



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO ATENDIDOS EN UN CENTRO PSICOLÓGICO, LIMA-2025

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

Licenciada en Psicología

Autores:

Sonia Martha Aymara Choque

Maritza Rojas Jaimes

Asesor:

Dra. Aurora Chumpitaz Mozombite

<https://orcid.org/0000-0001-6018-6917>

Lima - Perú

2025

Informe de Similitud



Página 2 de 123 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::1-3448852723

14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

A Dios, por darnos sabiduría.

A nuestros hijos, con mucho cariño y afecto, ellos son nuestra inspiración y ganas de seguir adelante, la motivación más grande para concluir con éxito este trabajo fruto de nuestro esfuerzo y constancia.

Las autoras

Agradecimiento

A Dios, por habernos otorgado una familia espléndida, quienes han creído en nosotras siempre, enseñándonos a ser humilde y valorar todo lo que tenemos ha fomentado en nosotras el triunfo y deseo de superación en la vida. Asimismo, espero contar con su apoyo incondicional y valioso de nuestra familia.

Las autoras

Tabla de contenido

Informe de Similitud.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Tabla de contenido.....	5
Índice de tablas	6
Índice de figuras	8
RESUMEN EJECUTIVO.....	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	33
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS	87
ANEXOS	93

Índice de tablas

Tabla 1. Instrumentos para evaluación en TEA	23
Tabla 2. Diagnóstico situacional	34
Tabla 3. Evaluación psicológica en TEA	37
Tabla 4. Evaluación psicológica en TDAH	38
Tabla 5. Análisis funcional de la conducta para caso TEA	39
Tabla 6. Análisis funcional de la conducta para caso TDAH	40
Tabla 7. Listado de conductas problemas en TEA	42
Tabla 8. Listado de conductas problemas en TDAH	43
Tabla 9. Intervención cognitivo conductual en niños con TEA	46
Tabla 10. Intervención cognitivo conductual en niños con TDAH	48
Tabla 11. Intervención grupal cognitivo conductual con niños (atención y concentración)	50
Tabla 12. Intervención grupal cognitivo conductual con niños (psicomotricidad)	52
Tabla 13. Intervención grupal cognitivo conductual con niños (emocional – conductual)	54
Tabla 14. Seguimiento con niños (6 meses)	56
Tabla 15. Seguimiento con padres (6 meses)	57
Tabla 16. Seguimiento con otros profesionales (docentes, terapeutas, psicólogos)	57
Tabla 17. Datos sociodemográficos	60
Tabla 18. Frecuencia de niveles de inteligencia según trastorno y sexo	60
Tabla 19. Promedio de conductas problema antes y después de la intervención en niños con TEA	61
Tabla 20. Número de niños que mejoraron en cada conducta problema en niños con TEA	62
Tabla 21. Asociación general entre sesiones y áreas en las que se observó mejora en niños con TEA	63
Tabla 22. Nivel de conductas problema antes y después de la intervención en niños con TDAH	64
Tabla 23. Número de niños que mostraron mejora por cada conducta problema	66
Tabla 24. Relación entre sesiones del programa y áreas en las que se observaron mejoras	67

Tabla 25. Nivel de dificultades en atención–concentración antes y después de la intervención	69
Tabla 26. Número de niños que mostraron mejora según área de atención–concentración	70
Tabla 27. Relación entre las sesiones del programa y los avances observados	71
Tabla 28. Nivel de dificultad en el desempeño psicomotriz antes y después de la intervención	73
Tabla 29. Relación entre sesiones y avances psicomotrices observados	74
Tabla 30. Nivel de dificultad en el desempeño emocional–conductual antes y después de la intervención	76
Tabla 31. Relación entre sesiones y avances emocionales–conductuales observados	77
Tabla 32. Estrategias de seguimiento y reevaluación	79

Índice de figuras

Figura 1. Instrumentos para evaluación en TEA

13

RESUMEN EJECUTIVO

La experiencia profesional se desarrolló en un centro de terapias integrales dedicado a la atención de niños con TEA, TDAH y dificultades en atención, psicomotricidad y regulación emocional. Los usuarios presentaban limitaciones en comunicación funcional, interacción social, autorregulación, tolerancia al cambio e impulsividad, así como conductas disruptivas que afectaban su adaptación en diversos entornos. Frente a estas necesidades, se planteó como objetivo fortalecer las habilidades cognitivas, emocionales, conductuales y sociales mediante intervenciones cognitivo-conductuales individualizadas. Se realizó una evaluación integral que permitió identificar de manera precisa las necesidades de cada niño y establecer un punto de comparación para los avances posteriores. La intervención incluyó técnicas como comunicación funcional, reforzamiento diferencial, apoyos visuales, manejo emocional, autoinstrucciones, economía de fichas y establecimiento de rutinas estructuradas, además de sesiones de orientación familiar y coordinación con otros profesionales. Los resultados mostraron progresos significativos en atención sostenida, seguimiento de instrucciones, autorregulación emocional, autonomía y reducción de conductas problemáticas, evidenciando un desarrollo funcional y sostenible. Se concluyó que las intervenciones cognitivo-conductuales, junto con la participación de las familias, potencian el desarrollo integral de los niños. La experiencia permitió aplicar competencias como evaluación clínica, planificación terapéutica, intervención basada en evidencia, análisis conductual, empatía, autocontrol emocional y comunicación efectiva, consolidando una práctica ética y comprometida con el bienestar infantil.

Palabras clave: Intervención cognitivo-conductual, niños, TEA, TDAH.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional se inscribe en el campo de la psicología clínica, disciplina que resulta fundamental para comprender los factores cognitivos, emocionales, sociales y contextuales que influyen en el funcionamiento y bienestar de los niños. Esta perspectiva adquiere especial importancia al abordar el tema Intervención cognitivo-conductual en niños con trastornos del neurodesarrollo, pues el análisis profundo del entorno en el que se desarrollan los menores permite diseñar tratamientos que se ajusten tanto a sus características individuales como a las dinámicas y condiciones del centro psicológico, de este modo, la integración del contexto en la planificación terapéutica favorece la implementación de procesos de intervención más pertinentes, eficaces y contextualizados (Brown et al., 2024).

En el campo de la psicología aplicada, la intervención cognitivo conductual ha demostrado ser una de las metodologías terapéuticas más eficaces para el abordaje de dificultades emocionales, conductuales y del neurodesarrollo en población infantil (Beck, 2021). Su aplicación en contextos terapéuticos especializados permite implementar estrategias basadas en evidencia científica que favorecen la adquisición de habilidades adaptativas, el manejo conductual y el desarrollo socioemocional de niños con habilidades diferentes, tales como trastornos del espectro autista (TEA), TDAH o dificultades específicas del aprendizaje (Muñoz & Arancibia, 2020). Por ello, comprender el contexto institucional donde se implementa este enfoque resulta fundamental para garantizar un adecuado análisis de la intervención.

En este marco, el presente estudio se desarrolla en Centro de Terapias Integrales Físicamente S.A.C., un centro psicológico y de rehabilitación que brinda servicios terapéuticos interdisciplinarios orientados al desarrollo integral de sus pacientes. La institución fue fundada el 8 de febrero de 2022 e inició sus operaciones en la Av. 13 de

Enero N.º 1765, distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, lugar donde mantiene actualmente sus actividades. Se encuentra inscrita bajo el RUC 20609065827 y opera dentro del régimen empresarial peruano formal vigente. Fue fundada por las hermanas Lic. Martínez Cabrejo Geny Jackieline y T.M. Martínez Cabrejo Verónica Ysabel, siendo la primera quien ocupa el cargo de Gerente General.

La misión institucional del centro es posicionarse como líder en el sector del bienestar integral, ofreciendo servicios de evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica de calidad, desde un enfoque humano, respetuoso y ético. Asimismo, su visión proyecta brindar atención oportuna y eficaz, promoviendo el desarrollo biopsicosocial de los pacientes a través de procesos terapéuticos especializados que respondan a sus necesidades individuales. Entre sus principales valores destacan el compromiso con la calidad de vida, la empatía, la responsabilidad profesional, el respeto y la intervención basada en evidencia.

La identidad institucional se sustenta en tres pilares estratégicos que orientan la gestión terapéutica:

(a) Desarrollo de habilidades adaptativas y sociales en los pacientes a través de programas personalizados;

(b) Intervenciones terapéuticas específicas según necesidades individuales, empleando metodologías como la terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de lenguaje, terapia ocupacional y terapia física;

(c) Estimulación y fortalecimiento de habilidades en niños con necesidades educativas especiales o habilidades diferentes, mediante talleres estructurados y estrategias psicoeducativas que involucran a las familias en el proceso terapéutico.

En cuanto a su estructura organizativa, el centro cuenta con áreas funcionales articuladas para garantizar una atención integral y eficiente:

Gerencia General, encargada de la dirección institucional y toma de decisiones estratégicas.

Área de Psicología Clínica y Terapéutica, donde se aplican intervenciones psicológicas individuales y grupales bajo enfoques como la terapia cognitivo conductual.

Área de Terapia de Lenguaje, dirigida al fortalecimiento comunicativo y lingüístico.

Área de Terapia Ocupacional y Psicomotricidad, orientada al desarrollo sensorial y funcional.

Área de Rehabilitación Física, destinada al tratamiento fisioterapéutico.

Área Administrativa y de Finanzas, responsable de la gestión de recursos.

Área de Atención al Usuario, encargada de la coordinación terapéutica y orientación familiar.

Este trabajo se desarrolla en el marco del funcionamiento de este centro, que atiende a niños con habilidades diferentes y diversas condiciones del neurodesarrollo. Ello constituye un espacio pertinente para analizar la aplicación de la intervención cognitivo conductual como estrategia terapéutica efectiva para promover cambios conductuales significativos, mejorar el ajuste emocional y fomentar el aprendizaje de habilidades adaptativas en la población infantil atendida.

Estructura Organizativa del Centro

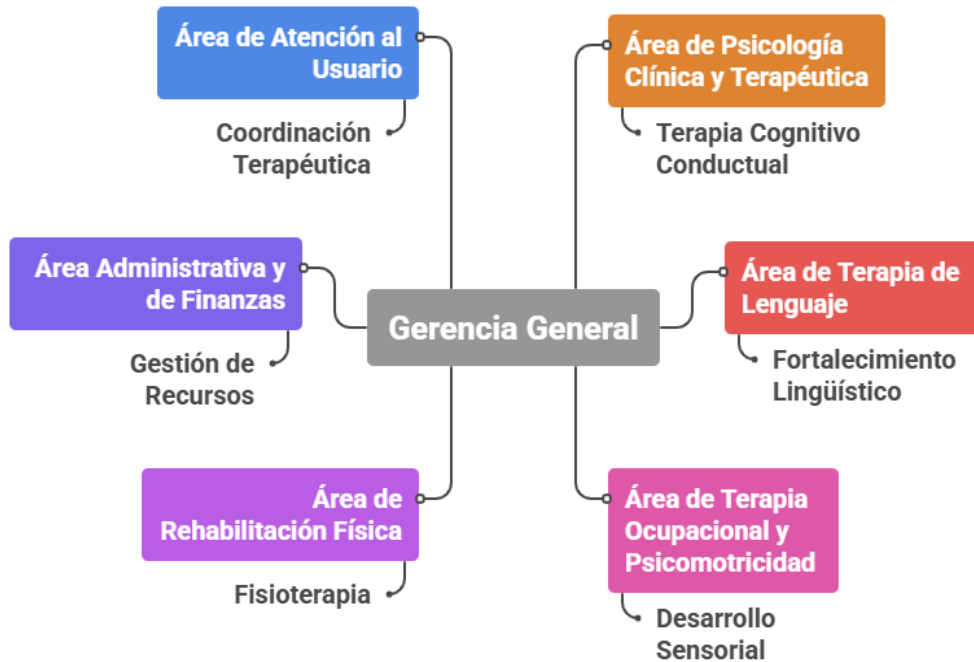


Figura 1. Estructura organizacional del centro psicológico.

La figura 1 representa la estructura organizativa del centro, la cual está encabezada por la Gerencia General, responsable de dirigir, coordinar y supervisar el funcionamiento de todas las áreas. De esta dependen seis áreas especializadas que cumplen funciones específicas. El Área de Atención al Usuario se encarga de la coordinación terapéutica y del acompañamiento a los beneficiarios. El Área Administrativa y de Finanzas tiene a su cargo la gestión de los recursos económicos y materiales necesarios para el funcionamiento del centro. Por su parte, el Área de Rehabilitación Física brinda servicios de fisioterapia orientados a la recuperación y fortalecimiento corporal de los usuarios.

Asimismo, el Área de Psicología Clínica y Terapéutica desarrolla intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual para promover el bienestar emocional. El Área de Terapia de Lenguaje se dedica al fortalecimiento lingüístico, contribuyendo al

desarrollo de las habilidades comunicativas. Finalmente, el Área de Terapia Ocupacional y Psicomotricidad trabaja en el desarrollo sensorial y motor de los usuarios. En conjunto, esta organización evidencia un enfoque interdisciplinario que busca atender integralmente las necesidades de las personas que acuden al centro.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La formación académica profesional adquirida, ha permitido la experiencia práctica en situaciones de evaluación e intervención, aplicando enfoques basados en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que ha demostrado ser efectiva para manejar dificultades emocionales, problemas de conducta, déficits en habilidades sociales y alteraciones en la autorregulación. Desde este enfoque, se ha implementado intervenciones estructuradas que buscan cambiar patrones cognitivos poco adaptativos, fortalecer conductas funcionales y fomentar estrategias de afrontamiento que se ajusten al desarrollo del niño. A lo largo de nuestra experiencia, hemos llevado a cabo programas clínicos que integran técnicas de la TCC, como el entrenamiento en habilidades sociales, el modelado, el refuerzo positivo, las rutinas conductuales, el uso de pictogramas, la reestructuración cognitiva adaptada a la edad, la autoobservación guiada y el entrenamiento en resolución de problemas. Estas intervenciones se han aplicado tanto de manera individual como grupal, teniendo en cuenta criterios de diagnóstico, niveles de funcionamiento, comorbilidades y las necesidades específicas de cada niño.

Es así como, en la experiencia se aplicó conocimientos teóricos desde la psicología clínica infantil, fundamental porque permite detectar y abordar tempranamente dificultades emocionales, conductuales, cognitivas y sociales que, de no intervenir, pueden afectar el desarrollo integral del niño y su adaptación futura. A través de evaluaciones especializadas y programas de intervención basados en evidencia, el psicólogo clínico ayuda a fortalecer habilidades como la autorregulación emocional, la comunicación, la resolución de problemas y la convivencia, además de orientar a las familias y a la escuela para crear entornos más seguros, estructurados y sensibles a las necesidades del menor (Ogundele, 2018).

El abordaje psicológico de los niños con habilidades diferentes requiere

estrategias terapéuticas integrales que permitan atender sus necesidades cognitivas, conductuales y emocionales. En este sentido, la intervención cognitivo-conductual (TCC) constituye uno de los enfoques más eficaces en la atención clínica y educativa, al centrarse en la relación entre pensamiento, emoción y conducta (Beck, 2011). En el contexto peruano, los centros psicológicos cumplen un rol fundamental en la promoción del bienestar y el desarrollo integral de estos niños, ofreciendo intervenciones adaptadas a su nivel evolutivo y características individuales.

La TCC permite identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales y conductas inadaptadas mediante técnicas estructuradas y basadas en la evidencia (Kendall, 2017). Su aplicación en la población infantil con habilidades diferentes como trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual o trastornos del lenguaje favorece la adquisición de comportamientos adaptativos, mejora la autorregulación y fortalece la interacción social (Kurz et al., 2018). Por tanto, la presente investigación se enmarca en la necesidad de fundamentar teórica y empíricamente la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el ámbito educativo y clínico infantil.

Desde una perspectiva de psicología clínica–educativa e infantil, la disciplina se orienta a comprender e intervenir en los procesos de aprendizaje y desarrollo socioemocional, integrando tanto el análisis del funcionamiento psicológico del niño como las demandas del contexto escolar y familiar. Este enfoque reconoce que el aprendizaje no se reduce al rendimiento académico, sino que forma parte de un desarrollo integral donde interactúan factores cognitivos, emocionales, conductuales y relacionales. En esa línea, el objetivo central es optimizar el bienestar y el desempeño del estudiante, identificando dificultades, promoviendo habilidades adaptativas y articulando intervenciones terapéuticas y educativas que favorezcan una trayectoria escolar saludable y ajustada a sus necesidades (Woolfolk, 2016).

La psicología infantil, por su parte, estudia el desarrollo del niño en las dimensiones cognitiva, emocional, física y social, reconociendo la importancia de la estimulación temprana y la intervención especializada (Papalia & Martorell, 2021). Según Santrock (2020), comprender los procesos del desarrollo infantil es esencial para diseñar estrategias terapéuticas efectivas y adaptadas a las características evolutivas del niño. En este marco, la intervención cognitivo-conductual se posiciona como una herramienta valiosa dentro de la psicología educativa y clínica, pues integra el aprendizaje con la modificación de conductas, guiando al niño hacia un desarrollo más funcional e inclusivo.

La intervención cognitivo-conductual (TCC) se define como un enfoque terapéutico basado en la premisa de que los pensamientos influyen en las emociones y conductas, y que, mediante su modificación, es posible generar cambios significativos en el comportamiento (Beck, 2011). En el ámbito infantil, este modelo combina principios del aprendizaje conductual con estrategias cognitivas ajustadas al nivel de comprensión del niño (Kendall, 2012).

De acuerdo con Stallard (2020), la TCC en niños implica técnicas estructuradas, breves y orientadas a objetivos específicos, como la identificación de pensamientos automáticos, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la reestructuración cognitiva. Cuando se aplica en niños con habilidades diferentes, la intervención se adapta a sus capacidades cognitivas, utilizando apoyos visuales, rutinas predecibles y refuerzos positivos que promuevan la generalización de los aprendizajes.

La intervención cognitivo-conductual infantil comprende diversos componentes interrelacionados. Kendall y Hedtke (2006) lo organizan en cuatro dimensiones principales: evaluación funcional de la conducta, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y exposición o práctica conductual.

La evaluación funcional permite identificar los antecedentes y consecuencias de

las conductas problema; la reestructuración cognitiva busca sustituir pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos; el entrenamiento en habilidades fortalece la resolución de problemas y la auto instrucción; y la exposición conductual favorece la reducción de la ansiedad y el afrontamiento progresivo de situaciones temidas (Reddy et al., 2020). Estos componentes son especialmente útiles en niños con habilidades diferentes, al ofrecer un marco estructurado, predecible y ajustado a sus necesidades específicas.

La efectividad de la intervención cognitivo-conductual depende de factores individuales, familiares y contextuales. Entre los factores individuales se encuentran la capacidad cognitiva, la motivación y la edad del niño (Ollendick & King, 2012). A nivel familiar, el involucramiento de los padres es crucial, ya que actúan como co-terapeutas en el proceso, reforzando las conductas aprendidas (Hayden & Mash, 2014).

En el ámbito escolar y social, la coordinación entre psicólogos, docentes y cuidadores potencia la generalización de los aprendizajes y el mantenimiento de las conductas adaptativas. Asimismo, la cultura y los recursos disponibles condicionan la implementación de los programas, siendo necesario adaptar las técnicas a la realidad peruana y al contexto del centro psicológico (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022).

Estrategias e intervenciones cognitivo-conductuales en niños con habilidades diferentes

Entre las estrategias más empleadas se encuentran el entrenamiento en autoinstrucciones, el modelado, la economía de fichas, la exposición gradual, la resolución de problemas, y las técnicas de relajación (Kazdin, 2012). Estas herramientas se adaptan a la edad y al nivel de funcionamiento del niño, combinando métodos visuales, juegos terapéuticos y recompensas tangibles.

La intervención también puede incluir componentes parentales y educativos, promoviendo la consistencia en casa y en la escuela (Hayden & Mash, 2014). En niños

con autismo o discapacidad intelectual, los programas de TCC muestran eficacia en la reducción de la ansiedad, mejora del control de impulsos y desarrollo de la conducta adaptativa (Reaven et al., 2012).

La TCC se fundamenta en varias teorías psicológicas clásicas. En primer lugar, la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986) explica el cambio conductual mediante la observación, el refuerzo y la autoeficacia. La teoría cognitiva de Beck (1976) aporta la comprensión de los esquemas mentales y pensamientos automáticos que influyen en las emociones y acciones.

Además, la teoría del condicionamiento operante de Skinner (1953) sustenta el uso de reforzadores para aumentar o disminuir conductas. Vygotsky (1979), desde el enfoque sociocultural, destaca la importancia del entorno y de la mediación social en el aprendizaje, lo que refuerza la necesidad de intervenciones contextualizadas y colaborativas. Estas bases teóricas se integran en la práctica cognitivo-conductual aplicada a niños con habilidades diferentes, permitiendo una comprensión más amplia del cambio conductual y cognitivo.

La intervención en TCC, se aplicó a niños con trastornos del neurodesarrollo, definida como un conjunto de condiciones que se originan durante el desarrollo temprano del cerebro y que afectan de manera persistente el funcionamiento personal, social, académico o laboral (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Según Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), los trastornos del neurodesarrollo surgen a partir de disfunciones en la maduración del sistema nervioso central, expresándose en dificultades para el lenguaje, la motricidad, la cognición y la regulación emocional. De acuerdo con Thapar et al. (2017), estos trastornos no deberían abordarse solo desde un enfoque centrado en la patología, sino también considerando las particularidades del desarrollo y la importancia de implementar intervenciones

psicoeducativas inclusivas.

En esa línea, Antolini y Colizzi (2023) señalan que los trastornos del neurodesarrollo comprenden un amplio espectro de manifestaciones, desde leves hasta severas, las cuales suelen coexistir con otros trastornos emocionales o del aprendizaje. Por su parte, Jeong et al. (2021) enfatiza que la detección temprana y la intervención multidisciplinaria son esenciales para mejorar la calidad de vida y el pronóstico funcional de los niños afectados.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR) clasifica los principales trastornos del neurodesarrollo en varias categorías (APA, 2022):

Trastorno del desarrollo intelectual, caracterizado por limitaciones en el razonamiento, la resolución de problemas y la adaptación al entorno.

Trastornos de la comunicación, que incluyen dificultades en el lenguaje expresivo, receptivo o en la articulación de sonidos.

Trastorno del espectro autista (TEA), que involucra alteraciones en la interacción social, la comunicación y patrones de conducta restringidos o repetitivos.

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), donde predominan la inatención, la impulsividad y la hiperactividad.

Trastornos específicos del aprendizaje, que afectan la adquisición de habilidades académicas básicas como la lectura, escritura o cálculo.

Trastornos motores, entre los que destacan el trastorno del desarrollo de la coordinación y los tics motores o vocales.

Las intervenciones psicológicas dirigidas a niños con trastornos del neurodesarrollo se sustentan en diversos modelos teóricos y prácticos. Uno de los más utilizados es el modelo cognitivo-conductual, el cual se centra en modificar patrones de

pensamiento y comportamiento desadaptativos mediante técnicas de reforzamiento, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (Beck, 2021). Este enfoque ha mostrado eficacia en el tratamiento de síntomas de ansiedad, agresividad y déficit de atención en la población infantil (Sharma et al., 2021).

Otro modelo ampliamente aplicado es el modelo conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés), que utiliza principios del condicionamiento operante para fomentar conductas adaptativas y reducir comportamientos inadecuados, especialmente en niños con autismo (Gitimoghaddam et al. 2022). Asimismo, el modelo ecológico-sistémico plantea que la intervención debe considerar la interacción entre el niño, la familia, la escuela y la comunidad (Bronfenbrenner, 2005), promoviendo acciones coordinadas que favorezcan el desarrollo integral.

Desde otra perspectiva, el modelo de desarrollo socioemocional destaca la importancia de promover la autorregulación, la empatía y la expresión emocional mediante intervenciones psicoeducativas y actividades grupales siendo particularmente valioso para fortalecer las habilidades sociales y la gestión de impulsos en niños con TDAH o TEA (Haynes, 2025).

En la infancia, la intervención psicológica debe ser temprana, estructurada y multidisciplinaria, involucrando a padres, docentes y terapeutas. Liu y Green (2024) sostienen que las estrategias más efectivas son aquellas que combinan la estimulación cognitiva con el refuerzo conductual positivo. Por ejemplo, los programas de TCC adaptada incluyen el uso de materiales visuales, rutinas predecibles y recompensas inmediatas para consolidar aprendizajes (Wood et al., 2021).

Entre las estrategias más aplicadas destacan:

Reforzamiento positivo para incrementar conductas adaptativas.

Economía de fichas para favorecer la autorregulación conductual.

Entrenamiento en habilidades sociales y comunicación funcional, que fortalece la interacción con pares.

Apoyo parental y psicoeducación familiar, donde se instruye a los cuidadores en el manejo conductual y la estimulación en casa.

Intervenciones multisensoriales y lúdicas, orientadas a mejorar la atención, la coordinación y la integración sensorial (Rojas-Torres et al., 2020).

Finalmente, Adako et al. (2024) subraya que la intervención cognitivo-conductual en niños con trastornos del neurodesarrollo debe ser flexible, gradual y centrada en las fortalezas del niño, integrando técnicas que promuevan la autonomía, la comunicación y la regulación emocional desde los primeros años de vida.

La evaluación de los niños con trastornos del neurodesarrollo constituye un proceso complejo y multidimensional que busca identificar las características cognitivas, conductuales, emocionales y adaptativas que definen el perfil funcional del menor. Según la American Psychiatric Association (APA, 2022), el objetivo de la evaluación es determinar la presencia de alteraciones persistentes en el desarrollo que interfieran con el aprendizaje, la comunicación, la socialización o la autorregulación. Este proceso no se limita al diagnóstico clínico, sino que abarca la comprensión integral del niño en sus contextos familiar, escolar y social.

De acuerdo con Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la evaluación neuropsicológica infantil debe realizarse bajo un enfoque interdisciplinario, donde participen profesionales de la psicología, neurología, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y educación especial. Este enfoque permite obtener una visión global del desarrollo y elaborar planes de intervención ajustados a las necesidades individuales. Asimismo, Thapar et al. (2017) sostienen que una evaluación precisa requiere considerar factores genéticos, ambientales y socioculturales que puedan influir en la manifestación

de los síntomas.

El proceso de evaluación se desarrolla en varias etapas. En primer lugar, se realiza una anamnesis detallada, que recoge antecedentes prenatales, perinatales, familiares y escolares, así como el curso del desarrollo psicomotor. Posteriormente, se aplican instrumentos estandarizados que permiten medir habilidades cognitivas, lingüísticas, motrices y sociales. Entre los más utilizados se encuentran la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V (WISC-V), el Inventario de Desarrollo Battelle, la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS-2). Estos instrumentos permiten identificar el perfil cognitivo y adaptativo del niño, diferenciando las áreas de fortaleza y debilidad.

Tabla 1

Instrumentos para evaluación en TEA

ÁREA POR EVALUAR	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS
Historia del desarrollo / Antecedentes	Recoger información sobre el curso del desarrollo infantil (prenatal, perinatal, psicomotor, familiar y Clínica; Cuestionario de escolar) para identificar factores de riesgo, hitos del desarrollo y evolución conductual.	Entrevista de Anamnesis; Cuestionario de Desarrollo; Entrevista a padres y docentes.
Cognitiva	Evaluar el funcionamiento intelectual general, identificar el perfil cognitivo, determinar fortalezas y debilidades en velocidad de procesamiento.	<i>Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños</i> – <i>WISC-V</i> ; <i>Leiter-3</i> ; Escala de razonamiento, memoria de trabajo y McCarthy (según edad).
Desarrollo global	Analizar habilidades adaptativas, motoras, comunicativas y sociales para obtener una visión integral del desarrollo.	<i>Inventario de Desarrollo Battelle</i> ; <i>Vineland-3</i> (Conducta Adaptativa).
Comunicación y Lenguaje	Evaluar lenguaje expresivo, comprensivo y uso funcional de la comunicación.	CELF-5; PLON-R (para la inicial); Evaluación del Lenguaje Naturalista.
Conducta social / Interacción	Identificar patrones de interacción, atención conjunta, reciprocidad	<i>ADOS-2</i> (Escala de Observación para el

ÁREA POR EVALUAR	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS
Comportamiento adaptativo y funcional	social y comportamientos restringidos o repetitivos. Determinar el grado de independencia, autocuidado, manejo de rutinas y habilidades adaptativas.	Diagnóstico del Autismo); CARS-2; SRS-2. <i>Vineland-3</i> ; ABAS-II.
Conducta y emociones	Identificar presencia de conductas disruptivas, ansiedad, irritabilidad, respuestas sensoriales atípicas u otras comorbilidades.	BASC-3; CBCL; Escalas de Sensibilidad Sensorial (SP-2).
Área sensorial	Evaluar hiper o hiporreactividad sensorial, preferencias y dificultades que interfieren en el funcionamiento diario.	Perfil Sensorial SP-2; Evaluación de Integración Sensorial.
Contexto educativo	Analizar el desempeño escolar, la atención, las conductas en aula y la respuesta a las demandas educativas.	Lista de Cotejo de Conducta en Aula; Informe docente; Observación directa en contexto escolar.

La tabla 1 muestra que la evaluación en trastorno del espectro autista (TEA) debe ser amplia, multimodal y multidimensional, integrando información de diversas áreas del desarrollo. Cada dominio desde la historia evolutiva hasta el contexto escolar se evalúa con instrumentos específicos que permiten construir un perfil detallado del niño, identificando fortalezas, dificultades y necesidades de apoyo. Se incluyen pruebas cognitivas como el WISC-V, evaluaciones del desarrollo como el Battelle, herramientas observacionales como el ADOS-2, y escalas de conducta y adaptación como el Vineland-3 o BASC-3. En conjunto, esta batería permite comprender el funcionamiento global del niño, detectar comorbilidades y orientar un diagnóstico preciso y una intervención ajustada a sus características individuales.

Por su parte, Qian et al. (2024) destacan la importancia de incluir la evaluación del comportamiento adaptativo, ya que los déficits en autonomía, comunicación y habilidades sociales son indicadores fundamentales de los trastornos del neurodesarrollo.

Para ello, se utilizan herramientas como la Escala de Conducta Adaptativa de Vineland-III o el Cuestionario de Habilidades de la Vida Diaria (ABAS-3). Estas pruebas aportan información valiosa sobre el desempeño del niño en situaciones cotidianas, facilitando la planificación de apoyos específicos.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la evaluación también considera los patrones de pensamiento, las respuestas emocionales y las conductas observables que pueden reforzar o mantener los síntomas (Beck, 2021). Liu y Green (2024) mencionan que la observación sistemática en contextos naturales como el aula o el hogar es una técnica esencial, ya que permite identificar desencadenantes ambientales, estilos de interacción y estrategias de afrontamiento utilizadas por el niño. Además, la aplicación de entrevistas a padres y maestros ofrece una perspectiva complementaria sobre el funcionamiento cotidiano del menor.

El análisis funcional es un procedimiento central en psicología clínica y educativa que busca comprender por qué ocurre una conducta, examinando la relación entre antecedentes, conducta y consecuencias mediante el modelo ABC. Este enfoque permite identificar la función del comportamiento como obtener atención, acceder a objetos, evitar demandas o autorregularse sensorialmente y con ello, diseñar intervenciones individualizadas basadas en evidencia. Su utilidad radica en ofrecer una comprensión objetiva del comportamiento y orientar estrategias efectivas para promover conductas adaptativas en contextos escolares y terapéuticos (Cooper et al., 2007)

En los últimos años, se ha incrementado el uso de tecnologías digitales en la evaluación neuropsicológica infantil, como plataformas interactivas y herramientas de seguimiento conductual mediante inteligencia artificial. Rojas-Torres et al. (2020) señalan que estas innovaciones permiten un análisis más objetivo del desempeño cognitivo y de la atención sostenida, reduciendo sesgos de observador y mejorando la

precisión diagnóstica. Sin embargo, subrayan la necesidad de validar culturalmente estos instrumentos para evitar interpretaciones erróneas en contextos educativos diversos.

La evaluación temprana es un aspecto crucial. Según Jeong et al. (2021), la detección oportuna durante los primeros años de vida permite intervenir antes de que las dificultades cognitivas o emocionales se consoliden. La evaluación temprana debe enfocarse en el desarrollo del lenguaje, la motricidad, la interacción social y la regulación emocional, áreas que frecuentemente muestran alteraciones en los trastornos del neurodesarrollo. Asimismo, la participación de los padres en este proceso resulta indispensable, ya que aportan información sobre los comportamientos del niño en casa y facilitan la implementación de estrategias de apoyo.

Finalmente, la evaluación no debe concebirse como un proceso estático, sino como un seguimiento continuo del progreso del niño. Adako et al. (2024) enfatiza que la reevaluación periódica permite ajustar los programas de intervención y medir la efectividad de las estrategias aplicadas. De esta manera, la evaluación cumple una doble función: diagnóstica y formativa, orientando la planificación educativa y terapéutica a partir de evidencias objetivas y actualizadas

Importancia del trabajo con la familia y los padres de niños con trastornos de neurodesarrollo. El trabajo con la familia constituye un componente esencial en la atención integral de los niños con trastornos del neurodesarrollo, dado que el entorno familiar es el primer espacio donde se manifiestan, interpretan y afrontan las dificultades del desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), las intervenciones que involucran activamente a los padres favorecen la continuidad del tratamiento y potencian los logros alcanzados en los contextos terapéuticos y educativos. La participación de la familia permite no solo reforzar las habilidades del niño, sino también fortalecer los recursos emocionales y relacionales del propio núcleo familiar.

De acuerdo con American Psychiatric Association (APA, 2022), los trastornos del neurodesarrollo impactan significativamente en la dinámica familiar, generando en muchos casos estrés parental, sentimientos de culpa o frustración, y sobrecarga emocional. En ese sentido, Jeong et al. (2021) señala que la intervención no debe centrarse únicamente en el niño, sino también en los padres, quienes requieren orientación, acompañamiento y herramientas de afrontamiento para manejar las demandas del cuidado diario. El empoderamiento familiar constituye un predictor clave del éxito terapéutico, ya que los cuidadores que comprenden el trastorno y aplican estrategias consistentes en casa favorecen la generalización de los aprendizajes.

El enfoque ecológico-sistémico de Bronfenbrenner (2005) proporciona una base teórica sólida para entender la importancia del trabajo con la familia, al considerar que el desarrollo infantil está influido por múltiples sistemas interrelacionados la familia, la escuela y la comunidad. En este marco, la familia es el microsistema más próximo al niño, y su implicación directa determina en gran medida la eficacia de cualquier programa de intervención. Así, la colaboración entre terapeutas, padres y docentes se convierte en un elemento fundamental para garantizar la coherencia entre los distintos contextos de aprendizaje.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, la participación parental cumple una función práctica y educativa. Sharma et al. (2021) sostienen que la inclusión de los padres en programas de terapia cognitivo-conductual para niños con autismo o TDAH mejora la adherencia al tratamiento y la reducción de conductas problemáticas. Los padres, al aprender técnicas de reforzamiento positivo, manejo de contingencias y comunicación funcional, se convierten en co-terapeutas del proceso. De manera similar, Liu y Green (2024) destacan que los programas de entrenamiento parental incrementan la competencia emocional de los cuidadores, fortalecen la relación afectiva con el niño y reducen los

niveles de estrés familiar.

El trabajo conjunto con las familias también tiene un impacto preventivo y psicoeducativo. Según Thapar et al. (2017), las intervenciones dirigidas a padres ayudan a entender mejor las características del trastorno, ajustar expectativas inapropiadas y promover actitudes de aceptación y apoyo constructivo. De este modo, se reduce el estigma y la tendencia a la sobreprotección, favoreciendo una crianza centrada en la autonomía y en el desarrollo de las habilidades del niño. A su vez, Antolini y Colizzi (2023) señalan que la comunicación constante entre terapeutas y padres posibilita la detección temprana de retrocesos o nuevas necesidades, facilitando los ajustes oportunos en la intervención.

En la etapa infantil, el vínculo afectivo y la consistencia familiar son factores protectores del desarrollo socioemocional. Rojas-Torres et al. (2020) subrayan que los niños con trastornos del neurodesarrollo presentan mejores avances cuando los padres participan activamente en las sesiones terapéuticas, aplican rutinas estructuradas en el hogar y mantienen un clima emocional estable. Además, la familia cumple un papel clave en la generalización de habilidades, asegurando que los aprendizajes adquiridos en el entorno clínico o escolar se mantengan y consoliden en la vida cotidiana.

El trabajo con los padres también debe incluir la atención al bienestar emocional de los cuidadores, ya que los altos niveles de estrés o sobrecarga pueden interferir con la calidad del acompañamiento que brindan. Qian et al. (2024) encontraron que los programas de apoyo psicológico para padres reducen significativamente la ansiedad y mejoran la percepción de autoeficacia parental. En la misma línea, Adako et al. (2024) destaca que los espacios de psicoeducación y grupos de apoyo parental favorecen el intercambio de experiencias, la resiliencia familiar y el afrontamiento adaptativo frente a las dificultades. El trabajo con la familia debe concebirse como una alianza colaborativa

y sostenida en el tiempo. No se trata únicamente de informar o capacitar, sino de construir una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la corresponsabilidad. Beck (2021) señala que la adherencia a los programas de intervención aumenta cuando los padres perciben que su participación es valorada y cuando las estrategias se adaptan a sus recursos y contextos culturales. En este sentido, la familia deja de ser un agente pasivo para convertirse en un componente activo del proceso de desarrollo y rehabilitación del niño.

La intervención en TCC, ha demostrada efectividad como el estudio realizado en Estados Unidos donde Pickard et al. (2024) realizó un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en escuelas públicas, orientado a comparar dos programas escolares para jóvenes autistas con ansiedad, uno de ellos basado en la terapia cognitivo-conductual. Los resultados iniciales mostraron que la TCC adaptada al contexto educativo fue bien aceptada por estudiantes y docentes, generando mejoras en la autoeficacia y disminución de síntomas ansiosos. La investigación subraya la viabilidad de implementar la TCC dentro del ámbito escolar, facilitando el acceso a servicios de salud mental. Sin embargo, se resalta como limitación la variabilidad en la aplicación entre instituciones y la necesidad de medir la sostenibilidad de los resultados a largo plazo.

En China, You et al. (2024) realizaron un metaanálisis para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la mejora de las habilidades sociales de niños y adolescentes con trastorno del espectro autista (TEA). A partir de siete ensayos controlados aleatorios que incluyeron 214 participantes de 7 a 18 años, se analizaron las puntuaciones de la Escala de Respuesta Social (SRS). Los resultados del metanálisis demostraron que la TCC produce una mejoría significativa, aunque moderada, en las habilidades sociales en comparación con los grupos de control. Un hallazgo crucial fue la identificación de diferencias en la respuesta según el informante: las evaluaciones

realizadas por los padres mostraron un efecto positivo significativo de la TCC, mientras que las realizadas por los profesores no fueron concluyentes. Los investigadores concluyen que, si bien la TCC es una intervención efectiva para las dificultades sociales en el TEA, la variabilidad en la respuesta subraya la influencia de factores contextuales y perceptuales.

En China, Cho et al. (2023) analizaron la respuesta diferencial de niños con trastornos del espectro autista ante dos tipos de terapia cognitivo-conductual: estándar y adaptada. A partir de una muestra de niños entre 7 y 12 años, se identificaron subgrupos empíricos basados en el funcionamiento verbal, nivel de ansiedad y flexibilidad cognitiva. Los resultados mostraron que los niños con mayor rigidez cognitiva respondieron mejor a la TCC adaptada, mientras que aquellos con habilidades verbales más desarrolladas mostraron avances similares en ambos tipos de intervención. El estudio concluye que la personalización de la TCC en función del perfil cognitivo y social del niño es esencial para maximizar la eficacia terapéutica, destacando la necesidad de intervenciones diferenciadas en los trastornos del neurodesarrollo.

En Estados Unidos, el trabajo de Wood et al. (2021) consistió en un ensayo clínico aleatorizado con 107 niños con diagnóstico de trastornos del espectro autista, de entre seis y trece años, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de un programa modular de terapia cognitivo-conductual. El programa incluyó 32 sesiones individualizadas en las que se abordaron problemas de ansiedad y déficit de habilidades sociales mediante técnicas de exposición gradual, reestructuración cognitiva y práctica social. Los resultados indicaron mejoras significativas en la interacción social y la reducción de la ansiedad en el grupo que recibió la intervención TCC en comparación con el grupo control. Los autores concluyeron que la TCC modular, al adaptarse a las necesidades específicas de cada niño, puede generar resultados positivos y sostenibles, aunque señalaron como limitación la

alta intensidad del tratamiento y su complejidad para implementarse en contextos educativos.

En Inglaterra, Sharma et al. (2021) analizaron 19 estudios controlados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista y ansiedad. La muestra total incluyó más de 800 participantes. Los resultados demostraron que la TCC adaptada produjo mejoras significativas en la reducción de la ansiedad según la valoración de clínicos, padres y los propios niños. Se identificó que los programas más efectivos incorporaban apoyos visuales, entrenamiento parental y exposición gradual. Los autores concluyen que la TCC es un enfoque empíricamente validado para la ansiedad en ASD, aunque recomiendan mayor homogeneidad metodológica y estudios de seguimiento a largo plazo.

La atención a niños con trastornos del neurodesarrollo se sustenta en marcos normativos internacionales y nacionales que garantizan su derecho a la educación, salud y participación plena. A nivel mundial, documentos como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establecen que los Estados deben asegurar servicios de salud adecuados, intervenciones tempranas y una educación inclusiva que promueva el desarrollo integral y la eliminación de barreras para el aprendizaje (ONU, 2006; UNICEF, 1989). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud propone lineamientos para la detección temprana, atención interdisciplinaria y seguimiento continuo de trastornos del neurodesarrollo, enfatizando la importancia de servicios basados en evidencia y centrados en la familia (OMS, 2021).

En el contexto peruano, el Ministerio de Educación impulsa la educación inclusiva mediante la Ley General de Educación N.º 28044, la Ley N.º 29973 – Ley General de la Persona con Discapacidad, y los servicios del Servicio de Apoyo y Asesoramiento para la Atención de Necesidades Educativas Especiales (SAANEE), los cuales promueven

adaptaciones curriculares, apoyos especializados y entornos accesibles para estudiantes con TEA, TDAH u otros trastornos del neurodesarrollo. En el sector salud, el Ministerio de Salud regula la atención integral mediante la Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo (CRED), la Guía Técnica para el Diagnóstico y Atención del Trastorno del Espectro Autista, y las políticas de atención primaria orientadas a la pesquisa, evaluación interdisciplinaria y seguimiento terapéutico continuo (MINSAL, 2016; MINSAL, 2021)

Limitaciones de experiencia profesional. Durante la experiencia profesional en el centro terapéutico, se identificaron diversas limitaciones que influyeron en el desarrollo de las intervenciones cognitivo-conductuales. Una de ellas fue la escasa participación de algunos padres en las sesiones de orientación, lo que dificultó la continuidad y refuerzo de las estrategias en el hogar. También se presentaron restricciones en los recursos materiales y tecnológicos disponibles, limitando la aplicación completa de ciertas actividades terapéuticas. Asimismo, la diversidad de diagnósticos y niveles de severidad entre los niños atendidos exigió una alta personalización de los programas, lo que incrementó el tiempo de planificación y dificultó la comparación de resultados. A nivel institucional, la carga laboral y la falta de espacios regulares de coordinación entre áreas redujeron la integración de los planes terapéuticos. Otra limitación estuvo vinculada a la irregularidad en la asistencia de algunos pacientes, ocasionada por factores externos, lo cual afectó la evaluación continua del progreso. Finalmente, la ausencia de instrumentos estandarizados para medir los resultados a largo plazo restringió la posibilidad de contar con evidencias cuantitativas del impacto terapéutico.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El ingreso al Centro de Terapias Integrales Físicamente S.A.C. se realizó en enero de 2025, luego de una entrevista con la Gerencia General en la que se presentaron los lineamientos institucionales y el enfoque terapéutico basado en la intervención cognitivo conductual. Posteriormente, se llevó a cabo una inducción a cargo del equipo interdisciplinario, donde se expusieron las funciones de cada área y los procedimientos de evaluación e intervención aplicados en el centro. Como parte del proceso de integración, fueron revisadas las normas internas y se brindó capacitación inicial en análisis funcional de la conducta, uso de apoyos visuales y técnicas cognitivo-conductuales empleadas con niños con TEA, TDAH y dificultades en atención y autorregulación.

Dentro de la intervención psicológica en niños con trastornos del neurodesarrollo, se cumple con funciones específicas orientadas al desarrollo integral del usuario:

1. Brindar atención psicológica, terapéutica y de rehabilitación basada en evidencia científica.
2. Realizar evaluaciones diagnósticas especializadas en áreas cognitivas, conductuales, emocionales, lingüísticas y motoras.
3. Diseñar e implementar programas terapéuticos personalizados según el diagnóstico y necesidades individuales.
4. Promover la participación familiar en el proceso terapéutico mediante orientación y psicoeducación.
5. Monitorear y registrar avances de los usuarios mediante fichas de seguimiento y evaluaciones periódicas.
6. Garantizar el trabajo interdisciplinario, integrando áreas de psicología, lenguaje, terapia ocupacional y rehabilitación física.

Para cumplir con las funciones se realiza diferentes procedimientos, ordenados en fases:

I.- Fase de diagnóstico situacional. En esta fase se recolecta la información de todos los agentes que intervienen en el proceso, utilizando la herramienta FODA:

Tabla 2

Diagnóstico situacional

Diagnóstico situacional	Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Institucional	Equipo profesional capacitado y comprometido. Espacios adecuados para la atención infantil.	Recursos materiales especializados y limitados. Falta de protocolos estandarizados de seguimiento.	Posibilidad de alianzas con instituciones educativas y de salud. Acceso a programas de capacitación continua.	Alta demanda de servicios psicológicos. Competencia creciente de otras instituciones similares.
Niños	Disposición a participar en actividades lúdicas y terapéuticas. Habilidades básicas de comunicación y socialización.	Dificultades en autorregulación emocional y atención. Necesidad de intervenciones individualizadas.	Intervención temprana favorece avances y significativos. Existencia de programas terapéuticos estructurados.	Entornos familiares o escolares poco estimulantes. Posibles inasistencias o discontinuidad en el tratamiento.
Padres	Interés por apoyar el desarrollo de sus hijos. Disposición a colaborar en el proceso terapéutico.	Conocimiento limitado sobre sus necesidades específicas del niño. Dificultad para aplicar estrategias en casa.	Implementación de talleres psicoeducativos. Espacios de acompañamiento familiar.	Sobrecarga laboral y estrés familiar. Posibles dificultades económicas que afectan la continuidad.

En la Tabla 2, la evaluación situacional revela que la institución cuenta con un equipo profesional comprometido y espacios adecuados para la atención, aunque persisten limitaciones en recursos especializados y protocolos de seguimiento. En cuanto

a los niños, se destaca su disposición a participar en actividades terapéuticas, pero también se observan dificultades en la autorregulación emocional y la atención, lo que demanda intervenciones individualizadas. Respecto a los padres, muestran interés y voluntad de colaborar, aunque su conocimiento sobre las necesidades específicas de sus hijos es limitado. En conjunto, el análisis evidencia un entorno con potencial de mejora mediante capacitaciones, alianzas y programas de acompañamiento, pero sujeto a amenazas relacionadas con la alta demanda de servicios, la irregularidad en la asistencia y factores familiares que pueden afectar la continuidad del proceso terapéutico

II. Fase de intervención psicológica. El proceso de intervención cognitivo conductual sigue una secuencia estructurada:

1. Evaluación inicial: aplicación de pruebas, entrevistas y observaciones.
2. Formulación del caso: análisis funcional de la conducta, identificación de variables cognitivas, emocionales y contextuales.
3. Elaboración del plan terapéutico: definición de objetivos, selección de técnicas y determinación de la modalidad (individual, grupal o combinada).
4. Implementación del tratamiento: aplicación de técnicas TCC según el programa seleccionado (TEA, TDAH, atención-concentración, psicomotricidad o emocional-conductual).
5. Registro y monitoreo: seguimiento de avances, ajuste de estrategias y comunicación con la familia.
6. Evaluación final: análisis comparativo entre pre y post intervención, retroalimentación y recomendaciones

Objetivo general: Favorecer el desarrollo cognitivo, conductual, emocional y social de los niños con trastornos del neurodesarrollo mediante la implementación de intervenciones cognitivo-conductuales basadas en evidencia, promoviendo la adquisición

de habilidades adaptativas y la mejora de la conducta en los diversos contextos de su vida cotidiana.

Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades cognitivas, emocionales y conductuales del niño mediante un proceso de evaluación integral.
2. Implementar técnicas cognitivo-conductuales orientadas a mejorar comunicación, atención, autorregulación y habilidades sociales. Reducir conductas disruptivas mediante estrategias de modificación conductual. Promover la autonomía personal y el desempeño funcional en actividades diarias.
3. Fortalecer la participación familiar mediante orientación continua.
4. Evaluar los avances del niño durante y al finalizar el proceso terapéutico

Evaluación

La evaluación constituye una fase esencial del proceso terapéutico. En el centro se emplea una evaluación interdisciplinaria, que incluye listas de cotejo, escalas de observación y entrevistas clínicas. Según las necesidades del niño, se realizan evaluaciones en las áreas: cognitiva, emocional, conductual, lenguaje y comunicación, sensoriomotora, habilidades adaptativas.

Tabla 3

Evaluación psicológica en TEA

SESIONES	ÁREA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS / INSTRUMENTOS
1	Evaluación conductual, comunicativa y socioemocional	Identificar conductas características del TEA. - Evaluar habilidades comunicativas verbales y no verbales. - Reconocer niveles de interacción social y respuesta a estímulos. - Obtener información preliminar sobre rutinas, intereses y desencadenantes.	Observación clínica estructurada y no estructurada. - Entrevista inicial a padres o cuidadores. - <i>Checklist</i> de Conductas del Espectro Autista. - Registro ABC. - Juegos diagnósticos para evaluar contacto visual e imitación.
2	Evaluación sensorial y habilidades adaptativas	Explorar posibles de hipersensibilidades o hiposensibilidades sensoriales. - Evaluar la vida diaria. - Identificar patrones repetitivos o conductas autoestimulantes.	Perfil Sensorial o (observación y cuestionario para padres). - Escala de habilidades adaptativas (por autonomía en actividades de ejemplo, Vineland). - Observación estructurada de conductas repetitivas. - Material sensorial (texturas, sonidos, luces suaves).
3	Evaluación cognitiva, motriz y de juego	Valorar habilidades cognitivas básicas (atención, memoria, resolución de problemas). - Observar motricidad fina y gruesa. - Identificar el tipo y nivel de juego (funcional, simbólico, rompecabezas, muñecos y cooperativo).	Pruebas cognitivas apropiadas a la edad. - Tareas de coordinación y manipulación. - Observación del juego libre y dirigido. - Uso de bloques, material simbólico.

En la Tabla 3 se aprecia el proceso de evaluación realizado en tres sesiones, el cual permitió obtener una comprensión integral del funcionamiento del niño con características del TEA. En la primera sesión se identificaron patrones conductuales, comunicativos y socioemocionales relevantes, mientras que en la segunda se exploraron las respuestas sensoriales y las habilidades adaptativas, evidenciando áreas de dificultad y autonomía. Finalmente, la tercera sesión permitió valorar el desempeño cognitivo,

motriz y el tipo de juego, proporcionando una visión más completa de sus capacidades y necesidades.

Tabla 4

Evaluación psicológica en TDAH

SESIONES	ÁREA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS / INSTRUMENTOS
1	Evaluación conductual y atencional	Identificar indicadores iniciales de desatención, impulsividad e hiperactividad. - Recoger antecedentes del desarrollo y del funcionamiento escolar y familiar. - Observar el comportamiento del niño en actividades estructuradas y no estructuradas.	Entrevista clínica con padres o cuidadores. - Observación conductual directa. - Aplicación del <i>Cuestionario SNAP-IV</i> o <i>Conners</i> . - Registro anecdótico y hoja ABC.
2	Evaluación cognitiva y funciones ejecutivas	Explorar atención sostenida, selectiva y dividida. - Evaluar memoria de trabajo, organización y control inhibitorio. - Identificar dificultades en planificación y resolución de problemas.	Pruebas de atención (por ejemplo, Tareas de cancelación, Dígitos). - Actividades para evaluar funciones ejecutivas (Go/No Go, clasificaciones, secuencias). - Observación estructurada de desempeño en tareas.
3	Evaluación emocional, conductual y académica	Identificar presencia de frustración, baja tolerancia o dificultades emocionales secundarias. - Evaluar conducta en relación con normas y rutinas. - Analizar desempeño académico y áreas de mayor afectación.	Entrevista semiestructurada con el niño (según edad). - Revisión de cuadernos y tareas escolares. - Escalas emocionales y conductuales (CBCL, EDAH). - Observación en actividades de juego y trabajo.

La Tabla 4 evidencia un proceso de evaluación integral para identificar las manifestaciones del TDAH. En la primera sesión se exploraron los comportamientos básicos de inatención, impulsividad e hiperactividad, complementados con los

antecedentes proporcionados por los padres. La segunda sesión permitió profundizar en las funciones cognitivas y ejecutivas, revelando posibles dificultades en atención, memoria de trabajo y control inhibitorio. Finalmente, la tercera sesión incorporó la dimensión emocional, conductual y académica, identificando cómo los síntomas impactan en el rendimiento escolar, la regulación emocional y el cumplimiento de normas.

El enfoque cognitivo conductual requiere identificar conductas problema, sus antecedentes y consecuentes (ABC), así como los patrones cognitivos asociados. Esta información permite formular hipótesis claras sobre el origen y mantenimiento de las dificultades observadas.

Tabla 5

Análisis funcional de la conducta para caso TEA

Antecedente (A)	Conducta (B) (frecuencia, duración, intensidad)	Consecuencia (C)	Tipo de refuerzo (positivo/negativo)	Objetivo terapéutico
El adulto solicita al niño que deje una actividad preferida (tableta, bloques) para iniciar una tarea estructurada.	El niño presenta un berrinche: se tira al piso. Frecuencia: 4 veces para una sesión. Duración: 3–5 minutos. Intensidad: media–alta.	El adulto detiene la demanda o retrasa el inicio de la actividad, permitiendo que el niño continúe con su actividad preferida.	Refuerzo negativo (evita tarea). Refuerzo positivo (mantiene actividad preferida).	Reducir conductas disruptivas mediante estrategias de transición, enseñanza de comunicación funcional y reforzamiento de conductas alternativas.

En la Tabla 5 se identifica que la conducta disruptiva del niño con TEA ocurre principalmente cuando se le solicita dejar una actividad altamente motivadora para iniciar una tarea estructurada, lo que funciona como un antecedente directo del berrinche. La

conducta caracterizada por llanto, gritos y tirarse al piso se presenta con una frecuencia e intensidad significativas, lo que indica dificultad para afrontar transiciones y demandas. La consecuencia inmediata por parte del adulto, al detener la solicitud o permitir que el niño continúe con la actividad preferida, refuerza la conducta tanto de manera negativa (al evitar la tarea) como positiva (al mantener el acceso al estímulo preferido). Este patrón sugiere que el comportamiento se mantiene por contingencias inadvertidas. Por ello, el objetivo terapéutico se orienta a disminuir las conductas disruptivas mediante estrategias de transición, comunicación funcional y refuerzo de conductas alternativas que faciliten el cambio de actividad sin malestar.

Tabla 6

Análisis funcional de la conducta para caso TDAH

Antecedente (A)	Conducta (B) (frecuencia, duración, intensidad)	Consecuencia (C)	Tipo de refuerzo (positivo/negativo)	Objetivo terapéutico
El niño inicia una actividad que requiere atención sostenida (escritura, lectura o resolución de ejercicios).	El niño se levanta del asiento, camina por el aula y habla con otros. Frecuencia: cada 3–5 minutos. Duración: episodios de 10–30 segundos. Intensidad: leve–moderada.	El docente detiene la actividad para llamarle la atención o permite que “camine un momento” antes de regresar a la tarea.	Refuerzo positivo (obtiene atención). Refuerzo negativo (escapa momentáneamente de la tarea demandante).	Incrementar la capacidad de permanencia en tareas, mejorar la autorregulación y establecer rutinas de trabajo con apoyos visuales y refuerzos adecuados.

En la Tabla 6 se observa que la conducta disruptiva del niño con TDAH surge principalmente cuando debe realizar actividades que requieren atención sostenida, lo cual

actúa como antecedente que incrementa la probabilidad de inquietud motora. La conducta levantarse, caminar por el aula y hablar con otros aparece con alta frecuencia y con episodios breves pero reiterados, reflejando dificultades para mantener la permanencia en tareas estructuradas. La respuesta del docente, al detener la actividad para llamarle la atención o permitirle moverse por un momento, termina reforzando el comportamiento tanto de manera positiva (al brindarle atención directa) como negativa (al permitirle escapar temporalmente de la demanda académica). Esto sugiere que la conducta se mantiene por contingencias inadvertidas del entorno. Frente a ello, el objetivo terapéutico se orienta a mejorar la autorregulación, aumentar el tiempo de permanencia en tareas y establecer rutinas de trabajo más claras y apoyadas con reforzadores adecuados, con el fin de disminuir la interferencia de estas conductas en el desempeño.

El diagnóstico se establece a partir del análisis integral de la información obtenida durante la evaluación. Se consideran los criterios clínicos internacionales (DSM-5-TR), el funcionamiento adaptativo y el desempeño en los ámbitos familiar y escolar. El diagnóstico orienta la selección de los programas terapéuticos y determina el nivel de apoyo necesario.

Asimismo, se describen las fortalezas del niño, su estilo de aprendizaje, formas de comunicación, y condiciones que favorecen o dificultan su desempeño, con el fin de diseñar un plan adecuado y funcional.

Tabla 7

Listado de conductas problemas en TEA

ÁREA	CONDUCTA PROBLEMA	OBJETIVO DE INTERVENCIÓN
Conductual	Dificultad para seguir instrucciones básicas (no responde a consignas simples como “siéntate” o “guarda”).	Favorecer el seguimiento de instrucciones básicas mediante estrategias de modelado, reforzamiento positivo y rutinas estructuradas.
Social	Escasa interacción con pares o adultos (no inicia contacto visual, evita el juego compartido).	Incrementar las habilidades de interacción social mediante técnicas de enseñanza estructurada, juego guiado y entrenamiento en habilidades sociales.
Comunicacional	Uso limitado o inexistente de lenguaje funcional para expresar necesidades (tiende a señalar o llevar de la mano).	Desarrollar comunicación funcional mediante sistemas alternativos/aumentativos (PECS, gestos) y reforzar el uso de peticiones adecuadas.
Sensorial	Hipersensibilidad a sonidos o texturas (se tapa los oídos, rechaza ciertas prendas o materiales).	Regulares respuestas sensoriales mediante integración sensorial, desensibilización gradual y estrategias de autorregulación.
Emocional	Crisis o berrinches ante cambios de rutina o transiciones.	Fortalecer la tolerancia al cambio mediante anticipadores visuales, tiempos de transición y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
Juego	Juego repetitivo o no funcional (alinear objetos, girar ruedas, uso limitado de juguetes).	Promover el juego funcional y simbólico mediante intervención estructurada, modelado y reforzamiento.

La Tabla 7 muestra un conjunto de conductas problemáticas comunes en niños con TEA, organizadas por áreas clave del desarrollo, lo que permite identificar de manera precisa los desafíos que afectan su funcionamiento cotidiano. En el ámbito conductual, se observa dificultad para seguir instrucciones básicas, lo cual evidencia limitaciones en la comprensión de consignas y en la respuesta a demandas simples. En el área social, la escasa interacción con pares y adultos refleja dificultades para iniciar y mantener vínculos, señalando la necesidad de intervenir en habilidades sociales y juego compartido.

En el componente comunicacional, el uso reducido de lenguaje funcional para expresar necesidades indica una dependencia de gestos o acciones, lo que justifica la incorporación de sistemas alternativos de comunicación. Asimismo, en el área sensorial se presentan respuestas de hipersensibilidad, lo que afecta la participación en actividades y genera malestar ante estímulos cotidianos. A nivel emocional, las crisis frente a cambios de rutina evidencian baja tolerancia a la frustración y dificultades en la flexibilidad. Finalmente, en el área de juego se identifican patrones repetitivos o no funcionales, lo que limita el desarrollo del juego simbólico y social.

Tabla 8

Listado de conductas problemas en TDAH

ÁREA	CONDUCTA PROBLEMA	OBJETIVO DE INTERVENCIÓN
Atención	Dificultad para mantener la atención en tareas académicas o instrucciones prolongadas.	Incrementar la atención sostenida mediante rutinas estructuradas, tareas fragmentadas, uso de apoyos visuales y reforzadores inmediatos.
Conductual	Inquietud motora constante (levantarse, moverse en exceso, manipular objetos).	Reducir la hiperactividad mediante técnicas de autorregulación, pausas activas estructuradas y manejo conductual.
Impulsividad	Interrumpe, responde antes de tiempo o actúa sin pensar.	Mejorar el control inhibitorio mediante técnicas cognitivo-conductuales, entrenamiento en demora de la respuesta y reforzamiento diferencial.
Académica	Dificultad para completar tareas escolares o trabajos que requieren organización y secuencia.	Fortalecer habilidades de planificación y organización mediante agendas visuales, pasos guiados y supervisión gradual.
Emocional	Frustración rápida o baja tolerancia a la espera y a la corrección.	Desarrollar habilidades de regulación emocional mediante estrategias de respiración, modelado y reforzamiento de conductas calmadas.
Social	Problemas para respetar turnos, normas o límites en actividades grupales.	Favorecer habilidades sociales mediante juegos estructurados, práctica guiada y retroalimentación inmediata.

La tabla 8 evidencia que los estudiantes con TDAH presentan dificultades en seis

áreas principales: atención, conducta, impulsividad, desempeño académico, regulación emocional y habilidades sociales. Entre las conductas problema más comunes destacan la incapacidad para mantener la atención, la inquietud motora constante, la impulsividad, la desorganización en tareas, la frustración rápida y los problemas para respetar normas o turnos. Los objetivos de intervención se orientan a desarrollar atención sostenida, reducir la hiperactividad, mejorar el control inhibitorio, fortalecer la organización académica, promover la regulación emocional y favorecer la interacción social. Para ello se proponen estrategias como rutinas estructuradas, apoyos visuales, técnicas cognitivo-conductuales, pausas activas, entrenamiento en habilidades sociales y reforzamiento positivo

Implementación

La implementación del programa terapéutico se estructura en sesiones planificadas según el diagnóstico: TEA, TDAH, atención-concentración, psicomotricidad o emocional-conductual. Cada sesión sigue un formato TCC que incluye:

1. Explicación breve del objetivo: anticipación mediante apoyos visuales.
2. Modelado o demostración: el terapeuta ejemplifica la conducta meta.
3. Práctica guiada: el niño realiza la tarea con apoyo del terapeuta.
4. Práctica independiente: consolidación del aprendizaje.
5. Refuerzo: social, visual o mediante economía de fichas.
6. Registro conductual: anotación de avances y dificultades.

El programa se ajusta constantemente según el progreso del niño, y se coordinan tareas para el hogar para fortalecer la generalización de las habilidades.

Estrategias de intervención

De acuerdo con el enfoque cognitivo conductual, se emplean estrategias específicas según la necesidad de cada niño:

Para niños con TEA

- Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT).
- Uso de apoyos visuales y agendas estructuradas.
- Reforzamiento diferencial (DRA, DRO).
- Modelado, práctica en vivo y encadenamiento.
- Técnicas de autorregulación emocional (semáforo, tarjetas de pausa).

Para niños con TDAH

- Entrenamiento atencional y técnicas de focalización.
- Autoinstrucciones (alto–pienso–actúo, semáforo de la atención).
- Reestructuración cognitiva básica.
- Contratos conductuales y economía de fichas.
- Solución de problemas y secuencias paso a paso.

En intervención grupal cognitivo conductual

- Técnicas de discriminación visual y auditiva.
- Memoria de trabajo mediante ensayos y repetición escalonada.
- Atención sostenida y selectiva.
- Autocontrol conductual y regulación emocional.
- Role playing, modelado social y refuerzo grupal.

Tabla 9

Intervención cognitivo conductual en niños con TEA

Sesión	Objetivo	Estrategia / Técnica Cognitivo-Conductual
1. Comunicación funcional	Favorecer la expresión de necesidades básicas de forma verbal o con sistema alternativo (PECS, pictogramas).	Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT) y modelado con apoyos visuales.
2. Uso adecuado de apoyos visuales	Incrementar la comprensión de rutinas y anticipación de actividades.	Encadenamiento con secuencias visuales y uso de agendas estructuradas.
3. Habilidades sociales básicas I	Desarrollar atención conjunta y saludo adecuado.	Modelado, role-playing simple y refuerzo positivo.
4. Habilidades sociales básicas II	Promover la interacción breve con pares: compartir, turnos.	Economía de fichas, práctica en vivo, reforzamiento diferencial (DRO/DRA).
5. Tolerancia a la espera	Aumentar la capacidad para esperar turnos y retrasos breves.	Exposición gradual, uso de tiempo estructurado y reforzamiento diferencial.
6. Permanencia en actividades	Incrementar el tiempo de permanencia en tareas estructuradas.	Desensibilización gradual, análisis de tareas y refuerzo intermitente.
7. Manejo de conductas disruptivas	Reducir rabietas, gritos o evitación mediante autorregulación.	FCT, reforzamiento diferencial, extinción controlada y uso de tarjetas de pausa.
8. Autonomía personal I	Promover habilidades básicas: higiene, vestido, organización personal.	Encadenamiento hacia adelante o atrás, modelado, refuerzo positivo.
9. Autonomía personal II	Consolidar rutinas autónomas mediante secuencias visuales.	Entrenamiento en rutinas, práctica guiada, autoinstrucciones visuales.
10. Autorregulación emocional	Incrementar la capacidad para reconocer y manejar emociones básicas.	Semáforo de emociones, entrenamiento en autoinstrucciones, práctica en situaciones simuladas.

La tabla 9 presenta un programa de intervención cognitivo-conductual

estructurado en 10 sesiones dirigido a niños con TEA, centrado en el desarrollo de comunicación funcional, habilidades sociales, autonomía y autorregulación. La progresión de las sesiones sigue una lógica gradual: inicia con la comunicación y el uso de apoyos visuales elementos fundamentales en el aprendizaje estructurado de los niños con TEA y avanza hacia habilidades sociales, tolerancia a la espera y permanencia en actividades, áreas frecuentemente afectadas en este diagnóstico. A partir de la mitad del programa se incluyen técnicas específicas para el manejo de conductas disruptivas, incorporando estrategias como el Entrenamiento en Comunicación Funcional (FCT), el reforzamiento diferencial y la extinción controlada, lo que permite reemplazar conductas inapropiadas por respuestas funcionales y reguladas. Posteriormente, el plan enfatiza el desarrollo de la autonomía personal, mediante el encadenamiento de conductas y el uso de rutinas visuales, favoreciendo que el niño realice tareas de autocuidado con menor dependencia del adulto. Finalmente, la intervención culmina con el aprendizaje de autorregulación emocional, ayudando al niño a identificar sus estados emocionales y aplicar estrategias como autoinstrucciones o el semáforo emocional para manejar situaciones difíciles.

Tabla 10

Intervención cognitivo conductual en niños con TDAH

Sesión	Objetivo	Estrategia / Técnica Cognitivo-Conductual
1. Introducción y establecimiento de normas	Favorecer la comprensión del programa, generar vínculo y establecer reglas claras para el trabajo.	Psicoeducación, contrato conductual, establecimiento de expectativas.
2. Mejorar la atención sostenida	Incrementar la capacidad para mantener la atención durante períodos breves y luego más prolongados.	Entrenamiento atencional, técnicas de focalización, reforzamiento positivo.
3. Atención selectiva y control de distractores	Enseñar a identificar distractores internos y externos y aprender a filtrarlos.	Técnicas de autocontrol, práctica de atención selectiva, “semáforo de la atención”.
4. Autorregulación emocional	Reconocer emociones y aprender a regular respuestas impulsivas.	Reestructuración cognitiva básica, identificación de pensamientos-emociones, uso de tarjetas emocionales.
5. Manejo de impulsividad	Reducir respuestas impulsivas en casa y escuela.	Técnica del “alto-pienso-actúo”, modelado, práctica guiada.
6. Rutinas y hábitos	Mejorar la organización cotidiana mediante rutinas claras y consistentes.	Economía de fichas, planificación con listas visuales, autocontrol por pasos.
7. Seguimiento de instrucciones	Aumentar la capacidad de escuchar, repetir y ejecutar instrucciones en orden.	Técnica de instrucciones “1-2-3”, ensayos conductuales, reforzamiento inmediato.
8. Habilidades sociales básicas	Fomentar interacción positiva: saludar, pedir ayuda, esperar turnos.	Role playing, refuerzo diferencial, modelado social.
9. Resolución de conflictos	Enseñar estrategias para manejar discusiones y desacuerdos con pares.	Solución de problemas (pasos cognitivos), técnica del semáforo, práctica guiada.
10. Cierre y generalización	Evaluar avances y planificar cómo mantener los logros en casa y escuela.	Revisión de logros, reforzamiento, plan de mantenimiento conductual.

La tabla 10 describe un programa de intervención cognitivo-conductual para niños

con TDAH organizado en 10 sesiones progresivas. El enfoque inicia con la psicoeducación y el establecimiento de normas para generar estructura y claridad, aspectos esenciales en el trabajo con este diagnóstico. En las sesiones siguientes, el programa se centra en mejorar la atención sostenida y selectiva, enseñando a los niños a manejar distractores y a usar estrategias de autocontrol. Posteriormente, se abordan componentes clave del TDAH como la autorregulación emocional y el manejo de la impulsividad, empleando técnicas concretas como el “alto-pienso-actúo” y ejercicios de identificación de emociones. También se trabaja en la creación de rutinas y hábitos, así como en el seguimiento de instrucciones, con el fin de favorecer la organización y el cumplimiento de tareas. En la parte final del programa, las sesiones están orientadas al desarrollo de habilidades sociales y a la resolución de conflictos, habilidades frecuentemente afectadas en niños con TDAH. El proceso culmina con una sesión de cierre enfocada en la generalización de aprendizajes, asegurando que los logros puedan mantenerse tanto en casa como en la escuela.

Tabla 11

Intervención grupal cognitivo conductual con niños (atención y concentración)

Sesión	Tema Habilidad	Objetivo específico	Estrategia Cognitivo-Conductual	Técnica
1	Colores	Mantener la atención sostenida al identificar colores.	Entrenamiento atencional + Reforzamiento positivo + Modelado.	+
2	Números	Desarrollar atención selectiva al identificar números en secuencia.	Atención selectiva + Autoinstrucciones (“busco – pienso – elijo”).	+
3	Letras	Fortalecer memoria auditiva y visual en reconocimiento de letras.	Memoria de trabajo + Técnica de repetición escalonada + Apoyo visual.	+
4	Figuras geométricas	Mejorar atención sostenida y selectiva en identificación de formas.	Clasificación TCC + Encadenamiento hacia atrás + Reforzamiento.	+
5	Figura–fondo	Trabajar discriminación visual.	Búsqueda visual dirigida + Control de distractores.	+
6	Discriminación visual	Distinguir estímulos similares.	Comparación guiada + Verbalización de diferencias (autodiálogo).	+
7	Memoria visual	Retener secuencias breves visuales.	Memoria secuencial + Técnica de ensayo visual.	+
8	Memoria auditiva	Retener secuencias de palabras/sonidos.	Autoinstrucciones verbales + Repetición controlada.	+
9	Atención sostenida	Mantener concentración por tiempo determinado.	Entrenamiento en tareas prolongadas + Reforzamiento diferencial.	+
10	Atención selectiva	Filtrar estímulos irrelevantes mientras realiza una tarea.	Técnica del semáforo atencional + Autocontrol conductual.	+
11	Funciones ejecutivas	Planificar y organizar secuencias.	Solución de problemas + Secuencias paso a paso + Autorrevisión.	+

La Tabla 11 presenta un programa de intervención grupal cognitivo-conductual

orientado a fortalecer la atención, concentración y habilidades cognitivas básicas en niños. El diseño de las sesiones sigue una progresión gradual que inicia con estímulos simples como colores, números y letras para favorecer la atención sostenida y selectiva, utilizando estrategias como el modelado, el reforzamiento positivo y las autoinstrucciones. A medida que avanza el programa, se incorporan habilidades más complejas como la discriminación visual, figura-fondo y memoria visual y auditiva, permitiendo que los niños desarrollen procesos de percepción y memoria que sostienen el aprendizaje escolar. Las técnicas empleadas, como verbalización guiada, repetición escalonada, búsqueda visual dirigida y autodiálogo, facilitan que los participantes internalicen estrategias de autocontrol cognitivo. En las últimas sesiones, el énfasis se desplaza hacia tareas que requieren mayor autorregulación, como la atención sostenida en períodos prolongados, la atención selectiva bajo distractores y el fortalecimiento de funciones ejecutivas planificación, organización y autorrevisión.

Tabla 12

Intervención grupal cognitivo conductual con niños (psicomotricidad)

Sesión	Tema / Habilidad	Objetivo específico	Estrategia / Técnica Cognitivo-Conductual
1	Colores	Identificar colores mientras se desplaza.	Refuerzo positivo + Tareas por pasos + Autoinstrucciones motoras.
2	Números	Asociar número con cantidad de movimientos.	Tarea conductual estructurada + Fijación de reglas.
3	Letras	Reconocer letras mediante desplazamiento.	Modelado + Atención selectiva + Reforzamiento inmediato.
4	Figuras geométricas	Coordinación motora al identificar figuras.	Encadenamiento motor + Guía visual + Repetición estructurada.
5	Figura-fondo	Identificar estímulos relevantes en movimiento.	Control de distractores + Atención selectiva.
6	Discriminación visual	Diferenciar estímulos mientras se mueve.	Autoinstrucciones + Comparación guiada.
7	Memoria visual	Recordar secuencia motora.	Memoria secuencial + Ensayo motor.
8	Memoria auditiva	Seguir instrucciones auditivas.	Técnica “Escucho – Pienso – Hago” + Ensayo conductual.
9	Atención sostenida	Mantener foco motor prolongado.	Autocontrol + Reforzamiento por permanencia en tarea.
10	Atención selectiva	Focalizar en la consigna pese a distractores.	Técnica del semáforo + Control inhibitorio.
11	Funciones ejecutivas	Planificar secuencias motrices.	Solución de problemas + Planificación guiada + Autoevaluación.

La Tabla 12 muestra un programa grupal de intervención cognitivo-conductual

centrado en el desarrollo de habilidades psicomotrices en niños, integrando movimiento con procesos atencionales, perceptuales y ejecutivos. El plan avanza de tareas simples como identificar colores o números mientras se desplazan hacia actividades más complejas que requieren discriminación visual, memoria motora y control inhibitorio. En las primeras sesiones predominan estrategias como el modelado, el refuerzo positivo y las autoinstrucciones motoras, que facilitan la comprensión de consignas y el ajuste del movimiento. Posteriormente, se incluyen actividades que combinan desplazamientos con discriminación visual y auditiva, promoviendo coordinación, memoria secuencial y seguimiento de instrucciones. Las últimas sesiones se centran en habilidades de mayor demanda cognitiva, como la atención sostenida durante el movimiento, la atención selectiva frente a distractores y la planificación de secuencias motrices, utilizando técnicas como el semáforo conductual, solución de problemas y autoevaluación.

Tabla 13

Intervención grupal cognitivo conductual con niños (emocional – conductual)

Sesión	Tema / Habilidad	Objetivo específico	Estrategia / Técnica Cognitivo-Conductual
1	Calma	Regulares emociones básicas.	Respiración guiada + Técnica de burbujas + Autocontrol.
2	Esperar turnos	Mejorar autocontrol conductual.	Refuerzo diferencial + Juegos por turnos.
3	Pedir ayuda	Expresión adecuada de necesidades.	Entrenamiento en habilidades sociales + Role playing.
4	Reducir autoestimulación	Sustituir conductas por alternativas.	Reforzamiento diferencial (DRO) + Objeto sensorial.
5	Expresar agrado/desagrado	Identificación emocional.	Tableros visuales + Comunicación alternativa.
6	Juego cooperativo	Trabajar interacción positiva.	Role playing + Reforzamiento grupal.
7	Reconocimiento emocional	Identificar alegría en otros.	Modelado emocional + Imágenes.
8	Autocontrol ante frustración	Controlar impulsos.	Tarjeta “pausa” + Técnica STOP.
9	Alternancia de tareas	Transición entre actividades.	Pictogramas + Refuerzo por adaptación.
10	Respeto del espacio personal	Regular conducta social.	Ensayos conductuales + Límites visuales.

La Tabla 13 presenta un programa de intervención grupal cognitivo-conductual dirigido a fortalecer habilidades emocionales y conductuales en niños. Las sesiones están organizadas de manera progresiva, iniciando con el control emocional básico y avanzando hacia habilidades sociales más complejas. En las primeras sesiones se trabaja la autorregulación emocional, utilizando técnicas simples como la respiración guiada, el autocontrol y juegos estructurados que favorecen la espera de turnos. Posteriormente, se

introducen habilidades sociales esenciales como pedir ayuda, expresar agrado o desagrado y participar en juego cooperativo mediante role playing, tableros visuales y sistemas de comunicación alternativa. El programa también aborda conductas específicas como la autoestimulación, ofreciendo alternativas sensoriales y reforzamiento diferencial para disminuir comportamientos inapropiados. Finalmente, se fortalecen habilidades de adaptación, como el manejo de la frustración, la alternancia entre tareas y el respeto del espacio personal, utilizando apoyos visuales y técnicas como el STOP o las tarjetas de pausa.

Intervención TCC con padres. La intervención individual tiene como finalidad brindar orientación personalizada y entrenar a los padres en estrategias cognitivo-conductuales que favorezcan el manejo del comportamiento del niño en casa. Incluye: Psicoeducación específica sobre el diagnóstico, características y necesidades del niño.

Entrenamiento en manejo conductual, incluyendo reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial (DRA–DRO), economía de fichas y extinción controlada.

Identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales sobre la conducta del niño (culpa, frustración, expectativas irreales).

Modelado y práctica guiada de técnicas de comunicación efectiva, establecimiento de límites y rutinas.

III. Etapa de seguimiento/monitoreo. Esta etapa asegura la continuidad del cambio y previene recaídas. Incluye:

Sesiones de seguimiento quincenales o mensuales con padres para revisar avances y dificultades.

Monitoreo del cumplimiento de estrategias en casa y escuela, ajustando cuando sea necesario.

Evaluación de generalización de habilidades: permanencia en tareas, regulación

emocional, interacción social y autonomía.

Uso de checklists o registros conductuales para observar frecuencia, intensidad y duración de conductas clave.

Refuerzo de progresos, retroalimentación positiva y ajustes del plan conductual.

Plan de mantenimiento, con recomendaciones para el largo plazo, manejo de situaciones de riesgo y estrategias preventivas.

Tabla 14

Seguimiento con niños (6 meses)

Mes	Actividad / Estrategia	Ejemplo	Objetivo
1-6	Sesiones de seguimiento quincenales	Juegos estructurados para practicar regulación emocional; revisión de tareas y actividades escolares	Evaluar permanencia de habilidades adquiridas y ajustar estrategias según necesidad
1-6	Monitoreo de estrategias en casa y escuela	Supervisión del cumplimiento de rutinas diarias, uso de estrategias de autocontrol y refuerzo positivo en aula	Promover la generalización de habilidades y reforzar conductas adaptativas
2, 4, 6	Evaluación de interacción social y autonomía	Observación durante juegos con pares o participación en actividades grupales	Comprobar la transferencia de habilidades a contextos naturales
1-6	Uso de registros conductuales	Registro de frecuencia e intensidad de conductas de autocontrol o socialización	Documentar avances y detectar áreas que requieren ajuste
1-6	Refuerzo positivo y retroalimentación	Reconocimiento verbal o sistema de puntos por conducta adecuada	Mantener motivación y consolidar aprendizajes

La tabla 14 evidencia que el seguimiento con los niños busca consolidar habilidades adquiridas, asegurando que se generalicen a distintos contextos (casa, escuela y recreación). La combinación de sesiones estructuradas, monitoreo y registros permite identificar progresos y posibles dificultades, mientras que el refuerzo positivo asegura motivación continua y facilita la permanencia del cambio conductual

Tabla 15

Seguimiento con padres (6 meses)

Mes	Actividad / Estrategia	Ejemplo	Objetivo
1-6	Sesiones quincenales o mensuales	Reuniones presenciales o virtuales para revisar progresos y dificultades	Apoyar la consistencia de estrategias en casa y resolver dudas
1-6	Monitoreo del cumplimiento de estrategias	Revisar registros de tareas, rutinas y comportamientos en casa	Detectar obstáculos y reforzar prácticas efectivas
2, 4, 6	Plan de mantenimiento y manejo de riesgo	Explicar cómo prevenir recaídas ante situaciones de estrés o cambios de rutina	Garantizar continuidad del cambio y prevención de conductas problemáticas
1-6	Retroalimentación positiva	Elogiar avances y sugerir ajustes concretos	Motivar a los padres y reforzar la aplicación correcta de estrategias

La tabla 15 muestra el seguimiento con los padres siendo clave para la sostenibilidad de los cambios, ya que ellos implementan estrategias en el entorno cotidiano. Las reuniones y el monitoreo permiten detectar dificultades tempranas y ajustar el plan de manera proactiva. La retroalimentación positiva contribuye a incrementar la adherencia a las estrategias y reforzar la práctica constante de conductas adaptativas.

Tabla 16

Seguimiento con otros profesionales (docentes, terapeutas, psicólogos) (6 meses)

Mes	Actividad / Estrategia	Ejemplo	Objetivo
1-6	Coordinación de estrategias	Reunión mensual con docentes para revisar avances en aula	Asegurar coherencia de intervención entre entornos
2, 4, 6	Evaluación de generalización de habilidades	Compartir observaciones sobre autonomía, interacción social y regulación emocional	Confirmar que los aprendizajes se trasladan a distintos contextos
1-6	Ajuste del plan conductual	Modificación de objetivos de estrategias según registros de comportamiento	Optimizar efectividad de la intervención y mantener progreso

Mes	Actividad / Estrategia	Ejemplo	Objetivo
1-6	Uso de checklists o registros compartidos	Formatos estandarizados para registrar conductas observadas	Facilitar seguimiento objetivo y comunicación entre profesionales

La tabla 16 muestra la coordinación con otros profesionales dado que permite una visión integral del desarrollo del niño, asegurando que las estrategias sean consistentes y adaptadas a diferentes contextos. El uso de checklists y registros compartidos proporciona información objetiva para realizar ajustes precisos, favoreciendo la generalización de habilidades y reduciendo riesgos de recaída.

Consideraciones éticas. Durante todo el proceso se cumplieron de manera estricta las normas éticas establecidas por la institución y por la profesión. Se protegió la confidencialidad de los participantes y se garantizó un trato respetuoso, tal como señalan el art. 4, literal e, del Código de Ética para la Investigación Científica de la Universidad Privada del Norte (UPN, 2024) y el art. 54 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), los cuales resaltan la importancia de mantener la integridad, la reserva de datos y el respeto por los estándares de investigación.

Se obtuvo el permiso informado de los padres, de acuerdo con lo establecido en el art. 4, literal a, del Código de Ética para la Investigación Científica de la UPN (2024), que reconoce el derecho de las personas a decidir libremente. Esto coincide con lo dispuesto en el art. 49 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), que exige el consentimiento de los representantes legales y la aceptación del menor. Estas acciones se alinean también con la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), la cual enfatiza la importancia del consentimiento informado.

El trabajo se realizó siguiendo los principios de beneficencia y justicia, descritos

en los literales b y d del art. 4 del Código de Ética para la Investigación Científica (UPN, 2024), que orientan al cuidado del bienestar y al trato equitativo. Esto se complementa con lo establecido en el art. 50 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), que indica que los beneficios deben prevalecer sobre los riesgos, así como con el principio de prioridad del bienestar del participante indicado en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). Las acciones se desarrollaron respetando los valores de inclusión, equidad y dignidad humana, en coherencia con el art. 53 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2024), que señala la obligación de actuar conforme a los principios éticos universales.

Finalmente, para la redacción, citación y presentación de referencias, se aplicaron rigurosamente las normas de la American Psychological Association (APA, 2020), garantizando claridad, coherencia y uniformidad en todo el documento.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se presentan en función de los objetivos planteados. Cada análisis se organizó de manera que refleje de forma clara y sistemática los hallazgos correspondientes al objetivo general y específicos.

Tabla 17

Datos sociodemográficos

EDAD	TEA		TDAH		TOTAL	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
3 – 4 años	3	0	2	1	15	1
5 – 7 años	6	0	1	0		
8 – 9 años	1	0	2	0		

La tabla 17 muestra la distribución de los casos donde los varones predominan en ambos trastornos, especialmente en TEA, concentrándose entre 5–7 años. Los casos de TDAH están más dispersos en edades tempranas. Las mujeres están poco representadas, con solo una mujer con TDAH en 3–4 años y ninguna con TEA en los otros rangos.

Tabla 18

Frecuencia de niveles de inteligencia según trastorno y sexo (N = 16)

Trastorno	Nivel de inteligencia	Frecuencia (Varón)	Frecuencia (Mujer)	Total
TEA	Bajo	4	0	4
	Promedio	6	0	6
	Alto	0	0	0
TDAH	Bajo	0	1	1
	Promedio	5	0	5
	Alto	0	0	0
Total		15	1	16

La tabla 18 muestra que la mayor parte de los niños con TEA se sitúa en un rango

de inteligencia promedio (6 varones), siendo el nivel bajo (4 varones) el siguiente más frecuente, y no se registraron casos de nivel alto. En cuanto al TDAH, la mayoría de los casos también se encuentra en el nivel de inteligencia promedio (5 varones), presentándose únicamente un caso de bajo nivel en una niña, sin reportarse casos de nivel alto.

Tabla 19

Promedio de conductas problema antes y después de la intervención en niños con TEA (N = 10)

Área evaluada	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Seguimiento de instrucciones	4.5	Alta	2.3	Baja	Mejora
Interacción social	4.5	Alta	2.5	Baja	Mejora
Comunicación funcional	4.6	Alta	2.5	Baja	Mejora
Respuestas sensoriales	4.4	Alta	3.2	Baja	Moderada
Tolerancia al cambio	4.6	Alta	2.5	Baja	Mejora
Juego funcional	4.6	Alta	2.4	Baja	Mejora

Nota. M = promedio. Puntajes en escala de 1–5 (mayor puntaje = mayor intensidad del problema)

Los resultados de la intervención cognitivo-conductual en los niños con TEA mostraron mejoras significativas en la mayoría de las áreas evaluadas. Inicialmente, todas las conductas problemáticas presentaban niveles altos, con puntajes promedio entre 4.4 y 4.6. Tras seis meses de intervención, se observó una disminución en los puntajes de todas las áreas: seguimiento de instrucciones (4.5 a 2.3), interacción social (4.5 a 2.5), comunicación funcional (4.6 a 2.5), tolerancia al cambio (4.6 a 2.5) y juego funcional (4.6 a 2.4), indicando un cambio claro hacia niveles bajos de intensidad de las conductas. El área de respuestas sensoriales presentó la menor reducción (4.4 a 3.2), aunque también mostró un avance moderado. Estos resultados evidencian que la intervención fue efectiva,

especialmente en aspectos relacionados con la instrucción, la interacción social, la comunicación y la adaptación a cambios, mientras que las conductas sensoriales requieren seguimiento adicional.

Tabla 20

Número de niños que mejoraron en cada conducta problema en niños con TEA (N = 10)

Área evaluada	Niños que mejoraron	Porcentaje
Seguimiento de instrucciones	10	100%
Interacción social	9	90%
Comunicación funcional	9	90%
Respuestas sensoriales	7	70%
Tolerancia al cambio	9	90%
Juego funcional	10	100%

En la Tabla 20 se muestra el número de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que mejoraron en diferentes conductas problema tras la intervención, así como el porcentaje correspondiente (N = 10). La mejora en cada área se evaluó mediante observación sistemática y listas de cotejo: seguimiento de instrucciones (cumplimiento de órdenes y secuencias), interacción social (participación y contacto social), comunicación funcional (uso de lenguaje verbal o no verbal), respuestas sensoriales (tolerancia a estímulos), tolerancia al cambio (adaptación a modificaciones) y juego funcional (realización de actividades lúdicas con propósito). Los resultados muestran que todos los niños mejoraron en seguimiento de instrucciones y juego funcional (100 %), mientras que en interacción social, comunicación funcional y tolerancia al cambio el 90 % presentó avances. Respuestas sensoriales fue el área con menor mejora, alcanzando el 70 %. En general, la intervención fue altamente efectiva, con mejoras significativas en la mayoría de las áreas evaluadas.

Tabla 21

Asociación general entre sesiones y áreas en las que se observó mejora en niños con TEA

Sesiones trabajadas	Área que impactan	Tipo de mejora observada
Comunicación funcional (Sesión 1)	Comunicación	Los niños realizan más peticiones adecuadas.
Apoyos visuales y rutinas (Sesión 2)	Conductual / Emocional	Mejor seguimiento de instrucciones y menos crisis por cambios.
Habilidades sociales (Sesiones 3–4)	Social	Más contacto visual, turnos y juego compartido.
Tolerancia y permanencia (Sesiones 5–6)	Conductual	Mayor espera y permanencia en tareas.
Manejo de conductas disruptivas (Sesión 7)	Emocional	Menos berrinches y mejor autorregulación.
Autonomía personal (Sesiones 8–9)	Conductual	Mayor independencia en rutinas.
Autorregulación emocional (Sesión 10)	Emocional	Uso del semáforo emocional y pausas.

En la Tabla 21 se presenta la asociación entre las sesiones de intervención y las áreas en las que se observaron mejoras en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), así como el tipo de cambio conductual y emocional evidenciado. La evaluación de las mejoras se realizó mediante observación sistemática directa, registros conductuales por sesión y listas de cotejo previamente definidas, comparando el desempeño de los niños antes y después de cada bloque de intervención. En la Sesión 1, centrada en comunicación funcional, la mejora se midió a partir del aumento en la frecuencia de peticiones adecuadas, ya sea verbales o no verbales, registrando el número de ocasiones en que el niño solicitaba objetos, ayuda o atención de manera funcional y sin recurrir a conductas disruptivas. Durante la Sesión 2, orientada al uso de apoyos visuales y establecimiento de rutinas, el impacto se evaluó en el área conductual y emocional mediante el registro del seguimiento de instrucciones y la disminución de crisis asociadas a cambios de actividad, considerando la reducción de conductas de oposición, llanto o

evitación. En las Sesiones 3 y 4, dedicadas al desarrollo de habilidades sociales, la mejora en el área social se midió observando indicadores como el aumento del contacto visual, la participación en turnos de interacción y el juego compartido con otros, registrando la duración y frecuencia de estas conductas dentro de las sesiones.

Las Sesiones 5 y 6, centradas en tolerancia y permanencia en tareas, impactaron principalmente en el área conductual. La mejora se evaluó a través del tiempo de espera tolerado, la capacidad de permanecer en una actividad sin abandono o conductas disruptivas y el cumplimiento progresivo de tareas hasta su finalización. En la Sesión 7, enfocada en el manejo de conductas disruptivas, la mejora emocional se midió mediante la reducción en la frecuencia e intensidad de berrinches, gritos o conductas agresivas, así como el aumento de respuestas de autorregulación ante la frustración, utilizando escalas de intensidad conductual. Las Sesiones 8 y 9, orientadas a autonomía personal, impactaron el área conductual y se evaluaron mediante el nivel de independencia en rutinas diarias, como recoger materiales, iniciar tareas sin ayuda y seguir secuencias de acciones con menor apoyo del adulto. Finalmente, en la Sesión 10, dedicada a la autorregulación emocional, la mejora se midió observando el uso funcional de estrategias enseñadas, como el semáforo emocional y las pausas reguladoras, así como la capacidad del niño para identificar su estado emocional y aplicar dichas estrategias antes de la aparición de conductas disruptivas.

Tabla 22

Nivel de conductas problema antes y después de la intervención en niños con TDAH (N = 6)

Área evaluada	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Atención sostenida	4.3	Alta	2.6	Baja	Mejora
Inquietud motora	4.5	Alta	2.8	Baja	Mejora

Área evaluada	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Impulsividad	4.4	Alta	2.7	Baja	Mejora
Organización académica	4.2	Alta	2.9	Baja	Moderada
Regulación emocional	4.3	Alta	2.8	Baja	Mejora
Habilidades sociales	4.1	Alta	2.7	Baja	Mejora

Nota. Puntajes en escala de 1–5 (mayor puntaje = mayor intensidad del problema)

En la tabla 22, los resultados de la intervención cognitivo-conductual en los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) evidenciaron mejoras relevantes en todas las áreas evaluadas. Antes de la intervención, las conductas problema presentaban niveles altos de intensidad, con puntajes promedio que oscilaron entre 4.1 y 4.5 en una escala de 1 a 5, lo que indica una frecuencia e intensidad elevadas de las dificultades atencionales, conductuales, emocionales y sociales.

Tras la intervención, se observó una disminución consistente en los puntajes promedio en todas las áreas, situándose entre 2.6 y 2.9, lo que corresponde a niveles bajos de intensidad de las conductas problema. En atención sostenida, el puntaje disminuyó de 4.3 a 2.6, reflejando una mejora importante en la capacidad de mantener la concentración durante las tareas. De manera similar, la inquietud motora mostró una reducción de 4.5 a 2.8, y la impulsividad descendió de 4.4 a 2.7, evidenciando un mayor control conductual.

En el área de organización académica, el promedio disminuyó de 4.2 a 2.9, lo que representa una mejora moderada, en comparación con el resto de las áreas evaluadas. No obstante, este cambio indica avances en la planificación, el orden y el cumplimiento de actividades escolares. Por su parte, la regulación emocional presentó una reducción de 4.3 a 2.8, lo que sugiere un mejor manejo de emociones como frustración e irritabilidad. Finalmente, las habilidades sociales también evidenciaron una mejora significativa, con una disminución de 4.1 a 2.7, reflejando interacciones sociales más adecuadas y una disminución de conductas conflictivas.

Tabla 23

Número de niños que mostraron mejora por cada conducta problema (N = 6)

Área evaluada	Niños que mejoraron	Porcentaje
Atención sostenida	6	100%
Inquietud motora	5	83%
Impulsividad	6	100%
Organización académica	4	67%
Regulación emocional	5	83%
Habilidades sociales	5	83%

En la Tabla 23 se presenta el número de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que mostraron mejora en cada conducta problema tras la intervención, así como el porcentaje correspondiente respecto al total de participantes (N = 6). La mejora en cada área fue evaluada mediante observación sistemática y listas de cotejo, considerando indicadores específicos: atención sostenida (capacidad para mantener la concentración en tareas), inquietud motora (disminución de movimiento excesivo), impulsividad (control de respuestas inmediatas), organización académica (orden, planificación y cumplimiento de actividades escolares), regulación emocional (manejo adecuado de emociones como frustración o irritabilidad) y habilidades sociales (interacciones adecuadas con pares y adultos).

Los resultados indican que todos los niños mostraron mejora en atención sostenida e impulsividad, alcanzando un 100 % de efectividad en estas áreas. En inquietud motora, regulación emocional y habilidades sociales, el 83 % de los participantes presentó avances, lo que evidencia una mejora significativa en el control conductual, emocional y social. Por su parte, el área de organización académica presentó el menor porcentaje de mejora (67 %), aunque más de la mitad de los niños logró progresos en esta dimensión.

Tabla 24

Relación entre sesiones del programa y áreas en las que se observaron mejoras (N = 6)

Sesiones del programa	Área impactada	Mejora observada
Sesiones 1–3: Atención y distractores	Atención / Impulsividad	Mayor enfoque, menos distracción y mejor autocontrol atencional.
Sesión 4: Autorregulación emocional	Emocional	Los niños identifican mejor sus emociones y reaccionan con menor intensidad.
Sesión 5: Impulsividad	Impulsividad	Más uso de “alto–pienso–actúo” y menos interrupciones.
Sesión 6: Rutinas y hábitos	Académica	Mejora en completar tareas y seguir pasos.
Sesión 7: Instrucciones	Atención / Conductual	Mayor precisión en escuchar y ejecutar órdenes.
Sesiones 8–9: Habilidades sociales y resolución de conflictos	Social	Mejor respeto de turnos, menos conflictos y más cooperación.
Sesión 10: Cierre	General	Consolidación y mantenimiento de habilidades.

En la Tabla 24 se presenta la relación entre las sesiones del programa de intervención y las áreas en las que se observaron mejoras en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (N = 6), así como el tipo de cambio conductual, emocional, académico y social evidenciado. La evaluación de las mejoras se realizó mediante observación sistemática directa, registros conductuales por sesión y listas de cotejo previamente establecidas, comparando el desempeño de los participantes antes y después de cada bloque de sesiones.

Durante las Sesiones 1 a 3, orientadas al manejo de la atención y distractores, se observaron mejoras en las áreas de atención e impulsividad. Estas mejoras se midieron a partir del aumento del tiempo de concentración sostenida en las tareas, la disminución de conductas distractoras y un mayor autocontrol atencional, registrando tanto la duración del enfoque como la frecuencia de interrupciones durante las actividades.

En la Sesión 4, centrada en la autorregulación emocional, la mejora en el área emocional se evaluó mediante la capacidad de los niños para identificar y nombrar sus emociones, así como la reducción en la intensidad de sus reacciones emocionales ante situaciones de frustración o exigencia, utilizando escalas de intensidad emocional y registros de conducta. La Sesión 5, enfocada específicamente en la impulsividad, permitió evaluar mejoras a partir del uso funcional de la estrategia “alto–pienso–actúo”. La medición se realizó registrando la disminución de respuestas impulsivas, interrupciones constantes y conductas precipitadas, así como el aumento de conductas reflexivas antes de actuar.

En la Sesión 6, dedicada al fortalecimiento de rutinas y hábitos, el impacto se evidenció en el área académica. La mejora se midió observando el cumplimiento de tareas, la organización del material y la capacidad para seguir secuencias de pasos sin supervisión constante, registrando el grado de autonomía alcanzado por cada niño. Durante la Sesión 7, centrada en el seguimiento de instrucciones, se observaron mejoras en las áreas de atención y conducta. Estas se evaluaron a través del registro de la precisión con la que los niños escuchaban y ejecutaban órdenes, así como la reducción de errores derivados de distracción o impulsividad.

Las Sesiones 8 y 9, orientadas al desarrollo de habilidades sociales y resolución de conflictos, impactaron el área social. La mejora se evaluó mediante indicadores como el respeto de turnos, la disminución de conflictos interpersonales y el aumento de conductas cooperativas, registrando la frecuencia y calidad de dichas interacciones durante actividades grupales. Finalmente, en la Sesión 10, correspondiente al cierre del programa, se observó una mejora general vinculada a la consolidación y mantenimiento de las habilidades adquiridas. Esta etapa permitió evaluar la integración de los

aprendizajes, así como la estabilidad de los cambios conductuales, emocionales, académicos y sociales alcanzados a lo largo de la intervención.

Tabla 25

Nivel de dificultades en atención–concentración antes y después de la intervención (N = 16)

Variable evaluada	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Atención sostenida	4.2	Alta	2.7	Baja	Mejora
Atención selectiva	4.3	Alta	2.6	Baja	Mejora
Memoria visual	4.1	Alta	2.8	Baja	Mejora
Memoria auditiva	4.0	Alta	2.9	Baja	Mejora
Discriminación visual	4.2	Alta	2.7	Baja	Mejora
Funciones ejecutivas básicas	4.3	Alta	3.0	Baja	Moderada

Nota. Escala de 1–5 (mayor puntaje indica mayor dificultad).

En la tabla 25, los resultados de la intervención cognitivo-conductual evidenciaron mejoras significativas en las capacidades de atención y concentración de los participantes. Antes de la intervención, todas las variables evaluadas presentaban niveles altos de dificultad, con puntajes promedio que oscilaron entre 4.0 y 4.3 en una escala de 1 a 5, lo que indica un grado elevado de problemas atencionales, mnésicos y ejecutivos.

Tras la intervención, se observó una disminución consistente de los puntajes en todas las áreas evaluadas, situándose entre 2.6 y 3.0, lo que refleja un cambio hacia niveles bajos de dificultad. La atención sostenida mostró una reducción de 4.2 a 2.7, mientras que la atención selectiva descendió de 4.3 a 2.6, evidenciando una mejora notable en la capacidad para mantener la concentración y focalizar la atención en estímulos relevantes. En cuanto a la memoria visual y la memoria auditiva, los puntajes disminuyeron de 4.1 a 2.8 y de 4.0 a 2.9, respectivamente, indicando una mayor retención y procesamiento de la información presentada por vía visual y auditiva.

Del mismo modo, la discriminación visual presentó una reducción de 4.2 a 2.7, lo que sugiere avances en la capacidad para diferenciar estímulos visuales de manera más eficiente. Por su parte, las funciones ejecutivas básicas mostraron una disminución de 4.3 a 3.0, correspondiente a una mejora moderada, siendo esta la variable con menor reducción en comparación con el resto de las áreas evaluadas.

Tabla 26

Número de niños que mostraron mejora según área de atención–concentración (N = 16)

Área evaluada	Niños que mejoraron	Porcentaje
Atención sostenida	15	94%
Atención selectiva	16	100%
Memoria visual	14	88%
Memoria auditiva	13	81%
Discriminación visual	15	94%
Funciones ejecutivas	12	75%

En la Tabla 26 se presenta el número de niños que mostraron mejora en las distintas áreas de atención–concentración tras la intervención, así como el porcentaje correspondiente respecto al total de participantes (N = 16). La mejora en cada área se evaluó mediante observación sistemática y listas de cotejo, considerando indicadores específicos de desempeño atencional y cognitivo: atención sostenida (mantenimiento de la concentración en tareas), atención selectiva (focalización en estímulos relevantes), memoria visual (retención y recuerdo de información visual), memoria auditiva (procesamiento y recuerdo de consignas verbales), discriminación visual (diferenciación de estímulos visuales) y funciones ejecutivas (planificación, control inhibitorio y organización básica de las acciones).

Los resultados muestran que la atención selectiva presentó el mayor nivel de mejora, ya que la totalidad de los niños evidenció avances en esta área (100 %).

Asimismo, se observaron mejoras elevadas en atención sostenida y discriminación visual, con un 94 % de niños que mejoraron en ambas dimensiones. La memoria visual también mostró resultados positivos, con un 88 % de los participantes evidenciando avances, seguida de la memoria auditiva, donde el 81 % de los niños presentó mejoría. Por su parte, las funciones ejecutivas constituyeron el área con menor porcentaje de mejora, alcanzando un 75 %, aunque más de tres cuartas partes de los participantes lograron avances en esta dimensión.

Tabla 27

Relación entre las sesiones del programa y los avances observados (N = 16)

Sesiones	Habilidad trabajada	Mejora observada en los niños
1-4	Atención sostenida y selectiva	Mayor capacidad para mantener foco, identificar estímulos y seguir instrucciones visuales.
5-6	Discriminación visual	Mejora en figura-fondo, comparación de estímulos y reducción de errores.
7-8	Memoria visual y auditiva	Mayor retención de secuencias breves y mejor repetición guiada.
9-10	Atención sostenida y selectiva avanzada	Incremento del tiempo de permanencia en tarea y filtrado de distractores.
11	Funciones ejecutivas	Mejor ejecución de secuencias y pasos organizados.

En la Tabla 27 se presenta la relación entre las sesiones del programa de intervención y los avances observados en las habilidades de atención y concentración en los participantes (N = 16). La evaluación de las mejoras se realizó mediante observación sistemática directa, registros de desempeño por sesión y listas de cotejo previamente establecidas, comparando el rendimiento de los niños antes y después de cada bloque de sesiones.

Durante las Sesiones 1 a 4, orientadas al fortalecimiento de la atención sostenida y selectiva, las mejoras se midieron a partir del incremento en la capacidad de los niños

para mantener el foco atencional durante las actividades, identificar estímulos relevantes y seguir instrucciones visuales de manera más precisa. Se registró un aumento progresivo en el tiempo de concentración y una reducción de errores derivados de la distracción.

En las Sesiones 5 y 6, centradas en la discriminación visual, la mejora se evaluó mediante actividades de figura-fondo, comparación de estímulos y reconocimiento de diferencias, observándose una reducción significativa de errores y una mayor exactitud en la identificación visual de los estímulos presentados.

Posteriormente, en las Sesiones 7 y 8, dedicadas al entrenamiento de la memoria visual y auditiva, las mejoras se midieron a partir de la capacidad de los niños para retener y reproducir secuencias breves de información visual y verbal, registrándose un mejor desempeño en tareas de recuerdo inmediato y repetición guiada.

Durante las Sesiones 9 y 10, orientadas a niveles avanzados de atención sostenida y selectiva, se observó un incremento del tiempo de permanencia en la tarea y una mayor capacidad para filtrar distractores del entorno. Estas mejoras se evaluaron mediante el registro del tiempo de ejecución continua y la disminución de interrupciones durante las actividades. Finalmente, en la Sesión 11, enfocada en el desarrollo de funciones ejecutivas, la mejora se midió a través de la ejecución más organizada de secuencias de acciones, el seguimiento de pasos estructurados y la planificación básica de tareas, observándose mayor control y coherencia en la realización de las actividades propuestas.

Tabla 28

Nivel de dificultad en el desempeño psicomotriz antes y después de la intervención (N = 16)

Habilidad psicomotriz	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Coordinación motora general	4.3	Alta	2.8	Baja	Mejora
Coordinación visomotora	4.2	Alta	2.7	Baja	Mejora
Control inhibitorio motor	4.4	Alta	2.9	Baja	Mejora
Memoria motora	4.1	Alta	2.6	Baja	Alta mejora
Discriminación perceptual	4.2	Alta	2.7	Baja	Mejora
Organización motriz (secuencias)	4.3	Alta	3.0	Baja	Moderada

Nota. Escala de 1 a 5 (mayor puntaje = mayor dificultad)

En la tabla 28, los resultados de la intervención evidencian mejoras significativas en el desempeño psicomotriz de los participantes. Antes de la intervención, todas las habilidades psicomotrices evaluadas presentaban niveles altos de dificultad, con puntajes promedio que oscilaron entre 4.1 y 4.4 en una escala de 1 a 5, lo que indica limitaciones marcadas en la coordinación, el control motor y la organización del movimiento.

Tras la intervención, se observó una disminución consistente de los puntajes promedio en todas las áreas evaluadas, situándose entre 2.6 y 3.0, lo que refleja un cambio hacia niveles bajos de dificultad. La coordinación motora general disminuyó de 4.3 a 2.8 y la coordinación visomotora de 4.2 a 2.7, evidenciando una mejora en la integración entre movimiento y percepción visual. Asimismo, el control inhibitorio motor mostró una reducción de 4.4 a 2.9, lo que sugiere un mayor dominio del movimiento y una reducción de respuestas motoras impulsivas.

La memoria motora presentó la mayor magnitud de cambio, pasando de 4.1 a 2.6, lo que indica una alta mejora en la capacidad para recordar y ejecutar secuencias de

movimientos aprendidas. Por su parte, la discriminación perceptual disminuyó de 4.2 a 2.7, reflejando avances en la capacidad para diferenciar estímulos y responder de manera más precisa. Finalmente, la organización motriz, relacionada con la ejecución de secuencias motoras, mostró una reducción más moderada (4.3 a 3.0), siendo esta el área con menor descenso en comparación con las demás habilidades evaluadas.

Tabla 29

Relación entre sesiones y avances psicomotrices observados (N = 16)

Sesiones	Habilidad trabajada	Avance observado
1-4	Coordinación y discriminación básica	Mayor precisión en desplazamientos, identificación de estímulos y ejecución motora guiada.
5-6	Figura-fondo y discriminación visual motriz	Mejor detección de estímulos relevantes en movimiento.
7-8	Memoria visual y auditiva motriz	Mayor capacidad de recordar secuencias y ejecutar instrucciones.
9-10	Atención motriz sostenida y selectiva	Permanencia prolongada en actividades motoras, menos dispersión atencional.
11	Funciones ejecutivas motoras	Mejora en planificación de rutas, pasos y autoevaluación motora.

En la Tabla 29 se presenta la asociación entre las sesiones del programa de intervención y los avances observados en el área psicomotriz de los participantes (N = 16). La evaluación de los progresos se realizó mediante observación sistemática directa, registros de desempeño motriz por sesión y listas de cotejo previamente estructuradas, comparando el rendimiento de los niños antes y después de cada bloque de sesiones.

Durante las Sesiones 1 a 4, orientadas al fortalecimiento de la coordinación motora y la discriminación perceptual básica, los avances se midieron a partir de una mayor precisión en los desplazamientos, la correcta identificación de estímulos y la ejecución motora guiada. Se registró una mejora progresiva en la fluidez del movimiento y en la

respuesta motriz ante consignas estructuradas.

En las Sesiones 5 y 6, centradas en figura–fondo y discriminación visual motriz, se evaluó la capacidad de los niños para detectar estímulos relevantes en movimiento, observándose una reducción de errores y una mayor eficiencia en la diferenciación de estímulos dentro de entornos con distractores.

Posteriormente, durante las Sesiones 7 y 8, dedicadas al entrenamiento de la memoria visual y auditiva motriz, las mejoras se midieron mediante la capacidad de los participantes para recordar y ejecutar secuencias motoras, así como para seguir instrucciones de manera más precisa, evidenciándose una mayor retención y ejecución autónoma de patrones de movimiento aprendidos.

En las sesiones 9 y 10, orientadas al desarrollo de la atención motriz sostenida y selectiva, se observó un incremento en el tiempo de permanencia en las actividades motoras y una disminución de la dispersión atencional durante la ejecución de tareas. Estas mejoras se evaluaron a través del registro del tiempo de concentración motriz y la disminución de interrupciones o abandonos de la tarea.

Finalmente, en la sesión 11, enfocada en el fortalecimiento de las funciones ejecutivas motoras, los avances se midieron mediante la planificación de rutas, la ejecución ordenada de pasos y la capacidad de autoevaluación motora. Se evidenció una mayor organización del movimiento y mayor control en la toma de decisiones motrices.

Tabla 30

Nivel de dificultad en el desempeño emocional–conductual antes y después de la intervención (N = 16)

Dificultad en la habilidad emocional–conductual	Antes (M)	Nivel	Después (M)	Nivel	Cambio
Regulación emocional básica	4.5	Alta	2.8	Baja	Alta mejora
Autocontrol conductual	4.6	Alta	3.0	Baja	Mejora
Expresión emocional adecuada	4.3	Alta	2.7	Baja	Alta mejora
Habilidades sociales básicas (turnos, cooperación)	4.4	Alta	3.1	Baja	Mejora moderada
Manejo de frustración	4.7	Alta	3.2	Baja	Mejora
Adaptación a transiciones	4.6	Alta	3.0	Baja	Mejora

Nota. Escala de 1 a 5 (mayor puntaje = mayor dificultad). Puntajes menores indican mejor regulación emocional y conducta adaptativa

Los resultados de la intervención evidenciaron mejoras significativas en el área emocional–conductual de los participantes. Antes de la intervención, todas las habilidades evaluadas presentaban niveles altos de dificultad, con puntajes promedio que oscilaron entre 4.3 y 4.7 en una escala de 1 a 5, lo que refleja una elevada presencia de dificultades en la regulación emocional, el autocontrol y la adaptación conductual.

Tras la intervención, se observó una disminución consistente de los puntajes en todas las habilidades evaluadas, situándose entre 2.7 y 3.2, lo que indica un cambio hacia niveles bajos de dificultad. La regulación emocional básica mostró una reducción de 4.5 a 2.8, evidenciando una alta mejora en la capacidad para identificar y regular emociones. De manera similar, la expresión emocional adecuada disminuyó de 4.3 a 2.7, reflejando una mayor adecuación en la forma de expresar emociones durante la interacción con otros.

El autocontrol conductual presentó una reducción de 4.6 a 3.0, lo que sugiere un mejor manejo de las conductas impulsivas y una mayor capacidad para ajustarse a normas establecidas. En el ámbito de las habilidades sociales básicas, como el respeto de turnos y la cooperación, se observó una disminución de 4.4 a 3.1, correspondiente a una mejora de carácter moderado en comparación con otras dimensiones, aunque con avances claros respecto a la situación inicial.

Asimismo, el manejo de la frustración descendió de 4.7 a 3.2, indicando una reducción en la intensidad de las respuestas emocionales negativas ante situaciones demandantes. Finalmente, la adaptación a transiciones mostró una disminución de 4.6 a 3.0, evidenciando una mayor capacidad para enfrentar cambios de actividad o contexto de manera más regulada.

Tabla 31

Relación entre sesiones y avances emocionales–conductuales observados (N = 16)

Sesiones	Habilidad trabajada	Avance observado
1–3	Regulación emocional y expresión funcional	Mayor calma ante estímulos, uso espontáneo de respiración guiada y pedido adecuado de ayuda.
4–5	Reducción de conductas desadaptativas y expresión emocional	Menor autoestimulación y mejor diferenciación entre agrado/desagrado mediante apoyos visuales.
6–7	Habilidades sociales y reconocimiento emocional	Mayor interacción positiva, cooperación y reconocimiento de emociones básicas en otros.
8	Autocontrol ante frustración	Menos impulsividad y uso de la tarjeta “pausa” o técnica STOP antes de reaccionar.
9–10	Transiciones y conducta social adaptativa	Mayor tolerancia al cambio y respeto del espacio personal a través de límites visuales y ensayos conductuales.

En la Tabla 31 se presenta la relación entre las sesiones de intervención y los avances emocionales–conductuales observados en los participantes, así como las habilidades específicas trabajadas en cada bloque de sesiones. La evaluación de las

mejoras se realizó mediante observación sistemática directa, registros conductuales por sesión y listas de cotejo previamente estructuradas, lo que permitió comparar el desempeño de los niños antes y después de cada conjunto de sesiones de intervención.

Durante las sesiones 1 a 3, orientadas a la regulación emocional y la expresión funcional, la mejora se midió a partir de la observación de una mayor calma frente a estímulos internos y externos, así como del uso espontáneo de estrategias de autorregulación, como la respiración guiada. Asimismo, se registró un incremento en la frecuencia de pedidos adecuados de ayuda, evidenciando avances en la expresión emocional funcional y en la reducción de respuestas desadaptativas ante situaciones de demanda.

En las sesiones 4 y 5, centradas en la reducción de conductas desadaptativas y la expresión emocional, el progreso se evaluó mediante la disminución de conductas de autoestimulación y la mejora en la capacidad para diferenciar estados emocionales básicos de agrado y desagrado, apoyándose en recursos visuales. Estos cambios reflejaron una mayor comprensión emocional y una expresión más apropiada de las emociones.

Las sesiones 6 y 7, dedicadas al fortalecimiento de las habilidades sociales y el reconocimiento emocional, mostraron mejoras en el área social, evaluadas a través del aumento de interacciones positivas, conductas de cooperación y la capacidad para identificar emociones básicas en otras personas durante actividades dirigidas y de juego estructurado.

En la sesión 8, enfocada en el autocontrol ante la frustración, la mejora se midió mediante la reducción de respuestas impulsivas y el uso funcional de estrategias de pausa, como la tarjeta “pausa” o la técnica STOP, antes de la aparición de conductas reactivas. Estos indicadores evidenciaron un mayor control conductual y una mejor tolerancia a situaciones frustrantes.

Finalmente, durante las sesiones 9 y 10, orientadas a la adaptación a transiciones y la conducta social adaptativa, el avance se evaluó observando una mayor tolerancia a los cambios de actividad y un mejor respeto del espacio personal, apoyados por el uso de límites visuales y ensayos conductuales. Estos resultados sugieren una transferencia progresiva de las habilidades emocionales y conductuales aprendidas a contextos más dinámicos.

Resultados de la etapa de seguimiento

Tabla 32

Estrategias de seguimiento y reevaluación

Estrategia	Objetivo	Herramientas utilizadas	Frecuencia / Aplicación
Observación clínica directa	Verificar la permanencia y generalización de las habilidades adquiridas en contextos terapéuticos y naturales.	la Observación estructurada y no estructurada, listas de cotejo, registros ABC, fichas de seguimiento conductual.	Sesiones de seguimiento o quincenales o mensuales durante 6 meses.
Reevaluación de avances	Comparar el desempeño actual con la línea base y detectar progresos, estancamientos o retrocesos.	el Escalas de observación, checklists de habilidades (autorregulación, atención, interacción o social), análisis comparativo pre-post.	Aplicación periódica (meses 2, 4 y 6) o cuando se requiera ajuste del plan.
Retroalimentación a padres	Fortalecer la continuidad de las estrategias en casa y resolver dificultades en su aplicación.	la Entrevistas de seguimiento, revisión de registros del hogar, orientación y psicoeducación, reforzamiento positivo.	Reuniones quincenales o mensuales, presenciales o virtuales.
Comunicación con docentes	Asegurar coherencia entre la intervención terapéutica y el contexto escolar, favoreciendo la generalización de habilidades.	Reuniones de Coordinación, registros compartidos, informes de avance, comunicación escrita o virtual.	de Coordinación mensual y comunicación continua según necesidad.

Los resultados de la etapa de seguimiento evidencian la implementación de estrategias sistemáticas orientadas a consolidar y mantener los logros alcanzados durante la intervención cognitivo-conductual. La observación clínica directa permitió verificar la permanencia de las habilidades adquiridas y su progresiva generalización en contextos terapéuticos y cotidianos, facilitando la detección oportuna de dificultades emergentes. Asimismo, la reevaluación periódica de los avances permitió contrastar el desempeño actual con la línea base inicial, identificando mejoras sostenidas y áreas que requirieron ajustes en el plan de intervención. La retroalimentación continua a los padres fortaleció la aplicación consistente de las estrategias en el hogar, promoviendo la adherencia al tratamiento y el manejo adecuado de las conductas del niño. Finalmente, la comunicación permanente con los docentes aseguró la coherencia entre las acciones terapéuticas y el contexto escolar, favoreciendo la generalización de habilidades adaptativas y la prevención de recaídas. En conjunto, estas estrategias de seguimiento permitieron un monitoreo integral y articulado entre familia, escuela y equipo terapéutico, garantizando la continuidad y estabilidad de los cambios conductuales y emocionales observados.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La experiencia desarrollada en el Centro de Terapias Integrales permitió cumplir con los objetivos planteados, demostrando que la intervención cognitivo-conductual constituye una herramienta eficaz para favorecer el desarrollo cognitivo, emocional, conductual y social de los niños con TEA, TDAH y dificultades en atención, psicomotricidad y regulación emocional. El proceso inició con una evaluación integral que permitió identificar de manera precisa las necesidades cognitivas, emocionales y conductuales de cada niño, obteniendo una comprensión detallada de sus patrones de comportamiento, sus respuestas sensoriales, su nivel de comunicación y el funcionamiento de sus habilidades adaptativas a su vida cotidiana. Este diagnóstico permitió elaborar programas terapéuticos individualizados que respondieron a las características particulares de cada caso.

La implementación de técnicas cognitivas y conductuales favoreció mejoras significativas en múltiples áreas. Los niños con TEA mostraron avances en seguimiento de instrucciones, interacción social, comunicación funcional, tolerancia al cambio y juego funcional, mientras que los niños con TDAH evidenciaron progresos notables en atención sostenida, impulsividad, regulación emocional y habilidades sociales. En el área de atención y concentración se observaron mejoras consistentes en memoria visual y auditiva, discriminación perceptual y funciones ejecutivas, mientras que en el área psicomotriz se fortalecieron la coordinación, el control inhibitorio, la memoria motora y la organización del movimiento. Las intervenciones demostraron ser efectivas no solo en la reducción de conductas problemáticas, sino también en el incremento de habilidades necesarias para el funcionamiento diario.

Asimismo, la promoción de la autonomía fue un componente central. A través de rutinas visuales, encadenamiento de tareas y refuerzos adecuados, los niños lograron aumentar su independencia en actividades de autocuidado y organización personal. Este avance se complementó con la participación de los padres, quienes, mediante sesiones de orientación individual y seguimiento, adquirieron estrategias de manejo conductual que reforzaron el trabajo terapéutico en casa. La coordinación continua con ellos y con otros profesionales facilitó la generalización de habilidades a los entornos naturales del niño.

La evaluación final y el seguimiento permitieron constatar que los cambios alcanzados se mantuvieron a lo largo del tiempo, evidenciando la importancia de un monitoreo permanente. Además, la experiencia permitió aplicar y fortalecer diversas competencias profesionales, tales como la evaluación clínica, el diseño de intervenciones basadas en evidencia, el análisis funcional de la conducta y el trabajo interdisciplinario. De igual modo, se pusieron en práctica competencias personales como la empatía, la tolerancia, la regulación emocional, la comunicación asertiva y la creatividad terapéutica, indispensables para el abordaje respetuoso, contenedor y efectivo de cada caso. El proceso completo se ejecutó bajo estrictos estándares éticos, garantizando la confidencialidad, el bienestar y la dignidad de los niños y sus familias.

La experiencia profesional permitió las siguientes lecciones aprendidas:

1. La experiencia permitió reconocer que la evaluación integral es la base fundamental de cualquier intervención efectiva, pues brinda información clave que orienta el diseño de programas personalizados.
2. Se aprendió que la intervención cognitivo-conductual debe adaptarse constantemente al estilo de aprendizaje, ritmo y características particulares de cada niño.

3. Se comprendió que las conductas problemáticas siempre responden a contingencias específicas que pueden modificarse cuando se analizan y se intervienen adecuadamente.
4. El trabajo interdisciplinario potencia los resultados y que la participación familiar es decisiva para lograr cambios sostenibles.
5. Se identificó que el terapeuta debe mantener autocontrol emocional, paciencia y coherencia, ya que estos factores influyen directamente en la dinámica terapéutica.
6. Se reconoció la importancia de registrar avances de forma sistemática, dado que ello permite objetivar los progresos y tomar decisiones oportunas.
7. Finalmente, se reafirmó que la ética profesional no es un requisito formal, sino un principio transversal que garantiza la calidad humana y técnica de la intervención.

Recomendaciones generales

1. Continuar fortaleciendo los protocolos estandarizados de evaluación, intervención y seguimiento, con el propósito de unificar criterios entre profesionales y optimizar el proceso terapéutico.
2. Ampliar los recursos materiales especializados.
3. Promover capacitaciones continuas en enfoques de neurodesarrollo, TCC infantil, manejo conductual y uso de apoyos visuales.
4. Consolidar alianzas con instituciones educativas y de salud para favorecer la generalización de habilidades en diferentes entornos, así como instaurar programas grupales permanentes dada la eficacia observada en la intervención colectiva.
5. Mantener el uso sistemático del análisis funcional,
6. Registrar los avances por sesión y ajustar las estrategias en función del progreso del niño.

7. Reforzar el trabajo coordinado con padres y docentes, procurando coherencia entre casa, escuela y centro terapéutico.
8. Seguir utilizando técnicas cognitivo-conductuales basadas en evidencia, estimulando el desarrollo de la autonomía y reforzando conductas funcionales mediante retroalimentación positiva.
9. Reconocer la necesidad de desarrollar habilidades de autocontrol emocional, empatía, creatividad y flexibilidad, dado que el trabajo con niños con TEA, TDAH y otras dificultades requiere sensibilidad, paciencia y firmeza respetuosa.
10. Adquirir dominio técnico en comunicación funcional, reforzamiento diferencial, economía de fichas, manejo de crisis, autoinstrucciones y otras estrategias TCC esenciales para este tipo de intervención.
11. Establecer una relación colaborativa con las familias y actuar siempre bajo principios éticos, priorizando el bienestar del niño y el respeto de su dignidad en cada decisión terapéutica.

Recomendaciones sobre las lecciones aprendidas

12. Priorizar la realización de evaluaciones integrales y sistemáticas antes de iniciar cualquier proceso de intervención, considerando múltiples fuentes de información (niño, familia y contexto escolar) y diversas áreas del desarrollo. Ello permitirá formular diagnósticos más precisos y diseñar programas de intervención personalizados, ajustados a las necesidades reales de cada niño.
13. Asimismo, se sugiere que las intervenciones cognitivo-conductuales se mantengan flexibles y dinámicas, adaptándose continuamente al estilo de aprendizaje, ritmo de trabajo y características individuales del niño. Esta adaptación permanente favorece una mayor adherencia al tratamiento y optimiza la efectividad de las estrategias

terapéuticas aplicadas.

14. Realizar un análisis funcional detallado de las conductas problemáticas, identificando claramente los antecedentes y consecuencias que las mantienen. Esta práctica permite intervenir sobre las contingencias específicas que refuerzan dichas conductas, facilitando su modificación y promoviendo respuestas adaptativas más funcionales.
15. Fortalecer el trabajo interdisciplinario y promover activamente la participación de la familia durante todo el proceso terapéutico. La coordinación constante entre profesionales y el involucramiento de los padres en la aplicación de estrategias en casa contribuyen significativamente a la generalización de los aprendizajes y a la sostenibilidad de los cambios logrados.
16. Los terapeutas deben desarrollar y mantener habilidades de autocontrol emocional, paciencia y coherencia en su práctica profesional, ya que estas competencias influyen directamente en el clima terapéutico y en la calidad de la relación con el niño y su familia, favoreciendo un entorno seguro y predecible para el aprendizaje.
17. Implementar sistemas de registro sistemático de avances y dificultades, tales como fichas de seguimiento, listas de cotejo y registros conductuales. Estos instrumentos permiten objetivar los progresos alcanzados, evaluar la efectividad de las intervenciones y tomar decisiones oportunas para el ajuste del plan terapéutico.
18. La práctica profesional debe sustentarse permanentemente en principios éticos, entendiendo la ética no solo como un requisito normativo, sino como un eje transversal que orienta la toma de decisiones, protege el bienestar de los niños y sus familias, y garantiza la calidad humana y técnica de la intervención psicológica

Así mismo, durante el desarrollo de la experiencia se fortalecieron diversas competencias personales y profesionales fundamentales para el ejercicio de la práctica psicológica. En el ámbito personal, se consolidó el autocontrol emocional, permitiendo

mantener una actitud calmada, empática y regulada frente a conductas desafiantes y situaciones de alta demanda emocional. Asimismo, se fortalecieron la paciencia y la tolerancia a la frustración, competencias esenciales para acompañar procesos terapéuticos que requieren constancia y respeto por el ritmo individual de cada niño. De igual manera, se potenció la empatía, favoreciendo una comprensión integral de las necesidades emocionales de los niños y de las preocupaciones de sus familias, así como la responsabilidad y compromiso ético, reflejados en el cumplimiento riguroso de normas, confidencialidad y trato respetuoso.

En cuanto a las competencias profesionales, se fortaleció la capacidad de evaluación psicológica integral, mediante la aplicación e interpretación de instrumentos, observación clínica y entrevistas, lo que permitió formular hipótesis clínicas sólidas y planes de intervención ajustados a cada caso. También se desarrolló la competencia en diseño e implementación de intervenciones cognitivo-conductuales, adaptando técnicas y estrategias a las características individuales del niño y a los distintos contextos de intervención. Asimismo, se consolidó la habilidad para realizar análisis funcional de la conducta, identificando antecedentes, conductas y consecuencias para orientar decisiones terapéuticas eficaces.

Del mismo modo, se reforzó la capacidad de trabajo interdisciplinario, promoviendo la coordinación con otros profesionales y docentes, así como la competencia comunicativa, tanto para la retroalimentación a padres como para la elaboración de informes claros y comprensibles. Finalmente, se fortaleció la competencia en registro y seguimiento sistemático de avances, utilizando fichas, listas de cotejo y registros conductuales, lo que permitió monitorear objetivamente el progreso de los niños y realizar ajustes oportunos en la intervención.

REFERENCIAS

- Adako, O. P., Adeusi, O. C., & Alaba, P. A. (2024). Revolutionizing autism education: harnessing AI for tailored skill development in social, emotional, and independent learning domains. *Journal of Computational and Cognitive Engineering*, 3(4), 348-359. <https://doi.org/10.47852/bonviewJCCE42023414>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto rev.; DSM-5-TR). APA Publishing
- Antolini, G., y Colizzi, M. (2023). Where do neurodevelopmental disorders go? Casting the eye away from childhood towards adulthood. *Healthcare*, 11(7), 1015. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071015>
- Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage

- Brown, F. L., Lee, C., Servili, C., Willhoite, A., Van Ommeren, M., Hijazi, Z., Kieselbach, B., & Skeen, S. (2024). Psychological interventions for children with emotional and behavioral difficulties aged 5–12 years: An evidence review. *Global Mental Health, 11*, e75. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.57>
- Cho, A., Wood, J. J., Ferrer, E., Rosenau, K., & Storch, E. A. (2023). Empirically-identified subgroups of children with autism spectrum disorder and their response to two types of cognitive behavioral therapy. *Development and Psychopathology, 35*, 1188-1202. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001115>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2024). *Código de Ética*. https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cooper, JO, Heron, TE. y Heward, WL (2007). *Análisis de conducta aplicado* (2.^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Gitimoghaddam, M., Chichkine, N., McArthur, L., Sangha, S. S., & Symington, V. (2022). Applied behavior analysis in children and youth with autism spectrum disorders: a scoping review. *Perspectives on behavior science, 45*(3), 521-557. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00338-x>
- Haynes, N. (2025). *Social and emotional learning (SEL) as a grounded theory of human learning* [Preprint]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13190.89924>
- Hayden, E. P., & Mash, E. J. (2014). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (3rd ed., pp. 3–72). The Guilford Press.
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 18*(5), e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Kazdin, A. (2012). *Modificación de conducta en entornos aplicados* (7.^a ed.). Wadsworth/Thomson Learning.

- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (Ed.). (2017). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*. Guilford Publications.
- Kurz, R., Huemer, J., Muchitsch, E., & Feucht, M. (2018). Cognitive behavioral therapy for children with autism spectrum disorder: a prospective observational study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 22(5), 803-806. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.05.010>
- Liu, J., & Green, R. J. (2024). Children's pro-environmental behaviour: A systematic review of the literature. *Resources, Conservation and Recycling*, 205(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2024.107524>
- Ministerio de Salud (2022). *Aprueban la Guía Técnica para el Cuidado Integral de la Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de violencia sexual*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/667321-aprueban-la-guia-tecnica-para-el-cuidado-integral-de-la-salud-mental-de-ninas-ninos-y-adolescentes-victimas-de-violencia-sexual>
- Ministerio de Educación del Perú. (2003). *Ley General de Educación, Ley N.º 28044*. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/118378-28044>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2012). *Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N.º 29973*. <https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/223512-ley-general-de-la-persona-con-discapacidad-y-su-reglamento>
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Guía técnica: Orientaciones para el diagnóstico y atención integral del trastorno del espectro autista*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466166-166-2020-minsa>
- Ministerio de Salud del Perú. (2021). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño (CRED)*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/7281593-682-2025-minsa>

- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, *7*(1), 9–26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2012). Evidence-based treatments for children and adolescents: Issues and commentary. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (4th ed., pp. 499–519). The Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-11). OMS. <https://icd.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guidelines on developmental disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Pickard, K., Maddox, B., Boles, R., & Reaven, J. (2024). A cluster randomized controlled trial comparing the effectiveness of two school-based interventions for autistic youth with anxiety. *BMC Psychiatry*, 24, Article 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05441-0>
- Qian, M., Jin, R., Lu, C., & Zhao, M. (2024). Parental emotional support, self-efficacy, and mental health problems among adolescents in Hong Kong: a moderated mediation approach. *Frontiers in psychiatry*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1458275>
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Leuthe, E., Moody, E., & Hepburn, S. (2012). Facing Your Fears in Adolescence: Cognitive-Behavioral Therapy for High-Functioning Autism Spectrum Disorders and Anxiety. *Autism Research and Treatment*, 1, 1-

13. 423905. <https://doi.org/10.1155/2012/423905>

Reddy, Y. J., Sudhir, P. M., Manjula, M., Arumugham, S. S., & Narayanaswamy, J. C. (2020). Clinical practice guidelines for cognitive-behavioral therapies in anxiety disorders and obsessive-compulsive and related disorders. *Indian journal of psychiatry*, 62(1), 230-250.

https://doi.org/10.4103/psiquiatría.IndianJPsychiatry_773_19

Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2020). Early intervention with parents of children with autism spectrum disorders: A review of programs. *Children*, 7(12), 294. <https://doi.org/10.3390/children7120294>

Santrock, J. (2020). *Psicología de la educación*. McGraw-Hill.

Sharma, S., Hucker, A., Matthews, T., et al. (2021). Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 9, Article 151.

<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00658-8>

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. McMillan.

Stallard, P. (2020). *A Clinician's Guide to CBT for Children to Young Adults: A Companion to Think Good, Feel Good and Thinking Good, Feeling Better*. John Wiley & Sons.

Thapar, A., Cooper, M. y Rutter, M. (2017). Trastornos del neurodesarrollo. *The Lancet Psychiatry*, 4 (4), 339-346.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30376-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30376-5/abstract)

UNICEF. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino>

Universidad Privada del Norte (2024). *Código de Ética para la Investigación Científica de la Universidad Privada del Norte*.

<https://www.upn.edu.pe/sites/default/files/documentos/codigo-de-etica-para-la->

[investigacion-cientifica-en-upn.pdf](#)

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.

Wood, J. J., Sze Wood, K., Cho, A., Rosenau, K. A., Cornejo Guevara, M., Galán, C., Bazzano, A., Zeldin, A. S., & Helleman, G. (2021). Modular cognitive-behavioral therapy for autism-related symptoms in children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 110-125. <https://doi.org/10.1037/ccp0000621>

Woolfolk, A. (2016). *Psicología educativa*. Pearson Educación

You, X.-R., Gong, X.-R., Guo, M.-R., & Ma, B.-X. (2024). Cognitive behavioural therapy to improve social skills in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 344, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.008>

ANEXOS

ANEXO N° 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º
_____, en calidad de padre, madre o apoderado(a) del menor
_____, autorizo de manera voluntaria la
participación de mi hijo(a) en el proceso de evaluación e intervención psicológica que se
desarrollará en el Centro de Terapias Integrales.

Declaro haber recibido información clara y suficiente respecto a los objetivos del proceso, las técnicas que podrán emplearse, la duración aproximada de las sesiones y los beneficios esperados. Se me ha informado que las actividades incluyen evaluación psicológica, observación conductual, aplicación de pruebas o escalas, intervención cognitivo-conductual, orientación familiar y seguimiento del progreso del menor.

Asimismo, entiendo que la participación es completamente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello genere perjuicio alguno. Se me ha garantizado la confidencialidad de la información obtenida, la cual será utilizada únicamente con fines terapéuticos, respetando las normas éticas y deontológicas de la práctica profesional.

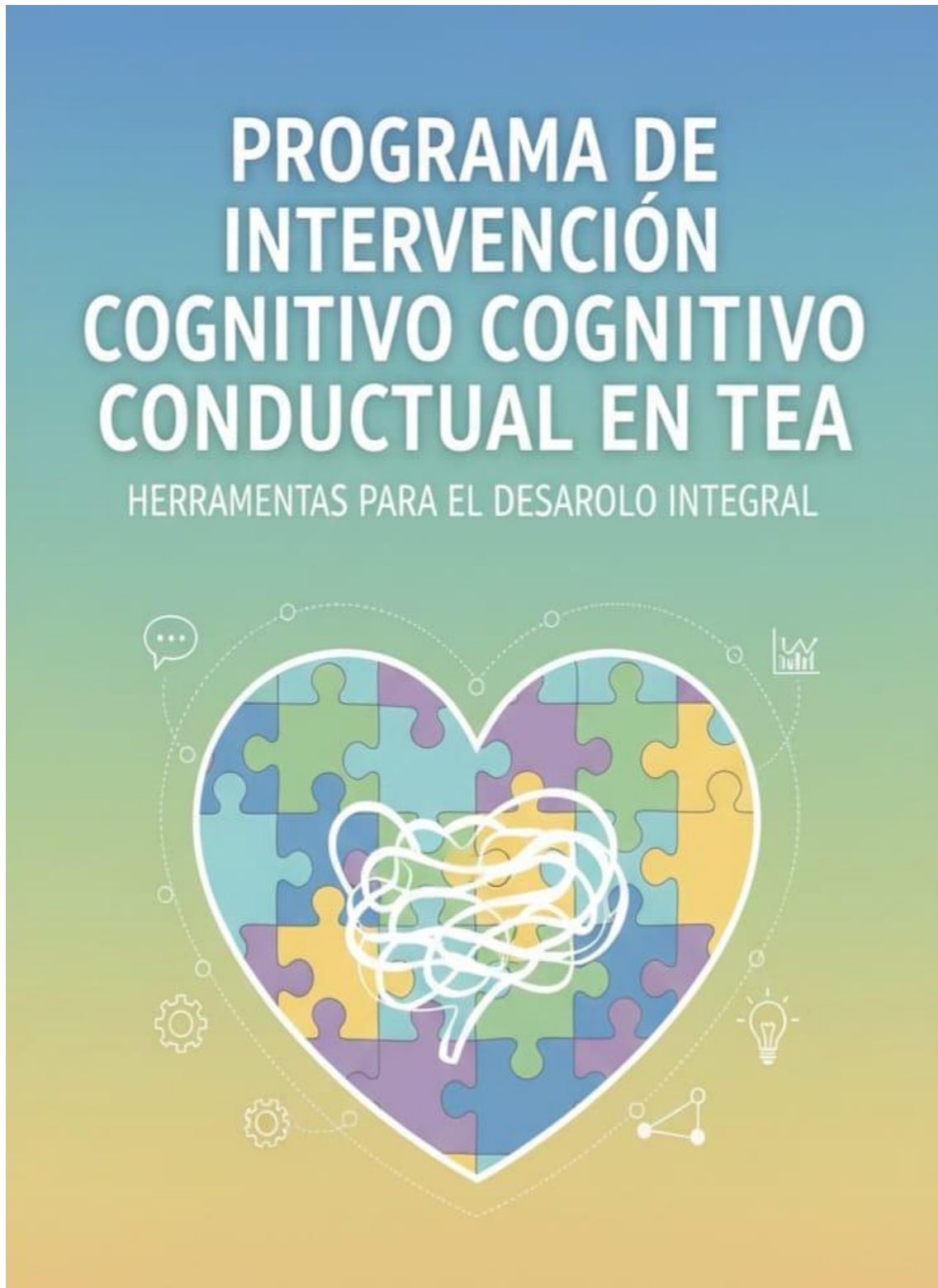
Manifiesto haber tenido oportunidad de realizar todas las consultas necesarias y declaro haberlas comprendido a satisfacción.

Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del padre/madre/apoderado: _____

Firma del profesional responsable: _____

ANEXO N° 2. Programa de intervención cognitivo conductual en TEA



1. Nombre del programa:

Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para el Fortalecimiento de Habilidades Adaptativas en Niños con TEA

2. Fundamentación:

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por dificultades en la comunicación social, restricción de intereses y patrones de comportamiento repetitivos. La intervención cognitivo-conductual permite desarrollar habilidades sociales, comunicativas, conductuales y emocionales mediante estrategias basadas en evidencia.

3. Objetivo general:

Promover el desarrollo de habilidades comunicativas, sociales, conductuales y de autorregulación en niños con TEA mediante técnicas cognitivo-conductuales.

4. Objetivos específicos:

- Favorecer la comunicación funcional y el uso de apoyos visuales.
- Incrementar la autorregulación emocional y tolerancia al cambio.
- Reducir conductas disruptivas mediante procedimientos de modificación de conducta.
- Fortalecer habilidades sociales básicas.
- Promover autonomía en rutinas y actividades diarias.

5. Población destinataria:

Niños entre 3 y 10 años diagnosticados con TEA niveles 1 y 2.

6. Duración:

10 a 16 semanas, sesiones de 45 a 60 minutos.

7. Metodología:

Incluye análisis funcional, reforzamiento diferencial, comunicación funcional, apoyos visuales, autoinstrucciones, economía de fichas, técnicas de manejo emocional, encadenamiento, juego estructurado y orientación familiar.

8. Sesiones:

1. Evaluación inicial
2. Comunicación funcional
3. Reforzamiento diferencial
4. Juego funcional
5. Autorregulación emocional
6. Tolerancia al cambio
7. Autonomía en rutinas
8. Juego social guiado
9. Generalización de habilidades
10. Evaluación final

9. Recursos:

Material visual, tarjetas, tableros, juguetes estructurados, agendas visuales, materiales sensoriales y fichas.

10. Evaluación:

Registros ABC, listas de cotejo y comparación pre y post intervención

Procedimientos de las sesiones TEA

Sesión	Objetivo	Actividades principales	Técnicas	Rol del terapeuta / niño	Materiales	Criterio de logro
1. Evaluación inicial	Identificar conductas problema y necesidades	Observación clínica, entrevista a padres, registros ABC	Observación conductual, entrevista	Terapeuta: evaluador / Niño: participación espontánea	Juguetes, fichas	Línea base establecida
2. Comunicación funcional	Incrementar peticiones funcionales	Modelado, pictogramas, refuerzo inmediato	FCT, reforzamiento positivo	Terapeuta: guía / Niño: emite peticiones	Apoyos visuales	Peticiones sin conducta disruptiva
3. Reforzamiento diferencial	Reducir conductas problema	Identificación conductas meta, DRA/DRO	Economía de fichas	Terapeuta: aplicador / Niño: respuesta adaptativa	Fichas, registros	Disminución de conductas problema
4. Juego funcional	Uso funcional de juguetes	Juego guiado y refuerzo	Modelado	Terapeuta: guía / Niño: juego funcional	Juguetes	Uso sostenido del juguete
5. Autorregulación emocional	Reconocer y regular emociones	Identificación emocional, respiración guiada	Autoinstrucciones	Terapeuta: instructor / Niño: aplica estrategias	Tarjetas emocionales	Regulación ante frustración
6. Tolerancia al cambio	Aceptar cambios de rutina	Agendas visuales, cambios progresivos	Exposición gradual	Terapeuta: mediador / Niño: adaptación	Agendas visuales	Menor crisis ante transiciones
7. Autonomía en rutinas	Incrementar independencia	Entrenamiento paso a paso	Encadenamiento	Terapeuta: facilitador / Niño: autonomía	Material de rutina	Rutina ejecutada sola
8. Juego social guiado	Fortalecer habilidades sociales	Juegos por turnos, role playing	Modelado social	Terapeuta: mediador / Niño: interacción	Juguetes compartidos	Interacción social breve
9. Generalización	Transferir habilidades	Integración de habilidades, menos ayuda	Refuerzo intermitente	Terapeuta: observador / Niño: uso espontáneo	Material variado	Uso espontáneo
10. Evaluación final	Valorar avances	Reevaluación, retroalimentación a padres	Comparación pre-post	Terapeuta: evaluador / Niño: participación	Registros finales	Progreso documentado

ANEXO N° 3. Programa de intervención cognitivo conductual en TDAH



1. Nombre del programa:

Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para la Mejora de la Atención, Impulsividad y Autorregulación en Niños con TDAH

2. Fundamentación:

El TDAH implica dificultades en atención sostenida, impulsividad y actividad motora elevada. La intervención cognitivo-conductual ha demostrado eficacia para fortalecer funciones ejecutivas, autocontrol y conductas adaptativas.

3. Objetivo general:

Desarrollar habilidades de atención, control de impulsos, autorregulación emocional y funcionamiento ejecutivo.

4. Objetivos específicos:

- Mejorar la atención sostenida, selectiva y alternante.
- Reducir impulsividad y conductas disruptivas.
- Fortalecer memoria de trabajo y funciones ejecutivas.
- Mejorar la autorregulación emocional.
- Promover organización y autonomía.

5. Población:

Niños de 5 a 12 años con diagnóstico de TDAH.

6. Duración:

10 a 14 semanas.

7. Metodología:

Incluye autoinstrucciones, entrenamiento en funciones ejecutivas, reforzamiento positivo, contratos conductuales, ejercicios de atención, técnicas de respiración, rutinas visuales y orientación a padres.

8. Sesiones:

1. Evaluación inicial
2. Autoinstrucciones
3. Atención sostenida
4. Economía de fichas
5. Control de impulsos
6. Memoria de trabajo
7. Manejo emocional
8. Organización y planificación
9. Habilidades sociales
10. Generalización

11. Retroalimentación familiar

9. Recursos:

Material visual, juegos inhibitorios, agendas visuales, tarjetas emocionales y fichas de registro.

10. Evaluación:

Listas de cotejo, pruebas de atención y registros conductuales pre y post intervención.

Procedimientos de las sesiones TDAH

Sesión	Objetivo	Actividades principales	Técnicas	Rol del terapeuta / niño	Materiales	Criterio de logro
1. Evaluación inicial	Identificar nivel de atención e impulsividad	Observación clínica, entrevista a padres, pruebas de atención	Observación conductual	Terapeuta: evaluador / Niño: participación	Fichas, pruebas	Línea base establecida
2. Autoinstrucciones	Desarrollar control conductual	Modelado y práctica guiada	Autoinstrucciones	Terapeuta: guía / Niño: aplicación	Tarjetas	Uso de autoinstrucciones
3. Atención sostenida	Mejorar atención	Ejercicios graduales	Entrenamiento atencional	Terapeuta: entrenador / Niño: ejecución	Juegos atencionales	Mayor tiempo de atención
4. Economía de fichas	Incrementar conductas adaptativas	Sistema de fichas	Reforzamiento positivo	Terapeuta: aplicador / Niño: cumplimiento	Fichas	Conductas objetivo logradas
5. Control de impulsos	Reducir impulsividad	Juegos inhibitorios	Control inhibitorio	Terapeuta: mediador / Niño: autorregulación	Juegos	Menos respuestas impulsivas
6. Memoria de trabajo	Fortalecer funciones ejecutivas	Tareas secuenciales	Entrenamiento cognitivo	Terapeuta: facilitador / Niño: ejecución	Tarjetas	Mejora en retención
7. Manejo emocional	Regular emociones	Respiración y autocontrol	Autoinstrucciones	Terapeuta: instructor / Niño: regulación	Tarjetas emocionales	Control emocional
8. Organización	Promover autonomía	Agendas visuales	Rutinas visuales	Terapeuta: orientador / Niño: planificación	Agendas	Organización autónoma
9. Habilidades sociales	Mejorar interacción	Role playing	Modelado social	Terapeuta: mediador / Niño: interacción	Juegos	Interacción adecuada
10. Generalización	Transferir habilidades	Tareas variadas	Refuerzo intermitente	Terapeuta: observador / Niño: uso espontáneo	Material variado	Uso en contextos diversos
11. Retroalimentación familiar	Consolidar avances	Orientación a padres	Psicoeducación	Terapeuta: orientador / Familia: participación	Registros	Plan de mantenimiento

ANEXO N° 4. Formatos

Formatos TEA

Registro ABC de Conducta

Fecha	Contexto	Antecedente (A)	Conducta (B)	Consecuencia (C)	Función	Observaciones

Lista de Cotejo de Habilidades Comunicativas

Indicador	Logrado	En proceso	No logrado	Observaciones

Registro de Reforzamiento Diferencial

Fecha	Conducta meta	Tipo (DRA/DRO/DRL)	Reforzador	Frecuencia	Observaciones

Lista de Cotejo de Juego Funcional

Indicador	Sí	No	En proceso	Observaciones

Registro de Autorregulación Emocional

Fecha	Situación	Emoción	Estrategia	Resultado	Observaciones

Registro de Tolerancia al Cambio

Fecha	Cambio presentado	Respuesta	Nivel de tolerancia	Estrategia	Observaciones

Lista de Cotejo de Autonomía en Rutinas

Actividad	Independiente	Ayuda parcial	Ayuda total	Observaciones

Registro de Habilidades Sociales

Fecha	Situación	Habilidad observada	Logro	Dificultad	Observaciones

Registro de Generalización de Habilidades

Habilidad	Contexto terapéutico	Contexto familiar	Contexto escolar	Observaciones

Ficha de Evaluación Final y Seguimiento

Área evaluada	Línea base	Resultado final	Nivel de logro	Recomendaciones

Formatos TDAH

Registro de Atención Sostenida

Fecha	Actividad	Tiempo de atención	Distracciones	Observaciones

Registro de Impulsividad

Fecha	Situación	Conducta impulsiva	Intensidad	Estrategia aplicada	Resultado

Lista de Cotejo de Funciones Ejecutivas

Indicador	Logrado	En proceso	No logrado	Observaciones

Registro de Autoinstrucciones

Fecha	Tarea	Autoinstrucción usada	Nivel de apoyo	Resultado

Registro de Autorregulación Emocional

Fecha	Emoción	Estrategia	Resultado	Observaciones

Registro de Organización y Rutinas

Actividad	Independiente	Con ayuda	No logrado	Observaciones

Ficha de Evaluación Final TDAH

Área	Línea base	Resultado final	Nivel de logro	Recomendaciones

ANEXO N° 5 . Evidencias



Intervención cognitivo conductual en niños con trastornos del neurodesarrollo atendidos en un centro psicológico, Lima-2025





Intervención cognitivo conductual en niños con trastornos del neurodesarrollo atendidos en un centro psicológico, Lima-2025

