



FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD

Carrera de Psicología

**“INFORME CASO CLÍNICO: PROGRAMA  
DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR  
CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN UNA MENOR  
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”**

**Trabajo de suficiencia profesional para optar al título  
profesional de:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Autor:**

Gian Marco Peñaloza Orcotuma

**Asesor:**

Lic. Andrés Modesto Martínez López

0009-0006-3595-7648

**Lima - Perú**

**2025**

## 10% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

### Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text

### Top Sources

- 0%  Internet sources
- 0%  Publications
- 10%  Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

#### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

## **Dedicatoria**

A mi familia, no hay lazo más fuerte que su amor. A mis padres, por su guía y confianza constante. A mis hermanos, que me acompañan en este viaje de la vida, siempre los tengo presente. Y a mi novia, aliada con quien comparto retos y sueños.

## **Agradecimiento**

Agradezco a todas las personas que, de un u otra manera, aportaron con su tiempo, guía, disposición y palabras de aliento para el desarrollo de este informe.

## Tabla de contenido

Índice de tablas .....	8
Índice de Figuras.....	9
RESUMEN EJECUTIVO.....	10
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Trastorno del Espectro Autista .....	14
2.1.1. Definición y Criterios Diagnósticos .....	14
2.1.2. Prevalencia.....	17
2.1.3. Manifestaciones Conductuales en Menores con Trastorno del Espectro Autista.....	19
2.2. Conducta Disruptiva .....	20
2.2.1. Definición .....	20
2.2.2. Antecedentes de Investigaciones sobre Conductas Disruptivas en Niños con Trastorno del Espectro Autista. ....	22
2.2.3. Técnicas de modificación de la conducta disruptiva .....	24
2.3. Modelo de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación .....	27
2.4. Instrumentos .....	29
2.5. Limitaciones .....	33
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA .....	34
3.1. Descripción de la Experiencia .....	34

3.2. Caso Clínico Realizado.....	35
3.2.1. Situación Actual de la Menor .....	36
3.2.2. Desarrollo de la menor.....	37
3.2.3. Contexto Escolar.....	38
3.3. Metodología de Evaluación .....	40
3.3.1. Observación y Registro Durante la Entrevista.....	40
3.3.2. Instrumentos aplicados .....	41
3.3.3. Resultados de las pruebas .....	41
3.4. Identificación del Problema Específico .....	45
3.5. Objetivos.....	47
3.5.1. Objetivos Generales.....	47
3.5.2. Objetivos Secundarios .....	47
3.6. Repertorio de Entrada .....	47
3.7. Repertorio Terminal.....	48
3.8. Materiales .....	49
3.9. Técnicas a Utilizar:.....	49
3.10. Programa para Reducir Conductas Disruptivas .....	49
3.11. Desarrollo de las sesiones .....	50
3.12. Consideraciones éticas.....	53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....	55
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59

4.1. Conclusiones.....	59
4.3. Recomendaciones .....	59
REFERENCIAS .....	61

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Resultados obtenidos de la Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad</i> .....	43
<b>Tabla 2</b> <i>Línea Base de la variable: Tolerancia al trabajo</i> .....	48
<b>Tabla 3</b> <i>Línea Base de la variable: Respuesta a conductas Disruptivas</i> .....	48
<b>Tabla 4</b> <i>Datos de las 19 sesiones realizadas a la menor</i> .....	51
<b>Tabla 5</b> <i>Tabla comparativa entre la línea base y el repertorio terminal del programa</i> .....	57

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>Perfil de Test de Desarrollo Psicomotor</i> .....	42
<b>Figura 2</b> <i>Gráfica del tiempo de tolerancia por minuto desde la sesión 5 a la 19</i> .....	55
<b>Figura 3</b> <i>Gráfica del número de incidencias durante las sesiones</i> .....	42

## RESUMEN EJECUTIVO

En el presente informe, se expondrá mi experiencia profesional desempeñada en una institución educativa atendiendo a niños y niñas con dificultades en el rendimiento académico y adaptación conductual, en especial, un caso llevado desde la etapa de evaluación y ejecución de un programa de intervención.

Para la realización del caso fue necesario llevar a cabo una evaluación psicológica completa a la menor, a quien se observó presenta conductas disruptivas y condición trastorno del espectro autista. Revisando antecedentes, pude comprender que hay retos que afrontan estos menores como parte de su adaptación a las exigencias del entorno, estos son: retraso en el inicio del lenguaje, patrones repetitivos de comportamiento, escaso contacto visual y desinterés a estímulos sociales, afectando su capacidad de socializar y adaptarse a su entorno. Es por ello, que el programa aplicado en la menor se centró en disminuir las conductas disruptivas a través de técnicas adecuadas que no permitan el mantenimiento de dichas conductas y en la ampliación del tiempo de tolerancia al trabajo, ya que, debido a estos dos factores, no podría desenvolverse de manera adecuada en el colegio y con sus pares.

En conclusión, posterior a la aplicación del programa logramos una disminución significativa de conductas disruptivas durante la sesión y una ampliación del tiempo de tolerancia al trabajo.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo de mis actividades como asistente en psicología, tuve un acercamiento estrecho con los conceptos sobre “comportamiento”, su relación con factores tanto internos como externos en los niños y como con la frecuencia determinada de repeticiones convertirlas en “patrones conductuales”. Estos se moldean desde la infancia, desarrollando las bases de la personalidad, el aprendizaje y la socialización. Entender las dimensiones de la conducta se ha convertido en una herramienta fundamental, permitiendo entender la adaptación de los sujetos en diferentes entornos mediante estrategias que refuerzan habilidades positivas y corrigen patrones que puedan interferir en su desarrollo integral.

Bajo este enfoque, el Centro Educativo Particular “Alfred Adler” desde hace 30 años viene aportando a la formación de niños y niñas en los niveles educativos inicial y primaria, integrando principios de la psicología en su modelo psicopedagógico. Fundado por el psicólogo Leonardo Solano Palomino y la licenciada Adelina Norma Canchaya Bullón, el colegio se ha caracterizado por ofrecer una educación personalizada y especializada en abordar las dificultades de aprendizaje y regulación conductual para asegurar integral en el estudiante.

Fue reconocida oficialmente por la Resolución Directoral N°1789 de la UGEL 04 COMAS, el 17 de noviembre de 1993. La idea principal que motivó su creación fue brindar un servicio diferente a los ya existentes, observando que en la comunidad hacía falta una atención especializada para niños con dificultades en el aprendizaje, quienes en aquella época no recibían el soporte adecuado. Si bien en un inicio la percepción de la comunidad no era la esperada, con el tiempo acudieron padres de familia con niños que

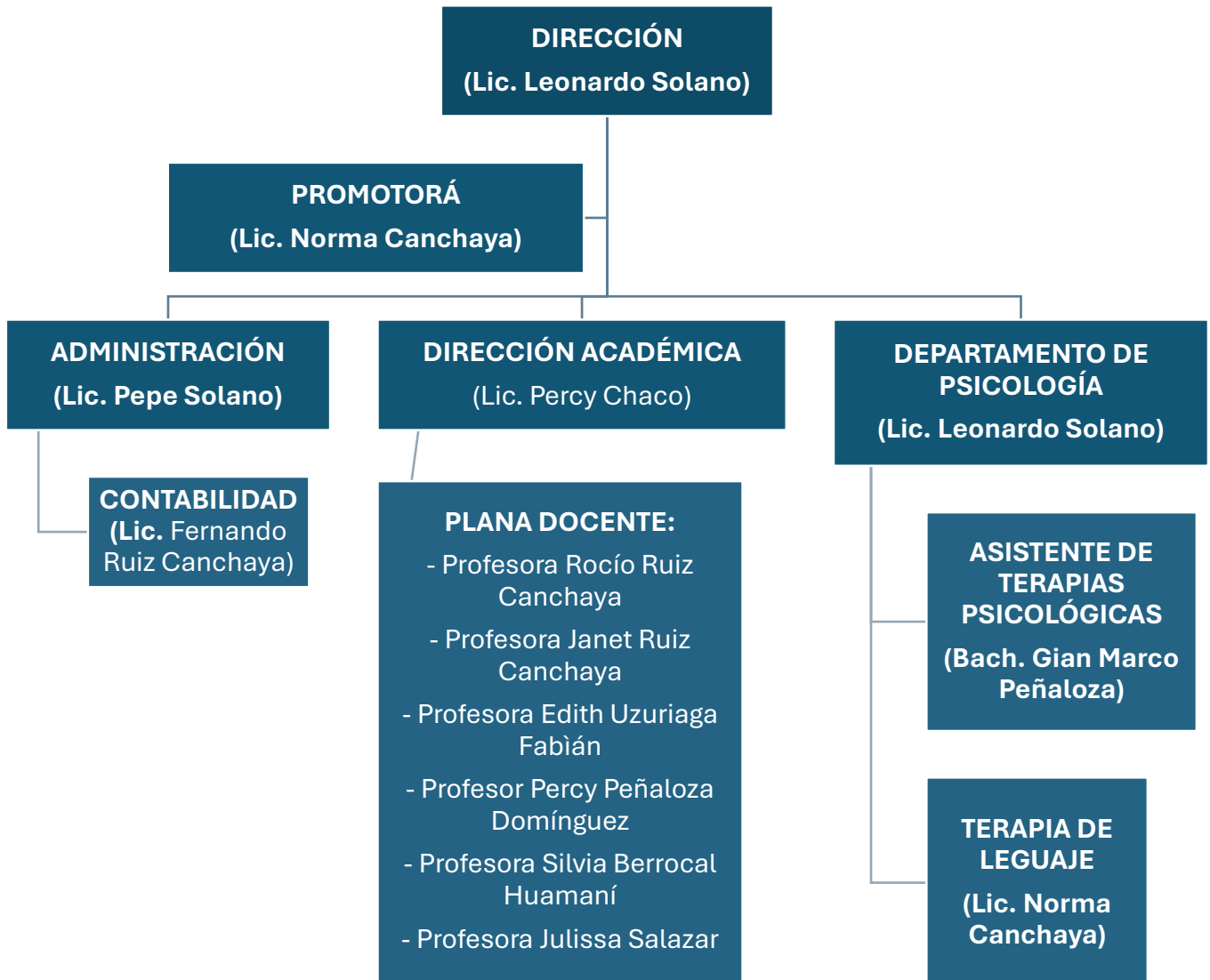
tenían dificultades en el aprendizaje para ser recibidos, atendidos y ayudados en su recuperación; muchos de ellos son ahora profesionales y padres de familia.

El nombre de la institución hace referencia a Alfred Adler, cuya obra en la psicología estuvo orientada a apoyar a personas y niños con dificultades, promoviendo una visión del desarrollo humano basada en el sentimiento de comunidad. En sus esfuerzos para comprender las dimensiones del comportamiento, formuló conceptos como “Complejo de inferioridad” y la “idea de superioridad”, y como estos repercuten en el reforzamiento o extensión de una conducta bajo la influencia del entorno configurando la personalidad del individuo.

También destacaré la labor de la licenciada Norma Canchaya quien se ha encargado en liderar las terapias de estimulación de lenguaje, promoviendo la adquisición de habilidades comunicativas y el fortalecimiento de la convivencia escolar.

Por último, la institución se encuentra en la Urbanización Santa Isabel, en el distrito de Carabayllo, frente al Solidario, el centro educativo particular “Alfred Adler”, reflejando su larga trayectoria y compromiso con la enseñanza y el bienestar infantil. Marcando la diferencia en la formación de generaciones, la institución ofrece herramientas para que cada estudiante alcance su máximo potencial.

A continuación, se presentará el organigrama de la institución:



## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo, expondré la definición, los criterios diagnósticos, la prevalencia y las manifestaciones conductuales más comunes en niños con Trastorno del Espectro Autista. Además, se abordarán la definición, el análisis, la medición y los modelos de tratamiento relacionados con la conducta disruptiva. Ambas variables encontradas en el caso que se presentará más adelante en este informe. Y, por último, los antecedentes de algunas investigaciones que ya han aplicado programas de intervención para abordar las conductas disruptivas en menores con esta condición.

### 2.1. Trastorno del Espectro Autista

#### 2.1.1. Definición y Criterios Diagnósticos

Es un trastorno del neurodesarrollo que afecta el sistema nervioso y el funcionamiento cerebral. Este trastorno, según Barrientos (2023) se caracteriza por mostrar déficit persistente en la comunicación social e interacción interpersonal, acompañado de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Es importante destacar la complejidad en el diagnóstico del TEA debido a una alta comorbilidad con otros trastornos, según Pintado & Reynoso (2024) como la presencia del trastorno del lenguaje o dificultades sensoriales, inmadurez intelectual y emocional. Es por ello, se recomienda una evaluación integral y el uso de múltiples instrumentos diagnósticos de acuerdo a las dimensiones del trastorno.

Uno de los primeros artículos que busca una mejor comprensión sobre este tema fue escrito por Kanner (1943) en su investigación titulada “Alteraciones autistas del contacto afectivo”, la considera una condición innata, es decir, presente desde el nacimiento. Muchos niños tienden a ser indiferentes de las personas que se encuentran a

su alrededor; presentan ecolalia, esto es, repeticiones de palabras o frases, o habla de manera inusual; Sienten una fuerte necesidad a mantener sus rutinas sin cambios; Y muchos muestran capacidades intelectuales sobresalientes en áreas específicas, mientras que en otras presentan dificultades.

Sus síntomas se presentan con amplia variabilidad, por ejemplo, algunos individuos muestran leves dificultades en la comunicación y en la interacción social, mientras que otros presentan deficiencias más marcadas, comportamientos repetitivos y una alta sensibilidad a estímulos sensoriales, es por ello, según Velarde-Incháustegui (2021) se requiere de una detección temprana u oportuna para favorecer mejores resultados en el desarrollo.

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014) para considerarse como tal, se requiere encontrar dificultades notorias en algunas de estas dos áreas fundamentales en el desarrollo:

- A. Déficit en la comunicación e interacción social en distintas circunstancias, esto puede manifestarse como aproximaciones inusuales, dificultades en el desarrollo de una conversación fluida o disminución en el intercambio de intereses, emociones y afecto. También, observamos un déficit en conductas comunicativas no verbales utilizadas en las interacciones sociales, la falta del contacto visual, lenguaje corporal y uso de gestos. Por último, existen dificultades en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones interpersonales, que pueden generar problemas para adaptar el comportamiento en distintos entornos sociales.
- B. Debe manifestar al menos 2 de los patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, tales como:

1. Movimientos, uso de objetos o habla repetitiva, como ecolalia. Alinea objetos o utiliza frases repetitivas con significados particulares.
  2. Mostrar una marcada resistencia al cambio, reflejada en la adhesión inflexible a rutinas o patrones ritualizados de conducta, la ausencia de ésta puede provocar angustia.
  3. Tendencia a ser altamente restringidos y específicos, con una intensidad inusual, lo que se manifiesta en una fascinación extrema por ciertos objetos o temas particulares.
  4. Expresan respuestas atípicas a los estímulos sensoriales, evidenciando una hipersensibilidad o hiposensibilidad. Esto quiere decir, que puede mostrar indiferencia al dolor o cambios de temperatura, una reacción adversa a ciertos sonidos o texturas, una inusual necesidad de explorar con el olfato y una atracción intensa por luces y movimientos.
- C. Mucho de los síntomas deben manifestarse durante las primeras etapas del desarrollo, aunque en algunos casos pueden no ser completamente evidentes hasta que las exigencias del entorno social superan o requieren de las capacidades del individuo.
- D. Estas manifestaciones generan un impacto significativo en varias áreas del funcionamiento, afectando la interacción social, el desempeño laboral y otros aspectos fundamentales del desarrollo.
- E. Dichas alteraciones no pueden responsabilizar solo a la presencia de una discapacidad intelectual o a un retraso global del desarrollo, ya que su naturaleza y expresión son independientes de dichas condiciones.

En cuanto a la severidad, el DSM-5 (2014) introduce 3 grados de acuerdo al nivel de

apoyo requerido por la persona. Además, puede incluir comorbilidades como la presencia de déficits intelectuales, deterioro del lenguaje, afecciones medicas o genéticas, entre otros.

### **2.1.2. Prevalencia**

Las cifras sobre prevalencia varían según el estudio, la metodología empleada y el contexto geográfico. Según el Instituto Nacional de Salud del niño de Breña en el año 2024 reportó un incremento de atenciones a menores de edad con autismo a través de consultas externas. De acuerdo con la Dra. Hilda Serpa, jefa del Departamento de investigación, docencia y atención en salud mental, en una entrevista en el 2024, explicó que desde 2021 se viene registrando un aumento de los casos de TEA atendidos en el INSN, desplazando al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) quien era el principal motivo de consulta en el instituto. Llegando a alcanzar casi la mitad del total de atenciones durante el 2024, se registró 1,228 consultas en el año 2019, 644 consultas en el año 2020 (durante la pandemia), 1,222 consultas en el año 2021, 3,070 consultas en el año 2022 y 5,648 consultas en el año 2023, estos equivalentes al 39.5% del total de consultas. La razón, explican, se debe a que el INSN es un centro de referencias, por lo que muchas familias desean confirmar el diagnostico. Se reciben derivaciones de todo Lima, provincias y centros comunitarios, esto explicaría el incremento de pacientes.

Por otro lado, Dra. Lilian Martínez, jefa del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INSN (2024), confirma que las consultas de rehabilitación para menores con TEA representan el 45% del total. En 2021, se brindaron 434 atenciones, en 2022 la cifra ascendió a 1,547 y en 2023 se registraron 2,968. Se estima que en 2024 la

cifra podría alcanzar los 4,000 pacientes. Según la especialista, el incremento de casos se debe en parte a una mejoría en la mejora y elección de los instrumentos psicométricos.

De acuerdo Baquerizo, Lucero y Taype (2023) en su publicación en la revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga de Chiclayo, expone las condiciones del espectro autista en el Perú, y como hasta el momento no existen estudios epidemiológicos serios sobre este. En el 2014, se promulgó la Ley N°30150 sobre “Protección de las Personas del Trastorno del Espectro Autista”, estableciendo la promoción del diagnóstico temprano, la atención médica y, la inclusión educativa y laboral. En el marco de esta ley, mediante un Decreto Supremo N°001-2019 – MIMP, se aprobó el “Plan Nacional para las Personas con TEA 2019-2021”, cuyo fin es fomentar la detección y diagnóstico temprano, la intervención temprana, la protección integral, la capacidad profesional y su inserción laboral.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (2024) refiere una prevalencia mundial que se estima en 62 por cada 10.000 habitantes o 1 por cada 160 niños o niñas. Esta tendencia tiene antecedentes, como los estudios de Christensen (2016), Elsabbagh (2012) y Fombonne (2009), quienes resaltan como el trastorno del espectro autista ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas, atribuyéndoselo a una mayor concienciación de las personas sobre salud mental, también a la mejora de los criterios diagnóstico e instrumentos de evaluación.

### **2.1.3. Manifestaciones Conductuales en Menores con Trastorno del Espectro**

#### **Autista**

En la infancia, los niños con autismo muestran dificultades tempranas en el desarrollo de la comunicación e interacción social. Barrientos (2023) observó que existen indicadores de retraso en el inicio del lenguaje, patrones repetitivos de comportamiento, escaso contacto visual y desinterés a estímulos sociales, afectando su capacidad de socializar y adaptarse a su entorno, estos hallazgos se alinean con los estudios pioneros de Kanner (1943) quien estudio las manifestaciones en infantes con autismo.

Se observa la rigidez en el comportamiento, esto es, mantienen rutinas fijas en determinadas actividades que no involucra mucho movimiento corporal en el mayor de los casos. Salir de las rutinas les resulta muy estresante y depende mucho de la reacción del tutor, para que la respuesta conductual se convierta con las repeticiones en conductas socialmente aceptables, como indica Chiu (2021) reusarse a los cambios limitan sus interacciones sociales y capacidad de adaptación. Manejando cuidadosamente, desacuerdo con Chávez (2018), las conductas provocadas por el estrés entre ellas, las conductas autolesivas como respuesta a la frustración en la comunicación.

Suelen presentar dificultades significativas en el desarrollo de la comunicación, esto significa, alteraciones tanto en el lenguaje expresivo como receptivo. En un estudio realizado en una institución privada de Lima se encontró que niños en edad preescolar con TEA mostraron un desempeño inferior a lo esperado en ambos aspectos del lenguaje, resaltando la importancia de una evaluación integral y una intervención temprana (Alfaro & Sigüeñas, 2023), en otra investigación en contextos de educación remota, los niños con autismo enfrentan limitaciones en la comunicación verbal y no verbal, lo que dificulta su

interacción social y desarrollo educativo (Bancayán, 2021).

Según Gonzáles (2022) es importante destacar la importancia adoptar un enfoque integral en la evaluación clínica multidimensional, utilizando herramientas cuantitativas y cualitativas para estudiar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, promoviendo un diseño de intervenciones terapéutico personalizado para cada niño. Mendoza (2023) en su investigación comentó que las particularidades socioculturales, como las normas, creencias y experiencias sobre el comportamiento, afectan no solo la expresión observable de los síntomas, sino también en como estos son interpretados y abordados. Implicado una evaluación diagnóstica e interpretación terapéutica contextualizadas en un marco social específico.

## **2.2. Conducta Disruptiva**

### **2.2.1. Definición**

Las conductas disruptivas son comportamientos que interfieren significativamente en su aprendizaje y socialización. Cuervo y Mendoza (2024), refieren que estas pueden manifestarse como agresiones físicas, autolesiones, destrucción de objetos y comportamientos repetitivos que afectan tanto al individuo como a su entorno. Estas se entienden como comportamientos desadaptativos que interrumpen el normal desarrollo de la comunicación, la interacción social y el aprendizaje. Según Barrientos Herrera (2023), estas conductas implican manifestaciones que interfieren con el proceso educativo y requieren una atención especial para su manejo, estos pueden incluir agresiones físicas, verbalizaciones inapropiadas, impulsividad e incluso comportamientos autolesivos. Chávez Cifuentes (2018) destaca que estas respuestas se presentan como

intentos del niño por comunicar frustraciones, lo que impide el establecimiento de rutinas efectivas.

La interferencia que generan estas conductas en el ámbito escolar y familiar es considerable, Chiu La Fuente (2021) enfatiza que las conductas disruptivas alteran el ambiente de aprendizaje y dificultan la integración social del niño. Desde una perspectiva del análisis conductual, Córdova Tuesta (2021) señala que el análisis funcional de la conducta permite comprender los factores desencadenantes y reforzadores, lo que a su vez posibilita diseñar estrategias de intervención que fomenten conductas alternativas y adaptativas.

En algunos casos, la gravedad de las conductas disruptivas se incrementa hasta el punto de incluir manifestaciones autolesivas, lo que representa un alto nivel de desregulación emocional. Rojas Zolezzi (2022) subraya la necesidad de capacitarse previamente para abordar estas conductas, con el fin de prevenir daños mayores y promover el bienestar integral del niño. Las intervenciones dirigidas a reducir las conductas disruptivas requieren un enfoque integral que combine técnicas de modificación conductual. Pintado Díaz y Reynoso Vásquez (2024) sobre todo en la disminución los factores que refuerzan estas respuestas.

Finalmente, es crucial considerar el rol del entorno familiar en la aparición y mantenimiento de las conductas disruptivas. Tanto Delgado (2021) como Valdez Salazar (2024) destacan que factores como los estilos de crianza, el estrés parental y la funcionalidad familiar influyen significativamente en el comportamiento del niño, lo que subraya la importancia de intervenir en ambos contextos para lograr resultados sostenibles.

### **2.2.2. Antecedentes de Investigaciones sobre Conductas Disruptivas en Niños con Trastorno del Espectro Autista.**

Existen antecedentes de como muchos profesionales abordan este trastorno tan frecuente como es el autismo, y como en la interacción se observan muchas veces rechazo o desafíos mediante conductas disruptivas, tales como: Tirar la silla, gritar frente al celular, pellizcarse en el antebrazo. Chiu (2021) se planteó disminuir en un 80% la frecuencia de estas conductas, en un niño de 9 años, a quien llamaremos como Víctor. En su estudio utilizó el diseño experimental bicondicional. Compreendida por dos fases: De la primera “A” se obtiene una línea base, en esta fase el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio; y la fase “B”, se centraba en el tratamiento, introduciendo la variable independiente y registrando los cambios en la variable dependiente, se evaluó constantemente los cambios generados por el programa de intervención. El programa tuvo una duración de 13 sesiones, durante el proceso el menor se presentó no colaborativo en las primeras sesiones, debido a la persistencia y al uso de técnicas planteadas, como la técnica de reforzamiento y castigo pudieron al onceavo mes reducir la frecuencia de las conductas disruptivas. Se utilizó reforzadores comestibles y posteriormente la aprobación social. El estudio culmina recomendando continuar con las técnicas de modificación de conducta, insta a desarrollar un programa de habilidades sociales, apoyos visuales para organizar su jornada escolar y dar responsabilidades simples en el hogar y en la escuela, para fomentar su independencia.

En el estudio de caso clínico de Chavez (2018) en el cual abordó a Adriano, un niño de 3 años con diagnóstico TEA en un nivel ligero. Presentó dificultades significativas en la atención, mostrándose distraído e inquieto. En la evaluación y

diagnostico se utilizaron técnicas psicológicas como la anamnesis, entrevista, observación, registro y reportes. Entre las escalas tenemos a la de inteligencia Stanford Binet que determina el coeficiente intelectual, cuyo resultado fue nivel bajo, seguido de la escala de madurez social de Vineland, en donde obtuvo nivel fronterizo y, por último, en la escala de clasificación de Autismo infantil (C.A.R.S.) confirma el diagnóstico de TEA en nivel ligero. En conclusión, la estrategia de intervención fue realizar 25 sesiones, 3 sesiones por semana durante 5 semanas, con una duración por sesión de 30 minutos. Se llevaron a cabo técnicas de modificación de conductas, como: Reforzamiento positivo, diferencial y reforzamiento de conductas adaptativas. Los resultados fueron favorables, ya que logró aumentar los tiempos de atención y completar actividades en clase, representando un avance significativo para el proceso de aprendizaje, facilitando su adaptación al entorno educativo.

Barrientos (2023) diseñó un programa de modificación de conducta disruptiva en un niño con autismo, menor a quien que llamaremos Jarefh se encuentra dentro del espectro autista leve. Se utilizaron procedimientos de evaluación que incluyeron: Anamnesis, observaciones y registro, las escalas: Escala de Inteligencia Stanford – Binet, Escala de madurez social de Vineland, Escala de clasificación de autismo infantil (C.A.R.S.) y Escala de evaluación de las conductas adaptativas. Con el análisis conductual se delimitó las conductas disruptivas, como: Arranchar el celular, patear las piernas y dar manotazos. El programa de intervención se estructura en 20 sesiones, fragmentadas en 4 sesiones para el repertorio de entrada, 12 sesiones para la intervención y 4 sesiones para el seguimiento. Como parte de las técnicas se pusieron en práctica la psicoeducación a los padres, refuerzos positivos, reforzamiento diferencial de conductas incompatibles y sobrecorrecciones. En conclusión, se logró desvanecer las conductas

disruptivas, de agresión autoagresión para obtener un objeto deseado.

### **2.2.3. Técnicas de modificación de la conducta disruptiva**

Después de lo expuesto sobre la conducta, podemos entender que esta se adapta y puede ser modificada mediante intervenciones planificadas y sistemáticas. Este proceso se logra a través de la observación del comportamiento observable y medible, considerando la interacción entre el comportamiento del individuo y los eventos ambientales. Según Rojas y Salinas (2022), la aplicación de estrategias conductuales sistemáticas mejora la adaptación y el desarrollo de conductas funcionales en el contexto escolar. Es por ello, que como parte del desarrollo de las sesiones he podido recopilar ciertas técnicas que me han servido durante este proceso.

Para comenzar expondré sobre el reforzamiento positivo, este consiste en la presentación de un estímulo agradable al sujeto inmediatamente después de la realización de una conducta deseada. Lo que se busca es prevalecer la conducta deseada mediante las repeticiones. Según Orosco (2024) este principio puede ser utilizado para motivar la participación y aprendizaje, por ejemplo, mediante el uso de apoyos visuales y recompensas sociales como el reconocimiento al logro de la actividad.

Por el contrario, el reforzamiento negativo se basa en la remoción de un estímulo aversivo inmediatamente después de la manifestación de una conducta adecuada. Incrementando así la frecuencia de esta respuesta. Según Quispe (2021) este principio se aplica al modificar rutinas o eliminar demandas que generan ansiedad, permitiendo que el niño experimente un alivio condicionado a su conducta deseada, el objetivo es mejorar la a rutinas y la participación en actividades estructuradas. También, según Lozano & Carrasco (2023) resaltan la enseñanza de habilidades adaptativas, aumentando la

disposición a participar en actividades académicas.

También contamos con el castigo positivo que refiere a la presentación de un estímulo aversivo o desagradable tras una conducta no deseada o considerada inapropiada (Espino, 2017). El objetivo es reducir su recurrencia, según Chávez (2021), debe ser cuidadosamente regulada para evitar efectos adversos, en ciertos casos se requiere de manera controlada para detener comportamientos disruptivos, Quispe (2021) refiere que siempre debe haber un clima de respeto y seguridad para el menor. Resaltando que la importancia de aplicarlo de forma ética y complementando con estrategias de refuerzos. Diversos estudios advierten que su uso excesivo o mal aplicado puede generar consecuencias negativas en el desarrollo emocional y social de los niños con TEA (Rodríguez, 2022)

De acuerdo con el castigo negativo, consiste en la retirada, eliminación o disminución de un estímulo placentero para el sujeto, disminuyendo la frecuencia de una conducta inadecuada (Espinoza, 2017). Diversos estudios peruanos han evidenciado que, combinar castigo negativo con estrategias de refuerzos positivos, logran disminuir conductas problemáticas (Chávez, 2021)

Por otro lado, contamos con la respiración profunda consolidada como una herramienta eficaz para ayudar a los menores a gestionar situaciones de crisis emocional. Según Gómez & Días (2022), consiste en pedirles que interrumpan cualquier conducta disruptiva y realicen respiraciones profundas y lentas, lo que facilita un proceso de relajación y permite disminuir la ansiedad. Esta técnica no solo favorece la regulación emocional del niño, sino que también le ayuda a recuperar el autocontrol, reduciendo así la probabilidad de que las conductas inapropiadas se intensifiquen.

Otra técnica importante y muy utilizada es el tiempo fuera, ya que la he utilizado en momentos de alta tensión emocional, cuando la situación requiere detenerse para evitar que la crisis escale. Solicitar al menor que se retire temporalmente del entorno conflictivo proporciona un espacio necesario para que pueda reflexionar sobre sus acciones y emociones. Para Hernández (2023) esta retirada no solo disminuye la carga emocional del momento, sino que también contribuye a que el niño distinga entre sus comportamientos disruptivos y las conductas esperadas. Según López (2021) es una forma de abordar la situación sin reforzar reacciones como el llanto o la resistencia, lo que, en mi experiencia, permite reestablecer un equilibrio en el ambiente.

Finalmente, la cuenta regresiva es otra técnica que considero muy útil en el manejo de conductas disruptivas. Según Zapata & Fernández (2023) al contar lentamente hasta tres, el moderador proporciona al menor una anticipación de lo que sucederá si no ajusta su comportamiento, como levantarse del suelo o cesar una conducta inapropiada. Esta técnica tiene un enfoque preventivo, ya que, al crear una expectativa sobre las consecuencias de sus acciones, el niño se prepara para actuar de manera más reflexiva. He notado que, al implementar esta estrategia, los menores tienden a ajustarse más rápidamente a las indicaciones, ya que comprenden claramente lo que sucederá si no cumplen con la solicitud. En este sentido, según Espinoza (2017) es necesario tener presente que el objetivo de las sesiones consiste en la enseñanza sistemática de conductas adaptativas para atenuar las consecuencias negativas provocadas por una conducta disruptiva, con la finalidad de fomentar respuestas funcionales y socialmente apropiadas, según Sánchez & Torres (2022) facilitando la adquisición de habilidades comunicativas adecuadas.

### **2.3. Modelo de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas**

#### **Asociados de Comunicación**

Existen varios modelos de tratamiento para abordar el trastorno del espectro autista, sin embargo, pude tener un acercamiento con un modelo en especial llamado TEACCH acrónimo de “*Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children*”, o conocido también como: Modelo de Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación este modelo educativo estructurado se fundamenta, según Rodríguez (2021), en la organización del ambiente para favorecer el aprendizaje y la autonomía en personas o niños con autismo. Su origen nace de la necesidad de adaptar enseñanzas a las características de cada individuo, según López & Díaz (2022), permitiendo una mayor sistematización y claridad de los procesos de aprendizaje. De acuerdo Ramírez (2024) quien adaptó el método al contexto peruano, refiere que fomenta un aprendizaje más significativo y dinámico, desarrollando un pensamiento crítico y una mayor autonomía en el proceso de formación.

En primer lugar, las sesiones que utilizan el método TEACCH se caracterizan por tener una estructura predecible y del uso sistemático de apoyos visuales, lo que facilita la comprensión y participación (Paredes, 2022). Una sesión puede iniciar con una presentación visual de las actividades del día, puede que esté en un tablero o pizarra, de acuerdo con Vargas (2022) durante esta fase, el terapeuta o facilitador tiene que hacer énfasis en reforzar las expectativas y aclarar la secuencia de actividades, para esta forma establecer una rutina que ayuda a reducir la ansiedad y fomentar la autonomía del niño.

En segundo lugar, la introducción de la actividad principal, diseñada y pensada de acuerdo a los intereses y habilidades específicas del niño. Rojas (2021) recomienda

implementar una tarea de clasificación de objetos utilizando tarjetas pictográficas, reiterando comenzar mostrando modelos visuales de la actividad, dividiendo el proceso en pequeños pasos secuenciales que el niño o la niña pueda seguir con facilidad. Martínez (2021) recomienda la sobrecarga verbal, mediante, símbolos, colores o dibujos. No descuidar el reforzamiento positivo, como elogios o pequeños incentivos para mantener la motivación.

La fase de práctica, según López (2022) el niño participa en actividades bajo una supervisión constante y estrecha, recibiendo las correcciones o retroalimentaciones de manera inmediata, seguido de los refuerzos positivos. Cabe destacar la relación significativa entre retroalimentación inmediata y logros en el aprendizaje, como lo indica Pereyra (2022) en su investigación con estudiantes de educación inicial, destacando la practica en el proceso educativo.

Sánchez (2024) recalca la importancia de utilizar señales visuales y auditivas para prevenir al menor sobre el cambio de actividad, esta transición debe disminuir el impacto de la interrupción. Seguido de una actividad de refuerzo o juego estructurado, Ortiz (2023) sugiere que es esta etapa se integren aspectos sociales y comunicativos. De esa forma se permite la consolidación en la sesión de las habilidades adquiridas o en desarrollo en otro contexto, como también indica Ruiz (2022), promoviendo la generalización de las conductas positivas en situaciones cotidianas.

Al finalizar la sesión, Torres (2024) realizar una revisión en la que se repase las actividades ejecutadas y se evalúe el avance o logros del niño mediante escalas de evaluación visual. Mendoza (2023) esta etapa es crucial para medir el avance, sobre todo, ajustar las sesiones futuras, de tal forma que se garantice un proceso de aprendizaje

continuo y personalizado. La información obtenida se comparte con el familiar acompañante o acompañantes, para Ramírez (2023) es importante reforzar las estrategias en el hogar, la participación activa del entorno familiar es esencial para la continuidad del proceso terapéutico y optimización de resultados.

De acuerdo con Gonzáles (2022) la técnica TEACCH se originó en los Estados Unidos durante la década de 1970, creada para atender las necesidades específicas de niños con TEA mediante intervenciones estructuradas y adaptadas. Martínez (2021) validó la aplicación de la técnica en centros especializados, observando mejoras significativas de la integración de rutinas estructuras y en la reducción de comportamientos disruptivos, mientras que Gonzales (2022) evidenció que en el ámbito educativo facilitaba la adaptación y el aprendizaje de los estudiantes.

## **2.4. Instrumentos**

### **Técnica de entrevista y observación**

La entrevista psicológica ha sido una herramienta esencial para la realización de la evaluación y tratamiento dentro de la práctica clínica, permitiéndome comprender a profundidad las experiencias y problemáticas de la menor. Según Vargas y Pacheco (2023), la entrevista psicológica facilita la recolección de información esencial para el diagnóstico y la planificación terapéutica. Además, Alarcón (2022) destaca que este proceso contribuye significativamente a la construcción de una relación terapéutica sólida entre el psicólogo y el paciente y al integrar la investigación con la práctica profesional, permite una comprensión más profunda de la conducta humana y favorece la aplicación rigurosa de principios científicos en la evaluación y el tratamiento de los pacientes. La estructuración de la entrevista puede variar según los objetivos específicos del encuentro

clínico. Vargas y Pacheco (2022) identifican diferentes tipos de entrevistas, como la estructurada, semiestructurada y no estructurada, cada una con características y aplicaciones particulares. Además, se pueden clasificar en abiertas y cerradas. La entrevista cerrada sigue un esquema de preguntas preestablecidas, similar a un cuestionario, mientras que la entrevista abierta permite una mayor flexibilidad, posibilitando que el entrevistado configure el campo de la conversación según su estructura psicológica particular (Alarcón, 2022). Las fases de la entrevista psicológica son cruciales para su efectividad. A continuación, expondré brevemente una reseña de cada instrumento psicométrico utilizado en el caso:

### **Descripción sobre el Test de Desarrollo Psicomotor 2 a 5 años (TEPSI)**

- **Autores:** Elaborado por las psicólogas chilenas Margarita Haeussler y Teresa Marchant, docentes del Departamento Especial de Universidad de Chile.
- **Aplicación:** Es una prueba de aplicación individual.
- **Descripción:** En el área sobre desarrollo psicomotor como coordinación, lenguaje y motricidad se utilizó el Test de Desarrollo psicomotor de 2 a 5 años (TEPSI) mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuesta por el evaluador. Esta evaluación de “tamizaje”, es una evaluación que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor, en relación a una norma estadística establecidas por grupos de edades contemporáneas para determinar si este rendimiento es normal, o está bajo del promedio. Está compuesta por 52 tareas organizadas en tres subtests: Coordinación, lenguaje y motricidad. De acuerdo con el subtest de coordinación, este cuenta con 16 ítems, los cuales evalúan la habilidad del sujeto para coger y manipular objetos para dibujar, a través de la construcción de torres con cubos; enhebrar una aguja; reconocimiento y copiado de figuras

geométricas; y dibujo una figura humana.

### **Escala de Evaluación del TDAH en Niños (EDAH)**

- **Autores:** El manual ha sido desarrollado por especialistas Anna Farré Riba y Juan Narbona García, el instrumento es la 6ta edición del EDAH, revisada y ampliada en 2010.
- **Aplicación:** Se utiliza principalmente en el entorno escolar, siendo completado por familiares, docentes y profesionales. La duración de la prueba es de 5 a 10 minutos. Dirigido a niños de 6 a 12 años de edad (1° y 6° de primaria)
- **Descripción:** El EDAH es un instrumento de evaluación diseñado para detectar síntomas de TDAH en niños en edad escolar. Consta de un cuestionario compuesto por diversos ítems que recogen aspectos relacionados tanto con la inatención como con la hiperactividad/impulsividad. La puntuación se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas a cada ítem, lo que posibilita clasificar el riesgo. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos, donde: Nada = 0; Poco = 1; Bastante = 2; y Mucho = 3. La versión destinada a la familia de la escala de Conners se compone de 93 ítems (o 48 en su modalidad abreviada), organizados en ocho dimensiones: alteraciones en la conducta, miedo, ansiedad, inquietud e impulsividad, inmadurez y problemas de aprendizaje, síntomas psicósomáticos, obsesión y, finalmente, conductas antisociales junto con la hiperactividad. Por otro lado, la versión para profesores consta de 39 ítems (o 28 en su versión reducida), distribuidos en seis factores: hiperactividad, problemas de conducta, labilidad emocional, ansiedad-pasividad, conductas antisociales y dificultades en el sueño. Ambas escalas incorporan un índice global de hiperactividad, compuesto por 10 ítems que reflejan las conductas típicas del niño hiperactivo.

Actualmente, se emplea también la versión revisada de la escala de Conners, la cual integra una escala global de 20 ítems subdivididos en tres categorías: hiperactividad (5 ítems), déficit de atención (5 ítems) y una categoría que combina hiperactividad con déficit de atención y trastorno de conducta (10 ítems). La ventaja de esta revisión reside en su brevedad y en la capacidad de distinguir entre los subtipos de TDAH: tipo inatento, tipo hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. En todos los casos, la puntuación final se obtiene mediante la suma de los valores asignados a cada ítem, considerando además la edad y el género del paciente.

### **Cuestionario de Autismo en la infancia M-CHAT**

- **Autores:** Elaborado por Diana Robins, Deborah Fein y Marian Barton en 2001 (Versión original), con revisiones posteriores como M CHAT-R/F en 2014
- **Aplicación:** Se aplica a los padres o cuidadores mediante un cuestionario de autoinforme. Puede administrarse de forma presencial o en línea.
- **Descripción:** El instrumento de tamizaje Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised (M-CHAT-R) es un cuestionario de 20 preguntas que requiere de 5 a 10 minutos. Se aplica en niños y niñas entre 16 y 30 meses y se utiliza para detectar posibles signos de riesgo de trastorno del espectro autista (TEA) ante alteraciones en el desarrollo social y/o cognitivo. De los 20 ítems, existen 6 ítems críticos (números 2, 7, 9, 13, 14 y 15) que, si se marcan de manera positiva, indican un mayor riesgo de TEA. La puntuación se obtiene de la sumatoria de los ítems de riesgo. A mayor puntaje, mayor riesgo de TEA. Para el **riesgo bajo** de 0 a 2 puntos, **riesgo moderado** de 3 a 7 puntos y **riesgo alto** de 8 a 20 puntos. Cabe destacar que un resultado de riesgo no es un equivalente a un diagnóstico de TEA, para ello, se requiere de una

evaluación exhaustiva. Cabe destacar que un resultado de riesgo no equivale a un diagnóstico de TEA; para ello, se requiere de una evaluación clínica exhaustiva.

## **2.5. Limitaciones**

Durante el proceso de aplicación del plan de intervención para disminuir las conductas disruptivas en la menor con trastorno del espectro autista (TEA), se presentaron varias limitaciones que afectaron el progreso del tratamiento. Una de las principales dificultades fue la falta de un seguimiento adecuado por parte de los padres o cuidadores. A pesar de las recomendaciones y pautas proporcionadas durante las sesiones, muchos de ellos no cumplían con las actividades sugeridas para la práctica en casa, lo que dificultaba la consolidación de los avances logrados en el entorno terapéutico. Si bien se observaron mejoras notables durante las sesiones, en el hogar la situación era diferente; la menor continuaba exhibiendo conductas disruptivas, lo que llevó a la conclusión de que el ambiente familiar no estaba favoreciendo la generalización de las habilidades trabajadas en terapia. Para abordar este desafío, se optó por incluir a los padres en las sesiones, guiándolos en la aplicación de las estrategias terapéuticas y entrenándolos en cómo gestionar adecuadamente las conductas de la menor en casa. Esta medida permitió un mayor involucramiento de los cuidadores en el proceso terapéutico, promoviendo un enfoque más integral y consistente. Otra limitación importante fue la inasistencia a las sesiones por parte de la menor, lo que también afectó el progreso del tratamiento. La falta de constancia en la asistencia a las terapias, a menudo debido a motivos económicos o de tiempo, resultó en la interrupción del proceso, lo que hizo más difícil obtener los resultados esperados y prolongó la duración del tratamiento.

## CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

### 3.1. Descripción de la Experiencia

Durante mi experiencia en el Centro Educativo y Psicológico “Alfred Adler”, la institución ofrecía servicios psicológicos y terapéuticos dirigidos a niños con dificultades en el desarrollo académico y conductuales. Conseguí ingresar a la institución mediante una convocatoria abierta, luego de que publicaran la vacante en redes sociales a mediados de febrero, con el objetivo de comenzar el año escolar junto con los servicios psicológicos. La institución, que ha ganado una excelente reputación desde sus inicios gracias a la calidad de su atención, requería un asistente para hacer frente a la creciente demanda de terapias psicológicas enfocadas en la modificación de conducta. Fui seleccionado entre 15 postulantes de diversas universidades, debido a mi experiencia previa en prácticas preprofesionales, donde me desempeñé en actividades de prevención, atención y consejería con grupos de niños y adolescentes del distrito de Carabayllo. En la institución “Alfred Adler”, tuve la oportunidad de desarrollar y coordinar actividades terapéuticas para niños con trastornos del comportamiento, colaborando estrechamente con los profesores para adaptar los enfoques según las necesidades individuales de cada caso. La atención se focalizaba en realizar evaluaciones psicológicas, con el fin de identificar las necesidades específicas de cada menor y diseñar estrategias que promovieran su desarrollo intelectual y conductual. Durante los primeros dos meses, trabajé bajo la supervisión del psicólogo encargado, Lic. Leonardo Solano, en la elaboración de evaluaciones psicológicas. En este proceso, se emplearon diversas pruebas psicológicas. El propósito de estas evaluaciones era explorar las características del aprendizaje de los niños, su contexto familiar y escolar, así como identificar sus fortalezas

y dificultades para usarlas como punto de apoyo en las sesiones terapéuticas. Posteriormente, como parte de este proceso, llevé a cabo entrevistas con los padres de familia, explicándoles la metodología de trabajo, los principios del centro y compartiendo casos de éxito. Además, gestionaba los costos de la evaluación y las sesiones de terapia en caso de ser necesarias, coordinando los horarios y la planificación de las sesiones. Después de adquirir experiencia en la evaluación psicológica, comencé a participar activamente en las sesiones terapéuticas como asistente sombra. En esta etapa, mi función consistía en guiar y apoyar a los niños en el cumplimiento de las actividades terapéuticas, facilitando su adaptación a nuevas estrategias de refuerzo y estilos de aprendizaje. Dado que los niños atendidos presentaban diversas dificultades conductuales, era común observar conductas disruptivas como gritos y berrinches, los cuales formaban parte del proceso de adaptación a las nuevas exigencias y tareas. Con el tiempo, desarrollé paciencia y temple profesional para manejar estas situaciones de manera efectiva. Conforme avanzó mi experiencia, tuve la oportunidad de llevar un caso desde la evaluación inicial hasta el proceso terapéutico. Esto me permitió adquirir mayor confianza en la intervención con niños y en la comunicación con sus familias, fortaleciendo mis competencias como psicólogo en el ámbito infantil.

### **3.2. Caso Clínico Realizado**

Nombre	: S. E. P.
Edad cronológica	: 6 años 11 meses
Lugar de Nacimiento	: Hospital N. Sergio E. Bernales - Comas
Fecha de nacimiento	: 20 de febrero del 2018
Nombre y edad de la apoderada	: Evelyn de 31 años

Número de hijos	: 2
Posición de hermanos	: Primera
Estado civil de los padres	: Madre soltera
Fecha de entrevista	: 28 de diciembre del 2024
Institución de estudios	: I.E.P. “Alfred Adler”
Grado de Instrucción	: 4 años de pre escolar
Examinador	: Gian Marco Peñaloza Orcotuma

### **3.2.1. Situación Actual de la Menor**

La examinada asiste a consulta junto a su madre quién manifestó dificultades para controlar el comportamiento de su hija ya que es intranquila y muchas veces desafiantes, ocasionando problemas al relacionarse con sus pares y para mantenerse en un solo lugar realizando actividades escolares. No suele escuchar indicaciones de manera inmediata, se requiere insistir alzando la voz o con algún estímulo. Cuando se le dice “NO”, corrigiendo alguna acción, tiende a querer pellizcar a quien le esté dando al directiva u orden. A pesar de su desarrollo del lenguaje, aún se le dificulta comunicar sus necesidades, es por ello, tiende a jalar de la mano para direccionar o señalar lo que desea. La madre manifiesta que menor hija presenta un cuadro de autismo y tiene dificultades para recibir instrucciones, y en el ambiente escolar tiene constantes llamadas de atención por parte de profesores. No desea sentarse para realizar actividades escolares, tiene que caminar de la mano para que evitar que corra y cuando se molesta quiere morder a quien esté cerca.

La familia con la que vive de S.E.P. está compuesta por su madre Evelyn, abuela Carmen y su hermana Barbara. Evelyn cuenta con educación superior y asume el sustento

de la familia. Se encuentra laborando durante el día dejando a su madre el cuidado de sus dos hijas. Según la madre, el padre pasa una pequeña pensión de manera intermitente ya que comenta que él no tiene trabajo, y que de vez en cuando visita a sus hijas. Tanto la abuela como Evelyn han enfrentado múltiples retos en la crianza de S.E.P., entre ellos controlar sus exigencias o berrinches que pueda presentar, y los manotazos que le da a su hermana cuando esta llora o grita, como parte de su edad o las circunstancias del día a día. El abuelo de S.E.P. también es ausente y sus visitas son ocasionales, limitada a los cumpleaños y a fechas especiales.

### **3.2.2. Desarrollo de la menor**

La madre refiere que su embarazo no fue planificado pero que desde que se enteró deseó tenerla. El proceso de gestación de la madre fue a los 24 años de edad. Tomó la decisión de proponer convivir con el padre y asistir a los controles prenatales. Los resultados de los análisis de sus controles médicos arrojaron un indicador bajo 11,5 de hemoglobina, por lo que le recomendaron el consumo de sulfato ferroso por un mes y medio, acompañado de una alimentación adecuada. Nos comenta que, durante los primeros meses de embarazo, no mostró cambios significativos en su cuerpo. Durante este periodo vivió situaciones de tensión emocional debido a los conflictos en la convivencia con el padre, es por ello, que dejó la convivencia para vivir con su madre ya casi al final del proceso de gestación, es la abuela de S.E.P., quién comenzó a apoyarla y acompañarla a sus chequeos. El parto fue por cesárea, debido a que la ecografía mostró que la niña tenía el cordón umbilical envuelto en el cuello en doble vuelta, preocupando a los médicos y acelerado la intervención. Cuando nació S.E.P. lloró con normalidad, sin embargo, debido a la presunta asfixia se le realizó la prueba de APGAR a los minutos después del nacimiento, obteniendo un resultado de 9, adecuado estado de salud, con una

ligera disminución en la coloración azulada en manos y pies, los cuales se van normalizando conforme pasan los primeros minutos de vida. Posterior al alta, regresó la menor al hospital por una infección estomacal al cabo de 5 días. La lactancia fue con leche materna durante los primeros 4 meses, hasta que le secó, teniendo que recurrir al uso de fórmula, lo que facilitó que la madre pueda trabajar durante el día. Durante los controles de niño sano mostró un desarrollo normal; sin embargo, a los 10 meses la madre observó que su niña no podía sostenerse de pie, cada vez que intentaba ponerla de pie se caía, esto le llamó poderosamente la atención por lo que tuvieron que llevar a un centro de atención especializada llamada Vigil en el Callao, cuyo diagnóstico fue dificultades en la articulación, recomendándoles terapia física por dos meses y medio. Al cabo de los 18 meses de edad, la menor comenzó a dar sus primeros pasos, y casi al mismo tiempo, empezó a pronunciar algunas palabras. Al cabo de los 7 meses de nacida, la madre sale embarazada de su hermana Bárbara, sin embargo, tras el nacimiento de su hermana, dejó de hablar temporalmente. Durante la pandemia no logró desarrollarse al mismo nivel que los otros niños, debido a que le costaba mantenerla frente al computador y comenzó a llamar la atención cuando atendían a su hermana menor. En cuanto a su alimentación, no presenta preferencia específica, por lo tanto, consume una amplia variedad de comidas, aunque en ocasiones es necesario regular la cantidad para evitar problemas estomacales, ya que sin control come hasta empacharse. Presenta dificultades en el control de sus esfínteres y con frecuencia presenta estreñimiento. No presenta alguna enfermedad crónica.

### **3.2.3. Contexto Escolar**

S. E. P. cursa el nivel de Educación Inicial en un centro educativo regular. Según el testimonio de su madre, la niña presenta un diagnóstico de autismo y enfrenta

dificultades para seguir instrucciones en el ámbito escolar. Frecuentemente recibe llamadas de atención por parte de los docentes debido a su negativa a permanecer sentada para realizar actividades académicas. Además, requiere ser guiada de la mano para evitar que se aleje o corra dentro del aula. En situaciones de frustración o enojo, manifiesta comportamientos desafiantes, incluyendo la intención de morder a quienes se encuentran cerca. Desde su ingreso a la escuela, S.E.P. ha mostrado dificultades en la adaptación social. Durante sus primeros años de escolaridad, evitaba la interacción con sus compañeros y prefería actividades individuales, como garabatear en su cuaderno. A pesar de la insistencia de su profesora por integrarla a las dinámicas grupales, su participación fue limitada.

Con el cambio de institución educativa, su comportamiento ha experimentado variaciones que han impactado tanto en el entorno escolar como en el familiar. Actualmente, se rehúsa a realizar tareas escolares y muestra una actitud desafiante hacia las normas del aula. Su dificultad para regular sus emociones y su impulsividad han generado obstáculos en su proceso de aprendizaje, requiriendo una supervisión constante por parte de sus docentes. Las evaluaciones aplicadas evidencian dificultades en la atención y concentración, así como un bajo nivel de tolerancia a la frustración. Además, su desempeño en pruebas psicomotoras indica un retraso en el control y ejecución de ciertos movimientos, lo que podría estar influyendo en su desempeño académico. Dada la persistencia de estas dificultades, su familia ha explorado diferentes opciones de apoyo para mejorar su desarrollo. No obstante, su madre expresa sentirse sobrecargada debido a los desafíos en la crianza y educación de S.E.P., lo que ha impactado en la dinámica familiar y en su bienestar emocional.

### **3.3. Metodología de Evaluación**

#### **3.3.1. Observación y Registro Durante la Entrevista**

S.E.P. es una niña de peso y talla de acuerdo a su edad cronológica, se la observa adecuadamente vestida y con limpieza. El proceso de observación y registro se llevó a cabo en un entorno estructurado. Durante la sesión se observó inquietud motora al bajarse en varias ocasiones de la silla para ir al patio del colegio, es por ello, se procedía a tomarla por la mano para devolverla a su asiento. El tiempo entre el inicio de la actividad y la primera conducta de bajarse de la silla era de 6 minutos aproximadamente, esto es de trabajo continuo, antes de bajarse de la silla e irse al patio.

S.E.P. se presentó con un estado de higiene y vestimenta adecuado. Al inicio de la evaluación, respondió con su nombre tras insistencia, evidenciando dificultades para mantener la atención en la interacción verbal. Su lenguaje es comprensible, aunque con limitaciones en la estructuración de frases complejas. En las actividades dirigidas, se observó que inicialmente tomaba asiento tras una solicitud verbal, pero al poco tiempo presentaba conductas de evitación, como levantarse, caminar por el ambiente o centrarse en objetos ajenos a la tarea. En diversas ocasiones, retornó al lugar asignado sólo bajo la condición de recibir un refuerzo tangible, como el uso del celular proporcionado por su madre. Se evidencia una baja tolerancia a la frustración, manifestada en reacciones desafiantes, gestos de enojo y quejidos constantes, en ocasiones, reacciona queriendo morder y pellizcar. En las pruebas de ejecución psicomotora, manejo de manos, piernas y cuerpo se le observa que se encuentra en el nivel aceptable en el control del aparato motor grueso. El desplazamiento es controlado por ella misma, evita los obstáculos con facilidad, camina y corre, sin embargo, se le dificulta saltar, reacciona mirando a todos

lados y tiende a emitir quejidos de no querer continuar si se le insiste en saltar. Se le dificulta repetir movimientos corporales, como tocarse la nariz o el hombro, se muestra distraída muchas veces. Requiere de constante vigilancia constante por la madre y la abuela, quien la cuida cuando la madre sale a trabajar.

Se observaron dificultades en la coordinación fina y en la ejecución de movimientos secuenciales, como tocar partes específicas de su cuerpo cuando se le indica. Durante la aplicación de pruebas psicomotoras S.E.P. evidenció limitaciones en la reproducción de patrones gráficos, repitiendo trazos circulares o garabatos sin variaciones significativas. Coge el lápiz de una manera inadecuada, colocando los cuatro dedos o en ocasiones con toda la mano para pintar o delinear, luego agita la mano en señal de cansancio, adicionalmente, se observa sudoración palmar.

### **3.3.2. Instrumentos aplicados**

- Técnica de entrevista y observación
- Test de Desarrollo Psicomotor de Hausler y Marchant de 2 a 5 años
- Escala de Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad
- Cuestionario de Autismo en la infancia M-CHAT

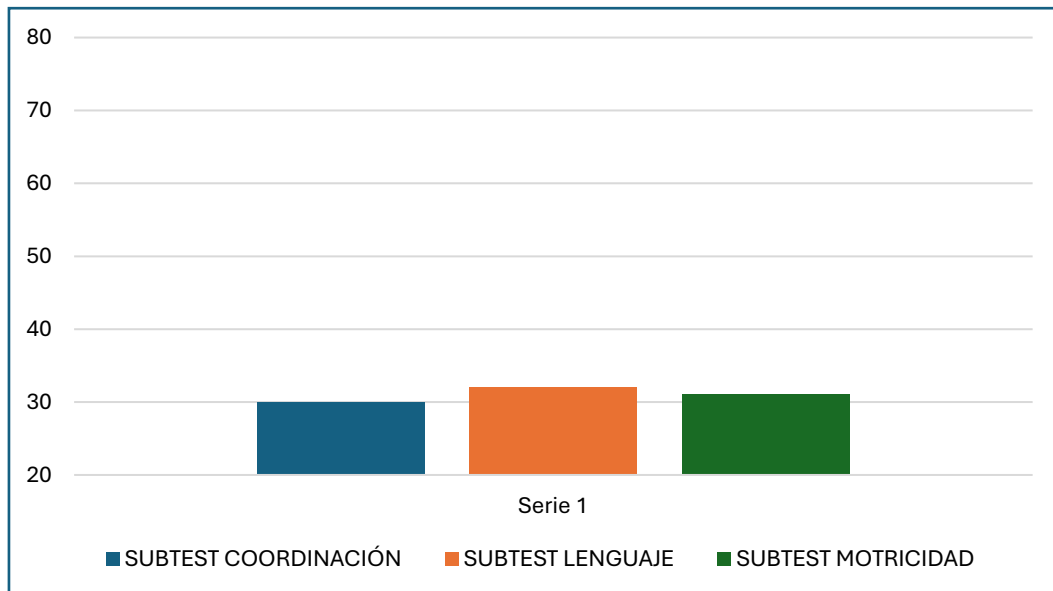
### **3.3.3. Resultados de las pruebas**

Las pruebas realizadas muestran a una niña con dificultades en la atención, concentración e inquietud motora persistente. Posee una buena articulación de las palabras, pero no establece una comunicación adecuada y fluida con el examinador. Se observa dificultad para regular su comportamiento ante las exigencias de una tarea determinada, así como para reproducir movimientos complejos. Solo se mantiene activa

cuando las actividades son de su interés o surgen por iniciativa propia. Responde al contacto físico que limita su accionar, pero de manera breve. El **Test de Desarrollo Psicomotor de Hausler y Marchant (TEPSI)**, evalúa el desarrollo psíquico infantil en tres áreas (coordinación, lenguaje y motricidad), no se pudo aplicar la totalidad de la prueba debido a que la conducta de la menor no le permite establecer una relación apropiada con los estímulos planteados. Sin embargo, logró desarrollar de manera conveniente el ensartado de cuentas y el reconocimiento de colores básicos. En cuanto a la reproducción de figuras geométricas y trazos de líneas rectas, se observó un bajo dominio, realizando garabatos propios de niños con una edad mental estimada entre 2 y 3 años.

**Figura 1**

*Perfil de Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI*



Nota: Se observan las puntuaciones obtenidas en la evaluación por áreas o subtest sobre el desarrollo psicomotor de la menor.

De acuerdo con la **Figura 1**, el subtest con menor desempeño fue **coordinación**, con 30 puntos, debido a sus dificultades en la reproducción de modelos gráficos como

trazos de líneas y figuras geométricas. Su motricidad gruesa es aceptable, permitiéndole caminar y correr con control, pero presenta dificultades en movimientos más complejos, como saltar o realizar secuencias motoras específicas. En cuanto al **lenguaje** (32 puntos), se evidencia una articulación verbal adecuada, pero sin una comunicación fluida ni espontánea. Según los baremos del test, donde un puntaje entre 20 y 29 indica **retraso**, de 30 a 39 representa **riesgo**, y 40 o más se considera **dentro de la normalidad**, la niña se encuentra en la categoría de **riesgo** en todas las áreas evaluadas. Esto sugiere que su desarrollo psicomotor está por debajo del promedio esperado para su edad, aunque no alcanza un nivel de retraso severo.

En la Escala de Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se observa en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Resultados obtenidos de la Evaluación de Déficit de Atención e Hiperactividad*

Baremos	PD	PC	Nivel
<b>Hiperactividad</b>	12	98	Riesgo Alto
<b>Déficit de atención</b>	07	80	Riesgo Moderado
<b>H + DA</b>	19	96	Riesgo Alto
<b>Trastorno Conductual</b>	12	93	Riesgo
<b>Global</b>	31	98	Riesgo alto

Nota: El cuadro se presentan las áreas con niveles de riesgo moderado y alto de la prueba.

Presenta un **riesgo alto en hiperactividad** (puntuación 12, centil 98), posiciona a la menor en una situación que podría impactar significativamente su adaptación escolar y social, dificultando el seguimiento de normas y la permanencia en actividades estructuradas. Tiene una tendencia marcada a la inquietud constante, dificultad para permanecer sentada y respuestas impulsivas ante actividades estructuradas. En cuanto al **déficit de atención** (puntuación 7, centil 80), se ubica en un nivel de **riesgo moderado**, mostrando dificultad para mantener la atención en actividades estructuradas y requiere de estímulos constantes para completar tareas. Se distrae con facilidad ante estímulos del entorno y pierde el hilo de las instrucciones si estas son extensas o complejas. Su capacidad de atención sostenida es baja, lo que se refleja en su tendencia a cambiar rápidamente de actividad sin terminar la anterior. Aunque puede mantener el interés en tareas de su preferencia, su concentración se desvanece si la actividad no es de su agrado, lo que repercute en su aprendizaje y adaptación escolar.

La combinación de hiperactividad e inatención (**puntuación 19, centil 96, riesgo alto**) presenta una actividad motora excesiva, con dificultad para permanecer sentada durante periodos prolongados. Tiende a desplazarse constantemente por el ambiente sin una finalidad específica, mostrando resistencia a detenerse o mantenerse enfocada en una tarea. Su inquietud motora la lleva a abandonar actividades antes de finalizarlas, requiriendo supervisión constante para redirigir su atención. En situaciones de espera o instrucciones prolongadas, su impaciencia la lleva a interrumpir o actuar sin reflexionar, manifestando impulsividad en su comportamiento.

Además, de acuerdo a la table 1, en el área de **trastorno conductual** (puntuación 12, centil 93, riesgo presente), la puntuación indica que la niña requiere modular sus respuestas de forma apropiada, evidenciando un riesgo en su comportamiento y control

de sus acciones. Se observa que responde de manera impulsiva ante la frustración, reaccionando con enojo o resistencia cuando se le imponen límites o se le exige completar una tarea. En algunos casos, manifiesta conductas desafiantes, como negarse a seguir instrucciones o reaccionar con agresividad, llegando a morder cuando se encuentra molesta. Su comportamiento social muestra dificultades en la adaptación a normas, lo que ha generado llamadas de atención constantes en el ambiente escolar.

Finalmente, la **puntuación global obtenida** (31, centil 98, riesgo alto) confirma la presencia de dificultades significativas en la regulación conductual, el aprendizaje y la interacción social. Se observa que la niña presenta una actividad motora excesiva, con dificultad para permanecer sentada por períodos prolongados, desplazándose constantemente sin una finalidad específica. Su inquietud motora la lleva a abandonar actividades antes de finalizarlas, requiriendo supervisión constante para redirigir su atención. En situaciones de espera o con instrucciones prolongadas, su impaciencia la lleva a interrumpir o actuar sin reflexionar, manifestando **impulsividad en su comportamiento**.

De acuerdo a la encuesta de tamizaje Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised (M-CHAT-R), se obtuvo 10 puntos de 20 preguntas. Los ítems 5, 9, 11, 13, 17, 18, 20, 21, 22 y 23 fueron positivos indicando un **riesgo alto**. La puntuación se obtiene mediante la suma de los ítems de riesgo, de modo que, a mayor puntaje, mayor en riesgo de trastorno del espectro autista.

### 3.4. Identificación del Problema Específico

S. E. P. manifiesta conductas disruptivas que afectan significativamente su aprendizaje e interacción social. En cuanto al aprendizaje, presenta dificultades para

mantener la atención en actividades continuas, en actividades estructuradas el tiempo promedio de tolerancia es de 8 a 10 minutos aproximadamente, lo que afecta su capacidad para realizar tareas escolares de manera consistente. Esta falta de permanencia en las actividades impide la práctica constante y refuerza su dificultad para desarrollar habilidades preescolares esenciales, como el reconocimiento de patrones gráficos, el uso adecuado de materiales de escritura y la organización de ideas básicas. Respecto a la interacción social, se observa dificultades en la comunicación e integración con sus pares y adultos, al pasar el tiempo de tolerancia o al cambiar de actividad reacciona de manera impulsiva, manifestando conductas disruptivas como levantarse abruptamente en medio de una tarea, garabateo espontáneamente, y en ocasiones, reaccionando con enojo o conductas autolesivas. Estas características pueden generar conflictos en el entorno escolar y reducir sus oportunidades de socialización y aprendizaje colaborativo. Estas dificultades en la reproducción de modelos gráficos como el trazo de líneas y figuras geométricas, requiere de mayor adiestramiento, la falta de práctica o exposición a estos tipos de actividades pre escolares dificultan el rendimiento escolar necesarios a su edad. También, le cuesta mantenerse concentrada por tiempo prolongados en actividades estructuradas, tiempo promedio de tolerancia es de 8 a 10 minutos aproximadamente. Debido a estos factores, es fundamental brindar estrategias estructuradas que permitan disminuir las conductas disruptivas y, a su vez, fortalecer las habilidades necesarias para mejorar su aprendizaje, interacción social y desarrollo psicomotor. A través de un enfoque basado en refuerzo positivo, trabajo estructurado y estrategias de emocional, se espera que la menor logre una mayor adaptación y funcionalidad en su entorno.

### **3.5. Objetivos**

#### **3.5.1. Objetivos Generales**

Que S.E.P. logre disminuir las conductas disruptivas o inadecuadas que dificultan su aprendizaje mediante un programa de intervención.

#### **3.5.2. Objetivos Secundarios**

- Mejorar el tiempo de tolerancia al trabajo dados
- Disminuir las respuestas disruptivas

### **3.6. Repertorio de Entrada**

S.E.P. es una menor con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) que presenta dificultades significativas en la autorregulación, atención sostenida y cumplimiento de instrucciones, lo que afecta su desempeño en actividades estructuradas. Su tolerancia al trabajo continuo es baja, con un promedio de 3 minutos y medio antes de perder el interés o manifestar conductas disruptivas. Durante la evaluación inicial, se identificaron las siguientes conductas disruptivas con alta frecuencia:

- **Tiempo de tolerancia al trabajo**, ya que tiende a ignorar las indicaciones y no realizar las tareas de manera continua.

**Tabla 2**

*Línea Base de la variable: Tolerancia al trabajo.*

Variable	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Promedio
<b>Tiempo de Resistencia a las Indicaciones</b>	2 minutos	5 minutos	3 minutos	4 minutos	3 minutos y medio

Nota: Estas cantidades son el resultado de las 4 primeras sesiones en donde se aplicó el programa.

- **Conductas Disruptivas**, como tirarse al suelo o los materiales cuando se le solicita continuar con una actividad.

**Tabla 3**

*Línea Base de la variable: Respuesta a conductas Disruptivas.*

Variable	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Promedio
<b>Frecuencia de conductas disruptivas</b>	12	13	9	8	12.5

Nota: Estas cantidades son el resultado de las 4 primeras sesiones en donde se aplicó el programa.

### 3.7. Repertorio Terminal

El programa de intervención finaliza cuando la menor disminuya notoriamente en un 80% las conductas disruptivas y aumentar el tiempo de trabajo prolongado en actividades escolares a 20 por minutos de trabajo a más.

### 3.8. Materiales

**Recursos Humanos:** Psicólogo, familiares cercanos y docentes de la institución educativa

**Reforzadores sociales:** Afecto, elogios, aplausos, cotar hasta 3 para la realización de actividades, frase como: “Termina antes de pararse” y brindar palabras de ánimo “Tú puedes”

**Reforzadores Materiales:** Reloj de pared, materiales impresos, sestras, conos, pelotas de trapo, varas, colores, hoja de registro de asistencia, hoja de registro de frecuencias conductuales, pictogramas, lápiz, tajador y borrador.

### 3.9. Técnicas a Utilizar:

- Refuerzo positivo.
- Respiración profunda.
- Tiempo fuera.
- Castigo Negativo.
- Cuenta regresiva.

### 3.10. Programa para Reducir Conductas Disruptivas

La intervención se desarrolló en 19 sesiones de 1 hora cada una. Durante 2 veces a la semana, durante 2 meses y medio. Las técnicas de modificación se comparten con la abuela y madre de la menor, a quienes previamente se le dio inducción sobre el tema. A continuación, se especifica de manera clara y concreta las técnicas de medicación de conducta utilizadas para disminuir las conductas disruptivas de pellizcar y morder cuando

no quiere hacer alguna orden dada. Y prolongar el tiempo de realización de actividades escolares.

**Circuito con obstáculos y lanzamiento de pelotas.** Para la realización de las sesiones se ha utilizado materiales como conos, palos, sestras y pelotas. Con ello se arma circuito en donde la menor tenga que coger la pelota, luego esperar las indicaciones para cruzar el primer obstáculo por arriba (levantando la pierna) o por debajo (gateando), para de esta forma llegar al siguiente obstáculo donde tiene que lanzar la pelota en la sestra, de acuerdo a una distancia variable, dependiendo de la capacidad del sujeto. Esto pone a prueba la forma en como se le da indicaciones y se refuerza la conducta deseada mediante elogios.

### **3.11. Desarrollo de las sesiones**

Antes de iniciar cada sesión, se utilizaban figuras visuales que ayudaban a señalar la nueva actividad permitiendo anticipar lo que se iba a trabajar. Las sesiones que se desarrollan y se presentan a continuación tenían duración de una hora. Se recibía a la menor con un saludo de manos, y se conversaba brevemente con su madre para conocer cómo había sido su alimentación, su comportamiento durante el día, entre otros aspectos relevantes.

Junto a ciertas imágenes pictóricas se brindaban las consignas, como: “Vamos a armar los juegos”, y así se procedía a sacar los materiales. Durante el desarrollo de las actividades, se le guiaba de la mano cuando era necesario, se detenía la sesión al culminar un ejercicio o para tomar agua, esto ayudaba a que se tranquilizara. Y siempre se tenía acerca utensilios para lavarle las manos después de las actividades.

**Tabla 4**

*Datos de las 19 sesiones realizadas a la menor*

Nº	ACTIVIDAD	INSTRUCCIONES	ACCIÓN	TIEMPO	OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA	INSIDENCIAS	TÉCNICA UTILIZADAS
SESIÓN 1	Manipulación y traslado de objetos	Coge el cesto de pelotas y llévalo al patio	Con ayuda.	2 min	La menor se rehusó tirándose al suelo, se restringió el espacio y no se respondió a la conducta disruptiva, pero se persistió con ayuda en llevar el cesto.	12	Respiración Profunda, Cuenta regresiva, Tiempo fuera y Extinción de la conducta.
SESIÓN 2		Coge el cesto de pelotas y llévalo al patio	Con ayuda.	5 min	La menor se rehusó tirándose al suelo. Sin embargo, en esta ocasión logro cargarlo un poco, aun así, no completó la tarea.	13	
SESIÓN 3		Coge el cesto de pelotas y llévalo al patio	Logra hacerlo sola	3 min	Luego de una ligera persistencia logró cargar el cesto. En esta ocasión llevó al patio, el cesto y la varilla.	9	
SESIÓN 4		"Llevemos el cesto al patio", luego, "llevemos los conos" y por último "las varillas"	Logra hacerlo sola	4 min	Logró llevar los objetos al patio para posterior enseñarles a ensamblar por sí misma	8	
SESIÓN 5		Armado del circuito	"Ubica el cono aquí", "Pon la varilla entre los conos"	Con ayuda.	8 min	Lograr llevar con insistencia los materiales, pero no desea encajarlos	

SESIÓN 6		"Armemos el circuito primeros los conos y las varillas"	Con ayuda.	10 min	No desea levantar los conos, se rehúsa a colocarlos en su sitio, o encajarlos. Se repitió la actividad con ayuda.	8	de la conducta.
SESIÓN 7		"Armemos el circuito primeros los conos y las varillas"	Con ayuda.	18 min	Logra levantar los conos y armarlos ayuda.	6	
SESIÓN 8		"Armemos el circuito primero los conos, las varillas y colocar el cesto en su sitio"	Logra hacerlo sola	15 min	Logramos armar el circuito con los conos, varillas y cesto de pelotas	6	
SESIÓN 9	Desplazamiento por el circuito	"Pasa por debajo del arco" o "Pasa por arriba del arco"	Con ayuda.	18 min	Se queda parada y no desea moverse y cuando logra gatear se queda en el piso.	5	Respiración Profunda, Cuenta regresiva, Tiempo fuera y Extinción de la conducta.
SESIÓN 10		"Pasa por debajo del arco" o "Pasa por arriba del arco"	Logra hacerlo sola	20 min	Ya logra ingresar y luego pararse nuevamente	4	
SESIÓN 11	Introducción al lanzamiento	"Lanza una pelota hacia el cesto"	Con ayuda.	17 min	Logra armar el circuito, pero se retrae a la hora de lanzar o suelta la pelota	5	Respiración Profunda, Cuenta regresiva, Tiempo fuera y Extinción de la conducta.
SESIÓN 12		"Lanza 5 pelotas hacia el cesto"	Con ayuda.	22 min	Lanza la pelota débilmente y se frustra cuando no entra a la cesta, teniendo que recoger por ella	7	
SESIÓN 13		"Lanza 5 pelotas hacia el cesto"	Con ayuda.	24 min	Lanza con debilidad y no da en el cesto.	9	

SESIÓN 14	"Lanza 10 pelotas hacia el cesto"	Con ayuda.	29 min	Lanza dispersamente y en algunas ocasiones encesta.	4
SESIÓN 15	"Lanza 10 pelotas hacia el cesto"	Con ayuda.	31 min	Lanza con debilidad y no da en el cesto.	7
SESIÓN 16	"Lanza 15 pelotas hacia el cesto"	Logra hacerlo sola	29 min	Lanza dispersamente y en algunas ocasiones encesta.	3
SESIÓN 17	"Lanza 15 pelotas hacia el cesto"	Logra hacerlo sola	35 minutos	Logra lanzar la pelota, pero con errores. Ante los errores en el lanzamiento se instrúa "Recoge la pelota", "Regresa a la marca y lanza de nuevo"	5
SESIÓN 18	"Lanza 20 pelotas hacia el cesto"	Logra hacerlo sola	26 minutos	Logra lanzar la pelota, pero con errores. Ante los errores en el lanzamiento se instrúa "Recoge la pelota", "Regresa a la marca y lanza de nuevo"	4
SESIÓN 19	"Lanza 20 pelotas hacia el cesto"	Logra hacerlo sola	30 minutos	Logra lanzar la pelota, pero con errores. Ante los errores en el lanzamiento se instrúa "Recoge la pelota", "Regresa a la marca y lanza de nuevo"	2

**Nota:** Las primeras 5 sesiones pertenecen a la línea base para medir el avance de la menor y a partir de la sesión 5 son los resultados contrastables de las mejoras.

### 3.12. Consideraciones éticas

Las sesiones se desarrollaron respetando los principios éticos fundamentales que rigen la práctica psicológica, especialmente en contextos donde se trabaja con menores de edad.

En primer lugar, se obtuvo el consentimiento informado por parte de la madre, quien fue debidamente informada previamente acerca de los objetivos de la intervención, las actividades a realizar, la metodología empleada y el uso confidencial de la información recogida. Se garantizó que su participación fuera voluntaria, evitando que se autolesionara o que haya conductas agresivas.

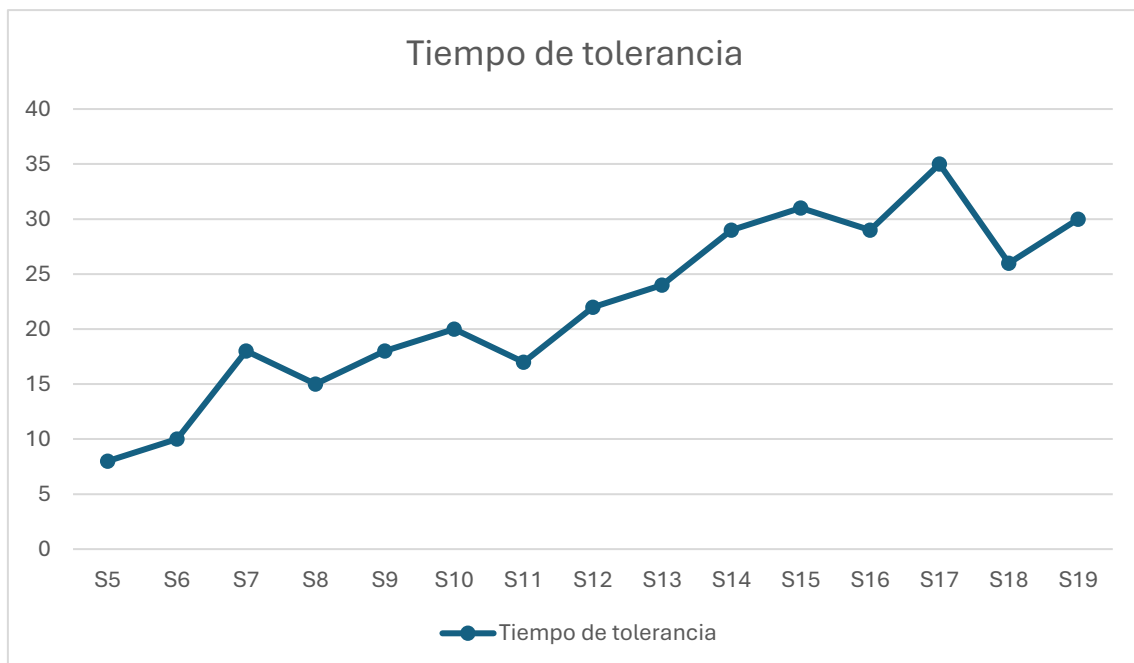
Asimismo, se respetó la confidencialidad de los datos personales y conductuales de la menor, asegurando que toda información sensible fuera tratada de forma anónima y utilizada exclusivamente con fines académicos y clínicos. Durante todo el proceso de intervención, se promovió el respeto por la dignidad, los derechos y el bienestar de S.E.P., procurando siempre un entorno seguro, empático y adaptado a sus necesidades individuales. Por último, las estrategias implementadas respondieron a criterios de pertinencia clínica y se enfocaron en fortalecer sus habilidades adaptativas, emocionales y sociales, evitando en todo momento acciones que pudieran ocasionar malestar físico o psicológico.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

A lo largo de las sesiones, el tiempo de tolerancia al trabajo de la menor mejoró significativamente, lo que refleja un progreso notable en su capacidad para mantener la concentración en tareas estructuradas. En las primeras cuatro sesiones (línea base), el tiempo promedio de tolerancia al trabajo era de 3 minutos y medio. Sin embargo, a medida que avanzaron las sesiones, este tiempo aumentó progresivamente, alcanzando un promedio de 22 minutos al finalizar el programa, como se observa en la *Tabla 5*.

**Figura 2**

Grafica del tiempo de tolerancia por minutos desde la sesión 5 a la 19



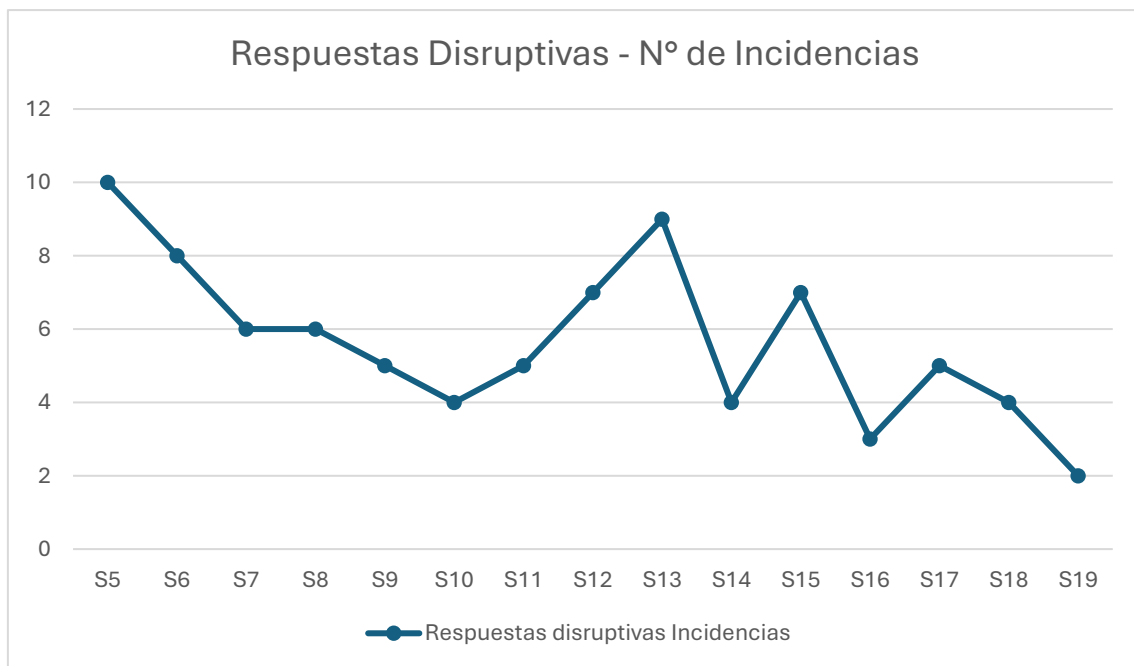
Nota: Los datos son obtenidos por sesión tomando nota del tiempo continuo de trabajo.

Se detalla cómo el tiempo de tolerancia aumentó sesión a sesión. La evolución del tiempo de tolerancia, junto con la implementación de las técnicas de modificación de conducta, refleja una mejora constante.

En cuanto a la frecuencia de las conductas disruptivas, se observó una reducción significativa durante las 19 sesiones de intervención. En la línea base (sesiones 1 a 4), el promedio de incidencias de conductas disruptivas por sesión fue de 12.5, lo que reflejaba una alta frecuencia de comportamientos que interferían con el proceso de aprendizaje. De acuerdo a la *Tabla 6*, durante las sesiones de intervención, el número de incidencias disminuyó considerablemente, con un promedio de solo 5 incidencias por sesión al final del programa.

**Figura 3**

*Gráfica del número de incidencias durante las sesiones*



Nota: Los datos son obtenidos por sesión de acuerdo a la cantidad de incidencias registradas durante el desarrollo de la sesión.

Durante las sesiones, las técnicas empleadas para reducir las conductas disruptivas, como el uso de tiempo fuera, cuenta regresiva y refuerzo positivo, ayudaron a disminuir la frecuencia de respuestas disruptivas como tirarse al suelo o rechazar las

indicaciones.

La *Tabla 7* presenta una comparación entre el repertorio de entrada (inicio del programa) y el repertorio terminal (fin del programa) en cuanto a dos variables clave: el tiempo de tolerancia al trabajo y la frecuencia de conductas disruptivas.

**Tabla 5**

*Tabla comparativa entre la línea base y el repertorio terminal del programa.*

Variable	Repertorio de Entrada (Inicio del Programa)	Repertorio Terminal (Fin del Programa)
	Sesión 1 al 4	Sesión 5 al 19
Tiempo de tolerancia al trabajo	Promedio 3 minutos y medio	Promedio de 22 minutos
Frecuencia de conductas disruptivas	Promedio 12 incidencias	Promedio 5 incidencias

Nota: Los datos obtenidos se refieren desde la sesión 5 en adelante.

La *Tabla 7*, compara el repertorio de entrada (inicio del programa, de la sesión 1 al 4) y el repertorio terminal (de la sesión 5 a la 19) en dos variables clave: el tiempo de tolerancia al trabajo y la frecuencia de conductas disruptivas. Al inicio del programa, la menor tenía un tiempo promedio de tolerancia al trabajo de 3 minutos y medio, pero al finalizar el programa este tiempo aumentó considerablemente a 22 minutos, lo que refleja una mejora significativa del 528.57%. Esta evolución indica un progreso notable en la capacidad de la menor para concentrarse y mantener su atención en las tareas estructuradas.

En cuanto a las conductas disruptivas, la frecuencia inicial era de 12 incidencias por sesión, mientras que al final del programa se redujo a 5 incidencias por sesión, lo que representa una disminución del 58.33%. Esta reducción refleja la efectividad de las técnicas de intervención empleadas para disminuir los comportamientos disruptivos. En resumen, los resultados presentados en la tabla evidencian avances importantes en ambas variables, destacando el impacto positivo del programa en el desarrollo de la menor.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Conclusiones

**Reducción de conductas disruptivas:** El programa de intervención fue efectivo en disminuir las conductas disruptivas de S.E.P. a lo largo de las 19 sesiones. La frecuencia de conductas problemáticas disminuyó significativamente, pasando de 12 incidencias por sesión a solo 5 en las últimas sesiones, lo que indica una mejora sustancial en su comportamiento.

**Mejora en la tolerancia al trabajo:** A través de la intervención, S.E.P. logró mejorar su tiempo de tolerancia al trabajo, pasando de una media de 3 minutos y medio al inicio del programa a 22 minutos en las últimas sesiones. Esto refleja un avance considerable en su capacidad para concentrarse y participar activamente en tareas estructuradas.

### 4.3. Recomendaciones

Dado el progreso logrado en la reducción de las conductas disruptivas, se recomienda continuar de forma permanente con las sesiones terapéuticas para consolidar e interiorizar los avances mediante la práctica constante. Asimismo, sería beneficioso que la menor acceda a espacios de actividades preescolares, los cuales pueden motivarla y fortalecer su adaptación a contextos escolar. También es fundamental el compromiso activo de los padres o cuidadores cercanos, a través de procesos de psicoeducación podrían adquirir herramientas para reforzar conductas adecuadas, establecer límites claros y responder de forma coherente según el entorno en el que se encuentre la menor. La consistencia en el manejo de normas y la aplicación de técnicas conductuales en distintos

espacios favorecerá la generalización de los aprendizajes.

Para seguir mejorando la tolerancia al trabajo de la menor, se recomienda continuar aplicando refuerzos positivos inmediatos y contingentes, adoptando las técnicas en sesión para consolidar los avances, utilizando elogios, recompensas o actividades agradables al finalizar las tareas. Además, es clave establecer rutinas diarias claras, con el uso de tarjetas visuales y temporizadores para ayudarla a anticipar las transiciones entre actividades, lo que reduce la frustración y mejora su disposición. Aplicar tiempo fuera positivo ante conductas disruptivas o agresivas, es importante mantener el control emocional y practicar continuamente la respiración lenta. Por último, es importante seguir con terapias de refuerzo conductual como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de modificación de conducta, que ayudará a reforzar conductas positivas y disminuir las disruptivas que a su vez la aperturará a desenvolverse adecuadamente en actividades preescolares.

## REFERENCIAS

- Bancayán Martínez (2021). Problemas de comunicación en un niño con autismo en el contexto de la educación remota: Un estudio de caso. Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe>
- Chávez Quispe, C. P. (2021). Aplicación del método TEACCH en el diseño de espacios educativos para niños con autismo en Trujillo [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29343>
- Christensen, D. L., et al. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(3), 1–23.
- Delgado Serna, E. N. (2021). Variables familiares asociadas a conductas disruptivas en niños con trastorno del espectro autista (Tesis de maestría). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., et al. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160–179.
- Espino Zevallos, J. J. (2017). Estudio de caso clínico-educativo: Programa para reducir las conductas disruptivas de un adolescente con trastorno del espectro autista (Tesis de licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiological surveys of autism and pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 1–12.
- García, E. (2021). Intervención Cognitivo-Conductual en el Trastorno del

Espectro Autista: Un enfoque innovador. Repositorio de la Universidad San Marcos.

- Gómez, M., & Díaz, L. (2022). La respiración como técnica de autorregulación en niños con trastornos de conducta. *Revista Peruana de Psicología Educativa*.
- Hernández, A. (2023). La técnica de "tiempo fuera" en el manejo de conductas disruptivas en niños. *Revista de Psicología y Conducta Infantil*.
- Instituto Nacional de Salud del Perú de Breña (2024). Atenciones por autismo en el INSN. <https://www.gob.pe/institucion/insn/noticias/928068-atenciones-por-autismo-en-el-insn-se-elevan-40-de-la-poblacion-por-consulta-externa-es-por-tea>
- López, F. (2021). Intervenciones conductuales en contextos educativos: aplicaciones y efectos del "tiempo fuera". *Psicología Educativa*.
- López, F. (2022). Resultados de la intervención TEACCH en habilidades sociales en niños con TEA. Repositorio de la Universidad de Lima.
- López, F., & Ramírez, S. (2022). Aplicaciones de la TCC en el manejo del TEA en población infantil. Repositorio de la Universidad de Lima.
- Lozano, K., & Carrasco, F. (2023). Reforzamiento negativo y aprendizaje en niños con autismo. Universidad de Lima.
- Martínez, A., et al. (2021). Origen y evolución de la técnica TEACCH en el manejo del TEA. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Mendoza, L. (2023). Eficacia y sostenibilidad de la técnica TEACCH en el contexto peruano. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Mendoza, R., et al. (2023). Factores culturales y manifestación del TEA en

contextos peruanos. Repositorio de la Universidad UTP.

- MINSA. (2017). Reporte de casos de trastorno del espectro autista en el Perú. Ministerio de Salud del Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre el trastorno del espectro autista*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Orosco, C. J. (2024). Estrategias basadas en el análisis conductual aplicado en el método TEACCH para mejorar habilidades comunicativas en niños con autismo [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/16483>
- Ortiz, M. (2023). Desafíos en la implementación de TEACCH en contextos multiculturales. Repositorio de la Universidad de Callao.
- Pintado Díaz, L. A., & Reynoso Vásquez, M. J. (2024). Intervención psicológica en niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo (Trabajo de suficiencia profesional). Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.
- Ramírez, L. (2022). Aplicaciones de la TCC en el tratamiento de trastornos psicológicos. Repositorio de la Universidad de Lima.
- Ramírez, L. (2023). Estrategias estructuradas en TEACCH: Un enfoque aplicado en entornos peruanos. Repositorio de la Universidad de Lima.
- Rodríguez, P., & Fernández, L. (2022). Evaluación de la detección temprana y su impacto en niños neurodiversos en Lima. Tesis de grado, Universidad César Vallejo. Recuperado de Repositorio UCV.
- Rojas Zolezzi, M. I. (2022). Estudio de caso clínico-educativo: Programa de intervención para disminuir conductas autolesivas en un niño de 4 años con trastorno del espectro autista.

- Rojas, C. (2021). Estudio de eficacia de la técnica TEACCH en el tratamiento del TEA en Perú. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rojas, F., & Salinas, A. (2022). Evaluación de intervenciones basadas en el análisis conductual aplicado en instituciones educativas públicas en Lima [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12705/98765>
- Ruiz, J. (2022). Capacitación y adaptación de materiales en la técnica TEACCH. Repositorio de la Universidad Tecnológica del Perú.
- Valdez Salazar, G. (2024). Estudio de caso clínico-educativo: Programa de intervención para disminuir conductas inadecuadas en niño con TEA (Tesis de licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Vargas, M., & Paredes, R. (2022). Principios básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual y su relevancia en la intervención terapéutica. Repositorio de la Universidad Tecnológica del Perú (UTP).
- Velarde-Incháustegui, J., et al. (2021). Detección temprana del TEA en población infantil peruana. Repositorio de la Universidad Católica de Lima.
- Zapata, M., & Fernández, R. (2023). La cuenta regresiva como herramienta preventiva en la modificación de conductas disruptivas. Revista de Psicología Educativa.