



---

---

CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO

“FRAY ANDRÉS DE URDANETA”

NIVEL LICENCIATURA

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8853-25

PSICOLOGÍA

MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS INADECUADAS A TRAVÉS DEL MANUAL DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DE 3 A 10 AÑOS DE EDAD.

TESIS PROFESIONAL:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

BLANCA CIELO TERWOGT MARTÍNEZ

GEMA ROSELY ORTIZ CHAVARRÍA

ASESOR:

MCE. GUADALUPE ACOSTA TORRES



Coacalco de Berriozábal, Estado de México, julio 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

CAPITULO I AUTISMO.....	1
1.1 Historia y antecedentes del autismo.....	1
1.2 Terminología del autismo. ....	4
1.3 Definición de autismo. ....	5
1.4 Criterios Diagnósticos DSM 5.....	6
1.5 Afecciones asociadas.....	11
1.6 Posibles causas.....	11
1.7 Estudios Genéticos.....	12
1.8 Estudios neurobiológicos.....	14
1.9 Factor ambiental.....	15
1.10 Otros factores.....	15
1.11 Epidemiología, incidencia y prevalencia.....	16
CAPITULO II PSICOLOGÍA Y AUTISMO. ....	18
2.1 Detección.....	19
2.2 Diagnostico.....	23
2.3 Principales áreas perjudicadas.....	23
2.4 Teorías y diferentes paradigmas de explicación sobre el autismo. ....	24
2.4.1 Teoría de la mente. ....	24
2.4.2 Teoría de la función ejecutiva.....	26
CAPITULO III MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	27
3.1 Conducta. ....	27
3.2 Modificación.....	28
3.3 Terapia de Modificación de Conducta. ....	29
3.4 Conducta inadecuada.....	30

3.5 Antecedentes.....	30
3.6 Desarrollo de la intervención. ....	32
3.7 Evaluación conductual.....	33
3.8 Recolección de datos. ....	34
3.9 Línea base.....	34
3.10 Intervención.....	36
3.11 Seguimiento.....	37
3.12 Análisis funcional de la conducta.....	37
3.13 Principios básicos.....	40
3.14 Reforzamiento. ....	40
3.15 Extinción.....	40
3.16 Castigo. ....	41
CAPITULO IV METODOLOGIA. ....	43
4.1 Justificación.....	43
4.2 Delimitación.....	45
4.3 Objetivo general.....	45
4.4 Objetivos específicos.....	45
4.5 Hipótesis.....	46
4.5.1 Hipótesis de trabajo.....	46
4.5.2 Hipótesis alterna.....	46
4.5.3 Hipótesis nula.....	46
4.6 Variable independiente.....	46
4.7 Variable dependiente.....	46
4.8 Método.....	47
4.9 Escenario, materiales, sujetos.....	47
4.10 Criterios de inclusión.....	47

4.11 Criterio de exclusión .....	48
4.12 Procedimiento, muestreo, fase .....	48
4.13 Resultados y análisis de resultados. ....	49
4.14 Conclusión.....	50
ANEXOS .....	52
Bibliografía.....	62

## INDICE DE TABLAS.

Tabla 1 Cuadro comparativo de las diferentes terminologías del TEA que se presenta en el DSM en todas sus versiones.....	5
Tabla 2 Especificaciones de los diferentes niveles de intervención.....	10
Tabla 3 Características que se presenta en un desarrollo normal en los niños.....	20
Tabla 4 Signos comunes en las tres esferas afectadas en el TEA.....	24
Tabla 5 Dimensiones de conducta.....	28

INDICE DE GRAFICAS.

Grafica 1 Análisis funcional de la conducta.....	39
Grafica 2 Análisis funcional de la conducta y ejemplo.....	40

## INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta un tema que ha alcanzado auge en los últimos años y que además la información existente es escasa, cabe señalar que la causa aun es desconocida, se trata del autismo, o como formalmente es Trastorno del Espectro Autista, es una afección que se ha conocido ya tiempo atrás. Sin embargo, en el pasado fue conocido con diferentes denominaciones como esquizofrenia infantil, el cual no daba un diagnóstico o un acercamiento de acuerdo a la sintomatología que presentaba, hasta el año de 1943 Leo Kanner fue el que contribuyo al término "autismo", conforme han pasado los años se han modificado los términos y además los criterios diagnósticos.

En el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales) de igual forma, han cambiado los términos y el diagnóstico, en la versión anterior (DSM IV), el Trastorno Generalizado del Desarrollo, fue un apelativo y este abarcaba una gran gama de alteraciones conjuntándolas en este concepto, entre los cuales podemos mencionar Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno Autista, todos haciendo referencia a perturbaciones en la interacción social, comunicación y estereotipias, señales del TEA.

A partir del 2013, en la nueva versión, DSM 5, engloba y se refiere a un criterio único, ahora conocido como Trastorno del Espectro Autista, considerando niveles de evolución (leve, moderado y severo) lo cual proporciona el grado de "ayuda", que puede ser "necesita ayuda muy notable", "necesita ayuda notable" y "necesita ayuda".

Las dos esferas que entorna en la sintomatología son la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos. El primero hace referencia la deficiencia de la comunicación verbal o no verbal, mostrando poco interés e interacción social, no hay contacto visual y falta de reciprocidad en el interés, emociones por los terceros. Y con respecto al último nos habla de los movimientos repetitivos, patrones y rituales restringidos, no hay flexibilidad y se resiste al cambio de rutinas,

actividades, personas y hasta alimentos, no solo se trata de movimiento motores sino también repetidas vocalizaciones (ecolalias), asimismo mantienen intereses fijos hacia objetos, además, de la hipo o hiper sensibilidad a estímulos sensoriales, como táctiles, visuales, propioceptivos, auditivos, vestibulares, olfativos hasta gustativos. Entre otros son las características que se presenta en el trastorno del espectro autista (TEA). Como se pudo describir anteriormente, la diversidad en los signos para el TEA (trastorno del espectro autista), son amplios, los infantes diagnosticados se enfrentan a diferentes situaciones, estímulos, actividades o entornos que podrían ser aversivos para ellos, provocando algún tipo de problema conductual, el cual es una de las principales intervenciones que buscan los padres o cuidadores para la atención de su hijo.

Los problemas conductuales o conductas inadecuadas, se utilizará estos dos términos para referirnos a comportamientos excesivos o escasos de acciones que interrumpen o perturban el entorno y de quien esté presente, estas conductas son desde agresiones, berrinches, auto estimulación hasta autoagresiones, las cuales se exhiben con una intensidad, frecuencia y duración alta, siendo adverso para el desarrollo de quien las muestra.

Por esta razón surge la idea y el planteamiento de la investigación, sobre la relación que tienen las conductas inadecuadas con los niños diagnosticados con autismo y como los padres o cuidadores podrían contribuir al manejo de estas. Hago mención de los tutores, puesto que ellos son las principales personas que se encuentran la mayoría del tiempo con los niños, además, son los que requieren las herramientas necesarias para intervenir en las conductas inadecuadas, puesto que, con ellos se presentan repetidamente.

Es de igual importancia destacar sobre el comportamiento inadecuado las alteraciones que contrae en diferentes áreas, es decir, un niño con conductas inadecuadas o con faltantes de prerrequisitos básicos

(atención, seguimiento de instrucciones o imitación) difícilmente podrá permanecer sentado, no prestar la atención necesaria, no entiende el objetivo de una actividad y por consecuencia nunca habrá un aprendizaje. El método a utilizar para incrementar o decrementar conductas es la terapia de modificación de conducta.

La MC (a partir de ahora se hace referencia a la modificación de conducta), es una intervención eficaz y con resultados favorables, esta será nuestra propuesta para el abordaje de conductas inadecuadas.

La MC resulta ser de fácil aplicación y manejo para quien se dedica, en otras palabras, para los profesionales del área, aquí se presenta otro objetivo principal del trabajo, que los padres y cuidadores se conviertan en diestros en el método, como ya se hizo mención antes, los niños con autismo suelen mostrar conductas inadecuadas y sus tutores tiene que estar preparados para manipular e intervenir. La participación de los adultos tiene efectos positivos, duraderos y sobre todo pronto resultados, ya que en cualquier momento o lugar podrán aplicar las diferentes técnicas que la MC ofrece.

Extinción, reforzamiento, moldeamiento, instigación, son algunas de las técnicas que se encuentran en el manual dirigido a los padres o cuidadores de niños con Trastorno del espectro autista, dicho manual es el producto final de este presente trabajo.

La finalidad de brindar un manual de intervención conductual para padres de niños con autismo, que lleva como título "Acabando con las conductas inadecuadas de mi hij@ con autismo". En primer lugar, es que tengan información reciente sobre el autismo, segundo, que reconozcan e identifiquen lo que son conductas inadecuadas, por ejemplo, que es un berrinche, cuáles son las características principales, que comportamientos destacan, de hecho, el manual cuenta con tres más tipos de conductas inadecuadas que comúnmente se muestran. En tercer lugar, será facilitar información sobre la terapia de modificación de conducta, como los antecedentes y las fases que se deben llevar a cabo,

estas últimas tienen son una serie de pasos para obtener información de las conductas inadecuadas, a través de registros y observaciones, así da inicio para poder intervenir. Posterior se exponen las técnicas conductuales, las cuales se dividen en dos tipos, técnicas para incrementar conductas y técnicas para disminuir conductas. Se explican amablemente para su fácil y rápido entendimiento. Para este momento los lectores ya conocerán aspectos importantes y podrán tener mayor control ante situaciones problemáticas.

Para la parte última de manual se hablan sobre algunas propuestas de trabajo, se describen y detallan algunas actividades que podrían llevarse a cabo para trabajar lo aprendido.

Algunos aspectos importantes que señalar son:

- El manual es flexible, es decir, no se tiene un horario o momento específico para implementarlo, al contrario, debería hacerse cada vez que se presente una conducta inadecuada.
- Las actividades son propuestas, si se prefiere cambiar un material, no habrá ningún problema, se agiliza la creatividad y sobre todo el manejo de las técnicas por parte del adulto.
- El manual no sustituye una intervención profesional, más bien, es un plus que los padres o cuidadores participen continuamente en el beneficio del niño y la terapia.

## CAPITULO I AUTISMO.

### 1.1 Historia y antecedentes del autismo.

A pesar que nos encontramos en pleno siglo XXI el hablar sobre autismo resulta una tarea compleja, por el desconocimiento del tema, tanto por parte de profesionistas dentro del área, como de los padres, y de la misma sociedad. Desde varios años atrás ya se habían informado sobre personas que padecían algún tipo de deficiencia en el desarrollo cognitivo, afectivo, conductual, etc. Pero como tal no había una clasificación correcta para ellos, es decir, desde 1912 el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler, hizo alusión por primera vez de la palabra autismo y el concepto hacía referencia a una alteración propia de la esquizofrenia. Que tiene como etimología griega “autos” que significa “propio, uno mismo”, entonces el significado de la palabra sería “meterse en uno mismo” (Jean Garrabe de Lara, 2012). A lo que se refería Bleuler era que los pacientes esquizofrénicos vivían encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior, con la imposibilidad de poder comunicarse con los demás (Cadaveira & Waisburg, 2015). Estas pueden ser algunas características que presentan las personas con autismo, es por eso la confusión con la esquizofrenia, no estaba bien definido lo que era autismo y que esquizofrenia era y es algo totalmente diferente.

Pero en 1943 el psiquiatra estadounidense Leo Kanner da una descripción inicial del síndrome autista, en su artículo “Autistic disturbances of affective contact”. (Josep A.P & I. Paula, s.f). Gracias a este da una base fundamental de lo que hoy conocemos como TEA (Trastorno del Espectro

Autista). A partir de estudios realizados con un grupo de once niños, que presentaban características comunes. Kanner da relevancia a las alteraciones del lenguaje. Ya que, en la muestra inicial de los 11 niños, 8 de ellos tenían un lenguaje, pero no comunicaban nada, es decir, solo repetían palabras sin sentido. Otra observación de Kanner fue que los niños presentaban repeticiones monótonas (algún cambio en sus rutinas les causaba frustración). También hablo sobre el nivel cognitivo de los once niños, unos manifestaban ciertos rasgos de inteligencia. Igual menciona la dificultad que tenían algunos de los niños en la motricidad gruesa y añade que eran personas poco afectuosas. Tardo tiempo para que Kanner hiciera una delimitación del autismo de otros trastornos, por ejemplo, la esquizofrenia, reseña dada años antes por Bleuler. Era muy común confundir o no diferenciar bien la sintomatología presentadas en los trastornos, y entonces Kanner definió a una serie de manifestaciones para identificar al autismo:

- Aislamiento profundo para el contacto con las personas.
- Un deseo obsesivo de preservar la identidad.
- Una relación intensa con ciertos objetos.
- Conservación de una fisonomía inteligente
- Alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o un lenguaje desprovisto de intención comunicativa.

Un año después aparece una nueva contribución totalmente independiente a la Kanner, fue con Hans Asperger, quien en publicación Die autistischen Psychopathen im Kindesalter, Mostraba una serie de características de un grupo de niños que eran muy similares a las de Kanner. Con diferencia en los niveles cognitivos de los sujetos de Asperger, eran significativamente superiores. Todos los niños de la muestra de Asperger hablaban, e indicio que muchos de los sujetos mostraban cierto interés en temas científicos, los sujetos presentaban limitaciones en las relaciones sociales, dificultad para expresar y comprender sentimientos, la capacidad cognitiva normal (en algunos

casos) y notable déficit en los impulsos e instinto. Un dato relevante en la definición de Asperger, el considera una etiología genética, a diferencia de Kanner, a pesar que no hay nada definido. el artículo de Asperger no fue muy conocido, ya que estaba escrito en alemán y fue publicado durante la Segunda Guerra Mundial, pero en 1981 Lorna Wing hizo la traducción del trabajo de Asperger y es a quien se le atribuye el término de Síndrome de Asperger (SA) 1. Y se podría decir que se utiliza para describir un “autismo de alto nivel” y considerado como un subgrupo del autismo. (Asperger, H., 1944).

Como tal el termino espectro autista se deriva de lo heterogéneo que es el trastorno, es decir, los distintos niveles que presenta, o el grado de severidad, Trastorno del Espectro Autista (TEA), fue el concepto desarrollado por Lorna Wing y Judith Gould en un estudio realizado en 1979.

Más tarde en 1988 Lorna Wing desarrollo lo que se conoce como triada Wing, que plantea tres dimensiones fundamentales del espectro autista, aspectos que son base para el diagnóstico de autismo en los sistemas mundiales de clasificación DSM y CIE. (M. Cadaveira & C. Waisburg, 2014).

Triada Wing:

- Trastorno de la reciprocidad social
- Trastorno de la comunicación verbal y no verbal
- Ausencia de la capacidad simbólica y de conducta imaginativa

Pero para 1997 Ángel Rivière amplio a doce dimensiones que pueden aparecer dentro del espectro autista, dichas dimensiones se mencionaran en el capítulo II, para la detección del autismo.

Desde entonces el autismo ha tenido un impacto sobre la sociedad, hasta el punto que la definición y los criterios diagnósticos se han adaptado, y aunque ha incrementado la incidencia de personas diagnosticadas con autismo, aun no es muy “conocido”, es decir, todavía podemos preguntar a una persona sobre ¿qué es autismo? Y es seguro que habrá un mínimo

de personas que lo sepan, y no del todo correcto, hasta el grado que aún hay algo de discriminación para las personas con autismo o cualquier tipo de discapacidad. Se debe crear conciencia en la sociedad, que no se dejen llevar por una simple etiqueta como tal no dice nada de cómo es realmente la persona, estar conscientes de una neurodiversidad, así que las Naciones Unidas desde el 18 de diciembre del 2007 se asignó un Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo el 2 de abril. Con el fin de concienciar a toda la sociedad sobre las situaciones del autismo. A partir del 2007 año con año en varias partes del mundo se hacen diferentes tipos de eventos, por ejemplo, en la Ciudad de México todas las organizaciones involucradas con el Autismo, realizan un recorrido que parten de un punto específico de la ciudad van caminando y vestidos de color azul. Otras organizaciones hacen conferencias, así se ha ido promulgando cada vez más sobre el autismo.

Cabe señalar que para en el 2013 con el DSM 5, como tal el síndrome de Asperger es modificado, ya no como subgrupo del TGD, sino es considerado como un autismo de alto funcionamiento.

## 1.2 Terminología del autismo.

Conocer el termino de autismo puede que nos resulte algo confuso, por las múltiples etiquetas que se le han introducido, “Autismo, Síndrome de Asperger, Autismo de alto funcionamiento o bajo, Autismo profundo, Autista con Síndrome de Asperger, TGD, etc.” Son muchas palabras para referirnos a un solo termino y además de eso no hacen ver la diferencia entre ellas; Y así que el autismo se ha definido a través de diferentes textos como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) manual establecido por Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En la CIE-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde que apareció el autismo se ha reestructurando cada vez más la definición y la terminología, que considera la gran variabilidad de

manifestaciones del trastorno, tomando en cuenta que nada es igual, y todo por el paso del tiempo cambia, la sociedad, hasta el mismo ambiente pueden ser factores muy influyentes para que TEA se valla modificando.

DSM I (1942) Aportación dada por Kanner Síntoma de la esquizofrenia	Reacción esquizofrénica, tipo infantil.
DSM II (1968) Se consideraba que aparecía antes de la pubertad, por alteraciones en el desarrollo, separación de la madre, etc.	Esquizofrenia de tipo infantil
DSM III (1980) A partir de esta edición el autismo fue considerado como una categoría diagnóstica única, la cual debía cumplir seis criterios para su diagnóstico.	Autismo Infantil
DSM III-R (1987) Se modifican criterios y la Denominación	Trastorno Autista -autismo atípico.
DSM IV (1994) DSM IV-R (2000) Se incorporó el termino trastornos generalizados del desarrollo para englobar cinco categorías de autismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno Autista</li> <li>- Trastorno de Asperger</li> <li>- Trastorno de Rett</li> <li>- Trastorno desintegrativo infantil</li> <li>- Trastorno generalizado desarrollo no especificado.</li> <li>- Trastorno generalizado del desarrollo</li> </ul>
DSM 5 (2013) Se considera el Autismo como única categoría.	Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Tabla 1. Muestra un cuadro comparativo de las diferentes terminologías del TEA que se presenta en el DSM en todas sus versiones.

### 1.3 Definición de autismo.

La investigadora Utah Frith escribió en el año 2004 lo siguiente sobre las personas con autismo: “El niño con autismo suele producir en el observador una impresión de belleza cautivadora y en cierto modo de otro mundo. Es difícil imaginar que, tras esa imagen de muñeco, se oculta una anomalía neurológica sutil pero demoledora” (Frith, 2004).

El cambio actual del término para el autismo es TEA, desde luego debe haber reajustar la definición, de acuerdo a las demandas de la sociedad, tanto por la integridad de cada persona, como las necesidades,

adecuadas intervenciones y abordajes terapéuticos más personalizados. Aunque el DSM nos presenta una definición clara y que toma en cuenta la complejidad del trastorno, podemos encontrar en varias instituciones encargadas al autismo que proponen definiciones particulares, por ejemplo, CLIMA (Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo A.C.), DOMUS Instituto de Autismo, Apoyando a Angelitos con Autismo A.C., entre las reconocidas en el país.

- DSM 5 (APA, 2013): lo considera como Trastorno del Espectro Autista, que considera dos puntos de diagnóstico significativos: A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos. B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades.
- CIE-10 (OMS, 2007): Lo explica como un trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Cabe señalar que en la investigación tiene base a partir de lo marcado por el DSM 5.

#### 1.4 Criterios Diagnósticos DSM 5.

El DSM 5 presento muchos cambios en los múltiples trastornos, pero el que ha causado controversia es el diagnóstico del Autismo, como se había citado en los párrafos anteriores, se definió como un único diagnóstico, de los cinco que el DSM IV daba, solo que los síntomas se presentaran de leves a severos. El cambio a Trastorno del Espectro Autista da pauta una gran diversidad a la evaluación y no hacer grandes límites en trastornos que no se han encontrado datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguir cualitativamente trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno autista no especificado (A. Pallarès & I. Paula, s/a), por eso es necesario tener presente que cada persona diagnosticada con TEA, la manifestación de trastorno es variada, se muestra en niveles diferentes

de las áreas afectadas; A. déficit en la comunicación social y la interacción social y B. conductas estereotipadas, repetitivas, intereses y actividades restringidas (APA. 2013). Y es por eso que al momento de la evaluación se debe ser meticuloso, y saber ubicar en qué nivel de gravedad se encuentra, para proporcionar un diagnóstico adecuado.

Criterios diagnósticos del DSM 5.

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocionales varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar por responder a interacciones sociales.

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 de comunicación no verbal.

Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones vanan, 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.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (véase la siguiente tabla de especificaciones).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej. gran 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 (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (véase la siguiente tabla de especificaciones).

C. 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 limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

NOTA: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM- IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastornos generalizados del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicara el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, peros cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección medicado genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).

Con catatonía (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno de espectro autista para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Especificadores.

Los especificadores de gravedad (véase la tabla de especificaciones) pueden utilizarse para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría estar por debajo del nivel 1), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo. La gravedad de las dificultades para la comunicación social y de los comportamientos restringidos y repetitivos se debería evaluar por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no se deberían utilizar para determinar la elegibilidad y la provisión de servicios; éstas sólo se pueden desarrollar a nivel individual y a través de la discusión de las prioridades y los objetivos personales. Respecto el especificador "con o sin déficit intelectual acompañante", es necesario entender el perfil intelectual (a menudo inconsistente) del niño o del adulto con trastorno del espectro autista para interpretar las características diagnósticas. Es necesario hacer estimaciones separadas de la capacidad verbal y no verbal (p. ej., utilizando pruebas no verbales sin límite de tiempo para evaluar los posibles aspectos positivos de los pacientes con lenguaje limitado).

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.

Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.	La inflexibilidad del 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.

Tabla 2. Especifica los diferentes niveles de intervención.

### 1.5 Afecciones asociadas.

A partir de varias investigaciones realizadas se puede afirmar que alrededor de un 25 o 30% de las personas con autismo presentan algún otro trastorno, de los cuales se encuentran: (F. Cuxart, 2000)

- Ceguera y/o sordera
- Esclerosis tuberosa
- Epilepsia
- Deficiencias mentales severas o profundas.

### 1.6 Posibles causas.

No se conoce la causa específica del autismo, pero si han surgido una serie de investigaciones y estudios que dan pauta a diferentes factores que se involucran en la causa del autismo. Los factores que se implican van desde cuestiones genéticas. Dentro de los factores ambientales se mencionan aspectos que involucran cualquier cosa fuera del cuerpo que

pueda afectar la salud. Los factores neurológicos que hablan sobre afecciones a nivel SNC y como último se menciona una de las primeras teorías que su finalidad fue la relación de las vacunas y el autismo.

Cada vez va incrementado el número de personas diagnosticadas con TEA, con esto aparecen muchas más teorías y aun así no se puede saber la verdadera etiología, solo dan pautas para ir esclareciendo avances para futuros estudios, resolviendo varios problemas que nos cruzamos y sobre todo re entender más al autismo.

Pero aún no hay una etiología única y verdadera. Es por eso que el TEA se considera como un trastorno multifactorial, si cada persona con autismo es diferente, entonces su etiología cambia. Ahora vemos algunas de estas teorías que hasta ahora tiene una validez para considerarse y las que tuvieron una considerable intervención en la comunidad.

Todo tipo de estos estudios solo dan una insignificante explicación de la etiología del autismo, como tal tienen bases e interés científico, pero ninguna es considerada como única etiología dominante, más bien son pautas que permiten conocer, explorar o hasta generar nuevas interrogantes en el tema. Al respecto conviene decir que las investigaciones realizadas han sido a través de diferentes técnicas de estudio como resonancia magnética (RM), tomografía por emisión de positrones (PET), electroencefalograma (EGG) entre los más conocidos y empleados.

### 1.7 Estudios Genéticos.

Los estudios relacionados con la herencia fueron planteados mucho antes, con Hans Asperger quien menciona: “En el transcurso de diez años hemos observado más de 200 niños que mostraban todo un grado más o menos alto de autismo [y] hemos podido apreciar rasgos relacionados incipientes en padres y familiares, en todos y cada uno de los casos en los que nos ha sido posible conocerlos” (Asperger, 1944).

En la actualidad hay estudios que encuentran una gran relación en las familias con algún familiar diagnosticado con TEA, que indican un alto

grado de control genético en que vuelva aparecer el trastorno, hasta ahora no se conoce como sucede este proceso. Por ejemplo:

- En el caso de gemelos monocigóticos —procedentes del mismo óvulo—, si uno de los dos tiene TEA, el otro tiene entre el 60 y el 90% de posibilidades de tener un trastorno similar (los porcentajes obtenidos en los diversos estudios varían según la amplitud del espectro considerada), mientras que si son dicigóticos —de diferentes óvulos— la probabilidad está entre el 5 y el 10%. Esto descarta la influencia de otros factores ambientales, que serían los mismos en los dos casos.
- Cuando en una familia hay una persona con autismo, la incidencia de trastornos del continuo autista, en diversos grados, en otros miembros de la familia es muy superior a la normal. Uno de los estudios más numerosos, hecho en Suecia sobre un total de 100 niños y jóvenes con diagnóstico de Asperger entre 5 y 24 años — todos hombres—, en 70 de las 100 familias se detectaron uno o más parientes que tenían documentados problemas importantes en el ámbito de los TEA. Esto es además una clara confirmación de la continuidad del espectro autista, que no está formado por trastornos independientes, sino por manifestaciones diversas de un único trastorno.

Seguramente estos datos a simple vista nos resultan muy comprometedores para la etiología “verdadera” pero aún carecen de bases que puedan confirmar que esto sería una de las causas del autismo. Sin embargo, existen otros estudios que hablan sobre un cromosoma que puede ser la base del autismo, conocido como el síndrome X frágil.

Otro estudio cromosómico no muy conocido menciona que existen algunas anomalías en el cariotipo, es decir un conjunto de cromosomas de una célula, el planteamiento de este estudio es que excepto los cromosomas 7, 14, 19 y 20, el resto de los 23 pares han sido implicados

de alguna manera en el TEA. Pero esta hipótesis carece de bases científicas para poder asegurarse como etiología del autismo (Ángel Diez Cuervo, 1994).

### 1.8 Estudios neurobiológicos.

En este apartado sugiere que la aparición del autismo puede ser causada por una alteración, anomalías estructurales o proceso infeccioso en el SNC. Algunas de las investigaciones realizadas hasta el momento coinciden en que existen anomalías anatómicas en las porciones inferiores de los hemisferios cerebeloso, acompañadas por pérdida celular (M. Cadaveira & C. Waisburg, 2014) estos cambios estructurales son coherentes a una afección prenatal cerca de las 30 semanas de gestación.

Al mismo tiempo resaltan estudios que revelan alteraciones en el cerebelo por unos escasos de las células de Purkinje, pérdida de las células granulares y de las neuronas de los núcleos profundo cerebeloso. El cerebelo influye en el comportamiento de las personas. Y también se ha encontrado una densidad de neuronas en el hipocampo, la amígdala y sistema límbico, zonas que se relacionan con las emociones, agresividad y el aprendizaje.

Se está contemplando la idea de que en el autismo están alteradas las vías que conectan los lóbulos frontal y temporal con el sistema límbico. (Amodia de la Riva, Juan y Andrés Fraile, Ma. Auxiliadora s.f.)

Cabe mencionar que unos estudios de tipo neurobiquímicos afirman que las personas con autismo presentan una elevación de los niveles de serotonina, neurotransmisor implicado con la regulación del sueño, ansiedad, agresividad y estados afectivos (M. Cadaveira & C. Waisburg, 2014).

De acuerdo con la anterior nos hace pensar que todo este tipo de cuestiones genéticas, alteraciones en neurotransmisores, perturbaciones en la estructura o infección en SNC, puede ser resultado de algún proceso ambiental, a continuación, se mencionara este aspecto.

### 1.9 Factor ambiental.

Más allá de conocer cuál es la causa del autismo y que lo provoca, se debe tener en cuenta que es algo multifactorial. Como se ha ido mencionado los factores de tipo genéticos o neurobiológicos repercuten en muchos de los casos de personas con TEA, otro eslabón que contribuye más en la aparición de trastorno es el ambiente.

El factor de ambiente se considera desde antes de la concepción, durante la gestación y después del nacimiento. Es decir, durante estos periodos la madre pudo haber estado expuesta a diversas condiciones que perjudiquen la salud del feto. Entre algunos ejemplos se encuentra: (V. Aragón, 2010)

- Origen Contacto Viral. Es muy conocido el efecto que tienen algunas infecciones virales durante el embarazo, la rubéola durante el embarazo suele provocar numerosas anomalías congénitas
- Intoxicación por metales pesados. La intoxicación por mercurio presenta síntomas similares a los del autismo.
- Factores obstétricos. Existe una correlación importante entre las complicaciones obstétricas y el autismo. Algunos investigadores opinan que esto podría ser indicativo de una predisposición genética nada más. Otra posibilidad es que las complicaciones obstétricas simplemente amplifiquen los síntomas del autismo.
- Estrés. Las reacciones al estrés en las personas autistas son más pronunciadas en ciertos casos.
- Ácido Fólico. El ácido fólico afecta la producción de células, incluidas las neuronas. Pero la comunidad científica no ha tratado todavía profundamente este tema de forma exhaustiva.

### 1.10 Otros factores.

Las vacunas y autismo. Este tema fue muy controvertido años atrás, la cuestión era que aplicar ciertas vacunas podrías “contraer” autismo, esto se escuchaba algo muy perturbado, pero para ese tiempo fue creíble que causaba pánico en la sociedad, tanto que varias personas evitaron las

vacunas. Es por eso que, en el 2001, el Instituto de Medicina (IOM) y la academia Americana de Pediatría (AAP) dieron a conocer resultados de investigaciones sobre una posible conexión entre las vacunas y el autismo, los resultados fueron negativos (Halsey y colegas 2001). Durante estas investigaciones lo notable fue una gran cantidad de mercurio en la sangre en algunos niños de estudio.

#### 1.11 Epidemiología, incidencia y prevalencia.

La verdad es que en los últimos años ha ido incrementando el número de casos diagnosticados con TEA, y ahora con los nuevos criterios diagnósticos del DSM 5, puede que nos encontremos con muchas más personas con el trastorno que no sabían o personas ya diagnosticadas con TEA se erróneo. A continuación, se presentan algunas cifras y/o datos relacionados al TEA.

- La organización mundial Autism Speaks señala que una de cada 88 personas que nacen tiene el trastorno autista, el cual aumenta cada año en un 20 por ciento.
- En marzo del 2013, el centro para control y la prevención de enfermedades (CDC) de los estados unidos publicó un estudio en el que se consigna una prevalencia del 2%, es decir que uno de cada cincuenta niños tendría un diagnóstico de autismo.
- Entre un 25-30 por ciento de las personas con autismo presentan algún trastorno médico asociado, siendo los más frecuentes la epilepsia, la esclerosis tuberosa, ceguera, sordera y neurofibromatosis entre otros.
- Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México alrededor de 40 mil niños padecen de autismo, aunque se desconoce el número de adultos con este padecimiento.
- Estadísticamente en México se encuentra que este padecimiento se presenta en uno de cada 115 niños, es decir, que casi el 1% de todos los niños en México tienen autismo.

- El autismo es más frecuente en varones que en mujeres, en una proporción de uno a tres o de uno a cuatro. Además, las mujeres tienden a estar más afectadas que los varones, cuando lo padecen. Todo esto nos lleva de nuevo a una explicación genética del trastorno.

## CAPITULO II PSICOLOGÍA Y AUTISMO.

En el capítulo anterior nos permitió dar a conocer y comprender mejor que es autismo, algunas teorías y posibles causas y sobre como cada año se van sumando el número de casos conocidos, es decir, se estudió los aspectos generales sobre autismo.

Así que en este presente capítulo se hablara sobre una de las áreas que participa más en el estudio del autismo, que es la psicología, dentro de esta área se han logrado grandes avances para la evaluación, intervención y como la formación de programas especializados para las personas con TEA. Cabe señalar que no solo la psicología debe recibir todos los halagos relacionados con el autismo, también son bien conocidas que las áreas de la medicina, educación especial, nutrición, neurología, pedagogía, biología, entre otras, tienen una gran participación en el trastorno del espectro autista. Pero este trabajo se enfocará en el área de la psicología.

El trabajo con personas con TEA, a veces resulta un poco complicado, en cuanto con la ayuda de la psicología permite realizar una evaluación, formar un diagnóstico y sobre todo a elaborar un plan de trabajo especializado para cada persona, se debe considerar que este plan puede ir tomando ajustes o modificarse por completo dependiendo de los avances o si se presentan algunos retrocesos. Así que en esta parte se aclararan esos puntos, sumamente importantes para la labor con el TEA.

## 2.1 Detección.

Si un niño tendrá autismo mucho antes de nacer es imposible asegurarlo, ya que el autismo no es como otro tipo de trastorno, enfermedad o síndrome que se puede observar a simple vista. Como tal el autismo no tiene una manifestación física, solo a través de ciertos aspectos anormales del desarrollo del niño puede dar pautas para una sospecha de TEA.

Algunos rasgos de autismo son identificados durante los primeros meses de vida de los niños, en ese momento hay padres que lo notan y saben que sucede algo con sus hijos, si deciden tomar cartas en el asunto se pronostica que el niño puede tener un futuro prometedor, pero hay padres que lo dejan pasar y no hacer nada. E igual puede haber padres que no noten nada extraño en su hijo hasta muchos años después. Muy pocos niños sospechosos de autismo (o similar) son derivados a los profesionales o servicios especializados antes de los tres años habiéndose perdido por tanto un tiempo precioso para la implementación de un programa de atención (F. Mendizábal Aguirre, 1994). Esto resulta algo alarmante, ya que un diagnóstico temprano puede ser favorable para las personas.

Conocer los hitos del desarrollo normal en los menores será de gran ayuda, es decir, identificar, evaluar habilidades concretas, como área de comunicación, lenguaje, motriz, social, entre otras en el libro Evaluación del desarrollo infantil, practica e investigación con el inventario de habilidades básicas Romay M, Martha (2009).

La detención del autismo se presenta en los primeros meses hasta los dos años, y cuando se manifiestan los síntomas, aun mas, es por los 3 a 4 años, se considera cuando el infante entra a preescolar, o más bien cuando se presenta una demanda más grande para el niño.

Para identificar mejor el TEA, se presentará en la tabla 4 algunas características de un desarrollo neurotípico de un infante, y posterior se enlistará las características que se manifiestan en el TEA.

Edad	Características
3 meses	Él bebe ya fija su mirada, sostiene la cabeza, realiza seguimientos visuales, logra conciliar mejor el sueño, aparece SONRISA SOCIAL, responde a sonidos del ambiente.
3 a 6 meses	El niño se orienta con mayor precisión hacia sonidos provenientes del entorno, balbucea con la intención de llamar la atención, juega con sus pies y manos, ríe más, identifica a sus padre y familiares cercanos
6 a 9 meses	Identifica cuando alguien no está presente (extraña), se esfuerza por alcanzar objetos lejanos, se sienta, gatea, aplaude, explora los juguetes, los manipula, repite silabas sueltas.
9 a 12 meses	Explora más los objetos desconocidos, puede meterlos a la boca, gatea con el fin de explora el medio, se pone de pie con ayuda, empieza a decir palabras como "mamá" "papá". Entiende órdenes sencillas, provoca la COMUNICACIÓN, imita sonidos y gestos.
12 a 18 meses	Ya camina solo, se INTERESA por los demás niños, señal, nombra objetos, identifica partes del cuerpo e incrementa el lenguaje.

Tabla 3. Características que se presenta en un desarrollo normal en los niños.

Como se había mencionado antes la edad crucial para la detección del autismo es dentro de los primeros meses hasta casi los dos años, en la tabla anterior se mencionan claramente algunos aspectos de un desarrollo convencional, a partir de estos puntos se puede ir descartando o ir descubriendo sobre algunos retrasos en las adquisiciones que el niño debe tener, algunas conductas o comportamientos que se esperan en la edad.

Ahora se mencionarán algunas características que se manifiestan en el TEA durante un desarrollo atípico.

- A los tres meses el pequeño no siga la con la mirada.
- Que parezca que no le guste que lo levanten o el abracen.
- Durante los cuatro meses no sonría, no produzca algún sonido.
- No le guste jugar con otra persona
- A los 6 meses no haya empezado a manipular los juguetes
- No haya juego simbólico
- No mantiene contacto visual
- A los 12 meses no balbucea nada
- Sufre la perdida de una habilidad del lenguaje o social a cualquier edad

Estos indicadores son en forma general, pero si se quiere tener específico los indicadores que se manifiestan a cierta edad, se puede consultar autismspeaks que es una página totalmente especializada en el trastorno del espectro autista, investigaciones, información, algunos manuales, guías para padres y especialistas, etc. Así que la página da la oportunidad para conocer con precisión los aspectos del TEA a partir de la edad cronológica.

Se considera que la inmensa mayor parte de los casos se identifican mucho antes de los 30 meses y, de hecho, un gran porcentaje de la gente nota dificultades en los primeros seis meses de vida, muchos para los doce y algunos para los 18 (Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Santos Borgujo, J., Martín Cilleros, M. V., Ferrari, M. J., Martínez Velarte, M., Guisuraga Fernández, Z., Boada Muñoz, L., Rey, F., Franco Martín, M., Fuentes Biggi, J., & Posada de la Paz, M. 2006). En este punto de detección es fiable tener una vigilancia constante en el niño cuando se muestran algunos síntomas de autismo, para ello ya que existen en el mercado diferentes guías de ayuda para los padres o el internet es una buena fuente de información para identificación del autismo. Pero lo más conveniente es acudir con un especialista, en este caso podría ser psicólogo dentro del área de la educación especial, el cual le realizara una evaluación a través de diferentes pruebas para formar un diagnóstico más certero y así poder adecuar un plan de trabajo funcional para el niño.

Así que en una intervención temprana hay un pronóstico positivo para la intervención, en este momento de las manifestaciones tempranas, lo ideal sería acudir con los profesionistas, el cual podrá dar un diagnóstico mucho más certero.

El panorama del espectro autista es bastante amplio para diagnosticarse, aquí he de referirme también a lo mencionado en el capítulo anterior, ya que no se presentan características físicas observables, no hay un estudio que dé indicadores del trastorno, como un gen definido para el

TEA, anomalías específicas en funcionamiento o estructura del cerebro, desviaciones en un EEG, o TAC, entre otros, es de mera importancia de quien realice el diagnóstico para el TEA, es un experto en el área, como un psicólogo, que es capaz de discriminar, observar, realizar diversas hipótesis, y sobre todo realizar un diagnóstico basado en el DSM5. Ciertamente es que el psicólogo no llevara a cabo todo el trabajo, el autismo implica una intervención multidisciplinar, es decir, habrá la participación de terapeutas de otras áreas (integración sensorial, teoría de la mente, lenguaje, etc.).

Como primera parte del trabajo será corroborar lo observado por los padres y por medio de una historia desde la infancia. Es parte de una pequeña valoración, ya que solo las primeras observaciones son para detectar al TEA, si realmente es, o podría ser algún desfase en el desarrollo u otro tipo de trastorno, identificar en que posible nivel se encuentra y hasta ir formulando una intervención.

Para la exploración del TEA, existen una serie de instrumentos y escalas de diferentes niveles de aplicación, que permite descartar el diagnóstico de rasgos de TEA o para hacer valoración posterior para aquellos que, si puntúan positivo a un diagnóstico de TEA, son instrumentos para tempranas edades. A continuación, se presentan:

- Escalas de valoración del TEA. o IDEA (Rivière, 1997) ANEXO o CARS (Schopler y Cols, 1998) o M-CHAT-R/F (Robins, Fein y Barton, 2009)
- Exploración directa

#### O INSTRUMENTOS

- ADOS (Lord y Cols, 1995 y 1999)
- ACACIA (Tamarit, 1994)

Dentro de este marco se ha de considerar una entrevista orientada hacia los padres, ya que son lo que pueden proporcionar la información específica y sobre todo muy importante. De hecho, unas de las escalas

(por ejemplo, CARS) anteriores se les proporciona a los padres para que ellos realicen su propia exploración y ayuden en la evaluación.

Estos instrumentos de exploración arrojarán datos para el diagnóstico de un TEA moderado hasta para un TEA alto o un Síndrome de Asperger. Como se señaló antes, si es que en esta detección el niño puntúa positivamente para TEA, pasa al siguiente nivel que es el diagnóstico.

## 2.2 Diagnóstico.

Esta sección la llevará a cabo un pediatra o psiquiatra infantil, que realicen una serie de evaluaciones como médicas y psíquicas. Posteriormente se encontrará el psicólogo, y en dado caso un neuropsicólogo. Quienes laborarán un informe completo sobre la persona, que englobará puntos de oportunidad, habilidades, contará igual con las áreas que se presentan en el TEA y las posibles comorbilidades.

Al presentarse las primeras señales de autismo los padres acuden con un profesional, dicha persona tiene que realizar un proceso para obtener un diagnóstico certero.

Las fases que implica dicho proceso inician con una entrevista clínica la cual brinda información general de la persona, datos de la familia, historial médico y académico; posterior se realiza una evaluación con test, pruebas estandarizadas. La información obtenida se integra en un informe con los resultados y describiendo el nivel en el que se encuentra el niño, comorbilidad, si es que la hay, sugerencias de tratamiento, áreas de oportunidad.

## 2.3 Principales áreas perjudicadas.

Las áreas afectadas por el TEA son variadas para cada persona, se muestran en la tabla 5, pero si se pueden notar más en tres áreas, que son:

<p>Área de la comunicación. (verbal y no verbal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falla de en desarrollo del lenguaje.</li> <li>• No hay contacto visual, al ser llamados por su nombre no voltean (no buscan el origen del sonido).</li> <li>• No hay comunicación recíproca.</li> <li>• Puede haber inicios de intentos de comunicación, pero conforme pasa el tiempo esto disminuye.</li> <li>• Presentan ecolalia (repiten lo último que escuchan) <input type="checkbox"/> No llegan a entender las expresiones faciales.</li> <li>• No señala o es poco cuando hay una necesidad.</li> </ul>
<p>Área de la interacción social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanece alejado de los otros.</li> <li>• Muestran poco interés hacia los demás y al entorno (empatía).</li> <li>• No hay juego simbólico</li> <li>• No muestran interés por quien los rodea.</li> <li>• Poca capacidad para el reconocimiento de emociones.</li> </ul>
<p>Área conductual (conductas estereotipadas y repetitivas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienden a realizar rutinas sin función.</li> <li>• Presentan desintegración sensorial en diferentes vías.</li> <li>• Hay aleteo.</li> <li>• Problemas conductuales.</li> <li>• Berrinches.</li> </ul>

Tabla 4. Se muestra algunos signos comunes en las tres esferas afectadas en el TEA.

Con referente a características físicas, no se presentan ningún tipo de rasgos, para Solloa García María afirma que son niños atractivos y gozan de buena salud, aunque su peso y talla pueden llegar a ser menores (2016), además, menciona que cuando se encuentran enfermos responden diferente, considerando las dificultades en el lenguaje, la falta de expresión del malestar o dolor, esto puede desencadenar un problema conductual.

## 2.4 Teorías y diferentes paradigmas de explicación sobre el autismo.

### 2.4.1 Teoría de la mente.

Dentro de la socialización las personas debemos poseer ciertas capacidades para poder lograr una buena socialización, pero como sabemos y hemos visto que para las personas con autismo fallan en estas habilidades que se comprende como la habilidad innata que poseen las personas neurotípicas, que les permite imaginar qué piensa, siente, cree o desea otra persona, para así poder prever su comportamiento. Dicho

de otra manera, es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y experimentar sus sensaciones desde su punto de vista (R. Cererols, s/a). Se supone que desde los dos años de edad los niños empiezan a presentar “capacidades mentalistas”, de manera que un niño normal, hacia los 12 a 18 meses, hace una cosa muy importante: señala a los otros. Esto puede hacerlo con dos fines, bien para conseguirlos y eso no implica una gran actividad mentalista, bien, y esto es importante, para compartir con otros su experiencia en relación con los objetos. Esta segunda conducta de señalar, es decir, los patrones declarativos implican una actividad mentalista. Luego entonces, el modelo del Autismo como un trastorno de la teoría de la mente tenderá a decir que el Autismo se da sobre todo desde el segundo año de vida y que implica un trastorno de destrezas mentalistas cuyas primeras manifestaciones más elementales son pequeños juegos de engaño. Gómez Echeverry, I., (2010)

El termino teoría de la mente es integrado por Premack y Woodruff (1978), su propósito de su trabajo era con chimpancés, para saber si tenían teoría de la mente, y se definió como la “habilidad para adscribir, asignar, atribuir, estados mentales a otros y a uno mismo”. Más tarde con Barón-Cohen Leslie y Frith (1985), hallaron que en las personas con Autismo tenían un déficit en incapacidad de emplear una teoría de la mente, es decir, una persona con una teoría de la mente “bien desarrollada” es capaz de saber simplemente con una mirada o movimiento el estado mental de una persona y poder distinguir entre algo ficticioso (juego simbólico) y la realidad, algo que para las personas con autismo, este mundo social que para la mayoría de nosotros es “normal” para ellos se les es difícil comprenderlo y su grado de afección es diverso. “El diferente proceso de mentalización de los TEA se ve confirmado en las pruebas efectuadas mediante tomografía por emisión de positrones (PET, del inglés Positron Emission Tomography) o actualmente mediante resonancia magnética funcional (fMRI, del inglés Functional Magnetic Resonance Imaging), en las que se estudia a personas con TEA y otras

neurotípicas mientras ejecutan operaciones que requieren la aplicación de la teoría de la mente. En los NT, esto activa ciertas áreas del cerebro asociadas a este tipo de tareas. Cuando se hacen las mismas pruebas a los TEA, se observa que la activación de estas áreas es muy inferior, y en su lugar se activan otras.” (Uta Frith, 2001).

#### 2.4.2 Teoría de la función ejecutiva.

Esta teoría menciona una alteración en la función ejecutiva para las personas con TEA. La función ejecutiva es definida como “la capacidad para mantener el set adecuado de solución de problemas, frente a la consecución de una meta futura, la que incluye comportamientos tales como la planificación, el control de impulsos, la inhibición de respuestas prepotentes, pero irrelevantes, el mantenimiento del set, la búsqueda organizada y la flexibilidad del pensamiento y la acción”, (Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. 2012). esta capacidad se relaciona con el lóbulo frontal y el sistema límbico.

Una constatación que se le reprocha a veces a esta teoría es el hecho de que la disfunción ejecutiva no es específica del autismo, sino que también se da en otros trastornos, como la esquizofrenia, el Parkinson, el síndrome de Gilles de la Tourette, el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno de ansiedad. (R. Cererols, s.f.).

En conclusión, se podría hablar de una afección funcionamiento del lóbulo frontal, la resistencia a cambios de la rutina que se presenta en el TEA esta teoría puede dar una explicación a ello. Más bien es que no quieren cambiar, sino, se les dificulta hacerlo, es por eso que les causa cierta frustración, no lograrlo.

### CAPITULO III MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

Para la intervención del autismo, existe una gran variedad de opciones para las áreas afectadas, sin embargo, el área conducta resulta de un trabajo arduo, hablar de conductas problema tanto para los padres o cualquiera que conviva con el niño autista, genera buscar alternativas para terminar con estas. De hecho, para decrementar conductas los padres tendrán que trabajar en conjunto con el especialista conductual, el cual proporcionara herramientas y técnicas que se tendrán que aplicar a diario con los niños, además ellos se convertirán en coterapeutas, tendrán que adquirir habilidades para que el procedimiento de sus hijos sea competente, por ejemplo, reconocer reforzadores, estímulos, conductas adecuadas e inadecuadas, formas de comunicación, entre otros, para este último, en el libro “PET, padres eficaz y técnicamente preparados” (2000) de Thomas Gordon menciona algunos métodos ineficaces de cómo se comunican los padres con sus hijos. Así que en el presente capítulo se podrán en margen lo que es Modificación de conducta, conceptos básicos y la relevancia que tiene sobre este estudio, ya que es el método con más evidencia científica sobre el abordaje de conductas inadecuadas.

#### 3.1 Conducta.

Para empezar, se debe definir conceptos básicos de la modificación de conducta, entre ellos, el más importante es conducta, unidad de análisis;

aunque existen una diversa variedad de definiciones, se tomara en cuenta la definición de Barraca y Miltenberger proporcionan.

“El termino conducta (o comportamiento) se entiende como la conexión, que se establece entre un tipo de acción o respuesta del organismo y una situación ambiental concreta” (Barraca, J. 2014).

“Objeto de estudio de la modificación de conducta. La conducta es lo que la persona dice o hace; requiere de la acción del individuo” (Miltenberger, Raymond G. 2013).

En efecto la conducta será todas las acciones que emite el individuo, estas pueden ser observables y cuantificables (punto importante para el análisis funcional) y estas acciones son el resultado de la interacción con su entorno. De ahí que esta relación se puede presentar de manera socialmente aceptable (no problema conducta) o inaceptable (problema conductual).

Para obtener las características de la conducta es a partir de la medición de esta, por tanto, esto es a través de dimensiones lo que posibilita la realización del análisis funcional. Esas dimensiones son: intensidad, frecuencia, duración y latencia.

Duración	Dimensión conductual definida por el tiempo desde el inicio hasta el término de una conducta. La duración es el periodo de tiempo que tiene una ocurrencia de la conducta.
Frecuencia	Dimensión conductual consistente en el número de veces que una conducta ocurre en un periodo de tiempo específico. El número de respuestas (frecuencia) dividido entre un periodo de tiempo estándar es igual a la tasa de conducta (por ejemplo, respuesta por minuto).
Intensidad	Dimensión de conductual definida por la fuerza física o magnitud de la conducta. Puede medirse de forma objetiva con instrumentos o de forma subjetiva con una escala de valoración.
Latencia	Dimensión conductual definida por el tiempo transcurrido entre la presentación de un estímulo y el inicio de la conducta.

Tabla 5. Dimensiones de conducta.

### 3.2 Modificación.

“Desarrollar y aplicar procedimientos para ayudar a las personas a cambiar su conducta. Ello implica alterar los eventos ambientales con el objetivo de influir sobre la conducta” (Miltenberger, Raymond G. 2013).

En el momento que se altera o cambia algo en el entorno de la persona esto genera una respuesta, dicha respuesta puede ser la misma constantemente o variará de acuerdo a lo que se pretenderá cambiar.

Es por esta razón que la modificación de conducta es un tratamiento ideal para las conductas inadecuadas. Es importante mencionar que la terapia de modificación de conducta se basa en principios del condicionamiento operante, más adelante se detallará.

### 3.3 Terapia de Modificación de Conducta.

“La característica más importante de la modificación de la conducta es su énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado”. (Martin, Garry y Pear, Joseph. 2008).

La modificación de conducta es una tecnología la cual cuenta con diversas técnicas para incrementar y decrementar conductas inadaptas o controla excesos de conductas, entre estas técnicas se pueden resaltar los reforzadores (positivos y negativos), moldeamiento, extinción, encadenamiento de conductas, entre otras. Estas no son aplicables en modo individual, sino al contrario, todas forman un conjunto para su aplicación e intervención en diversos casos. Además, es un método que lleva un orden y pasos a seguir para su empleo, más adelante se explicara a detalle.

El objetivo de estudio para la MC (modificación de conducta, a partir de este momento será mencionado con las iniciales) es la conducta, esta será la unidad de análisis de interés para el modificador, de modo que la función y los factores que contribuyen para que dicha conducta tanto inadecuada como adecuada se sigúan presentando es lo que determinara planear el proceso del trabajo. La MC cuenta con una variedad de campos que es aplicable además en el ámbito clínico, educativo, comunitario, área de la salud, en donde evidencia y estudios científicos avalan al presentar resultados aceptables y comprobables, es

por eso su gran impacto que tiene sobre la solución de diversos problemas conductuales. Como se hace mención anteriormente, el autismo presenta una gran variedad de conductas que requieren de una intervención, de manera que la MC es un procedimiento eficaz y con conclusiones favorables.

### 3.4 Conducta inadecuada.

Como bien se hace mención, las conductas inadecuadas no solo afecta al niño, sino, involucra su entorno, quienes participan activamente con el infante, estas conductas, además, se manifiestan en diferentes modalidades que va desde un golpe, movimientos repetitivos o autoagresiones, se dice que son inadecuadas porque alteran el orden o interrumpen aprendizajes o actividades, lo cual es inquietante para los padres de familia. Para ellos les resulta conflictivo controlar o evitar la presentación de conductas inadecuadas (berrinches, golpes, gritos, lloriqueos), y al contrario de intervenir o disminuirlas incitan el incremento y mantenimiento de estas.

Anteriormente se señaló que el objetivo central de la terapia de modificación de conducta es la identificación y abordaje de este tipo de conductas que son frecuentes en personas autistas, a continuación, se describirá a fondo sobre este proceso, además, Diego Macià Antón (2005), en su libro “Ser padre Educar y afrontar los conflictos cotidianos en la infancia”, hace mención de diferentes problemas cotidianos de conducta en la infancia, como referencia de diversos tipos de situaciones.

### 3.5 Antecedentes.

La modificación de conducta se ha desarrollado, evolucionado y se le ha atribuido diversos autores que basaron sus investigaciones al estudio de la conducta humana, dentro de las figuras más destacadas podemos encontrar a Iván P.

Pavlov con “el condicionamiento clásico”, Edward L. Thorndike con “la ley del efecto”, John B. Watson con “estimulo-respuesta”, B.F. Skinner con

“condicionamiento operante” (principal fundamento de las técnicas de modificación de conducta).

Iván Pavlov (1849-1936), fisiólogo ruso que realizó experimentos fisiológicos con perro y dieron pie a lo que hoy conocemos como “condicionamiento clásico o respondiente” al encontrar una relación entre la presentación de un estímulo (comida) el perro tenía una respuesta (saliva).

Edward L. Thorndike (1874-1949) psicólogo estadounidense que aportó la descripción de la “ley del efecto” con gatos dentro de una jaula, la ley establece que una conducta que produce un efecto favorable sobre el ambiente es más probable que se repita en el futuro. En su experimento con un gato lo puso en una jaula y colocó comida fuera de esta, donde el gato podía verla. Para abrir la puerta de la jaula el gato tenía que golpear una palanca con la pata (Miltenberger, Raymond G. 2013), con esto concluyó que el gato después de ensayos aprendió a golpear obtenía un efecto deseable (comida) y lo realizaba cada vez más rápido.

John B. Watson (1878-1958) psicólogo estadounidense, sus estudios se basaban en el esquema estímulo-respuesta (E-R). En la que específicamente basó sus estudios fue en el miedo y como este se adquiría a través de condicionamiento. Para esta investigación se realizó con niño no mayor a 3 años, Albert, se trataba en mostrarle al pequeño una rata blanca, al momento que el niño se acercaba al animal se escuchaba un fuerte sonido (EI) producido al golpear una barra de hierro con un martillo, al repetir varias veces esta acción, el niño producía una respuesta de miedo, (Klein, Stephen 1994).

Los resultados de esta investigación mostraron que se puede condicionar cualquier tipo de respuesta con la manipulación de los acontecimientos y/o entorno.

Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) psicólogo estadounidense, las investigaciones de Skinner contribuyeron aún más en los conocimientos referentes al proceso de aprendizaje. Los trabajos eran realizados con

ratas, él creó una caja que contenía una palanca dentro, y si esta era presionada la rata obtenía alimento.

En este momento se empiezan a manejar términos como reforzador, Skinner lo definió como un estímulo cuya presentación incrementaría la frecuencia de la conducta que procede a dicho estímulo, Klein, Stephen (1994).

El propósito de Skinner era el estudio de las conductas operantes o instrumental (Algunos autores la llaman así, en nuestro caso será “operante”) Domjan, Michel la define como “al comportamiento que se da por haber sido previamente instrumental en la generación de ciertas consecuencias se le llama conducta instrumental” (1998).

Por lo tanto, al introducir la rata dentro de la caja, cabe resaltar que el animal estaba hambriento, esta recorría el lugar, hasta que por casualidad se acercaba a la palanca haciéndola reaccionar, proporcionaba alimento, la rata cada vez palanqueaba más, su conducta fue repetitiva y con demasiada frecuencia, la conducta estaba siendo reforzada. De este modo para Skinner al medir las respuestas genera la predicción y el control detallado de las conductas individuales (Millenson, J. R, 1987).

En resumen, los antecedentes relacionados con la modificación de conducta datan desde varios atrás, se puede percatar sobre los cambios y como se han adicionado conceptos nuevos para el mejor entendimiento en este campo de aplicación en las conductas inadecuadas. Aunque la mayoría de los estudios se basan en experimentación con animales, hoy en día está validado la utilidad y eficacia en los humanos.

Más adelante se tratará algunos del concepto como reforzador, extinción, moldeamiento, estímulo entre otros.

### 3.6 Desarrollo de la intervención.

La terapia de la modificación de conducta es compuesta por diferentes fases, por eso, es fundamental conocerlos para dar inicio a la intervención, estas son: observación, registros, una evaluación

conductual, especificación de las conductas problema a tratar, análisis de la conducta, selección de técnicas para la disminución o aumento de conductas y fase de seguimiento después de la intervención.

Cada fase está conformada por diferentes procesos con el propósito de analizar, describir, selección de la manera de actuar sobre la conducta elegida. El orden de las fases descritas es general, diferentes autores que hablan sobre la MC, utilizan diferente terminología, pero manteniendo la misma jerarquía.

A continuación, se describe cada una de estas fases, considerando sus características principales y objetivos, veremos de igual forma, como cada una se complementa y el porqué de él orden que lleva no tiene que ser alterado.

### 3.7 Evaluación conductual.

Para Garry Martin y Joseph Pear la evaluación conductual “implica la recogida y análisis de la información y los datos con el fin de identificar y describir los objetivos comportamentales, especificar las causas probables del comportamiento, elegir las estrategias de intervención más adecuadas para modificarlo y evaluar los resultados del tratamiento” (2008).

Todo programa conductual a través por cuatro fases:

- a) Fase de recolección de datos
- b) Fase línea base (integración de la información obtenida)
- c) Fase de intervención
- d) Fase de seguimiento

Es importante hacer mención que el presente trabajo este cimentado en la clasificación dada por Jorge Barraca Mairal de su escrito “Técnicas de modificación de conducta, una guía para su puesta en práctica”.

El objetivo se la evaluación conductual no es el dar un diagnóstico, como eventualmente una evaluación psicológica es su propósito, diagnosticar. Así que la meta de la evaluación conductual es la identificación de las conductas inadecuadas de un sujeto, que lo provoca y la razón por la que

se mantiene. Y a su vez encontrar resoluciones para cada conducta inadecuada que se presente. Conviene subrayar que durante todo el proceso de la terapia de modificación de conducta se registran y observan las conductas ya seleccionadas, es por eso que la última fase es de seguimiento, aunque se haya finalizado el tratamiento, se realizan algunas sesiones posteriores para revisar el mantenimiento de conductas adecuadas y la disminución de las conductas inadecuadas, si hubo retrocesos, el tiempo de esta fase se considerara de acuerdo a lo observado y registros.

El tiempo que implica el proceso de modificación de conducta es de 8 a 15 sesiones, una cada semana, con una duración alrededor de 50 minutos y con 3 sesiones de seguimiento, cabe resaltar que estos tiempos son sugerencias, ya que puede variar de acuerdo al caso, la persona a tratar, entre otros.

A continuación, se expone ampliamente las cuatro fases de la Modificación de conducta.

### 3.8 Recolección de datos.

Es el primer acercamiento con el paciente que presenta la conducta inadecuada, aquí se recopila información, con entrevista, una historia clínica la cual proporciona datos importantes, antecedentes médicos, situación familiar, entre otros. Se delimita e identificar los problemas conductuales generando hipótesis de causa y a formular tratamiento para su intervención.

Los datos obtenidos en esta sección son por medio de los adultos, padres y/o cuidadores de los menores, existe una variedad de protocolos de historias clínicas que puede ser de gran ayuda para esta fase, a su vez para el registro de conductas hay diversos documentos. En los anexos se presenta un ejemplo (imagen 1).

### 3.9 Línea base.

En este momento con la información obtenida en la fase anterior, se establece e identifican las conductas a modificar y de esta manera se da

paso a la anotación en los registros a través de la observación directa, gracias a este registro se podrá hacer una comparación del antes y después de la intervención, es decir, si es que esta es la indicada o se considera hacer cambios en el plan de trabajo.

En los anexos un ejemplo de cómo se grafican los registros, es de ayuda realizar este tipo de gráficos para su mejor manejo y comparación del inicio, durante la intervención, al finalizar el tratamiento (seguimiento). Lo que se registrara es la conducta inadecuada, pero puede ser el número de veces que se presenta en determinado tiempo, a lo largo del día o en una semana, a esto se le llama frecuencia, como se indicó anteriormente; asimismo se puede registrar la intensidad del suceso, por ejemplo, “del 1 al 10, ¿Qué tanto enojo sentiste?” y por último se registra el tiempo, la duración que tuvo la conducta inadecuada (el tiempo que duro el berrinche).

Así que la persona encargada de registrar deber tener bien identificado lo que tiene que observar, en este caso como se trata de conductas inadecuadas de niños quienes registran son los padres, cuidadores o personas a cargo de ellos. Se establecen los objetivos del plan de intervención, lo que se quiere modificar en específico, en otras palabras, una niña de 3 años al momento de retirarle la Tablet, esta inicia un berrinche, en el cual golpea a los padres, se llega a agredir y grita, el propósito a modificar será disminuir la intensidad con la se presentan los berrinches, sus registros de esta niña (los padres anotaran), será la intensidad en una escala del 0 al 10, de acuerdo a la percepción que ellos tengan. Es preciso hacer mención que donde existe autoagresiones o hacia los demás, no se deben permitir e intervenir inmediatamente. Con este registro ya tenemos nuestra línea base y bien establecidos las conductas objetivos o blanco (conductas a modificar), se da paso a la fase dos, la intervención.

“La línea base es la medición de una conducta teniendo en cuenta preferentemente su frecuencia antes de cualquier intervención directa sobre dicha conducta” (Ribes Lñesta, Emilio, 2016).

### 3.10 Intervención.

Como en la etapa anterior ya se registraron e identificaron las conductas a modificar es momento de diseñar el programa de trabajo a seguir, hay que recordar que aún se sigue con el registro para cotejar con el antes y después del tratamiento, el cual se conforma de una o más técnicas que se pueden aplicar al mismo tiempo, de hecho, la combinación de estos resulta preferible en el trabajo, de las más usuales son el reforzamiento positivo, castigo, extinción y demás. O de las técnicas más complejas que son el reforzamiento diferencial, economía de fichas o hasta métodos cognitivos.

Es significativo que el modificador de conducta tenga la habilidad de seleccionar la o las técnicas necesarias para su paciente, no todas las técnicas son funcionales para todos. Además, si se utiliza más de una técnica se debe deducir el tiempo de aplicación y la manera de hacerlo. Para Barraca. “Cada tratamiento o intervención debe identificarse con una letra, por eso, ‘B’ supone la incorporación de la primera técnica, ‘C’ otra distinta y así sucesivamente. Debido a esta convención, en ocasiones se habla de fase B para referirse a la fase en la que ya está incorporado un tratamiento, mientras que en la fase A (o de línea base) no se había incorporado aun ninguno”. (2014) Gracias a estos registros y posteriores gráficos, podemos declarar cuan efectivo ha sido el tratamiento o si de ser necesario hacer ajustes en las técnicas o la estructura de la aplicación.

Conviene subrayar, la terapia de Modificación de conducta no solo es para abordar conductas inadecuadas sino con ayuda de las tecinas para incrementar o mantener conductas se desarrollan nuevas habilidades o incluso se ajustan habilidades que ya aparecen en el repertorio de la persona.

### 3.11 Seguimiento.

Es la última fase de la terapia de modificación de conducta, y consiste en la disminución del uso de las técnicas conductuales, es decir, al disminuirse las conductas inadecuadas se ha logrado el objetivo del tratamiento, estos logros deberán de ser fijos y de forma generalizada (en todos los entornos de la persona se observe el cambio). Asimismo, se recuerda la persistencia de seguir registrando.

### 3.12 Análisis funcional de la conducta.

Es una fase de la etapa de intervención, de mera importancia, ya que con los datos obtenidos de la evaluación conductual permite analizar los aspectos de los sucesos antes, durante y después de presentarse una conducta inadecuada lo cual son los objetivos principales de la Modificación de conducta.

Estos sucesos otorgan una hipótesis de que depende para que la conducta inadecuada se siga presentando y manteniendo, se pueden considera estímulos ambientales, reforzadores positivos o negativos, evitación o sucesos estimulantes en las consecuencias.

Como es mencionado anteriormente, la Modificación de conducta es un proceso lineal y riguroso, el cual se deben respetar las etapas para la obtención de resultados exitosos, beneficiando a la persona del tratamiento, así como a su entorno.

Los datos que proporciona el AF, son fructíferos para la confección de una hipótesis de aquella conducta inadecuada, se dice que la forma respondiente y de reacción son factores que se van aprendiendo durante la vida de las personas; hay que recordar que esta investigación se basa en problemas comportamentales en niños y específicamente con diagnóstico de autismo, entonces considerando lo anterior, el AF coadyuva al reconocimiento de porque el niño está presentando diversas conductas inadecuadas a través de registros y observaciones directas, es decir, se encuentra la función que tiene las conductas problemas, un ejemplo seria que la conducta se está reforzando (inconscientemente) y

por esta razón el niño sigue respondiendo de una forma inadecuada. En el anexo 2 se encuentra un registro de tipo AF (conocido como registro ABC).

En resumen, Miltenberger (2013) hace mención de los tipos de información obtenida en análisis funcional.

- Problemas de conducta: una descripción objetiva de las conductas que constituyen el problema.
- Antecedentes: una descripción objetiva de los eventos ambientales que siguen a los problemas de comportamiento, incluidos los aspectos del entorno físico y el comportamiento de otras personas.
- Conducta alternativa: información sobre conductas deseables en el repertorio de la persona que pueden ser reforzadas a fin de que compitan con el problema de conducta.
- Variables motivacionales: información sobre eventos ambientales que pueden funcionar como operación de establecimiento o de abolición influyendo en la eficacia de los reforzadores y castigos que mantienen la conducta problema y las conductas alternativas.
- Posibles reforzadores: información sobre los eventos del entorno, incluyendo los estímulos físicos y el comportamiento de otras personas, que pueden funcionar como reforzadores y ser usados en un programa de tratamiento.
- Intervenciones previas: información sobre las intervenciones que se han utilizado en el pasado y los efectos que tuvieron.

Recopilando lo anterior, el análisis funcional se puede representar y explicar con letras (A, B y C).

A: hace mención de los que paso antes de suceso “antecedente”.

B: hace mención a la conducta manifestada, la conducta a modificar.

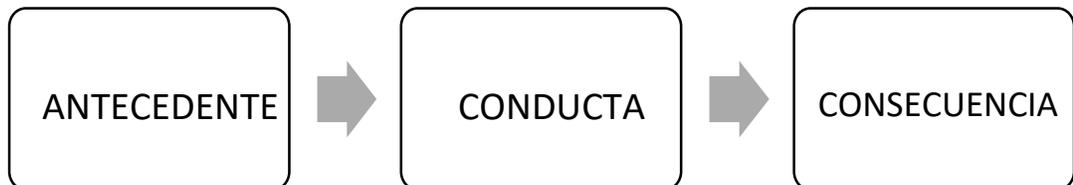
C: hace mención a la consecuencia o los hechos que ocurrieron momento después de la conducta.

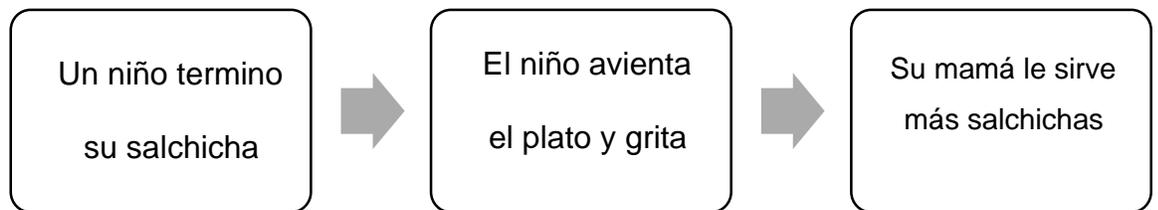


Grafica 1. Análisis funcional de la conducta

Ejemplo de una descripción de unos padres del comportamiento de su hijo, cada vez que comen el niño avienta la comida, lo cual, el niño lo sigue haciendo cada vez que es hora de la comida, la madre comenta ya no sabe qué hacer, porque ahora empieza a aventar todo, teme que se lastime o lastime a alguien más, también ha notado que ya no quiere hablar, antes si lo hacía. Así que se presenta como se organizó la información con un registro ABC.

Ahora que se tiene dicho registro, nos permite identificar lo que provoca y mantiene las conductas inadecuadas, si es por uno o varios de los principios básico del aprendizaje, es decir, un reforzamiento (positivo o negativo), castigo (positivo o negativo) o extinción que se manifiestan durante los antecedentes, las conducta (respuesta) o en las consecuencias, Para Isabel Serrano Pintado (2006), es importante la definición e identificación de la conducta, realiza un planteamiento en su libro “El niño agresivo”, de un ejemplo de cómo intervenir y que paso s a seguir en niños con conductas agresivas, tales pueden estar presentes en los individuos autistas.





Grafica 2. Análisis funcional de la conducta y ejemplo.

### 3.13 Principios básicos.

En este apartado se plantean de los principios básico de la modificación de conducta, como se hizo mención anteriormente son los principios del aprendizaje (concepto utilizado para describir los procedimientos en los que se base la terapia de modificación de conducta), en los siguientes apartados se describen detalladamente a que se refiere cada uno de ellos.

### 3.14 Reforzamiento.

Presentación de cierto tipo de estímulo en una relación temporal, ya sea con estímulo o con una respuesta (Galindo & Col. 2018), es decir, es el proceso que fortalece una conducta, es muy probable que se vuelva a presentar la conducta en un futuro, existen dos tipos de reforzamiento, el positivo y el negativo. Se debe considerar que este aspecto se rige bajo la consecuencia de la conducta.

- Reforzamiento positivo: si una consecuencia o resultado de una conducta tiene el efecto de incrementar la intensidad o frecuencia de dicha conducta, entonces ha ocurrido un reforzamiento positivo (Stumphauzer, 2014).
- Reforzamiento negativo: si la eliminación de un estímulo aversivo como consecuencia de una conducta incrementa la intensidad o frecuencia de esa conducta, entonces ha ocurrido un reforzamiento negativo (Stumphauzer, 2014)

### 3.15 Extinción.

Cuando un comportamiento que fue reforzado durante un periodo de tiempo deja de ser reforzado, y, por tanto, la conducta deja de ocurrir

(Miltenberger, 2013), es decir, se quita el reforzador de la consecuencia (lo que provocaba que apareciera y se mantuviera) lo cual ocasiona que se reduzca el comportamiento. Durante la intervención, en este principio, se sugiere combinar otra técnica para su eficacia.

Para Millenson “el uso de la extinción para debilitar la fuerza de cualquier operante y con la simple aplicación de dos operaciones principales: reforzamiento y extinción, se puede manipular la fuerza de la conducta” (1987).

Esta técnica es una de las utilizadas durante el tratamiento de conductas inadecuadas, así como lo menciona Millenson, es mejor la aplicación de dos técnicas en conjunto, la extinción por sí sola, no generar grandes resultados, de hecho, podría verse afectada la relación padres e hijos, la extinción meramente es la retirada de atención, es importante que no solo se trata de ignorar al niño cuando este llorando, sino reforzar otra conducta funcional, es donde mayoría de los padres se confunden y al escuchar “extingue su conducta inadecuada, retirando total la atención” , falta añadir: “al mismo tiempo que refuerzan alguna conducta adecuada o diferente a la de llorar”.

Cuando se presentan en terapia es importante hacer mención a los padres lo significativo de su participación durante el proceso terapéutico, al tener el mismo proceso presente en casa, el resultado es exitoso.

### 3.16 Castigo.

Es un suceso que presentado inmediatamente después de una conducta hace que se reduzca la frecuencia de la misma. Los castigos también se denominan “estímulos aversivos”, en otras palabras, el objetivo de este principio es la reducción de conductas a través de la eliminación de un estímulo.

“Un padre retira a un niño el privilegio de ver televisión por pegar a un hermano más pequeño. Un profesor envía a un estudiante con el director para que lo expulsen por unos días, son ejemplos de castigo; consiste en la presentación de un estímulo aversivo contingente sobre la

ejecución de una conducta inapropiada, es decir suprimir una conducta no deseada” Klein, Stephen B. 1994) Al ser aplicado constantemente es muy probable se disminuya dicha conducta, aunque muchas ocasiones falla la aplicación de esta técnica, es por eso que la combinación con otra se obtendrán mejores resultados, por los efectos inmediatos pero no duraderos.

- Castigo positivo: “se trata de la presentación de un estímulo aversivo o cualquier otro estímulo que conduzca a una reducción de la respuesta castigada. Por ejemplo, si un niño durante el juego agrede, se interrumpe esta acción sujetando sus manos y diciendo –no se pega-, el sujetar será un castigo positivo así reduciendo la respuesta (Ferro García Rafael & Ascanio V. Lourdes, 2017)
- Castigo negativo: “es un proceso usado para eliminar un comportamiento que implica la supresión de reforzamiento positivo” (Ferro García Rafael & Ascanio V. Lourdes, 2017). o Tiempo fuera: “implica trasladar a una persona desde una situación reforzante a otra que lo es menos, inmediatamente después de que ha llevado a cabo una conducta específica, por lo que puede interpretarse como una reducción en las oportunidades para obtener refuerzos” (Van Houten, 1938. Citado en Martin Garry & Pear Joseph, 2008).

## CAPITULO IV METODOLOGIA.

### 4.1 Justificación.

Desde hace unos años el tema del autismo ha tomado gran relevancia en la sociedad, aunque aún se quedan preguntas sin responder respecto a esto, la falta o la errónea información que se presenta llega a hacer un problema al momento de intervenir con niños dentro del espectro.

De acuerdo con la información de INEGI del 2020, no hay cifras establecidas que hagan especificación para el trastorno del espectro autista en México, solo muestran porcentajes de tipos de discapacidades y por el rango de edades. En los nexos se muestra una gráfica que hace referencia estos datos (imagen 2).

En tanto para la OMS menciona que uno de cada 160 niños tiene autismo; en México existen diferentes organizaciones encargadas en investigación e intervención para el autismo, no obstante, existe un estudio impulsado por Autism Speaks (2016) calcula que 1 de cada 115 niños tiene autismo, es decir, casi 1% de la población infantil, sin embargo, la incidencia en la vida adulta, así como el conocimiento de su situación en la adolescencia se desconoce.” El saber el número de personas con autismo solo nos ayuda en un censo, las estadísticas no informan sobre la intervención que se debe tener, y mucho menos sobre qué tipo de intervención es la eficaz o la más favorable para las personas dentro de espectro.

Hay una gran variedad de terapias para el inicio de un tratamiento en niños con Trastorno del Espectro Autista, entre las cuales se encuentran: la terapia ocupacional, sensorial, de lenguaje, psicológica, entre otras. Cada una de estas son de suma importancia para el desarrollo óptimo del

niño con autismo, sin embargo, si el infante presenta problemas de conducta, como lo señala el DMS V: “Se presenta dificultad para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales” (2010), es decir, puede influir negativamente en el resto de las terapias propuestas; he aquí la importancia de una terapia psicológica de tipo conductual, la cual permite desarrollar y establecer requisitos básicos de conducta, tales como: atención, seguimiento de instrucciones e imitación, factores que benefician al aprendizaje y en el ámbito social.

Cabe mencionar, durante las intervenciones tempranas, lo significativo que resulta la participación directa de los padres. La mayoría, sino es que todos, los problemas de conducta se manifiestan fuera de las sesiones terapéuticas y en general los padres no poseen con herramientas eficaces para el control y manejo de las conductas inadecuadas, de hecho, ellos mismos son los principales facilitadores que refuerzan la aparición y mantienen dichas conductas.

Los problemas conductuales son déficits o excesos comportamentales que influyen negativamente en las interacciones del sujeto, como Barraca (2014) hace mención: “se entiende como conductas inadaptadas aquellas que acarrear sufrimiento, insatisfacción, malestar o problemas a la persona o le impiden desarrollarse o alcanzar sus objetivos vitales a medio o largo plazo”. He aquí la relevancia de este trabajo, los niños con autismo muy frecuentemente presentan conductas problema o inadecuada lo cual les impide tener un desarrollo óptimo en todos los ámbitos que participa, sin embargo, si se generan prerrequisitos básicos de conducta hay un auge en la adaptación en general del individuo.

Conviene señalar que la terapia conductual conlleva una serie de procesos para la aplicación; facilitar y aclarar los conceptos para aquellas personas inexpertas en el área ayudara para su empleo adecuado, teniendo en cuenta que la intervención oportuna es de gran beneficio para las personas con TEA, el propósito de este trabajo es demostrar la importancia que tiene una intervención conductual en un niño con

trastorno del espectro autista que presenta conductas inadecuadas para favorecer en los sus diversos entornos, esto por medio de un manual práctico.

“Acabando con las conductas inadecuadas de mi hijo con autismo” (Terwogt Cielo, 2021), es el título del manual dirigido a los padres y/o cuidadores que se propone en esta investigación. El cual contiene conceptos básicos (reforzador, extinción, análisis funcional, entre otros), el proceso de aplicación de las diferentes técnicas, identificación de las conductas inadecuadas, el método para conductas específicas como un berrinche. Incluye un apartado de cómo realizar un análisis funcional de la conducta, además, información general del Autismo, es preciso destacar que el manual está destinado para menores de 3 a 10 años de edad, puesto que es la temporada donde surgen este tipo de situaciones y es cuando más se busca una solución, las intervenciones tempranas nos oportunas y más tratándose de problemas conductuales.

#### 4.2 Delimitación.

Propuesta de manual conductual para niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, dirigido hacia los padres y/o cuidadores principales para una intervención a los problemas de conductuales.

#### 4.3 Objetivo general.

Modificar las conductas inadecuadas de niños de 3 a 10 años de edad con trastorno del espectro autista a través del uso adecuado de un manual de intervención conductual dirigido a padres y/o cuidadores, sustentado en la terapia de modificación de conducta la cual consiste en disminuir la respuesta conductual inadecuada y genere lo contrario en diversos ámbitos, principalmente psicosociales, de esta manera optimizar su calidad de vida.

#### 4.4 Objetivos específicos.

- Presentar las principales características del Trastorno del Espectro Autista con el fin de adquirir un amplio panorama del tema.

- Proporcionar información sobre que es la terapia de Modificación de conducta para el establecer un conocimiento de conceptos básicos.
- Conocer las técnicas propuestas para el decremento de conductas inadecuadas, así como incrementar conductas funcionales o adecuadas.
- Identificación de conductas inadecuadas a intervenir.
- Diseñar un plan de intervención, aplicando las técnicas más idóneas para el desarrollo óptimo del niño.

#### 4.5 Hipótesis

##### 4.5.1 Hipótesis de trabajo

Si se modifican las conductas inadecuadas de un niño con Trastorno del espectro autista mediante un manual de técnicas conductuales dirigido a padres y/o cuidadores principales entonces influirá positivamente en su comportamiento.

##### 4.5.2 Hipótesis alterna

Si los padres y/o cuidadores de niños con Autismo intervienen directamente en las conductas inadecuadas entonces repercutirá.

##### 4.5.3 Hipótesis nula

Si los padres y/o cuidadores de niños con Autismo no intervienen las conductas inadecuadas entonces no habrá ningún beneficio para el infante.

#### 4.6 Variable independiente.

Mediante un manual de intervención conductual dirigido a padres y/o cuidadores principales de niños con trastorno del espectro autista se modificará los comportamientos inadecuados.

#### 4.7 Variable dependiente

Al no contar con un manual de intervención conducta no hay modificación en el comportamiento inadecuado de un niño con Trastorno del espectro autista.

#### 4.8 Método

Se realizó un estudio exploratorio, ya que uno de los objetivos de la investigación fue indagar a fondo sobre el autismo y específicamente sobre la intervención conductual sobre conductas inadecuadas, así que se documentó la relación del Autismo con la Modificación de conducta, ya que es un tema escaso de información, además que se proporciona un manual de intervención, dedicado especialmente para los padres cuyos hijos están diagnosticados con trastorno del espectro autista, así mismo que presentan conductas inadecuadas, como resultado afectando directamente en su entorno y se desea una solución. Dicho manual contiene una variedad de técnicas y descritas de tal modo que los padres o cuidadores sean de fácil lectura, estos son los que se encuentran directamente relacionado con el problema, entonces son ellos los que buscan una resolución. El manual flexible y de adapta para cualquier momento, situación y familia.

#### 4.9 Escenario, materiales, sujetos

Escenario: para el entrenamiento, en la casa de quien utilice el manual, también será todo aquel momento en donde se presenten las conductas inadecuadas.

Materiales: para antes de la intervención: hoja de registro, lápiz, goma y pluma.

Durante la intervención: -materiales didácticos, por ejemplo, plastilina, pelotas, diferentes consistencias, material texturizado, juegos, pinzas, recipientes, crayolas, pegamento, colores, entre otros.

-alimentos, dependiendo de los gustos del infante, por decir algunos ejemplos, galletas, papitas, gelatina, yogurt, refresco, chocolate, fruta, entre otros.

Sujetos: infantes de 3 a 10 años de edad diagnosticados con trastorno del espectro autista.

#### 4.10 Criterios de inclusión

- Ser un padre o cuidador

- El infante a nuestro cargo estar diagnosticado con trastorno del espectro autista
- Presentar conductas inadecuadas

#### 4.11 Criterio de exclusión

- No ser padre o cuidador
- El infante no tenga diagnóstico de Trastorno del espectro Autista
- No presentar conductas inadecuadas

#### 4.12 Procedimiento, muestreo, fase

El propósito de la investigación es proporcionar un manual para los padres o cuidadores de niños con autismo. Dicho manual implica una serie de pasos para poder aplicar las técnicas propuestas.

Así que, para intervenir sobre las conductas inadecuadas, esto es lo que se debe realizar.

Primero, dotar de información para identificar y reconocer los tipos de conductas inadecuada, por ejemplo, que es un berrinche, agresión, auto estimulación e hiperactividad, estos se consideran los principales problemas de conductas en niños con autismo.

Posterior se da inicio a la terapia de modificación de conducta, enfoque de la investigación, se encamina a este método ya que se ha encontrado y existen estudios que avalan la eficacia y resultados favorables la injerencia de problemas de comportamiento con la terapia de modificación conductual.

A continuación, se procede a realizar un análisis de la conducta, es decir, la recolección de los datos sobre las conductas que se quieran trabajar, eso es con ayuda de un registro, el cual se encuentra en los anexos, en el cual se deberá anotar sobre que paso antes de la conducta problema, durante y después de esta, al igual que se anota día y hora que ocurrió. Al tener un registro y obtener datos se puede determinar la causa o el que se mantengas y aparezcan con frecuencia las conductas inadecuadas.

El siguiente momento es la selección de conductas, en otras palabras, tal vez encontramos 8 conductas que necesitan ser tratadas, sin embargo, es imposible trabajar con todas al mismo tiempo, por lo tanto, se realiza una inspección de cual requiere mayor o pronta intervención, se le da un orden, cabe señalar que muchas de las conductas tienen la misma finalidad, aunque se exterioricen de formas diferentes, así que al trabajar en una las otras podrían ir disminuyendo al mismo tiempo.

Después se presenta la elección de reforzadores, esto es muy importante, puesto que estos nos ayudaran al trabajo de las conductas, existen diferentes tipos de reforzadores, en el manual se incluyen algunos, estos van desde alimentos, objetos y elogios, los padres o cuidadores deberán identificar y seleccionar los que se utilizaran para que sea eficiente la intervención. Lo descrito anteriormente es la fase que prepara a los sujetos para trabajar o dar inicio a la intervención de conductas inadecuadas para después pasar a las técnicas de modificación conductual.

Durante la descripción de las técnicas, da inicio a la intervención directa, el trabajo para disminuir conductas inadecuadas, existen dos clases de técnicas, unas para disminuir y otras para incrementar comportamientos. En este apartado el lector podrá conocer y explica paso a paso cada método, con el fin de llevarlo a cabo, en este punto se podrá notar las modificaciones. Y para finalizar se formularon algunas actividades que van de la mano con las técnicas.

#### 4.13 Resultados y análisis de resultados.

El propósito de la presente investigación es dar solución, específicamente disminuir los comportamientos inadecuados a través de un manual de intervención conductual, el cual está dirigido a los padres, tutores o cuidadores de niños con autismo que presentan problemas comportamentales.

El manual está basado en la terapia de modificación conductual, explica a detalle los requerimientos y cimientos para intervenir en cualquier lugar

y momento. A demás de incluir las fases del proceso de participación, se adjuntan unas actividades para poner en práctica lo aprendido.

#### 4.14 Conclusión.

Ante la situación de los padres o cuidadores de niños con trastorno del espectro autista a relación de las conductas inadecuadas y de cómo solucionarlas, se creó un manual de intervención y su fin de este es que sea de fácil acceso para quien lo requiera, que tengan la información adecuada y justa sobre el método de intervención, que es la Modificación de conducta, de donde surge, las fases y como llevar a cabo el proceso. El propósito manual no solo es que conozcan y manejen las técnicas conductuales que este presenta, sino, es la disminución de las conductas inadecuadas. Sera de gran valor que los padres o cuidadores sean diestros en la práctica, son ellos quienes pasan la mayor parte del tiempo con los niños y al tratarse de una modificación de conducta lo más apropiado es que el abordaje sea constante.

Cabe señalar que el manual no es un sustituto de una intervención profesional, al contrario, será una ayuda extra para las sesiones terapéuticas (si es que el niño asiste), quizás podríamos decir que el adulto entenderá y comprenderá, mejor, que sucede durante las terapias, así agilizando una mejoría, hasta un aprendizaje consolidado.

El que los tutores cuenten con una herramienta útil, precisa, de fácil uso resultara significativo, es necesario la contribución de las personas que conviven, todos los días, con los niños con autismo, se ha observado que en sesiones se puede modificar la conducta y haya cambios asombrosos, pero solo en la terapia, tanto en casa no, sino, las conductas inadecuadas se han intensificado. Por esta razón se deberá trabajar en conjunto, terapeutas y padres, es muy seguro un cambio a corto plazo, duradero y sin recaídas, este último, suele pasar cuando se da de alta a un paciente, después de un tiempo regresan, porque aparecen esas conductas ya trabajadas y aprendidas.

Por otra parte, es importante mencionar el contenido del manual está totalmente confeccionado para que el lector acceda y comprenda el material. El vocabulario es sencillo, te lleva de la mano, paso a paso para poder aplicar el método.

# ANEXOS

Imagen 1.

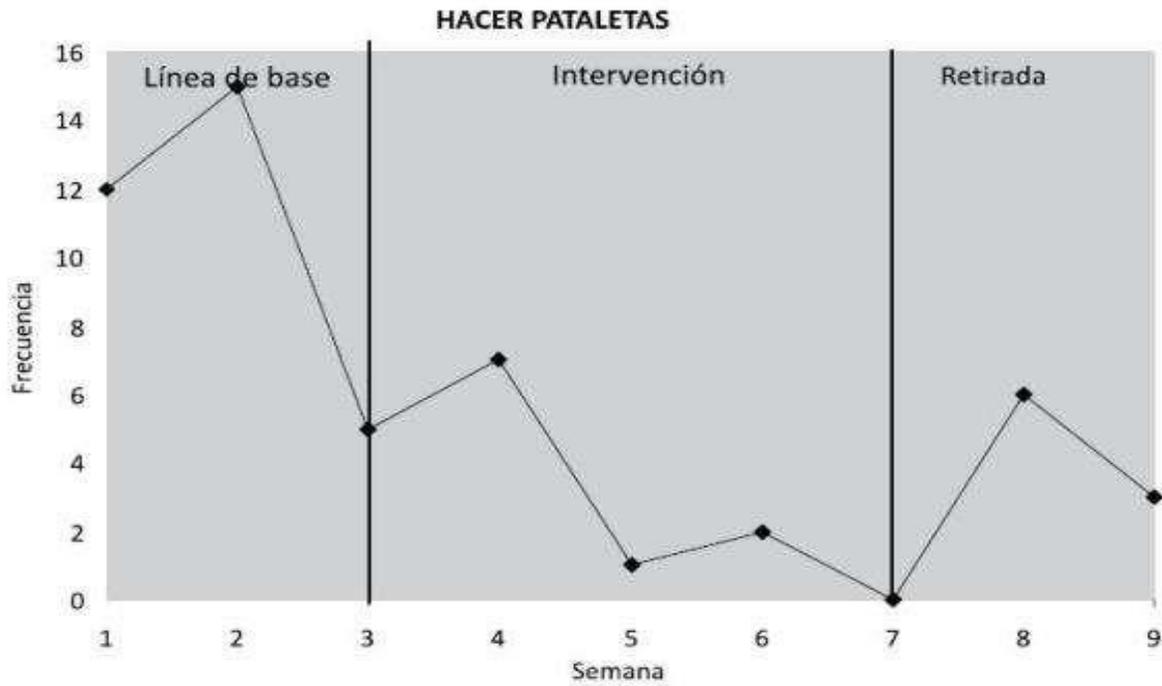
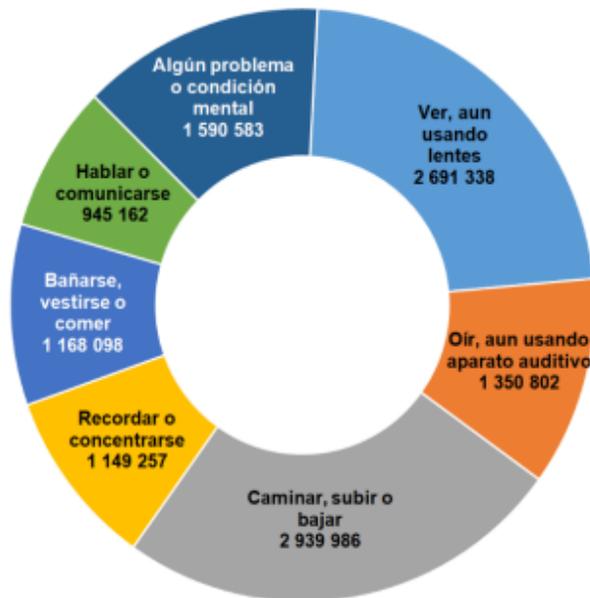


Figura 8. Tendencia de la conducta de hacer pataletas

Imagen 2.

**Población con discapacidad y/o problema o condición mental<sup>1</sup>, por actividad con dificultad 2020**







Trastornos de presión sanguínea		Rayos x	
Drogas/alcohol/tabaco		Hemorragias	
accidentes		otras	
Antidepresivos, tranquilizantes, inductores del sueño, anticonvulsivos, tratamiento para la diabetes, antibióticos.			

#### 4. ANTECEDENTES PERINATALES

Edad de la madre al nacer el niño: Edad del padre:

¿Atención medica en el parto? SI NO Lugar: Tipo de parto: Duración:

¿Se usó anestesia general o bloqueo? ¿Uso de fórceps?

Sufrimiento fetal: circular de cordón:

Mac. De nalgas:

Problemas durante el parto:

Peso al nacer: Talla: Aspecto físico: ¿Lloro al nacer?

¿Aproximadamente cuanto tardó en llorar?

Calificación del APGAR: ¿incubadora? Tiempo:

Causas:

#### 5. FACTORES BIOMEDICOS DURANTE EL DESARROLLO POSTNATAL

¿Ha tenido temperaturas de 40 grados o más? ¿Cuántas veces y a que edades?

¿Ha presentado convulsiones? ¿Cuántas veces y a que edades?

¿Cuáles son las enfermedades más importantes, a que edades han ocurrido y de qué manera han sido tratadas?

¿Ha sufrido golpes en la cabeza importantes? ¿A qué edades?

¿Recibió todas sus vacunas y en el momento indicado?

¿Con que frecuencia se ha acudido al pediatra durante el desarrollo?



Comparado con otras personas de su edad ¿Cómo considera el lenguaje del niño?

#### 9. DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL

¿Cuál ha sido la evolución de la relación entre los padres durante la vida del o la menor?

¿Cuál ha sido la historia de la relación del o la menor con la madre?

¿Cuál ha sido la historia de la relación del o la menor con el padre?

¿Cuál ha sido la historia de la relación con los hermanos (si los hay)?

¿Cuál ha sido la manera de relacionarse con amistades?

¿Ha despertado llorando repentinamente?

#### 10. GENERAL

¿A qué edad logro para avisar para ir al baño?

¿A qué edad dejo de orinarse por la noche?

¿Ha tenido apego especial a algunos objetos? ¿Cuáles? ¿En qué periodo?

¿Cuál ha sido su actitud hacia la alimentación?

¿A qué edad fue capaz de vestirse por si mism@?

¿A qué edad fue capaz de bañarse por si mism@?

¿Cuándo tiempo por día ve televisión, celular, iPad, videojuegos?

¿Qué programas, juegos ve/le gustan?

¿Ha sido un niñ@ dócil o rebelde?

¿Ha dicho mentiras con frecuencia? (explicar)

¿De qué cosas tiene miedo y cuales es el origen de ello?

¿Ha expresado curiosidad sexual? ¿De qué manera?

¿Es un menor expresivo o callado?

¿Ha sido un menor cooperativo con los padres, apático o se niega a colaborar?

¿Cómo es su conducta?

Expulsiones:

Suspensiones:

Grados escolares reprobados:

Presenta dificultades de (marcar y describir)

\_\_\_ Lectura

\_\_\_ Escritura

\_\_\_ Matemáticas

Tratamientos previos:

¿Ha recibido terapias o educación especial?

¿Dónde?

¿Por cuánto tiempo?

Resultados:

Describa brevemente las normas disciplinarias que se usan con el/la menor:

¿Sigue reglas?

¿Responde ha llamado de atención?

¿A qué medidas disciplinarias responde bien?

¿Los padres /cuidadores son firmes con las reglas?

¿Cuáles son sus expectativas para el futuro de su hija o hijo?

¿Alguna situación en el hogar afecta la conducta, desempeño, desarrollo del niño? separaciones, divorcios, peleas, disgustos frecuentes, muertes, enfermedades, problemas económicos, accidentes, cambio de casa o escuela, cambio de trabajo de los padres, etc.) ¿Algo que desee agregar? (describa)

¿De qué hora a qué hora duerme?

¿Duerme solo en su habitación?

¿Duerme solo en su cama?

¿Problemas de sueño?

Actividades favoritas:

Actividades que le desagradan:

¿Cómo, con qué y con quien juega?

## 11. HISTORIA EDUCATIVA

Actualmente.

Nombre del colegio:

Domicilio:

\_\_\_publica \_\_\_particular \_\_\_Mixta \_\_\_No mixta

TURNO:

\_\_\_Religiosa \_\_\_Laica \_\_\_Bilingüe \_\_\_Bicultural

METODOLOGIA:

Grado escolar:

Nombre del profesor:

Escuelas anteriores.

Grado	Nombre de las escuela	Progreso académico	Conducta
Antes del kínder			

Kínder y preescolar			
1° a 3°			
4 ° a 6°			
Secundaria			

¿Le gusta la escuela?

Materias favoritas:

Materias que le desagradan:

Materias que se le facilitan:

¿Cómo trabaja en la escuela?

Día y hora.	Antecedente un poco ¿Qué paso antes?	Respuesta/ Conducta ¿Qué hizo?	Consecuencia poco ¿Qué paso un después?

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ .

Nombre del padre o madre: \_\_\_\_\_ .

## Bibliografía.

Aguilar, Guido (2009) Problemas de la conducta y emociones en el niño normal, México.

Amodia de la Riva, Juan y Andrés Fraile, Ma. Auxiliadora (s.f.) <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/PSIQUICA/SINDROMES%20Y%20APOYOS%20-%20FEAPS%20-%20libro/04%20capitulo03%20Trastorno%20de%20autismo%20y%20discapacidad%20intelectual.pdf>

Ayres, Jean (2007) La integración sensorial y el niño, México.

Barraca Mairal, Jorge (2014) Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica, Madrid.

Bijou, Sidney W. y Baer, Donald M. (1971) Psicología del desarrollo infantil, teoría empírica y sistemática de la conducta, México.

Bijou, Sidney W. y Baer, Donald M. (1975) Psicología del desarrollo infantil lecturas en el análisis experimental, México.

Cadaveira, Matías y Waisburg, Claudio (2015) Autismo guía para padres y profesionales, México.

Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Santos Borgujo, J., Martín Cilleros, M. V., Ferrari, M. J., Martínez Velarte, M., Guisuraga Fernández, Z., Boada Muñoz, L., Rey, F., Franco Martín, M., Fuentes Biggi, J., & Posada de la Paz, M. (2006). La detección precoz del autismo. Psychosocial Intervention,

Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista, Colombia.

Cererols, Ramón (s.f.) Descubrir el Asperger.

Diez Cuervo, Angel (1994) Autismo y epilepsi: prevalencia, etiología e importancia cilnica, <https://www.autisme.com/autisme/documents/Autismo-y-epilepsia.pdf>

Esquivel, Fayne (2007) Psicodiagnóstico clínico del niño, México.

Ferro García, Rafael y Ascanio Velasco, Lourdes (2017) Terapia de interacción padres-hijos: un tratamiento infantil basado en la evidencia, Madrid.

Frith, Uta (1991) Autismo, hacia una explicación del enigma, Madrid.

Galindo Cota, Edgar... [Et al.] (2018) Modificación de conducta en la educación especial: diagnóstico y programas, México.

Garrabe de Lara, Jean (2012) El autismo: historia y clasificaciones.

Gómez Echeverry, I., (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. Pensamiento Psicológico, Colombia.

Gordon, Thomas (2000) PET: Padres Eficaz y Técnicamente preparados, México.

Josep Artigas-Pallarès, Isabel Paula. (2012). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>

Kanner, Leo (1943): "Autistic Disturbances of Affective Contact", *Nervous Child*.

Klein, Stephen B. (1994) Aprendizaje, principios y aplicaciones, España. Labrador Encinas, Francisco Javier (2013) Técnicas de modificación de conducta, Madrid.

Larroy García, Cristina (2007) Mi hijo no me obedece: Soluciones realistas para padres desorientados, España.

Lleixà Arribas, Teresa (2017) Juego sensoriales y de conocimiento corporal, Barcelona.

Macià Antón, Diego (2005) Ser padres Educar y afrontar los conflictos cotidianos en la infancia, España.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994) Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.

Marrone, Mario (2001) La teoría del apego: un enfoque actual, Madrid.

Martin, Garry y Pear, Joseph (2008) Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla, Madrid.

Millenson, J.R (1987) Principios de análisis conductual, México.

Miltenberger, Raymond G. (2013) *Modificación de conducta: principios y procedimientos*, Madrid.

Monfort, Marc y Monfort Juárez, Isabelle (2001) *En la mente*, Madrid.

Moreno García, Inmaculada (2018) *Terapia de conducta en la infancia: guía de intervención*, Madrid.

Olivares Rodríguez, José y Méndez Carrillo, Francisco Xavier (2005) *Técnicas de Modificación de conducta*, Madrid.

Prado de Amaya, Evelyn (2003) *Padres obedientes, hijos tiranos: una generación preocupada por ser amigos y que olvidan ser padres*, México.

Romay Morales, Martha. (2009) *Evaluación del desarrollo infantil: práctica e investigación con el inventario de habilidades básicas*, México.

Schmill, Vidal (2015) *Disciplina inteligente: manual de estrategias actuales para una educación en el hogar basada en valores*, México.

Serrano Pintado, Isabel (1996) *Agresividad infantil*, Madrid.

Serrano Pintado, Isabel (2006) *El niño agresivo*, Madrid.

Serrano, Paula (2019) *La integración sensorial en el desarrollo y aprendizaje infantil*, Madrid,

Solloa García, Luz María (2006) *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*, México.

Speller ,Paulo (1978) *Análisis de la conducta trabajo de investigación en Latinoamérica*, México.

Stumphauzer, Jerome S. (1983) *Teoría conductual: manual de entrenamiento para psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pedagogos, maestros*, México.

West, Janet (2000) *Terapia de juego centrada en el niño*, México.

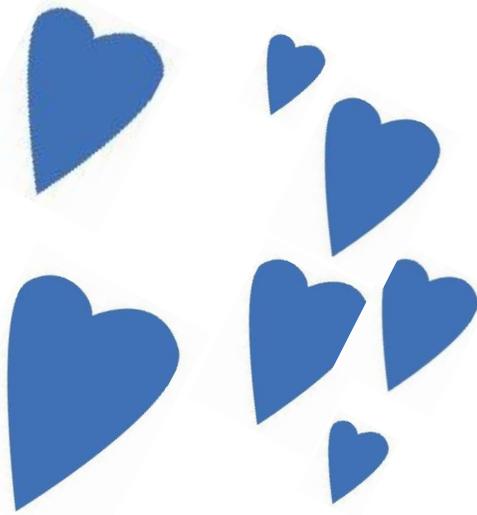
Wielkiewicz, Richard M. (2004) *Manejo conductual en las escuelas Principios y métodos*, México.

Yáñez Téllez, Ma. Guillermina (2016) *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico evaluación e intervención*, México.



Manual de intervencion conductual para padres de  
niños con autismo.

"ACABANDO CON LAS CONDUCTAS  
INADECUADAS DE MI HIJO CON AUTISMO".



INDICE	
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>68</b>
<b>OBJETIVOS.</b>	<b>70</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES.</b>	<b>70</b>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS.</b>	<b>70</b>
<b>AUTISMO.</b>	<b>70</b>
<b>CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL AUTISMO.</b>	<b>73</b>
<b>DIAGNÓSTICO.</b>	<b>75</b>
<b>CONDUCTAS INADECUADAS.</b>	<b>79</b>
<b>IDENTIFICACIÓN Y TIPOS.</b>	<b>81</b>
<b>TERAPIA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.</b>	<b>87</b>
<b>ANTECEDENTES TEÓRICOS.</b>	<b>88</b>
<b>ARRANCANDO CON LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.</b>	<b>89</b>
<b>ANÁLISIS DE LA CONDUCTA.</b>	<b>90</b>
<b>Veamos el registro.</b>	<b>96</b>
<b>Elección de reforzadores.</b>	<b>96</b>
<b>Reforzadores comestibles:</b>	<b>97</b>
<b>Reforzadores manipulables/tangibles:</b>	<b>97</b>
<b>Reforzadores de actividades.</b>	<b>98</b>
<b>Reforzadores sociales.</b>	<b>98</b>

<b>TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....</b>	<b>100</b>
<b>TÉCNICAS PARA DECREMENTAR CONDUCTAS INADECUADAS.....</b>	<b>100</b>
<b>Extinción.....</b>	<b>101</b>
<b>Instigación.....</b>	<b>103</b>
<b>TÉCNICAS PARA INCREMENTAR CONDUCTAS ADECUADAS.....</b>	<b>105</b>
<b>Moldeamiento.....</b>	<b>107</b>
<b>Guía física.....</b>	<b>109</b>
<b>APLICACIÓN.....</b>	<b>112</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>123</b>

## **INTRODUCCIÓN.**

En este manual encontraras herramientas que te pueden orientar sobre cómo actuar ante las conductas inadecuadas (golpear, berrinches, agresividad, desobediencia, autolesiones, entre otros.) que presenta tu pequeña o pequeño con Trastorno del Espectro Autista. Generalmente cuando aparecen este tipo de problemas en el comportamiento del niñ@, los padres deciden buscar ayuda profesional para "acabar" con dichas conductas.

Considerando lo anterior, la forma de alcanzar este propósito, la disminución de conductas problema, será a través la Modificación de conducta, dicho modelo brinda estrategias, técnicas para el manejo y control de conductas inadecuadas, además, con respecto a la duración de este proceso, autores afirman que el tiempo para observar el cambio esperado, aproximadamente es de 3 mes, es por esta razón, se requiere de la participación directa de las personas que conviven e influyen directamente con el niñ@ con Autismo, ¡TU! Como su mamá, su papá o su cuidador, personas a cargo del pequeñ@, asimismo, ustedes son considerados como los principales incitadores de los comportamientos problema, *"Son los padres quienes con más frecuencia intervienen en los tratamientos para modificar un abanico amplio de problemas y alteraciones infantiles. Su participación ha sido notoria en casos de retraso mental, autismo, miedo y fobias infantiles"*. (Moreno G., Inmaculada, 2018). Se ha observado y validado el impacto que tiene el trabajo en conjunto de los padres y profesionales para el beneficio del niño con TEA (Trastorno del Espectro Autista, en adelante se mencionara con las siglas).

La modificación de conducta es la mejor opción frente a problemas de conductas inadecuadas, como menciona Jorge Barraca (2014), *"En los problemas particularmente graves de la infancia y de la adolescencia para los cuales se carecía de tratamientos eficaces, sean logrado, gracias a la modificación de conducta, hay progresos impensables dice*

*solo unas décadas".* Existe validez y sustento científico sobre resultados exitosos de esta terapia, ¡es momento de llevarlo a la práctica!

Cabe mencionar, que este manual es adaptable y flexible con referencia a los momentos de aplicación, horarios, puede ser usado para padres que están en un proceso terapéutico o no estarlo, o con insuficiente información sobre el tema, así tendrán un "plus" en el manejo de conducta. Es preciso señalar que el título hace referencia "para padres", aunque como sabemos los niños no solo conviven con sus padres, pueden intervenir otros cuidadores (nanas, hermanos, abuelos, tíos, etc.). Así que para ello pueden utilizar este manual. Toda persona que interactúe o intervenga en la crianza del niño es bienvenido a aprender y obtener técnicas para su convivencia, de hecho, será muy favorable para el mismo niño y la familia.

El primer apartado habla del autismo, características y las diferentes opciones de terapias que existen. Los contenidos siguientes mencionan en específico lo que es la Modificación de conducta, esta contiene varias fases, como identificar una conducta inadecuada y por qué se mantienen, hacer registros y como tal las técnicas para aumentar y disminuir conductas.

También se incluyen propuestas de actividades y juegos donde serán aplicadas las técnicas de modificación de conducta, esto con el fin de incrementar conductas adecuadas o crearlas, no obstante, de no olvidar que cada momento del día es perfecto para el trabajo de la conducta del niño, como se indicó anteriormente y sin dejar de lado el principal objetivo, disminuir conductas inadecuadas.

Como padres de familia se volverán diestros en la modificación de conducta de su hijo, serán como coterapeutas, su participación es esencial y les aseguro que notaran cambios en un corto lapso.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVOS GENERALES.**

- Identificar las principales características del Trastorno del Espectro Autista con el fin de adquirir un amplio panorama del tema.
- Reflexionar sobre que es la terapia de Modificación de conducta para el establecer un conocimiento de conceptos básicos, a fin de trabajarla.
- Describir minuciosamente cada una de las técnicas propuestas para el decremento de conductas inadecuadas, así como incrementar conductas funcionales o adecuadas.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Seleccionar y determinar las conductas a intervenir.
- Diseñar un plan de intervención, aplicando las técnicas más idóneas para el desarrollo óptimo del niño.
- Establecer los parámetros que determinan lo conllevan las conductas inadecuadas.



### **AUTISMO.**

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo con una incidencia a nivel mundial en la cual se calcula que el 1% de la población mundial tiene Trastorno del Espectro Autista, aunque estas cifras no resultan ser exactas. Es un trastorno que aún se desconoce sus causas, muchas de ellas apuntan a anomalías tanto estructurales como funcionales de las bases neurobiológicas.

En los inicios del autismo se catalogaba como "esquizofrenia infantil", este término actualmente ya no es válido; Paul Eugen Bleuler en 1912, considerado como uno de los pioneros del tema, fue quien introdujo el término "autismo", haciendo referencia a una alteración ,propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa (Cadaveira, Matías E.& Waisburg, Claudio G., 2014). En 1943 Leo Kanner, describió el autismo en su trabajo *Autistic Disturbances of Affective Contac*, donde menciona: "este es un trastorno que se presenta desde muy temprano en la infancia y que sus síntomas y signos son cualitativamente diferentes de los de otras patologías" (Solloa García, Luz María, 2006). Más tarde en 1988 Lorna Wing desarrollo lo que se conoce como triada Wing, que plantea tres dimensiones fundamentales del espectro autista, aspectos que son base para el diagnóstico de autismo en los sistemas mundiales de clasificación DSM 5 R.M. y CIE.(M. Cadaveira & C. Waisburg, 2014).



Triada Wing:

- Trastorno de la reciprocidad social
- Trastorno de la comunicación verbal y no verbal
- Ausencia de la capacidad simbólica y de conducta imaginativa.

Como bien se pueden percatar hay una gran variedad de conceptos sobre el autismo, sin embargo, el concepto valido y el que debes considerar a partir de ahora es lo que menciona el "DSM 5" (Manual Diagnostico y estadístico de Trastornos Mentales), guía principal utilizada por los profesionales para la realización de un diagnóstico a través de los años, dado que anteriormente el Trastorno del Espectro

Autista (TEA) se conocía como Trastorno Generalizado del desarrollo (TGD).



En la siguiente tabla se muestran los diagnósticos formales del DSM.

<p>DSM IV-R (2000)</p> <p>Se incorporó el termino trastornos generalizados del desarrollo para englobar cinco categorías de autismo</p>	<p>Trastornos Generalizados del desarrollo (TGD).</p> <p>Trastorno Autista Trastorno de Asperger Trastorno de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.</p>
<p>DSM 5 (2013)</p> <p>Se considera el Autismo como única categoría, conjunto total de los subtipos anteriores, esto es por la gran diversidad y el amplio espectro de la manifestación clínica de autismo. Un solo diagnostico</p>	<p>Trastorno del Espectro Autista (TEA)</p>

## **CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL AUTISMO.**

Las características primordiales se centran en dos esferas que se encuentran afectadas son: 1. La comunicación e interacción social, 2. Se prestan patrones de intereses y actividades repetitivas y restringidas. Esto a la vez origina otras afecciones en el desarrollo del niño como el lenguaje, disfunciones sociales, habilidades cognoscitivas, problemas conductuales. Esta última genera mayor atención en los padres o/y cuidadores, ya que cuando se manifiestan pueden llegar a ser muy impactantes, debido que se presentan conductas auto lesivas, agresivas hacia los otros, no obediencia, berrinches, entre otros. Donde se ve perturbado el contexto social. Ese contexto social, para el niño con TEA (Trastorno del Espectro Autista) puede ser un factor estimulante y reforzador para el mantenimiento de ciertas conductas inadecuadas como las que se mencionaron anteriormente. De modo que este es el motivo principal del manual, "las conductas problemas o inadecuadas". Existen cuestionarios cortos y de fácil aplicación para cuando se sospecha que un niño podría tener autismo, los primeros en observar peculiaridades en el comportamiento del infante son los padres y/o cuidadores, a continuación, se presenta un listado de signos asociados con el autismo, así como artículos, páginas web, desde videos y aplicaciones que dictan un listado de señales de alarma para detectar el autismo. Es importante mencionar que solo los inventarios como M-CHAT, CARS, ADOS (Escala de Observación) son escalas oficiales y utilizadas por profesionales para un primer acercamiento al diagnóstico.



<p>Área de la comunicación. (verbal y no verbal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falla de en desarrollo del lenguaje.</li> <li>• No hay contacto visual, al ser llamados por su nombre no voltean (no buscan el origen del sonido).</li> <li>• No hay comunicación recíproca.</li> <li>• Puede haber inicios de intentos de comunicación, pero conforme pasa el tiempo esto disminuye.</li> <li>• Presentan ecolalia (repite lo último que escuchan)</li> <li>• No llegan a entender las expresiones faciales.</li> <li>• No señala o es poco cuando hay una necesidad.</li> </ul>
<p>Área de la interacción social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanece alejado de los otros.</li> <li>• Muestran poco interés hacia los demás y al entorno (empatía).</li> <li>• No hay juego simbólico</li> <li>• No muestran interés por quien los rodea.</li> <li>• Poca capacidad para el reconocimiento de emociones.</li> </ul>
<p>Área conductual (conductas estereotipadas y repetitivas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienden a realizar rutinas sin función.</li> <li>• Presentan desintegración sensorial en diferentes vías.</li> <li>• Hay aleteo.</li> <li>• Problemas conductuales.</li> <li>• Berrinches.</li> </ul>

La tabla 2 se muestra un listado de signos de alerta del autismo.

## DIAGNÓSTICO.

Al confirmarse los signos de alerta lo ideal a seguir es realizar un diagnóstico formal, esto proporcionara mucha información sobre las habilidades y áreas de oportunidad para la siguiente fase que es la intervención.

En este apartado se conocerá el diagnostico que se obtiene del DSM 5 R (versión actualizada), tabla 3.



*Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):*

*Criterio actualizado*

*A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por todo lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):*

Las deficiencias en la reciprocidad socioemocionales varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar por responder a interacciones sociales.

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 de comunicación no verbal.

Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, 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.

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (véase la siguiente tabla de especificaciones).

*Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):*

Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej. gran 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 (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

*Especificar la gravedad actual:*

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (véase la siguiente tabla de especificaciones).

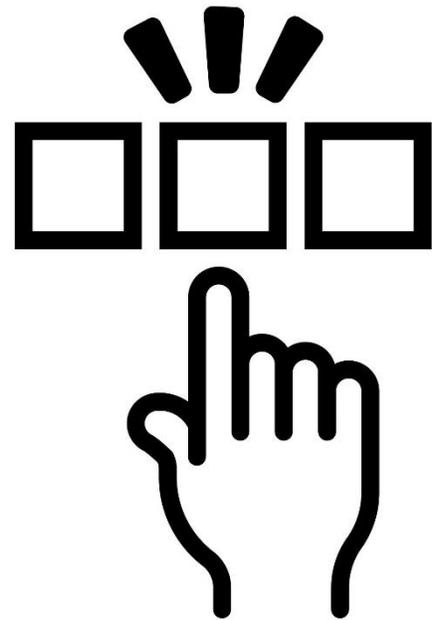
Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

Estas alteraciones no explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

Tabla 3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS- 5), 2014. Actualización del DSM- V R, 2016.

INTERVENCIONES (TERAPIAS). En los últimos años ha aumentado los diferentes tipos de intervención, siendo un trastorno multimodal en sus características, lo idóneo es trabajar lo más oportuno y personalizado para cada niño con TEA. Por mencionar algunas, la terapia de integración sensorial, Modelo Denver, Terapia ABA, Método TEACCH, equino terapia, Terapia de lenguaje, Terapia de Modificación de conducta, entre otras, son de las diversas intervenciones para los autistas, además, se debe considerar las habilidades e impedimentos del desarrollo de las diferentes áreas que el niño podría presentar. El presente manual se asienta sobre la terapia de modificación de conducta, la cual conlleva una serie de pasos para su aplicación, más adelante se mencionarán estos y otros aspectos de la terapia como la técnica para incrementar conductas, *moldeamiento*, *reforzamiento*, *reforzamiento de conductas incompatibles*. Técnicas para decrementar conductas *extinción*, *tiempo fuera*, *sobre corrección*. Son herramientas que se pueden utilizar en conjunto para un resultado favorable.



Siendo una importante intervención sobre los problemas de conducta, es decir, si un niño presenta conductas inadecuadas, por ejemplo, no permanecer sentado por un periodo de 5 minutos, es probable que una terapia de lenguaje no sea efectiva y desde luego no se podrá trabajar, entonces, lo ideal antes de cualquier terapia, agregando si el niño tiene problemas de conducta, es iniciar con una intervención conductual, esto será favorable precedentemente de cualquier otra terapia de las ya antes señaladas.

Como se mencionó anteriormente, la finalidad es el acercamiento a este método, *Modificación de Conducta*, ya que, comportamientos como los berrinches, agresiones, autoagresiones, desobediencia son manifestaciones principales del Autismo, los padres y/o cuidados al revisar este manual serán competentes en el manejo condutal de su hijo.

Modificación de conducta: situaciones como agresiones, berrinches, desobediencia, se consideran conductas inadecuadas o problema, las cuales altean el entorno del sujeto, el propósito es identifica factores que mantienen y provocan dichas conductas problema disminuirlas y remplazarlas con conductas más adaptables y funcionales.



## CONDUCTAS INADECUADAS.

Según Emerson las conductas inadecuadas son *"Las alteraciones de conducta comprenden una serie de comportamientos anormales desde el punto de vista socio-cultural de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave*

*compromiso la integridad del individuo o los demás, o que conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad"* (Emerson, 1999, como se citó en Novell y Col. ,2002)



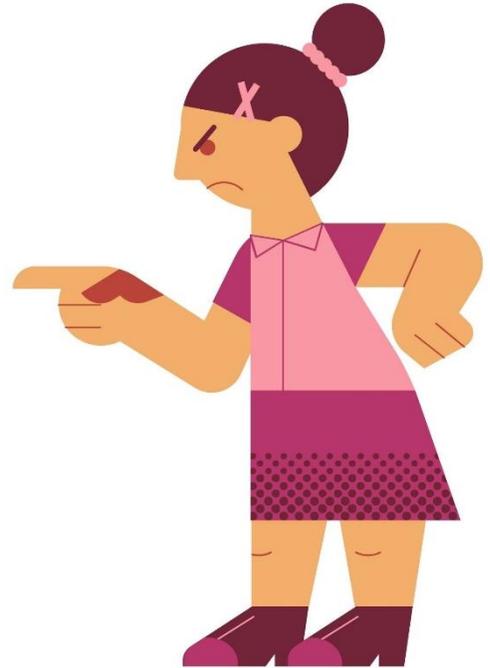
Además, conviene poner énfasis los diferentes términos que se puede utilizar para conductas inadecuadas como "conductas problemáticas", "excesos conductuales", "conductas disruptivas" entre otros, para este manual utilizaremos el término conductas inadecuadas.

Dichas conductas, como lo mencionó Emerson, dependerán del contexto en el que se presenten, así mismo la intensidad con la que aparecen, que tan frecuente son y la consideración del tiempo de duración será muy importante para su clasificación como inadecuadas.

Estos comportamientos se pueden presentar con diferentes características o topografía (descripción del acto) y lo importante para la terapia de conducta será la función que esta cumple como puede ser evitación, suspender, obtener atención de una actividad o de una persona. En el capítulo 5 se habla del análisis funcional de la conducta, haciendo referencia a lo anterior, explicando lo que es y cómo realizar uno, como vamos a intervenir en las conductas problema de tu hijo será necesario hacerlo.

Cada que tu pequeño hace un berrinche, golpea, se auto agrede, no sigue indicaciones, se muestra hiperactivo, destruye son conductas inadecuadas las cuales se tienen que suprimir, aunque esto debe ser progresivamente, es decir, no se eliminan como tal las conductas, sino que se trabajan y refuerzan comportamiento adecuados.

Y desde luego es importante la intervención por parte de una profesión, aunque la participación tanto de mamá, papá, abuelos, nana o de las personas que conviven con el niño tendrán que conocer y llevan a cabo técnicas para que la modificación de conducta sea beneficiosa y que tenga cambios progresivos y favorables, el cual es nuestro propósito, terminar con las conductas inadecuadas.



## IDENTIFICACIÓN Y TIPOS.

La manifestación de las conductas inadecuadas puede variar según el caso, es decir, que tan frecuente, la intensidad y la duración de este, es importante recalcar estas tres dimensiones de la conducta ya que esto nos permite identificar si lo que se está manifestando es en exceso (conducta inadecuada) o está dentro de los parámetros para no considerarse así, además teniendo en cuenta en el entorno donde se presente.

El entorno es un punto sustancial en las conductas inadecuadas, ya que en la mayoría de los casos, el reforzamiento es proporcionado en el entorno, en otras palabras, las personas presentes, la hora y el lugar son los que incitan y mantienen dicha conducta, asimismo si la conducta interfiere abruptamente en el día a día del niño y de quien lo rodea, esto puede ser durante la socialización, cuestiones académicas, Edgar Galindo y Cols. (2018) Afirma "*la aparición de estas*



*conductas inadaptadas obstaculizan el desarrollo de los repertorios adaptativos, como los sociales y básicos; por ejemplo, el niño hiperactivo que no puede quedarse sentado o que se mantiene en movimiento continua ejecuta una serie de acciones incompatibles con la atención, es difícil que pueda concentrarse en una tarea particular y, además, estorba en las*

*actividades de otros.*

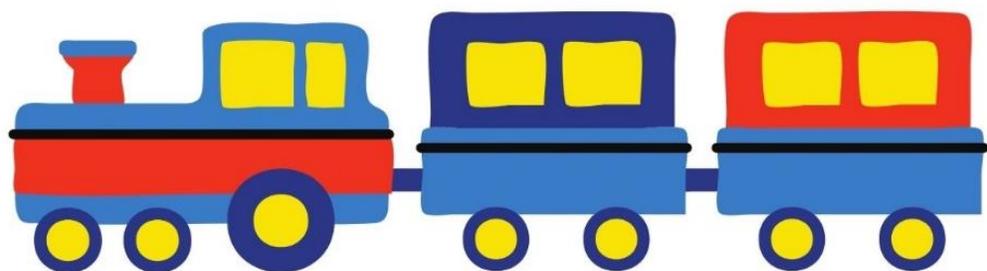
Así mismo, la conducta manifestada debe ser observable para poder medirse, es decir, para que se pueda registrar. En cuanto a la relación que existe entre tú y tu hijo es perjudicada, como consecuencia de estas conductas inadecuadas, el deterioro de su interacción será beneficiada durante la intervención que harás.

Hasta ahora se han mencionado puntos para la identificación:

- Dimensión de la conducta (intensidad, duración y frecuencia)
- Entorno (personas, lugar y hora)
- Ser observable
- desfavorece el desarrollo en diferentes áreas del niño.

En este momento es cuando se inician deducciones o hipótesis sobre la conducta inadecuada y la posible intervención, es idóneo realizar un Análisis Funcional de la Conducta, más adelante se explicará y se asimilará este apartado.

Nos referiremos a cinco tipos de conductas inadecuadas: berrinches, auto estimulación, agresividad e hiperactividad.



- Berrinche:



Este tipo de conducta es de las más comunes que se presentan a lo largo del día, de igual forma es una de las principales causas por la cual se busca una intervención, sabemos que tu pequeño tiene autismo y añadiendo la aparición de un berrinche, sé que resulta difícil para ti hacer algo, por ejemplo, si tu hijo te está pidiendo una paleta y le dices que no, porque no ha comido, ese "no" es un detonante para el inicio de un berrinche, ahora, se encuentran en la plaza comercial, hay gente,

sonidos fuertes, luces (factores sensoriales que comprometen), el niño sabe perfectamente que es buen momento para hacer un berrinche y que tu accedas a lo que antes fue negado (considera este ejemplo como un aprendizaje y que es muy probable que vuelva a suceder si se encuentran en los mismos parámetros, esto será un reforzamiento positivo, al entregarle algo agradable que es la paleta).

Lloriqueos, pataletas, expresión de la frustración o gritos son algunas representaciones de un berrinche.

*Tip: el manejo del berrinche será con la técnica de extinción en combinación de un reforzamiento diferencial de otras conductas, además de la enseñanza y práctica de técnicas de relajación, por medio de la imitación.*

- Auto estimulación:



Toda aquella conducta motora o verbal repetitiva y constante sin ninguna funcionalidad será auto estimulación, también conocida como estereotipias, una de la características principales de los niños autistas, su efecto es gratificante para el pequeño, se considera como una conducta inadecuada ya que en muchas ocasiones interrumpe actividades o el desarrollo del niño, es decir si tu pequeño se la pasa agitando las manos, rascándose o balancearse al grado de perturbar el entorno se considera actuar sobre ello.

Este tipo de conductas bien se dice es satisfactorio para el niño, pero puede llegar a ver lesiones, cuando se rasca la piel muy constante y cada vez con más fuerza, hay una laceración y posibles infecciones, no se permite sanar correctamente, el niño continuo con el rascado, por esta razón es preciso la intervención para este tipo de comportamientos.

En muchas ocasiones los pequeños con autismo utilizan la auto estimulación como una alternativa para autorregularse, retomando las dimensiones de la conducta (frecuencia, duración e intensidad) podemos obtener que dicha conducta muestra una intensidad alta, es constante durante el día y puede pasar 5 minutos continuos con el rascado de piel, y no olvidando un Análisis funcional de la conducta, permite hacer nuestra línea base para dar inicio al tratamiento.

Cabe resaltar, si observas que la conducta de auto estimulación está afectando la integridad de tu hijo, actúa, no permitas que continúe dañándose. El registro puedes hacerlo cuando no hay percances.

*Tip: el manejo de la conducta de auto estimulación será con la técnica de reforzamiento de conductas incompatibles y la sobre corrección.*

- Agresividad:



Dentro de las conductas agresivas se encuentran: golpear, lastimar físicamente a los demás, aventar objetos, patear, morder o insultar, las cuales tienen consecuencias aversivas y/o daño a otros.

Los niños con autismo presentan frecuentemente estas conductas, se presentan en tres patrones diferentes, es decir, formas por las cuales se exteriorizan una conducta agresiva:

- Ser la respuesta a un estímulo (cuando se le pide realizar alguna actividad).
- Por la consecuencia que esto atrae (llamar la atención)
- Por aprendizaje, muchas de las conductas son un proceso de aprendizaje vicario, observando a los padres o cualquier otra persona que convive con el niño.

Si tu pequeño presenta conductas agresivas de muy importante intervenir, no podemos dejar pasar solo porque es un niño o que no causa mucho daño, este tipo de problema llega a ser crónico y cada vez se saldrá de nuestras manos poder hacer algo.

*Tip: el manejo de la conducta agresiva será con la técnica el reforzamiento de otras conductas, sobre corrección, tiempo fuera, retirada de estímulos.*

- Hiperactividad:



Se identificarán a este grupo de conductas como aquellos movimientos excesivos y casi imposible de detenerse, interrumpen en actividades y aprendizaje, el pequeño que constantemente se pone de pie, brinca, deambular por la habitación no permite la concentración y la atención necesaria para realizar las tareas, por esta razón son conductas inadecuadas.

Es importante trabajar la hiperactividad, aunque sea una conducta que no perjudica físicamente a terceros, sin embargo, resulta perturbador para el entorno y quienes se encuentra, por ejemplo, si tu hijo no puede permanecer sentado a la hora de comer o para realizar una actividad por lo menos 5 minutos en la silla, se para, brinca por todos lados, tira lo que está a su alrededor, esto, lo más seguro, te resultara frustrante, parece "que está totalmente cargado" "tiene mucha energía". Acciones que interrumpen no solo a tu pequeño, sino, igual a ti, por lograr alcanzarlo y sentarlo, de hecho, hasta puede desencadenar un berrinche, al tratar de sostenerlo y tu pequeño al no dejarse, llora,



un comportamiento inadecuado que se puede evitar.

*Tip: el manejo de la conducta hiperactividad será con la técnica de reforzamiento de conductas incompatibles, tiempo fuera, instigación física.*

## TERAPIA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.



En este capítulo nos entraremos más al tema principal de este manual, es la Terapia de Modificación de Conducta, a continuación, explicaremos el significado que proporciona Jorge Barraca Mairal (Doctor y especialista en psicología), posterior se hará mención de los antecedentes en la Modificación de Conducta.

*“La aplicación sistemática de principios de aprendizaje con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que no son adaptativas”* (Barraca J. 2014). Los principios de aprendizaje hacen referencia a refuerzos, extinción y castigo, procesos que incitan la aparición o la disminución de conductas tanto adecuadas como las inadecuadas. Estos mismos principios de aprendizaje, con una aplicación manipulativa, serán las técnicas que se utilizan en la MC (modificación de conducta, a partir de este momento se abreviara así). Pero antes de la intervención se elucidará el significado de cada uno.

## ANTECEDENTES TEÓRICOS.

Solo por hacer mención, se presentan las figuras más representativas en la MC, al paso del tiempo se ha ido desarrollando y evolucionado esta intervención, existen varias investigaciones como diversos autores, los cuales son representados por sus distinguidas aportaciones para la terapia de Modificación de conducta. Desde luego, se ha transformado hasta la fecha.

Los inicios datan de 1911 con *Edward L. Thorndike*, con sus estudios de "La ley del efecto", afirma que cierta conducta que resulta favorable en el entorno es muy posible que vuelva a suceder.

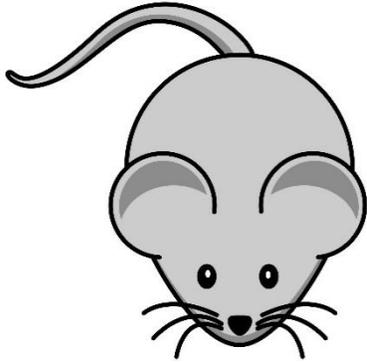


Uno de los autores más nombrados en psicología es *Iván Pavlov*, por los estudios basados en experimentos con perros, fue un fisiólogo. Su aportación dio pie a lo que hoy conocemos como "condicionamiento clásico o respondiente", es decir, la relación entre la presentación de un estímulo (comida) el perro tenía una respuesta (saliva). Como es que ciertos estímulos provocan una respuesta en el sujeto (estimulo → respuesta). Estos estímulos pueden ser visuales, auditivos o gustativos.

*John B. Watson*, psicólogo estadounidense, sus estudios se basaban en el esquema estímulo-respuesta (E-R), en otras palabras, toda conducta es controlada por los estímulos del entorno; Los resultados de esta investigación mostraron que se puede condicionar cualquier tipo de respuesta con la manipulación de los acontecimientos y/o entorno.

*Burrhus Frederic Skinner*, psicólogo estadounidense, las investigaciones de Skinner contribuyeron aún más en los conocimientos referentes al proceso de aprendizaje y desarrollo el campo del conductismo basado en lo descrito por Watson. Los trabajos eran realizados con ratas, el

creo una caja que contenía una palanca dentro, y si esta era presionada la rata obtenía alimento.



En este momento se empiezan a manejar términos como *reforzador*, Skinner lo definió como un estímulo cuya presentación incrementarla frecuencia de la conducta que procede a dicho estímulo, Klein, Stephen (1994).

El propósito de Skinner era el estudio de las conductas operantes o instrumental (algunos autores la llaman así, en nuestro caso será "operante")

Como se hizo mención a un principio, estos son algunos de los autores reconocidos en el área de la Modificación de Conducta y es su presentación en este manual es para conocer la validez y eficacia que tiene en los problemas de conducta.

### **ARRANCANDO CON LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.**

A partir de este momento da inicio a la intervención sobre las conductas inadecuadas, es importante considerar unos puntos relevantes para empezar.



Se tienen que identificar exactamente que conducta se va a modificar, a este apartado se llamara "evaluación funcional de la conducta", se realizará, además, un registro de la ocurrencia del comportamiento, se identificara los antecedentes y consecuencia, esto lleva por nombre "análisis de la conducta", por otro lado se seleccionarán los reforzadores que se utilizaran y para finalizar se realizar un plan de trabajo, que técnica o técnicas serán las apropiadas para la intervención de dichas conductas.

Cabe señalar que los puntos redactados anteriormente se deben llevar a cabo, no los podemos "saltar", ya que es información importante para que la intervención sea efectiva y tenga resultados favorables.

Nos convertiremos en observadores expertos, tendremos que ser consistentes y responsables en los registros para no dejar pasar algo, vamos a tener a la mano los registros un lápiz con goma.

### **ANÁLISIS DE LA CONDUCTA**

Es momento de registrar, esto nos ayudara para obtener información relevante sobre porque se manifiestan las conductas inadecuadas, cual es la función que este cumple (evitar y/u obtener) y desde luego nos proporciona datos para identificar las técnicas adecuadas para el abordaje de dichas conductas.

El análisis funcional nos ayudara a determinar la relación que tiene la conducta con los antecedentes y consecuencias que se presentan, es crucial contar con esta información, ya que a partir de esto se pueden generar hipótesis y posibles alternativas para el abordaje, más adelante quedara más claro.

Para empezar y que sea ameno el registro nos haremos las siguientes preguntas:

-¿Cómo es la conducta? (describir detalladamente)

-¿Por qué considera que es importante revisar esa conducta?

-¿Qué sucede antes de que estas conductas se presenten?

-¿En qué momentos se presenta esta conducta?

-¿Con cuánta frecuencia se presenta esta conducta?

-¿En qué escenarios es más probable que se presente esta conducta?

-¿Qué hace usted cuando esa conducta se presenta?

-¿Cómo reacciona el niño cuando usted se comporta de esa manera?

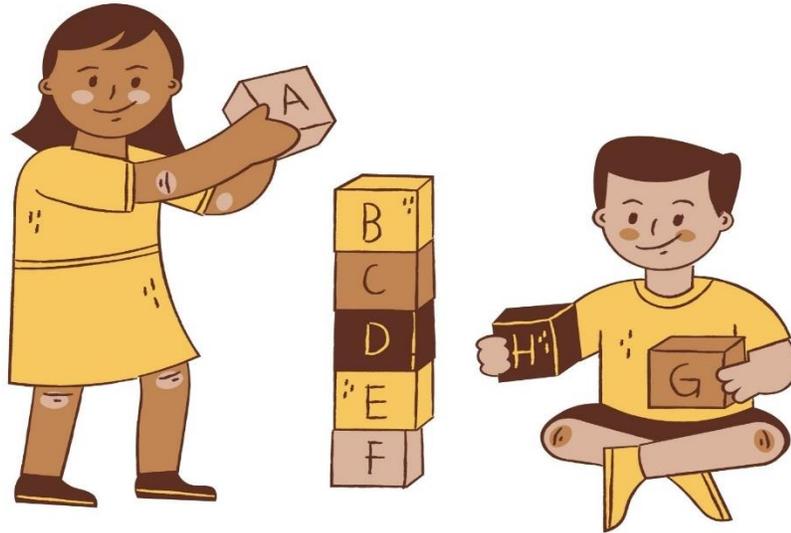
-¿Ha intentado hacer algo para modificar esta conducta? ¿Qué ha hecho?

-¿Cuáles han sido las respuestas del niño ante estos intentos?

Los datos obtenidos de estas preguntas nos brindan información valiosa para dar inicio a la intervención. Sin embargo existen dos aspectos sobre la conducta que se debe explicar a detalle que son: a) la topografía de la conducta y b) la función de la conducta, pareciera que se hace referencia a lo mismo, pero no es así, ahora se identificaran cada uno, ya que con esto podemos especificar algunos objetivos del abordaje, más adelante se hará mención sobre los registros y como contestarlos, en los anexos se encontraran las hojas de registro en blanco que se pueden utilizar para iniciar el trabajo con su pequeña/o.



- Topografía de la conducta: se refiere al tipo de respuesta que se presenta ante determinados estímulos, se trata de una descripción



detallada y específica de lo que se observa. El número de veces que se presenta cierto movimiento, es importante ser exactos al momento de

describir la conducta, no podemos decir "mi hijo es berrinchudo, y muy desobediente". Esto es una descripción ambigua, no se puede registrar el ser "berrinchudo" o "no se obediente". Sin en cambio se realiza la descripción así: "mi hijo llora con una intensidad alta, golpea la pared y avienta los objetos que se encuentren cerca de él" o "mi hija no responde ante las instrucciones que le doy, dos de tres instrucciones que le doy las lleva a cabo". Estos son ejemplos de definiciones conductuales y de cómo se realiza las descripciones, en este momento ya se obtiene información relevante, dando inicio a la primera fase de la Modificación de conducta (recolección de datos).

- Función de la conducta: será delimitar la finalidad de dicha conducta, es decir, la relación que se sostiene ante ciertos estímulos para que aparezca la conducta o la correlación de las consecuencias que permite que el comportamiento se mantenga y sea muy probable que se vuelva a repetir. Este apartado nos permitirá realizar hipótesis de aquellas conductas inadecuadas, por lo general la función será de obtener (atención, por ejemplo) o evitar (no realizar una actividad). Aquí podemos considerar los principios de la modificación de conducta, por ejemplo: "Rebeca es una pequeña de un 1 año, sus padres se preocupan porque ha hecho unos berrinches tremendos antes de la hora de dormir, ellos hacen mención sobre cada vez que su mamá la acuesta en su corral, Rebeca llora (conducta), inmediatamente su madre se acerca y la vuelve a cargar (consecuencia)." Los padres Rebeca han notado que lo hace cada vez que ellos se encuentran en la misma habitación que su hija, porque si la dejan y salen del cuarto, Rebeca se queda dormida y no llora. Entonces, quienes mantienen la conducta de llorar son los padres, siendo la consecuencia cargarla (reforzamiento positivo para la pequeña), nos damos cuenta que los estímulos presentes, serán los padres y el momento de llevarla a acostar a una habitación, la niña se está predisponiendo a la situación, haciendo muy probable que su conducta ante esta condición será llorar, y continuar hasta que la carguen. Aquí se muestran los preámbulos de un análisis funcional, antecedente-conducta- consecuencia.



Ahora se muestra un ejemplo de un registro, contemplando el caso de Rebeca, igual conocido como registro ABC, el cual ayudara ubicar los estímulos que preceden a la conducta y las consecuencias, esto, además,

no proporciona una línea base para dar inicio a la intervención de las conductas y observar los resultados.

Recuerden que la recolección de datos se importante ya que no dirá desde que punto partir, no podemos dar inicio sin conocer todo lo mencionado anteriormente.



antecedente	conducta	Consecuencia
Rebeca es llevada a habitación para que se quede acostada en su corral	Rebeca llora, sin parar.	Su madre inmediatamente se acerca y la carga para arrullarla.

La tabla está organizada la información sobre los berrinches de Rebeca, momento de realizar hipótesis y de dar un abordaje, a pesar que es un registro con poca información, podemos observar que la consecuencia de la madre al responder inmediatamente al lloriqueo de la niña es cargarla y arrullarla, si extinguimos esta conducta al no acercarnos en el momento que inicia a llorar, podemos esperar que la conducta disminuya o hasta que desaparezca.

Considerando las preguntas mencionadas anteriormente y el presente registro se recabará la información sensata para seleccionar detalladamente la conducta a intervenir y de igual forma será importante ubicar los reforzadores adecuados que nos ayudaran a incrementar ciertas conductas.

A continuación, hablaremos de las conductas inadecuada (cuales elegir) y sobre todo como y cuáles serán los reforzadores aptos.

- Selección de conductas problema.

El primer paso será el llenado del registro que se encuentra en los anexos, hay que recordar que se tiene que ser observador y ante todo ser minuciosos a la hora de describir la conducta.

Con referencia a los registros, el que se mostró en el apartado anterior es un registro sencillo, así que se utilizarnos un registro "completo".



En este se señala el día, hora y lugar donde sucede la conducta, esto con la finalidad de que los datos sobre los antecedentes, nos podrían indicar que determinados estímulos del ambiente incitan la aparición y el mantenimiento de las conductas problema.

Cabe mencionar el nivel por el cual se deberá abordar las conductas, es decir, conductas agresivas o de auto agresión serán las primeras en intervenir, ya que podría poner en

peligro a tu hij@ o a las personas que le rodea, posterior se trabajaran las conductas que interfieren en el aprendizaje o en la vida diaria, para finalizar aquellas conductas que se presentan y socialmente no son aceptadas.

**Veamos el registro.**

Para que sea más dinámico tu aprendizaje, vamos a llenar este momento la tabla, así que ve a los anexos y toma una hoja de registro, tomate un tiempo y piensa sobre algo que haya ocurrido reciente. Anótalo.

Día y hora.	Antecedente ¿Qué paso un poco antes?	Respuesta/ Conducta ¿Qué hizo?	Consecuencia ¿Qué paso un poco después?

**Elección de reforzadores**

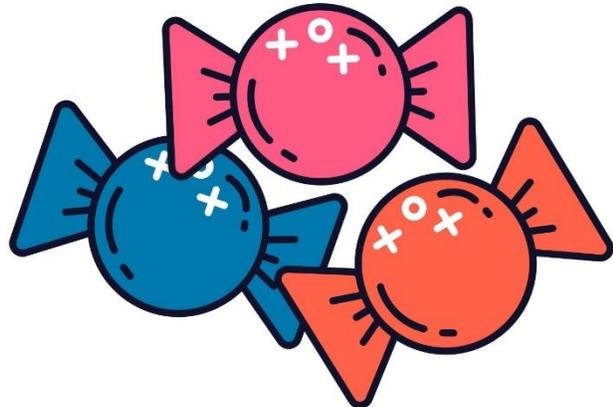
Los reforzadores al ser presentados existe la probabilidad de que ocurra cierta conducta que se presentó anteriormente a este, es decir, tiene efecto sobre la conducta, así que la identificación de estos es necesaria, es una fase sencilla ya que es conocer los gusto y disgustos de nuestros pequeñ@, a continuación se presenta un listado de posibles reforzadores, hay una gran diversidad, entre los cuales podemos destacar los reforzadores comestibles, reforzadores manipulables, reforzadores tangibles, reforzadores de actividad y reforzadores sociales, estos últimos son más beneficiosos al aplicarse ya que es un

reforzador natural, de hecho, lo ideal será que siempre un reforzador social vaya acompañado con otro tipo de reforzador.

En esta sección puedes ir palomeando aquellos reforzadores que pueden ser del agrado de tu hij@, de esta forma ya tendremos bien ubicados cuales utilizaremos.

### **Reforzadores comestibles:**

- Galletas
- Caramelos
- Gelatina
- Helado
- Refrescos
- Jugos
- Papitas
- Chicharrones
- Palomitas de maíz
- Cacahuates
- Yogurt
- Leche
- Frutas



### **Reforzadores manipulables/tangibles:**

- Juguetes
- Cohechitos y camiones
- Muñecas
- Pelotas
- Globos
- Burbujas
- Arena
- Rompecabezas
- Bloques

- Instrumentos musicales
- Pinturas
- Libros
- Legos
- Plastilina
- Crayolas
- Plumones
- Hojas o cuaderno
- Alguna prenda
- Texturas
- Aros
- Slime
- Material sensorial
- Ensamblables



### **Reforzadores de actividades.**

- Jugar con tu hij@
- Leerle un libro
- Salir al parque
- Columpio, res baladilla, sube y baja
- Salida al cine
- Ir a visitar un familiar
- Prepara un alimento en familia
- Dar un paseo
- Día de campo
- Ver videos

### **Reforzadores sociales.**

- Dar elogios, alabanzas, como: "que buen niñ@", "muy bien hecho", "eso", "vamos", "sigue así", "bravo", "tú puedes", "chócalas", "eres un campeón".

- Cosquillas
- Abrazar
- Besar
- Mecer
- Dar vueltas
- Apapachar

La presentación de los reforzadores será en conjunto de uno social con cualquier otro tipo, esto con la finalidad de que la retirada de este sea más sencilla, un punto importante sobre los reforzadores es que nos permitirán a facilitar las conductas adecuadas, estos no son permanentes, por lo cual la conducta aprendida o seleccionada para la intervención seguirá mantenida por las consecuencias naturales o sociales. Y para poder aplicar los reforzadores será de una forma intermitente, es decir, no siempre se deberá otorgar.

## **TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.**

Ya tenemos bien identificadas las conductas problema de tu hij@ y los reforzadores que puedes utilizar, es hora de conocer las técnicas para incrementar conductas adecuadas y decrementar conductas inadecuadas. En este capítulo de ser explicara cada una de las técnicas, al conocer de qué se trata, será más fácil para ti elegir que procedimiento se llevara a cabo, no hay que dejar de lado que los métodos se pueden utilizar en conjunto (de hecho, es más eficaz). En el siguiente capítulo habrá algunas actividades que te apoyaran para dar inicio.

### **TÉCNICAS PARA DECREMENTAR CONDUCTAS INADECUADAS.**



El propósito de reducir o hasta eliminar conductas problema será que las contingencias de esta no resulten reforzantes (lo que provoca que se mantenga), en cambio, será que se presente una consecuencia (control de estímulos).

Como se ha mencionado anteriormente, además de ocuparnos de este tipo de conductas, tendrá un mayor impacto intervenir, al mismo

tiempo, con técnicas para desarrollar o incrementar conductas funcionales.

### **Extinción.**

*“Cuando un reforzamiento no sigue más a una conducta, esta se decrementará en intensidad o frecuencia y gradualmente se extinguirá”* (Stumphauzer, J. 2014).



La extinción es una de las técnicas más conocidas y aplicadas en los problemas de conducta infantil, sin embargo, se debe utilizar con mucho cuidado ya que puede acarrear cuestiones aversivas, las cuales podrían perjudicar la relación con l@s pequeñ@s.

Veamos de que se trata esta técnica, el objetivo será retirar aquel reforzador que provoca la aparición de una conducta inadecuada, como resultado de esto es que disminuya, en otras palabras, cuando tu hij@

está haciendo un berrinche (conducta inadecuada y que se mantiene), al darle la atención (voltar a verl@ o entregarle lo que quiere), esta atención es un reforzador, así que extinguir la conducta será, coloquialmente hablando “ignorar” dicha conducta, el resultado es el decremento de esta.

Involuntariamente como padres no nos percatamos de esta situación, nosotros mismos reforzamos esos berrinches, autolesiones que llegan a presentar nuestros niñ@s, con la simple atención.

Considerando lo anterior, además de utilizar la extinción se deberá utilizar una técnica para las conductas adecuadas o que sean funcionales (identificar estas conductas y se aplicará un reforzamiento positivo).

Los resultados se dan de forma gradual, de hecho, al inicio de trabajarla pudiesen que los comportamientos inadecuados sean mayores, pero si se sigue sin reforzar poco a poco estas se debilitan y desaparecen.

Para que sea un éxito la aplicación de la extinción hay que recordar lo siguiente:

- ✓ Con el registro que ya se había llenado antes (registro ABC), nos ayuda a identificar el reforzador que sustenta a la conducta problema, esto se encontrara en la consecuencia (lo que pasa inmediatamente después).
- ✓ Tener paciencia al posible incremento de la conducta inadecuada, recuerda es temporal. No hay que retroceder en acceder por lo cual inicio el comportamiento.
- ✓ Toda la familia deberá participar y acatar lo acordado, ya que si uno no cumple con la extinción es muy probable que no funcione.



La extinción su uso común es para los famosos "berrinches", que será considerado como momentos de lloriqueos, pataletas hasta gritos por parte del niñ@ cuando este desea obtener algo y no lo consigue, esto

se mantiene por la atención que le brindamos o incluso cuando cedemos u otorgamos lo que tu hij@ pide.

Se vuelve un aprendizaje y uno muy significativo, puesto que como se concede lo anhelado, acrecenta la probabilidad que en una próxima vez sea pedido de la misma forma (con un berrinche).

Tiempo fuera.

La siguiente técnica es "tiempo fuera", existen diferentes maneras en las que se puede trabajar esta técnica, sin embargo, como la extinción debe ser utilizada adecuadamente, por la misma razón de no causar algún efecto aversivo en la relación con tu hij@.



*"Se define como un procedimiento según el cual a la persona que está inmersa en una situación se le priva temporalmente del acceso a cualquier reforzador"* (Barraca M. Jorge, 2014).

Como bien es mencionado, se retirará al niñ@ a un lugar apartado de donde está recibiendo la atención o refuerzo. Para este método se sugiere tener un lugar específico, siendo más específicos, una sillita donde tu hij@ se sentará por unos minutos, sin que haga nada y, sobre todo, nosotros no darle retroalimentación, de ningún tipo reforzamiento. El tiempo fuera será utilizado para reducir conductas agresivas y de desobediencia.

### **Instigación.**

Va de la mano con el modelamiento (técnica para incrementar conductas) y la guía física, que es igual parte de esta, para Emilio Ribes Iñesta (1974) *"consiste en forzar la emisión de la respuesta; en*

*consecuencia, debemos tener la certeza previa de que tal respuesta existen en el repertorio del sujeto como también que el estímulo elegido para instigarla es el apropiado”.*

Así que para el manejo de este método se requiere que el/la niñ@ ya conozcan o reconozcan dicha conducta a realizar, sino es así lo primero que deberemos utilizar es el moldeamiento para crear una conducta nueva. Hay dos tipos de instigadores: verbales y físicos.

Para los físicos, es tomar a tu hij@ y manipular los movimientos para que se llegue a un fin, o al propósito conductual y los verbales será ir mencionando los pasos o la instrucción para llevar a cabo la conducta. Este procedimiento es utilizado para enseñar a imitar o para el seguimiento de instrucciones, por ejemplo, al enseñar la instrucción “dame”.

Si le dices a tu pequeñ@ “dame el vaso” y no lleva a cabo la indicación dentro de 3 segundos, lo que harás es tomar su mano, dirigirlo al vaso para lo tome y que te lo entregue, se está instigando para lograr el objetivo. Esto es progresivamente, es decir, después con la simple instrucción verbal, tu hij@ deberá realizar lo que se le pide. Y recuerda que al terminar se tiene que reforzar para que esta se vuelva a repetir y mantenerse.

Además, hay que recordar que es imprescindible la aplicación de dos o más técnicas simultáneamente para mayor eficacia.

En el siguiente apartado hará referencia acerca de las técnicas para el incremento o crear nuevas conductas.

## TÉCNICAS PARA INCREMENTAR CONDUCTAS ADECUADAS

Son el conjunto de métodos que sirve para reforzar conductas que pertenecen al repertorio del niñ@ y/o para el desarrollo de conductas funcionales y todo se basa en la aplicación del reforzamiento positivo. Esto, además, se asentar en las consecuencias, así que a continuación se conocerán estas técnicas utilices en la intervención conductual.

Reforzamiento positivo.

Si una consecuencia o resultado de una conducta tiene el efecto de



incrementar la intensidad o frecuencia de dicha conducta, entonces ha ocurrido un reforzamiento positivo

(Stumphauzer, Jerome, 2014); es

decir, cada que se evoque una conducta (ya elegida con anterioridad, para que esta se intensifique y se mantenga) positiva, se le otorgará un reforzador al pequeñ@, esperando que se vuelva a repetir, esto será de manera constante, así que cada que se presente la conducta deseada, se tendrá que reforzar. Así como la extinción (reducir conductas) es una de las técnicas más comunes en utilizarse, sucede lo mismo con el reforzamiento positivo.

Veamos cómo hacerlo:

- Hay que recordar que la conducta a reforzar ya está dentro del repertorio de tu hij@, solo que no se presenta perpetuamente y lo que queremos es que esas conductas positivas las lleve más a cabo, que las conductas problema (para crear nuevas conductas se utiliza el

moldeamiento), así que vamos a seleccionar el comportamiento que se va a incrementar.



- Se tendrá bien establecido el reforzador que se utilizará (en el apartado 6 puedes encontrar los diferentes reforzadores que puede utilizar), y el tiempo de presentación de este, tiene que ser inmediatamente después de que ocurra la conducta adecuada. Para nada se puede

alargar el tiempo de otorgar el reforzador, ya que podrá debilitarse y no se logrará el objetivo.

- te recomiendo que el reforzador sea diferente cada vez o por lo menos considerar el mismo por una semana y hacer cambio a la siguiente, así sucesivamente. Esto para que no se pierda interés y que no se llegue al punto de un aburrimiento por parte de tu niñ@.
- Los reforzadores se aplicarán continuamente, pero poco a poco se tendrá que desvanecer para que la conducta se presente forma natural, si necesidad de estar presente el reforzador.
- Por último, procurar de no solo proporcionar reforzadores comestibles o tangibles, será más útil suministrar más de tipo sociales, como, "¡muy bien!", "¡eres estupenda!", "¡vamos, tú puedes!", dar un abrazo, entre otros.



### **Moldeamiento.**

Es una técnica muy utilizada para cuando los niños están aprendiendo a hablar, aunque sin saber, alguna vez seguramente lo has utilizado, ahora te platicare de qué se trata.

Para Miltenberger (2013) “el moldeamiento se utiliza para desarrollar una conducta objetivo que una persona no muestra actualmente, es un reforzamiento diferencial de aproximaciones sucesivas a una conducta final que se prolonga hasta que la persona muestre dicha conducta”.



Es decir, esta técnica nos ayudara a enseñar destrezas complejas o también aquellas que conllevan una serie de pasos, por lo regular es un buen método para las habilidades de la vida diaria, por ejemplo, lavarse las manos, aprender a ir al baño (control de esfínter), aprender a vestirse solo. Si te puedes percatar todo lo mencionado anteriormente, implica una serie de pasos, por medio de “aproximaciones sucesivas” (pasitos pequeños), se puede llegar al fin esperado.

Para dar inicio se identifica la conducta que le quieres enseñar o practicar a tu hij@, asimismo tendrás una pluma y una hoja para describir la sucesión del comportamiento. Ten en cuenta que podrán ser más de 20 pasos, no hay que preocuparse, ya que este es el objetivo de la técnica, progresivamente, en pasos, para llegar a la meta.

Habrá momentos que tendrás que darle ayuda física, es decir, tomarlo y mostrarle como hacerle, moverle las manos, la cara o los pies

(dependiendo la conducta). En el siguiente apartado de "guía física", describe cómo hacerlo.

Considerando todo lo mencionado con anterioridad:

- La clave de la aplicación del moldeamiento será el reforzamiento a cada aproximación de la conducta objetivo, se podría decir, para cada descripción se le proporcionará un reforzador, y como en las técnicas previas se tendrá que ir desvaneciendo los reforzadores.
- Tienes que determinar la conducta objetivo, pongamos el ejemplo el

1	Abrir el grifo.
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	Secar las manos.

lavado de manos, vamos a realizar un listado, imagina y escribe en la siguiente tabla todos los pasos que tu habitualmente haces.

Continúa con los pasos, yo te pongo 8 para el lavado de manos, pero sin problema pueden añadir más.

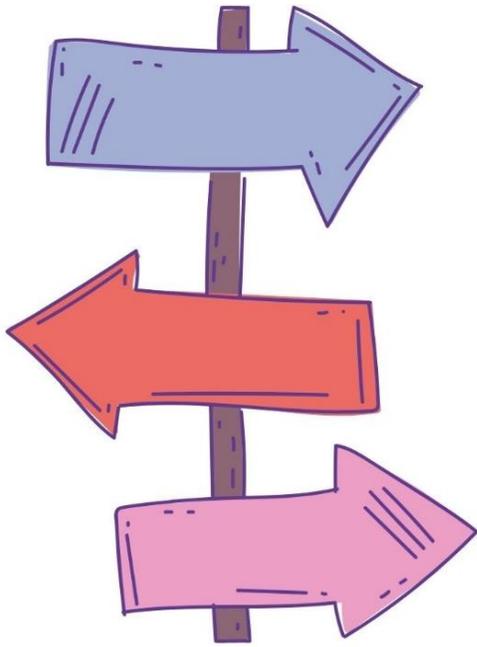
- Los reforzamientos te recomiendo que sean sociales, elogios, acaricias, abrazos.
- Y al llegar a la conducta meta se reforzará momentáneamente al tener limpias sus manos (en el caso de este comportamiento).
- Se puede presentar una serie de dibujos donde se muestran el movimiento o los pasos (en el anexo se presenta un ejemplo del lavado de manos).
- Considera la ayuda física para que el moldeamiento sea eficaz (aparado siguiente).

### **Guía física.**

“Método para indicar la realización del comportamiento, en que la persona encargada de la instrucción mueve a la persona a través de una conducta deseada”. Martin, Garry & Pear, Joseph (2008).

Esta técnica nos ayudará crear y mantener conductas adecuadas, el objetivo de esto será manipular físicamente a tu pequeñ@ para lograr el comportamiento adaptado.

Sin embargo, antes de iniciar hay que tener en cuenta varios puntos importantes y aquí te los presento:



- No se tiene que forzar el movimiento, el instante para instigar el movimiento debe ser agradable y sutil, tu hij@ deberá cooperar.
- Se proporcionará un reforzador inmediato al finalizar y alcanzar la conducta esperada.
- Para que entienda y comprenda la conducta se facilitara apoyos visuales (pictogramas) y mencionar las instrucciones.
- Como se hizo mención en el primer punto, al darle la guía física, esta será sutil y con poca presión.
- La instigación deberá retirarse progresivamente, esto con el de que ya se tenga

aprendida la conducta y que solo al dar la instrucción o el apoyo visual se lleve a cabo.

El método podría resultar un poco complicado, por la cuestión de tomar y guiar a tu niñ@, se puede forcejear o provocar incomodes para ambas partes.

Si decides aplicarlo, trata que sea con conductas "fáciles" para que la complejas sea mejor, además, considera hacerlo en un espacio y momento agradable, si presentes que no estas de humor o al momento de iniciar la aplicación hay molestia, espera un tiempo, no fuerce, recuerda que es el punto más importante.



La utilidad de la técnica será para el desarrollo de conductas adecuadas y/o nuevas, es decir, para el agarre correcto del lápiz para escribir, o para recoger el material.

Considero importante el uso de la guía física, puesto que al no saber cómo realizar determinada conducta y que alguien te pida realizar (situaciones comunes con los niñ@) se podría

desencadenar una conducta problema, está claro si no conoces o no sabes cómo hacerlo, nos frustramos y preferimos realizar otras cosas.

Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO).

Este método se tratará de reforzar una conducta adaptativa en lugar de reforzar comportamientos inadecuados.

“Consiste en presentar el refuerzo solo si una respuesta determinada no aparece durante un periodo de tiempo determinado” (Martin, G. y Pear, J. 2008).

Podemos utilizar el reforzamiento diferencial de otras conductas para las estereotipias o cuando no se presenten conductas agresivas, es decir, se tendrá un periodo marcado, por ejemplo, cada 5 minutos, en este periodo si no se presenta ningún tipo de comportamiento inadecuado, tu hij@ será reforzado.

Considera lo siguiente:

- El periodo de tiempo para que no se presente cualquier conducta problema, deberá prolongarse cada vez más, podemos iniciar con un periodo de cada 3 minutos, sucesivamente aumentar a 5, 10, 15 minutos, logrando llegar a la media hora o hasta la hora completa. Pero eso sí, al iniciar tiempos cortos.
- Tener listo el reforzador que se le podrá entregar.

- La técnica va de la mano con la extinción, ya que en el momento que se presente una conducta inadecuada, esta se extingue y esperar a que merme para continuar u otorgar el reforzador.
- Lo que tendrás que hacer es marcar un periodo determinado en el cual no se aparecerá la conducta inadecuada, digamos en un tiempo 3 minutos no se presentara, si es así, reforzaras a tu pequeñ@, puede ser que esté jugando a la pelota (una de las actividades favoritas y se está utilizando como reforzador), y la conducta a disminuir es el aleteo de manos (estereotipia), si en tu tiempo marcado no se presenta, entonces el juego sigue, pero si llegase a surgir se detiene el juego, y por consiguiente se reiniciará el tiempo para que se pueda volver a jugar. Hasta ahora ya hemos revisado diferentes técnicas para el manejo conductual de tu hij@, en el siguiente aparato te propongo unas actividades que puedes hacer e inicies la práctica.

### **APLICACIÓN.**

Antes de proseguir te quiero felicitar por llegar al final de este manual, estas a punto de ser un especialista en la conducta, ¡Muy bien!

Entenderé si la teoría de repente es confusa o no te imaginas como proceder, por esta razón te expongo una serie de ejemplos para que practiques y comprendas como utilizar los métodos ya vistos.

Cabe mencionar que los materiales sugeridos, puedes cambiarlos, son propuestas o supuesto que podría pasar y como proceder ante ello ¡puedes tomar tus propias ideas!

Otro objetivo de los será que te sientas libre y sobre todo comod@ para que la intervención sea placentera para todos.

De igual importancia recuerda que de haber llegado a este punto el formato de "hoja de registro de conductas" (se encuentra en los anexos) deberá está completamente lleno, además de tener identificados los reforzadores ideales para tu hij@.

Los ejemplos se relacionan con cuestiones de prerrequisitos básicos de la conducta, como la atención, seguimiento de instrucciones y conductas de autonomía, aspectos básicos para el desarrollo de otras conductas complejas

La presentación de las aplicaciones se encuentra en las siguientes tablas, estas estarán divididas en 5 apartados, en el primero contiene el tipo de la actividad, en el segundo los materiales sugeridos, para el tercer segmento hace mención



de las técnicas que se pueden utilizar, en el penúltimo habla de que trata la tarea y como hacerla.

Para el último apartado hay un espacio de "observación", aquí podrás tomar nota de como se hizo la actividad, si se logró o si hubo cambios.

Bien, empecemos.

Actividad	Materiales	Técnicas sugeridas	Procedimiento	Observaciones
<p>"Simón dice". (Seguimiento de instrucciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzador comestible.</li> <li>-Una pelota.</li> <li>-Un lápiz.</li> <li>-Un vaso</li> </ul>	<p>Reforzamiento positivo. Guía física.</p>	<p>Esta actividad se trabajará seguimiento de instrucciones, habrá movimientos que tal vez a tu pequeño le cuesta trabajo, en este momento se utilizará la guía física.</p> <p>Empezaremos la actividad con sentarnos frente a frente, considera que se puede hacer una silla pequeña para estar a la altura.</p> <p>Para comenzar daremos instrucciones sencillas, por ejemplo, "sube tu mano", "dame el lápiz".</p> <p>Después instrucciones complejas: "párate aplaude y dame el vaso".</p> <p>Durante las actividades observara si puede o le cuesta realizar ciertos movimientos, si es así se aplicará "guía física" y cada vez que realce un movimiento (aunque con guía física), será reforzado.</p>	

Actividad	Materiales	Técnicas	Procedimiento	Observaciones
<p>"Momentos difíciles". (berrinches)</p> <p>Para la aplicación de esta técnica se utilizará como ejemplo una situación en la que tu hijo@ incoe un berrinche, digamos, le has dicho que es hora de cenar, que fuera a lavarse las manos y al escuchar esto tu niño@, se pone a llorar, se tira al piso y grita.</p>	<p>Serán los objetos que se estará ocupando cuando aparezca el berrinche.</p>	<p>Extinción. Reforzamiento positivo.</p>	<p>En el momento que le diste la instrucción "es hora de cenar, lava tus manos". Se dispara un berrinche, tu pequeño@ se tira al piso, llora, grita, todo esto conductas inadecuadas y las que se quieren eliminar, es tiempo de la extinción, tendrás que retirar la atención, no acercarte, no hablarle y no verle.</p> <p>Tú y todos los presentes harán lo mismo y continúan con lo que estaban haciendo. Sera así cada vez que se presente el berrinche, sé que te puede constar un poco de trabajo, pero el objetivo será hacer todo lo contrario que regularmente harías. Sé tolerante.</p> <p>Al aplicarse continuamente notarás la disminución del berrinche, y aparecerán otras conductas más funcionales, esas conductas las reforzaras, igual tiene que ser</p>	

Actividad	Materiales	Técnicas sugeridas	Procedimiento	Observaciones
<p>¿Qué hago cuando pega mi hi@?</p>	<p>Una sillita.</p>	<p>Tiempo fuera Guía física</p>	<p>Esto será utilizado cada vez que tu niñ@ sea agresivo, muerda o golpee a otros.</p> <p>Estaremos al tanto en el momento que suceda para que inmediatamente, tomar de la mano al niñ@ y sentarlo en la silla designada.</p> <p>Desde luego antes tendrás lista la silla en un lugar apartado y donde no tenga al alcance un juguete o cualquier objeto que pueda tomar y distraerse.</p> <p>Tranquilamente l@ llevaremos a sentar y le diremos "te quedarás aquí sentad@ por lo que acabas de hacer "y mencionar la conducta inadecuada.</p> <p>El tiempo en la silla será un minuto por la edad que tiene, si en dado caso se quiere parar o irse, utilizarías guía física, detenerl@ para que permanezca sentad@.</p> <p>Sera lo mismo cada vez que se presente una conducta inadecuada.</p> <p>Te recomiendo que la silla este a la vista, no deberás</p>	

Actividad	Materiales	Técnicas	Procedimiento	Observaciones
<p>“Yo puedo sol@”. (Autonomía en para vestirse)</p>	<p>-Prendas de ropa.</p>	<p>Moldeamiento. Guía física. Instigación.</p>	<p>Recuerda que deberás escribir la secuencia que conlleva el acto de vestirse. Además de incluir ayuda visual (donde se mostrará con claridad cada paso. En los anexos podrás encontrar un ejemplo.</p> <p>Tratar de realizarlo todos los días, se le dará la indicación que se vestirá solo, a la vez se le muestra la secuencia visual.</p> <p>Le iremos entregando una prenda, si vemos que no realiza nada, se aplica instigación tanto física como verbal, mencionar los movimientos que se están haciendo. La guía física seguirá continuamente y poco a poco se retirará.</p> <p>Recuerda que deberás reforzar si se</p>	

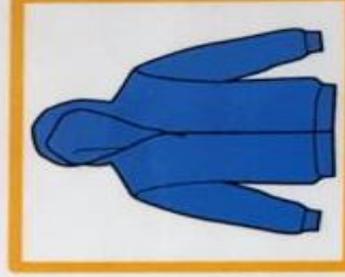
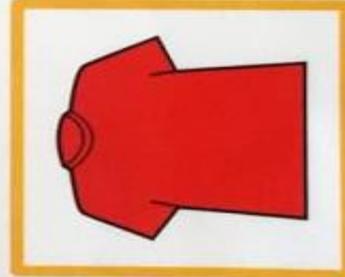
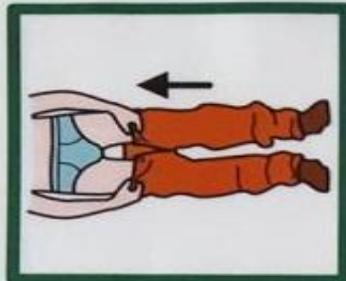
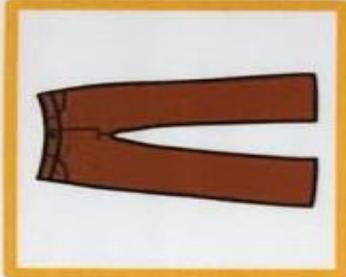
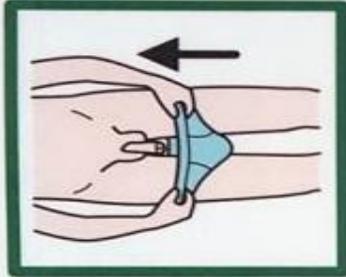
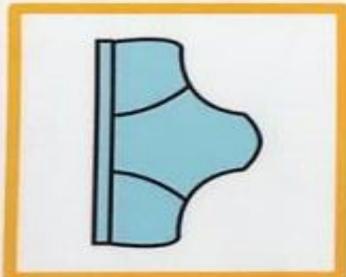
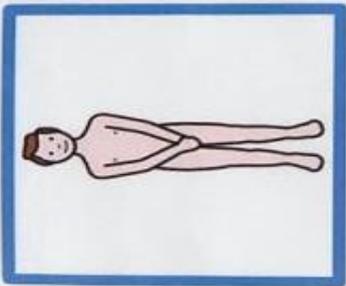
Actividad	Materiales	Técnicas	Procedimiento	Observaciones
<p>"Necesito ayuda". Esta actividad se aplicará cuando tu hij@ logre realizar algo, por ejemplo, para tomar algo que se encuentra afuera de su alcance, al no poder tomarlo llora, o grita. Esa expresión</p>	<p>El material será cualquier que se esté ocupando en el momento</p>	<p>Moldeamiento Reforzamiento positivo. Extinción.</p>	<p>Vamos a considerar que, si tu niñ@ no ha adquirido el lenguaje expresivo, se puede trabajar por medio de señas u otro tipo de comunicación, pictogramas, por ejemplo. Imagina la situación, la familia está en la sala y tu pequeñ@ quiere su peluche favorito, el cual se encuentra arriba del televisor, regularmente se acerca y empieza a llorar, tú y los demás tratan de adivinar (o es muy posible que ya sepan que quiere algo), inmediatamente le dan lo que pide, es así que aprenderá a solicitar cualquier cosa de la misma forma, entonces cambiaremos. Cuando empiece el berrinche, extinguirás la conducta, hasta que cese, nos cercaremos y moldearemos la</p>	

Actividad	Materiales	Técnicas	Procedimiento	Observaciones
<p>"Motricidad fina". Reducción de estereotipias.</p>	<p>-Punzón o palillo -Plastilina -Una botella vacía.</p>	<p>Reforzamiento diferencial de otras conductas. Extinción.</p>	<p>Recuerda que tendrás un tiempo determinado, en el cual no se deberá presentar ninguna estereotipa o la conducta que desees eliminar.  Iniciaremos haciendo bolitas de plastilina, no olvides el tiempo, consideraremos 5 minutos, dentro de ese lapso si no aparece ninguna estereotipa, elogia, felicita y sobre todo hazle saber que está haciendo y que lo hace bastante bien.  Ya que tengamos unas 15 bolitas, las pondremos en el piso, esparcidas, le mostraras a tu hij@ como tomas el punzón, pinchar una bolita y guárdala en el bote.  Se estimula el trabajo táctil, con ayuda de la plastilina, esto ayudara</p>	

ANEXOS

DIA Y HORA.	Antecedentes. ¿Qué sucedió antes?	Respuesta/ Conducta ¿Qué hicieron?	Consecuencia ¿Qué sucedió después?





Autor pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://catedu.es/arasaac>) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autor: José Manuel Marcos

### **Bibliografía.**

Edgar Galindo Cota... [Et al.] (2018) *Modificación de conducta en la educación especial: diagnóstico y programas*, México.

Francisco Javier Labrador Encinas (2013) *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid.

Garry Martin y Joseph Pear (2008) *Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla*, Madrid.

Inmaculada Moreno García (2018) *Terapia de conducta en la infancia: guía de intervención*, Madrid.

J.R Millenson (1987) *Principios de análisis conductual*, México.

Jorge Barraca Mairal (2014) *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*, Madrid

Ma. Guillermina Yáñez Téllez (2016) *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico evaluación e intervención*, México

Raymond G. Miltenberger (2013) *Modificación de conducta: principios y procedimientos*, Madrid

Stumphauzer Jerome S. (1983) *Teoría conductual: manual de entrenamiento para psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pedagogos, maestros*, México