

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD

Carrera de Psicología

“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN  
MENOR CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”

Trabajo de suficiencia profesional para optar el título  
profesional de:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Autor:**

Diana Julissa Silva Vasquez

Asesor:

Lic. Anaclaudia Michelle Carrasco Mines

<https://orcid.org/0000-0003-4999-2154>

Lima - Perú

2024

## INFORME DE SIMILITUD

### Enfoque CC en niño con TEA

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad de Córdoba</b> Trabajo del estudiante	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Privada del Norte</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>dspace.ups.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.upn.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>www.redalyc.org</b> Fuente de Internet	

## **DEDICATORIA**

Este proyecto está dedicado a mi madre Olga Vasquez Benavides, quien me apoyo cuando elegí esta carrera y no dudo de mis logros, aun en los momentos más difíciles.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, creador de todo lo maravilloso que nos rodea, agradezco la familia que me asigno y las personas que fui conociendo en el camino de mi formación como psicóloga, entre ellas mi madre y padre, docentes, mi jefa Alisson Azabache (por todo su apoyo y confianza depositada en mi persona) y a mi asesora Anaclaudia Carrasco por su comprensión ante las dificultades que se presentaron en el desarrollo de este trabajo. Muy agradecida con cada uno de los antes mencionados y aquellos que no, espero retribuir en algún momento su tiempo, fe y confianza en mí

## Tabla de contenidos

<b>INFORME DE SIMILITUD .....</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>6</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plan de intervención. ....	19
Tabla 2. Informe del primer trimestre. ....	31
Tabla 3. Informe del segundo trimestre. ....	33
Tabla 4. Comparación de los resultados iniciales y posteriores del caso. ....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de la empresa CENTFASA ..... 10

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente caso de intervención terapéutica se basa en la experiencia profesional vivida en la institución CENTFASA sede Venezuela, Lima. El plan de intervención tiene como enfoque la Terapia Cognitiva Conductual en un niño diagnosticado con el Trastorno del espectro autista, las técnicas utilizadas fueron: análisis funcional de la conducta, técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas, técnicas para operantes para el incremento y mantenimiento de conductas, técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas y economía de fichas, que se utilizaron con el objetivo de reducir la intensidad y frecuencia de las conductas problemas del menor (romper objetos, golpear y gritar). También se realizaron evaluaciones iniciales y finales para demostrar los logros del plan de intervención, comparando y sustentando que las conductas trabajadas influenciaron en su desempeño académico y social. Así mismo, se evidenció las competencias profesionales de evaluación, análisis, diagnóstico e intervención de la psicóloga a cargo del caso y sus habilidades blandas de resolución de problemas, comunicación afectiva, liderazgo y capacidad para trabajar en equipo.

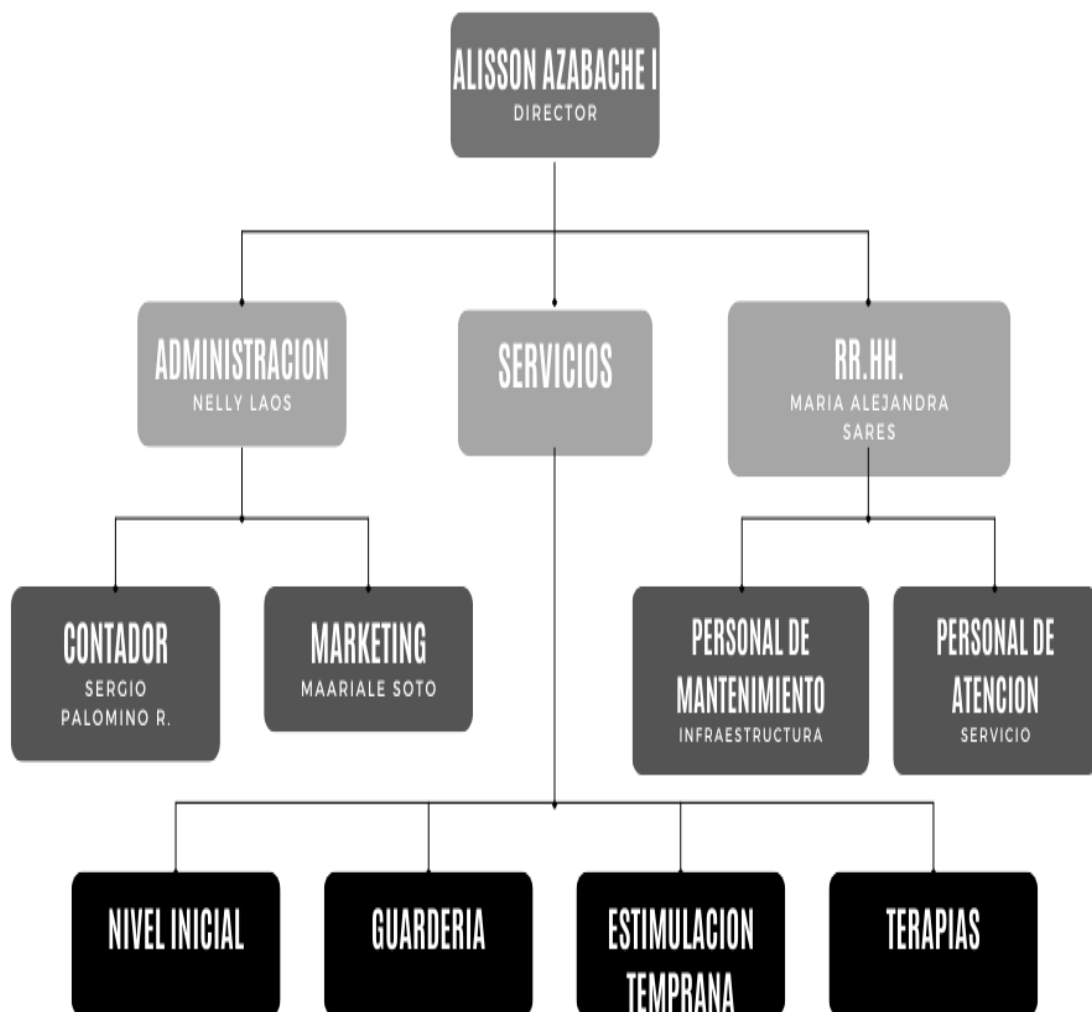
## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El Centro de atención integral y cuidado Infantil Familia Sana – CENTFASA, fue instaurada en el año 2010 por la psicóloga y directora Alisson Vanessa Azabache Laos, en el distrito de Cercado en la provincia de Lima. El establecimiento se ubica en la Avenida República de Venezuela N°2629 registrada como propiedad de la fundadora. El primer servicio que abrió el centro en mención fue de guardería que consistía en un programa de estimulación con enfoque terapéutico e intervención temprana en problemas del neurodesarrollo para los infantes, ante la acogida de este servicio, se movilizan los documentos correspondientes para abrir el servicio de Educación Inicial de tres a cinco años, valorando las Inteligencias múltiples para la metodología de enseñanza, la cual es pertinente a las exigencias del estado Peruano, debido a que integra una diversificación de actividades tales como: Karate, Danza, Teatro, Deporte, entre otros. Años más tarde se inaugura, el servicio de evaluación psicológica por medio de campañas en el mismo establecimiento y en colegios particulares que se ubican cerca de la institución. Ante la solicitud y demanda de atención psicológica en diversas áreas del aprendizaje, conducta y aspectos emocionales, se acondiciona una nueva área para el abordaje de problemáticas vinculadas al neurodesarrollo en niños, integrando para este propósito a un staff Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales y de Rehabilitación física. Diez años después, el centro psicológico CENTFASA se posiciona como referente en la zona, sin embargo, al surgir la Pandemia por Covid 19 en marzo del 2020, se suspendió temporalmente las actividades presenciales y se apostó por el servicio virtual, generando en efecto una disminución en los servicios. En el 2021 se reanudaron los servicios presenciales de guardería y nido contando con las medidas de protección necesarias. A finales del año 2022, las atenciones psicológicas incrementaron por lo que se retomaron los servicios terapéuticos y se abrieron nuevos programas de intervención como talleres grupales para niños regulares y menores con el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, que en la actualidad presenta un alto porcentaje de la población atendida en sus diferentes niveles. No obstante, en abril del 2023, se presentó una nueva limitación para el centro la cual consistió en la obstaculización de la vía principal debido a la construcción del subterráneo por la zona, provocando la disminución de pacientes. Ante tal situación se postuló por inaugurar una nueva sede en el distrito de Breña con mayor acceso al público. Actualmente, muchas de las dificultades expuestas se han resuelto y el centro sigue creciendo a nivel estructural, en cuanto a personal y demanda de pacientes.

Los horarios de atención varían según el programa y servicio, como, por ejemplo: el colegio atiende de lunes a viernes en el horario diurno de 8 a 1, la guardería de lunes a viernes de 7 de la mañana a 6 de la tarde y las atenciones terapéuticas son de lunes a sábado de 8 de la mañana a 9 de la noche.

A continuación, se presentará el organigrama de la empresa.

*Figura 1. Organigrama de la empresa CENTFASA*



## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

Al desarrollar mis labores diarias en el centro psicológico CENTFASA, identifiqué el desafío de trabajar con niños con trastornos del espectro autista (TEA), lo que implicó capacitarme en el tema para intervenir eficientemente, debido a la asignación como terapeuta de un menor de siete años, con iniciales M.A.M.

Respecto al estudio del Trastorno del espectro autista existe una amplitud de información en cuanto a la intervención con menores, sin embargo, el abordaje realizado y que sustenta el presente trabajo está vinculado al enfoque de intervención Cognitivo – Conductual.

El enfoque cognitivo define al autismo desde la Teoría de la mente como, un déficit en la capacidad de los estados mentales, los cuales nos permiten comprender y predecir las conductas, intenciones, deseos o supuestos pensamientos que puede tener otra persona originando dificultades en la interacción social y conductual de quienes lo padecen (Gómez, 2010).

### **Conceptos de la terapia Cognitivo - Conductual**

El modelo de intervención psicoterapéutico Cognitivo – conductual, tiene como una de sus bases al enfoque conductual estudiado y planteado en los años 90 por Watson, Thorndike, Bandura y Skinner, tal enfoque establece que la conducta se aprende y desaprende según los estímulos que se utilice, este postulado tiene estrecha relación con la teoría cognitiva la cual se basa en que los pensamientos y emociones son resultados de la interacción que tiene el individuo con su entorno (estímulos), surgiendo consecuentemente este nuevo enfoque que resalta como las condiciones ambientales favorecen el aprendizaje (Begoña, 2017).

Según Beck y Emery (1993), definen la terapia cognitivo conductual como una disciplina científica que se centra en como el individuo percibe su entorno en base a

sus pensamientos y conductas, las cuales emiten respuestas emocionales y fisiológicas, que muchas veces son originadas por creencias irracionales, lo que refuerza la premisa de que los trastornos emocionales son causadas por eventualidades ambientales.

La terapia cognitivo conductual, es un modelo de intervención utilizado para abordar diversos problemas relaciones con los trastornos mentales, con el fin de que el individuo modifique sus pensamientos, conductas, emociones y con ello sus respuestas fisiológicas. Tras una evaluación de la sintomatología del paciente, se procede a aplicar las técnicas de intervención (Puerta & Padilla, 2011).

### **Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual**

Las técnicas utilizadas bajo el enfoque cognitivo conductual para la intervención en niños con TEA son: análisis funcional de la conducta, reforzadores positivos - negativos y economía de fichas (Ruiz et.al., 2012).

Respecto al análisis funcional de la conducta, se define como la evaluación conductual del paciente y consiste en la recopilación de los antecedentes, contextos y comportamientos específicos que están originando dificultades en la interacción del individuo y se deben controlar para generar cambios.

#### **- Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de las conductas**

- a. Reforzamiento positivo, es la presentación de un estímulo que acrecienta una conducta determinada, sin embargo, los reforzadores no son sinónimo de recompensas o premios.

Tipos de reforzadores positivos

- Reforzadores primarios, suele estar asociado a necesidades básicas como, por ejemplo, la comida o bebida; aunque varían entre según la preferencia del individuo.

“Intervención Cognitivo Conductual en un menor con Trastorno del Espectro Autista.”

- Reforzadores secundarios, inicialmente son estímulos neutros que adquieren su valor por medio de un proceso de aprendizaje, pueden ser: juguetes, dinero u otro objeto.
  - Reforzadores tangibles, aquí se unen los reforzadores primarios u secundarios como, comida, ropa, aparatos electrónicos, etc.
  - Reforzadores sociales, hablamos de las muestras de valoración, aprobación, reconocimiento y atención que recibe una persona como consecuencia de una conducta esperada.
- b. Reforzamiento negativo, es el aumento de una conducta se repite si se retira un estímulo aversivo inmediatamente después que se ha realizado una conducta. Por lo que, al reforzador negativo también se le reconoce por su capacidad de incrementar la conducta a la que es contingente.
- **Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas**
- a. Moldeamiento, es el reforzamiento de pequeñas aproximaciones o pasos que inducen a la conducta meta, estas aproximaciones pueden ser respuestas o conductas que componen una respuesta final. Martin y Pear (1999), no dicen que el moldeamiento presenta varios elementos como: topografía, cantidad, latencia e intensidad, las implementamos según la conducta a trabajar (p.163).
  - b. Encadenamiento, es la forma de conectar distintas conductas simples o complejas hasta conseguir una conducta final. Existen tres tipos de encadenamiento.
    - Presentación de cadena total, en el que se muestra la secuencia completa y se entrena a la persona para que siga cada paso y termine la actividad.

“Intervención Cognitivo Conductual en un menor con Trastorno del Espectro Autista.”

- Encadenamiento hacia adelante, este procedimiento exige que se de cada paso correctamente uno tras otro y así conseguir la conducta final.
  - Encadenamiento hacia atrás, se inicia con la presentación de la conducta meta y se va agregando las conductas que le preceden hasta llegara a la conducta inicial.
- c. Instigación o atenuación, se realiza mediante el uso de direcciones gestuales, señas, ejemplos y modelos para empezar la respuesta, los instigadores son importantes como estímulos antecedentes para desarrollar una conducta deseada.
- Los instigadores se usan inicialmente, pero al evidenciar mayor dominio por parte de la persona en la actividad propuesta, se retira gradualmente hasta consolidar la conducta meta.
- **Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas**
- a. Extinción, consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, son conductas que normalmente se acentuaron por reforzamiento positivo, no obstante, también se utiliza para reducir conductas que se mantienen por reforzadores negativos. Para tener éxito en la extinción de una conducta, se necesita tener claro los reforzadores que mantienen la conducta se pretende trabajar.
  - b. Castigo, desde el enfoque del condicionamiento operante, nos referimos a la reducción de la frecuencia futura de una conducta.
    - Castigo positivo, es la presentación de un estímulo aversivo para generar una frecuencia futura de una conducta, como, por ejemplo:

“Intervención Cognitivo Conductual en un menor con Trastorno del Espectro Autista.”

ruidos fuertes, dolor físico, gestos desagradables, agravios verbales, etc.

- Castigo negativo, existe dos tipos de retirada de estímulos positivos:
  - Tiempo – fuera de reforzamiento, consiste en negar temporalmente un estímulo ante una conducta inadecuada.
  - Coste de respuestas, es la pérdida de un reforzador positivo por consecuencia de una conducta no deseada.

- Economía de fichas

Es un programa de contingencias que integra distintos procedimientos de reforzamiento y castigo. Consiste en entregar una ficha con valor simbólico cuando consigue realizar o llevar a cabo una conducta deseada hasta llegar a una meta establecida. Entre sus componentes tenemos:

- Lista de conductas específicas a modificar, por ejemplo: permanecer sentado, no gritar, etc.
- Explicación explícita de número de fichas que puede ganar por cada conducta lograda.
- Reforzadores claros y realistas que puede intercambiar por las fichas ganadas.
- Indicación clara y detalladas de las reglas que regirán el programa.

### **Limitaciones en el abordaje terapéutico**

Un factor limitante que se presentó en este caso fue el escaso conocimiento y experiencia en pacientes con diagnóstico similares, generando lentitud en los resultados. Añadido a ello otro factor fueron las respuestas agresivas del paciente eran inesperadas y se presentaban en cualquier momento por lo que el horario asignado para

“Intervención Cognitivo Conductual en un menor  
con Trastorno del Espectro Autista.”

su atención era muy tarde, siendo un caso muy desgastante tanto físico como emocionalmente.

Otra limitación que se evidenció fue el poco apoyo por parte de la familia en un inicio del proceso terapéutico al no asistir a las sesiones de pautas de crianza, ocasionando que los pocos avances que se lograban se perdieran rápidamente. Por último, es importante señalar la poca literatura que existe referente a como intervenir con pacientes agresivos con el diagnóstico TEA.

### **CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

Después de egresar de la Universidad Privada del Norte como bachiller postule a diversas empresas para poner practica lo aprendido en los internados, sin embargo, por la falta del título de Licenciatura se me dificulto conseguir un centro que tomara mis servicios, no obstante, una colega me conecto con la directora de CENTFASA quien realizó la entrevista y estipulo tres meses de prueba para consecuentemente formalizar la contratación.

En mi experiencia con el centro debo resaltar el ameno recibimiento de los integrantes, los terapeutas de las distintas áreas y docentes. Hasta la actualidad se percibe el apoyo entre especialistas al organizar debates de los casos, además de las asesorías personalizadas respecto a casos complejos y material literario para mejorar mi desenvolvimiento como psicóloga. También, debo reconocer la confianza deposita para atender diversos casos y la supervisión a distancia para tomar más confianza y seguridad en mi trabajo.

Dentro de los primeros casos que atendí, fueron de índole emocional, conductual, atención y concentración, también pautas de crianza de forma individual y grupal. En algunos casos apoyé en los talleres grupales del Programa TEA. Así mismo, realicé evaluaciones psicológicas iniciales del desarrollo en el mismo nido que el centro maneja, desde infantes de 6 meses de nacidos hasta niños de 5 años por lo que tuve que armar mis propias estructuras de evaluación según la prueba o test aplicado, puesto que por cada intervalo de edades se evalúan logros dentro del neurodesarrollo. También, establecía y establezco conexiones con los colegios para presentar mis programas de intervención y así fundamentar el trabajo realizado y los logros esperados con la colaboración de los implicados.

Posteriormente, se me asignaron casos para evaluaciones psicológicas integrales que involucran diversas áreas como: área cognitiva, organicidad, aprendizaje, atención y concentración, lenguaje, conducta y emocional, dentro de estas evaluaciones en muchos casos se presentaron indicadores de diversos diagnósticos que se tenían que describir y explicar a los padres para un trabajo interdisciplinario.

Actualmente, no solo realizo intervención terapéutica en niños y adolescentes sino también asesoría a padres de familia, docentes, maestras sombra e internas de psicología. Además, realizo visitas a colegios con el fin de complementar las intervenciones individuales.

El caso que presento en este trabajo de suficiencia profesional es de tipo cualitativo con diseño experimental, el cual se estructuró en 5 fases: la primera fase denominada recopilación de información tuvo una duración de dos semanas que integraron cuatro

sesiones (dos sesiones a la semana). La segunda fase enfocada en reducir la intensidad y frecuencia de conductas problema, esta fase tuvo una duración de seis meses, contemplada en cuarenta y ocho sesiones existiendo dos evaluaciones en ese periodo. La tercera fase dirigida a ampliar resultados en otras áreas sociales (hogar y colegio) se desarrolló en un mes, con cuatro sesiones de capacitación a padres y docentes. En la cuarta fase llamada acentuación de conductas funcionales que se realizó en dos meses se abordó dieciséis sesiones. La quinta y última fase, de reevaluación psicológica integral tuvo una duración de tres semanas, con el fin de realizar una valoración de los avances a comparación de la evaluación inicial.

La asignación de paciente se llevó a cabo el año pasado en el mes de mayo por derivación, ya que la psicóloga a cargo del caso se retiraba por motivos de salud.

El menor de iniciales M.A.M., acude a la atención acompañado de sus padres quienes traían consigo el informe psicológico integral de su menor hijo confirmando en dicho documento el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, validado por el neuropediatra, este informe especificaba indicadores elevados de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, déficit en sus habilidades sociales y en consecuencia problemas a nivel intra e interpersonal.

En cuanto a sus antecedentes académicos, en el 2023 el menor había sido expulsado de dos instituciones educativas, a razón de la agresión intencional a sus compañeros y docentes. Un año antes había sido retirado de un centro psicológico referente en la ciudad, debido a no adaptarse a las terapias grupales.

Los padres mencionan que, en la etapa inicial, el menor M.A.M. no presentaba conductas agresivas sino todo lo contrario era muy tranquilo, pero ya evidenciaba indicadores de TEA según la psicóloga del nido.

Frente al análisis del caso se evaluaron algunas técnicas dentro del Enfoque cognitivo conductual, fueron útiles a la intervención, estas se especifican dentro del plan de intervención que se detallan a continuación:

Tabla 1. Plan de intervención.

Fases de Intervención	Objetivo	Tiempo/ Sesiones	Técnica	Descripción	Material	Tarea
Fase 1 Recopilación de información	Recopilar información para la identificación de estímulos internos y externos que desencadenan las conductas problema en el menor.	Dos semanas (4 sesiones)	a) Análisis funcional de la conducta b) Observación clínica c) Entrevista psicológica	- El análisis funcional se realizó desde la primera sesión, el menor llegó con sus padres y a través de preguntas específicas se identificaron las conductas que en ese momento eran difíciles de regular. Posteriormente, en un espacio individual con el paciente se observaron más factores que aumentaban las conductas problema (véase en el Anexo 1).	- Tabla del análisis funcional	Padres: Observar con mayor énfasis los detonantes conductuales en el hogar (se envió un cuadro de análisis funcional, el cual no lo llegaron a presentar).

<p>Fase 2</p> <p>Reducir la intensidad y frecuencia de las conductas problema</p>	<p>Disminuir la intensidad y frecuencia de las conductas agresivas en el menor, mediante la exposición a la frustración y con ello a las consecuencias.</p>	<p>Seis meses (48 sesiones)</p>	<p>a) Anticipación de actividades, tiempo y consecuencias</p>	<p>Entre las técnicas utilizadas en esta fase fueron:</p> <p>Anticipación, que consistía en informar al menor las reglas de la sesión, como: los juegos didácticos que se utilizarían, las condiciones para poder jugar y el tiempo por cada objeto. Para concluir la sesión, se realizaba la anticipación verbal quince minutos antes de concluir la sesión.</p>	<p>- Ambiente controlado (sala terapéutica)</p> <p>- Juego seleccionado en base las preferencias del menor (no más de 3 juegos).</p>	<p>Padres: Al finalizar cada sesión se informaba a los padres sobre los logros y aspectos a mejorar en el menor, también se orientaba en como intervenir en casa ante las conductas problema que se presentaban usando las técnicas antes expuestas.</p>
			<p>b) Castigo negativo (tiempo fuera y coste de respuestas).</p>	<p>Castigo negativo</p> <p>Tiempo – fuera, se llevaba a cabo como primer aviso retirando el juguete cuando empezaba a gritar y tirar los objetos cercanos a él porque</p>		

				<p>se le indicaba que era hora de guardar.</p> <p>Coste de respuesta, era la consecuencia palpable e inamovible del retiro total del juguete por no regular la conducta inadecuada como gritar, golpear y tirar los objetos de la sala.</p>		
			c) Instigación física.	<p>Instigación física, esta técnica se utilizó con el fin de dirigir físicamente al menor a recoger los objetos que había tirado (tomando su mano y llevándolo hasta el objeto), el cual en un inicio fue con resistencia, luego con ayuda indirecta y finalmente recogía y guardaba solo.</p>		

			d) Ejercicios respiratorios de relajación.	Ejercicios de respiración, se llevaron a cabo por la técnica de modelamiento y en el tiempo – fuera cuando se le retiraba el juguete para que pudiese autorregularse.		
			e) Juego dirigido.	Juego dirigido, es establecer las reglas del juego sea individual o grupal, en un inicio se trabajó indicando el juguete y cuánto tiempo jugará, luego el juego era compartido e integrativo con la especialista, todo fue gradual.		
			f) Informe terapéutico evolutivo.	Informe terapéutico evolutivo, son las evidencias sobre los avances del menor, se emitieron cada tres meses.		

<p>Fase 3 Ampliar resultados en otras áreas sociales (hogar y colegio)</p>	<p>Psicoeducar a la familia y docentes sobre el diagnóstico TEA, para la intervención ante las conductas que puede presentarse en los distintos ambientes del menor.</p>	<p>Un mes (4 sesiones)</p>	<p>a) Registro de conductas. b) Pautas de crianza (padres, hermanos y cuidadores)</p>	<p>Se acordó con los padres de M.A.M. programar dos sesiones con la familia para psicoeducarlos sobre el diagnóstico TEA. En estas sesiones se tocaron los criterios de diagnóstico y cómo influye en las distintas áreas, como, por ejemplo: el pensamiento rígido, conductas estereotipadas y dificultades sociales, entre otros (véase en el Anexo 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala terapéutica</li> <li>- Computadora (reunión virtual con los docentes)</li> <li>- Registro de los acuerdos en sesión.</li> </ul>	<p>Padres: Realizar un seguimiento escrito de las crisis conductuales que evidencia el menor, de sus avances y logros al final del mes.  Docente: Se orientó a tener una comunicación constante con la terapeuta asignada</p>
--	--	----------------------------	---	---	---	---

			<p>c) Capacitación a docentes.</p>	<p>Se programó dos sesiones virtuales con su tutora en la nueva escuela, la primera sesión fue de orientación en cuanto a los antecedentes del menor y las estrategias a aplicar para regular las conductas inadecuadas. La segunda sesión se dio con el fin de realizar seguimiento de los logros del menor en la escuela.</p>		<p>a su estudiante y así adoptar las sugerencias brindadas en favor del menor.</p>
--	--	--	------------------------------------	---	--	--

<p>Fase 4 Acentuación de conductas funcionales</p>	<p>Reducir los reforzadores ante conductas esperadas para establecerlas como un hábito funcional en la vida del menor.</p>	<p>Dos meses (16 sesiones)</p>	<p>a) Reforzadores positivos (reforzadores secundarios y sociales)</p>	<p>En esta fase del plan de intervención al observar logros en el menor M.A.M., se dio relevancia a las siguientes técnicas:  Reforzador positivo secundario, que implica la presencia de un objeto en este caso un juguete de la preferencia del menor como recompensa ante una conducta adecuada, por ejemplo: respetar el programa de la sesión sin gritar, golpear o romper objetos al notar que las actividades pueden ser complejas. Este plan por sesión iniciaba con una hoja de atención y concentración (5 minutos), luego un puzzle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadro de economía de fichas</li> <li>- Ambiente controlado (sala terapéutica)</li> <li>- Hojas aplicativas</li> </ul>	<p>Padres: Se les orienta a disminuir las recompensas físicas por reforzadores sociales como los elogios para que el menor interiorice las conductas favorables como hábitos saludables en su persona y entorno.</p>
--	--	--------------------------------	--	--	---	--

				semi complejo (15 minutos) y tarjetas de memoria (15 minutos). Si el menor lograba concluir con las actividades se le recompensaba con 5 minutos de juego libre (algún objeto de la sala).		
--	--	--	--	--	--	--

			b) Economía de fichas	En esta fase el menor M.A.M., con conductas más reguladas manejaba material como hojas, tableros para escribir y pintar, por ello se preparó la tabla de doble entrada de economía de fichas, la cual registraba sus logros comportamentales y las recompensas que recibiría al finalizar la semana o la sesión, visualizar sus logros le permitía ser consciente de sus propios avances los cuales compartía contándolos (véase en el Anexo 3).		
			c) Modelamiento	Modelamiento, esta técnica se desarrolló con la explicación de la tabla de economía de fichas, al		

				enseñarle cuando poner la estrella como logro y cuando poner un círculo rojo cuando una conducta no se lograba.		
			d) Encadenamiento	Encadenamiento, se utilizó durante todas las fases hasta conseguir que verbalizará y realizará cada actividad en orden sin incidentes, usando la respiración para controlar alguna molestia si la había.		
Fase 5 Reevaluación psicologica integral (comparación de resultados)	Evaluar la evolución del menor después del proceso terapéutico y comparar los resultados	Tres semanas (5 sesiones)	a) Evaluación psicologica integral (entrevista a los padres, observación y baterías según	En esta última fase se realizó una evaluación psicologica integral, con el fin de comparar los resultados con los de la evaluación inicial, corroborando sus avances conductuales y como influyó en su desenvolvimiento	- Ambiente controlado (sala terapéutica) - - Pruebas o test psicológicos	Padres: - Visitar al neuropediatra - Compartir los resultados con el colegio

	<p>iniciales con los actuales.</p>		<p>las áreas a evaluar)</p>	<p>cognitivo, emocional y social.</p> <p>La evaluación, se llevó a cabo en cuatro sesiones en las cuales se pudo observar que M.A.M., si bien ha mejorado su tolerancia aun evidencia premura por realizar las actividades y eso provoca que se equivoque en algún ejercicio del área de inteligencia. No obstante, logro culminar la evaluación sin incidentes.</p> <p>En la quinta sesión, se entregaron los resultados a los padres del menor en un informe en físico y se les explico los resultados</p>		<p>- Seguir las pautas recomendadas</p>
--	------------------------------------	--	-----------------------------	--	--	---

				obtenidos y las sugerencias a seguir en adelante.		
--	--	--	--	---	--	--

Cada fase explicada en el cuadro tuvo sus limitaciones como, por ejemplo:

En la primera fase cuyo propósito fue la búsqueda de información, las observaciones dadas por los familiares minimizaban las conductas inadecuadas del menor distorsionando el panorama, ya que responsabilizaban a las instituciones por sus reacciones.

En la segunda fase, las dificultades se presentaron en los tres primeros meses por la intensidad de las reacciones del menor, en muchos casos sus inasistencias y el escaso control en el hogar.

Capacitación a padres y docentes fue la tercera fase, las dificultades fueron por alineación de horarios.

La cuarta fase abarco el séptimo y octavo mes del plan de intervención, en el cual el menor mostró logros como, saludar y despedirse sin solicitarlo, autoregularse por medio de la respiración disminuyendo notablemente el romper objetos, gritar o golpear al sentir que perdía el control. No obstante, según lo informado por los padres aún se presentaban desafíos en el colegio, en donde había golpeado a su directora y lo sancionaron con una semana sin asistir a clases.

En la última fase, se realizó una evaluación integral para evaluar los avances conductuales en el hogar, colegio y consultorio. Aunque no se podría decir que hubo complicaciones, si se observó que aún hay objetivos por trabajar con el menor como su impulsividad, la cual se planteó en los resultados sugiriendo una interconsulta con el neuropediatra.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Los resultados del plan de intervención del menor M.A.M. se midieron mediante los informes de evolución trimestrales, en los que se puede observar un cuadro con cuatro dimensiones y los ítems a evaluar, también se añadió una pestaña de conclusiones donde la especialista describe de forma específica cada logro y finalmente las recomendaciones.

En los tres primeros meses el menor presentaba elevada sensibilidad a los cambios de ambientes y personas, lo que le impedía manifestar adecuadamente sus pensamientos y deseos optando por gritar, golpear y romper objetos, sin aceptar cualquier opción razonable. En el seguimiento de indicaciones se optó por comandos básicos y precisos, como: siéntate, guarda, no se golpea, se habla, no se grita, entre otros. Su baja tolerancia impedía que concluyera actividades lúdicas y juegos con material concreto. Siendo un desafío inicialmente aceptar consecuencias por parte del menor, no obstante, finalizando el primer trimestre M.A.M., evidencio una leve reducción de incidencias conductuales siendo más consciente de sus acciones:

Tabla 2. Informe del primer trimestre.

<b>ÁREAS DE HABILIDADES Y DESTREZAS</b>	<b>CATEGORÍAS</b>			
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>EN PROCESO</b>	<b>NECESITA AYUDA</b>
<b>I. ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS Y AFRONTAMIENTO</b>				
- Tolera que se cambie de una actividad a otra.			X	
- Se adapta a los cambios en otros ambientes.				X
- Comunica de forma adecuada su inconformidad.				X
- Reconoce cuando ha cometido un error o daño.			X	
- Busca negociar sus peticiones.				X
<b>II. SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE ADULTOS</b>				
- Cumple las normas establecidas.				
- Responde en forma adecuada al adulto.				X

- Obedece las instrucciones a la primera voz.				X
- Cumple el horario de actividades establecido.			X	
<b>III. SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA SESIÓN</b>				
- Permanece sentado y tiene buena postura al sentarse.			X	
- Tiene buena actitud y disposición al hacer las actividades.			X	
- Mantiene la atención y concentración de inicio a fin.				X
- Tiene motivación al hacer las tareas.			X	
- Mantiene el orden.			X	
<b>IV. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN</b>				
- Controla su impulsividad (golpear, romper, gritar).				X
- Acepta un “no” como respuesta.			X	
- Espera el turno.				X
- Acepta perder.				X

En el segundo trimestre, el menor M.A.M. todavía se encuentra en el proceso de regular su tolerancia a la frustración ante actividades o proyectos nuevos y sin previa anticipación; se observó que ante un evento de crisis la postura firme, serena y de acompañamiento tranquiliza y regula la conducta del menor. Así mismo, el establecer límites y consecuencias permitió que sea consciente de sus acciones y reconozca si se equivocó, aceptando las sanciones acordadas.

En cuanto a su interacción social, existieron mejoras en su trato con otros niños de su edad y más pequeños, también al compartir sus juguetes. Además, cambió su actitud al solicitar o realizar una petición.

Respecto al seguimiento de instrucciones durante las actividades, se logró incorporar hojas aplicativas, aunque aún se le dificulta esperar entre una actividad y otra, las actividades las

realiza con premura originando errores que pueden desencadenar crisis conductuales. Por otra parte, muestra mejor disposición y atención plena ante las actividades que demandan esfuerzo visomotor y actividades concretas.

El siguiente cuadro muestra los avances antes expuestos:

Tabla 3. Informe del segundo trimestre.

<b>ÁREAS DE HABILIDADES Y DESTREZAS</b>	<b>CATEGORÍAS</b>			
	<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>EN PROCESO</b>	<b>NECESITA AYUDA</b>
<b>V. ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS Y AFRONTAMIENTO</b>				
- Tolera que se cambie de una actividad a otra.		X		
- Se adapta a los cambios en otros ambientes.			X	
- Comunica de forma adecuada su inconformidad.			X	
- Reconoce cuando ha cometido un error o daño.			X	
- Busca negociar sus peticiones.				X
<b>VI. SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE ADULTOS</b>				
- Cumple las normas establecidas.			X	
- Responde en forma adecuada al adulto.			X	
- Obedece las instrucciones a la primera voz.			X	
- Cumple el horario de actividades establecido.			X	
<b>VII. SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA SESIÓN</b>				
- Permanece sentado y tiene buena postura al sentarse.			X	
- Tiene buena actitud y disposición al hacer las actividades.			X	
- Mantiene la atención y concentración de inicio a fin.			X	
- Tiene motivación al hacer las tareas.			X	
- Mantiene el orden.			X	
<b>VIII. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN</b>				
- Controla su impulsividad (golpear, romper, gritar).		X		

- <i>Acepta un “no” como respuesta.</i>		<b>X</b>		
- <i>Espera el turno.</i>			<b>X</b>	
- <i>Acepta perder.</i>				<b>X</b>

La última fase permitió comparar los resultados de la evaluación psicológica integral del menor M.A.M. antes de ingresar al proceso terapéutico (véase en el Anexo 4) y la evaluación psicológica integral después del plan de intervención (véase en el Anexo 5). Se realizó el análisis de tres campos fundamentales en el desarrollo evolutivo del menor: Cognitivo, Emocional y Conductual.

Los resultados de la evaluación cognitiva evidenciaron una notable diferencia y el factor que inicialmente influyó fue conductual el cual no le permitía afrontar situaciones bajo presión sean leves o moderadas como lo demanda una batería que mide la inteligencia innata y adquirida. Las categorías de Comprensión verbal, Razonamiento fluido y Memoria de trabajo se elevaron de una categoría Muy bajo y Bajo a Promedio Bajo, el área Visoespacial a una categoría Promedio de una categoría Bajo. Finalmente, el área de Velocidad de procesamiento que se rige bajo un tiempo limitado para su desempeño subió de una categoría Bajo a Muy Superior, lo que deja claro que el menor ha mejorado su tolerancia a situaciones de tensión, siendo evidente sus capacidades cognitivas las cuales pueden ir mejorando al tener mayor control y gestión de sus emociones.

El aspecto Emocional, dividido en tres áreas las cuales son compuestas por: intrapersonal, interpersonal y manejo de estrés, inicialmente fueron catalogadas con una gestión deficiente en el menor, sugiriendo trabajar a nivel socioemocional. En la actualidad, M.A.M. ha mejorado al reconocer cuando empieza a sentir enojo, poniendo en práctica los ejercicios de respiración y tiempo fuera sin apoyo. En la parte interpersonal, aun suele tener reacciones impulsivas que suelen lastimar a sus allegados, pero logra acepta sus errores y se disculpa con ellos al notar su sentir en sus gestos. El manejo de estrés es una lucha constante para el menor que viene presentando mejor manejo de situaciones que antes producían crisis conductuales.

En cuanto a Conducta, el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas problemas se ha logrado, en casa, en el colegio y centro terapéutico es muy raro que se presente, sin embargo, todavía se trabaja en baja tolerancia a la frustración.

Finalmente, se evidenció que los factores conductuales del menor M.A.M. afectan considerablemente sus destrezas académicas, relaciones interpersonales y calidad de vida restándole diversas oportunidades de aprendizaje e interacción social.

Tabla 4. Comparación de los resultados iniciales y posteriores del caso.

Evaluación Psicológica Integral (antes del tratamiento)			Evaluación Psicológica Integral (después del tratamiento)		
	Área	Categoría		Área	Categoría
	<b>COGNITIVO</b>	Comprensión Verbal		Muy Bajo	<b>COGNITIVO</b>
Visoespacial		Bajo	Visoespacial	Promedio	
Razonamiento fluido		Bajo	Razonamiento fluido	Promedio bajo	
Memoria de trabajo		Bajo	Memoria de trabajo	Promedio bajo	
Velocidad de procesamiento		Bajo	Velocidad de procesamiento	Muy superior	
<b>EMOCION</b>		Intrapersonal	Deficiente	<b>EMOCION</b>	
	Interpersonal	Deficiente	Interpersonal		Por mejorar
	Manejo del estrés	Deficiente	Manejo del estrés		Por mejorar
<b>CONDUCTA</b>	Análisis funcional		<b>CONDUCTA</b>	Análisis funcional	
	Adaptación a los cambios y afrontamiento	Necesita ayuda		Adaptación a los cambios y afrontamiento	En proceso
	Seguimiento de instrucciones en adultos	Necesita ayuda		Seguimiento de instrucciones en adultos	En proceso
	Seguimiento de instrucciones en actividades	Necesita ayuda		Seguimiento de instrucciones en actividades	En proceso
	Tolerancia a la frustración	Necesita ayuda		Tolerancia a la frustración	Necesita ayuda

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Se logró el objetivo planteado en este caso, el cual fue reducir la intensidad y frecuencia de las tres conductas problema que el menor presentaba: romper objetos, golpear y gritar.

Las conductas de romper objetos y golpear al no recibir lo que exigía o ante una negativa fueron disminuyendo gracias al uso de las técnicas de reducción o eliminación de conductas, castigo el cual está compuesta por dos subtécnicas de tiempo - fuera y coste de respuestas, que implicaban establecer consecuencias ante conductas inadecuadas y esto era retirar el estímulo de preferencia del menor, inicialmente las crisis conductuales se elevaban pero gradualmente al notar que las reglas eran inamovibles sus reacciones fueron reduciendo en frecuencia e intensidad.

La conducta de gritar fue controlada con la técnica de respiración guiada y tiempo - fuera, retirando cualquier estímulo que estuviese provocando su enojo o pausando la actividad propuesta para iniciar con la respiración pulmonar, luego de conseguir relajar al menor se continuaba con la actividad hasta concluir con la sesión. Posteriormente, por información de los padres se corroboró, que el menor M.A.M. replicaba la técnica de respiración en el hogar y pedía un momento para luego continuar.

Se concluyó que la capacitación a la familia y docentes apoyó el proceso terapéutico del menor, evidenciando mayor empeño y constancia en la práctica de las técnicas a utilizar y compromiso en la asistencia a las sesiones programadas.

La evaluación final, realizó los logros obtenidos en estos nueve meses de proceso terapéutico y su influencia en las áreas sociales y académicas, también abrió nuevas opciones de intervención al sugerir nuevas terapias según la necesidad observada. Al mejorar su tolerancia a los desafíos y cambios se hizo evidente su capacidad cognitiva, aunque aún está en el proceso de seguir mejorando la gestión de sus emociones y conductas.

En relación con el Enfoque cognitivo conductual se demuestra su efectividad en torno a niños con TEA, poniendo en manifiesto que las técnicas que proponen en la teoría consiguen evidenciar cambios en las conductas deseadas cuando se implementan en la práctica. Concientizando la conexión entre los pensamientos, sentimientos y conductas de los pacientes y su entorno.

Respecto a la aplicación de este plan de intervención, se sugiere a los investigadores que quieran realizar una intervención bajo este enfoque que realicen un buen rastreo de información haciendo uso de cuadro de Análisis funcional de la conducta que ayuda a tener objetivos claros para la intervención terapéutica.

Así mismo, la psicoeducación constante a la población que comparte con el paciente es fundamental para un abordaje compacto, de lo contrario los avances serán lentos o nulos.

Los pre y post evaluaciones son respaldos de los avances conseguidos y también muestra los nuevos objetivos que se deben plantear en el camino del proceso terapéutico.

Dentro de los desafíos que he logrado es la adquisición de experiencia y confianza en mi formación profesional. Comprender que el terapeuta es una guía para el paciente y en el caso de pacientes menores de edad que sin el apoyo del círculo familiar los desafíos y logros también son responsabilidad de ellos.

Agregare que las capacitaciones grupales y de forma individual son la base para una adecuada intervención en la práctica.

**REFERENCIAS**

- Becoña, E., Oblitas, L. (27 noviembre, 2017). Terapia Cognitivo Conductual. Antecedentes y características. Instituto Salamanca. <https://institutosalamanca.com/blog/terapia-cognitivo-conductual-antecedentes-y-caracteristicas> (consultado el 16 de mayo del 2024)
- Beck, A., & Emery, G. (1993). Trastornos de ansiedad y fobias.
- Puerta, J. v., & Padilla, D. E. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud- Universidad de Mgallanes, 7.
- Gómez Echeverry, Isabel Ciencia Cognitiva, *Teoría de la Mente y autismo Pensamiento Psicológico*, vol. 8, núm. 15, 2010, pp. 113-123 Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.
- Ruiz, A., Diaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A., 2012: <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf> (Consultado el 2 de mayo del 2024)
- Martin y Pear (1999). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A., 2012 – pag. 163.: <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf> (Consultado el 2 de mayo del 2024)

**ANEXOS**

**Anexo 1**

*Cuadro del análisis funcional de la conducta*

16/05/23

**Centfasa**  
Centro de Atención Integral y  
Sustitución de Habilidades

**ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA**

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
① No tolera perder, no le gusta las actividades que le asignan o esperar a sus compañeros.	Romper objetos, en el colegio y en casa cuando no están sus padres. (Tira los carpetas, rompe los de correcciones del salón).	"Lo sacan del salón entre 3 o 4 personas y llaman a sus padres!" "En casa le piden que se calme".
② Llamadas de atención o decide que el recreo termine.	"Golpea con pateadas y puñetadas a sus docentes y algunos compañeros", eso dice el colegio según los padres.	"Sacarlo del salón con apoyo de personal varón, lo llevan a la rección, hasta que lleguen sus padres"
③ Por cualquier negativa que se le responda cualquier situación que no le agrade.	Gritar e insultar, sea a sus compañeros, docentes y familia, excepto a su papá.	"Llaman a los padres pero ellos no saben que hacer en estos casos!" *No hay consecuencias, solo conversaciones.

**OBSERVACIONES:**

~~Los padres victimizan al menor~~  
~~está más tiempo con hermanas y la mamá los padres son fin de mes.~~  
~~terminan sacando a reuniones familiares o sociales.~~

*Diana Julissa*  
Psicóloga








*Anexo 3*

*Cuadro de Economía de fichas*



**CUADRO DE ECONOMIA DE FICHAS**

DÍAS DE LA SEMANA	LUN.	MAR.	MIERC.	JUE.	VIER.	OBSERVACIONES
CONDUCTAS EN EL COLEGIO						
Gritar en la casa, colegio y sala terapéutica. 						
No quiere realizar las actividades. 						
Grita e insulta a la Especialista o familia. 						
Tira o rompe sus útiles escolares, hojas aplicativas, etc. 						
Golpea a la especialista o compañeros. 						

- El cuadro de conductas en el colegio es un seguimiento semanal del progreso o evolución del menor desde la observación del docente.
- La tabla de doble entrada cuenta con los días de la semana y una sección de observaciones si el docente deseara añadir o agregar un incidente u observación; solo debe marcar la conducta suscitada en el día correspondiente con un aspa (X) y si la conducta no se presentara deberá dejar el cuadro en blanco.

## Anexo 4

### Resultados de la evaluación cognitiva inicial



#### 5.1.2. Actitud intelectual

Índice	Puntuación Compuesta	Percentil	Categoría
VERBAL (IV)	66	17	Considerablemente por debajo del Promedio
NO VERBAL (INV)	77	10	Moderadamente por debajo del Promedio
MEMORIA (IM)	86	3	Por debajo del Promedio
<b>GENERAL (CIT)</b>	70	10	<b>Moderadamente por debajo del Promedio</b>

En el Índice de Capacidad General (CIT) el menor obtuvo una categoría Moderadamente Por debajo del Promedio (CIT = 70), lo cual implicó que el niño presenta dificultades cognitivas en comparación con su grupo de edad y que a nivel de sus capacidades cognitivas para el razonamiento mediante el uso de información y destrezas lingüísticas, manipulación de patrones e imágenes-configuraciones visuales, así como la capacidad para razonar mediante la realización de inferencias o deducciones lógicas basadas en patrones regulares, necesitará supervisión moderada para el éxito en tareas escolares; se hace notar que el evaluado pudiese presentar riesgo a nivel académico.

En cuanto al **Índice Verbal (IV)** se apreció un nivel **Considerablemente por debajo del Promedio** (IV = 66), lo cual indicó que el examinado requiere de monitoreo u observación en tareas que impliquen el uso de su capacidad para identificar relaciones y aplicar conocimiento almacenado a la solución de problemas utilizando la palabra, así como el seguimiento de normas propias de lenguaje – comprensión lingüística.

Respecto al **Índice No Verbal (INV)** se observó un nivel **Moderadamente por debajo del Promedio** (INV = 77), siendo un indicador en el cual el evaluado necesita de supervisión u observación constante en tareas que estén relacionadas con el uso de capacidades para percibir, manipular o transformar de forma precisa imágenes y patrones espaciales a otras configuraciones o posiciones espaciales. El examinado realizó con dificultad actividades que requieren la integración de las habilidades visoperceptivas y organización espacial.

Finalmente, en el **Índice de Memoria (IM)** se notó un nivel **Por debajo del Promedio** (IM = 86), lo cual representó que el menor se encuentra con un puntaje ligeramente inferior a su edad cronológica, requiriendo de reforzamiento constante en tareas que demanden la capacidad para prestar atención a elementos visuales, registrarlos y acceder a ellos en un tiempo determinado o reconocerlos posteriormente. En cuanto a las actividades que ejecutó, al menor le dificultó realizar tareas que implicaron el recuerdo verbal de frases o párrafos durante un corto tiempo y luego verbalizarlos, omitiendo en su mayoría algunos o sustituyéndolos y solicitando que se repitiera; sin embargo, presentó un mejor desempeño en las tareas que implicaba mostrar estímulos visuales en un primer tiempo y luego ubicarlas en un conjunto de imágenes.

Cabe mencionar que durante la evaluación en la mayoría de las tareas se interrumpieron debido a la predisposición del menor debido a que constantemente solicitaba acabar con las tareas y presentaba conductas de rechazo y escape.

#### 5.2. SOCIOEMOCIONAL

### Anexo 5

Resultados de la evaluación cognitiva después del proceso terapéutico.



#### V. RESULTADOS

- **Área Intelectual:**

En la escala de inteligencia Wechsler, en su versión WISC - V, Máximo alcanzó un desempeño total de **97**, ubicándolo en un percentil de **42** y correspondiéndole una categoría **Promedio**.

*Cuadro de resumen de puntuaciones estándar, percentiles y categoría descriptiva de cada índice:*

Escala	Índice	Percentil	Intervalo de confianza	Categoría
Comprensión verbal	90	24	84 – 100	PROMEDIO
Visoespacial	105	63	96 – 113	PROMEDIO
Razonamiento Fluido	88	21	82 – 96	PROMEDIO BAJO
Memoria de trabajo	82	12	76 – 92	PROMEDIO BAJO
Velocidad de procesamiento	130	81	60 – 79	MUY SUPERIOR
CI Total	97	42	91 - 103	PROMEDIO

- **Comprensión Verbal:** Máximo obtiene un CI de **90**, equivalente a una categoría *Promedio*, mostrando capacidad en su razonamiento verbal y formación de conceptos, comprensión auditiva, memoria a largo plazo, pensamiento asociativo y categórico. Las subpruebas constan de:
  - **Semejanzas:** capacidad en el razonamiento verbal a partir de dos conceptos, discriminando sus características para diferenciarlos y/o asemejarlos, ubicándolos en sus respectivos campos semánticos.
  - **Vocabulario:** mide el léxico, así como la formación de conceptos verbales por medio de ítems gráficos e ítems verbales.
- **Visoespacial:** Máximo obtiene un CI de **105**, equivalente a una categoría *Promedio*, mostrando capacidad para evaluar los detalles visuales y entender las relaciones visoespaciales a fin de construir diseños geométricos a partir de un modelo en un tiempo determinado. Las subpruebas constan de:
  - **Cubos:** capacidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos por medio de material concreto (cubos de colores entero y bicolor), replicando lo mostrado como ejemplo y en imágenes planas, en tiempos controlados.
  - **Puzles Visuales:** capacidad mental de construcción no motora, en la que interviene el razonamiento visoespacial, la rotación mental, la memoria visual de trabajo, la comprensión de las relaciones parte – todo, y la capacidad de analizar y sintetizar los estímulos visuales abstractos.
- **Razonamiento Fluido:** Máximo obtiene un CI de **88**, equivalente a una categoría *Promedio Bajo*, mostrando leve dificultad para el razonamiento fluido e inducido, la inteligencia visual general, el procesamiento simultáneo, el pensamiento conceptual y la clasificación. Las subpruebas constan de:
  - **Matrices:** capacidad para visualizar una matriz incompleta y seleccionar la opción que la completa, resaltando su inteligencia fluida y aptitud espacial.

*Este documento carece de valor legal, es solo para fines terapéuticos.*