con autismo (Revoredo, 2017).

Los principios básicos nacen a partir del análisis donde se evalúa el progreso a partir de las intervenciones registradas y su progreso. Observando el comportamiento tomando como inicio los principios científicos de la conducta. La aplicación de los principios a partir de las conductas observada (Delgado, 2018).

Este modelo de intervención que proviene de los Estados Unidos concretamente de las investigaciones llevadas a cabo por el Dr. Lovaas, en el Departamento de Psicología de la Universidad de Los Ángeles – California, en 1989, quien demostró que las conductas de niños que recibían el tratamiento ABA podrían verse beneficiados de forma significativa incluso tener una mejora significativa luego de años de terapia (Peydró, 2012).

El Análisis aplicado del comportamiento no es “un tratamiento”, ni “un método”, sino un conjunto de procedimientos y métodos de enseñanza que suelen aplicarse en paquetes de tratamiento, que generalmente incluyen varios métodos, en función de las necesidades de una persona concreta (Peydró, 2012).

Fase previa al inicio de esta intervención se debe tomar en cuenta cuatro puntos:

- Evaluar al niño al inicio del tratamiento.
- Diseñar un programa de intervención de manera individual.
- Establecer la duración de todo el tratamiento.
- Formar al entorno próximo para que desarrollen la intervención.

Después de establecer estos pasos previos al inicio de la intervención es indispensable marcar estructuras básicas como son el ensayo discreto, la presentación y retirada de apoyos, la búsqueda de reforzadores positivos

(economía de fichas) y la relación sistemática de registros para que se puedan establecer habilidades específicas (Trivisonno, 2009).

Como reforzador se empleó la economía de fichas que es técnica de modificación conductual, que es una de las estrategias más efectivas, empleada como estrategia para modificar la conducta de los niños con trastorno del espectro autista, su buena utilización la convierte en la técnica más eficaz combinando con el reforzamiento positivo y el costo de respuesta Montalva, N et al (2012).

Como objetivo esta técnica de economía de fichas consiste en fomentar, entrenar e instaurar una serie de conductas deseables y positivas en este caso por ejemplo la instauración de habilidades sociales en la implementación correcta del saludo Piñeros, J et al (2012).

Esta técnica también sirve para fomentar la motivación y el interés hacia ciertas asignaturas y/o actividades no pueden ser atractivas o motivantes para el niño como el de relacionamiento social, corrigiendo sus interacciones conductuales des adaptativas con sus pares (Mulas, J at al 2010).

El análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analisis); históricamente surgió como una opción para solucionar problemas que otras ciencias o metodologías habían abordado sin éxito y eficacia fue estructurado por Ivar Lovaas en los años 60. De esta manera con su surgimiento se quiso trabajar el retardo en el desarrollo en programa con psicóticos, autistas, trastornos neuróticos y problemas del manejo de la conducta. La razón para su implementación radicaba en su aplicabilidad general y la eficiencia en problemas de difícil abordaje por otras técnicas. Ruiz et al. (2011).

Fue de este modo que el análisis conductual aplicado se dio inicio a partir de los siguientes criterios:

- La generalidad aplicada como metodología homogénea de evaluación y modificación del comportamiento.
- La eficacia ante problemas de difícil solución con alternativas tradicionales.

A partir de los mencionados criterios en la aplicación de las técnicas del análisis conductual a factores subordinados e independientes que de ningún modo se hicieron importantes desde el principio y que estos últimos treinta años han captado el interés del público en general dando un lugar considerable al análisis deteniendo sus implicaciones y viabilidad social (Ribes Iñesta, 1980).

Ante la dificultad de definir a que se refiere las habilidades sociales, Vicente Caballo en su libro *Manual de Evaluación en Habilidades Sociales*, considera dentro de un marco cultural que esta definición puede variar dependiendo el contexto cultural, la edad, el sexo, la clase social y la educación del paciente. Tomando en cuenta de esta manera que el grado de eficacia dependerá de lo que desea lograr en algún caso particular (Caballo Vicente, 1986).

En las habilidades sociales se debe tomar en cuenta el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales a partir de las misma se puede esperar que la conducta social considerada habilidosa sea reforzada esta conducta denominada habilidosa se define como conductas dirigidas hacia un objetivo interrelacionado que pueden aprenderse y que está bajo el control del individuo (Caballo Vicente, 1986).

Es así que la conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas asumidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve, los problemas inmediatos a la situación, mientras se minimiza la condición de futuros problemas (Caballo Vicente, 1986).

Se conoce a personas que pueden describirse como interpersonalmente hábiles o socialmente competentes, a esto se conoce como personas que tienen habilidades sociales para relacionarse con los demás de manera más eficaz y resulta de manera reforzante con aquellas personas con quienes interactúan (Kelly Jeffrey, 2002).

Por otra parte, Arkowitz define el trastorno del espectro autista que fue descrito por el médico psiquiatra Leo Kanner, en el año 1943 quien no fue el primero en percatarse de los síntomas característicos de este trastorno, pero fue el primero

en diferenciar el trastorno del espectro autista de una posible esquizofrenia infantil; por las características similares de personas que la padecían, tenían falta de contacto con las personas, por ensimismamiento y soledad emocional. (Kanner Leo, 2000).

También se pensaba que el trastorno de espectro autista era el resultado de una paternidad malograda. Sus características se basaban en que los padres y madres de niños con trastorno de espectro autista eran perfeccionistas, fríos y distantes y pertenecientes a una posición socioeconómica relativamente elevada y con un coeficiente intelectual más elevado que la media de la población (Kanner Leo, 2000).

La revista de Psicólogos de la ciudad de Guatemala (2016), considera que el trabajar con niños con el trastorno del espectro autista es necesario contar con la perspectiva de vida.

Actualmente las intervenciones consideradas tempranas a niños con el trastorno del espectro autista se pudo encontrar la eficacia y veracidad del método conductual comportamental. Puesto a que la conducta es una manifestación en respuesta a la adaptación del sujeto hacia su entorno y demandas del mismo que es el área de mayor dificultad en niños que tienen trastorno del espectro autista. Cooper, J et al (2007).

Mediante la aplicación del análisis conductual aplicado se puede observar que estos programas tienen alcance al aprendizaje, en la intervención hacia la familia, para que así sea posible alcanzar conductas y a su vez reducir el nivel de ansiedad en terceras personas ante niños con trastorno del espectro autista Castaño Pet al (2002).

En América los resultados de estudios de casos que se realizaron bajo la metodología del análisis conductual aplicado describen que existe correlación entre el funcionamiento neurobiológico y los eventos conductuales que han orientado a investigaciones tanto básicas como aplicadas dentro del área Castaño Pet al (2002).

Esto ha dado origen a una serie de principio de gran relevancia los cuales permiten generar posibles explicaciones que sustentan el ejercicio de

condicionamiento para el cambio conductual con mayor precisión, depende al nivel de dificultad de cada caso. Castaño P et al (2002).

El desarrollo integral de otras disciplinas afines y de métodos conductuales que dado a los cambios ocurridos en el sistema nervioso obedecen a principios y leyes del aprendizaje; los actuales tratamientos dentro de esta han permitido generalizar sus aplicaciones hacia otros dominios del comportamiento (Doering, 2011).

La metodología de intervención varía según las necesidades de cada caso con un estudio de caso único demostraron que la base de un buen tratamiento es combinando la estimulación cognitiva y la aplicación de una terapia conductual-cognitiva sobre trastornos de la conducta que tenían cambios significativos siendo evidentes a partir del registro (Gonzales, 2015).

La estimulación cognitiva y la aplicación de una terapia conductual-cognitiva tuvieron sus mejores logros en escenarios clínicos y educativos sobre todo la realizada en el ámbito de la educación especial para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista, estos logros aún están vigentes en la actualidad, la utilización de los procedimientos conductuales en el campo clínico proveyó a los psicólogos del manejo de repertorios teóricos y técnicos que permitieron el trabajo propio y autónomo a la psiquiatría (Gonzales, 2015).

1.1.5 Aportes

1.1.5.1 Iván Pavlov

Fisiólogo ruso, estudiante de Bechterev; tras terminar el doctorado en 1883, entre sus principales aportaciones a la psicología se encuentre la formulación del reflejo condicional o también llamado ley del reflejo condicionado. Ruiz et al. (2011).

El reflejo condicionado son reflejos aprendidos como en consecuencia de haber experimentado la asociación entre el estímulo incondicionado y el estímulo neutro. Este esquema de reflejos condicionados es entre el estímulo condicionado y la respuesta condicionada. Ruiz et al. (2011).

1.1.5.2 John Watson

Fue un psicólogo de origen americano más importante del siglo XX, fundador de la Escuela Conductista, su convencimiento de que los contenidos de la mente y la conciencia no podían someterse a ningún análisis objetivo le llevó a proclamar la conducta manifiesta como el objeto único de estudio de la psicología. Sus postulados se dan a conocer con la publicación en 1913 de su emblemático manifiesto *La Psicología tal como la ve el Conductista*. En 1914 publicó *El conductismo: Una introducción a la psicología comparativa*, donde postulaba la observación directa como único procedimiento de identificación de conexiones entre la conducta y la fisiología subyacente. Es conocido también por su controvertido experimento con el pequeño Albert realizado junto a Rosalie Rayner, su asistente personal. Ruiz et al. (2011).

1.1.5.3 Frederick Skinner

Perfecciono la herramienta de la terapia quien empezó sus estudios con el conductismo cuando se fundamentaba en el condicionamiento simple proponiendo la modificación del comportamiento logrando la categorización de estímulos hacia agradables y desagradables a los que el sujeto de estudio creaba aversión o agrado. Ruiz et al. (2011).

Skinner, sostenía la teoría que nuestro comportamiento puede ser entendido como un proceso de adaptación a experiencias agradables y desagradables fijándose así en la manera en la que asocian las acciones que se realizan y la consecuencia de estas acciones. Ruiz et al. (2011).

1.2 Planteamiento del Problema

En el año 2016, en Bolivia según del Sistema Nacional de Seguridad en Salud la probabilidad de población con trastorno de espectro autista llegaría a 200 mil niños, cantidad posible ya que no se encuentra datos estadísticos reales puesto a que es un trastorno del neurodesarrollo no muy estudiado y atendido en el país, es por eso que a partir de la necesidad de los mismos se crea el Proyecto de Ley para la atención y protección de personas con el Trastorno del Espectro Autista (TEA).

A partir de esta disposición legal se busca proteger a personas con trastorno de espectro autista e integrarlas a la sociedad desde la infancia al ser personas invisibles, que necesitan tener el apoyo del Estado y de los Gobiernos Departamentales y Municipales, buscando así que los niños con trastorno de espectro autista sean integrados a la sociedad.

Con el método del análisis conductual aplicado se busca disminuir o atenuar los efectos o manifestaciones que tienen los niños con trastorno de espectro autista a partir de la implementación del condicionamiento operante en las habilidades sociales específicas de un caso particular estableciendo así un tratamiento integral ante el diagnóstico de trastorno del espectro autista.

En el presente caso el desafío está en establecer habilidades que faciliten el desarrollo del niño, generando mayor dominio social y de esta manera poder mejorar su calidad de vida y su relación inmediata con sus pares (Kanner Leo, 2000).

Los niños que padecen el trastorno del espectro autista tienen deficiencias en su relacionamiento con las personas de su entorno por este motivo emerge la necesidad de realizar actividades que permitan desarrollar en el niño habilidades sociales específicas, añadir el relacionamiento social del niño con trastorno del espectro autista a través del contacto visual a la hora de comunicarse, la ausencia de palabras y el sonido de la voz entre otros (Kanner Leo, 2000)

En el trastorno del espectro autista las falencias de habilidades sociales que rigen con una disminución en la expresión del lenguaje y conductas, hacen que se requiera la intervención cognitiva comportamental para el manejo y exteriorización de habilidades sociales. Se busca también, de esta manera tener en claro el nivel de ausencia de habilidades sociales y su relación con el entorno a partir de esta poder establecer procesos de condicionamiento que sean más efectivos para las necesidades particulares de este caso (Kanner Leo, 2000).

1.3 Enfoque de la investigación

La presente investigación corresponde a un estudio de caso, es un estudio detallado de un tema específico ya que cada caso tiene particularidades específicas en este caso el niño en estudio tiene sensibilidad acústica que

imposibilita el trabajo con niños de igual diagnóstico, en este caso el estudio de las habilidades sociales de comunicación y de conducta motora a partir de la aplicación del Análisis Conductual en un niño que cursa con trastorno del espectro autista.

Los estudios de casos se utilizan habitualmente en la investigación clínica, social, y educativa, el diseño de un estudio de caso suele incluir métodos cualitativos, de manera que los estudios de casos sirven para describir, comparar, evaluar y comprender diferentes aspectos de un problema de investigación.

Un estudio de caso es un diseño de investigación adecuado cuando se desea obtener conocimiento concreto, contextual y a profundidad sobre un tema específico. Permite explorar las características, significados e implicaciones del caso, por lo tanto, un buen estudio de caso debe tener el potencial de: (i) aportar información nueva sobre el tema (ii) proponer medidas prácticas para resolver un problema y (iii) abrir nuevas vías de investigación.

Los estudios de casos tienden a centrarse en los datos cualitativos utilizando métodos como las entrevistas, las observaciones y el análisis de fuentes primarias y secundarias

Un estudio de caso es un diseño de investigación basado en caso concreto y cuando se desea obtener un conocimiento concreto, contextual y a profundidad sobre un tema específico. Permite explorar las características, significados e implicaciones del caso a través de datos cualitativos y utilizando métodos como las entrevistas, las observaciones y el análisis de fuentes primarias y secundarias de información

A diferencia de otros tipos de investigación la metodología de estudio de caso es considerada como una técnica de investigación cualitativa, puesto que el desarrollo de esta se centra en el estudio exhaustivo de un trastorno y no en el análisis de los datos ya existentes o en la heterogeneidad del estudio de más de un paciente donde existen diversas modalidades de intervención en lo que se refiere a la intensidad del tratamiento, los contextos del estudio y las características de la muestra y resultados. Rogers J. et al (2008)

Mediante este enfoque se pretende conocer con el mayor detalle posible los resultados de la terapia conductual en la modificación e implementación de conductas en un niño con diagnóstico de trastorno del espectro autista hacia la adquisición de habilidades sociales en su repertorio conductual.

1.4 Pregunta de Investigación

¿La aplicación del tratamiento combinado de estimulación cognitiva y la aplicación de una terapia conductual-cognitiva mejorara las habilidades sociales específicas en un niño de 7 años de edad con Trastorno del Espectro Autista grado moderado a leve?

1.5 Justificación de la investigación

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 2016, la prevalencia de niños con algún tipo de Trastorno Neurológicos en el mundo fue de 21 por cada 10.000 niños entre estos el Trastorno del Espectro Autista y con mayor número de casos en el sexo masculino.

En Bolivia no se tiene en la actualidad datos estadísticos de niños que nacen con Trastorno del Espectro Autista; sin embargo, en el Hospital del Niño en la ciudad de La Paz, indican que por cada 100 pacientes atendidos en la consulta externa 16 niños presentaron algún grado de trastornos neurológicos (Peres, 2018).

Las principales manifestaciones del Trastorno del Espectro Autista son: el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, así como el deterioro de los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivas y repetitivos.

El deterioro de la comunicación social del niño se centra en la presencia de problemas en la comunicación verbal puesto que algunos de ellos no han adquirido el lenguaje oral y los que adquirieron el lenguaje mostraban dificultades en la prosodia y ritmicidad de la voz, ecolalias y dificultad para utilizar pronombres personales.

En la comunicación no verbal presentan dificultades ante la ausencia de contacto visual con otras personas y repeticiones monótonas de acciones

Estas manifestaciones están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el desarrollo de habilidades sociales específicas en niños con Trastorno del Espectro Autista.

Actualmente las investigaciones científicas establecen la importancia y los buenos resultados de la intervención en personas con trastorno del espectro autista que han logrado resultados favorables a través de la exposición al análisis conductual aplicado basados en el método ABA llegaron a producir resultados positivos en niños preescolares y jóvenes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

En ese sentido la presente investigación tiene diseño de estudio de caso único y con un enfoque cualitativo porque modifica variables de manera planificada, estructurada y registrada siguiendo la normativa del conductismo para observar el efecto o resultado que provoca hacia las otras variables (Tintaya, 2008).

Mediante este diseño se pretende dar a conocer y demostrar de manera detallada y específica el problema planteado para ser analizado y describir el efecto o resultado de la terapia conductual en la modificación e implementación de conductas en un niño con diagnóstico de trastorno del espectro autista, hacia la adquisición de habilidades sociales en su repertorio conductual.

Un estudio de caso es un diseño de investigación basado en caso concreto y cuando se desea obtener un conocimiento concreto, contextual y a profundidad sobre un tema específico. Permite explorar las características, significados e implicaciones del caso a través de datos cualitativos y utilizando métodos como las entrevistas, las observaciones y el análisis de fuentes primarias y secundarias de información

A diferencia de otros tipos de investigación la metodología de estudio de caso es considerada como una técnica de investigación cualitativa y de intervención, puesto que el desarrollo de esta se centra en el estudio exhaustivo de un trastorno y no en el análisis de los datos cuantitativos ya existentes o en la heterogeneidad del estudio de más de un paciente donde existen diversas modalidades de intervención en lo que se refiere a la intensidad del tratamiento,

los contextos del estudio y las características de la muestra y resultados. Rogers J. et al (2008)

El interés de estudio en el presente caso radica por un lado en la identificación de las manifestaciones del trastorno del espectro autista y por otro lado desarrollar el tratamiento adecuado porque los niños que cursan con este trastorno al no ser reconocidos como prioridad de atención de la salud pública no son referidas a instituciones que puedan otorgar tratamiento psicológico alguno por lo tanto el presente trabajo pretende realizar un estudio de caso de un niño que cursa trastorno del espectro autista para después proponer en base al análisis funcional el tratamiento de abordaje cognitivo comportamental para mejorar y reforzar las relaciones interpersonales con sus pares, de un niño de 7 años con deficiencias en su repertorio conductual para sostener habilidades sociales con su entorno.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Implementar el Análisis Conductual Aplicado en la instauración de habilidades sociales de un niño de 7 años con diagnóstico del trastorno del Espectro Autista (TEA)

1.6.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la presencia de manifestaciones de trastorno del espectro autista
2. Desarrollar los procesos y los procedimientos del tratamiento cognitivo comportamental
3. Evaluar los resultados del tratamiento cognitivo comportamental y describir la evolución de las manifestaciones de trastorno del espectro autista

CAPÍTULO II

2 METODOLOGÍA

2.1 Presentación de Caso

La presente investigación se basa en el diseño de caso único, utilizándose para este fin el Diseño de Línea Base Múltiple con evaluación repetida (diseño de no reversión).

El diseño de caso único se caracteriza principalmente por el registro sucesivo a lo largo del tiempo de la conducta de un caso único o de un grupo pequeño, que puede darse antes, durante y en algunos casos tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas (Fontes de García, García- Gallego, Quintanilla, Rodríguez, Rubio de Lemus y Sarriá, 2010).

Al presentar el Trastorno de Espectro Autista (TEA) múltiples manifestaciones, en el presente caso se aplicó el Tratamiento Cognitivo Comportamental para cada una de las variables identificadas, tomando a los autorregistros como parámetros de evaluación en cuanto a la efectividad durante la aplicación del Tratamiento.

Del mismo modo los parámetros establecidos en la línea base, se aplicaron para realizar el seguimiento de los resultados de las diferentes sesiones realizadas, esto con el afán de establecer el aprendizaje de habilidades y la disminución de los comportamientos problemáticos.

2.2 Tipo de Investigación

La presente investigación se circunscribe a un estudio de caso y responde a ser cualitativo de una situación o condición específica es particular porque abarca una realidad o tema específico y que se constituye en única y concreta y además es inductiva porque está basado en el razonamiento de nuevas relaciones que permitirán comprobar, demostrar o reproducir cambios en la conducta del paciente

Por lo tanto la investigación tiene diseño de ser un estudio de caso único e incluye métodos cualitativos de análisis para describir, comparar, evaluar y comprender diferentes aspectos del trastorno del espectro autista de manera

concreto, contextual y a profundidad de forma que permite explorar las características, significados e implicaciones del trastorno.

Un estudio de caso es un diseño de investigación adecuado que permite realizar procedimientos de estímulo respuesta (A-B) se caracterizan por el registro sucesivo a lo largo del tiempo (sesiones, días, semanas, etc.) de la conducta de un caso único, antes, durante, y en algunos casos, tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas (Tintaya, 2008).

2.3 Delimitación del Estudio de Caso

El estudio de caso se circunscribe a la aplicación del análisis conductual aplicado a un niño de 7 años edad con trastorno del espectro autista con grado moderado a leve, constituyéndose en el sujeto de la investigación, de manera que al tratarse de un estudio de caso único, donde se aplicara la metodología para realizar el abordaje correspondiente del problema de estudio

2.4 Delimitación geográfica

El estudio de caso, fue realizada en la ciudad de La Paz, Bolivia; en el Consultorio de Psicología del Poli Consultorio de la Caja de Salud Cordes, ubicado en la Avenida Arce, zona de Sopocachi.

2.5 Identificación del paciente

2.5.1 Características del paciente

Se realizó la evaluación e intervención MA que es un niño de 7 años de edad vive con su madre en un departamento en el centro de la ciudad de La Paz, cursa estudios de segundo de primaria, con ausencia del padre desde inicios de la gestación.

2.6 Instrumentos de diagnóstico y evaluación

Si bien en Bolivia no se han validado los instrumentos que se han utilizado, sin embargo, se han tomado en cuenta los resultados de las diversas investigaciones. Estos son los siguientes:

2.6.1 Entrevista

Permite recabar información a través de la madre del niño acerca del paciente, en un primer momento para conocer los antecedentes personales, familiares, así como conocer los factores antecedentes y precipitantes que han llevado al paciente a solicitar tratamiento.

En un segundo momento la entrevista busca explorar las manifestaciones del Trastorno de Espectro Autista, que apoye a lo obtenido en la escala de gravedad (Echeburúa et al., 1997), para lo cual se confeccionará en función a los criterios diagnósticos del DSM V; asimismo explorará otra sintomatología comórbida como la de ansiedad y depresión, nivel de autoestima y el grado de adaptación a la vida cotidiana para poder establecer un diagnóstico, que servirá de línea base antes de iniciar con la intervención.

2.7 Diagnóstico del trastorno de espectro autista

Según la categorización en el DSM-5, para ser diagnosticado el Trastorno de Espectro Autista, debe cumplir con los siguientes criterios:

2.7.1 Deficiencias persistentes en los diversos contextos

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en el interés, emocional o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a la interacción social.
- Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y comunicación no verbal.
- Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

2.8 Especificador de la gravedad actual

La gravedad se basa en el deterioro de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

2.8.1 Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada o repetitiva (estereotipas motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalias, frases idiosincrasias).
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal (ej. Angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (ej. Fuerte apego u objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- Híper- o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (ej. Indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpitación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

2.9 Otros Criterios de gravedad del trastorno de Espectro Autista

- Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades ilimitadas, o pueden estar enmascaradas por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia

coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidad de un trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

2.10 Procedimiento para la aplicación del análisis conductual

Los estudios de casos tienden a centrarse en los datos cualitativos en ese sentido la aplicación del análisis conductual se realizará utilizando los siguientes recursos: 1.- Elección del paciente a partir del diagnóstico realizado por el médico neuropediatría 2.- Observar la conducta 3.- Presentar estímulos 4.- Organizar consecuencias 5.- Señalar estímulos 6.- Señalar consecuencias 7.- Modificar la efectividad de consecuencias.

2.11 Técnicas de Intervención

Las técnicas principales de la presente investigación son: las entrevistas, generar acciones de estímulo respuesta, economía de fichas, modelamiento y moldeamiento de conductas y los registros conductuales, donde una vez establecida el rapport direccionada hacia la aclimatación del paciente, se registró en tiempo la cantidad de respuestas efectuadas para valorar el nivel de adaptación del niño hacia la intervención, y las veces que esta se inclinaban a la respuesta optima esperada.

Una vez pasada esta fase se evaluó mediante registros conductuales, el nivel de aceptación del estímulo seguido del reforzador y la intensidad de la respuesta.

2.11.1 Economía de fichas

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de fichas o puntos este reforzador será entregado al niño, las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entrega hasta que el niño acumule un número establecido de puntos o fichas.

Las fichas que conforman el tablero se deben dividir entre el número de programas establecidos y estas se otorgan de acuerdo a un criterio de reforzamiento y al nivel en que se encuentra la habilidad. Se entregó más puntos para aquellas habilidades que se buscan adquirir y menos en aquellas que ya se tienen consolidadas.

2.11.2 Moldeamiento

Consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta, hasta que ésta se instituya. En esta técnica es necesario que el terapeuta distinga todas y cada uno de los pasos en forma detallada sin dar nada por obvio para poder transmitir la habilidad. Ruiz et al. (2011).

Existen 3 formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando en el presente caso se utilizó las tres formas de moldeamiento dependiendo del tipo de respuesta obtenido en el paciente y las características de las formas de moldeamiento se presentan a continuación:

1. Por aproximaciones sucesivas. Se determinan todos los pasos y se empieza siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando.
2. Por encadenamiento de actividades distintas. Se enseña en forma separada diferentes habilidades con el método anterior y una vez ya dominadas, se encadena para lograr la habilidad completa mediante aproximaciones sucesivas.
3. Por encadenamiento hacia atrás. Es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final. El mismo ejemplo de abajo, pero se va enseñando desde el último paso hasta llegar al primero (Caballo Vicente, 1986).

2.11.3 Modelamiento

Al Aprendizaje por modelamiento también se le llama aprendizaje por observación, aprendizaje por imitación, aprendizaje sin ensayo, aprendizaje vicario, aprendizaje por identificación y aprendizaje social. Independientemente del nombre que se le dé y del énfasis particular que se haga, la premisa fundamental del aprendizaje por modelamiento es que una persona o un animal observa el comportamiento de otra (o) y entonces es capaz de ejecutar en forma parcial o total el comportamiento observado (Caballo, V. 1986).

La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el terapeuta programador, especificando todos los elementos que componen la conducta (Caballo Vicente, 1986).

2.11.4 Observación de un modelo vivo

La forma más común de aprendizaje por modelamiento es la observación directa de un modelo vivo que observa el aprendiz. Esto generalmente ocurre en situaciones sociales, e implica a individuos con quienes el sujeto, tiene frecuentes contactos (Caballo Vicente, 1986).

2.11.5 Aprendizaje Vicario

El aprendizaje vicario se presenta cuando un sujeto no solamente es capaz de tomar nota de la respuesta del modelo, sino también de observar las consecuencias de la misma. La respuesta real y el refuerzo o castigo resultante, se observa junto con los gestos vocales de postura o faciales, los cuales pueden revelar las reacciones emocionales del modelo. Realmente, el observador no ejecuta la respuesta en sí misma, ni recibe directamente un refuerzo ni un castigo. Sin embargo, la experiencia vicaria sirve para alertarlo y puede influir en su forma posterior de responder (Caballo Vicente, 1986).

2.11.6 Aprendizaje simbólico – modelamiento verbal

Algunas formas de modelamiento dependen de representaciones verbales de un comportamiento, más que de la observación de un comportamiento real. Por encima de cualquier otra característica esta habilidad distingue a los seres humanos de otras especies y hace que su rango de posibilidades sea más amplio. Actividades que se representen mediante códigos verbales se pueden retener (almacenar) para usarlas posteriormente, como orientaciones para las imitaciones de respuestas apropiadas, pueden reducir considerablemente el tiempo y el esfuerzo implicados en el aprendizaje de determinados conocimientos (Caballo Vicente, 1986).

2.11.7 Imitación Pura

Cierto modelamiento implica la imitación exacta de alguna respuesta. En determinados casos, esto puede significar que la imitación se da sin

comprensión, es decir, se copia la respuesta, pero el imitador no reconoce el significado de la misma (Caballo Vicente, 1986).

2.11.8 Autorregistros

Diseñados exclusivamente para la intervención los cuales recogerán información acerca de la sintomatología del trastorno del espectro autista en cuanto a: deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en los diversos contextos y los patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades

2.12 Variables

2.12.1 Variable Independiente

Tratamiento Cognitivo Comportamental

Es la aplicación del método del análisis conductual aplicado en un niño con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista con grado moderado a leve y se encuentran orientados a la obtención o al aumento de comportamientos adaptativos, y a la disminución o supresión de los no adaptativos. Para lograr un adecuado cambio en la conducta, se debe diseñar una situación de aprendizaje estructurada.

2.12.2 Variables dependientes

Variables Dependientes son un conjunto de capacidades que permite el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas las mismas dan la posibilidad y la condición de que una persona se desenvuelva con su entorno social. Estas habilidades son algo complejas ya que están formadas por un amplio abanico de ideas, pensamientos, creencias y valores que son fruto de aprendizajes y de experiencias con el entorno y lo que interfiere para que estas no se establezcan de manera adecuada. Todo esto va a provocar grandes influencias de las conductas y actitudes que tenga una persona en relación con la interacción de los demás.

A continuación, se exponen las variables dependientes y el procedimiento que se ha utilizado para su intervención.

Tabla 2: Variables Dependientes

Variable Dependiente	Dimensión	Instrumento
Comunicación	Saludo Contenido Volumen Timbre	Registro Modelamiento Moldeamiento Aprendizaje Vicario
Conducta Motora	Postura Equilibrio Movimiento	Registro Modelamiento Moldeamiento Aprendizaje Vicario
Contacto Visual	Mantenimiento Duración Frecuencia	Registro Modelamiento Moldeamiento Aprendizaje Vicario
Conductas Desadaptativas	Línea Base	Registro Modelamiento Moldeamiento Reforzamiento Diferencial
Conductas Adaptativas e Interrelación Social	Línea Base	Registro Modelamiento Moldeamiento Reforzamiento Diferencial

2.13 Procedimiento

2.13.1 Fase 1: Diagnóstico y línea base

En esta primera fase y con el fin de establecer el diagnóstico de base se realizaron tres sesiones la primera sesión consistió en realizar una entrevista a la madre del niño, para recabar información relativa a los datos generales del paciente, antecedentes familiares, personales y la identificación de factores relacionados con el trastorno del espectro autista. En la segunda sesión se aplicaron instrumentos para identificar las manifestaciones que pudiera tener el paciente y establecer el grado del trastorno. En la tercera sesión tomando en cuenta los resultados de la primera y segunda sesión se estableció la

metodología de desarrollo de las cuatro sesiones de rapport y las doce sesiones de intervención.

2.13.2 Fase 2: Tratamiento o Intervención

Una vez analizados los resultados obtenidos, se realizó el diseño del tratamiento en base al análisis funcional y los objetivos propuestos. Y dentro de esta segunda fase se tuvo una sesión (tercera) con la madre del paciente para explicarle los resultados y los objetivos propuestos para el tratamiento, explicándole el número de sesiones y el tiempo destinado para la intervención, en esta sesión se motivó a la madre del paciente mediante la explicación de los beneficios de someterse a terapia, a lo que la madre del paciente estuvo de acuerdo, estableciendo como regla que si en caso que se presentara alguna situación que impidiera la realización de la sesión semanal debía avisar con anticipación.

El tratamiento estuvo compuesto de 16 sesiones sin contar con las entrevistas y la inducción que se realizó a la madre del niño, el rapport se realizó durante 4 sesiones, con dos sesiones de 45 minutos a la semana y las sesiones de intervención con el paciente se realizó en un total de 12 sesiones, cada sesión de 45 minutos y dos veces por semana (días lunes y jueves) en cada sesión de intervención se tomó en cuenta y dependió mucho de la apertura y desenvolvimiento, del niño. El calendario mencionado se desarrolló entre los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2019, las respuestas alcanzadas serán desarrolladas en el apartado de resultados.

2.13.3 Fase 3: Postratamiento y seguimiento

Cada una de las sesiones tanto de rapport como las sesiones de intervención fueron objeto de seguimiento post sesión, también se realizó el seguimiento a las actividades que realizó la madre como apoyo a la terapia del niño y en función de las indicaciones y actividades que debería desarrollar.

Al cabo de concluir con las 16 sesiones, se realizó la evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso de intervención y de esta manera obtener los resultados del postratamiento.

2.14 Análisis de los datos

El presente estudio pretende determinar si la intervención tuvo algún efecto en el comportamiento del paciente mediante la observación de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos para establecer si existe una mejora con el tratamiento aplicado.

CAPÍTULO III

3 RESULTADOS

En la presente investigación a partir de la línea base se obtuvieron registros de intervención con el objetivo de saber las conductas que tiene el paciente durante las intervenciones y si estas se aproximan a la conducta meta.

En este estudio se pretendió establecer la instauración de habilidades sociales específicas como es el saludo gestual, verbal, con contacto visual, con postura motora dentro de su repertorio conductual a partir del condicionamiento operante, mediante el método del Análisis Conductual Aplicado que permite reforzar, mediante la técnica de economía de fichas con “emoticones” de alegría y tristeza, donde se reforzó por sesión con las mismas fichas que pudo canjear al finalizar la sesión a reforzadores que fueron bolsitas de la plastilina play-dow, que eran del agrado del niño desde las primeras sesiones de rapport.

Como una descripción de la conducta se pudo ver entre parámetros que el número uno significaba la aproximación a la conducta deseada traducido en la implementación inicial del contacto visual la verbalización y la postura motora el número dos que es la conducta aproximada traducido en el cumplimiento de dos de los tres criterios y el número tres que es la conducta más lejana a la conducta meta traducida en que niño no presenta ninguno de los criterios.

3.1 Exploración Psicopatológica

Para la exploración psicológica se realizó lo siguiente:

- Entrevista estructurada con la madre con el objeto de recabar información acerca de la conducta del niño.
- Observación del comportamiento en consultorio para establecer parámetros de desarrollo.
- Registros por la madre de conductas repetitivas y estímulos que puedan provocar aislamiento.
- Cuestionario Modificado para la Detección de Riesgo de Autismo M-CHAT-R/F versión revisada en 2013.
- Herramienta de Detección de Autismo en bebés y niños pequeños STAT

- Escala de Observación para Diagnóstico del Autismo ADOS-2 Juicio Clínico

Después de realizar la fase diagnóstica se concluyó en lo siguiente:

De acuerdo a la hipótesis que se plantea del menor presenta un aislamiento hacia actividades donde limita su interacción puesta a que prefiere momentos de extrema soledad, el relacionamiento le produce incomodidad ocasionando inclusive ponerlo violento cuando inmiscuían a sus pares en sus juegos que tienden a ser obsesivos de invariancia.

Entorno a esto, después de haber realizado pruebas en el diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista; los resultados obtenidos en la exploración psicopatológica en la prueba M-CHAT-R/F dan como resultado a 12 sobre 20 preguntas que fueron respondidas por la madre ante conductas del niño, ubicándolo con un puntaje que da lugar a un riesgo alto.

En la herramienta STAT que componen de 12 ítems de interacción (juego, pedido, atención conjunta e imitación) dio como resultado riesgo al igual que la prueba ADOS-2; lo que confirma el diagnóstico respaldando por el motivo de derivación por parte de la neuropediatra quien distingue una exploración por autismo.

Descartando otros tipos de trastornos asociados como en la disminución acústica o lesiones cerebrales.

3.2 Diagnóstico situacional del paciente

3.2.1 Descripción general

MC niño de 7 años vive con su madre en un departamento en el centro de la ciudad de La Paz, cursa estudios de segundo de primaria, con ausencia del padre desde inicios de la gestación, el niño a pocos meses de vida ha presentado aislamiento social, retraimiento, conductas repetitivas que ha llamado de sobremanera la atención de su madre, por lo que le ha creado dificultad de relacionamiento social con sus pares y entorno familiar, con antecedente médico de atención en la especialidad de neurología pediátrica que establece el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista realizado hace tres meses.

Antecedentes asistenciales: Ninguno

Motivo de consulta médica:

El médico tratante en la especialidad de neurología pediátrica luego del examen clínico establece el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista; e informa en la historia clínica que madre de MC refiere que el menor desde el nacimiento presentó características personales que llaman mucho la atención, como la ausencia de llanto ante necesidades fisiológicas (abrigo, alimentación y limpieza); al paso del tiempo no presentó tampoco sonrisa social ni habilidades de relacionamiento, en la actualidad el vocabulario adquirido es escaso y emplea solo en casos particulares, tiene conductas repetitivas a la hora de los juegos además de mostrar la misma conducta repetitiva llegando a ser hasta obsesiva en la ingesta de alimentos y no le interesa el relacionamiento con sus pares.

3.2.2 Descripción Psicopatológica

Luego del análisis psicopatológico el paciente presenta lo siguiente

- Deficiencia en la comunicación: puesto a que es solo expresada en casos particulares y es capaz de permanecer en silencios o solo emitir fonemas por largos lapsos de tiempo.
- Deficiencia en la interacción social: ya que muestra poca necesidad de relacionarse con su entorno es más para él resultan invisibles
- Conductas repetitivas: a la hora de sus juegos, MC juega con el mismo muñeco, sentado en la misma posición a la misma hora diario; la misma conducta repetitiva se produce en la ingesta de jugo de piña con todos sus alimentos.

3.2.3 Antecedentes Personales y Proceso de Desarrollo

MC., desde que estaba en el vientre, la madre describe que no tenía movimientos fetales a pesar de tener un embarazo complicado por las molestias durante la gestación nació el 13 de mayo de 2012, por cesaríá debido a doble vuelta del cordón umbilical al cuello del bebe la madre comenta que presentó ausencia de llanto por lo que el APGAR fue de 6 en escala de 10., y no presentaba reflejo de succión por lo que no recibió lactancia materna

Con el pasar del tiempo el bebe ha presentado ausencia de sonrisa social ante ningún estímulo, sintiéndose tranquilo al estar recostado en la cuna con un juguete de mediano tamaño en forma de tortuga también presento inapetencia por varios alimentos y cobijo a ciertas pertenencias. A los dos años fue más notable el aislamiento social, retraimiento, conductas repetitivas llamando de sobremanera la atención de la madre; se dificultó el relacionamiento social hacia con sus pares.

El 2015, deja el pañal sin ninguna dificultad existiendo el antecedente de que desde el año bajaba la cuna para hacer pis en el suelo arrancándose el pañal, a partir del mismo año partiendo de una dermatitis atópica se llega a diagnosticar una intolerancia al gluten.

En 2016 el ingresa al parvulario donde presenta un aislamiento de sus pares, con conductas repetitivas a la hora del juego cuando se intenta provocar la interacción incluyendo en sus juegos a otros niños muestra un notable enojo inclusive hasta tornándose violento, le cuesta imitar actividades, y varias veces fue llamada por coordinación del jardín infantil para ser entrevistada por la psicóloga del centro educativo pidiendo una evaluación integral del menor.

En el ámbito académico MC asiste a segundo de primaria del colegio Martin Cárdenas, donde por la capacidad de ser un centro educativo con educación centrada en la inclusión no presenta dificultad, sin embargo, el asiste con regularidad a la atención en fonoaudiología y fisioterapia para tener un desarrollo más armónico.

En el ámbito social MC tiene un notable aislamiento ya que le cuesta sostener o establecer conversación con sus pares y otros; tiene conductas muy obsesivas hacia ciertos rituales de juego y objetos.

3.2.4 Antecedentes Familiares

Sus padres no estaban casados su madre de 27 años de edad y el padre de 28 años llevaban tres meses de relación cuando la madre quedo embarazada, a partir de dar a conocer al padre, el confesó no sentirse preparado para esa responsabilidad abandonando a la madre de 4 semanas de embarazo.

El 2013, la madre levanto una demanda en la Defensoría de la Niñez al padre de MC., pidiendo manutención alimentaria y reconocimiento al niño; el cual se limitó a reconocerlo y una mensualidad de 800 bs que son depositados en una cuenta, sin existir visita debido al poco interés del padre.

El padre realiza la labor de visitador médico para una agencia farmacéutica, del que percibe un salario del mismo se destinó un monto para a su hijo, con el que no tiene ninguna relación directa ya que solo lo vio dos veces en su vida.

La madre ante la situación; no teniendo instrucción profesional o fuente de empleo decidió rentar un stand en una concurrida zona comercial de la ciudad para el cuidado de uñas, el que creció y actualmente solo lo administra permitiéndole quedarse al cuidado exclusivo de MC.

La madre no cuenta con el apoyo de ningún familiar, se quedó al cuidado exclusivo de MC desde la confirmación del embarazo y cubre con todos los gastos de manera que MC recibe el apoyo total de su mamá quien es la tutora única ante la ausencia del padre y algunos vez, algunos familiares que no los tiene muy cerca ya que radican en la ciudad de Oruro.

En el mes de junio del año 2019, la madre asiste a consulta, preocupada por el retraimiento de su hijo, a sugerencia de la pediatra que sugiere después del diagnóstico otorgado al menor.

3.3 Propuesta Terapéutica

En conversación con la madre se plantea las necesidades mas urgentes del paciente en cuanto a la implementación de habilidades sociales ya que estas estarían causando un deterioro social en la interrelación con sus pares

La madre de MC muestra aceptación a la intervención temprana que se realizara, estando de acuerdo con los objetivos y accede a firmar el consentimiento informado comprometiéndose a cumplir con responsabilidad, compromiso y ejecutando las tareas para la implementación y consolidación de conductas.

El tipo de modelo intervención realizada, es el modelo de análisis conductual aplicado ABA, que tiene como principio la teoría del aprendizaje de manera

intensiva, su uso y empleo es basado en investigaciones científicas; con economía de fichas, reforzador positivo y reforzamiento negativo.

3.3.1 Encuadre Psicoterapéutico

Las sesiones comenzaron a inicios del mes de junio de 2019, siendo la mismas dos veces por semana con una duración de 45 minutos por sesión teniendo un total de 16 sesiones, 4 que corresponden a sesiones de rapport y los restantes 12 sesiones a intervención terapéutica, bajo los siguientes objetivos.

1. Enseñar habilidades sociales específicas que facilite el desarrollo del niño.
2. Generar independencia en actividades donde se le dificulte la interacción.
3. Aumentar la calidad de vida.

3.3.2 Sesiones

En la fase inicial del proceso, se recabó información sobre el paciente referente a diagnósticos realizados además de la otorgada por la madre, hacia las conductas del niño. En esta fase que tuvo duración de tres semanas se estableció el rapport para crear un ambiente confiable y de relación cálida para el desarrollo óptimo de trabajo en consultorio, en este mismo tiempo se le capacito a la madre para continuar con el trabajo en casa, asimismo, se le enseñó a recolectar información mediante registros y el reforzamiento diferencial que favorezcan la consolidación de conductas que se desea enseñar a MC para su correcto desarrollo social.

En referencia a los objetivos planteados que son el enseñar habilidades sociales específicas que facilite el desarrollo en esta, la implementación del saludo en su repertorio conductual, mediante la categorización de reforzadores permitió tener información a aquellas refuerzos positivos y placenteros para el niño, mediante los registros se tuvo acceso a información sobre sucesos que lo inhibe, horas en que es recurrente el aislamientos o situaciones que son para su desagrado.

Se le enseñó como saludar mediante ensayo discreto, también se le enseñó mediante el aprendizaje sin error por la técnica del moldeamiento donde se le dio el material y medios para la ejecución del saludo y el proceso del

encadenamiento que se asoció la conducta con el reforzamiento diferencial que constó de la técnica de economía de fichas.

Para esta técnica se le entregó una cajita decorada con colores donde cada vez que se aproximara al saludo, la madre le otorgaba una estrellita dorada; al cabo de 10 fichitas MC podía canjear por un rompecabezas que era otorgado por su mamá, cuando el niño no quería realizar el saludo simplemente se le omitía el otorgarle estrellitas y se saltaba el siguiente turno de evaluación que era considerado un estímulo negativo puesto a que demoraba el reforzamiento.

A partir de los resultados obtenidos y registrados donde incremento la tasa de respuesta a la conducta que se desea alcanzar se pudo evaluar en doce sesiones mediante la generalización de estímulos, el mantenimiento de estas habilidades a lo largo del tiempo, además de a partir de la conclusión mediante las evaluaciones permanentes que se vienen realizando hasta la fecha para medir su nivel de memoria y concentración, partiendo de la funcionalidad y si no las fue olvidando con el transcurso del tiempo.

Para la conclusión de la intervención se realizó una evaluación ejecutiva mediante un teatro con niños del consultorio del mismo rango de edad que mediante un tema infantil realizo la actividad reforzada, desenvolviéndose con entusiasmo y facilidad.

3.3.2.1 Sesión 1

Una vez revisada la historia clínica del paciente donde aborda los antecedentes familiares, se realizó el rapport, donde se pudo ratificar conductas descritas por la madre, como el aislamiento social que es característico en el diagnóstico del espectro autista, la falta de reciprocidad en el contacto visual, movimientos motores bruscos, algunas manías, incluso auto lesiones cutáneas.

Partiendo de la observación al paciente se pudo realizar un registro de las conductas que se buscaban modificar para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

Estableciendo los objetivos previos y el plan de desarrollo durante las sesiones explicadas a la mamá del paciente quien acepta el programa, la duración y la

colaboración que se requiere en el apoyo intrafamiliar para la eficacia de este método.

En esta sesión se pretendió generar un ambiente de confianza con la madre y el paciente, alrededor de 45 minutos; en estos minutos no se puso en práctica el método ya que se procuraba generar un ambiente de confianza y seguridad para poder modificar la conducta a futuro del paciente. El aproximamiento fue realmente complejo pese a la presencia de la madre del menor, como apoyo de fuente de confianza, ya que las habilidades sociales hacia la apertura al habla eran escasas.

En todo momento existía un “bloqueo” hacia cualquier indicio de comunicación armónica es más se sentía la incomodidad ante la situación teniendo conductas de apego hacia la progenitora. No existió comunicación, ni ganas motivación a realizar alguna actividad sugerida o que sea de manera natural.

3.3.2.2 Sesión 2

En la segunda sesión con una duración de 45 minutos igual se pretendió establecer el rapport, la conducta del paciente puede ser descrita a ser similar a la primera sesión el contacto era nulo; es por eso que se le sugirió a la madre que realizara una actividad para que el paciente se viera con la necesidad de buscar elementos distractores dentro del consultorio psicológico.

En esto si se pudo realizar actividades en el suelo con el objetivo de romper el hielo, mostrándole algunos elementos que son juegos comunes y elementos como pictogramas que se emplearan durante las sesiones de modificación conductual.

Para que pueda sociabilizar y reconocer los pictogramas de esta manera el paciente tomo la conducta de sentarse sobre el suelo y empezar a explorar su entorno, mientras su mamá mostraba interés a tejer para que su hijo pueda desarrollar sus actividades con más libertad, y que sienta que no estaba siendo observado por ella.

Durante lo que duro la sesión no existió indicador alguno ni aproximado hacia la intensión del saludo ni verbal, ni físico.

3.3.2.3 Sesión 3

Durante la tercera sesión de rapport, Mario demostró más accesibilidad hacia tomar con libertad los objetos de la sala, sin deparo y con mayor autonomía ya se levantaba, colocaba todo en su respectivo lugar, sin embargo, al igual que las anteriores sesiones el contacto o el alcance hacia conversar con él o buscar algún tipo de interacción era una delimitante para poner en marcha la implementación del método de Análisis Conductual Aplicado.

Su mamá se mantenía al margen de la sesión leyendo un libro en una silla cerca a la puerta y distante de Mario durante la sesión. También se le puso en el alcance a Mario un tablón de madera con papeles de colores, junto a una lata con colores que fue asimilado y empezó a ejecutar dibujos relacionados a el y su entorno familiar, y uno que otro algún programa de televisión.

Partiendo de los gráficos; se pretendió establecer un ambiente de dialogo partiendo de los trazos emitidos y la representación que como las anteriores sesiones fue nula ya que no quería conversar u observar algo ajeno a las actividades que realizaba, mucho menos conversa.

3.3.2.4 Sesión 4

En la cuarta sesión y última durante el rapport se incorporó a la sesión el uso de títeres de tela en forma de animalitos con el objetivo de buscar la proyección dicha actividad se realizó sobre almohadones en el piso, sin embargo, este no fue del interés del paciente; ya que le mostraba a su mamá como si estos estuviesen incompletos en su forma al nunca antes haberlos usado.

Retomando al tablón con papeles; haciendo una selección de los colores que le gustaban más para hacer barquitos de papel, y algún tipo de manualidades previamente aprendidas, aunque de manera brusca.

Durante los 45 minutos que duró la sesión no existió un aproximamiento directo o algún tipo de interés, que nos dé un predictor de un mejor desenvolvimiento de un buen desarrollo en las próximas sesiones.

3.3.2.5 Sesión 5

Siendo esta la primera sesión de aplicación del Análisis Conductual Aplicado a pesar de un rapport no consolidado, pero por la escasa cantidad de sesiones que Mario puede tener por factores de tiempo en relación laboral con la madre, se empezó la aplicación.

En esta sesión de 45 minutos, se realizó la categorización de reforzadores; observando cuales eran estímulos para Mario y cuales no; para saber que reforzador emplear que incremente la tasa de respuestas positivas y sean de más fácil, de asociar para que tenga más eficacia.

Existían fichas de cartulina de 2x2 cm de color blanco con un sticker adhesivo de color amarillo, también fichas de 4x4 cm de color blanco con un sticker de súper héroes de diversos colores; ambos plastificados a lo que Mario decide quedarse con las caritas felices de color amarillo.

Se le explica que por cada cinco conductas de las que sean favorables se le otorgara un premio en este caso es alternando un paquete de galletas o un juguetito de una bolsa de diferentes juguetes que él debía sacar al azar una vez conseguido las cinco fichas

Durante los 45 minutos se dedicó a observar y explorar todo este material, pasado unos minutos se volvió a repetir en presencia de la madre para que sea puesta en marcha todo este condicionamiento en casa.

3.3.2.6 Sesión 6

En la sexta sesión de condicionamiento que tuvo la duración de 45 minutos se le pidió simular un saludo dándole como ejemplo en una Tablet a la que observo un video de dos niños emitiendo un saludo, luego de dos adultos, y por último un saludo entre un niño y un adulto, pero no intento imitar el saludo, no genero ninguna reacción, lo mismo se transfirió en otra escena el saludo entre su mamá y mi persona por cinco oportunidades, ninguna con éxito.

Al pretender que el realice la actividad con mi persona por varios intentos con un intervalo relativo de tiempo entre uno y otro, el no realizo se mantuvo firme con la mirada alrededor, del ambiente.

Después de muchos intentos la misma conducta se transfirió con la madre, a la que igual omitió el responder el saludo en las múltiples oportunidades.

Durante toda la sesión no existió un solo reforzamiento, ya que no existió ni una sola aproximación sucesiva a la conducta meta, a esto se llama reforzamiento diferencial que hace que el paciente pueda identificar que a partir de los parámetros acordados el no cumplió lo propuesto y el reforzador es la ausencia de reforzadores.

3.3.2.7 Sesión 7

En la séptima sesión con una duración de 45 minutos, se siguió con el proceso de aprendizaje del saludo, moldeando la postura del niño; en cuanto ponerle frente a su mamá recto para que pueda emitir el movimiento y la verbalización.

Esta técnica fue repetida en varias ocasiones durante la sesión, pero no modifico la postura inclinada ni se mantuvo por un tiempo que permita ser reforzada. A lo largo de estos intentos no existió comunicación, ni movimientos armónicos que pueda dar lugar a un reforzamiento diferencial, por medio de aproximaciones sucesivas.

Sin embargo, se insistió durante toda la sesión para que empiece a asociar y asimilar el proceso de condicionamiento. Todo este aprendizaje fue explicado a la madre para poder realizar la transferencia de lugar de trabajo al hogar de manera más cotidiana.

Explicándole que si en el ambiente familiar existiese alguna conducta similar por muy pequeña que sea esta debe ser reforzada mediante la economía de fichas.

3.3.2.8 Sesión 8

Durante la sesión 8; con una duración de 50 minutos prolongándose debido al tipo de respuestas emitidas durante la sesión; que mostraba como un retroceso, ya que a diferencia de que en las sesiones anteriores se podía poder tocar al paciente; en esta tuvo un notable aislamiento social, es decir, tuvo una conducta de evitación y apartamiento del ambiente de intervención.

Esta conducta registrada, puede estar sujeta a un resfrío estacional que aquejó días pasados a la sesión, que modifico el acercamiento, el mismo tuvo que ser

tratado como desde el inicio. Entendiendo que existes factores ambientales que puede causar un retroceso en la evolución así que se le dio un espacio de recreación y distracción para que nuevamente vuelva a tener confianza.

El apego era notable a la madre, durante toda la sesión ante esta persistencia se prolongó un poco más con la finalidad de que la siguiente se pueda retomar la modificación conductual para la adquisición de la habilidad de saludar.

Al finalizar la sesión la evitación de salir bruscamente al terminar del consultorio se extingue durante esta sesión.

3.3.2.9 Sesión 9

En la sesión nueve, las conductas de evitación ya no eran notables; y se reconoce que el episodio de una gripe estacionaria es lo que provoco que la pasada sesión se rehusé a la aproximación y el apego permanente hacia la madre sin poder trabajar las conductas que se tenía programado extinguir e implementar.

Durante los 45 minutos de esta sesión el paciente intenta verbalizar un “hola” repitiendo un “no” que es considerada una aproximación sucesiva a la conducta que se desea llegar siendo inmediatamente reforzada con una ficha de reforzamiento positivo diferencial.

La predisposición a la interacción social fue también considerada como una respuesta positiva, al intentar verbalizar el saludo; sin embargo, a lo largo y pese al avance fue esquiva el contacto visual y la conducta motora en relación a la posición.

Fue notable el reconocimiento del reforzador, al tener las dos fichas en la mano.

3.3.2.10 Sesión 10

Durante los 45 minutos en el ambiente de trabajo existieron dos verbalizaciones de la palabra “hola” al inicio de la sesión y en el intermedio que fueron correctamente verbalizados e inmediatamente reforzados. A lo que el paciente pudo realizar con la cantidad de fichas intercambiar por un reforzador, en este caso un rompecabezas de “pocoyo” de seis fichas.

Ambas respuestas verbales, fueron pronunciadas en tono, volumen y timbre armónico a la situación y el lugar. Sin embargo, la conducta motora y el contacto visual aún sigue siendo distante, pese al intento de condicionar las mismas.

3.3.2.11 Sesión 11

Durante la sesión se verbalizo solo en una oportunidad al inicio de la sesión la palabra “hola”, sin embargo, la predisposición a la interrelación social se mantuvo sin presencia de conductas motoras, pero a diferencia con la presencia de un pequeño contacto visual de segundos.

Se buscó reiteradas veces que vuelva a suceder, pero estas fueron esquivadas y ante, esta conducta de evitación durante los 45 minutos de sesión ya no se insistió en dicha conducta.

La conducta motora sigue siendo la inadecuada pese a las técnicas de modificación, tomando en cuenta que tampoco existió presencia de conductas disruptivas.

3.3.2.12 Sesión 12

En esta sesión existe un incremento en la tasa de respuestas, con un contacto visual más prolongado y en más oportunidades de mantenimiento de comunicación, la postura motora es la adecuada hacia la predisposición al saludo.

Durante la sesión emite más la palabra “hola”, su postura es recta, no emite conductas disruptivas o violentas que afecten la sesión, su apertura a la interrelación social es más amplia durante la sesión y existe un contacto visual, breve pero detectable.

3.3.2.13 Sesión 13

Durante esta sesión, se mantiene la cantidad de respuestas favorables durante la intervención tanto en conductas motoras, de comunicación y mantención del contacto visual.

El paciente va asociando las respuestas seguidas de un reforzador diferencial; que permite la consolidación de las mismas; que se ve ya en el avance de las sesiones, mediante el tiempo y la duración en la ejecución de las mismas.

Se puede reconocer el reforzamiento continuo en la casa para que este alcance a los objetivos propuestos lo que se conoce como transferencia de un lugar a otro.

3.3.2.14 Sesión 14

En esta sesión la tasa de respuestas es relativamente similar a las anteriores, se mantiene a pesar que en esta acude con un resfrió estacional que se considera una modificación ambiental externa que puede modificar el proceso de consolidación de conductas, a su vez, se debe reconocer que la transferencia es parte del proceso de consolidación y la cantidad de respuestas positivas.

En esta fase se pasa a la extinción del reforzador de manera alterna y a pesar de ello, las conductas consideradas como aprendidas se mantienen sin la presencia de un reforzador inmediato.

Estas conductas en el núcleo familiar, son consideradas más comunes y son implementadas sin necesidad de reforzador.

3.4 Resultados de Áreas Intervenidas

3.4.1 Comunicación

Tabla 3: Adquiere Lenguaje y Logra Comunicarse

Parámetro	Rapport															
	Sesiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Adquiere lenguaje y logra Comunicarse	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	2	2	5	7

En el proceso de evaluación se utilizaron los criterios siguientes: (0) Sin respuesta, (1) una respuesta, (2) dos respuestas (5) cinco respuestas y (7) siete respuestas

Según la Tabla 3, el paciente durante las cuatro primeras sesiones de rapport no mantuvo ningún tipo de comunicación verbal, durante este proceso adaptativo la

comunicación fue nula; a partir de la quinta sesión hasta la octava la conducta de comunicación verbal no sufre modificación alguna, es decir, es nula por mucho que se intentó estimular esta área de comunicación verbal, ya en la sesión nueve el paciente emite por una sola vez de manera tímida al ingreso a la sesión la palabra “hola” que es de corto tiempo y volumen, que inmediatamente es reforzada; esta palabra se mantiene durante el resto de las sesiones al inicio de las mismas; en la sesión número diez el paciente también logra decir “chau”; palabra que en las próximas sesiones la emplea de manera intercalada. En la penúltima sesión el paciente a partir de una lámina se llega a verbalizar palabras como “mamá”, “perro”, “verde” y “hoja”; que para la última sesión se incrementa a un “gracias” a las palabras mencionadas con anterioridad se debe recalcar que todas estas fueron previamente reforzadas para consolidarlas.

Después de la sesión quince el paciente manifiesta una apertura óptima a la comunicación con contenido y solicitudes claras, que son fortalecidos mediante el reforzamiento diferencial emitiendo cinco o más respuesta por sesión.

3.4.2 Conducta Motora

Tabla 4: Modificaciones de la Conducta Motora Voluntaria

Parámetro	Sesiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Conducta Motora Voluntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	5	7

En el proceso de evaluación se utilizaron los criterios siguientes: (0) Sin respuesta, (1) una respuesta, (2) dos respuestas, (4) cuatro respuestas, (5) cinco respuestas y (7) siete respuestas

Según los resultados expuestos en la tabla 4, referente a la modificación de conducta motora, el paciente en las cuatro sesiones de rapport muestra que aun no tiene apego suficiente hacia el método de modificación conductual esta situación se observa hasta la sesión 11 siendo que parte de los movimientos son reflejos no se ve ningún movimiento buscado como acompañar el “hola” o “chau”

con el movimiento regular o acompañado de dar la mano. Ya a partir de la sesión 12 se predispone al ingreso a otorgar la mano para saludar, como en la sesión trece no solo otorga la mano al ingresar sino también al irse acompañado del lenguaje verbal.

Durante las siguientes sesiones el paciente empieza a ejecutar más movimientos acordes a sus actividades como la recolección de fichas del suelo (rompecabezas), ordenar los libros en la estantería, guardar los marcadores en el estuche, y las fichas de la mesa. Estos movimientos no fueron innatos, es decir, siguieron una secuencia sugerida pero que día a día mediante el reforzamiento diferencial fueron adquiridas y ya en las dos últimas sesiones instauradas ya de manera más aprendida.

3.4.3 Contacto Visual

Tabla 5: Reciprocidad del Contacto Visual

Parámetro	Sesiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Contacto Visual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1

En el proceso de evaluación se utilizaron los criterios siguientes: (0) Sin respuesta, (1) una respuesta.

Según la tabla 5, durante las cuatro sesiones de rapport no hubo contacto visual presentándose esta situación hasta la décima sesión donde no se dio contacto visual durante estas sesiones ya que era evitativo y evasivo el contacto visual muy característico dentro de pacientes con este diagnóstico que tienden a evitar el contacto ocular y a desviar la mirada y le cuesta percibir las señales sociales de los ojos como importantes.

Hasta que a partir de la sesión once se presentan encuentros de reciprocidad hacia la búsqueda de un contacto visual de manera involuntaria y de poca duración que se mantiene con las mismas características hasta la sesión 16, de manera que en este parámetro no se llega a alcanzar mayor número de contactos visuales por sesión y tampoco mejoras en la duración de dichos contactos.

3.4.4 Conductas Desadaptativas

Tabla 6: Extinción de Conductas Desadaptativas

Parámetro	Sesiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Extinción de Conductas Desadaptativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	3

En el proceso de evaluación se utilizaron los criterios siguientes: (0) Sin extinción de conducta, (1) una respuesta de extinción de conducta, (2) dos respuestas de extinción de conducta, (3) tres respuestas de extinción de conducta.

Según la tabla 6, el paciente durante las cuatro sesiones de rapport tuvo conductas que interrumpían la atención y el proceso de intervención como movimientos bruscos, morderse las uñas, arrojar el material, uso inapropiado de la mesa o la silla, conductas que fueron difíciles de extinguir a lo largo de la modificación conductual; estas conductas que interrumpían el condicionamiento del niño fueron manifestándose hasta la sesión once y a partir de la sesión doce estas conductas fueron disminuyendo de manera gradual, moldeadas y modeladas porque cada vez que se presentaban eran adicionalmente reforzadas para así extinguirlas de manera que se logró corregir estas conductas de manera que no se presentaron ni una de las conductas inapropiadas en las últimas sesiones de intervención.

3.4.5 Conductas Adaptativas e Interrelación Social

Tabla 7: Conductas Adaptativas e Interrelación Social

Parámetro	Sesiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Conductas Adaptativas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	3	3

En el proceso de evaluación se utilizaron los criterios siguientes: (0) Sin conducta adaptativa, (1) una respuesta de conducta adaptativa, (2) dos respuestas de conductas adaptativas, (3) tres respuestas de conducta de saludo.

Según la Tabla 7, en las primeras siete sesiones, el niño no presentó conductas adaptativas y de interrelación social donde no está presente las habilidades sociales direccionadas a las interrelaciones sociales hacia sus pares y con la evaluadora ya que el niño tenía cierto aislamiento social inclusive dentro del núcleo familiar, y en el desarrollo de las sesiones no existía la necesidad de interrelación social.

A partir de la sesión ocho hasta la sesión trece, durante el desarrollo de las sesiones el niño presentó una conducta adaptativa e incrementándose a dos y tres conductas adaptativas en las siguientes sesiones, por lo que se instauró modales básicos de interrelación con un umbral bajo ya que empieza a tener movimientos relacionados con saludo, o simulacros de intentos de mantener diálogo sin éxito pero con predisposición notable este va en incremento sucesivamente hasta la sesión dieciséis donde por la colaboración en la ejecución de movimientos en las sesiones el niño va buscando la aprobación ó agrado después de ordenar el material.

CAPÍTULO IV

4 DISCUSIÓN

A pesar de todos los avances en las ramas de las neurociencias, es necesario diferenciar que cada niño que es diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista es un caso muy particular en cuanto a habilidades y deficiencias en diversas áreas del desarrollo, interacción o intelecto; además tomando en cuenta que puede o no estar asociada a otras patologías del neurodesarrollo.

Es por esta razón que no existe un método o técnica específica hacia el condicionamiento, ya sea en la instauración o extinción de conductas ya que no todos tienen el mismo nivel de consolidación y los terapeutas nos vemos en la necesidad de experimentar técnicas de modificación conductual con el fin de modificar de manera más rápida y efectiva la conducta de los niños con trastornos del espectro autista.

También se debe tomar en cuenta la edad diagnóstica del paciente, los fenómenos culturales, educativos y socioeconómicos donde se desarrolla; porque el abordaje de un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA), está condicionado a estos factores de allí que no es solo seleccionar un método de intervención adecuado sino también informar, contener, acompañar a la familia y mantener un contacto estrecho con este círculo.

La atención temprana de niños con trastorno del espectro autista entre la edad de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar pronta respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Pero por circunstancias atribuibles al contexto familiar, demandan atención especializada a edades más avanzadas o cuando el niño presenta manifestaciones que con el pasar del tiempo no desaparecieron como en el presente caso donde la madre del niño considero que las manifestaciones eran pasajeras.

Se puede afirmar, pues, que la atención temprana orienta su intervención en tres esferas: el niño, su familia y el entorno. En los centros de desarrollo infantil y atención temprana se trabaja con el niño y su entorno, a través de programas de intervención que se adecuan a las características individuales de cada paciente

y su familia, empleando el método de análisis conductual aplicada, en el diario vivir para una mejor consolidación de conductas y el manejo de reforzadores en este caso de la madre.

La intervención temprana intensiva ha demostrado que puede modificar, al menos en ciertos casos, el mal pronóstico generalmente asociado a estos niños.

Por tanto, parece justificado iniciar de forma precoz un programa de intervención, tanto desde el punto de vista social como de la evidencia científica, aunque queda por dilucidar cuál es su duración e intensidad idóneas.

Los programas de intervención, aunque existen diferentes aproximaciones según su orientación conceptual, están dirigidos a potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño, fomentando una mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

La educación y el apoyo comunitario son elementos fundamentales para el desarrollo de la comunicación y las competencias sociales, no sólo en niños con trastornos del espectro autista. De esta manera, los métodos psicoeducativos se centran en tres enfoques distintos: comunicación, estrategias de desarrollo y educacionales, y uso de principios conductuales para mejorar el lenguaje y el comportamiento.

En este caso el niño MC., venía cursando segundo de primaria en la unidad educativa COLESUR, colegio inclusivo que tenía en su malla adaptaciones curriculares según las necesidades cognitivas del niño que contribuyó en cierta forma al desarrollo de la comunicación y las competencias sociales.

Sin embargo existen algunas de las dificultades para la interpretación y generalización de los resultados sobre la eficacia de los distintos métodos

Por tanto, hay que estar atentos a las características de la población estudiada y a los resultados que se midieron. Las intervenciones en niños con trastorno del espectro autista, por su naturaleza, son complejas y variadas, a menudo con señales de alarma para iniciar el estudio de un posible trastorno del espectro autista.

No observar sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses, no responder a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses, no balbucear a los 12 meses, no hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses, no decir palabras sencillas a partir de los 16 meses. Todas estas manifestaciones se presentaron en el paciente MC de manera leve a temprana edad y que no fue relevante para la madre

La comparación de niños con trastorno del espectro autista ha de ser cuidadosa, pues comparar niños con tratamiento y sin tratamiento tiende a sobreestimar el efecto de la intervención. Las variaciones en los resultados pueden deberse al diferente tiempo de seguimiento, por lo que éste debe ser adecuado y valorar el mantenimiento a largo plazo. Los resultados deben valorarse en función de la calidad metodológica de los trabajos y su potencial de sesgo. La evidencia sugiere elementos comunes que ha de tener un buen programa de intervención con entrada precoz en el programa, sin esperar el diagnóstico definitivo.

A pesar de las limitaciones previamente comentadas para extraer conclusiones sobre la evidencia de eficacia de las distintas intervenciones, las intervenciones conductuales han sido las únicas capaces de obtener resultados significativos en estudios bien diseñados.

Entre estas tenemos intervenciones conductuales que se basan en enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas

A pesar de que con este método se consiguen mejorar habilidades como la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación

También tenemos el análisis conductual aplicado que se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas, buscando un mecanismo de 'extinción'.

Debido a la falta de recursos y de profesionales especializados que puedan aplicar la terapia, muchos padres de niños afectados han recibido formación para realizar terapia conductual en su casa.

Las intervenciones basadas en la familia tienen como fundamento enfatizar la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para las necesidades del niño. Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia y algunas intervenciones combinan elementos de métodos conductuales. Dentro del proceso de intervención de MC se realizó la transferencia de implementar las técnicas conductuales en la rutina diaria del niño, siendo indispensable el aporte de la madre incrementando de manera gradual la tasa de respuesta positiva de los diferentes indicadores

En la intervención conductual se aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática y medible para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas objetivo (lectura, habilidades académicas, habilidades sociales, de comunicación y de la vida diaria). Ayuda a los niños a incrementar conductas, aprender nuevas habilidades, mantener las conductas, generalizar o transferir conductas a otra situación, restringir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas.

En el presente caso se corrobora que la intervención conductual, tiene resultados positivos hacia la modificación conductual que luego de 16 sesiones de intervención se registra un incremento de respuestas positivas que a pesar de quitar el reforzador primario se mantuvieron en duración y frecuencia las variables de comunicación, motricidad, contacto visual, conductas Adaptativas e interrelación social aunque en las primeras ocho sesiones no se presentó la aparición de respuestas positivas de las variables indicadas

A lo largo de la intervención se observó una disminución sustancial de conductas desadaptativas del niño MC a partir de la sesión 12, lo que facilitó el aprendizaje de habilidades sociales específicas y con una tendencia hacia el futuro de extinción total de las conductas desadaptativas ya que las técnicas conductuales fueron transferidas al hogar y reforzadas por la madre además el ambiente escolar permitió al niño ejecutar las conductas instauradas ya que estaban inmersas en su repertorio conductual.

Los resultados que se mencionan son atribuibles a las bondades que tiene el método de análisis conductual aplicado que se basa en el reforzamiento

diferencial del principio de la ley de la triple contingencia (estimulo, respuesta, estimulo) que en definitiva induce al paciente a procesos permanentes de aprendizaje y que para los pacientes con trastorno del espectro autista son fundamentales porque contribuye a una mejor calidad de vida y además el aprendizaje en un proceso continuo

Para concluir la discusión el trastorno del espectro autista constituye un conjunto de alteraciones en el neurodesarrollo que afectan de forma global a las funciones cerebrales superiores del individuo y que se expresan con un grado mayor o menor de afectación de la motricidad, inteligencia y del lenguaje.

La detección precoz es fundamental para poder incidir de manera satisfactoria e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo. Por tanto, los médicos pediatras deben conocer los signos de alarma, y ante la presencia de rasgos del trastorno del espectro autista, derivar a un centro de atención especializada.

La intervención en los niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista debe seguir un modelo multidisciplinar, que involucre no sólo a las diversas especialidades (neurólogos, psicólogos, logopedas, etc.), sino también a la familia, al entorno educativo y a la comunidad.

No existe unanimidad en cuanto al método de intervención más idóneo, pues éste se debe adaptar al entorno y a las características individuales. Dada la gran heterogeneidad de los pacientes y a la dificultad en comparar las intervenciones, resulta complicado recomendar, en base a la evidencia científica, un método u otro.

No obstante, parece que las intervenciones combinadas que integran conocimientos de varios métodos, aunque generalmente con elementos de base conductiva, realizadas en ambientes estructurados, pueden incidir de manera positiva en la adquisición de nuevas habilidades en los niños con trastorno del espectro autista.

Es importante incidir en la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento. Porque el niño vive integrado en su ambiente familiar, por lo que una adecuada información y educación redundará en un mayor aprendizaje con un menor grado de estrés e insatisfacción. La familia no sólo necesita un diagnóstico adecuado,

precisa también información, educación para saber cómo tratar a su hijo, apoyo por parte de las instituciones, solidaridad y comprensión por parte de la sociedad.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Durante la fase de pre tratamiento (aclimatamiento o rapport) se observó que debido a la condición de interrelación social afectada del niño MC se dificultó la apertura hacia el establecimiento de un vínculo apropiado de confianza.

El diagnóstico del trastorno del espectro autista fue relativamente tardío (6 años) a pesar de ya tener signos a muy corta edad, esto se debe a la falta de atención por parte de la familia.

En la intervención conductual se aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática, medible y dada la apertura establecida después del rapport se realizó la categorización de estímulos reforzadores partiendo de lo que le resultaba de interés, aceptación y placer a MC

En la técnica de modelamiento y moldeamiento, a partir de conductas naturales se pudo modificar o moldear hacia el aprendizaje o perfeccionamiento de nuevas conductas estas fueron reforzadas en corto tiempo, logrando consolidar la modificación conductual

Durante el proceso de consolidación de modificación conductual, se corroboró la eficacia del análisis conductual aplicado direccionado el trabajo de implementar conductas y habilidades sociales, en el niño con trastorno del espectro autista.

A partir de los registros obtenidos se consiguió trasladar las técnicas desarrolladas en el consultorio hacia lo cotidiano en el colegio y casa, mediante la capacitación a la madre dando como respuesta resultados favorables en un menor tiempo.

A pesar del corto tiempo de intervención, los resultados fueron favorables hacia la modificación aproximada a la conducta meta, pero para una mayor modificación e implementación de conductas es necesario realizar más intervenciones para fortalecer la implementación de conductas en su repertorio conductual.

Se considera que cada caso dentro del amplio campo del espectro del trastorno del espectro autista, tienen necesidades individuales que difiere entre un caso y otro; a pesar de la amplia gama de técnicas de modificación conductual no podemos someter ni comparar ningún caso por muy similar que sea porque la respuesta a partir de la intervención mediante el método del análisis conductual aplicado puede diferir en torno a los resultados y otros aspectos.

5.2 Recomendaciones

Llegando así a que es necesario que se siga trabajando con la técnica de economía de fichas, moldeamiento y modelamiento; la modificación conductual dando capacitación a la madre del niño para adquisición y así de esta manera facilitar su aprendizaje hacia estas conductas.

En el núcleo familiar se debe corroborar estudios anteriores puede haber un descenso en el avance se considera la necesidad de buscar nuevas técnicas para así fomentar la habilidad previamente aprendidas, y así ayudar al niño al manejo de sus necesidades sociales. Esto a partir del trabajo en intervención psicológica y por la madre, con las contingencias y registros diarios.

Con respecto a la Unidad Educativa se recomienda el establecer adaptaciones curriculares a partir de la condición y gravedad del caso direccionando hacia la inclusión en el ambiente escolar con sus compañeros y así de esta manera, facilitar el aprendizaje.

Para el ámbito social es necesario el enriquecimiento de conceptos sobre la diversidad de discapacidades para fomentar la tolerancia y brindar el soporte social que apoya a la familia y al niño, de esta manera poder permitir la distinción y una ayuda oportuna. Lo referente a centros de salud lamentablemente como país tenemos una falencia a la hora del diagnóstico y la intervención temprana debido al alcance a centros de salud especializados o la capacidad de los profesionales a la hora del diagnóstico, esto imposibilita la intervención temprana y la orientación a la hora de buscar ayuda de atención integral para el paciente.

En el presente caso es necesario que se siga trabajando con la técnica de economía de fichas, moldeamiento y modelamiento; la modificación conductual

dando capacitación a la madre del niño para la adquisición de conocimientos y técnicas y de esta manera facilitar al niño su aprendizaje hacia estas conductas

A la Unidad Educativa donde el niño asista se recomienda el establecer adaptaciones curriculares a partir de la condición y gravedad del caso direccionando hacia la inclusión en el ambiente escolar con sus compañeros y así de esta manera, facilitar el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz, J. *“Psicología e intervención clínica”*. (2016). México, Editorial Universitaria.
- Alessandri, D; Mundy, R. (2005). *¿Podemos curar el autismo? Neuroeducación*. Volumen # 40
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico de trastornos mentales*. (2014). Editorial Panamericana.
- Attwood, T. *Síndrome de Asperger*. (1998). España. Editorial Paidós.
- Barlow, D; Durand, M. *Psicofisiológica*. (2004) España. Librería Vinci.
- Beck, A. *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. (1976) Estados Unidos. Editorial Penguin Books.
- Caballo, V. 1986. Manual de evaluación y entrenamiento en Habilidades Sociales. Editorial Segal. España.
- Caballo, V. *Manual de evaluación y entrenamiento en Habilidades Sociales*. (1993). España. Editorial Segal.
- Delgado, M. (2018). Aspectos clínicos y etiológicos del autismo. *Revista Neurológica*.
- Castaño, P. *Modelo de intervención global en personas con trastorno del espectro autista*. (2002) Colombia. Editorial Panamericana.
- Cooper, J; Heron, T; Heward, W. *Applied Behavior Analysis*. (2008). Estados Unidos. Editorial Cloth.
- Doering, A. *Uso de modelos de “series temporales” como técnicas de análisis de diseños conductuales”*. (2012).España. Editorial Segal.
- Escolá, A. *Autismind*. (2018). España. Editorial Autismo Diario.
- Ferraces, M; Godis, A; García, J. *Como realizar una estadística científica en ciencias sociales de la educación y la salud*. (2016). España.
- Gonzales, J. *Comportamiento Pro Social y agresivo en niños*. (2015). España. Editorial Segal.

- Kanner, L. *Psiquiatría Infantil*. (2000). Argentina. Editorial Paidós.
- Kelly, J. *Entrenamiento de Habilidades Sociales*. (2002). España. Editorial Rescleé de Broower.
- Maraback, J; Martínez, A. *Autismo en edad infantil los problemas de la comunicación*. (2009). España. Editorial Cuídate Plus.
- Michelson, L. *Las habilidades sociales en la infancia*. (1999). Estados Unidos. Editorial Martínez Roca.
- Montalva, N; Quintanilla, V y Solar, D. (2012) Functional Communication Training in the treatment of problema behavior maintained by Access to rituals. *Pubmed*.
- Mulas, A; Cervera, P. *Modelos de intervención en niños con autismo*. (2010). España. Revista Neurológica.
- Nezu, A; Arean, P. *Autismo*. (1991). Venezuela, Editorial Aasazul.
- Paullin, J; Aguado, A. *Psicología e intervención clínica*. (2016) México, Editorial Universitaria.
- Piñeros A, Ortiz, G. *Conceptos Generales sobre el ABA en niños con Trastorno del Espectro Autista*. 2012. España. Revista Unal
- Riviere, A. *Orientación para intervención educativa*. España. Librería Alcalá.
- Ruiz, M; Díaz, M; Villalobos, A. *Manual de Técnicas de Intervención*. (2011). México. Librería Dela.
- Reboredo, C. *Espectro Autista*. (2017). Argentina. Editorial Doble/E.
- Ribes, E. *Técnicas de Modificación de Conducta*. (1980). Colombia. Editorial Trillas.
- Tintaya, P. *Proyecto de Investigación*. (2008). Bolivia. Editorial IEA.
- Trivisonno, C. *Introducción al enfoque ABA en autismo y retraso del desarrollo*. (2010). Argentina. Grupo Alter.
- Torró, A; Peydro, J. *Trastorno del Espectro Autista*. (2007). España. Editorial Paidós.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Observación para el Diagnostico del Autismo

ADOS-2

Matricula: 2012-0513CTM

Sexo: Masculino

Empresa: EPSAS

Fecha de nacimiento: 13-05-2012

Fecha de evaluación: 12-01-2021

AFECTACIÓN SOCIAL (AS)

Comunicación	
Frecuencia de la vocalización espontanea dirigida a otros	1
Señalar	
Gestos	0
Interacción social reciproca	
Contacto visual inusual	2
Expresiones faciales dirigidas a otros	2
Integración de la mirada y otras conductas	2
Disfruta compartiendo durante las interacciones	1
Mostrar	2
Iniciación espontanea de la atención conjunta	2
Respuesta de atención conjunta	2
Características de las iniciaciones sociales	2
TOTAL	16

COMPORTAMIENTO RESTRINGIDO Y REPETITIVO (CRR)

Comportamientos restringidos y repetitivos	
Estimulación de la socialización o verbalizaciones	2
Uso estereotipado de palabras o frases	
Interés sensorial inusual musical, juego ó personas	0
Mecanismos complejos de manos y dedos	2
Interés repetitivo o comportamiento estereotipado	2
TOTAL	6

PUNTUACIÓN TOTAL GLOBAL (AS+CRR)	22
---	-----------

CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO:

Clasificación del ADOS 2: "Autismo"

Diagnostico General:

Nivel de síntomas
asociados al autismo
MODERADO

FIRMA Y SELLO

Anexo 2: El Cuestionario M-CHAT

Matricula: 2012-0513CTM

Sexo: Masculino

Empresa: EPSAS

Fecha de nacimiento: 13-05-2012

Fecha de evaluación: 14-01-2021

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta cómo su hijo/a se comporta habitualmente. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda no. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

Nº	CONSIGNA	RESPUESTAS	
		SI	NO
1.	Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)		X
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	X	
3.	¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)		X
4.	¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	X	
5.	. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)		X
6.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)		X
7.	Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)		X
8.	¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)		X
9.	¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)		X
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	X	
11.	¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?		X
12.	¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)		X
13.	¿Su hijo/a camina solo?	X	
14.	¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?		X
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	X	
16.	Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando? Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?		X
17.	¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")		X

18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)	X	
19.	. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?) SÍ NO	X	
20.	. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)		X

PUNTUACIÓN TOTAL GLOBAL	MODERADO
-------------------------	----------

CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO:

Clasificación del M-CHAT: “Autismo”

Diagnostico General:

Nivel de síntomas
asociados al autismo

MODERADO

FIRMA Y SELLO

Anexo 3: Prueba de Validez de Autismo

Cleila Rebordeo (2015)

1.

Prefiere hacer cosas con otros a hacerlas solo/a.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

2.

Le gusta hacer las cosas siempre de la misma manera.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

3.

Cuando trata de imaginarse algo, le resulta muy fácil hacerse una imagen en su mente.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

4.

Con frecuencia queda tan absorto/a en una actividad que parece no darse cuenta de las cosas que suceden a su alrededor.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

5.

A menudo le llaman la atención sonidos tenues que otras personas no suelen notar.

- Acuerdo Total

- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

6.

A menudo le llaman la atención los números de las casas, matrículas de coches, números impresos en carteles o información similar.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

7.

La gente suele decirle (o me dicen a mí) que ha hecho o dicho algo descortés, aunque mi hijo/a no sea consciente de ello.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

8.

Cuando lee un cuento, le resulta fácil imaginarse cómo son los personajes.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

9.

Le fascinan las fechas.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

10.

Cuando está con otras personas, puede seguir diferentes temas de conversación.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

11.

Se desenvuelve con facilidad en distintas situaciones sociales.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

12.

Suele fijarse en detalles que a otros no les llaman la atención.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

13.

Se sentiría más a gusto en una biblioteca que en una fiesta de cumpleaños.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

14.

Inventa historias con facilidad.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

15.

Le interesan más las personas que las cosas.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

16.

Algunas cosas le interesan mucho y se enoja cuando no se le/la deja dedicarse a ellas.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

17.

Le gusta la cháchara social.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

18.

Cuando habla no siempre es fácil para los demás meter baza.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

19.

Le fascinan los números.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

20.

Cuando lee un cuento le cuesta identificar las intenciones o sentimientos de los personajes.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

21.

No le gustan los cuentos de historias de ficción.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

22.

Le cuesta hacer nuevos amigos.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

23.

Siempre está encontrando patrones o regularidades en las cosas.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

24.

Le gusta más ir al cine que a un museo.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

25.

No se altera cuando se le cambia su rutina diaria.

- Acuerdo Total
- Acuerdo Parcial
- Desacuerdo Parcial
- Desacuerdo Total

Anexo 4: Prueba de Medición de Habilidades Sociales en Autismo

Martha Saenz (2020)

1. Me siento cómodo conociendo gente nueva en eventos sociales. ¿Cómo te describe esta frase?

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Nada de acuerdo

2. Normalmente eres capaz de predecir la conducta de los demás.

- Casi siempre
- A menudo
- En ocasiones
- Casi nunca

3. ¿Suelen decirte que pareces demasiado serio o arrogante?

- Mucho
- A menudo
- Alguna vez
- Nunca

4. ¿Qué emoción está expresando?



- Enfado
- Asco
- Angustia
- Miedo

5. Quieres convencer a un amigo para ir a ver una película que a él no le va a gustar nada. ¿Qué le dices?

- Le digo que yo he hecho muchas cosas por él y que me debe esta
- Le digo que aunque sé que no le va a gustar, preferiría ir con él porque es mi amigo
- Le digo que la película no es tan mala y que creo que le va a gustar
- Le digo que si me acompaña a esta, yo le acompañaré a la próxima que él quiera

6. ¿Te cuesta encontrar buenos temas de conversación?

- Mucho
- Bastante
- Un poco
- Nada

7. Tu amigo mantiene una relación tóxica con su pareja y quieres ayudarle, ¿qué haces?

- Le dices que tiene que dejar a su pareja antes de que sea tarde
- Quedas con él para escucharle y ofrecerle tu apoyo
- Evitas hablar del tema, son asuntos personales
- Le pones un ejemplo de alguien que rompió su relación tóxica y ahora es feliz

8. Estás en una fiesta de cumpleaños con un grupo de conocidos. ¿Cómo definirías tu actitud?

- Soy el rey de la fiesta
- Sus temas de conversación suelen aburrirme
- Estoy metido en la mayoría de conversaciones
- Escucho y prácticamente no hablo

9. ¿Te cuesta mucho tiempo llegar a conocer bien a alguien?

- Mucho
- Bastante
- Poco

Nada

10. ¿Cada cuánto llamas o escribes a un amigo simplemente para preguntarle cómo le va?

Varias veces a la semana

Una vez a la semana

Una vez al mes

Casi nunca lo hago

11. Un amigo tuyo ha recibido malas noticias y quiere hablar contigo. ¿Cómo situarías tu cuerpo si estuviera sentado delante de ti?

Me reclinaría en mi silla para que me viera relajado

Me levantaría y le daría un abrazo

Me levantaría y le daría unas palmadas en la espalda para que viera que me importa

Me pondría de frente, a la altura de sus ojos y me inclinaría hacia él

12. En esta foto, ¿qué está expresando la mujer?



Cansancio

Preocupación

Aburrimiento

Interés

13. ¿Sueles evitar los conflictos personales y cuando te metes en uno te pones muy nervioso?

Mucho

Bastante

Poco

Nada

14. ¿Te sientes cómodo expresando tus emociones y sentimientos?

Mucho

Bastante

Poco

Nada

15. ¿Cómo reacciones frente las situaciones en las que se espera que socialices con gente?

Lo llevo fatal

No me siento demasiado cómodo

No suelo tener problemas

Me encantan

16. En las conversaciones, ¿sueles acompañar tus palabras con gestos de las manos?

Mucho

Bastante

Poco

Nada

17. ¿Te resulta fácil controlar tus emociones y mantenerte relajado cuando eres el centro de atención?

Muy fácil

Bastante fácil

Me cuesta un poco

Me resulta muy difícil

18. Has empezado a quedar con un amigo tuyo que siempre llega tarde. ¿Cómo manejarías la situación la próxima vez?

Le diría que es muy desconsiderado y que tiene que respetar mi tiempo

No le diría nada, si digo algo es probable que se enfade

- Le diría que me parece poco considerado llegar tarde cuando hemos hecho planes juntos
- No le diría nada pero le mostraría mi malestar con mi lenguaje corpora

Anexo 5: Prueba Grado de Estadio Autista

Federico Scomoll (2019)

1. Es difícil para mí entender cómo se sienten otras personas cuando estamos hablando.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

2. Algunos estímulos ordinarios que no molestan a los demás me provocan mucho desagrado.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

3. Algunas texturas se sienten muy molestas al tocar mi piel.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

4. Es muy difícil para mí trabajar y funcionar en grupos.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

5. Es difícil descubrir lo que otras personas esperan de mí.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

6. A menudo no sé cómo actuar en situaciones sociales.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

7. Puedo relacionarme y conversar con la gente.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

8. Cuando me siento abrumado, tengo que aislarme para calmarme.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

9. Cómo hacer amigos y socializar es un misterio para mí.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

10. Cuando hablo con alguien, tengo dificultades para saber si es mi turno de hablar o escuchar.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

11. A veces tengo que taparme los oídos para bloquear ruidos dolorosos (como aspiradoras o personas que hablan demasiado o demasiado fuerte).

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

12. Puede ser muy difícil leer los movimientos de la cara, la mano y el cuerpo de alguien cuando estamos hablando.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

13. Me concentro en los detalles más que en la idea general.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

14. Tomo las cosas demasiado literalmente, así que a menudo no entiendo lo que las personas intentan decir.

- Ocurre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

15.Me enojo muchísimo cuando la forma en que me gusta hacer las cosas cambia repentinamente.

- Ocorre Ahora
- Ocurrió cuando Joven
- Nunca Ocurrió

Anexo 6: Consentimiento Informado

Consentimiento informado

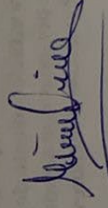
El consentimiento informado es la potestad que usted tiene para decidir libremente, la aceptación o el rechazo de la aplicación del Análisis Conductual Aplicado a su hijo después de recibir la información respectiva.

Este pretende una duración de 40 sesiones aproximadamente, sin embargo, puede retirarse en el momento en que tenga algún percance o simplemente no le convenza el método.

Nombre: Maria Luisa Terraza

Nombre del Niño: Mario Condorco Terrales

CI: 0432437 02.



Anexo 7: Pictogramas



Escuchar música 	Andar en skate 	Estiramientos 	Acostarse 	Levantarse 	Rompe Cabezas
Ir al mercado 	Elegir 	Descansar 	Cenar 	Merienda 	Comprar
Bailar 	Video juegos 	Nadar 	Jugar futbol 	Desayunar 	Almorzar
	OTRAS ACTIVIDADES 				

Anexo 8: Registros Conductuales
(TERS- TRALET-RESPUESTA-REFORZADOR)

Sesión: 5

Tiempo	Respuesta	Reforzador
5'18''	Ninguna	Ninguno
12'22''	Ninguna	Ninguno
23'11''	Ninguna	Ninguno
32'24''	Ninguna	Ninguno
37'08''	Ninguna	Ninguno

Sesión: 6

Tiempo	Respuesta	Reforzador
7'09''	Ninguna	Ninguno
10'13''	Ninguna	Ninguno
11'27''	Ninguna	Ninguno
16'43''	Ninguna	Ninguno
21'09''	Ninguna	Ninguno
35'33''	Ninguna	Ninguno
37'54''	Ninguna	Ninguno
44'03''	Ninguna	Ninguno

Sesión: 7

Tiempo	Respuesta	Reforzador
4'54''	Ninguna	Ninguno
14'09''	Ninguna	Ninguno
15'23''	Ninguna	Ninguno
16'04''	Ninguna	Ninguno
23'23''	Ninguna	Ninguno
27'38''	Ninguna	Ninguno
33'32''	Ninguna	Ninguno
41'06''	Ninguna	Ninguno
43'56''	Ninguna	Ninguno

Sesión: 8

Tiempo	Respuesta	Reforzador
3'21'	Ninguna	Ninguno
9'17''	Ninguna	Ninguno
11'15''	Positiva	Positivo
14'34''	Ninguna	Ninguno
22'16''	Ninguna	Ninguno
26'58''	Ninguna	Ninguno
34'56''	Ninguna	Ninguno

35'11''	Ninguna	Ninguno
43'22''	Ninguna	Ninguno

Sesión: 9

Tiempo	Respuesta	Reforzador
2'44''	Positiva	Positiva
22'11''	Ninguna	Ninguno
16'33''	Ninguna	Ninguno
16'54''	Ninguna	Ninguno
21'32''	Ninguna	Ninguno
42'22''	Positiva	Positiva

Sesión: 10

Tiempo	Respuesta	Reforzador
2'22'	Positiva	Positivo
3'25'	Positiva	Positivo
15'18''	Ninguna	Ninguno
19'56''	Ninguna	Ninguno
35'22''	Positiva	Positivo
43'28''	Ninguna	Ninguno
45'32''	Ninguna	Ninguno

Sesión: 11

Tiempo	Respuesta	Reforzador
1'54''	Positiva	Positivo
12'32''	Ninguna	Ninguno
17'11''	Ninguna	Ninguno
23'44''	Positiva	Positivo
28'56''	Ninguna	Ninguno
36'45''	Ninguna	Ninguno
45'00''	Positiva	Positivo

Sesión: 12

Tiempo	Respuesta	Reforzador
1'52''	Positiva	Positivo
3'09''	Positiva	Positivo
11'15''	Ninguna	Ninguno
12'23''	Positiva	Positivo
17'32''	Ninguna	Ninguno
19'32''	Positiva	Positivo
22'19''	Ninguna	Ninguno
23'54''	Ninguna	Ninguno
32'48''	Ninguna	Ninguno

37'54''	Positiva	Positivo
42'45''	Positiva	Positivo

Sesión: 13

Tiempo	Respuesta	Reforzador
0'59''	Positiva	Positivo
4'54''	Positiva	Positivo
10'45''	Ninguna	Ninguno
11'32''	Positiva	Positivo
17'32''	Ninguna	Ninguno
18'56''	Positiva	Positivo
21'19''	Positiva	Positivo
24'43''	Ninguna	Ninguno
28'45''	Ninguna	Ninguno
33'03''	Positiva	Positivo
42'41''	Positiva	Positivo

Sesión: 14

Tiempo	Respuesta	Reforzador
2'12''	Positiva	Positivo
3'19''	Positiva	Positivo
4'15''	Ninguna	Ninguno
7'33''	Positiva	Positivo
11'02''	Ninguna	Ninguno
14'27''	Positiva	Positivo
16'17''	Ninguna	Ninguno
19'54''	Ninguna	Ninguno
22'46''	Ninguna	Ninguno
27'56''	Positiva	Positivo
34'45''	Positiva	Positivo
36'18''	Ninguna	Ninguno
37'57''	Ninguna	Ninguno
38'02''	Ninguna	Ninguno
39'21''	Positiva	Positivo
40'05''	Positiva	Positivo
41'22''	Positiva	Positivo
43'02''	Positiva	Positivo
43'58''	Ninguna	Ninguno
44'05''	Positiva	Positivo
44'59''	Positiva	Positivo

Sesión: 15

Tiempo	Respuesta	Reforzador
1'02''	Positiva	Positivo

2'29''	Positiva	Positivo
3'17''	Ninguna	Ninguno
7'32''	Positiva	Positivo
10'12''	Ninguna	Ninguno
11'22''	Positiva	Positivo
13'15''	Ninguna	Ninguno
15'07''	Ninguna	Ninguno
17'45''	Ninguna	Ninguno
19'53''	Positiva	Positivo
20'44''	Positiva	Positivo
22'43''	Ninguna	Ninguno
25'56''	Ninguna	Ninguno
27'02''	Ninguna	Ninguno
29'22''	Positiva	Positivo
32'15''	Positiva	Positivo
35'56''	Positiva	Positivo
36'34''	Positiva	Positivo
38'54''	Ninguna	Ninguno
39'05''	Positiva	Positivo
40'59''	Positiva	Positivo
41'01''	Ninguna	Ninguno
42'03''	Positiva	Positivo
42'35''	Positiva	Positivo
43'20''	Positiva	Positivo
44'01''	Positiva	Positivo

Sesión: 15

Tiempo	Respuesta	Reforzador
1'45''	Positiva	Positivo
3'22''	Positiva	Positivo
3'56''	Ninguna	Ninguno
4'56''	Positiva	Positivo
9'11''	Ninguna	Ninguno
11'56''	Positiva	Positivo
12'45''	Positiva	Positivo
15'17''	Positiva	Positivo
16'47''	Ninguna	Ninguno
18'32''	Positiva	Positivo
18'44''	Positiva	Positivo
21'02''	Ninguna	Ninguno
22'53''	Ninguna	Ninguno
25'12''	Positiva	Positivo
26'32''	Positiva	Positivo
27'34''	Positiva	Positivo
31'54''	Positiva	Positivo
34'22''	Positiva	Positivo

34'58''	Positiva	Positivo
39'15''	Positiva	Positivo
40'01''	Positiva	Positivo
41'28''	Positiva	Positivo
42'32''	Positiva	Positivo
42'54''	Positiva	Positivo
43'20''	Positiva	Positivo
45'01''	Positiva	Positivo