

# Modificación de conductas disruptivas en 2 niños con autismo, reporte de casos

Sofía Catalina Bravo<sup>1</sup>, Emperatriz Medina<sup>2</sup>  
Escuela de Psicología de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El autismo es un trastorno de origen neurobiológico que altera principalmente la parte social, lenguaje y tiene variabilidad de afección en la parte cognitiva; ha sido importante manifestar que los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) presentan dificultades en su conducta, de los cuales la modificación de conductas disruptivas es la parte más difícil del tratamiento.

**CASO CLÍNICO A:** Niño de edad cronológica de ocho años, con el diagnóstico establecido de autismo de alto funcionamiento, el cual presentó un buen lenguaje, está escolarizado en el aula del cuarto año de educación básica y demostró problemas de conducta disruptiva.

**CASO CLÍNICO B:** Niño de nueve años de edad cronológica, sexo masculino, con el diagnóstico de Autismo de bajo funcionamiento, no adquiere el lenguaje, permanecía excluido socialmente en el aula estable debido a sus conductas disruptivas.

### RESULTADOS:

**CASO CLÍNICO A:** según el cuestionario DBD (Parent/ Teacher DBD Rating Scale) [53%] en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo inatento. Sus conductas más frecuentes fueron: berrinches, golpear y gritar, la técnica que funcionó fue la denominada "agenda de clases".

**CASO CLÍNICO B:** Según el cuestionario DBD [62%] en el Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad tipo Impulsivo. Sus conductas más frecuentes fueron: gritar, pellizcar y golpear, las técnicas de "la sobrecorrección", "tiempo fuera con el traje de velcro" y de "reforzadores intermitentes" son las que mayor efecto produjeron.

**CONCLUSIÓN:** Tanto en el caso A como en el B se realizó un abordaje específico evidenciando los resultados de dicha propuesta.

**DESCRIPTORES DeCS:** conductas disruptivas, autismo, estimulación temprana.

<sup>1</sup> Lcda. en Ciencias de la Educación  
Mención Educación Inicial Estimulación e Intervención Precoz, Universidad del Azuay, Cuenca- Ecuador.

<sup>2</sup> Doctora en Medicina, Profesora de Psicología de la Universidad del Azuay, Cuenca- Ecuador.

### CORRESPONDENCIA:

Sofía Bravo  
Email: sophiebravoburi@gmail.com

Calle Padre Julio Matovelle 5-55 y César Dávila Andrade. Cuenca, Ecuador. Código Postal 010201.

Teléfono: [593] 728 84 706

Fecha de recepción: 06/11/2013  
Fecha de aceptación: 14/01/2014

### MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rev Med HJCA 2014; 6(1): 91-96.  
doi:10.14410/2014.6.1.020.

## ABSTRACT

MODIFICATION OF DISRUPTIVE BEHAVIORS IN TWO CHILDREN WITH AUTISM, CASE REPORT.

**BACKGROUND:** Autism is a neurobiological disorder that mainly affects social skills and language capability. This condition has a wide spectrum and varies in regards to cognitvity. It is important to state that children with Autism Spectrum Disorder (ASD) have behavioral difficulties; accordingly, the modification of disruptive behavior is the most difficult part of treatment.

### CASE REPORT:

**CASE A:** An eight year old child, with an established diagnosis of high functioning autism, with good language skills, was enrolled in the classroom of the fourth year of primary education and demonstrated disruptive behavioral problems.

**CASE B:** Nine year old male child diagnosed with low functioning autism did not acquire language and remained socially excluded in the classroom because of their disruptive behavior.

### RESULTS:

**CASE A:** According to the DBD questionnaire (Parent / Teacher DBD Rating Scale) [53 %] he is falls into the category of "Attention Deficit Disorder Hyperactivity Inattentive Disorder". His most frequent behaviors were tantrums, hitting, and screaming; the technique that worked the best was called "class schedule".

**CLINICAL CASE B:** According to the DBD questionnaire [62 %], he falls in the category of "Attention Deficit Disorder with Impulsive Hyperactivity". His most frequent behaviors were screaming, pinching and hitting. The greatest effects occurred with the following techniques: "overcorrection", "time out with the velcro costume" and "intermittent reinforcers".

**CONCLUSION:** Both the A and B showed results if a specific approach was used following each proposal.

**KEYWORDS:** disruptive behavior, autism, early stimulation.

## INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo, manifestándose antes de los tres años de edad [1-3], sus síntomas incluyen: dificultades; principalmente en la comunicación, relaciones sociales, una falta de tolerancia ante algún cambio y también puede evidenciarse un variable grado de afección en la parte cognitiva [4-7]. La causa es desconocida pero múltiples evidencias científicas y epidemiológicas indican una fuerte contribución de los factores genéticos en la etiopatogenia de los TEA [8-10], sin embargo, aún no se ha podido identificar un único factor genético [11]. Es importante manifestar que los niños con TEA presentan dificultades en su conducta [12], muchos llegan a la conclusión que no es más que una manera de comunicación e interacción social del que el niño quiere formar parte, pero varias ocasiones estas formas de interactuar pueden ser perjudiciales tanto para el mismo niño como para la persona que está a su lado [13-15]. Es por esta situación que

las dificultades en la conducta de los TEA más conocidas como conductas disruptivas cuya definición se la interpreta como la "Conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o de los demás corra serio peligro, o es probable que limite el uso de los recursos normales que ofrece la comunidad, o incluso se le niegue el acceso a esos recursos" [11]. Dentro de las conductas disruptivas se consideran la forma y la función como componentes principales de la misma [16]. Varios autores concuerdan en que las funciones de estas conductas desafiantes son la comunicación y la interacción social que se da mediante esta [17-23]. Estas conductas suponen un reto, un desafío, para el servicio que intenta cubrir las necesidades de esa persona. Se presenta a continuación 2 casos clínicos de niños con conductas disruptivas y su intervención.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### SUJETOS DE ESTUDIO

Se valoraron dos niños que presentaron conductas disruptivas los cuales por motivo de reporte no se revelaron sus datos personales de identidad, los mismos que acudían regularmente a la Unidad Educativa Cristiana Verbo ubicada en la provincia del Azuay en el sector de Nulti. El período de estudio fue enero a febrero del 2013.

*Cuestionario de Desórdenes Disruptivos para Padres y Profesores. DBD (Parent/Teacher DBD Rating Scale) Disruptive Behavior Disorders*

El diagnóstico de conducta disruptiva se realizó mediante la aplicación de este cuestionario validado por la Universidad Internacional de Florida, dentro del cual existen cuarenta y cinco ítems los mismos que tienen la opción de nunca, poco, mucho y muchísimo. El cuestionario fue llenado por los padres, la maestra principal y la terapeuta.

Se midieron las frecuencias de las conductas problemáticas en base a los criterios diagnósticos del DSM IV de Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo inatento (TDAH- Inatento), Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo impulsivo (TDAH- Impulsivo), Trastorno oposicionista desafiante (ODD) y trastorno de conducta que a su vez se subdivide en: Agresión a personas y animales, Destrucción de propiedad, Engaño o Robo y Violación de reglas. Para la calificación de los ítems se tomaron en cuenta sólo los que puntúan dentro del estándar de mucho y muchísimo. Este cuestionario valora de 0 a 100 puntos, el mayor puntaje evidencia la superioridad de la presencia del trastorno.

### TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es un reporte de casos. Para este se realizó un reporte diario con el fin de recolectar información diaria de las conductas disruptivas más frecuentes. El tiempo estimado fue de cuatro semanas durante cuatro horas diarias de lunes a viernes dentro del establecimiento educativo. Esta ficha abarcó veinte conductas, las mismas que se llegaron a consensuar entre ambas maestras tanto del caso A como del B.

### INTERVENCIONES

De las conductas más frecuentes encontradas durante la observación se establecieron modalidades terapéuticas específicas para el tratamiento e intervención de los niños. Técnicas propuestas para el niño A: Economía de fichas, El Semáforo, Agenda de clases. Técnicas propuestas para el niño B: La Sobre corrección, Tiempo fuera, El tiempo fuera con el traje de velcro, El reforzador intermitente de 3 tipos, Integración sensorial y auditiva.

### SOCIALIZACIÓN

Para establecer los resultados que se realizó con las técnicas y material aplicado en el caso A y B, se empleó una ficha a las maestras que vieron la propuesta aplicada y a la psicóloga de la institución "Verbo".

### PERMISO DE LOS PADRES Y MAESTROS PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Se obtuvo un permiso escrito por parte de los padres y maestros para la realización y publicación del presente estudio. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Filosofía-Escuela de Psicología de la Universidad del Azuay.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes. Se utilizó la fórmula de Galindo: números de eventos luego de la intervención menos el número de eventos antes de la intervención dividido para el número de sesiones para valorar la efectividad aislada de cada intervención. En esta fórmula de eficiencia del programa (EP) mientras más negativo sea su valor la eficiencia de las técnicas aplicadas tiene mejores resultados, al ser una respuesta positiva la técnica no ha generado resultados eficientes. Se manejó el paquete estadístico SPSS 20.0 IBM para PC.

## RESULTADOS

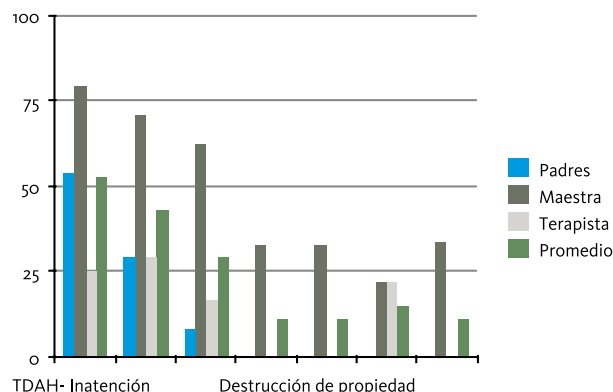
Caso Clínico A: su edad cronológica fue de ocho años, sexo masculino, su diagnóstico fue Autismo de alto funcionamiento, presentó un buen lenguaje, estuvo escolarizado en el aula del cuarto año de educación básica y demostró problemas de conducta. Sobre los resultados del cuestionario DBD el cual fue realizado a los padres del niño, a su maestra y a la Terapeuta, tuvo un trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad- tipo Inatento, el cual la más alta calificación de este trastorno fue percibido por su maestra quien permanece con el niño 4 horas diarias, la menor calificación fue dada por su terapeuta (Tabla 1). También el niño presentó un trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, de tipo impulsivo en un 43%, el tipo ODD (Oposicionista Desafiante) fue del 29%, engaño o robo con un 15%, violación grave de reglas, agresión a gente y animales y destrucción de propiedad con el 11% (Figura 1). El tiempo de la recolección de los datos fueron 20 días laborales, 4 semanas

de lunes a viernes. Las conductas presentadas fueron en un total de 107 eventos de los cuales los berrinches fueron los más prevalentes con 22 (20.6%), seguido de golpear y gritar con 14 eventos (13.1%), escupir con 9 eventos (8.4%); pegar, ensuciar inmobiliario y salir del aula sin permiso 8 eventos (7.5%), meterse los dedos en la nariz 6 eventos (5.6%), bajarse los pantalones, llorar descontroladamente y lanzar objetos 4 eventos (3.7%); ensuciar refrigerio, jugar con secreciones de la nariz y jugar con piedras y palos 2 eventos (1.9%) (Tabla 2). Las conductas disruptivas fueron más frecuentes los días martes 6.25 casos y miércoles 6.5 casos en la semana comparado a lunes y jueves 4.5 casos cada uno. Las tres conductas disruptivas más frecuentes: Berrinches, pellizcar y golpear fueron modificadas con las técnicas descritas en la figura 2. En cuanto a la Eficiencia del Programa con la fórmula de Galindo, la Agenda de Clases obtuvo en Berrinches -0.6; Golpear -0.4 y Gritar con el -0.8 (Tabla 3).

**TABLA 1. Aplicación del cuestionario DBD a padres, maestra y terapeuta**

	VALORACIÓN DEL % SEGÚN PADRES	VALORACIÓN DEL % SEGÚN MAESTRA	VALORACIÓN DEL % SEGÚN TERAPISTA	PROMEDIO
TDAH- Inatención (%)	53.63	78.75	24.75	52.38
TDAH-Impulsivo	29.33	70.50	28.88	42.90
ODD (Oposicionista Desafiante)	8.25	62.00	16.50	28.92
Agresión Gente y Animales	0	33.00	0	11.00
Destrucción de propiedad	0	33.00	0	11.00
Engaño o robo	0	22.00	22.00	14.67
Violación grave de reglas	0	33.33	0	11.11

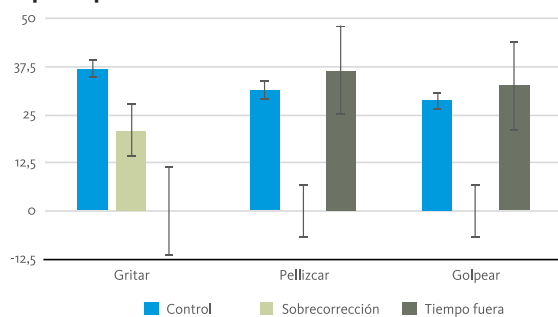
**FIGURA 1. Gráfico de barras de los trastornos más frecuentes en el caso A.**



**TABLA 2. Eventos de conducta disruptiva verificados durante el tiempo de estudio en el caso A.**

CONDUCTAS	SUMA DE EVENTOS RECOLECTADOS DURANTE 20 DÍAS	% PARCIAL	% ACUMULADO
Berrinches	22	20.56	20.56
Golpear	14	13.08	33.64
Gritar	14	13.08	46.72
Escupir	9	8.41	55.13
Pegar	8	7.48	62.61
Ensuciar inmobiliario	8	7.48	70.09
Salir del aula sin permiso	8	7.48	77.57
Meterse los dedos en la nariz	6	5.61	83.18
Bajarse los pantalones	4	3.74	86.92
Llorar descontroladamente	4	3.74	90.66
Lanzar objetos	4	3.74	94.40
Ensuciar refrigerio	2	1.87	96.27
Jugar con secreciones de la nariz	2	1.87	98.14
Jugar con piedras y palos	2	1.87	100
Total eventos	107		

**FIGURA 2. Frecuencia de eventos por semana de las conductas disruptivas prevalentes en la caso A.**



**TABLA 3. Resultados de la fórmula de efectividad terapéutica (EP) del niño A.**

CONDUCTA	TÉCNICA	# EVENTOS EVALUACIÓN INICIAL	# EVENTOS EVALUACIÓN FINAL	# DESESIONES	EFFECTIVIDAD TERAPÉUTICA (FÓRMULA DE GALINDO)
Berrinches	El semáforo	6	6.5	1	0.5
	Economía de Fichas	6	6.5	2	0.25
	Agenda de clases	6	3	5	-0.6
Golpear	El semáforo	4	4.5	1	0.5
	Economía de Fichas	4	4.5	2	0.25
	Agenda de clases	4	2	5	-0.4
Gritar	El semáforo	8	8.5	1	0.5
	Economía de Fichas	8	8.5	2	0.25
	Agenda de clases	8	4	5	-0.8

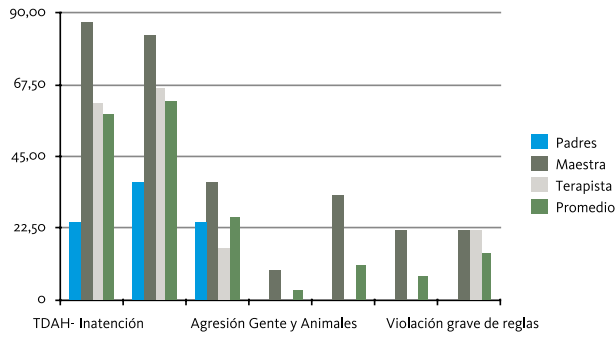
**CASO CLÍNICO B:**

El segundo caso se trató de un niño con edad cronológica de nueve años, sexo masculino, su diagnóstico fue de Autismo de bajo funcionamiento, no adquirió el lenguaje aún y permanecía incluido socialmente en el aula. Sobre los resultados del cuestionario DBD se determinó un trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad-tipo Impulsivo el cual la más alta calificación de este trastorno fue percibido por su maestra quien permanece con el niño 4 horas diarias, la menor calificación fue dada por sus padres (Tabla 4). También el niño presentó un trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, de tipo inatento en un 58%, el tipo Oposicionista Desafiante (ODD) fue del 27%, engaño o robo con un 7%, violación grave de reglas con un 15%, destrucción de propiedad tiene 11% y finalmente agresión a gente y animales con un 3% (Figura 3). El tiempo de la recolección de los datos fueron 20 días laborables, 4 semanas de lunes a viernes, en donde se registraron 712 eventos, los cuales están en orden de prevalencia descritos en la tabla 5. La conducta disruptiva más frecuente fue gritar con 148 eventos, seguido de pellizcar con 126, golpear cosas, objetos o inmobiliario 125 eventos, escupir 91 eventos, lanzar objetos y pegar 37 eventos, ensuciar inmobiliario 35 eventos, comer comida del piso 32 eventos entre otros. Los eventos fueron en promedio más prevalentes los días jueves con 43 eventos, seguidos los días martes y miércoles con 33.75 eventos, los días lunes con 34 eventos y los viernes con 31.5 eventos en promedio. Se presenta en la figura 4 la prevalencia de los desórdenes disruptivos en el presente caso, las técnicas de “la sobre corrección”, “tiempo fuera con el traje de velcro” y de “reforzadores intermitentes” son las que mayor efecto produjeron (Figura 5). En cuanto a la Eficacia del Programa con la fórmula de Galindo, la conducta de gritar aplicando la técnica de sobre corrección tuvo un valor de -2; para la conducta de pellizcar las técnicas que más funcionaron fueron el tiempo fuera con el traje de velcro, reforzador intermitente (gusano) y la integración sensorial y auditiva obteniendo un -1.8. En cuanto a la conducta de golpear las técnicas que más resultaron fueron los reforzadores intermitentes dando un puntaje de -2.14 (tabla 6).

**TABLA 4. Aplicación del cuestionario DBD a padres, maestra y terapeuta**

	VALORACIÓN DEL % SEGÚN PADRES	VALORACIÓN DEL % SEGÚN MAESTRA	VALORACIÓN DEL % SEGÚN TERAPISTA	PROMEDIO
TDAH- Inatención	24.75	87.25	62.13	58.04
TDAH-Impulsivo	37.13	83.25	66.50	62.29
ODD (Oposicionista Desafiante)	24.75	37.13	16.50	26.13
Agresión Gente y Animales	0	9.43	0	3.14
Destrucción de propiedad	0	33.00	0	11.00
Engaño o robo	0	22.00	0	7.33
Violación grave de reglas	0	22.00	22.00	14.67

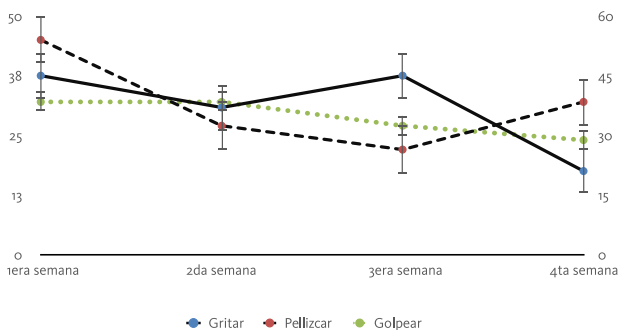
**FIGURA 3. Gráfico de barras de los trastornos más frecuentes en el caso B.**



**TABLA 5. Eventos de conducta disruptiva verificados durante el tiempo de estudio en el caso B.**

CONDUCTAS	SUMA DE EVENTOS RECOLECTADOS DURANTE 20 DÍAS	% PARCIAL	% ACUMULADO
Gritar	148	20.79	20.79
Pellizcar	126	17.70	38.48
Golpear cosas, objetos o inmobiliario	125	17.56	56.04
Escupir	91	12.78	68.82
Lanzar objetos	37	5.20	74.02
Pegar	37	5.20	79.21
Ensuciar inmobiliario	35	4.92	84.13
Comer comida del piso	32	4.49	88.62
Sonarse la nariz (hasta salir sangre o mocos)	29	4.07	92.70
Meterse los dedos en la nariz	21	2.95	95.65
Salir del aula sin permiso	19	2.67	98.31
Jugar con secreciones de nariz	6	0.84	99.16
Llorar descontroladamente	4	0.56	99.72
Mostrar genitales	2	0.28	100
Total Eventos	712		

**FIGURA 4. Frecuencia de eventos por semana de las conductas disruptivas prevalentes en la caso B.**

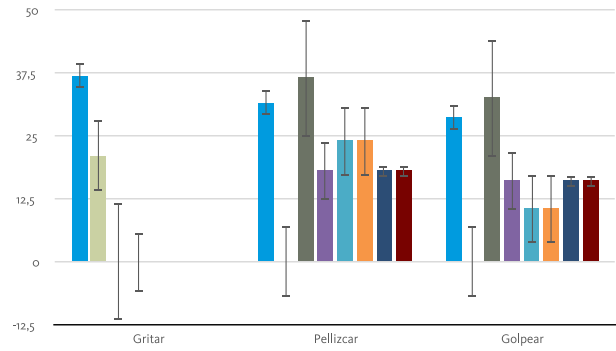


**DISCUSIÓN**

**HALLAZGOS RELEVANTES**

Los hallazgos más relevantes en los presentes casos fueron que en el caso A, el cuestionario DBD: el más alto porcentaje fue de 53% en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo Inatento. Las conductas más frecuentes presentadas durante el estudio observacional fueron: berrinches, golpear y gritar. Los eventos tuvieron mayor frecuencia los días miércoles, representando un porcentaje del 6.5%. Los resultados de las fichas de aplicación fueron que la técnica que más influenció fue la agenda de clases. En el caso del niño B el Cuestionario DBD: el más alto porcentaje fue de Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad tipo Impulsivo con el 62%. Las conductas más frecuentes presentadas durante el

**FIGURA 5. Frecuencia de eventos por semana de las conductas disruptivas prevalentes en la caso B.**



**TABLA 6. Resultados de la aplicación de la Eficiencia del Programa niño B.**

CONDUCTA	TÉCNICA	# EVENTOS EVALUACIÓN INICIAL	# EVENTOS EVALUACIÓN FINAL	# DE SESIONES	EFFECTIVIDAD TERAPÉUTICA (FÓRMULA DE GALINDO)
Gritar	Sobrecorrección	41	21	10	-2
	Tiempo Fuera	36	36.5	5	0.1
Pellizcar	Tiempo Fuera con el Traje de Velcro	36	18	10	-1.8
	Reforzador intermitente Corbata	36	24	10	-1.2
	Reforzador intermitente (Chaleco)	36	24	10	-1.2
	Reforzador intermitente Gusano	36	18	10	-1.8
	Integración sensorial y auditiva	36	18	10	-1.8
	Tiempo Fuera	32	32.5	5	0.1
Golpear	Tiempo Fuera con el Traje de Velcro	32	16	10	-1.6
	Reforzador intermitente Corbata	32	10.6	10	-2.14
	Reforzador intermitente (Chaleco)	32	10.6	10	-2.14
	Reforzador intermitente Gusano	32	16	10	-1.6
	Integración sensorial y auditiva	32	16	10	-1.6
	Tiempo Fuera	32	16	10	-1.6

estudio observacional fueron: gritar, pellizcar y golpear, las mismas que aumentaban los días jueves con un porcentaje del 43%. Los resultados de las fichas de aplicación definen que las técnicas que mayores efectos positivos fueron la sobre corrección, el tiempo fuera con el traje de velcro, reforzador intermitente e integración sensorial y auditiva.

**VENTAJAS Y DESVENTAJAS EN RELACIÓN CON OTROS ESTUDIOS**

Los estudios que han realizado observaciones en grupos de niños con este trastorno y detectan que las conductas disruptivas son la mayor dificultad ante la que se enfrentan tanto educadores como familiares y se propone que sean objeto de estudio [24].

Existen dificultades para comparar los resultados de los distintos métodos de intervención, pero se han identificado unos elementos comunes que deberían tener para resultar eficaces. Actualmente se prefieren los métodos psicoeducativos, pues son los únicos que han demostrado eficacia en los estudios de investigación [25]. Las investigaciones realizadas indican que lo que mejores resultados ha dado en el trabajo con personas con autismo, ha sido el uso de la terapia conductual aplicada [26]. Todo programa no debe plantearse como un conjunto de procedimientos mecánicos, sino como un intercambio mutuo en el que persona y educador comparten y cooperan, estableciéndose una relación positiva caracterizada por la cercanía, la empatía y el agrado mutuo [27]. Debe organizarse el entorno de manera que el niño entienda, dónde se realizan las distintas actividades y dónde se guarda el material [28]. Es absolutamente necesaria una labor de equipo, de consenso profesional, de responsabilidad compartida, para afrontar adecuadamente la intervención ante estas conductas [29].

#### DESVENTAJAS:

No existe un enfoque único para ser completamente eficaz para todos los niños en todo momento, un tipo específico de intervención puede funcionar bien para un período determinado o puede no funcionar tan bien en años posteriores [30]. Las consecuencias de sus conductas deben ser inmediatas, apropiadas, claras y consistentes, asegurándonos en todo momento de que el niño entiende que el castigo, es resultado de su conducta [28]. "Otro factor es haber aplicado un sistema que permitió evaluar de forma continua el desarrollo del niño y adaptar cada programa a cada niño de forma continua" [31].

#### POSIBLES MECANISMOS

El objetivo básico de la conducta puede ser funcional en sí mismo, es decir, sirve al individuo para interactuar con el medio." [32]

**FIGURA 6. Factores que contribuyen sobre la conducta desafiante [32].**

BIOLÓGICOS	SOCIALES	PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndromes genéticos</li> <li>Alteración función cerebral</li> <li>Enfermedades físicas</li> <li>Enfermedades mentales</li> <li>Epilepsia</li> <li>Alteraciones sensoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maltrato físico, sexual y psicológico</li> <li>Ausencia de oportunidades</li> <li>Falta de participación</li> <li>Características físicas del entorno negativista</li> <li>Descuido de las necesidades personales</li> <li>Gran tensión del cuidador</li> <li>Refuerzo de conductas inadaptadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalezas y debilidades cognitivas</li> <li>Fortalezas y debilidades adaptativas</li> <li>Alteraciones del desarrollo del lenguaje</li> <li>Baja autoestima</li> <li>Falta de apoyo emocional</li> <li>Repercusión de eventos vitales adversos</li> </ul>

Las debilidades que tuvo el presente estudio fueron de la parte metodológica debido a que es una serie de reporte de casos. Las debilidades tecnológicas fueron que no se dispuso de cámaras de video de buena definición e iluminación pobre. No reportamos variables de confusión.

Las fortalezas de la investigación fueron que es la primera vez que se enfoca una propuesta de modificación de conducta conjuntamente con un abordaje pedagógico para dos casos, utilizando materiales específicos de acuerdo a sus necesidades. También se aplicó un cuestionario de síntomas (Parent/Teacher DBD Rating Scale). Se realizó un seguimiento personalizado del caso, tanto del niño A como del niño B con intervención guiada sobre los profesores con comportamientos específicos a corregir sin antes cumplir con una revisión extensa de la bibliografía entre otras. Se elaboró material para la intervención.

#### CAMBIOS EN POLÍTICAS DE SALUD Y RECOMENDACIONES EN LAS GUÍAS PRÁCTICAS CUIDADORES:

Se recomienda que a las maestras o personas que intervengan a niños con autismo tomen en cuenta que su conducta disruptiva tiene como finalidad la interacción social, solamente que en nuestras manos está cambiar la forma de comunicación para ello utilice varios métodos, materiales, siempre acorde a las necesidades específicas de cada niño a intervenir.

#### FUTURAS INVESTIGACIONES

Se propone como línea de investigación para el futuro agrupar una muestra de 30 niños con autismo que presenten conductas disruptivas y se aplique el material propuesto por un tiempo válido y darle seguimiento.

## CONCLUSIONES

En esta serie de casos las conductas más frecuentes y los resultados de la aplicación son los siguientes: En el caso A fueron: Cuestionario DBD: el más alto porcentaje fue de 53% en el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo Inatento. Las conductas más frecuentes presentadas durante el estudio observacional fueron: berrinches, golpear y gritar. Los eventos tuvieron mayor cabalidad los días miércoles, representando un porcentaje del 6.5%. Los resultados de las fichas de aplicación fueron que la técnica que más influenció fue la agenda de clases. En cuanto a la Eficiencia del Programa la Agenda de Clases obtuvo en Berrinches -0.6; Golpear -0.4 y Gritar con el -0.8. En el caso del niño B fueron: Cuestionario DBD: el más alto porcentaje fue de Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad tipo Impulsivo con el 62%. Las conductas más frecuentes presentadas durante el estudio observacional fueron: gritar, pellizcar y golpear, las mismas que aumentaban los días jueves con un porcentaje del 43%. Los resultados de las fichas de

aplicación definen que las técnicas que mayores efectos positivos fueron la sobre corrección, el tiempo fuera con el traje de velcro, reforzador intermitente e integración sensorial y auditiva. En cuanto a la Eficacia del Programa la conducta de gritar aplicando la técnica de sobre corrección tiene un -2; para la conducta de pellizcar las técnicas que más funcionaron fueron el tiempo fuera con el traje de velcro, reforzador intermitente (gusano) y la integración sensorial y auditiva obteniendo un -1.8. En cuanto a la conducta de golpear las técnicas que más resultaron fueron los reforzadores intermitentes dando un puntaje de -2.14.

## ABREVIATURAS

TEA: Trastorno del Espectro Autista. DBD: de las siglas en inglés Disruptive Behavior Disorders –Comportamiento con Desórdenes Disruptivos. TDAH-inatento: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo inatento. TDAH- Impulsivo: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo impulsivo. ODD: Trastorno oposicionista desafiante.

## PERMISO PARA LA PUBLICACIÓN

Se dispone del permiso escrito de los representantes de los niños para revisión por parte del comité de la revista.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

SCB diseñó el estudio, realizó la revisión bibliográfica, recolecto los datos, escribió el manuscrito. EM realizó el análisis crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

## AGRADECIMIENTOS

Se reconoce a las personas que participaron indirectamente en el estudio tales como las maestras y trabajadores de la Unidad Educativa Cristiana Verbo ubicada en la provincia del Azuay en el sector de Nulti.

### CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

### COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Bravo S, Medina E. Modificación de conductas disruptivas en 2 niños con autismo, reporte de casos. Rev Med HJCA 2014; 6(1): 91-96. doi:10.14410/2014.6.1.020.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sokhadze E, Baruth J, El-Baz A, Horrell T, Sokhadze G, Carroll T, Tasman A, Sears L, Casanova MF. Impaired Error Monitoring and Correction Function in Autism. *J Neurother*. 2010 Apr; 14(2):79-95.
- Xiao Z, Qiu T, Ke X, Xiao X, Xiao T, Liang F, et al. Autism Spectrum Disorder as Early Neurodevelopmental Disorder: Evidence from the Brain Imaging Abnormalities in 2-3 Years Old Toddlers. *J Autism Dev Disord*. 2014 Jan 14. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24419687.
- Ecker C, Murphy D. Neuroimaging in autism-from basic science to translational research. *Nat Rev Neurol*. 2014 Jan 14. doi: 10.1038/nrnneurol.2013.276. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24419683.
- Macfabe D. Autism: metabolism, mitochondria, and the microbiome. *Glob Adv Health Med*. 2013 Nov;2(6):52-66.
- Magiati I, Tay XW, Howlin P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clin Psychol Rev*. 2013 4;34(1):73-86.
- Goldkorn EJ. Atypical resource allocation may contribute to many aspects of autism. *Front Integr Neurosci*. 2013 Dec 26;7:82.
- Ecker C, Murphy D. Neuroimaging in autism-from basic science to translational research. *Nat Rev Neurol*. 2014 Jan 14. doi: 10.1038/nrnneurol.2013.276. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24419683.
- Bill BR, Lowe JK, Dybuncio CT, Fogel BL. Orchestration of neurodevelopmental programs by RBF0X: implications for autism spectrum disorder. *Int Rev Neurobiol*. 2013;113:251-67.
- Beal JC. Case Report: Neuronal Migration Disorder Associated With Chromosome 15q13.3 Duplication in a Boy With Autism and Seizures. *J Child Neurol*. 2013 Nov 25. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24282185.
- Deth RC. Autism: a redox/methylation disorder. *Glob Adv Health Med*. 2013 Nov;2(6):68-73.
- Ronemus M, Iossifov I, Levy D, Wigler M. The role of de novo mutations in the genetics of autism spectrum disorders. *Nat Rev Genet*. 2014 Jan 16. doi:10.1038/nrg3585. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24430941.
- Lance EI, York JM, Lee LC, Zimmerman AW. Association between regression and self injury among children with autism. *Res Dev Disabil*. 2013 Dec 13;35(12):408-13.
- Barneveld PS, Swaab H, Fagel S, van Engeland H, de Sonneville LM. Quality of life: A case-controlled long-term follow-up study, comparing young high-functioning adults with autism spectrum disorders with adults with other psychiatric disorders diagnosed in childhood. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct 10. pii: S0010-440X(13)00240-X. doi: 10.1016/j.comppsych.2013.08.001. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24290884.
- Carroll D, Hallett V, McDougle CJ, Aman MG, McCracken JT, Tierney E, et al. Examination of aggression and self-injury in children with autism spectrum disorders and serious behavioral problems. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Jan;23(1):57-72.
- Grofer Klingler L, Ence W, Meyer A. Caregiver-mediated approaches to managing challenging behaviors in children with autism spectrum disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013 Jun;15(2):225-33.
- Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):73-100.
- Grofer Klingler L, Ence W, Meyer A. Caregiver-mediated approaches to managing challenging behaviors in children with autism spectrum disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013 Jun;15(2):225-33.
- Bearss K, Lecavalier L, Minshawi N, Johnson C, Smith T, Handen B, Sukhodolsky D, Aman M, Swiezy N, Butter E, Scahill L. Toward an exportable parent training program for disruptive behaviors in autism spectrum disorders. *Neuropsychiatry (London)*. 2013 Apr;3(2):169-180.
- Poon KK. Challenging behaviors among children with autism spectrum disorders and multiple disabilities attending special schools in Singapore. *Res Dev Disabil*. 2012 Mar-Apr;33(2):578-82.
- Donno R, Parker G, Gilmour J, Skuse DH. Social communication deficits in disruptive primary-school children. *Br J Psychiatry*. 2010 Apr;196(4):282-9.
- Sinzig J, Walter D, Doepfner M. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: symptom or syndrome? *J Atten Disord*. 2009 Sep;13(2):117-26.
- Malone RP, Waheed A. The role of antipsychotics in the management of behavioural symptoms in children and adolescents with autism. *Drugs*. 2009;69(5):535-48.
- Ozdemir S. The effectiveness of social stories on decreasing disruptive behaviors of children with autism: three case studies. *J Autism Dev Disord*. 2008 Oct;38(9):1689-96.
- Muñoz A. Búsqueda de líneas de investigación en autismo. *Innovación y Experiencias Educativas 2010*; Noviembre (36): 1-10. ISSN: 1988-6047.
- Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Tellez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 3): S77-84.
- Cabezas H. Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* 2001 1(2): po.
- Bollullo A, Cucarella V, de los Santos R, Escibano L, Gómez M, Illera A, et al. Parámetros de buena práctica del profesional del autismo ante las conductas desafiantes. *Asociación Española de Profesionales del Autismo AETAPI: Ponencias de congreso. II Simposium Nacional sobre Autismo, celebrado en Castellón de la Plana. 10/11/2006*. Disponible en: [www.aetapi.org/congresos/vigo\\_00/mesa\\_02.pdf](http://www.aetapi.org/congresos/vigo_00/mesa_02.pdf).
- Ruiz A. Resolución de conflictos en las aulas. *Revista digital Innovación y Experiencias Educativas 2009*; 2(5):cp1. Recuperado el 03 de 02 de 2013. Disponible en: [www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_15/ANGELES\\_RUIZ\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/ANGELES_RUIZ_2.pdf)
- Tamarit J. Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado. *Asociación Alanda. (1995)*. Recuperado el 27 de 02 de 2013. Disponible en: [www.asociacionalanda.org/pdf/articulos/conductas\\_desafiantes.pdf](http://www.asociacionalanda.org/pdf/articulos/conductas_desafiantes.pdf)
- Boss A. Autismo: psicoeducational intervention. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(5): 547-553.
- Pérez-González L, Williams G. Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. *Psicothema* 2005; 17(2): 233-244.
- Ramón N, Rueda P, Salvador L. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual En: Novell R, Rueda R, Salvador L. *Colección FEAPS*. Madrid: FEAPS, 2003; 3ª reimpresión 2005) Guía práctica para técnicos y cuidadores. 2005. Madrid: FEAPS.