



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA
INCREMENTAR LAS HABILIDADES SOCIALES DE UN NIÑO CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA NIVEL 1 EN LIMA
METROPOLITANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

GLORIA DEYSI RAFAEL MAYTA

ASESORA

Mg. CORI RAQUEL ITURREGUI PAUCAR

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Rafael Mayta, Gloria Deysi

Perteneciente al programa de la carrera profesional de Psicología, autora del trabajo titulado: **Implementación de un programa de intervención para incrementar las habilidades sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista nivel I en Lima Metropolitana**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el Título Profesional bajo la modalidad de Trabajo de Suficiencia Profesional.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CORI RAQUEL ITURREGUI PAUCAR	Psicología	Asesora

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 19%, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: 3573248781; fecha de entrega: 18-05-2026).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 18 de mayo de 2026

Firma del asesor
N° DNI: 09439753
ORCID: 0000-0002-0070-4855

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

Presidente

Mg. Cecilia Martina Aguirre Laura

Vocal

Mg. Giancarlo Manuel Francia Sanchez

Secretario

DEDICATORIA

A Dios por todas las oportunidades y retos que me puso en el camino y por la fortaleza y sabiduría que me brindó para afrontarlos.

A mi abuelito Juan que desde el cielo me sigue cuidando con el mismo amor de siempre, a dos meses de tu partida, te agradezco por todo lo vivido.

A mi madre, que me brinda su amor y su apoyo incondicional, te amo.

A mi pequeño Christopher, mi fuente inagotable de fortaleza, cuyo amor es el motor que me impulsa día a día.

A todas las personas que hicieron posible ésta intervención y el desarrollo del presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme y sostenerme en los momentos más difíciles de mi vida, por ser fuente de sabiduría, amor y esperanza en cada sueño cumplido y por cumplir.

A mi madre, Dina, por su amor infinito e incondicional, por su gran ejemplo de perseverancia y resiliencia y sobre todo por siempre sostener mi mano y creer en mí.

A mis hermanos, por brindarme su inmenso amor y apoyo constante mediante mensajes de aliento y gestos que los llevaré siempre en mi corazón.

A mi asesora, por su apoyo, orientación, motivación y paciencia brindada en todo el proceso que implicó el presente trabajo.

A la institución, por abrirme las puertas a la experiencia laboral y por el gran apoyo y afecto brindado durante estos años.

A la Universidad, cuya disciplina y exigencia de excelencia me impulsaron a entregar siempre lo mejor de mis capacidades.

Al Programa Beca 18, por ser el puente hacia mi formación profesional y por permitirme acceder a una de las universidades más prestigiosas del país.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	4
1.1. Descripción de la Institución.....	4
1.2. Descripción del puesto de Trabajo.....	5
1.2.1. Denominación del puesto.....	5
1.2.3. Jefe inmediato.....	8
1.2.4. Organigrama.....	8
1.3. Delimitación del área de trabajo.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Trastorno del Espectro Autista.....	10
2.1.1. Categorización del Nivel de gravedad del Trastorno del Espectro Autista(TEA).....	14
2.1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	15
2.2. Habilidades sociales.....	20
2.3. Habilidades Sociales y Trastorno del Espectro Autista.....	22
2.4. Modelos de tratamientos en Habilidades sociales en niños con TEA.....	24

2.5. Investigaciones Internacionales y Nacionales.....	28
2.5.1. Investigaciones Internacionales.....	29
2.5.2. Investigaciones Nacionales.....	35
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	42
3.1. Contextualización del problema.....	42
3.1.1. Problema de estudio.....	42
3.2. Intervención.....	46
3.2.1. Delimitación del problema.....	47
3.2.2. Objetivos de la Intervención.....	50
3.2.3. Indicadores de logro.....	51
3.2.4. Público Objetivo.....	52
3.2.5. Descripción del procedimiento.....	52
3.2.6. Consideraciones éticas.....	66
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	68
4.1. Descripción de los resultados encontrados.....	68
4.2. Análisis de resultados y discusión.....	84
CAPÍTULO V. REFLEXIONES DE LA EXPERIENCIA.....	92

5.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	92
5.2. Impacto a nivel profesional.....	93
5.3. Impacto en la institución con los resultados hallados.....	94
5.4. Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	95
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	101
REFERENCIAS.....	103
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Etapas del procedimiento del programa*

Tabla 2: *Procedimiento de la intervención*

Tabla 3: *Cronograma de trabajo*

Tabla 4: *Evaluación Pre y Post intervención en Habilidades Sociales de la SRS-2*

Tabla 5: *Resultados por sub escalas sociales de la SRS-2*

Tabla 6: *Evaluación Pre, seguimiento y Pos intervención en Habilidades Sociales de la Lista de Cotejo*

Tabla 7: *Resultado pre y post intervención en la subescala Conciencia Social de la SRS-2*

Tabla 8: *Resultado pre y post intervención en la subescala Cognición Social de la SRS-2*

Tabla 9: *Resultado pre y post intervención en la subescala Comunicación Social de la SRS-2*

Tabla 10: *Resultado pre y post intervención en la subescala Motivación Social de la SRS-2*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: *Organigrama funcional del Centro de Terapias Integrales*

Figura 2: *Procedimiento de la evaluación*

Figura 3: *Comparación pre y post intervención en las subescalas sociales de la SRS-2*

Figura 4: *Resultado pre, seguimiento y post intervención en la lista de cotejo.*

Figura 5: *Comparación pre y post intervención en la subescala Conciencia Social de la SRS-2*

Figura 6: *Comparación pre y post intervención en la subescala Cognición Social de la SRS-2*

Figura 7: *Comparación pre y post intervención en la subescala Comunicación Social de la SRS-2*

Figura 8: *Comparación pre y post intervención en la subescala Motivación Social de la SRS-2*

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional muestra el desarrollo de un programa de Intervención Psicológica en un niño de 9 años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) - Nivel 1, el objetivo principal fue potencializar las habilidades sociales de un niño con TEA Nivel 1 de Lima Metropolitana, abordando los desafíos sociales de conciencia, cognición, comunicación y motivación social. La intervención fue diseñada de forma estructurada y adaptada a las necesidades particulares del niño y bajo el modelo cognitivo-conductual con un predominio de técnicas y estrategias de corte conductual. La intervención constó de 14 sesiones individuales, en las que se aplicaron diferentes estrategias y técnicas como modelado, historias sociales, role-playing, juegos de pensamientos, intenciones, entre otros, haciendo uso de pictogramas y fichas visuales. Los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala de Respuesta Social (SRS-2) y una lista de cotejo. Los resultados iniciales indicaron déficits significativos y moderados en las habilidades sociales y dificultades para el reconocimiento y comprensión de las emociones y sentimientos complejos, mientras que los resultados pos intervención, los déficits pasaron a ser leves. Se concluye que la intervención resultó eficaz en potenciar las habilidades sociales del niño.

Palabras claves: Trastorno del Espectro Autista, habilidades sociales, enfoque cognitivo-conductual, intervención psicológica.

ABSTRACT

This professional competency project presents the development of a Psychological Intervention Program for a 9-year-old child diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) - Level 1. The main objective was to enhance the social skills of a child with ASD Level 1 from Metropolitan Lima, addressing social challenges related to awareness, cognition, communication, and social motivation. The intervention was designed in a structured manner and adapted to the child's specific needs, using a cognitive-behavioral model with predominance of behavioral techniques and strategies. It consisted of 14 individual sessions, in which different strategies and techniques were applied, such as modeling, social stories, role-playing, thought games, and intention exercises, among others, using pictograms and visual aids. The instruments used were the Social Response Scale (SRS-2) and a checklist. Initial results indicated significant and moderate deficits in social skills and difficulties in recognizing and understanding complex emotions and feelings, while post-intervention results showed that these deficits became mild. It is concluded that the intervention was effective in enhancing the child's social skills.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, social skills, cognitive-behavioral approach, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un Trastorno del Neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones en la comunicación e interacción social y la presencia de comportamientos e intereses rígidos, restringidos y repetitivos, los cuales se pueden clasificar en diferentes niveles de apoyo, el nivel 1, significando un requerimiento de apoyo, el Nivel-2, un apoyo sustancial y el Nivel-3, requerimiento de apoyo muy sustancial (APA, 2022).

A nivel de continentes, América Latina lidera en porcentaje de personas diagnosticadas con TEA (Cuenca et al., 2025). En el plano nacional, la comunidad de personas con TEA muestra un crecimiento constante, acompañado de un aumento anual en las cifras de diagnóstico, hasta el año 2019, aproximadamente 15, 625 personas fueron registradas con este diagnóstico (Diario El Peruano, 2019). Sin embargo, para el año 2023, la cifra ascendió a 204, 818 personas con TEA aproximadamente (Defensoría del Pueblo, 2023).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - 5ta Edición – Texto revisado (DSM-5- TR), establece que el diagnóstico del TEA, se fundamenta por la presencia de dos grandes grupos de criterios: déficits persistentes en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2022). El presente trabajo se focaliza en el criterio de deficiencia en la comunicación e interacción social, pues tiene un alto impacto social ya que, se evidencian dificultades que repercuten directamente en la relación de las personas con TEA con sus pares, es decir en sus habilidades sociales, pues presentan desafíos en diferentes aspectos como la toma

de turnos, realizar juicios dentro de una conversación, comprender significados ambiguos y en adoptar la perspectiva de los otros (Cardillo et al., 2020). Algunas de estas habilidades hacen referencia a la Teoría de la Mente, la cual es definida como la capacidad de anticipar la conducta social de otras personas mediante la atribución y comprensión de estados mentales, como deseos, creencias, emociones e intenciones (Rivière, 1996, citado en Aguilar; Agulla; Said & López, 2020). En vista de que resulta ser una habilidad subyacente para un adecuado mantenimiento de relaciones sociales, se precisó iniciar con el fortalecimiento de esta habilidad, lo cual es sustentado por Dioses (2020, citado en Atanacio, 2023) quien refiere que las intervenciones orientadas a fortalecer la teoría de la Mente, resultan ser relevantes en la conducta de los niños y en su desarrollo social y comunicativo.

En el presente estudio, se plantea potenciar las habilidades sociales de un niño con TEA Nivel-1, quien presenta desafíos en habilidades de conciencia, cognición, comunicación y motivación social, siendo las dos primeras habilidades de teoría de la mente, bajo el enfoque cognitivo-conductual. Estos desafíos comprometen significativamente su desenvolvimiento adecuado, seguro e inclusivo en el ámbito social y educativo. Esta situación evidencia la necesidad de implementar un programa de intervención para potenciar las habilidades sociales con el propósito de promover una adecuada adaptación al entorno manteniendo relaciones sociales significativas en diversos contextos y mejorar la calidad de vida del niño participante.

El presente trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se describen puntos específicos relacionados a la experiencia profesional y contextual, tales como descripción de la institución donde se desarrolló la intervención, el perfil del puesto y la experiencia profesional.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, brindando conceptos teóricos importantes sobre el Trastorno del Espectro Autismo (TEA), Habilidades sociales y los enfoques de intervención en Habilidades Sociales en el TEA. Finalizando con la presentación de antecedentes internacionales y nacionales.

Posteriormente, el capítulo III, presenta la Metodología que se respetó para la intervención, en el que se presenta el caso abordado, los objetivos e indicadores de logro de la intervención, así como los procesos que se siguió, desde la evaluación, a la misma intervención y finalizando con el monitoreo.

Continuando con el capítulo IV, en el que se presentan los resultados obtenidos de la intervención, el análisis y discusión de éstas mismas sustentadas con fuentes pertinentes.

Finalmente, el capítulo V, reflexiones de la experiencia, en él se describen los aportes y limitaciones de la intervención, así como las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1. Descripción de la Institución

La institución es un Centro de Terapias Integrales privada, orientada principalmente a la intervención en la población infantil. Se ubica en el Distrito de Santa Anita - Lima, cuenta con más de 25 años en el rubro de la salud y brindando una atención personalizada e integral a la población infantil con dificultades emocionales, de aprendizaje, conducta y a aquellos que presentan alguna condición del neurodesarrollo.

El Centro brinda diferentes servicios de forma multidisciplinaria. Entre ellos se encuentran: Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Estimulación Temprana, Programa de entrenamiento académico “Garabatea” para niños con TEA, por consiguiente, los profesionales que conforman el equipo del Centro son: Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Docente de educación especial, Terapeuta de estimulación temprana, practicantes de psicología de diferentes instituciones privadas, equipo audiovisual y una secretaria.

Cada servicio brindado busca principalmente promover el bienestar emocional, el desarrollo cognitivo, la adaptación conductual e inclusión social del infante y su familia.

Misión

“En Terapias Integrales Miss Lili nos esforzamos por brindar servicios individualizados y progresivos que promueven el crecimiento óptimo de cada niño y por ser líderes reconocidos a nivel nacional en terapias pediátricas.”

Visión

“Promover una sociedad donde todos los niños tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial, permitiendo un futuro más brillante y justo para las generaciones futuras. Estamos comprometidos a continuar ampliando nuestros servicios y recursos para satisfacer las necesidades cambiantes de nuestros pacientes y sus familias, a brindar apoyo integral y continuo a medida que progresan y crecen.”

1.2. Descripción del puesto de Trabajo

1.2.1. Denominación del puesto

Bachiller en Psicóloga – Dep. del Área de Psicología

1.2.2. Principales funciones a cargo

Desde el rol de Bachiller en Psicología se desempeñaron las siguientes funciones:

- Evaluaciones Integrales Psicológicas: Constaba de realizar entrevistas clínicas; observación conductual, aplicación de pruebas estandarizadas tanto a los padres de familia como a los niños en consulta, siendo la finalidad principal, el conocer el perfil emocional, conductual, cognitivo y social del menor y bajo la supervisión del jefe de área.
- Aplicación y corrección de pruebas psicológicas: Se aplicaron diferentes instrumentos psicológicos antes, durante o posterior a la intervención de acuerdo a la necesidad o pertinencia del caso.

- Redacción y elaboración de informes psicológicos: Se realizaron informes con diferentes objetivos, entre ellos se señalan: Informes o reporte de ingreso al área de psicología; informes de evolución; informes de evaluaciones integrales y reportes de observación conductual.
- Intervención y seguimiento de los casos: Después de conocer el perfil emocional, social, cognitivo, conductual y familiar de cada niño en consulta se continuó con el diseño e implementación de los planes de intervención de forma pertinente a cada caso, el diseño de intervención de cada caso en particular, es realizado por el profesional a cargo y luego pasa por el jefe de área para su aprobación del mismo, por su lado, la institución no establece un diseño o modelo único o general de intervención. En cuanto a la frecuencia de la intervención, variaba de una vez a dos veces por semana y eran realizados de forma individualizada y también con la participación activa de los padres en algunas sesiones, quienes en ocasiones participaban como agentes observadores, agentes activos (poniendo en práctica las recomendaciones) con su hijo(a) o agentes modeladores y facilitadores (para que el niño(a) logre mayor disposición y motivación a la intervención). Los enfoques de intervención variaron de acuerdo a las necesidades y perfil de cada caso, a algunos les funcionaba mejor un enfoque conductual (reforzamientos, modelados, instigación, etc), a otros un enfoque cognitivo (autoinstrucciones, autorregulación emocional, etc). Del mismo modo, en cuanto a la incorporación de las metodologías dependía de cada caso, entre las más usadas fueron: TEACCH (Tratamiento y educación de Niños con TEA y problemas asociados a la comunicación), ABA (Análisis de la

Conducta Aplicada), Denver, CBT (Terapia Cognitivo - Conductual), JASPER (Atención conjunta, Juego simbólico, Vínculo y Regulación), entre otros. A medida que la intervención iba en desarrollo se realizaron seguimientos frecuentes de cada plan de trabajo, para evaluar su continuidad del modo en que se iba desarrollando o realizar algunos ajustes para el progreso de cada niño.

- Orientación y consejería: Se brindaron orientaciones y consejerías a los padres de familia que llegaban al centro con algún diagnóstico confirmado de sus hijos, estos espacios permitía a los padres sobrellevar mejor la noticia, conocer a mayor profundidad el diagnóstico y poner en marcha un plan familiar para afrontar la situación de la forma más óptima posible. Por otro lado, estos espacios también se desarrollaban con los padres de los niños que ya venían recibiendo algún servicio del centro, minutos antes de finalizar su sesión o se programaba alguna sesión dirigida netamente a los padres o cuidadores primarios.
- Desarrollo de talleres dirigidos a docentes y padres de familia: Se ejecutaron diferentes talleres de concientización y sensibilización sobre el TEA en diferentes instituciones educativas.
- Visitas institucionales: Se llevaron a cabo visitas institucionales para realizar observaciones conductuales de los casos que se tenían en intervención, con la finalidad de conocer el desenvolvimiento social del niño(a) en su espacio educativo y contar con mayor información sobre las respuestas y atenciones brindadas de sus docentes responsables para con el niño(a) en cuestión, esto permitía fortalecer el trabajo integral con los

docentes brindándoles recomendaciones oportunas y estableciendo nuevas formas de comunicación y trabajo en equipo.

1.2.3. Jefe inmediato

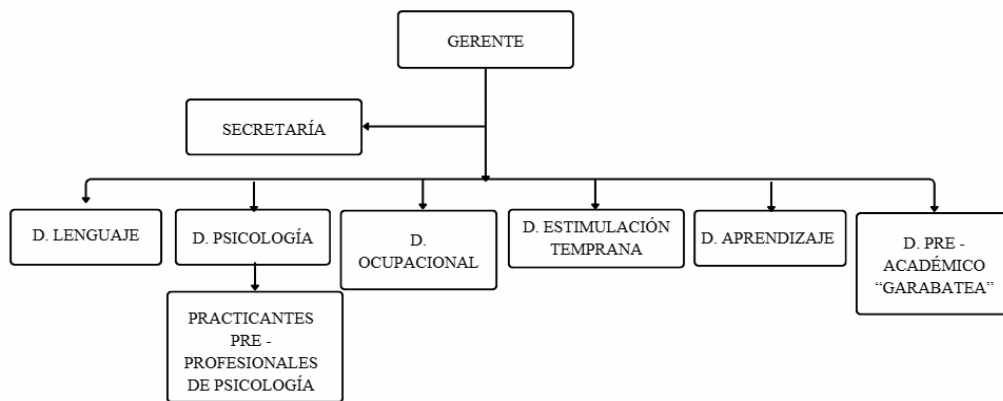
Licenciada en Psicología - Jefa del Área de Psicología

1.2.4. Organigrama

Véase en la Figura 1 el organigrama del Centro de Terapias Integrales

Figura 1

Organigrama funcional del Centro de Terapias Integrales



En base al organigrama presentado cabe precisar que el departamento de Psicología está conformado por un Jefe de Área, licenciados y bachilleres. La distinción funcional principal radica en la complejidad de los casos: mientras que los licenciados asumen intervenciones de alta relevancia clínica (como ansiedad, depresión o TEA niveles 2 y 3), los bachilleres se encargan de casos de menor compromiso clínico, tales como modificación de conducta, habilidades sociales, autorregulación emocional, autoestima, entre otros."

1.3. Delimitación del área de trabajo

El presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como línea de investigación el bienestar psicológico y salud mental, que busca regular el bienestar psicológico y permitir una mejora en la calidad de vida.

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los que se alinea el presente trabajo fueron dos. El ODS 3 “Salud y Bienestar” puesto a que se busca el bienestar emocional del niño y su familia con el propósito de favorecer una adaptación más óptima y por ende una mejora en su inclusión social. Así mismo, el ODS 4, “Educación de Calidad”, ya que la intervención contribuye al incremento de habilidades sociales, cognitivas y emocionales reduciendo así la brecha a una inclusión real y libre de estigmas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) desde muchos años atrás viene siendo estudiado por diferentes profesionales de la salud, entre psicólogos, psiquiatras y demás relacionados. Por ende, su concepto ha ido evolucionando con el pasar de los años, desde su primera versión desde el siglo XVII donde se contaban con casos documentados de personas que eran descritas como ajenas al mundo social, carentes de habilidades motrices y comunicativas, con intereses muy restringidos y rígidos. Posteriormente, en el año 1916 el autor Bleuler empezó a utilizar el término “autismo” dando a conocer en sus investigaciones que era una palabra compuesta etimológicamente por dos términos griegos: “autos” (uno mismo) e “ismos” (forma de estar) (Garrabé de Lara, 2012 & Quiroz et al, 2018). Años más tarde, Carl Jung inicia con sus investigaciones de los tipos de personalidad dividiéndolo en dos grandes grupos, introvertidos y extrovertidos, por lo que el TEA fue definido como una introversión severa y por ende vendría a ser un Trastorno y fue relacionado con algún tipo de Esquizofrenia (Artigas-Pallares & Paula, 2012 y García & Huitrado, 2024). Algunos años más tarde, Leo Kaner es quien diferencia el “Trastorno autista” de los Trastornos esquizofrénicos y lo define como una alteración innata en las relaciones emocionales (García, Alpizar & Guzmán, 2019). Un gran aporte posterior fue la de Lorna Wing, psiquiatra que añadió el término “Espectro”, dando a conocer que el “Trastorno Autista”, nombrado así hasta esa época, presentaba una extensa variedad de síntomas,

habilidades y niveles de discapacidad, por lo que es denominado después como “Trastorno del Espectro Autista”. Wing propone una tríada que explicaba al TEA, como alteraciones en la competencia de relación social; el lenguaje y la comunicación; y la inflexibilidad mental y comportamental (Gómez, 2010; García, Alpizar & Guzmán, 2019). Como se puede estudiar, el Trastorno del Espectro Autista ha sufrido muchos cambios en su concepto, pasó de ser un síntoma de un Trastorno Esquizofrénico a ser un Trastorno con sintomatología propia. A continuación se brinda el concepto más actualizado.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - quinta edición (DSM-5) en 2013, el TEA, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el PDD-NOS fueron consolidados bajo la categoría de Trastorno del Espectro Autista. Además de incluir un término muy importante, “Espectro”, que además de referirse a una amplia variabilidad de quienes lo presentan, también se ajusta adecuadamente a los modelos genéticos actuales (Alcalá & Madrigal, 2022).

Así mismo, el TEA es definido por la APA (2015) como un Trastorno del Neurodesarrollo que incluyen dificultades sociales importantes como: iniciar y responder a interacciones, usar comunicación no verbal y establecer relaciones, así como patrones de conducta o intereses restringidos y repetitivos, que pueden manifestarse en formas atípicas de hablar o moverse, rituales y resistencia a las modificaciones, además de sensibilidades o reacciones sensoriales inusuales.

Según La Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Subespecialidades - Psiquiatría (2020), el TEA es un trastorno neuropsiquiátrico crónico que se evidencia mediante dificultades en la interacción social, alteraciones

en el uso del lenguaje y la presencia de conductas repetitivas y limitadas, incluyendo particularidades sensoriales, lo que genera diversas complicaciones en la vida cotidiana de quienes lo presentan.

Por su lado, La Clasificación de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2022) también define el TEA como un trastorno del neurodesarrollo y señala que puede manifestarse con distintos grados de necesidad de apoyo, que van de leves a elevados. A diferencia de ediciones previas, esta clasificación ya no se basa en subtipos, sino que entiende el TEA como un espectro continuo de rasgos, teniendo en cuenta diferencias en el desarrollo del lenguaje, las capacidades intelectuales y la sensibilidad sensorial. Asimismo, destaca la importancia de evaluar cómo estas características afectan la vida diaria y de ofrecer apoyos individualizados que faciliten una mejor adaptación al entorno.

El DSM V TR (2022) define al Trastorno del Espectro Autista como un Trastorno del Neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia continua de alteraciones en la comunicación y en la interacción social, que se manifiestan en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Estas alteraciones incluyen dificultades para establecer una reciprocidad social adecuada, problemas en el uso de señales comunicativas no verbales necesarias para relacionarse con los demás y limitaciones para crear, sostener y comprender distintos tipos de relaciones. Asimismo, junto con estas dificultades en el ámbito social, el diagnóstico del trastorno también exige identificar patrones de conducta, intereses o actividades que sean rígidos, restringidos o repetitivos. Dado que los síntomas pueden modificarse a lo largo del desarrollo e incluso quedar parcialmente ocultos gracias a estrategias compensatorias, es posible fundamentar el diagnóstico en información del historial

del individuo. No obstante, el DSM V TR resalta que la condición debe evidenciarse mediante un impacto significativo en el funcionamiento de la persona.

Actualmente desde el ámbito médico, el TEA ya no es considerado como una enfermedad grave, sino una condición que forma parte de la neurodiversidad que aparece desde los primeros meses de vida y se caracteriza por desafíos en la conducta, en la comunicación tanto verbal como no verbal y en la interacción social y emocional (Marín, 2024).

El trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del desarrollo neurológico con múltiples dimensiones, que se manifiesta por desafíos en la interacción social, alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, así como por una marcada rigidez conductual reflejada en comportamientos repetitivos e intereses limitados. Su origen y los factores de riesgo asociados se conocen cada vez mejor. Actualmente no existe un tratamiento específico para las características principales del TEA, sin embargo, sí se ejecutan diversas intervenciones terapéuticas y farmacológicas que promueven una mejora en la calidad de vida de quienes lo presentan (Alcalá & Madrigal, 2022).

Finalmente, sobre el tiempo de su manifestación, el TEA suele ser identificado entre los 2 y 3 años, aunque en casos más leves puede no reconocerse hasta los 6 o 7 años, cuando las exigencias sociales y escolares se vuelven más complejas. En ese momento se hacen más evidentes las dificultades en la comunicación, la interacción social y la flexibilidad, las cuales pueden haber pasado desapercibidas gracias al apoyo intensivo de los padres o a la tendencia de algunos profesionales de la salud y la educación a minimizar los signos tempranos del desarrollo que mostraban los niños en sus primeros años (Vásquez, 2015).

2.1.1. Categorización del Nivel de gravedad del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Según el DSM-V-TR (2022), presenta la siguiente categorización referente a los niveles de necesidad de apoyo:

Nivel 1 - Requiere de apoyo: En el área de comunicación social las limitaciones se caracterizan por deficiencias evidentes si no hay apoyos, las dificultades resultan en fallos notables, lo cual se evidencian en una dificultad para iniciar interacciones sociales, dentro de esta interacción hay ejemplos claros de que sus respuestas a las señales o propuestas sociales de otros son inusuales y muchas veces puede dar la impresión de que su interés en interactuar con los demás es bajo. La conversación recíproca (el "ida y vuelta") no fluye bien, y sus intentos de hacer amigos por lo general, no tienen éxito. En cuanto al área comportamental restringido y repetitivo se caracteriza por presentar una interferencia significativa causando problemas serios en su capacidad para desempeñarse en diferentes áreas (por ejemplo, la escuela, el hogar, etc). Asimismo, le resulta muy complicado o estresante pasar de una actividad a otra y presentan problemas para la organización y planificación de tareas lo que limita su capacidad para ser independiente.

Nivel 2 - Requiere apoyo sustancial: En el área de comunicación social las limitaciones se caracterizan por problemas significativos con las habilidades de lenguaje hablado y la comunicación social no verbal; dificultades sociales que son claras y notables incluso cuando la persona cuenta con ayuda o apoyo; poca o nula iniciativa para comenzar interacciones sociales; respuestas limitadas, escasas o

inusuales a los intentos o señales de interacción social que provienen de otros. En cuanto al área comportamental restringido y repetitivo se caracteriza por una marcada rigidez y la dificultad para manejar las novedades o los cambios. Estos comportamientos son lo suficientemente frecuentes como para ser fácilmente notados por cualquier persona que esté observando y suelen interferir con la vida diaria de la persona en diferentes situaciones y ambientes. Además, la persona muestra angustia significativa o experimenta gran dificultad al intentar cambiar de actividad, de tema o de enfoque.

Nivel 3 - Requiere apoyo muy sustancial: En el área de comunicación social las limitaciones son profundas, tanto verbal como no verbal, generando dificultades significativas en el funcionamiento diario, así como una iniciativa muy reducida para entablar interacciones sociales y una respuesta mínima ante las propuestas de contacto social por parte de otras personas. Además, esta persona suele responder solo cuando los demás realizan aproximaciones sociales muy explícitas o directas. Por otro lado, en el área comportamental restringido y repetitivo la rigidez en la conducta, la marcada dificultad para adaptarse a los cambios y otros patrones de comportamiento restringidos y repetitivos afectan de manera significativa el funcionamiento en todos los ámbitos de la vida. Estos factores generan un intenso malestar o gran dificultad para modificar la atención o alterar una acción en curso.

2.1.2. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El diagnóstico temprano del Trastorno del Espectro Autista (TEA) es fundamental, ya que permite identificar de manera oportuna las necesidades específicas del desarrollo y establecer intervenciones basadas en evidencia que potencien las capacidades del niño. Detectar señales tempranas facilita una comprensión más amplia del perfil cognitivo, comunicativo y socioemocional. Además, un diagnóstico precoz ofrece a las familias orientación adecuada y apoyo psicoeducativo, fortaleciendo su capacidad para acompañar el proceso evolutivo del niño y promoviendo un entorno más inclusivo y receptivo a sus particularidades (Buffle & Naranjo, 2021).

Actualmente existen dos sistemas de clasificación diagnóstica reconocidos internacionalmente, el DSM-5-TR que se centra exclusivamente en los trastornos mentales y el CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^{va} edición). A continuación se describe los criterios de diagnóstico que presenta el DSM-5-TR:

- A) Déficits persistentes en la comunicación e interacción social que debe ocurrir en diferentes espacios, además de presentarse en la actualidad o en la historia.
1. Déficits en la reciprocidad socioemocional, que se evidencia desde una falta de interés a iniciar o corresponder interacciones sociales, así como también la dificultad para sostener una conversación de ida y vuelta, intercambiando ideas, intereses o emociones.
 2. Déficits en los comportamientos comunicativos no verbales necesarios y usados en la interacción social; se evidencia en una comunicación verbal y no verbal mal integrada; hábitos poco típicos para el contacto visual y lenguaje corporal y déficits en la comprensión y uso de gestos.

3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, se evidencian desafíos para adaptar el comportamiento a distintos contextos sociales; para interactuar con juegos imaginativos, para formar amistades y la falta de interés en la participación grupal.

B) Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestados por al menos dos de los siguientes, actualmente o en el historial:

1. Movimientos motores estereotipados o repetitivos, podría ser de objetos o el habla (Ej. alinear o girar juguetes, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en mantener el orden, adhesión inflexible a las rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (Ej., rituales de saludo, necesidad de ir siempre por la misma ruta o comer alimentos seleccionados todos los días, preferencia en el orden de colores, objetos, etc.).
3. Presencia de focos de interés altamente específicos y persistentes, caracterizados por una intensidad atípica o una fijación desmedida en temas u objetos poco habituales.
4. Presentación de respuestas atípicas ante estímulos sensoriales, que pueden manifestarse como una sensibilidad extrema (hiper) o una reactividad reducida (hipo). Esto incluye una búsqueda activa o fijación por cualidades físicas del entorno, como texturas, olores, luces o movimientos.

C) Las manifestaciones clínicas deben tener su origen en las primeras etapas de la infancia. No obstante, estas señales pueden permanecer latentes hasta que las exigencias del entorno social superen los recursos del individuo, o

bien pueden haber sido ocultadas mediante mecanismos de compensación desarrollados a lo largo del tiempo.

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

E) Estos trastornos no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global del desarrollo. El trastorno del desarrollo intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coexisten.

Por su lado el CIE 11 presenta los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista:

A) Dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social: Incluye alteraciones en áreas como:

- La reciprocidad socioemocional (dificultad para iniciar o mantener interacciones).
- Uso de la comunicación no verbal (contacto visual, gestos comunicativos, expresiones faciales).
- Comprensión y desarrollo de relaciones sociales acordes al nivel de desarrollo.

Estas dificultades deben estar presentes en múltiples contextos y no explicarse únicamente por diferencias culturales o lingüísticas.

B) Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades:

- Movimientos, uso de objetos o habla repetitiva.
- Insistencia en rutinas, resistencia al cambio o comportamientos ritualizados.
- Intereses muy intensos o focalizados.
- Hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales (sonidos, texturas, luces, temperatura, etc.).

C) Inicio temprano del desarrollo

Las manifestaciones deben estar presente desde la infancia, aunque algunas pueden hacerse más evidentes conforme aumentan las demandas sociales o comunicativas.

D) Relevancia clínica

Los síntomas deben causar dificultades significativas en el funcionamiento personal, social, educativo o laboral.

E) Especificadores recomendados en el CIE-11

El clínico debe indicar:

- Si hay o no discapacidad intelectual asociada.
- Si hay o no afectación del lenguaje funcional.
- La necesidad de apoyos adicionales.

2.2. Habilidades sociales

Antes de ofrecer una definición que cubra todo lo que implica la conducta social, se reconoce que surgen diversas dificultades al intentar precisar y medir esta

variable. Por ello, es importante señalar que no hay un consenso sobre una definición exacta de lo que son las habilidades sociales (Gismero, 2002).

De acuerdo con Caballo (2005), las habilidades sociales comprenden un conjunto de comportamientos que facilitan al individuo desenvolverse eficazmente en contextos personales o interpersonales, permitiéndole expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de manera ajustada a cada situación. En términos generales, estas habilidades favorecen la solución de problemas inmediatos y contribuyen a disminuir la aparición de dificultades futuras, siempre que la persona actúe respetando las conductas de los demás.

Las habilidades sociales son las diferentes formas en que las personas se comunican, interactúan y colaboran entre sí. Incluyen el uso del tono de voz, el lenguaje corporal, las expresiones faciales, las palabras y los movimientos para establecer vínculos con otros. Estas capacidades son esenciales para construir relaciones positivas, trabajar adecuadamente con los demás y fortalecer la confianza personal. Todas las personas requieren, con más o menos necesidad, sentirse aceptadas por su grupo, es decir, experimentar un sentido de pertenencia. Esto se obtiene a través de las interacciones que se dan dentro de los grupos. Algunos niños adquieren estas habilidades de forma más espontánea, mientras que otros que presentan algún tipo de discapacidad pueden desarrollarlas de manera parcial, incluso con apoyo y guía. No obstante, todos los niños requieren cierto grado de orientación mientras aprenden qué comportamientos son adecuados (ya sea en su cultura, su aula o su familia) y cuáles no lo son (Baez & Sanchez, 2018).

Según Lacunza; Solano & Contini (2009) Fernández Ballesteros en 1994 destacó varias propiedades fundamentales de las habilidades sociales:

- a) *Su carácter heterogéneo*, dado que el concepto abarca una amplia gama de comportamientos que se manifiestan a lo largo de diferentes etapas del desarrollo, en distintos niveles de funcionamiento y en todos los contextos donde se despliega la actividad humana.
- b) *La naturaleza interactiva de la conducta social*, entendida como un comportamiento interdependiente que se ajusta a las acciones de los interlocutores dentro de un contexto específico.
- c) *La especificidad situacional*, que subraya la necesidad de tener en cuenta los entornos socioculturales en los que se produce dicha conducta.

Según Buencoco (2023), las Habilidades Sociales tienen los siguientes componentes:

- *Conductual*: Éstas vienen a ser observables como el lenguaje verbal, no verbal, paralingüístico, hab. de escucha y de asertividad.
- *Cognitiva*: Se centra en los esquemas mentales, creencias, valores del individuo, la toma de perspectiva, la autoconciencia.
- *Fisiológica y emocional*: Integra las respuestas internas y afectivas que se desarrollan durante la interacción social, tales como la regulación emocional y la respuesta ante el estrés.
- *No verbales*: Como el contacto visual, lenguaje corporal y expresiones faciales.
- *Verbales*: Tono de voz, claridad en el habla, etc.

2.3. Habilidades Sociales y Trastorno del Espectro Autista

Uno de los criterios fundamentales para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) reside en la presencia de desafíos en la comunicación y la interacción social. En respuesta a estas necesidades, se han desarrollado diversas intervenciones orientadas a optimizar el bienestar y calidad de vida de quienes presentan el diagnóstico. Según Perez (2021, citado en Bilbao, et al., 2025) las intervenciones más eficaces integran enfoques conductuales, contextuales y cognitivo-conductual, haciendo uso de técnicas como el modelado, refuerzo positivo, enseñanza estructurada, análisis funcional de la conducta y la mediación pedagógica, asimismo, estos programas han de abordar habilidades sociales básicas como saludar, esperar turnos, compartir y habilidades más complejas como el reconocimiento de emociones, la empatía y la resolución de conflictos.

Como se señaló anteriormente, en los criterios de DSM-5-TR y el CIE-11 se muestran los principales desafíos a los que se enfrentan los niños con TEA en la comunicación e interacción social, estos se describen a continuación:

La reciprocidad socioemocional: Dificultades para iniciar o mantener interacciones y para responder al afecto del otro.

Lenguaje No Verbal: Desafíos para el contacto visual, interpretar gestos comunicativos, expresiones faciales o el tono de voz de los demás.

Teoría de la Mente: Dificultad para comprender que otras personas difieren de pensamientos, deseos o perspectivas a las propias.

Rigidez cognitiva: Preferencia por rutinas que puede dificultar la adaptación a juegos o conversaciones impredecibles.

Ante todos esos desafíos que comprometen el funcionamiento social adecuado de los niños con TEA, existen diferentes estrategias y herramientas prácticas que respaldan científicamente su efectividad. Catherine Pascuas (2017) desarrolló un Manual de actividades para el TEA, donde describe diferentes técnicas que pueden ser desarrolladas en diferentes contextos, entre ellas se encuentran:

Historias sociales: Son cuentos breves que explican paso a paso una situación social y qué se espera como respuesta conductual que haga el niño.

Pictogramas: Utilizar imágenes para mostrar secuencias de conductas o para el abordaje de las emociones (identificarlas y discriminarlas).

Modelado: Ejemplificar la conducta deseada o mostrarlo haciendo uso de videos para que el niño pueda verla las veces necesarias.

Role-Playing: Juego de roles, proponer diferentes papeles o roles para adoptar la función que le corresponde al personaje y practicar.

Ensayo de conductas: Practicar las competencias sociales aprendidas en diferentes espacios de la vida diaria del niño.

Juegos estructurados: Tales como los juegos de mesa (para los turnos, cumplimiento de reglas); juegos de imitación (atención conjunta); juegos de construcción (trabajo en equipo).

En conclusión, el desarrollo de las habilidades sociales en las personas con TEA representa un gran desafío y oportunidad al mismo tiempo debido a las diferencias neurobiológicas en el procesamiento de la información social y la comunicación. A diferencia de los niños que adquieren y aprenden éstas habilidades de forma espontánea, los niños con TEA requieren un abordaje explícito, estructurado y altamente visual.

2.4. Modelos de tratamientos en Habilidades sociales en niños con TEA

Teoría de la Mente

La Teoría de la Mente (TdM) Según Rivière (1996 citado en Aguilar; Agulla; Said & López, 2020), alude a la capacidad de anticipar la conducta social de otras personas mediante la atribución y comprensión de estados mentales, como deseos, creencias, emociones e intenciones. Es una habilidad compleja que requiere no solo representar mentalmente aspectos que no pueden observarse de forma directa, sino también tomar distancia de la propia perspectiva y utilizar estas competencias para anticipar el comportamiento de los demás. Es por tales motivos que se rescata que la TdM es una capacidad esencial para desenvolverse adecuadamente en lo social, pues sin la atribución de deseos e intenciones a los demás resulta complicado iniciar y mantener vínculos como la amistad, el compañerismo o la competencia, así como resolver conflictos interpersonales y participar en intercambios comunicativos que exigen interpretar significados no literales.

Según Dioses (2020, citado en Atanacio, 2023) el modelo de la Teoría de la Mente (TdM) ha tenido una influencia importante en la investigación y la práctica, ya que se utiliza para explicar varios de los comportamientos sociales y comunicativos presentes en las personas con trastorno del espectro autista (TEA). Según este enfoque, las personas con TEA presentan dificultades significativas para comprender los estados mentales de otros, como emociones, sentimientos, creencias o pensamientos.

Según Wellman (2018, citado en Espitia, 2025) propone que la Teoría de la Mente se desarrolla por etapas, que inician desde la comprensión de emociones a la comprensión de pensamientos, estas se describen a continuación:

Conciencia emocional: Se refiere a la habilidad de identificar y diferenciar las emociones básicas y complejas propias y ajenas.

Perspectiva ajena: Es la habilidad para anticiparse a las intenciones del otro y asumir la perspectiva del otro.

Lógica de creencias: Es la habilidad para comprender que las acciones están mediadas por creencias erróneas o correctas.

En suma, desde esta perspectiva, se considera que intervenciones orientadas a fortalecer la TdM podrían generar mejoras amplias y relevantes en la conducta y en diversos resultados asociados al desarrollo social y comunicativo de los niños con TEA.

Modelo Cognitivo-Conductual

El Modelo Cognitivo-Conductual trabaja bajo la premisa de que si se modifica la forma de pensar sobre la situación, entonces se podrá modificar por ende los sentimientos/emociones y cómo se reacciona ante ello (Danial & Wood, 2013). Debido a que en el Trastorno del Espectro Autista se presentan desafíos en la comunicación y flexibilidad mental, el enfoque cognitivo-conductual se adapta para ser efectiva mediante estrategias estructuradas y visuales (You, et al., 2024).

Las técnicas Cognitivos-Conductuales (TCC) tienen un sólido y amplio respaldo científico en la intervención con las Habilidades Sociales en la población TEA de alto funcionamiento (You et al., 2024; Pascual, 2022; Chung et al., 2016); así como también en el control de los impulsos y la autorregulación emocional (Hurtado & Guarro, 2015).

Los principios en los que se fundamente el Modelo Cognitivo-Conductual para la intervención con niños TEA se describen a continuación (Attwood, 2004; Beck, 2020; Fuentes, Hervás & Howlin, 2020; Gray, 2010 y Vázquez-Rocha et al., 2024):

- **Estructuración y predictibilidad:** Éste principio permite a los niños con ésta condición evitar o disminuir la ansiedad ante la incertidumbre, es por ese motivo que el entorno ha de ser organizado con agendas visuales con pictogramas y las sesiones han de ser estructuradas con rutinas claras de actividades.

- **Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS):** Éste principio permite al niño aprender competencias de habilidades sociales mediante diferentes técnicas como el modelado, role - playing e historias sociales.
- **Modificación de Pensamientos rígidos:** Se basa en trabajar la flexibilidad cognitiva, enseñando estrategias para manejar la frustración ante los cambios y la identificación de “pensamientos trampa” para sustituirlos por otros más racionales o funcionales.
- **Uso de Refuerzo Positivo:** Este principio sostiene que, para lograr una motivación mayor en el desarrollo de conductas deseadas, se deben utilizar diferentes tipos de reforzadores como premios, elogios, tiempo de juego, entre otros.
- **Generalización:** Promueve la participación familiar durante el proceso de intervención para que lo aprendido en las sesiones de trabajo sean transferidas a otros espacios de participación diaria en los que se desenvuelve el paciente.

El modelo cognitivo-conductual ofrece pautas de intervenciones claras y consistentes, respaldadas por una sólida base teórica y metodológica. Como se ha descrito, este modelo es fundamental para el entrenamiento en habilidades sociales, optimizando procesos como la flexibilidad cognitiva y la teoría de la mente para mejorar el desempeño comunicativo y la motivación social, haciendo uso de técnicas y estrategias como el role-playing, historias sociales, juegos estructurados, reforzadores positivos, entre otros, la suma de todos ellos permiten que el niño con

TEA desarrolle de manera progresiva la capacidad de reconocer estados mentales ajenos, prever intenciones y ejecutar respuestas sociales pertinentes y adaptativas (Espitia, 2025).

Tratamiento de Respuesta Pivotal (PRT)

El Tratamiento de Respuesta Pivotal (PRT) es un enfoque de intervención naturalista que surge del Análisis de Conducta Aplicado (ABA). Este método se enfoca en aspectos fundamentales del desarrollo infantil, como la motivación, la habilidad para responder a diversas señales, la autogestión y la iniciativa social. Estas competencias son esenciales porque ayudan a que los niños con TEA experimenten mejoras amplias y generalizadas en comunicación, interacción social y conducta.

El PRT incrementa la motivación de los niños para participar y aprender mediante estrategias motivacionales respaldadas por la investigación, entre ellas permitir que el niño elija, variar las tareas, reforzar los intentos y utilizar reforzadores naturales e inmediatos. Además, el PRT brinda herramientas a las familias para aplicar las intervenciones, incorporando el aprendizaje dentro de las rutinas cotidianas y en el entorno natural del niño.

2.5. Investigaciones Internacionales y Nacionales

2.5.1. Investigaciones Internacionales

Alahmari et al. (2025) realizaron un meta-análisis con el propósito de evaluar la efectividad de las intervenciones de Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST) para niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA). El análisis incluyó 17 estudios que exploraron diversas intervenciones diseñadas para mejorar las habilidades sociales en niños con TEA publicados entre 2000 y 2023. Los participantes fueron niños con TEA de 3 a 18 años que fueron intervenidos de forma individual o grupal, y mediante evaluaciones estandarizadas de sus habilidades sociales. En los estudios explorados, las intervenciones realizadas se orientaron a afrontar los principales retos sociales vinculados al TEA mediante la aplicación de técnicas sustentadas en principios cognitivo-conductuales, utilizaron métodos como el modelado, dramatización y la retroalimentación comprendiendo una enseñanza estructurada y directa de competencias sociales concretas como la comunicación no verbal, las destrezas conversacionales, la toma de perspectiva y la regulación emocional. Los resultados demostraron que la magnitud del efecto general de las intervenciones de SST fue de 0,28-0,60 (intervalo de confianza del 95 %), lo que indica un efecto entre pequeño y moderado por lo que concluyeron señalando que las intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales fueron eficaces para mejorar diversas habilidades sociales, como la comunicación social, la reciprocidad y la atención conjunta.

Este meta-análisis es de suma importancia para el presente trabajo, ya que aporta evidencia empírica actualizada y sólida sobre la efectividad de las intervenciones de Entrenamiento en Habilidades Sociales en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Así mismo, demuestra que las intervenciones basadas

en principios cognitivo-conductuales, que incluyen estrategias como el modelado, la dramatización y la retroalimentación, generan efectos positivos. Estos hallazgos respaldan el enfoque seleccionado para la intervención y las técnicas y estrategias usadas para potencializar las habilidades sociales del niño.

You et al. (2024) llevaron a cabo un meta-análisis, con el propósito de examinar de manera rigurosa la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la potenciación de las habilidades sociales en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El análisis integró siete ensayos clínicos aleatorizados que sumaban 214 participantes de entre 7 y 18 años diagnosticados con TEA, entre sus criterios de inclusión especificaron la utilización de la Escala de Respuesta Social (SRS). Contrastaron la TCC con condiciones de control que incluían listas de espera, tratamientos habituales y otras intervenciones no basadas en TCC. Las intervenciones consideradas incorporaron componentes como modelado conductual, juego de roles, entrenamiento estructurado en habilidades sociales y retroalimentación adaptada a cada participante. Los resultados revelaron que la TCC se asociaba con mejoras socialmente significativas, evidenciadas por un tamaño del efecto global de $SMD = -0.55$, siendo dichas mejoras particularmente marcadas en las evaluaciones proporcionadas por los padres.

Este meta-análisis reviste particular importancia para el presente estudio, ya que aporta evidencia reciente y robusta acerca de la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual en el abordaje de las dificultades sociales en niños y adolescentes con TEA. Sus conclusiones sustentan la incorporación de

componentes cognitivos y conductuales en los programas de intervención aquí planteados, otorgando validez al enfoque multifacético adoptado y subrayando la necesidad de adaptar las técnicas a las particularidades de cada niño con el fin de optimizar el desarrollo de sus habilidades sociales. Asimismo, resaltan la importancia de considerar a la SRS como instrumento muy pertinente y eficaz para valorar las habilidades sociales que para medir la ansiedad en niños con TEA.

Por su lado Wood et al. (2021) desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado y controlado con la finalidad de comparar la eficacia de dos Programas de Intervención en la reducción de la sintomatología del TEA: uno basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de enfoque modular y otro en el Tratamiento Comunitario Estándar Mejorado (TCME). En el estudio participaron 107 niños con diagnóstico de TEA, con edades comprendidas entre los 6 y los 13 años, quienes fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones terapéuticas (TCC o TCME). Ambos abordajes contemplaron un total de 32 sesiones de intervención. La modalidad de TCC se estructuró bajo un diseño modular (SEBASTIEN), permitiendo la adaptación de componentes terapéuticos basados en la evidencia a las necesidades clínicas específicas de cada participante. Por su parte, el TCME consistió en un programa de entrenamiento en habilidades sociales y técnicas cognitivo-conductuales, impartidos mediante un formato grupal, estructurado y secuencial. La variable principal de resultado fue la evaluación independiente del nivel de participación con pares durante el recreo escolar, realizada mediante un sistema de observación estructurado y validado. Los resultados demostraron que la intervención basada en TCC mostró una eficacia significativamente superior a la

del TCME tanto en la medida primaria de resultado ($p < .001$; $d = .50$; IC del 95% [.06, .93]) como en la medida secundaria ($p = .003$; $d = .87$; IC del 95% [.45, 1.27]). Estos sugieren que SEBASTIEN, puede facilitar una mayor mejora en la comunicación social con los compañeros y una mayor reducción de los síntomas de alta prioridad en comparación con una intervención de atención comunitaria análoga, es decir, el formato utilizado en grupos de entrenamiento en habilidades sociales, complementado con prácticas cognitivas y conductuales adicionales.

Este ensayo aleatorizado es fundamental para el presente trabajo, ya que proporciona evidencia de que un programa de intervención cognitivo-conductual modular y personalizada es más eficaz que los programas grupales estandarizados de entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la interacción social en niños con TEA. Al demostrar mejoras significativas y clínicamente relevantes en la participación con pares y en la comunicación social en contextos naturales como el recreo escolar, el estudio respalda la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades específicas del niño, en lugar de aplicar enfoques uniformes. Estos hallazgos justifican teóricamente el uso de estrategias cognitivo-conductuales individualizadas para potenciar las habilidades sociales en un niño con TEA, aportando un sólido respaldo empírico a la orientación y relevancia de la presente investigación.

Salazar (2020) diseñó y ejecutó un Programa de Intervención para mejorar las habilidades sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La intervención buscó el cumplimiento de tres objetivos principales, disminuir las

conductas disruptivas para una mejora en la relación con los compañeros; aumentar la comunicación y espontaneidad en la conducta, y potenciar el conocimiento sobre las emociones y empatía. El programa se diseñó en dos fases, la primera fue de evaluación, en la que se aplicó el Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) y se elaboró un registro conductual para el seguimiento continuo de determinadas conductas y luego se inició con la intervención en dos contextos (salón y recreo), las actividades incluyeron aproximaciones guiadas, juegos de imitación en base a modelados, adivinanzas de emociones, juegos tradicionales (rayuela, araña, pillar), entre otros, las estrategias aplicadas fueron los refuerzos sociales y el modelado, haciendo uso de fichas visuales y pictogramas. Los resultados señalaron que la aplicación de estrategias visuales, desarrollo de juegos tradicionales y el acompañamiento para el aprendizaje de conductas pro-sociales mediante modelamiento permitieron una mejora en la relación con sus pares, en la comunicación y en el reconocimiento de emociones.

Este estudio es relevante porque respalda la pertinencia y viabilidad de implementar programas individualizados de intervención en habilidades sociales, demostrando que una planificación estructurada, el uso de estrategias visuales y el entrenamiento en habilidades socioemocionales pueden generar cambios significativos en la interacción social de niños con TEA. Así mismo, fortalece el sustento teórico y metodológico del presente trabajo, al evidenciar que una intervención sistemática y contextualizada puede contribuir de manera efectiva al desarrollo de competencias sociales en niños con TEA.

Así mismo, Bermúdez et al. (2020) desarrollaron un Programa de Entrenamiento en Habilidades Conductuales con diseño de línea base múltiple cuyo objetivo principal fue analizar el impacto del programa en la adquisición de dos habilidades sociales específicas en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA): el acercamiento adecuado a una persona que expresaba una emoción y la emisión de una respuesta verbal congruente con dicha emoción. La muestra estuvo conformada por tres niños con diagnóstico de TEA, de 5, 6 y 7 años de edad. Durante la fase de línea base, un actor representó distintas emociones (frustración, felicidad o dolor), sin que las respuestas de los participantes recibieran consecuencias programadas. En la fase de intervención, las instrucciones y el modelado de las conductas correctas se presentaron a través de videos, en los cuales el modelo podía ser una niña, un adulto o un superhéroe. Posteriormente, un actor escenificaba una de las emociones y se registraba la frecuencia de respuestas correctas emitidas por los participantes. Los resultados evidenciaron un incremento en el porcentaje de respuestas correctas durante la aplicación del BST en comparación con la línea base en los tres casos y que no existen diferencias en la efectividad del programa si el modelo de la conducta varía en características al participante, lo que indican la efectividad de este entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales en niños con TEA.

Este estudio es relevante para el presente trabajo porque aporta evidencia empírica directa sobre la efectividad del Entrenamiento en Habilidades Conductuales para el desarrollo de habilidades sociales específicas en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), particularmente en áreas fundamentales

como el reconocimiento emocional y la respuesta social adecuada. Su diseño de línea base múltiple permite establecer una relación funcional clara entre la intervención y los cambios observados en la conducta, lo cual fortalece el sustento metodológico del trabajo. Asimismo, al centrarse en niños en edad temprana y en habilidades sociales observables y medibles, el estudio respalda la pertinencia de intervenir de manera estructurada y sistemática en un niño con TEA, ofreciendo un modelo de intervención basado en evidencia que fundamenta tanto la selección de estrategias como el enfoque individual del presente trabajo.

2.5.2. Investigaciones Nacionales

Espitia (2025) desarrolló un Programa de Intervención dirigido a un niño de 7 años diagnosticado con TEA Nivel 1. El propósito principal fue fortalecer la Teoría de la Mente (ToM) mediante un programa estructurado con la finalidad de optimizar la comprensión de los estados mentales ajenos, mejorar sus habilidades sociales y favorecer la regulación emocional. La intervención se desarrolló en 10 sesiones, incorporando estrategias como el juego simbólico, historias sociales, técnicas de autorregulación emocional y apoyos visuales. Los instrumentos aplicados en la evaluación fueron entrevistas, observación conductual, WISC-IV, la Escala de Madurez Social de Vineland, el Inventario de la Teoría de la Mente (ToMI) y el Instrumento de Evaluación de la Teoría de la Mente (IATM). Los resultados obtenidos tras la intervención se evidenciaron en el reconocimiento de emociones, la capacidad de adoptar la perspectiva de otros y la participación en interacciones sociales lo que demostró al programa ser efectivo en el fortalecimiento de las competencias socioemocionales del niño.

Este estudio resulta fundamental para el presente trabajo, en tanto que aporta sustento teórico y metodológico para el diseño de programas enfocados en áreas deficientes propiamente del TEA. La incorporación de estrategias como el juego simbólico, las historias sociales, las técnicas de autorregulación emocional y los apoyos visuales, junto con una evaluación integral que incluyó instrumentos psicométricos estandarizados, demuestra la importancia de una intervención planificada y basada en evidencia. Así mismo, los resultados obtenidos refuerzan la pertinencia de trabajar la ToM como eje para potenciar las habilidades sociales y socioemocionales, aportando fundamentos sólidos que respaldan la propuesta de intervención desarrollada en esta investigación.

Narciso (2024), en su Trabajo de Suficiencia Profesional, desarrolló una revisión de tipo aplicada cuyo propósito fue analizar la relación entre las funciones ejecutivas y la comunicación pragmática en personas con TEA, a partir del examen de estudios previos. Para ello, la revisión se realizó siguiendo los lineamientos establecidos por la guía PRISMA y se consultaron las bases de datos Scopus, Web of Science y Scielo. En total, se seleccionaron diez artículos que evaluaban tanto las funciones ejecutivas como la comunicación pragmática en personas con TEA; la mayoría de estos estudios empleó instrumentos ampliamente validados y utilizados, como el BRIEF, la Escala de Comunicación Social (SRS) y la Lista de Verificación de Comunicación Infantil y Adulta (CCC-2). Los resultados evidenciaron la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre las funciones ejecutivas y la comunicación pragmática. Este hallazgo se explica porque las funciones ejecutivas y algunos de sus dominios facilitan el monitoreo y la autorregulación de la conducta, lo que implica una mayor conciencia

interpersonal y la capacidad de evaluar las propias respuestas durante la interacción social, así como de organizar y supervisar las ideas y la secuencia conversacional, favoreciendo así una comunicación eficaz.

Este estudio resulta de gran relevancia para el presente trabajo, ya que proporciona un sustento teórico y empírico que vincula las funciones ejecutivas con el desarrollo de la comunicación pragmática en personas con Trastorno del Espectro Autista, dimensión fundamental de las habilidades sociales. Al evidenciar una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambos constructos, esta revisión respalda la necesidad de que las intervenciones en habilidades sociales no se limiten únicamente al entrenamiento conductual de la interacción, sino que integren componentes orientados al fortalecimiento de procesos cognitivos como la autorregulación, la planificación, el control inhibitorio y el monitoreo de la conducta. Asimismo, permiten fundamentar el diseño de programas de intervención más integrales, en los que el trabajo sobre las funciones ejecutivas contribuya a mejorar la organización del discurso, la adecuación de las respuestas sociales y la secuencia conversacional en niños con TEA. En este sentido, el estudio aporta un marco conceptual clave para comprender que la eficacia de las intervenciones en habilidades sociales depende, en parte, del desarrollo de habilidades cognitivas subyacentes, lo cual refuerza el enfoque multidimensional que orienta la presente investigación.

Contreras (2023) llevó a cabo una investigación orientada a analizar la funcionalidad familiar y su vinculación con la interacción social en niños

diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El estudio se desarrolló bajo un enfoque metodológico observacional, de corte transversal y carácter analítico, empleando dos instrumentos de evaluación: el APGAR familiar, destinado a medir el nivel de funcionalidad del sistema familiar, y la Escala de Respuesta Social (SRS), utilizada para valorar las competencias de interacción social y comunicativa. La muestra estuvo conformada por 103 padres de niños con diagnóstico de TEA, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 14 años. Los hallazgos evidenciaron una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y la interacción social de los niños y niñas con TEA, demostrando que un adecuado funcionamiento familiar favorece de manera significativa la adaptación social en los contextos donde se desenvuelven. En contraste, niveles leves o moderados de disfuncionalidad familiar pueden constituir un factor limitante para el desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas, dado que determinadas dinámicas parentales pueden incidir indirectamente en las dificultades de interacción social de esta población.

Este estudio reviste especial relevancia para el presente trabajo, ya que aporta evidencia empírica sobre la influencia determinante del contexto familiar en el desarrollo de las habilidades sociales de los niños con Trastorno del Espectro Autista. Con ello se respalda la necesidad de considerar a la familia como un agente clave dentro de los procesos de intervención en habilidades sociales. En este sentido, los resultados de Contreras permiten sustentar teóricamente la incorporación de estrategias de orientación y acompañamiento familiar como complemento a los programas de intervención dirigidos a los niños con TEA,

favoreciendo así la generalización y el mantenimiento de las habilidades sociales adquiridas en distintos contextos. Asimismo, el estudio contribuye a comprender que las dificultades en la interacción social no dependen exclusivamente de las características individuales del niño, sino que están mediadas por las dinámicas familiares, lo cual refuerza el enfoque integral y ecológico que orienta la presente investigación.

Antúnez (2022) desarrolló un Programa de Intervención en caso único con la finalidad de promover el desarrollo de habilidades sociales y disminuir la manifestación de conductas inadecuadas en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, mediante la aplicación de un programa de intervención estructurado en ocho sesiones. Para la recolección de información se emplearon diversas técnicas e instrumentos, entre los que se incluyeron la entrevista, pruebas psicológicas y una lista de chequeo orientada a la evaluación de conductas y habilidades sociales. La intervención se llevó a cabo a través de sesiones individuales, en las que se aplicaron estrategias basadas en el modelado, el refuerzo positivo, el juego de roles, el uso de historias sociales y la asignación de actividades para realizar en el hogar. Al inicio del proceso interventivo, el niño obtuvo una puntuación de 18 en el área de habilidades sociales y de 20 en conductas inadecuadas; tras la finalización del programa, dichos puntajes se redujeron a 14 y 17, respectivamente. Los resultados evidenciaron efectos favorables de la intervención, reflejados en la disminución de las dificultades asociadas a las habilidades sociales y en la reducción de la frecuencia de conductas inadecuadas, lo que contribuyó al fortalecimiento del autocontrol del niño.

Este estudio de caso único adquiere especial relevancia para el presente trabajo ya que permite observar de manera detallada los cambios conductuales y sociales derivados de la aplicación de estrategias específicas, como el modelado, el refuerzo positivo, los juegos de roles y las historias sociales, técnicas ampliamente utilizadas en las intervenciones psicoeducativas en TEA. Los resultados obtenidos respaldan la pertinencia de implementar programas estructurados y sistemáticos, incluso en períodos de intervención relativamente breves, evidenciando mejoras significativas en el autocontrol y en la regulación de la conducta social. En este sentido, el estudio fundamenta la propuesta de la presente investigación al demostrar que la intervención planificada y basada en evidencia puede generar avances concretos en el desarrollo de habilidades sociales, contribuyendo a la adaptación social y al bienestar del niño en sus distintos contextos de interacción.

Rojo & Trujillo (2019) investigaron el impacto de las Artes Integradas en el desarrollo de habilidades sociales en estudiantes con TEA en primaria. Su estudio tuvo como principal propósito identificar los recursos pedagógicos que este enfoque artístico ofrece para favorecer la interacción social en dicha población. Entre las artes integradas presentadas fueron el teatro, la música, las artes plásticas y danza y expresión corporal. Los resultados demostraron que una educación basada en un enfoque de artes integradas permite a que los niños con TEA desarrollen habilidades sociales adecuadas que se evidencian en un desenvolvimiento social más óptimo. Las mejoras van desde lo más básico que es el reconocimiento de emociones propias y ajenas al uso de habilidades comunicativas y expresivas pertinentes, para

finalmente manifestar un avance claro en sus interacciones interpersonales en todos los contextos en los que se relacionan.

Este estudio constituye un antecedente significativo para el presente trabajo, ya que evidencia el impacto positivo de las Artes Integradas en el desarrollo de habilidades sociales en estudiantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el nivel primario. En este sentido, la incorporación del teatro, la música, las artes plásticas, la danza y la expresión corporal como recursos educativos demuestran que el arte no solo cumple una función estética, sino también formativa y socioemocional. Los resultados del estudio evidencian que el enfoque de Artes Integradas potencia el reconocimiento y la expresión de emociones, la comunicación y la reflexión personal, promoviendo progresivamente mejoras en las relaciones interpersonales y en la conexión con el entorno. Por tanto, esta investigación respalda la importancia de implementar metodologías creativas e inclusivas dentro del contexto escolar, aportando sustento teórico y práctico a la propuesta de intervención planteada.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Contextualización del problema

3.1.1. Problema de estudio

Investigaciones publicadas en la revista *The Lancet* revelan un incremento notable en las tasas globales de diagnósticos con Trastornos del Espectro Autista, situando la prevalencia en una de cada 127 personas para el año 2021, cifra que superó significativamente la estimación del 2019 (1 entre 271). Este aumento, comparado con los registros de 2019, posiciona a la condición dentro de los diez factores con mayor impacto en la salud de la población joven. Los hallazgos muestran la relevancia crítica de un diagnóstico temprano para optimizar el desarrollo de estas personas. En términos demográficos, los datos mantienen una brecha de género significativa, con una tasa de 1065 casos por cada 100,000 varones, frente a 508 en mujeres (Alm, 2025).

En cuanto a América Latina, es la región con la tasa más alta (3.18%), por encima de Asia y Europa, siendo la incidencia entre el 1% y el 1.5% de la población, con registros que oscilan entre 25 y 30 casos por cada 10.000 personas (Morocho, et al., 2021). Estas cifras subrayan que el TEA es una condición de alto impacto en el continente americano. Un análisis que se desarrolló de forma integral en las familias de Latinoamérica, revelaron obstáculos críticos para el manejo del TEA, según las encuestas realizadas a cuidadores, las principales limitaciones para recibir atención son la saturación de los servicios, la insuficiencia de centros especializados y los elevados costos económicos. Estas carencias se ven agravadas por una

percepción de discriminación y una falta de concienciación comunitaria que dificulta la inclusión educativa (Cuenca, 2025).

En la actualidad, las personas con TEA en el Perú muestra un crecimiento constante, acompañado de un aumento anual en las cifras de diagnóstico, hasta el año 2019, aproximadamente 15, 625 personas fueron registradas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Diario El Peruano, 2019). Sin embargo, para el año 2023, la cifra ascendió a 204, 818 personas con TEA aproximadamente (Defensoría del Pueblo, 2023). Además, siguiendo la misma línea, según el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) las atenciones a personas con TEA se elevan considerablemente cada año, del 2019 a 2023 el servicio de psiquiatría realizó atenciones de 1228 a 5648 (Diario El Peruano, 2024).

Según el DSM-5- TR, establece que el diagnóstico del TEA, se fundamenta por la presencia de dos grandes grupos de criterios: déficits persistentes en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (APA, 2022). Teniendo en cuenta ello y prestando real importancia a uno de los criterios fundamentales, como lo es la comunicación e interacción social, se evidencian dificultades que repercuten directamente en la relación de las personas con TEA con sus pares, es decir en sus habilidades sociales, pues presentan desafíos en el tomar turnos, realizar juicios dentro de una conversación, comprender significados ambiguos y en adoptar la perspectiva de los otros (Cardillo et al., 2020).

Por ende, el desarrollo de las habilidades sociales en niños con TEA resulta ser un eje fundamental en la intervención terapéutica para una adecuada adaptación al entorno manteniendo relaciones sociales significativas en diversos contextos.

Trabajar las habilidades sociales mediante programas estructurados permite a los niños con TEA adquirir y fortalecer conductas funcionales para iniciar y mantener diálogos, respetar turnos, compartir sus intereses y resolver conflictos de manera adecuada. (Diez Tomé, 2023). Además, se ha demostrado que estas intervenciones favorecen a la disminución de conductas desafiantes, ya que, al ser necesidades no cubiertas la frustración al comprender y ser comprendido por el entorno social mejora con éstas (Federación de Autismo, 2021).

A nivel teórico, el presente trabajo permitirá brindar mayores conocimientos de antecedentes en relación a la intervención clínica de niños con TEA para el fortalecimiento de sus habilidades sociales, además de brindar mayor evidencia sobre el enfoque cognitivo conductual que refuerzan y sustentan la intervención en habilidades sociales en un niño con TEA. Adicionalmente, permitirá una visión más teórica de abordar las dificultades cognitivas subyacentes a las interacciones sociales, como la teoría de la mente, las funciones ejecutivas, la cognición social y la pragmática del lenguaje.

En cuanto a la relevancia metodológica, la presente intervención se estructuró bajo un diseño de pre-test y pos-test, lo que permitirá la evaluación precisa de las mejoras en las habilidades sociales del niño, en cuanto a su conciencia, cognición, comunicación y motivación social. El instrumento utilizado fue exclusivamente para medir los déficits en las habilidades sociales de un niño

con TEA y el enfoque elegido, es el que cuenta con mayor respaldo científico y mejor responde a las necesidades particulares del niño, por ende, este diseño constituye un referente adecuado para futuras intervenciones clínicas similares.

A nivel práctico, el trabajo permitirá evidenciar y conocer la eficacia de las técnicas cognitivos-conductuales para el desarrollo y mejora en las habilidades sociales de un niño con TEA nivel 1, por ello se considera que el trabajo podrá ser utilizado como guía para realizar un programa de intervención en habilidades sociales para un niño con características similares al del estudio. Así mismo, se espera que el presente trabajo permita a la institución implementar cambios en la forma de intervención, que se continúe fortaleciendo las bases científicas en tanto que los resultados sean medibles y que el uso de estrategias y técnicas cuenten con respaldo teórico, además de procurar el trabajo multidisciplinario y sistemático con el involucramiento de familiares.

A nivel social, el presente trabajo no solo permitirá mejoras a nivel individual en el niño, su importancia trasciende a lo individual, pues el fortalecimiento de sus habilidades sociales le permitirá una inclusión educativa más real y del mismo modo en la sociedad con una participación más activa. Además, contribuirá también a la reducción del estigma social sobre las personas que tienen TEA, fomentando una cultura de respeto a la diversidad previniendo así cualquier tipo de acoso hacia esta población. Finalmente, en cuanto a la familia, al contar con herramientas claves que le permitan a su hijo un desenvolvimiento adecuado y más funcional, se sentirán más empoderados de participar en actividades, compromisos

y eventos sociales, fortaleciendo aún más la construcción de entornos más inclusivos y sensibles a la diversidad.

Ante esta realidad, la presente implementación de un programa de intervención para potenciar las habilidades sociales de un niño con TEA nivel 1 responde a la necesidad de brindar herramientas prácticas que permitan reducir los desafíos en uno de los criterios principales del diagnóstico, la comunicación e interacción social, logrando una participación más activa y previniendo los estigmas sociales existentes hacia esta población. Asimismo, la necesidad de la intervención recae en el incremento de los diagnósticos por TEA en los últimos años y con ello se han incrementado los estigmas sociales y la necesidad de intervenciones clínicas para promover una adaptación más adecuada a los contextos educativos. Por otro lado, la elección del caso, al ser un niño con TEA nivel 1, se debe a que a esa edad los déficits en habilidades sociales son moderados y no hay tanta afectación en habilidades de teoría de la mente y funciones cognitivas y ejecutivas, asimismo, la constancia y compromiso demostrado en las sesiones de intervención fueron las óptimas para lograr resultados positivos.

3.2. Intervención

Programa de intervención individual

Niño de 9 años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista cuando tenía 5 años. El niño es hijo único y actualmente vive con su madre en la casa familiar de sus abuelos maternos, su padre falleció en el 2019, desde ese entonces está bajo el cuidado total de la madre.

La madre del niño de 9 años acude a consulta en el área de psicología solicitando terapia psicológica para su hijo, señalando que nota algunos comportamientos preocupantes en él. Ella refirió *“mi hijo se frustra muy fácilmente ante dificultades que se presentan en sus actividades de juego, tareas o ante las indicaciones que le doy casa o en espacios públicos y cuando eso pasa a veces suele pellizcarse o darse con el puño en alguna parte de su cuerpo”*. Además, agrega *“otra de las cosas que me preocupan es que he notado que en muchas ocasiones a mi hijo le cuesta sostener conversaciones o juegos prolongados con niños de su misma edad, no suele empatizar con ellos y a veces prefiere estar solo o quedarse callado, creo que esas son las habilidades sociales lo que él necesita trabajar”*. Finalmente señala *“creo que también mi hijo es muy inocente para entender algunas bromas de sus amigos, o también para comprender que hay cosas que no se pueden decir o hacer en determinados contextos y a veces pasa que lo dice de forma muy directa sin tener en cuenta cómo se sentirá su amigo o amiga, me gustaría también que pueda aprender a cómo expresarse en público, a veces en su cumpleaños quiere agradecer a sus invitados, pero no puede darse a entender su mensaje y se va a otro contexto”*. Ante todas estas dificultades percibidas, la madre desea empezar una orientación psicológica (Entrevista realizada en noviembre del 2024).

3.2.1. Delimitación del problema

El análisis de estos comportamientos evidencia un impacto significativo en el bienestar del menor:

En el *área emocional*, el niño lograba reconocer todas las emociones básicas e identificar las respuestas adecuadas e inadecuadas que se esperaba frente a ellas. Sin embargo, presentó desafíos en la tolerancia ante la frustración, pues solía frustrarse con mucha facilidad cuando perdía en un juego, se equivocaba en una hoja de trabajo y cuando se le negaba a darle inmediatamente aquello que quería con mucha intensidad (Ejm: arroz sensorial); cuando esto pasaba, solía morderse el dedo, pellizcarse o hacer alguna conducta autolesiva, pero sin hacer mucha presión por lo que no se llegaba a lastimar notoriamente.

En el *área conductual*, el niño tenía dificultad para permanecer sentado durante un tiempo esperado en la actividad, le costaba dar por término algunos juegos de su preferencia y constantemente quería tener algo en sus manos para estar jugando con ellos. En cuanto a su tiempo de espera, era muy bajo, si deseaba hacer algo, se levantaba e iba por ese juguete o realizaba la actividad que quería sin consultar ni pedir permiso. Además, también presentaba dificultad para seguir instrucciones, solía distraerse o continuar con lo que estaba haciendo en ese momento haciendo caso omiso a la instrucción.

En el *área social*, lograba tener interés de jugar con otros niños, más si es con algún familiar cercano, pero presentó desafíos para mantener estos juegos o sostener conversaciones. En cuanto a sus habilidades sociales, le dificultaba mantener contacto visual y escucha activa cuando se le daba alguna instrucción; frecuentemente le costaba respetar turnos o seguir las reglas de juego y en cuanto a comunicar sus sentimientos y emociones no lograba hacerlo de forma adecuada, respondía con emociones intensas y no intentaba calmarse. Asimismo, evidenció

desafíos para responder de forma empática a las emociones, testimonios o situaciones que se le mostraban de forma intencional o espontánea en las sesiones, los ignoraba o en ocasiones solo observaba y escuchaba.

En el área de *lenguaje pragmático*, lograba expresar un amplio vocabulario para comunicarse y para resolver conflictos sociales que se le presentaban. Sin embargo, tuvo ciertos desafíos para formar oraciones complejas para su edad con la finalidad de mantener conversaciones con sus pares, sostener contacto visual cuando se dirigía a otra persona, esperar turnos en las conversaciones.

En el área de *funciones ejecutivas*, en *control inhibitorio*, el niño en ocasiones no lograba esperar sentado a la psicóloga mientras se dirigía a traer otro juguete; le resultaba difícil esperar a terminar algunas actividades propuestas antes de su juguete preferido. Asimismo, inicialmente le costaba solicitar los objetos que quería, por lo que solía pararse e ir por ellos en el momento que lo deseaba, sin embargo, sí lograba esperar turnos y realizar actividades manuales (pintar, cortar, pegar, etc.) cuando se le solicitaba hacerlo. En cuanto a la *atención*, su tiempo de atención sostenida esperado a su edad debía de ser de 15 a 35 minutos, lo cual le resultaba difícil sostener su atención hasta ese rango, se distraía con mucha facilidad. En la *flexibilidad cognitiva*, inicialmente presentaba mucha cierta rigidez cognitiva, le costaba que se le cambie juegos sin previa anticipación o cuando se le negaba algo que quería hacer en ese momento o de determinaba forma que ya se había programado él mismo.

La presencia de estos desafíos compromete el adecuado desenvolvimiento social, emocional y conductual del menor, y por ende la inclusión social adecuada

a su entorno y calidad de vida se encuentra en riesgo, por lo que se justifica la necesidad de una intervención específica y oportuna al caso.

3.2.2. Objetivos de la Intervención

Objetivo General

Incrementar las Habilidades Sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 mediante la implementación de un Programa de Intervención en Lima Metropolitana, orientado a la mejora de la conciencia, cognición, comunicación y motivación social en contextos cotidianos.

Objetivos Específicos

- Desarrollar la conciencia social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través de la identificación y procesamiento de las claves sociales no verbales para mejorar la interpretación de interacciones sociales mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.
- Fortalecer los procesos de Cognición Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en la identificación y comprensión de estados mentales e intenciones ajenas mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.
- Desarrollar habilidades de Comunicación Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en el inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones respetando turnos y demostrando escucha activa

en cada etapa mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

- Desarrollar habilidades de Motivación Social como la iniciativa y el interés por la interacción en un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través del entrenamiento en estrategias de aproximación y respuesta social mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

3.2.3. Indicadores de logro

Indicador General

Disminuye la puntuación de deficiencia total y por áreas del instrumento de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación mediante la utilización de diferentes recursos y técnicas cognitivos conductuales para una mejor conciencia, cognición, comunicación y motivación social del niño.

Indicadores Específicos

Disminuye la puntuación total de la dimensión Conciencia Social de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Disminuye la puntuación total de la dimensión Cognición Social de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Disminuye la puntuación total de la dimensión Comunicación Social de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Disminuye la puntuación total de la dimensión Motivación Social de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

3.2.4. Público Objetivo

Población: La población comprende a niños entre los 9 a 10 años como rango de edad y que tengan un diagnóstico clínico de TEA - Nivel 1.

Muestra: Niño de 9 años diagnosticado con TEA - Nivel 1 de Lima Metropolitana.

Criterios de Inclusión:

- Ser un niño entre 9 a 10 años de edad.
- Tener un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.
- Requerir un Nivel de Apoyo 1 según su diagnóstico.
- Disponibilidad para asistir a por lo menos 10 sesiones de intervención.

Criterios de Exclusión:

- Ser diagnosticado con una condición neurológica adicional al TEA.
- Con requerimiento de Nivel de apoyo 2 o 3 según su diagnóstico.

3.2.5. Descripción del procedimiento:

Para el desarrollo de la intervención, a continuación, se muestran las etapas delimitadas de acuerdo con el plan de tratamiento:

Evaluación y diagnóstico: El principal objetivo de esta etapa fue, conocer el estado inicial de las habilidades sociales, emocionales y conductuales del menor y en consecuencia definir el plan de intervención de acuerdo a los resultados

obtenidos de las pruebas y técnicas utilizadas (anamnesis, observación conductual, instrumentos psicométricos y juego libre).

Intervención: En esta segunda etapa se elaboró el plan de intervención para el niño con la participación de la madre como agente activo en la realización y generalización de las actividades propuestas a diferentes contextos. El plan de intervención fue elaborado bajo objetivos a cumplir en cada sesión y actividad propuesta. Entre las técnicas que se emplearon durante ésta etapa fueron la psicoeducación, acompañamiento y contención emocional, entrenamiento en técnicas de autorregulación, historias sociales, role playing, fichas con pictogramas, tiempos de juegos lúdicos, entrenamiento en comunicación e interacción social, resolución de conflictos, técnicas cognitivas como la identificación y modificación de pensamientos negativos en la interacción social y técnicas conductuales como los refuerzos positivos y autoinstrucciones. Dichas técnicas y estrategias empleadas, corresponden al modelo que propone el enfoque cognitivo conductual para el entrenamiento en Habilidades Sociales.

Monitoreo y Evaluación: A medida que las sesiones se fueron ejecutando se emplearon diversas técnicas de seguimiento y monitoreo, con la finalidad de que los indicadores de los objetivos propuestos se cumplieran. Al culminar la realización de todas las sesiones se realizaron los post test de los instrumentos utilizados en la fase de evaluación con la finalidad de contrastar los resultados obtenidos en el diagnóstico y de este modo poder conocer la efectividad del programa.

Tabla 1

Etapas del procedimiento del programa

Etapa	Duración	Desarrollo	Resultado esperado
Evaluación y diagnóstico	5 sesiones	Anamnesis, aplicación de pruebas psicométricas, observación conductual, juego libre y lista de cotejo.	Delimitación de la problemática. Conocer el estado inicial de habilidades sociales, conductual y emocional.
Intervención	14 sesiones	Ejecución de las sesiones estructuradas en 3 momentos: inicio, desarrollo y cierre.	Fortalecimiento de las habilidades sociales en el niño.
Monitoreo y Evaluación	1 sesión	Feedback y tareas de reforzamientos brindadas a la madre para su aplicación en diferentes contextos de la vida diaria del niño. Aplicación post test de la prueba psicométrica.	Aplicar lo aprendido en contextos externos a las sesiones (Ejm: escuela, casa, parque, etc.) Evaluación de la intervención.

A continuación, se presenta una descripción más detallada de cada una de las etapas señaladas anteriormente:

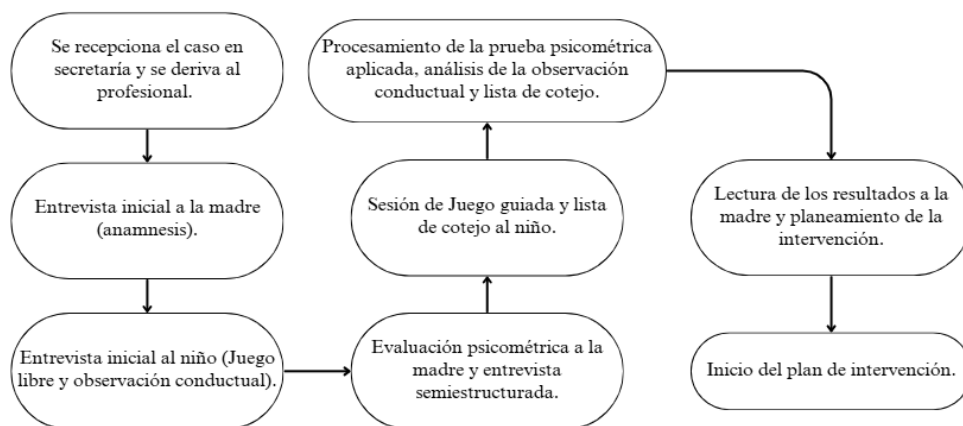
Evaluación

En esta etapa se buscó conocer la problemática para luego medir el estado actual de ésta misma. Para ello se realizaron las sesiones de evaluación haciendo uso de la anamnesis, observación conductual, juego libre e instrumentos psicométricos. Todo esto con la finalidad de conocer las características individuales, familiares y sociales del niño e identificar las necesidades y desafíos presentes.

Procedimiento de la evaluación

Figura 2

Procedimiento de la evaluación



Como se puede apreciar en la figura 4, el procedimiento de la evaluación inicia desde la entrevista inicial realizada a la madre, registrando toda la información necesaria en la anamnesis, en ésta misma se le explicó qué sesiones de evaluación se van a requerir y en qué consistían cada una de ellas. Seguido a ello se realizó la entrevista inicial al niño en el que se desarrolló mediante el juego libre y

la observación conductual durante la sesión de 45 minutos. En la próxima sesión, le correspondía asistir a la madre para la evaluación psicométrica, en el que se aplicó la SRS-2 y se finalizó con una entrevista semiestructurada. Con la información que se iba teniendo hasta ese momento, se realizó otra sesión de juego con el niño, pero en esa oportunidad se guió algunas actividades para ir respondiendo a la lista de cotejo destinada para esa sesión. Habiendo culminado aplicar las pruebas y entrevista realizada se procedió a procesar los resultados de cada una de ellas para poder ser compartida en la siguiente sesión dirigida a la madre, en dicha sesión se le dio lectura de lo encontrado y se le explicó cómo sería el proceso de intervención con su hijo y se definieron los objetivos.

Descripción de los instrumentos utilizados

Anamnesis: Al iniciar la evaluación se realizó una anamnesis a la madre para obtener toda la información necesaria del niño desde su concepción hasta la actualidad.

Juego libre: Se vió pertinente esta técnica con la finalidad de establecer una conexión auténtica con el niño donde se genere mayor seguridad, confianza y horizontalidad y a su vez observar y conocer el nivel de desarrollo cognitivo, conductual, social y emocional.

Observación conductual: Esta técnica se llevó a cabo desde la sesión inicial con la madre y durante todas las demás sesiones de intervención consiguientes a ella, dando mayor interés a los desafíos y dificultades delimitadas para el plan de intervención.

Lista de cotejo: Se diseñó una lista de cotejo específicamente para registrar indicadores correspondientes al ámbito emocional y conductual del niño para tener información relevante sobre éstas áreas y así proponer una intervención pertinente a las necesidades de estas mismas.

Escala de Respuesta Social, Segunda edición (SRS -2): Por sus siglas en inglés, Social Responsiveness Scale, Second edition (SRS-2). Ésta segunda edición ha sido actualizada para alinearse con los criterios diagnósticos del DSM-5 y ha ampliado su rango de aplicación significativamente. El objetivo de esta escala es medir el grado de deterioro social y comportamientos repetitivos asociados al Trastorno del Espectro Autista (TEA), la edad de aplicación son niños desde los 2.5 años, adolescentes y adultos. La escala cuenta con 65 ítems y 5 subescalas (Conciencia Social, Cognición Social, Comunicación Social, Motivación Social e Intereses Restringidos y Comportamientos Repetitivos), la clasificación es de tipo Likert (de 0 a 3) y una medida cualitativa de frecuencia y severidad. En cuanto a la fiabilidad y validez del instrumento, la SRS-2 cuenta con una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.90 a 0.97), alta validez convergente como el ADO-2, ADI-R y otras escalas ampliamente usadas para la población con diagnóstico de TEA. Varios estudios han demostrado que la SRS-2 es una prueba muy confiable y válida para su aplicación y que cuenta con una alta sensibilidad de cribado (You; et al, 2024). La SRS, no cuenta con una adaptación cultural a la población peruana, sin embargo, presenta características que la hacen una escala robusta en el campo clínico y cultura hispanohablante, entre ellas se señala que para el desarrollo de la SRS se basaron en los criterios que presentan los manuales de diagnósticos de Trastornos Mentales como el DSM 5 y el CIE 10 para el Trastorno del Espectro

Autista, siendo éstos, manuales de diagnósticos muy usados internacionalmente. Además, la escala cuenta con una validez transcultural para poblaciones hispanohablantes, lo que garantiza que sus ítems mantienen la equivalencia semántica necesaria para su aplicación en Lima Metropolitana (TEA ediciones, 2020).

La SRS-2, según los autores Constantino & Todd (2003), es un inventario de conducta observable, basada en la premisa del modelo cognitivo-conductual de que el comportamiento es el reflejo de procesos de información y estímulos del entorno, ya que evalúa como el individuo filtra la información social y cómo genera una respuesta motora o verbal. El resultado de la prueba permite establecer una línea base de conductas para luego intervenir en éstas mediante la captura de fallas en la “codificación de claves” y “ejecución de respuestas”. Muchos estudios utilizan la SRS-2 para medir la eficacia de Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales que son netamente de corte cognitivo conductual (Laugeson, 2012; You et al., 2024 & Wood et al., 2021).

Entrevista semiestructurada: Después de delimitar y conocer más sobre la problemática y contando con los resultados del SRS - 2, se realizó una entrevista semiestructurada a la madre para profundizar más aún con referente a lo encontrado y en cómo estos comprometen el desenvolvimiento adecuado en los diferentes contextos de la vida del niño.

Intervención

A partir de los hallazgos en la etapa de evaluación, que evidenciaron un déficit moderado en el repertorio de habilidades sociales del menor, se procedió al

diseño e implementación de un programa de intervención orientado a optimizar dichas áreas de oportunidad para promover su integración funcional.

El modelo que se usó para el diseño y ejecución de la intervención fue el cognitivo-conductual adaptado a la intervención en niños con TEA con niveles de apoyo 1. Como se mencionó anteriormente, este modelo se basa en la premisa de que tanto los pensamientos, emociones y conductas están y funcionan interconectados, por lo que las técnicas cognitivo-conductual a menudo se adaptan para ser más visuales y estructuradas. La elección del modelo Cognitivo-Conductual como eje principal se justifica por su capacidad de estructurar el aprendizaje social a través de procesos altamente predecibles y basados en la evidencia, ideales para el perfil de un niño con alto funcionamiento, como lo es en el presente caso. Al centrarse en la reestructuración cognitiva, el modelo permite que el menor identifique y modifique pensamientos disfuncionales sobre la interacción, mientras que el entrenamiento en habilidades (mediante el modelado y el ensayo conductual) descompone conductas complejas en pasos manejables y lógicos. De este modo se fomentó la generalización de respuestas mediante el refuerzo positivo y la autorregulación, transformando reglas sociales implícitas en guías de acción explícitas y funcionales para su vida diaria.

La etapa de intervención con el niño, se llevó a cabo desde noviembre del 2024 hasta octubre del 2025. Después de las evaluaciones iniciales, adicional a los desafíos con respecto a las habilidades sociales (involucra Teoría de la Mente) del niño, se encontraron algunas dificultades de autorregulación emocional, ante ello, se vio pertinente en primera instancia abordar la autorregulación emocional y

conductual, para luego empezar la intervención con el fortalecimiento de las habilidades sociales, foco principal del presente trabajo, sin embargo, desarrollar toda la cantidad de sesiones que implicó desde la recepción del caso hasta la fecha que dejó de asistir el niño, se desvía del principal objetivo del presente trabajo que se orienta a conocer los resultados en las habilidades sociales del niño en cuestión. Es por ello, que se realizó un punto de corte, de marzo del 2025 hasta junio 2025, meses en los que se intervino para el fortalecimiento de las habilidades sociales.

Para la intervención en habilidades sociales se programaron 14 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, las cuales se desarrollaron en 3 momentos:

Inicio. Se recordaba los momentos que se han de seguir en toda la sesión mediante pictogramas visuales, se explicaba las actividades estructuradas que correspondía realizar y se elegía algún juguete o actividad que permitiera reforzar el vínculo y la motivación a la sesión. Estas actividades responden al principio Estructuración y Predictibilidad del modelo cognitivo-conductual en el que se sugiere que las intervenciones han de hacerse de forma estructurada, utilizando apoyos visuales y rutinas claras (Mesibov & Shea, 2010).

Desarrollo. En este momento se iniciaba con la realización de fichas y actividades propuestas; la secuencia estructurada que se siguió en el programa para el logro de las competencias de habilidades sociales fueron: instrucción verbal, modelado, práctica y retroalimentación. Dicha secuencia también está respaldada por el segundo principio de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), que se basa en la enseñanza de conductas sociales complejas desglosadas en unidades manejables (Bellini, et al, 2007). Así mismo, en ocasiones, se integró a la madre o abuela en las

sesiones, alternando entre un rol de observación pasiva y una participación activa en las dinámicas. Esta inclusión permitió supervisar directamente la ejecución de las pautas brindadas y el avance en las tareas asignadas, asegurando así la correcta aplicación de las estrategias en el entorno natural del niño.

Cierre. Se procuraba reservar aproximadamente unos 15 minutos de la sesión individual del niño para hacer participar a la madre o abuela con la finalidad de revisar las tareas brindadas para casa u otro contexto y así monitorear el cumplimiento de los indicadores, además, también se le brindaba una orientación del nuevo trabajo realizado en la sesión y nuevamente se precisaban las tareas a cumplir. Estas actividades responden al principio cognitivo-conductual de Generalización de Habilidades pues es de suma importancia que las habilidades aprendidas se transfieran a situaciones sociales cotidianas (Stokes & Baer, 1977).

Procedimiento de la intervención

Tabla 2

Procedimiento de la intervención

Bloques	N° Sesiones	Tema principal	Mes
Bloque 1	2	Reconocimiento y discriminación de emociones y sentimientos avanzados (vergüenza, envidia, aburrimiento, ansiedad, culpa)	febrero 2025

Bloque 2	2	Conciencia Social – Reconocimiento de claves sociales	marzo 2025
Bloque 3	3	Cognición Social – Interpretación, comprensión y atribución de claves sociales	marzo 2025
Bloque 4	4	Comunicación Social – técnicas para iniciar, mantener y cerrar conversaciones	abril 2025
Bloque 5	3	Motivación Social – Empatía, creencias erróneas, resolución de conflictos.	mayo/junio 2025

Descripción de las técnicas utilizadas

Las técnicas y estrategias seleccionadas para la intervención responden a las necesidades particulares del niño evaluado y corresponden al Modelo Cognitivo-Conductual, tales como los desafíos en el reconocimiento y comprensión de las señales sociales, además de la dificultad en la comunicación y motivación social. A continuación, se describen las principales técnicas y estrategias utilizadas y su fundamentación, siendo en su gran mayoría de índole conductual:

Técnicas y estrategias conductuales

Modelado: Se le brindó modelos a través de videos o en vivo sobre conductas sociales adecuadas para que el niño pueda observar y aprender, para posteriormente ejecutarlo en situaciones cotidianas.

Role-Playing: Esta técnica se desarrolló de diferentes formas y haciendo uso de diferentes materiales (muñecos, disfraces, tarjetas, etc), con la finalidad de fomentar la práctica de conductas sociales en escenarios simulados y promover la apropiación de las normas sociales enseñadas.

Técnicas de Refuerzo Positivo: Uno de las técnicas pilares del modelo cognitivo-conductual, esta técnica se usó durante todas las sesiones para reforzar verbalmente cada aprendizaje consolidado y motivar la repetición de conductas deseadas en el niño (Ejm: “lograste decirlo muy bien”, “bien hecho, lo hiciste excelente”, etc).

Instrucciones directas: Se le brindaron guías verbales claras sobre cómo iniciar, mantener o finalizar una interacción o cómo mostrar empatía.

Juegos estructurados: Se usaron diferentes juegos lúdicos para la práctica de reglas sociales como el respeto de turnos, reglas de juegos, cordialidad, resolución de conflictos, comunicación asertiva, entre otras competencias sociales.

Retroalimentación y tareas para casa: A la abuela o madre, se le brindaba información específica sobre el desempeño del niño durante la sesión, señalando lo positivo como los puntos de mejora. Así mismo, para practicar lo aprendido en el entorno natural se le brindaban tareas para casa.

Técnicas y estrategias cognitivas

Juegos basados en la Teoría de la Mente: Entre las actividades realizadas en la intervención se encuentran los juegos de “yo sé que tú no sabes algo”, “yo sé que tú sabes que Pepito no lo sabe”; verbos mentales; atribuciones de creencia (caja de sorpresa); dibujo escondido; detective de intenciones; teatro de muñecos; lecturas,

entre otros que serán desarrollados en los cuadros de sesiones presentados posteriormente. Muchos de los juegos aplicados fueron basados en las actividades que proponen autores como Howlin, Baron y Hadwin (2006) y Monfort y Monfort (2001) en sus guías sobre la comprensión de estados mentales y el entrenamiento en habilidades pragmáticas en niños.

Historias Sociales: Esta técnica fue propuesta por Carol Gray y descrita detalladamente en su nuevo libro de Historias Sociales (2010) siendo una guía psicoeducativa, la cual cuenta con amplio respaldo teórico y práctico. En la intervención se presentaron historias relacionadas a la comprensión de normas sociales y la resolución de conflictos, éstas historias sociales se aplicaron con el objetivo de que el niño logre una mejor comprensión social, que pueda reconocer el “por qué” de una situación, a identificar lo que están pensando o sintiendo las personas en determinada situación y sugerir opciones de conductas ante situaciones frustrantes y la enseñanza de habilidades de autocuidado y seguridad personal de forma gráfica.

Modificación de Pensamientos erróneos: Respaldado en uno de los principios del modelo Cognitivo-Conductual. En la intervención se utilizaron diferentes fichas, cartillas y juegos narrativos para promover la modificación de pensamientos erróneos al querer iniciar una conversación con algún compañero o amigo nuevo, esto con la finalidad de fomentar mayor motivación en la formación de nuevas amistades.

Monitoreo y/o evaluación

Para monitorear la intervención se realizaron dos actividades específicas:

- 1) Al finalizar las sesiones individuales se realizaba un feedback a la madre, se le preguntaba qué cosas le resultaron fáciles o qué retos tuvieron al aplicar las recomendaciones brindadas en la sesión anterior, también se corroboraron las tareas dejadas en el cuaderno.
- 2) La lista de cotejo creada para el caso, se evaluaba cada bloque de sesiones culminadas, en el que se verificaron cómo se fueron desarrollando cada indicador de la lista.

Cronograma de trabajo

A continuación, se presenta de forma global el cronograma de trabajo que se siguió para el caso:

Tabla 3

Cronograma de trabajo

Etapa	Duración	Desarrollo	Mes
Evaluación y diagnóstico	5 sesiones	Anamnesis, aplicación de pruebas psicométricas, observación conductual, juego libre y lista de cotejo.	Diciembre /Enero
Intervención	14 sesiones	Ejecución de las sesiones estructuradas en 3	Marzo/ Junio

momentos: inicio,
desarrollo y cierre.

Monitoreo y 1 sesión Evaluación	Feedback y tareas de reforzamientos brindadas a la madre para su aplicación en diferentes contextos de la vida diaria del niño. Aplicación post test de la prueba psicométrica.	Junio
------------------------------------	--	-------

3.2.6. Consideraciones éticas

Para la ejecución del presente estudio de caso se respetaron los principios éticos descritos a continuación, cada uno de éstos permitieron asegurar la protección, bienestar y derechos tanto del niño como de la madre, en cada etapa que se siguió para el presente trabajo.

-Principio de autonomía: Se logró contar con el consentimiento de la madre y el asentimiento del niño, a quien se le explicó de manera muy clara adecuando el mensaje a su nivel de comprensión y edad. Asimismo, se procuró que la información esté muy clara sobre la implicancia de su participación y se incluyó también la posibilidad de que en cualquier momento podrían desistir de su participación el cual no tendría consecuencia alguna.

- **Confidencialidad:** En el presente trabajo se protegen los datos del niño y de la madre en todo momento así como también la información recabada. Los resultados y registros se lograron almacenar de forma segura y se compartió con la madre y jefe inmediato, previa autorización.

-**Beneficencia y No Maleficencia:** Todas las actividades desarrolladas en la intervención fueron cuidadosamente seleccionadas para resguardar el bienestar y desarrollo óptimo del niño en cuanto a sus habilidades sociales, lo cual se pudo comprobar con los resultados beneficiosos para el menor y su familia en general y evitar cualquier tipo de daño físico, emocional o psicológico del menor.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados encontrados

Objetivo General: Incrementar las Habilidades Sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 mediante la implementación de un Programa de Intervención en Lima Metropolitana, orientado a la mejora de la conciencia, cognición, comunicación y motivación social en contextos cotidianos.

Indicador de logro: Disminuye la puntuación de deficiencia total y por áreas del instrumento de la SRS al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación mediante la utilización de diferentes recursos y técnicas cognitivos conductuales para una mejor conciencia, cognición, comunicación y motivación social del niño.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la evaluación Pre y Post intervención en las Habilidades Sociales del niño, solo por motivos del presente trabajo no se hará un análisis cualitativo de la Sub-escala Comportamientos e intereses restringidos y repetitivos, ya que no es un objetivo del estudio.

Tabla 4

Evaluación Pre y Post intervención en Habilidades Sociales de la SRS-2

Evaluación	Puntaje total	T - Score	Puntaje Máximo	Porcentaje	Categoría
Pre test	106	79	195	54.35%	Déficit Significativo

Post test	64	62	195	32.82%	Déficit Leve
-----------	----	----	-----	--------	--------------

Tabla 5

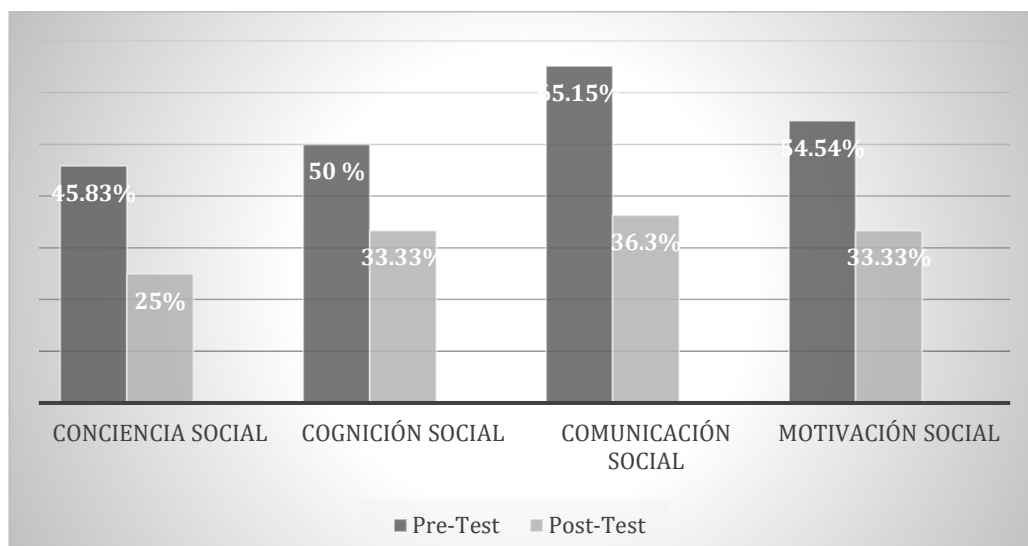
Resultados por sub escalas sociales de la SRS-2

Subescalas	P. Máximo	Pre Test	T - Score	%	Rango	Post Test	T - Score	%	Rango
Conciencia Social	24	11	67	45.83%	Déficit Moderado	6	51	25%	Déficit Leve
Cognición Social	36	18	72	50%	Déficit Moderado	12	61	33.33%	Déficit Leve
Comunicación Social	66	43	85	65.15%	Déficit Significativo	24	65	36.36%	Déficit Leve
Motivación Social	33	18	75	54.54%	Déficit Moderado	11	60	33.33%	Déficit Leve
SCI (Índice de Comunicación Social)	159	90	80	56.60%	Déficit Significativo	53	62	33.33%	Déficit Leve

Como se puede observar en la Tabla 5, tras la intervención se evidenció una mejora significativa en todas las subescalas evaluadas de la SRS-2 que conforman el grupo de Comunicación social, excluyendo la Subescala de Comportamiento e intereses restringidos y repetitivos, ya que no es un objetivo del presente trabajo.

Figura 3

Comparación pre y post intervención en las subescalas sociales de la SRS-2



Como se observa en la Tabla 5 el puntaje total de la SRS-2 disminuyó de 106/195 (54.35%) en el pre-test a 64/195(32.82 %) en el post-test, lo que demuestra una mejora significativa en las Habilidades Sociales del participante. Asimismo, también se evidencian mejoras significativas en la Conciencia Social, de 11 (45.83%) a 6 (25%); Cognición Social, de 18 (50%) a 12 (33.33%); Comunicación Social, de 43 (65.15%) a 24 (36.36%) y Motivación Social, de 18 (54.54%) a 11 (33.3%).

Análisis cualitativo y síntesis

El análisis cuantitativo de los resultados muestra que el puntaje total en el SRS-2 disminuyó significativamente en todas las subescalas evaluadas.

En Conciencia Social, la puntuación de déficit disminuyó de 11 (45.83%) a 6 (25%), evidenciando una mejora significativa en cuanto a la habilidad para percibir y procesar las señales sociales y entender lo que sucede en una interacción.

En Cognición Social, la puntuación de déficit disminuyó de 18 (50%) a 12 (33.33%), evidenciando una mejora notable en cuanto a la habilidad para interpretar, comprender y atribuir significado a las claves y normas sociales en cuanto hayan sido percibidas (inferencias de intenciones, emociones, pensamientos y creencias de los demás)

En Comunicación Social, la puntuación de déficit disminuyó de 43 (65.15%) a 24 (36.36%), evidenciando una mejora significativa en la habilidad para usar y comprender el lenguaje, tanto verbal y no verbal en diferentes contextos sociales.

En Motivación Social, la puntuación de déficit disminuyó de 18 (54.54%) a 11 (33.3%), evidenciando una mejora notable en la habilidad para demostrar interés e impulso para iniciar y mantener interacciones sociales y establecer relaciones, así como también la inhibición y orientaciones empáticas.

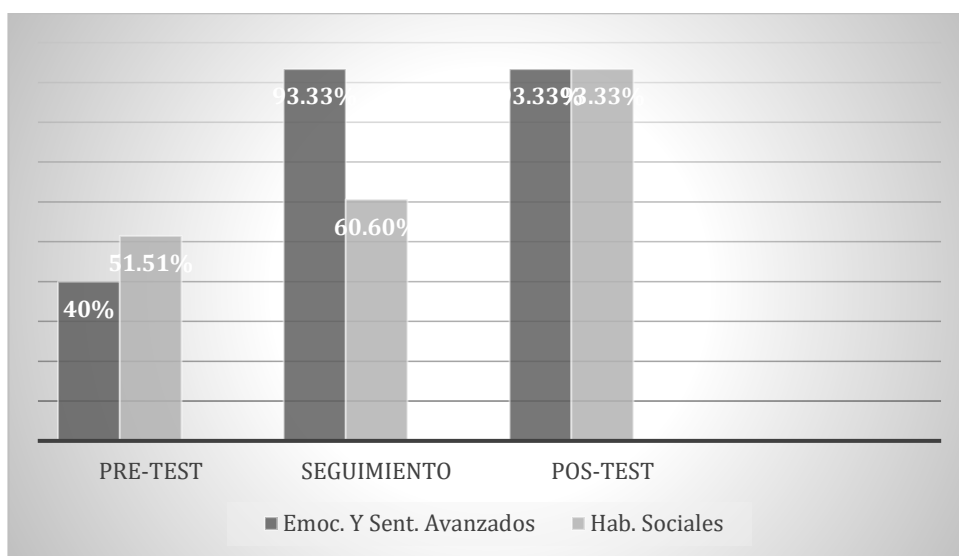
Tabla 6

Evaluación Pre, seguimiento y Pos intervención en Habilidades Sociales de la Lista de Cotejo

Áreas	Pre - Test	%	Seguimiento	%	Pos-Test	%
Emociones y Sentimientos avanzados	6	40%	14	93.33%	14	93.33%
Habilidades Sociales	17	51.51 %	20	60/60%	31	93.33%
TOTAL	23	47.91 %	34	70.83%	45	93.75%
Variación Pre y Pos Intv. (%)				45.84%		

Figura 4

Resultado pre, seguimiento y post intervención en la lista de cotejo.



Análisis Cualitativo y Síntesis

El análisis cuantitativo de los resultados muestra que el puntaje total en la lista de cotejo se incrementó significativamente en todas las áreas evaluadas.

En emociones y sentimientos avanzados las puntuaciones en el Pre, Seguimiento y Pos Intervención incrementaron de 6 (40%) a 14 (93.33%) el cual se mantuvo hasta el final de la intervención, evidenciando así una mejora significativa en la identificación y discriminación de emociones y sentimientos avanzados como envidia, culpa, vergüenza, aburrimientos y ansiedad, así como también en el aprendizaje de técnicas de autorregulación y su aplicación en la vida cotidiana de éstas mismas.

En habilidades sociales las puntuaciones en el Pre, Seguimiento y Pos Intervención incrementaron de 17 (51.51%), a 20 (60/60%) y finalmente a 31 (93.33%) evidenciando una mejora significativa en las habilidades sociales de saludo, iniciar, mantener y cerrar adecuadamente conversaciones, identificar las emociones de los demás y ofrecer apoyo (empatía), conocer técnicas de asertividad y saber aplicarlos, resolución de conflictos, límites en la interacción social, respeto entre los pares y pedir ayuda cuando lo requiera.

Objetivo específico 1: Desarrollar la conciencia social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través de la identificación y procesamiento de las claves sociales no verbales para mejorar la interpretación de interacciones sociales mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

Indicador de logro 1: Disminuye la puntuación total de la subescala Conciencia Social de la SRS-2 al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Resultados cuantitativos

Tabla 7

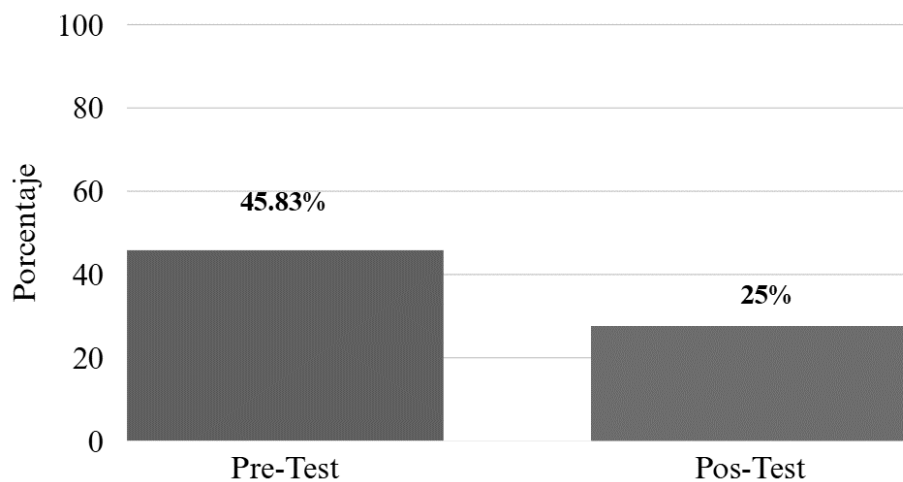
Resultado pre y post intervención en la subescala Conciencia Social de la SRS-2

Subescala	Pre - Test	%	Rango	Post - Test	%	Rango	Diferencia
Conciencia Social	11	45.83 %	Déficit Moderado	6	25 %	Déficit Leve	-20.83%

Figura 5

Comparación pre y post intervención en la subescala Conciencia Social de la SRS-

2



Análisis cualitativo y síntesis

En la evaluación inicial, el niño evaluado presentó niveles de déficit moderado en la subescala de Conciencia Social. Ejemplo de ello se evidenciaba en la dificultad para percibir y procesar las señales sociales y entender lo que sucede en una interacción y en su entorno.

En cuanto a la percepción de señales sociales, al niño inicialmente le costaba detectar algunas claves sociales como el tono de voz, las expresiones faciales, la postura corporal, entre otras más, que se desarrollaban en la interacción con los demás. Sin embargo, con las estrategias aplicadas como dramatización, modelado, refuerzo positivo y actividades realizadas con fichas visuales, tarjetas de situaciones y juegos de reconocimiento de claves, el niño pudo disminuir los desafíos iniciales y lograr mejores resultados.

En cuanto al procesamiento de estas claves sociales, inicialmente al niño le costaba responder a esas demandas sociales que exigía determinados contextos o personas, como el modular la voz, respetar los espacios personales, reconocer que

muchas veces el lenguaje no verbal puede darnos pistas de algunos pensamientos e intereses que tiene la persona, sin embargo, también pudo lograr vencer esos desafíos y lograr responder de forma más pertinente a ellas. Las estrategias empleadas fueron el juego guiado, modelado, dramatización y refuerzos positivos, con el uso de pictogramas, historias sociales y materiales estructurados.

Objetivo específico 2: Fortalecer los procesos de Cognición Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en la identificación y comprensión de estados mentales e intenciones ajenas mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

Indicador de logro 2: Disminuye la puntuación total de la subescala Cognición Social de la SRS-2 al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Resultados cuantitativos

Tabla 8

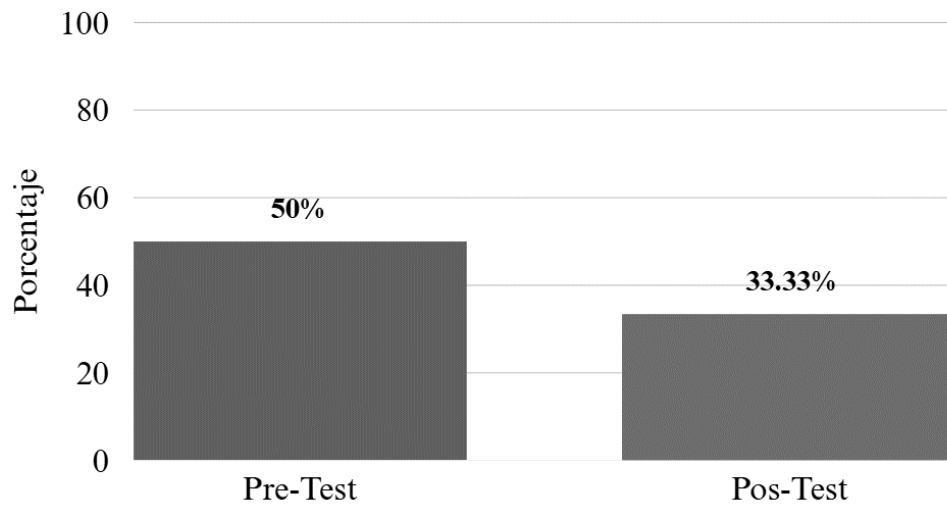
Resultado pre y post intervención en la subescala Cognición Social de la SRS-2

Subescala	Pre - Test	%	Rango	Post - Test	%	Rango	Diferencia
Cognición Social	18	50%	Déficit Moderado	12	33.33%	Déficit Leve	-16.67%

Figura 6

Comparación pre y post intervención en la subescala Cognición Social de la SRS-

2



Análisis Cualitativo y Síntesis

Como se puede apreciar, la diferencia que existe entre el porcentaje de deficiencia inicial y el pos intervención, reduce solo en un -16.67 %, menor en relación a las otras habilidades evaluadas. En la evaluación inicial, el niño presentó niveles de déficit moderado en la subescala de Cognición Social. Ejemplo de ello se evidenciaba en la dificultad para comprender, interpretar y atribuir significado a las claves sociales que logra percibir, pero después de la intervención logró presentar un déficit leve, con mayor desempeño en éste área.

En cuanto a la comprensión de claves sociales, al niño inicialmente le costaba comprender cómo surgen las claves sociales que se desarrollan en la interacción interpersonal. Sin embargo, con las estrategias aplicadas como

dramatización con muñecos, modelado, refuerzo positivo y actividades realizadas con fichas visuales, tarjetas de situaciones y juegos de adivina el pensamiento, cajas sorpresas, entre otras, el niño pudo disminuir los desafíos iniciales y lograr mejores resultados.

En cuanto a la interpretación de las claves sociales, al inicio el niño presentaba desafíos para inferir o deducir una información nueva de lo que percibía, pero con juegos de pensamientos como “sé algo que otro no sabe que sé”, reconocimiento de pensamientos “erróneos”, fichas de inferencia de diferentes situaciones cotidianas (intenciones, emociones, pensamientos y creencias), con apoyo de técnicas como dramatización, el refuerzo positivo y juegos guiados se lograron superar esos desafíos iniciales.

En cuanto a la atribución de significados a las claves sociales implícitas o ambiguas, los desafíos iniciales que tenía el niño en éste área le limitaba dar una explicación o asignar un motivo a los eventos que surgían en la interacción social, le costaba buscar diferentes razones para explicar las conductas de los demás o las normas sociales explícitas o implícitas, para ello se realizaron actividades como el juego de la caja de “frases locas”, comprensión de frases metafóricas, lo que quise decir, descubriendo pensamientos iguales en situaciones diferentes o viceversa, entre otras, reforzado con técnicas de role-playing, refuerzo social, dramatización.

La madre también señala que ha evidenciado mayor comprensión de los límites en su crianza y normas sociales fuera de casa, que a diferencia de antes la rigidez que tenía ha disminuido, logra comprender más el por qué de las cosas y le brinda su apoyo o busca formas de explicar las cosas.

Objetivo específico 3: Desarrollar habilidades de Comunicación Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en el inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones respetando turnos y demostrando escucha activa en cada etapa mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

Indicador de logro 3: Disminuye la puntuación total de la subescala Comunicación Social de la SRS-2 al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Resultados cuantitativos

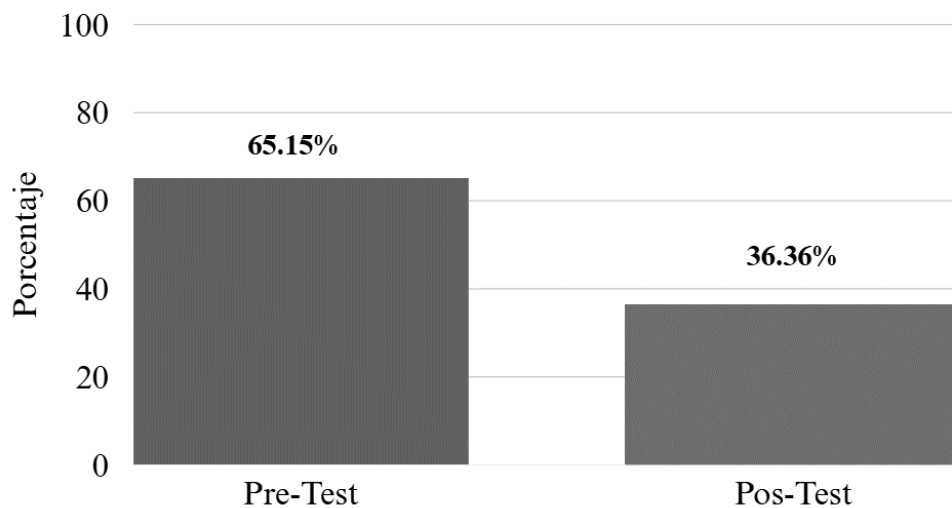
Tabla 9

Resultado pre y post intervención en la subescala Comunicación Social de la SRS-2

Subescala	Pre - Test	%	Rango	Post - Test	%	Rango	Diferencia
Comunicación Social	43	65.15%	Déficit Moderado	24	36.36%	Déficit Leve	-28.79%

Figura 7

Comparación pre y post intervención en la subescala Comunicación Social de la SRS-2



Análisis Cualitativo y Síntesis

En la evaluación inicial, el niño presentó niveles de déficit significativos en la subescala de Comunicación Social. Ejemplo de ello se evidenciaba en la dificultad para reconocer señales sociales para iniciar, mantener y cerrar adecuadamente conversaciones.

En cuanto a iniciar conversaciones, el niño tenía un limitado uso de vocabulario para entablar una conversación, solo lograba decir “hola, ¿cómo estás?” y esperaba a que el otro le realizara preguntas y él por su lado prefería jugar o mantenerse ocupado en actividades lúdicas. Sin embargo, con las estrategias aplicadas como role-playing, modelado, refuerzo positivo y actividades realizadas con muñecos de personajes animados y el aprendizaje de claves sociales y ganchos de iniciación para entablar una conversación adecuada, el niño pudo disminuir notablemente los desafíos iniciales y lograr mejores resultados.

En cuanto a mantener conversaciones, al inicio al niño le resultaba muy complicado sostener una conversación y en ese proceso conectar ideas que guarden relación entre sí, pues solía cambiar de tema constantemente. Sin embargo, con actividades como juegos de turnos, juego de ideas conectadas, juego de detectives del mensaje del otro mediante role playing y modelado, logró reducir notablemente esos desafíos.

En cuanto a cerrar conversaciones, del mismo modo, el niño tenía dificultades para reconocer y dar señales de que la conversación ha de cerrarse y de expresar un mensaje adecuado. En vista de ello se trabajaron actividades para detectar las señales del término de la conversación y se le brindó técnicas para ello, como el del sandwich o los avisos de cierre, también se reforzó con técnicas de role playing, finalmente el niño logró superar esas dificultades iniciales.

La madre también señaló que nota en su hijo mayor desenvolvimiento cuando se relaciona con niños de su edad o con adultos de su entorno, logra entender y prestar atención a lo que le dicen y responde con respeto y sentido de la conversación, así mismo, nota que usa diferentes formas de iniciar y cerrar adecuadamente conversaciones.

Objetivo específico 4: Desarrollar habilidades de Motivación Social como la iniciativa y el interés por la interacción en un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través del entrenamiento en estrategias de aproximación y respuesta social mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana.

Indicador de logro 4: Disminuye la puntuación total de la subescala Motivación Social de la SRS-2 al comparar los resultados pre y pos test de la evaluación.

Resultados cuantitativos

Tabla 10

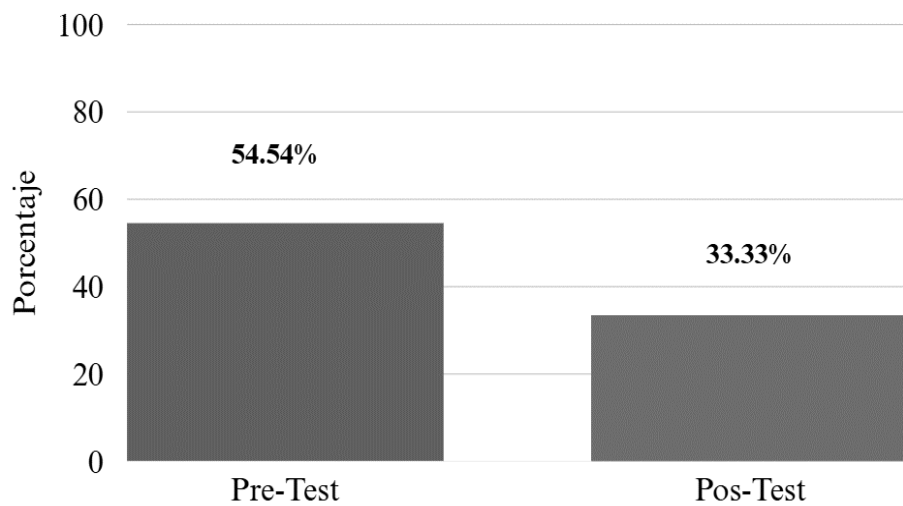
Resultado pre y post intervención en la subescala Motivación Social de la SRS-2

Subescala	Pre - Test	%	Rango	Post - Test	%	Rango	Diferencia
Motivación Social	18	54.54%	Déficit Moderado	11	33.33%	Déficit Leve	-21.21%

Figura 8

Comparación pre y post intervención en la subescala Motivación Social de la SRS-

2



Análisis Cualitativo y Síntesis

En la evaluación inicial, el niño presentó niveles de déficit moderados en la subescala de Motivación Social. Ejemplo de ello se evidenciaba en la dificultad para demostrar interés e impulso para iniciar y mantener interacciones sociales y establecer relaciones, así como también la inhibición y orientaciones empáticas.

En cuanto a las habilidades que fortalecen la motivación social, como la empatía, el manejo de creencias erróneas y la resolución de conflictos, el niño no contaba con información necesaria para poder manejar éste tipo de habilidades, si bien, sabía reconocer el estado emocional de las personas, no lograba demostrar adecuadamente su preocupación o ayuda que deseaba brindar, así como también el manejo de pensamientos erróneos en base a lo que percibe de las interacciones sociales y finalmente, su repertorio de búsqueda de alternativas de solución ante los conflictos era muy limitado. Sin embargo, mediante la enseñanza de técnicas para el desempeño adecuado en éstas habilidades, juegos de evidencias e intenciones, historias sociales y claves, respaldados con técnicas de dramatización, role playing,

modelado y refuerzo social, el niño logró contar con mayores herramientas para la motivación hacia la interacción social.

La madre también reportó mayor interés en las relaciones interpersonales y mayor confianza en él mismo, dentro de la escuela, casa y otros contextos sociales.

4.2. Análisis de resultados y discusión

En relación con el objetivo general de *“Incrementar las Habilidades Sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 mediante la implementación de un Programa de Intervención en Lima Metropolitana, orientado a la mejora de la conciencia, cognición, comunicación y motivación social en contextos cotidianos”*, los resultados obtenidos gracias a la intervención reflejan mejoras significativas en todas las competencias de habilidades sociales del niño, lo que confirma la efectividad de la intervención.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de You et al. (2024) y Wood et al. (2021) quienes validaron la eficacia que tiene el enfoque cognitivo-conductual en el entrenamiento de Habilidades Sociales en niños con TEA de alto funcionamiento. Así mismo, Alahmari et al. (2025) evidenció que la intervención cognitivo-conductual resultó efectiva en la mejora de diversas Habilidades Sociales en los niños con TEA, entre ellas, la comunicación social, la reciprocidad y la atención conjunta, facilitando así un mejor desempeño social.

Pascuas (2017) en su Manual de Actividades para niños con TEA brinda diversas propuestas de estrategias y técnicas basadas en el enfoque cognitivo-conductual para entrenar las Habilidades Sociales en esta población, tales como las historias sociales, juegos estructurados, ensayo de conductas, role-playing, pictogramas, entre otras más. En la intervención del caso, se desarrollaron gran parte de las estrategias descritas y sugeridas en el manual. Adicional a ello, You et al. (2024) sugiere y evidencia resultados positivos en diseñar un entrenamiento estructurado en habilidades sociales y brindar retroalimentación adaptada a cada participante. Ante ello, se señala que la combinación de la intervención individual más la participación de la madre por medio de las retroalimentaciones y tareas brindadas, ha permitido el logro de los objetivos planteados, esto resalta la importancia de una intervención integral y multidisciplinar si fuera el caso. La integración de las diferentes técnicas, estrategias y sugerencias con respaldos positivos de eficacia en su aplicabilidad permitió el éxito de la intervención logrando una notable reducción de las deficiencias presentadas en el niño inicialmente.

En cuanto al primer objetivo específico *“Desarrollar la conciencia social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través de la identificación y procesamiento de las claves sociales no verbales para mejorar la interpretación de interacciones sociales mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, el porcentaje de déficit disminuyó de 45.83% a 25% lo que refleja una mejora significativa en cuanto a la habilidad para percibir y procesar las señales sociales y entender lo que sucede en una interacción.

Este objetivo se planteó como punto de partida tomando como referencia la definición que hace Wellman (2018) sobre la conciencia emocional, quien sostiene que es la habilidad para identificar y diferenciar las emociones básicas y complejas propias y ajenas, habiendo logrado el reconocimiento de las claves no verbales que implican éstas, recién el niño estaría listo para una habilidad que requiere mayor complejidad cognitiva y mejor desenvolvimiento para iniciar y mantener vínculos de amistad, así como también la resolución de conflictos y otros intercambios comunicativos que exigen interpretar significados no literales (Rivière, 1996 citado en Aguilar et al., 2020). Integrando toda ésta información se aplicaron diferentes estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para un aprendizaje significativo y evidenciado en otros contextos de la vida diaria del niño. En cuanto se tuvo los resultados de logro en la lista de cotejo en la fase de seguimiento, se procedió a continuar con el siguiente objetivo de la intervención.

Respecto al segundo objetivo específico *“Fortalecer los procesos de Cognición Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en la identificación y comprensión de estados mentales e intenciones ajenas mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, el porcentaje de déficit disminuyó de 50% a 33.33%, evidenciando una mejora notable en cuanto a la habilidad para interpretar, comprender y atribuir significado a las claves y normas sociales en cuanto hayan sido percibidas (inferencias de intenciones, emociones, pensamientos y creencias de los demás).

Como se señaló anteriormente, si bien todas las áreas presentan avances muy notables, la cognición social muestra un porcentaje de mejora ligeramente menor en comparación con las áreas de conciencia, comunicación y motivación. Esto se atribuye a que la cognición social según Wellman (2018) constituye una meta-habilidad que requiere de una mayor carga de procesamiento cognitivo y una integración más profunda de la capacidad de Teoría de la Mente del menor. A diferencia de las conductas sociales, que pueden ser moldeadas mediante estructuras externas y refuerzos, la flexibilidad cognitiva y la inferencia de estados mentales ajenos demandan un proceso de maduración y generalización más prolongado, siendo menos susceptibles a cambios inmediatos de carácter cuantitativo.

Inicialmente el niño presentaba desafíos para atribuir creencias, dar explicaciones o brindar motivos de algunas interferencias que ocurrían dentro de la interacción social, después de la intervención el niño evidenció mayor apertura para anticiparse a los pensamientos de los otros, adaptarse a las diferentes creencias de los demás. Éstos resultados coinciden con lo señalado por Dioses (2020 citado en Atanasio, 2023) quien refiere que las intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad de interpretación y atribución de significados, resultan ser relevantes en la conducta de los niños y en su desarrollo social y comunicativo. Para lograr esos resultados positivos se utilizaron diferentes técnicas y estrategias respaldadas por Holopainen et al. (2019); You et al. (2024), Wood et al. (2021), Alahmari et al. (2025) y Espitia (2025) tales como el modelado, dramatización, juegos de pensamientos guiados, role-playing, historias sociales, entre otros.

En cuanto, al tercer objetivo específico “*Desarrollar habilidades de Comunicación Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en el inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones respetando turnos y demostrando escucha activa en cada etapa mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana*”, el porcentaje de déficit disminuyó de 65.15% a 36.36%, evidenciando una mejora significativa en la habilidad para usar y comprender el lenguaje, tanto verbal y no verbal en diferentes contextos sociales.

Inicialmente, el niño no presentó dificultades significativas en funciones ejecutivas, lo que significó una fortaleza adicional, para el logro de los dos primeros objetivos específicos, pero sobre todo para éste tercer objetivo específico, pues es de suma importancia la flexibilidad de pensamiento para adaptarse a los cambios que surgen dentro de un diálogo interpersonal, esto coincide con los resultados que encontró Narciso (2024) en su investigación aplicada sobre la relación entre funciones ejecutivas y comunicación pragmática, en la que concluye señalando que las funciones ejecutivas y algunos de sus dominios facilitan el monitoreo y la autorregulación de la conducta, lo que implica una mayor conciencia interpersonal, en el sentido de ser capaces para evaluar las propias respuestas durante la interacción social, así como de organizar y supervisar las ideas y la secuencia conversacional, favoreciendo así una comunicación más eficaz.

En cuanto a las estrategias y técnicas aplicadas para el logro de éste objetivo se menciona sobre todo al role-playing, modelado, dramatización con títeres y entrenamiento conductual, reforzándose con videos, juego con pelotas para turnos

durante una conversación, entre otras actividades lúdicas, permitieron tales logros evidenciados, esto coincide con Bermúdez (2020) quienes en su estudio evidenciaron que los modelos de conductas esperadas presentados en videos o presencialmente en las sesiones permiten una mayor comprensión de lo que sucede en las interacciones y la capacidad de imitación o reproducción de la conducta esperada son más efectivas y eficaces, además, Cedeño y Yagual (2024), también respaldan el uso de éstas técnicas ya que evidenciaron que todas ellas en conjunto favorecen la participación activa y comprometida de los padres y promueven una mayor interacción social.

Finalmente, en cuanto al cuarto objetivo específico *“Desarrollar habilidades de Motivación Social como la iniciativa y el interés por la interacción en un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través del entrenamiento en estrategias de aproximación y respuesta social mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, el porcentaje de déficit disminuyó 54.54% a 33.3%, evidenciando una mejora notable en la habilidad para demostrar interés e impulso para iniciar y mantener interacciones sociales y establecer relaciones, así como también la inhibición y orientaciones empáticas.

Para lograr que el niño pueda mantener el interés voluntario de establecer amistades e interrelacionarse consecutivamente, en primera instancia se le brindó técnicas y guías para un mejor desenvolvimiento social que ha de tener en cuenta antes y durante las conversaciones, entre ellas se desarrollaron actividades orientadas al entrenamiento en la lógica de creencias, la cual se refiere a la habilidad

para comprender que las acciones están mediadas por creencias erróneas o correctas (Wellman, 2018), el niño logró comprender que no todo lo observable corresponde a una única explicación. Así mismo, se abordaron técnicas de empatía, pues resulta una habilidad esencial para la interacción con los demás, para ello se aplicaron técnicas de modelado y role-playing involucrando a la misma psicóloga, mirando un vídeo corto y usando también muñecos de dibujos animados los cuales eran del agrado del niño, éstas técnicas y actividades también demostraron ser muy efectivas para Bermúdez et al. (2020), ya que usaron diferentes formas de modelado (realizado por una adulto, niña y vídeo), la situación fue el de una persona expresando una emoción y otra respondiendo adecuadamente a dicha emoción, los resultados que encontró fueron muy positivos, pues resultó ser muy efectivo para el entrenamiento en habilidades sociales de los niños evidenciando una mejora significativa en sus respuestas empáticas con los demás. Habiendo aplicado ello, el niño presentó mayor interés por interrelacionar con otras personas, pues ya contaba con herramientas prácticas para un mejor mantenimiento de amistades.

En suma la intervención ha logrado alcanzar los objetivos establecidos de manera satisfactoria pero con aspectos que mejorar al mismo tiempo. Se observa una evolución significativa en el incremento y refinamiento de las habilidades sociales sobre todo dentro del entorno terapéutico y en otros contextos sociales tal como la madre lo refiere, destacando una mayor iniciativa y mantenimiento de las relaciones interpersonales y una mayor comprensión de las normas de reciprocidad social. Así mismo, los resultados satisfactorios validan el enfoque cognitivo conductual para el entrenamiento en habilidades sociales tanto a nivel teórico como

pragmático en cuanto a las técnicas y estrategias claves que se sustentan en sus principios.

CAPÍTULO V. REFLEXIONES DE LA EXPERIENCIA

5.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Durante el proceso de intervención se encontraron diferentes limitaciones que dificultaron el desarrollo óptimo de la intervención.

Una limitación importante es el tiempo destinado a cada sesión de intervención, teniendo en cuenta que es la modalidad de trabajo de la institución, en ocasiones, solía quedar muy poco tiempo para realizar una retroalimentación detallada a la madre del niño, sumando a ello, que a veces también contaba sus propias preocupaciones y demandas como madre.

Así mismo, se presentaron algunos factores propios del niño que limitaba de cierta forma el desarrollo de actividades destinadas para dicha sesión, en ocasiones llegaba muy cargado emocionalmente por algunas dificultades en la relación con mamá o con compañeros y se tenía que abordar en primera instancia la regulación de esas emociones, o también a veces, llegaba agotado de todas las actividades escolares o extracurriculares que tenía que cumplir.

Por otro lado, el acompañamiento de la madre en la asistencia de su hijo a las terapias, no era regular en ocasiones, pues quien lo traía era la abuela materna o en ocasiones la tía, y eso influía en el desequilibrio del ritmo que se debía llevar en la generalización de los aprendizajes a otros contextos sociales fuera de sesión.

Seguidamente, otra limitante fue el sistema educativo complejo en cuanto a las coordinaciones que eran necesarias darse con la psicóloga o tutora de la escuela del niño, solo se podía coordinar una sesión virtual con una de ellas, y en la única

sesión que se logró desarrollar, solo asistió la tutora de grado. Esto dificultó el monitoreo de la aplicación en la vida escolar de los aprendizajes logrados en sesiones individuales.

Finalmente, se considera como limitante, los escasos manuales, investigaciones y pruebas que midan específicamente las Habilidades Sociales en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), así como el caso de la SRS-2, la cual no cuenta con una adaptación a la cultura peruana.

5.2. Impacto a nivel profesional

La intervención tuvo un impacto significativo en la práctica profesional, pues gracias a ella así como se lograron fortalecer algunas habilidades, también se desarrollaron nuevas habilidades y conocimientos para una intervención más humana, profesional y con acción ética y científica.

Una de las habilidades a resaltar es la empatía y la flexibilidad, pues para procurar un aprendizaje y mejora óptima en el niño, fue pertinente conocer y comprender a mayor profundidad no solo el diagnóstico como tal, sino también las características individuales del niño, para adaptar las estrategias, técnicas y recursos, esto incluyó también la forma en cómo se tenían que transmitir cada uno de ellos. En cuanto a la flexibilidad, fue necesario para lograr conectar y sintonizar con una forma diferente de aprender, percibir y procesar la información del mundo social, en ocasiones se tuvo que adecuar, modificar y sustituir si era necesario algunas estrategias según las necesidades sensoriales, sociales y emocionales del niño.

A nivel técnico, la intervención consolidó la experiencia en el diseño de planes de intervención en Habilidades Sociales, pues se vio necesario crecer en conocimientos y dominios sobre técnicas y estrategias que permitan un adecuado desarrollo de habilidades en Teoría de la Mente y Habilidades Sociales al mismo tiempo.

Finalmente el trabajo en equipo, pues al buscar un avance integral del niño, se tenía que involucrar en la intervención a la madre o en ocasiones a quien le acompañaba al niño en su asistencia a sus terapias, y se procuró de la misma forma tener una comunicación más directa y frecuente con algún agente de la institución educativa del niño, pues todos los agentes tenían que estar involucrados y para ello se debían manejar habilidades de tolerancia, comunicación asertiva, trabajo colaborativo, etc.

5.3. Impacto en la institución con los resultados hallados

El impacto que se logró pos intervención fue positivo y significativo, ya que, al ser observables las mejoras en el niño, las estrategias y técnicas pudieron ser compartidas como referencias para aplicarlo en otros casos del centro, teniendo en cuenta claro la particularidad de cada niño. Así mismo por parte de la madre, manifestó su satisfacción con los resultados obtenidos destacando su identificación con la institución y su disposición para recomendar el centro a personas que pudieran estar pasando situaciones similares.

Además, se rescata también como impacto positivo el efecto multiplicador de las estrategias y técnicas usadas además de las habilidades a desarrollar desde la profesión y la calidad humana al abordar éstos casos, pues en ocasiones en las

sesiones participaba algún interno de psicología que venía haciendo sus prácticas pre-profesionales en la institución, el aprendizaje era vivencial y guiado con preguntas y explicaciones brindadas.

Finalmente, la intervención contribuyó en el reciente uso del instrumento SRS-2 en la institución, como una guía principal o un sistema adicional de evaluación para el abordaje en dificultades de habilidades sociales de niños con TEA nivel 1.

5.4. Aporte en el área psicológica y en el contexto

La presente intervención en este caso clínico aporta principalmente a la práctica psicológica infantil, pues se ha demostrado su eficacia en el fortalecimiento de las habilidades sociales de un niño con TEA-nivel 1, al mismo tiempo sostiene la eficacia de las técnicas utilizadas como el modelamientos, estructuración con apoyos visuales claros, historias sociales, role-playing y refuerzos positivos, las cuales pertenecen al modelo cognitivo-conductual adaptado a la población TEA.

Además, al ser uno de los criterios principales para el diagnóstico de TEA las dificultades en comunicación e interacción social y sumando a ello el porcentaje de ésta población que de manera constante incrementa, resulta importante contar con evidencias científicas y experienciales sobre la intervención en habilidades sociales que guían el actuar profesional.

Finalmente, la experiencia invita al crecimiento profesional en cuanto a su formación en técnicas y abordajes específicos, procurando medir cada intervención mediante evaluaciones de pre y pos test como de seguimiento y monitoreo de las

actividades para el logro de los objetivos planteados. Todo ello, sin excluir la participación activa de los familiares y de otros profesionales para lograr una intervención integral y sistémica.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo principal *“Incrementar las Habilidades Sociales de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 mediante la implementación de un Programa de Intervención en Lima Metropolitana, orientado a la mejora de la conciencia, cognición, comunicación y motivación social en contextos cotidianos”*, se concluye que tras la intervención, el objetivo se logró cumplir satisfactoriamente, pues el porcentaje de deficiencia en el Índice General de Comunicación Social (SCI) tras la intervención disminuyó de 56.60% (déficit significativo) a 33.33% (déficit leve) lo que se evidencia en un incremento en habilidades como el reconocimientos, cognición, comunicación y motivación social.

Así mismo, respecto a los objetivos específicos se concluye que:

En cuanto al primer objetivo específico que buscaba el *“Desarrollar la conciencia social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través de la identificación y procesamiento de las claves sociales no verbales para mejorar la interpretación de interacciones sociales mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, se concluye que tras la intervención, el objetivo se logró cumplir satisfactoriamente, pues el porcentaje de deficiencia en la dimensión Conciencia Social, disminuyó de 45.83 (déficit moderado) a 25% (déficit leve) lo que se evidenció en una mejora notable en el niño en cuanto a la identificación de las claves sociales no verbales como los gestos, la postura, el tono de voz y la proximidad, poderlos identificar por el niño era un gran desafío inicialmente, sin embargo, después de la intervención

ya podía interpretar lo que podría estar pasando en una interacción con tan solo ver imágenes de personas con diferentes características y en diferentes contextos.

Con respecto al segundo objetivo específico que buscaba el *“Fortalecer los procesos de Cognición Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en la identificación y comprensión de estados mentales e intenciones ajenas mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, se concluye que tras la intervención, el objetivo se logró cumplir satisfactoriamente, pues el porcentaje de deficiencia en la dimensión Cognición Social, disminuyó de 50% (déficit moderado) a 33.33% (déficit leve) lo que se evidencia en una mejora notable en la habilidad del niño para interpretar, comprender y atribuir significado a las claves y normas sociales, inicialmente durante las sesiones el niño ignoraba la postura y el suspiro que realizaba la psicóloga de forma intencional para dar una señal de cansancio o tristeza, sin embargo, después de la intervención, el menor ya lograba darle una explicación incluso a algún bostezo que surgía en la sesión, del mismo modo solía pasar con la identificación de las intenciones, al iniciar no lograba diferenciar entre lo accidental y lo deliberado, solía enfadarse con cualquier accidente físico que experimentaba en los juegos grupales, posteriormente ya lograba evaluar cómo se suscitaban los eventos y en base a ello actuaba, así mismo, logró reconocer qué conductas son aceptables y no en diferentes espacios públicos.

Con relación al tercer objetivo específico que buscaba el *“Desarrollar habilidades de Comunicación Social de un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 específicamente en el inicio, mantenimiento y cierre de conversaciones*

respetando turnos y demostrando escucha activa en cada etapa mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”, se concluye que tras la intervención, el objetivo se logró cumplir satisfactoriamente, pues el porcentaje de deficiencia en la dimensión Comunicación Social, disminuyó de 65.15% (déficit significativo) a 36.36% (déficit leve) lo que se evidencia en una mejora significativa en la habilidad para usar y comprender el lenguaje, tanto verbal y no verbal en diferentes contextos sociales, frente a esas habilidades, el niño en las sesiones iniciales lograba solo dar respuestas directas y muy cortas de información a preguntas que se le hacía con la finalidad de iniciar y mantener conversación sobre algún tema en específico, pocas veces lograba hacer contacto visual, mantenerse en mesa sin manipular juguetes y por otro lado, interrumpía o cambiaba de tema frecuentemente. Esas dificultades, fueron superadas después de la intervención.

Finalmente, en cuanto al cuarto objetivo específico que buscaba el *“Desarrollar habilidades de Motivación Social como la iniciativa y el interés por la interacción en un niño con Trastorno del Espectro Autista Nivel 1 a través del entrenamiento en estrategias de aproximación y respuesta social mediante la implementación de un Programa de Intervención en Habilidades Sociales en Lima Metropolitana”*, se concluye que tras la intervención, el objetivo se logró cumplir satisfactoriamente, pues el porcentaje de deficiencia en la dimensión Motivación Social, disminuyó de 54.54% (déficit moderado) a 33.33% (déficit leve) lo que se evidencia en una mejora notable en el interés para iniciar y mantener interacciones sociales, establecer relaciones, así como la inhibición y orientaciones empáticas que demostraba el niño cuando se invitaba a las sesiones a un(a) practicante de

psicología, el niño ya podía mantener el interés de conocer más sobre el invitado y lograba mantener una conversación fluida.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere continuar incorporando sistemas de medición en las intervenciones realizadas y el uso de técnicas y estrategias sustentadas por la comunidad científica con la finalidad de hacer del trabajo profesional una práctica basada en evidencia y sustentada con resultados medibles.
- En cuanto a la metodología empleada, predominaron las técnicas de corte conductual debido a las demandas específicas del caso. No obstante, se subraya la importancia de realizar una evaluación del perfil integral del menor antes de la intervención, permitiendo así la selección de estrategias pertinentes y ajustadas a sus necesidades particulares.
- Se recomienda continuar con la intervención, pues el niño está pasando de la etapa de la niñez a la etapa de la pubertad, en dicha etapa empezarán cambios a nivel integral (emocional, físico, social, entre otros), estos cambios van a demandar nuevas respuestas sociales, nuevas formas de adaptarse, relacionarse y verse así mismo como un ser humano único y perteneciente a un grupo social, sin dejar de lado el trabajo en conjunto con la familia.
- En cuanto a la frecuencia de la intervención se sugiere que sean realizadas de 2 a 3 veces en la semana, para evitar el decaimiento de la información aprendida anteriormente y lograr aprendizajes con mayor eficacia mediante la repetición y práctica constante.
- Se recomienda involucrar a diferentes agentes para la participación en la intervención directa o indirectamente, ya sea, familiares que forman parte

de su día a día, tutores o maestras sombras, psicólogo(a) de la institución educativa y terapeutas que también llevan el caso. La colaboración y comunicación abierta entre todos resulta clave para la generalización de habilidades y aprendizajes logrados y la sostenibilidad y variabilidad de éstos en diferentes contextos.

- A nivel institucional, se recomienda organizar talleres grupales con niños que vienen siendo abordados en habilidades sociales por los otros profesionales de psicología de la institución, el agruparlos permitiría la puesta en práctica de las estrategias y aprendizajes logrados en las sesiones individuales y con ello se garantizará aún más la mejora en las habilidades deficientes presentadas.
- Finalmente, en cuanto a los instrumentos a utilizar, se sugiere adicionar la aplicación de otras escalas o pruebas psicométricas orientadas a evaluar otras problemáticas frecuentes en la etapa en la que se encuentra el menor a intervenir, Ejm, la ansiedad; además de realizar adaptaciones culturales de las mismas.

REFERENCIAS

- Aguilar, J., Agulla, L., Said, A., & López, M. (2020). Aportes al estudio de las relaciones entre memoria episódica y teoría de la mente. *Interdisciplinaria*, 37(1), 21-22. Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/f6eed2b32da3d54f5b93b4e45d624310/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=6474646>
- Alahmari, S., Alhabbad, A., Alshamrani, A., & Almuqbil, A. (2025). *Effectiveness of social skills training interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis*. *Saudi Medical Journal*, 46(3), 226–237. <https://doi.org/10.15537/smj.2025.46.3.20240788>
- Alms, S. (2025, 4 de Febrero). Nuevos datos muestran la prevalencia mundial del autismo. Boletín informativo de OARacle. Recuperado de <https://researchautism.org/oaracle-newsletter/new-data-show-global-prevalence-of-autism/>
- Armijos, L., Quinto, V., Álvarez, L., Morocho, R., & Llerena, J. (2023). Técnicas de Intervención en el trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Universidad y Sociedad*, 15(4), 192-203. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v15n4/2218-3620-rus-15-04-192.pdf>
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto rev.)*. APA Publishing.
- Atanacio, I. (2023). *Modelos de intervención temprana en niños con trastorno*

espectro autista [Tesis para optar el título en licenciada en Psicología]
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Autismo Madrid (2024) ¿Qué es la Intersubjetividad en el Autismo?. Recuperado de <https://teamadrid.com/intersubjetividad-en-autismo>

Báez, X. (2018). Efectividad del “Robot Milo” en el desarrollo de habilidades sociales y comunicación en niños de 5 a 7 años con trastorno del espectro del autismo de grado 1 (Bachelor'sthesis, Quito). <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/7136>

Bermúdez, K., Aviña, V., Chiquet, R., Olivas, S., & Sánchez, F. (2020). Efecto del Entrenamiento en Habilidades Conductuales sobre el establecimiento de habilidades sociales en niños con autismo. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 28(1), 23-34.

Bilbao, J., Granada, M., Cáceres, F., & Pomes, M. (2025). Habilidades sociales y alumnado TEA: una revisión sistemática de los programas de intervención en educación infantil. *EDUCA. Revista Internacional Para La Calidad Educativa*, 5(2), 1-11.

Buffle, P., & Naranjo, D. (2021). Identificación y diagnóstico tempranos del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura sobre recomendaciones basadas en la evidencia: Revisión Narrativa. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(3), 23-1 <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1352455/a232-identificacion-y-diagnostico-tempranos-del-trastorno-del- WAxzd5P.pdf>

Calderón, R., Castillo, F., Maldonado, P., Hernández, C., & Verde, F. (2020). Aprendizaje cooperativo y habilidades sociales en niños de tres años. *Revista Eduser*, 7(1), 18-31.

Cardillo, R., Mammarella, I., Demurie, E., Giofré, D., & Roeyes, H. (2020).

Pragmatic Language in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Do Theory of Mind and Executive Functions Have a Mediating Role? *International Society for Autism Research*, 14(5), 932 - 945.
<https://doi.org/10.1002/aur.2423>

Constantino, J., & Gruber, C. (2012). *Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2)*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Constantino, J., & Todd, R. (2003). Autistic traits in the general population: a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 524-530.

Coronado, C. (2019). La intervención en el trastorno del espectro autista en las alteraciones en intersubjetividad y la teoría de la mente. *Educación*, 25(1), 67-78. Recuperado de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/1771/1778>

Cuenca, T., Villalobos, C., & Ramírez, A. (2025). Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en infantes: revisión sistemática y metaanálisis: Prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD) in Infants: Systematic Review and Meta-Analysis. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 1159-1184

Daniel, T., & Wood, J. (2013). Cognitive behavioral therapy for children with autism: Review and considerations for future research. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(9), 702–715.

Defensoría del Pueblo. (31 de marzo de 2023). *Defensoría del Pueblo advierte que las personas autistas, principalmente mujeres, enfrentan barreras para acceder al diagnóstico temprano*. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-que-las->

[personas-autistas-principalmente-mujeres-enfrentan-barreras-para-acceder-al-diagnosticotemprano/#:~:text=Tomando%20en%20consideraci%C3%B3n%20estos%20datos,y%20efectiva%20en%20la%20sociedad.](#)

Diario El Peruano (1 de abril de 2024) *Atenciones por Autismo en el INSN se elevan.*

40% de la población por consulta externa es por TEA: Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/insn/noticias/928068-atenciones-por-autismo-en-el-insn-se-elevan-40-de-la-poblacion-por-consulta-externa-es-por-tea>

Diario El Peruano (1 de abril de 2019) *El 81% de las personas con TEA son varones.*

Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27103-el-81-de-personas-tratadas-por-autismo-en-peru-son-varones>

Diez, B. (2023). Programa de intervención en habilidades sociales y emocionales

en niños con Trastorno del Espectro Autista. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/62200/TFG-G6251.pdf;jsessionid=3CEEA7FEC57238D935567103F6B81BD9?sequence=1>

Espitia, A. (2025). Propuesta de intervención para fortalecer la teoría de la mente

de un niño con trastorno del espectro autista. Recuperado de <https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/124cd1ac-2141-4664-878a-d26922269d89>

García, J & Huitrado, J. C. (2024). Evolución del autismo: un recorrido histórico.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 8 (4), 9345-9356.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13086

García, A., Alpizar, O., & Guzmán, G. (2019). Autismo: revisión conceptual.

Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, 6(11), 26-3

García, R., Vera, J., Ortiz, E., & Bernal, J. (2022). Cognición social en el Trastorno del Espectro Autista. In *AUTISMO: AVANÇOS E DESAFIOS-VOLUME 3* (Vol. 3, pp. 28-47). Editora Científica Digital.

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.

Gismero, E. (2002). Manual de Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA Ediciones.

Hurtado, C., & Guarro, A. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 2(1), 37-44.

Lacunza, B., Solano, C., & Contini, N. (2009). Habilidades sociales preescolares: una escala para niños de contextos de pobreza. *Revista de psicología*, 27(1), 328. <https://www.proquest.com/openview/e9441cec7bc0997279af226b17cb3b18/1?pqorigsite=gscholar&cbl=5854954https://www.proquest.com/openview/e9441cec7bc0997279af226b17cb3b18/1?pq-origsite>

Laugeson, E. A., et al. (2012). Social skills training for young adults with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6)

Marín Moral, I. (2024). Neurodiversidad, trastorno del espectro autista y prestación para el cuidado de menores con enfermedad grave. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, (38), 89-112.

Narciso, LM (2024). La relación entre las funciones ejecutivas y comunicación

pragmática en la población autista. Recuperado de https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/20380/T018_74922423_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pascuas, C. (2017). El Manual de Actividades para el Autismo: Actividades para ayudar a los niños a comunicarse, hacer amigos y aprender habilidades para la vida. (Traducción de E. Prada). ISBN: 978-0-9951576-4-4.

Quiroz, F., de La Cuba, L., Ticona, M., Mamani, J., & Prado, HJ. (2018). Comentario: una breve historia del autismo. *Revista de Psicología*, 8(2), 125-133.

Rojo, Á., & Trujillo, K. (2021). Artes Integradas para desarrollar habilidades sociales en estudiantes con TEA en primaria. Obtenido de <https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/954f77c5-9002-4c2c-bf12-3c8a41a94483/content>

Salazar, L. (2020). Programa de intervención para mejorar las habilidades sociales en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista. Obtenido de <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/9717/SALAZAR%20TORRES%2c%20LUDMILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tinaquero, C., López, G., & Jodra, M. (2021). Estrategias proactivas de regulación emocional. Federación de Autismo. Madrid

Vázquez, M. (2015). La atención educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista. *México: Instituto de Educación de Aguascalientes*. Obtenido de https://educacionespecial.sep.gob.mx/storage/recursos/2023/05/pc2cJuWof6-1Libro_Autismo.pdf

Wood, J., Sze Wood, K., Chuen Cho, A., Rosenau, A., Cornejo, M., Galán, C.,

Bazzano, A., Zeldin, S., & Hellemann, 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>

ANEXOS

ANEXO 1: LISTA DE COTEJO

Áreas / indicadores	Estado		
	Inicio (1)	Proceso (2)	Logrado (3)
Emociones y Sentimientos avanzados			
1. Menciona las emociones y sentimientos avanzados (envidia, culpa, vergüenza, aburrimiento y ansiedad)			
2. Reconoce las señales no verbales de la envidia, culpa, vergüenza, aburrimiento y ansiedad.			
3. Discrimina correctamente las emociones y sentimientos avanzados en diferentes o similares situaciones y contextos.			
4. Conoce algunas técnicas de autorregulación para las emociones y sentimientos avanzados (envidia, culpa, vergüenza, aburrimiento y ansiedad)			
5. Aplica alguna de las técnicas de autorregulación para las emociones y sentimientos avanzados (envidia, culpa, vergüenza, aburrimiento y ansiedad) cuando las experimenta.			
Habilidades Sociales			
1. Saluda y se despide adecuadamente.			
2. Inicia adecuadamente conversaciones con los demás			
3. Mantiene adecuadamente conversaciones con los demás			
4. Cierra adecuadamente conversaciones con los demás			
5. Mantiene contacto visual y escucha activa en la interacción social.			
6. Identifica las emociones de los demás y ofrece apoyo - empatía			
7. Conoce técnicas de Asertividad y logra usarlos en la interacción social			
8. Resuelve conflictos brindando diferentes alternativas de solución			
9. Pone límites en la interacción con los demás			
10. Muestra respeto hacia otras personas			
11. Pide ayuda cuando lo requiere			

ANEXO 2: ESCALA DE RESPUESTA SOCIAL SRS-2

SPANISH
School-Age Form

Response Sheet
SRS™-2



Social Responsiveness Scale, Second Edition

John N. Constantino, MD
Translation by Susana Urbina, PhD

Child and Rater Information

Nombre del/de la niño/a	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de la evaluación	Evaluación número
Escuela o clínica	Edad del/de la niño/a en años		Grado escolar
Nombre del/de la evaluador/a	Relación con el/la niño/a evaluado/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro adulto responsable <input type="checkbox"/> Maestro/a <input type="checkbox"/> Otro especialista		

Instrucciones: Por favor seleccione, para cada pregunta, la respuesta que mejor describa el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos seis meses y rellene el círculo con el número correspondiente a su respuesta.

	No Es Verdad	A Veces Es Verdad	A Menudo Es Verdad	Casi Siempre Es Verdad
1. Parece mucho más inquieta/a en situaciones sociales que cuando está solo/a.	1	2	3	4
2. Las expresiones en su cara no corresponden a lo que él/ella dice.	1	2	3	4
3. Parece sentir confianza en sí mismo/a cuando interactúa con los demás.	1	2	3	4
4. Cuando está bajo estrés, se comporta en formas rígidas o inflexibles que resultan raras.	1	2	3	4
5. No se da cuenta cuando otros tratan de aprovecharse de él/ella.	1	2	3	4
6. Prefiere estar solo/a que acompañado/a.	1	2	3	4
7. Se da cuenta de lo que los demás piensan o sienten.	1	2	3	4
8. Se comporta de una manera que resulta extraña o peculiar.	1	2	3	4
9. Se "pega" a los adultos y parece depender excesivamente de ellos.	1	2	3	4
10. Toma las cosas muy al pie de la letra y no capta el verdadero significado de una conversación.	1	2	3	4
11. Tiene bastante confianza en sí mismo/a.	1	2	3	4
12. Es capaz de comunicarles sus sentimientos a los demás.	1	2	3	4
13. Es torpe en tomar su turno cuando interactúa con sus compañeros/as (por ejemplo, no parece comprender el "toma y daca" de una conversación).	1	2	3	4
14. No tiene buena coordinación para las actividades físicas.	1	2	3	4

Continúa en la siguiente página

Instrucciones: Por favor selecciona, para cada pregunta, la respuesta que mejor describa el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos seis meses y rellene el círculo con el número correspondiente a su respuesta.

	No Es Verdad	A Veces Es Verdad	A Menudo Es Verdad	Casi Siempre Es Verdad
15. Es capaz de comprender el significado del tono de voz y las expresiones faciales de otras personas.	1	2	3	4
16. Evita mirar a los ojos o lo hace de una forma extraña.	1	2	3	4
17. Reconoce cuando algo es injusto.	1	2	3	4
18. Tiene dificultad para hacer amistades, incluso cuando pone mucho empeño en ello.	1	2	3	4
19. Se frustra al intentar expresar sus ideas en las conversaciones.	1	2	3	4
20. Muestra intereses sensoriales poco comunes (por ejemplo, girando objetos o llevándoselos a la boca) o jugando de manera extraña con los juguetes.	1	2	3	4
21. Es capaz de imitar lo que los demás hacen.	1	2	3	4
22. Juega apropiadamente con niños de su edad.	1	2	3	4
23. No participa en actividades de grupo a no ser que se le diga que lo haga.	1	2	3	4
24. Tiene más dificultades que los demás niños en hacer cambios en su rutina.	1	2	3	4
25. Parece importarle poco el no encajar o no estar "en la misma onda" que los demás.	1	2	3	4
26. Les ofrece consuelo a los demás cuando están tristes.	1	2	3	4
27. Evita iniciar interacciones sociales con compañeros o con adultos.	1	2	3	4
28. Piensa o habla acerca de la misma cosa una y otra vez.	1	2	3	4
29. Los demás niños lo/la consideran diferente o raro/a.	1	2	3	4
30. Se fastidia en situaciones en las que están pasando muchas cosas a la vez.	1	2	3	4
31. Una vez que empieza a pensar en algo, no se lo puede quitar de la cabeza.	1	2	3	4
32. Mantiene buena higiene personal.	1	2	3	4
33. Su estilo social es torpe, incluso si está tratando de ser cortés.	1	2	3	4
34. Evita a las personas que quieren acercársele emocionalmente.	1	2	3	4
35. Tiene problemas manteniéndose al tanto de una conversación normal.	1	2	3	4
36. Tiene dificultad relacionándose con adultos.	1	2	3	4
37. Tiene dificultad relacionándose con sus compañeros/as.	1	2	3	4
38. Responde apropiadamente a los cambios de humor de los demás (por ejemplo, si un amigo o compañero pasa de estar contento a estar triste).	1	2	3	4
39. Sus intereses son excepcionalmente limitados.	1	2	3	4
40. Es imaginativo/a, capaz de fantasear (sin perder contacto con la realidad).	1	2	3	4
41. Vaga, sin rumbo, de una actividad a otra.	1	2	3	4
42. Parece ser muy sensible a los sonidos, las texturas, o los olores.	1	2	3	4
43. Se separa fácilmente de sus cuidadores.	1	2	3	4
44. A diferencia de otros niños/as de su edad, no entiende cómo los acontecimientos se relacionan entre sí (causa y efecto).	1	2	3	4

Continúa en la siguiente página

Instrucciones: Por favor seleccione, para cada pregunta, la respuesta que mejor describa el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos seis meses y rellene el círculo con el número correspondiente a su respuesta.

	No Es Verdad	A Vecas Es Verdad	A Menudo Es Verdad	Casi Siempre Es Verdad
45. Orienta su atención hacia lo que los demás están mirando o escuchando.	1	2	3	4
46. Las expresiones de su cara son sumamente serias.	1	2	3	4
47. Hace tonterías o se ríe de una manera inapropiada.	1	2	3	4
48. Tiene buen sentido del humor, entiende los chistes.	1	2	3	4
49. Se desempeña extremadamente bien en algunas actividades, pero no tan bien en la mayoría de las demás actividades.	1	2	3	4
50. Muestra conductas repetitivas y raras, como aletear sus manos o balancearse de un lado a otro.	1	2	3	4
51. Tiene dificultad para contestar preguntas directamente y acaba hablando de cosas vagamente relacionadas con el tema.	1	2	3	4
52. Se da cuenta de cuando está hablando con voz demasiado alta o haciendo demasiado ruido.	1	2	3	4
53. Habla con la gente en un tono de voz extraño (por ejemplo, como la voz de un robot o como si estuviera dando una conferencia).	1	2	3	4
54. Parece reaccionar a las personas como si fueran objetos.	1	2	3	4
55. Se da cuenta cuando está demasiado cerca de alguien o está invadiendo su espacio personal.	1	2	3	4
56. Camina por en medio de dos personas que se están hablando.	1	2	3	4
57. Frecuentemente se burlan de él/ella o le toman el pelo.	1	2	3	4
58. Se concentra demasiado en partes de las cosas en vez de ver la totalidad. Por ejemplo, si se le pide que describa lo que sucede en una historia, habla únicamente del tipo de ropa que vestían los personajes.	1	2	3	4
59. Es muy desconfiado/a.	1	2	3	4
60. Es emocionalmente distante, no muestra sus sentimientos.	1	2	3	4
61. Es inflexible, le cuesta mucho cambiar de opinión.	1	2	3	4
62. Justifica sus acciones con razones raras o poco lógicas.	1	2	3	4
63. Toca a los demás de forma rara (por ejemplo, puede ser que toque a alguien sólo para iniciar un contacto y luego se vaya sin haberle dicho nada).	1	2	3	4
64. Se pone demasiado tenso/a en situaciones sociales.	1	2	3	4
65. Mira a algo fijamente o con una mirada perdida en el vacío.	1	2	3	4

ANEXO 3: EVIDENCIAS DE LA INTERVENCIÓN

Empezar-mantener-finalizar una conversación:

ANTES DE EMPEZAR:

INICIAMOS LA CONVERSACIÓN CUANDO ESTAMOS PREPARADAS/OS.

¡Vamos a tomarnos un descanso...!

¿Necesitas parar?!

¡Hablemos!

¡De qué hablan? Escribe la conversación!

EMPIEZAN LA CONVERSACIÓN (Inician la interacción con un tono de voz adecuado, la distancia y la postura correcta)

te has caído y me da risa va va va

lo siento no quería reírme de ti

HABLAN SOBRE ALGÚN TEMA (Respetan turnos, dejan hablar a la otra persona...)

te prometo que no me reíré de ti cómo te llamas?

Yo me llamo Pedro ¿por dónde vives?

yo vivo en ate

SE DESPIDEN (La conversación se ha acabado, se despiden de forma adecuada)

adios erick un placer conocerte ya me tengo que ir.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

SITUACIÓN - ¿Qué sucede?

EMOCIÓN - ¿Cómo se siente el niño? ¿Cómo se siente la niña?

PENSAMIENTO - ¿Qué piensa el niño? ¿Qué piensa la niña?

SOLUCIÓN - ¿Qué pueden hacer para solucionar la situación?

1. "tengo mucho sueño"
2. "Necesito dormir"
3. "Ya es de noche estoy muy cansado"
4. "Hoy jugué con mi celular mucho tiempo"
5. "No he dormido lo suficiente"

1. "Que bonito es el sol"
2. "Que lindo paisaje"
3. "El pasto esta muy verde"
4. "Se esta haciendo de día"
5. "Tengo tiempo para jugar en el campo"

EN UNA CONVERSACIÓN **CUANDO HABLO:**

MIRO A LOS COMPAÑEROS

NO ME ENROLLO

HABLO EN UN VOLUMEN NORMAL

HABLO A UNA VELOCIDAD ADECUADA

HABLO A UNA DISTANCIA ADECUADA

¿QUÉ HA PASADO?

Ha discutido con su hermano. No tiene hambre. Le encanta el plan de hoy.

¿QUÉ HA PASADO?

¡Ha visto una araña! No le gusta el desayuno. Tiene mucho sueño.

¿QUÉ HA PASADO?

Ha visto algo que le aburra. Está muy contento. No entiende la tarea.

¿QUÉ HA PASADO?

Le molesta el ruido de la calle. Está muy relajado. Le gusta el alboroto.

→ POR FAVOR ME DEJAS JUGAR CONMIGO

SÍ Claro puedes jugar conmigo

NO lo siento no puedes jugar por que Pablo y yo vamos a jugar con amigos y solo se juega tres personas.

→ POR FAVOR ME DEJAS COPIAR TU TAREA

SÍ Si estuviste enfermo o eres mi mejor amigo te dejo copiar mi tarea.

NO lo siento tuviste que haber hecho tu tarea y estudiar en casa.

HABILIDADES SOCIALES

¿QUÉ PIENSAN LOS DEMÁS?

... CUANDO ME CUELO?

PIENSAN QUE "Que le pasa a ese niño es un maleducado y malcriado"

... CUANDO ESPERO?

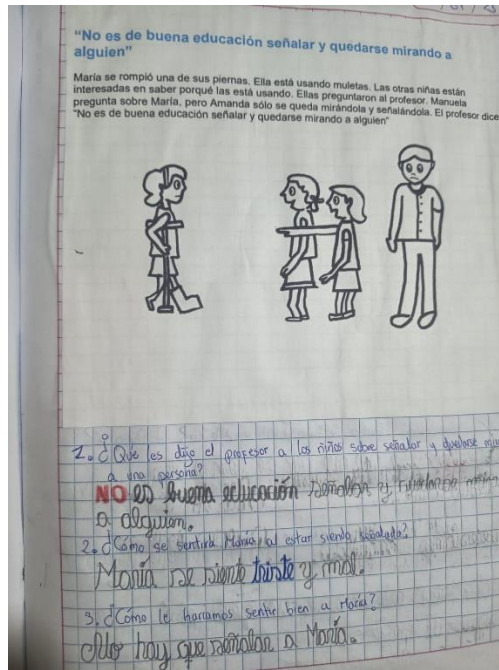
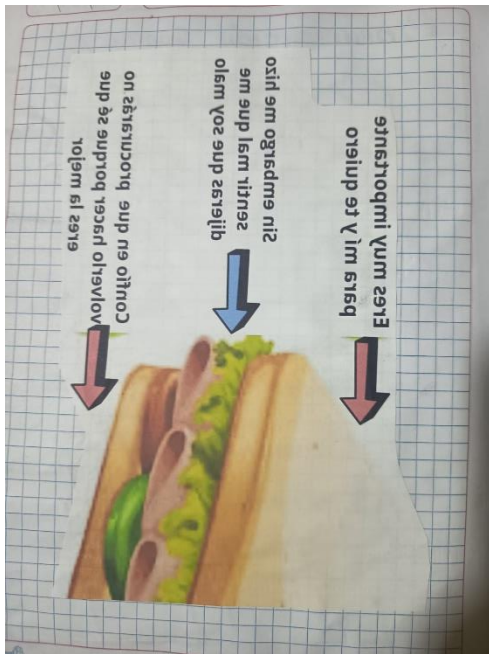
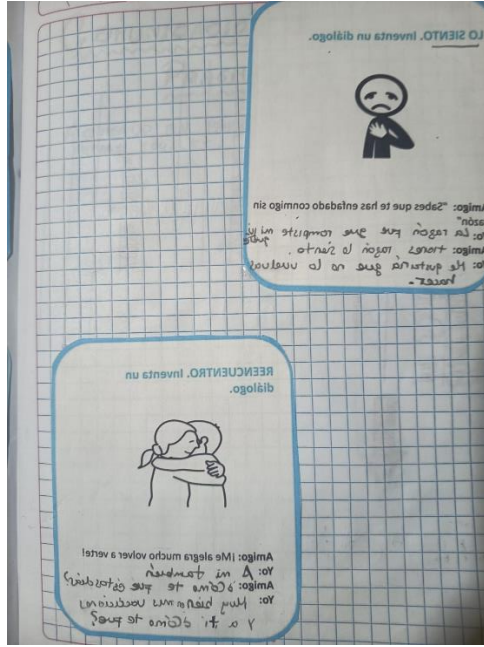
PIENSAN QUE "Ese niño debe estar cansado aburrido o tranquilo."

... CUANDO COMPARTO?

PIENSAN QUE "Ese niño debe ser amable. comparte su comida y da buen corazón"

... CUANDO BOSTEZO?

PIENSAN QUE "Ese niño debe estar cansado y tal vez necesita dormir"



Lo que **NO** debo hacer cuando alguien me habla



no debo tocar su cara, ni dar besos (sobre todo si no son familia)

Ilustración Pictórica

Lo que **SÍ** debo hacer cuando alguien me habla



debo mirar a la cara, escuchar e intentar entender lo que me dice

Ilustración Pictórica

ACTITUD DE ESCUCHAR



La persona que habla sabe que su mensaje ha sido escuchado

ACTITUD DE NO ESTAR ESCUCHANDO



Si no mostramos que escuchamos, la persona que habla repetirá el mensaje una y otra vez porque pensará que el mensaje no ha sido escuchado

Ilustración Pictórica

ACTITUD DE ESCUCHAR



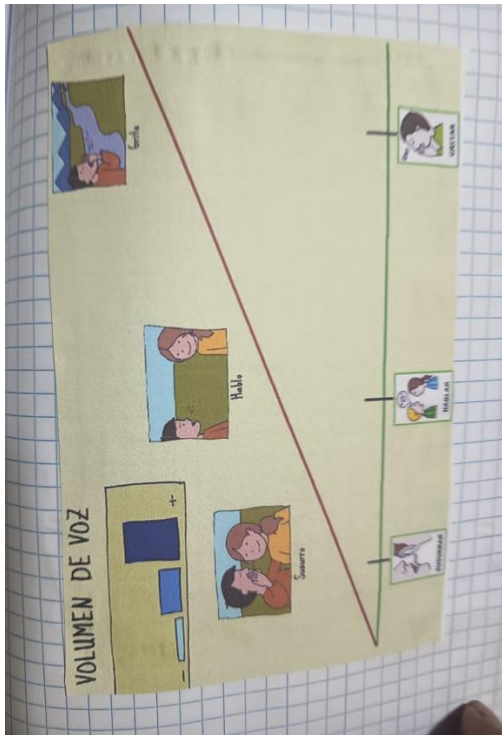
La persona que habla sabe que su mensaje ha sido escuchado

ACTITUD DE NO ESTAR ESCUCHANDO



Si no mostramos que escuchamos, la persona que habla repetirá el mensaje una y otra vez porque pensará que el mensaje no ha sido escuchado

Ilustración Pictórica



PRESENTACION

1. Soy Nicolás
2. Tengo 9 años
3. ME GUSTA Ir a Neal plaza puruchuca
4. MI COLOR FAV. es el verde
5. MI COMIDA FAV. es la sagna
6. UN GUSTO conocerte.

AGRADECIMIENTO A UNA MISS DE LA ESCUELA

→ SALUDO: Buenos días miss y compañeros

→ HAY QUIERO AGRADECER... a miss Ana por el trabajo

de todos los días.
y por ser buena maestra con mucha paciencia y mucho amor.

→ FINALMENTE... Quisiera felicitar a maestra.

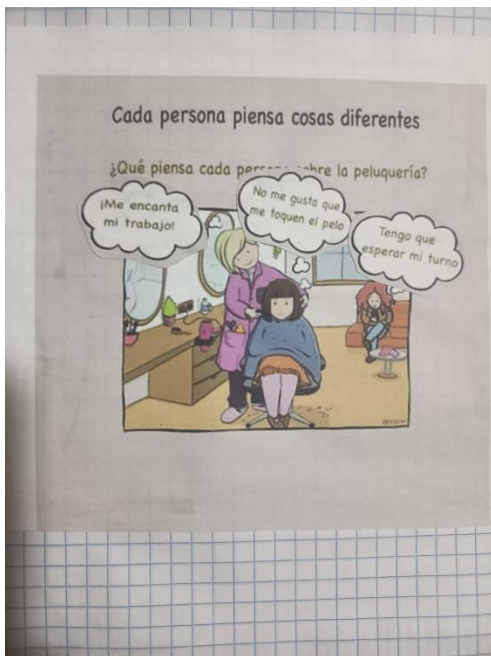
AGRADECIMIENTO POR CUMPLEAÑOS

→ SALUDO: Buenos días a todos me da un gusto que vengan a mi cumpleaños

→ QUIERO AGRADECER: Por el cariño que me demuestran

en este día especial para mí.

→ FINALMENTE... Quiero decirles que los quiero mucho a todos.



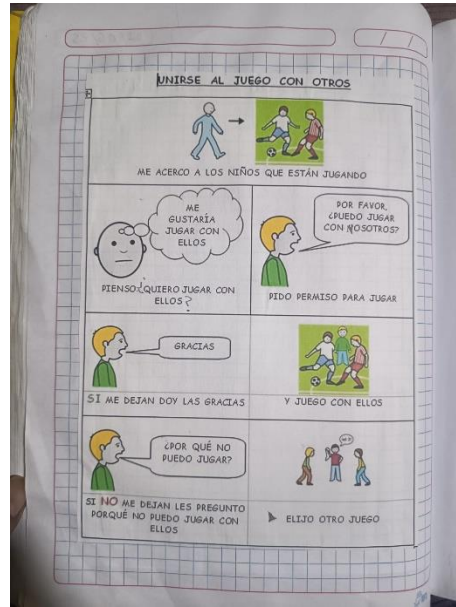
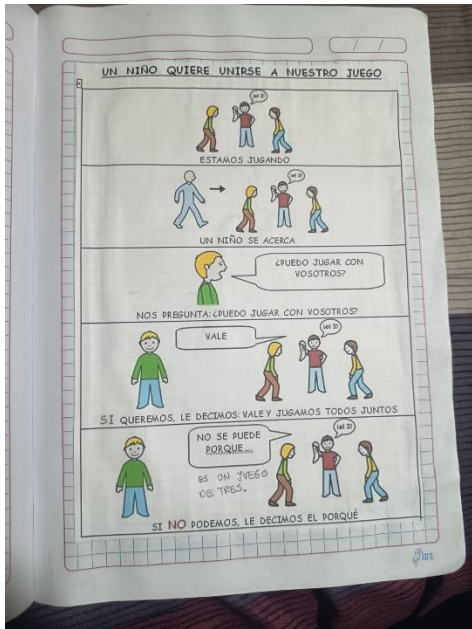
HACER UN FAVOR

PORFAVOR ME DEJAS

SI UNA PERSONA ME PIDE ALGO

LE ESCUCHO

PIENSO	SI LO PUEDO HACER	↓ LE HAGO EL FAVOR
	NO LO PUEDO HACER	LO SIENTO, NO PUEDO PORQUE... ME DISCULPO



ANEXO 4: SESIONES DE INTERVENCIÓN

BLOQUE I

Sesión 1

Reconocimiento de emociones y sentimientos avanzados (vergüenza, envidia, aburrimiento, ansiedad, culpa)

Objetivo General: Reconocer las señales no verbales de la vergüenza, envidia, ansiedad, aburrimiento y culpa, propias y de los demás.

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Se inicia con la apertura de la intervención presentando la rutina de actividades y momentos que se deberá cumplir en las sesiones mediante pictogramas visualmente enumeradas en la pizarra.-Se establecen normas claras y visualmente pegadas en un área muy visual del espacio.-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.	<ul style="list-style-type: none">-Estructuración y predictibilidad-Pictogramas	<ul style="list-style-type: none">Pictogramas impresosImágenes de las normas permitidas y no permitidas
<p><u>Desarrollo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Video visual donde aparecen estas emociones y sentimientos en diferentes situaciones cotidianas, en cada emoción presentada se daba una pausa al video para reconocer y describir las señales no verbales correspondientes a cada una de ellas y se le invitaba a imitarlos.-Tarjetas de emociones y sentimientos: ¿Qué emoción siente el personaje? Se presentaron tarjetas de las diferentes emociones y sentimientos vistos y en diferentes situaciones, en cada una de ellas se le hacían preguntas de ¿Qué observa? ¿Qué emoción sentirá el personaje? ¿Por qué cree que sentirá eso?.-PlayDoo: Moldeando las emociones y sentimientos Recordando el video inicial se le pidió al niño que moldee a cada emoción y sentimiento visto en dicho video, mientras moldeaba se le hacía preguntas “¿recuerdas en qué momento surgió esa emoción?”.-Dramatización con los peluches del vídeo: El niño debía presentarse como si fuera la emoción misma (Ejm: “Hola soy ansiedad, me gusta hacer todo rápido y soy nervioso”), así con las demás emociones y sentimientos aprendidos. Al final de cada presentación debía de mostrarse a nivel de postura tal cual como se veía el peluche de la emoción.	<ul style="list-style-type: none">-Material visual y estructurado-Dramatización-Juego guiado	<ul style="list-style-type: none">-Equipo celular-Fichas visuales de emociones-Play Doo-Peluches de las emociones de Intensamente 2

<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. (El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus rpts acertadas.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que durante su día a día si ella misma llegara a experimentar una de estas emociones le puede compartir a su hijo y le explique por qué surgió y cómo lo está sintiendo. Por otro lado, cuando observa una de estas emociones en él, también que lo ayude a identificarlas y a analizarlas.</p>	-Generalización	-Cuaderno
---	-----------------	-----------

BLOQUE I		
Sesión 2		
Discriminar las emociones y sentimientos avanzados (vergüenza, envidia, aburrimiento, ansiedad, culpa) en diferentes situaciones.		
Objetivo General: Discriminar las emociones de vergüenza, envidia, ansiedad, aburrimiento y culpa, en situaciones propias o ajenas.		
Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <p>-Se inicia con un saludo cálido y se le realizó preguntas sobre su día a día para generar mayor disposición a la sesión.</p> <p>-Se continuó con la presentación de los momentos a seguir en las sesiones y se le recuerda las normas a respetar.</p> <p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad</p> <p>-Pictogramas</p>	<p>Pictogramas impresos</p> <p>Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-Juego didáctico “Puzzle Expression”: Se le brindó todas las tarjetas para que pueda armar las diferentes expresiones y se le dio la consigna de identificar a las expresiones que son o se parecen mucho a las emociones y sentimientos aprendidos la sesión anterior, en cuanto las identificaba se le preguntaba por el posible motivo que generó la emoción.</p>	<p>-Material visual y estructurado</p> <p>-Juego didáctico guiado</p> <p>-Historias sociales</p>	<p>-Juego didáctico “Puzzle expression”</p> <p>-Tarjetas de emociones y sentimientos con alternativas.</p>

<p>-Tarjetas de emociones y sentimientos con alternativas de respuestas: Se le brindaron hojas donde tenía que marcar la respuesta correcta sobre la imagen presentada ¿Qué emoción siente el personaje? Y ¿Por qué siente esa emoción? , las alternativas distractoras servían para identificar si lograba discriminar correctamente su respuesta.</p> <p>-Historias Sociales: Se le brindó al niño diferentes situaciones presentadas visualmente como historias sociales que podrían pasarle en la escuela, casa, fiesta de cumpleaños, taller extracurricular, etc. Ejm: “Rompí el tajador de mi compañero sin querer” y se le preguntaba “¿qué emoción siento?” para luego responder a la pregunta ¿Cómo puedo solucionarlo?”</p> <p>-Cuadro “Lo falso de las emociones”: En la pizarra se encuentra dibujado un cuadro de doble entrada en el que el niño deberá seleccionar el enunciado correcto e incorrecto de cada emoción, Ejm: “La envidia es mala” “el miedo y la ansiedad son iguales” “la culpa es cuando hice algo malo” “la vergüenza me puede sonrojar cuando me equivoco”</p>	<p>-Falsas creencias</p>	<p>-Historias sociales impresas -Enunciados falsos de las emociones</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. (El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus rpts acertadas.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que durante su día a día puedan analizar las emociones que experimentan y que elijan alguna película para que puedan observar juntos e identificar en los personajes las emociones aprendidas.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

BLOQUE II

Sesión 3

Conciencia Social - Reconocimiento de claves sociales 1

Objetivo General: Reconocer las claves sociales y responder a ellas adecuadamente en diferentes contextos (escuela, casa, parque, restaurante, etc).

Momentos:

Técnicas

Materiales

<p><u>Inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Se inicia con la apertura de la intervención presentando la rutina de actividades y momentos que se deberá cumplir en las sesiones mediante pictogramas visualmente enumeradas en la pizarra. -Se establecen normas claras y visualmente pegadas en un área muy visual del espacio. -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado 	<ul style="list-style-type: none"> Pictogramas impresos Imágenes de las normas permitidas y no permitidas
<p><u>Desarrollo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Detective de pistas No verbales: En la pizarra se muestran imágenes de personas en diferentes situaciones, al niño se le brinda una lupa grande elaborada con cartón, el niño deberá nombrar 3 pistas, antes de decir la emoción, Ejm: “veo sus hombros encogidos”, “veo que quiere derramar lágrimas”, “veo que su cabeza está inclinada” y finalmente que atine a decir el nombre de la emoción, Ejm: “esto corresponde a la Tristeza”. -Semáforo de la distancia social: Se disponen en el piso 3 aros de color rojo, amarillo y verde. Se le explica que el aro verde significa un área íntima, donde solo está la familia y es ahí donde se pueden dar abrazos prolongados o fuertes; seguido el aro amarillo, área de amistades, saludos como un abrazo delicado y corto, o chocar manos y hablar; por último el aro rojo es el área donde tenemos que tener mayor distancia como con personas desconocidas o poco conocidas, el saludo ha de ser con las manos teniendo distancia de aprox. 1m a más. Mediante modelado, se le muestra cómo han de ser los saludos en cada área y luego se le invita a realizarlos por sí solo. -Tarjetas de diferentes situaciones sobre distancia social: Se le muestra al niño diferentes imágenes de personas y niños saludándose o jugando y se le pregunta ¿Qué crees que son ellos?(amigos, familia o desconocidos) y luego preguntar ¿Por qué?. -Escáner Social “Detector de claves”: Se le brinda al niño imágenes de contextos diferentes (hospital, restaurante, salón de clase, parque, teatro, iglesia) Se le coloca unos lentes de fiesta y se le pide que imagine como si estuviera en esos lugares y que haga un escaneo del lugar, que mencione dónde está, qué hacen las personas y el volumen con el que hablan. Cuando los mencione, el niño deberá verbalizar entonces qué deberá hacer también él en ese lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Modelado -Juego guiado -Generalización 	<ul style="list-style-type: none"> -Lupa de cartón -Aros de colores -Tarjetas con situaciones de distancia social -Lentes de fiesta
<p><u>Cierre:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Generalización 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuaderno

<p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. (El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que las actividades y juegos realizados puedan ponerlo en práctica en los contextos sociales que participen.</p>		
--	--	--

BLOQUE II		
Sesión 4		
Conciencia Social - Reconocimiento de claves sociales 2		
Objetivo General: Analizar y Adaptar el comportamiento propio según las normas implícitas de diferentes contextos sociales.		
Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <p>-Se inicia con el saludo</p> <p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p> <p>-Ronda de preguntas sobre lo abordado en la sesión anterior, si logra responder más de 5 preguntas acertadas se gana 2 gomitas comestibles.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad</p> <p>-Pictogramas</p> <p>-Material visual y estructurado</p> <p>-Refuerzo positivo</p>	<p>-Pictogramas impresos</p> <p>-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-Adivinando “¿En qué lugar me encuentro?”: En la mesa se dispone de 10 tarjetas con imágenes de diferentes contextos (escuela, hospital, casa, cine, iglesia, restaurante, parque, etc.) las cuales estarán puestas de reversa, por turnos se escogerá una tarjeta y sin que el otro lo pueda mirar, la persona que tiene el turno deberá dramatizar en modo silencio claves sociales del lugar que le tocó en la tarjeta para que el otro pueda adivinarlo.</p> <p>-Relacionando Pensamientos con lenguaje No verbal: Se presentan diferentes fichas de situaciones sociales donde se muestran 2 o 3 personas, cada uno tiene nubjuegos de pensamientos que completar, se le empieza a leer un pensamiento al niño, y el deberá adivinar a qué personaje de</p>	<p>-Modelado</p> <p>-Dramatización</p> <p>-Juego guiado</p>	<p>-Tarjetas de diferentes contextos.</p> <p>-Fichas visuales de diferentes situaciones y pensamientos.</p>

<p>la imagen corresponde ese pensamiento y colocarlas en el lugar correcto, luego se le preguntará ¿por qué cree que el personaje piensa así?.</p> <p>-Adivina qué es lo que quiero o me gusta: El niño deberá prestar mucha atención a las facciones del rostro como las señales corporales para adivinar cuál de las opciones gráficas presentadas le gusta o quiere la psicóloga, Ejm: se presentan 3 platos diferentes de comida en imágenes, la psicóloga deberá mirar fijamente cada plato durante 10 segundos emitiendo señales para que el niño pueda adivinar cuál es su plato favorito (modelar bien las señales para que el niño pueda tratar de hacer lo mismo cuando le toque su turno), lo mismo puede aplicarse a color favorito, qué le gustaría comer en esos momentos, qué juguete sería su favorito, etc.</p>		
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. (El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas y actividades realizadas con éxito.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en ocasiones jueguen a comunicarse solo con mímicas o señales no verbales para adivinar el interés o la intención del otro. Ejm: Si deseo que me pase la escoba la mamá ha de mirar fijamente la escoba y solicitarlo con las manos y hacer movimientos como si estuviera barriendo, para que su hijo pueda adivinar qué quiere y para qué lo quiere.</p>	-Generalización	-Cuaderno

BLOQUE III		
Sesión 5		
Cognición Social - Interpretación, comprensión y atribución de claves sociales 1		
Objetivo General: Desarrollar la teoría de la Mente en el niño, permitiéndole identificar y explicar los estados mentales (creencias, deseos e intenciones).		
Momentos:	Técnicas	Materiales
<u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo	-Estructuración y predictibilidad	-Pictogramas impresos

<p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p> <p>-Ronda de preguntas sobre lo abordado en la sesión anterior, si logra responder más de 5 preguntas acertadas se gana elección de 1 juguete del espacio para jugarlo antes de empezar las actividades.</p> <p>-Preguntas introductorias sobre los pensamientos de los otros, “¿podremos saber qué piensa otra persona?”</p>	<p>-Pictogramas</p> <p>-Material visual y estructurado</p> <p>-Refuerzo positivo</p>	<p>-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-Adivinando “¿En qué piensan los niños?”: En el cuaderno se pegan imágenes de diferentes niños en una situación determinada, el niño deberá escribir para cada personaje 4 opciones de pensamientos en primera persona.</p> <p>-Juego didáctico ¿Quién soy?: Es un juego de mesa que incluye diferentes fichas con imágenes de diferentes tipos de objetos, para la dinámica se puso en la mesa 4 fichas diferentes y se le daban pistas al niño para luego preguntarle “¿Sabes en qué objeto estoy pensando?” y luego se le invitaba hacer lo mismo que se había modelado.</p> <p>-Descubriendo 2 pensamientos iguales en situaciones diferentes: Se presentan imágenes donde existen dos personas que piensan lo mismo pero con diferentes emociones. Ejm: Los dos niños piensan en un refresco de naranja, pero uno está triste y otro está feliz, el niño deberá explicar por qué pasa esto.</p>	<p>-Modelado</p> <p>-Juego de mesa guiado</p>	<p>-Tarjetas de situaciones de diferentes niños para colocar los pensamientos.</p> <p>-Fichas de imágenes de diferentes niños en diferentes situaciones.</p> <p>Juguete didáctico.</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. (El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas y actividades realizadas con éxito.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en ocasiones jueguen a intentar adivinar los pensamientos de quienes viven en casa, o de otros personajes de contextos diferentes (doctor en el hospital, policía de tránsito, etc)</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

BLOQUE III

Sesión 6

Cognición Social - Interpretación, comprensión y atribución de claves sociales 2

Objetivo General: Desarrollar la teoría de la Mente en el niño, permitiéndole identificar y explicar los estados mentales (creencias, deseos e intenciones).

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Se inicia con el saludo-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.-Ronda de preguntas sobre lo abordado en la sesión anterior, si logra responder más de 5 preguntas acertadas se gana 2 gomita masticable.-Preguntas introductorias sobre los pensamientos erróneos, “¿a veces te has equivocado al pensar algo?”	<ul style="list-style-type: none">-Estructuración y predictibilidad-Pictogramas-Material visual y estructurado-Refuerzo positivo	<ul style="list-style-type: none">-Pictogramas impresos-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas
<p><u>Desarrollo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Juego de “Sally y Anne” Con el apoyo de muñecos se realizó una dramatización de Sally y Anne, se detiene la narración cuando Sally sale del contexto y cuando regresa se le pregunta al niño “¿Dónde buscará Sally su canica?” y deberá explicar su respuesta.-Juego “Las cajas sorpresas”: Se presentan en la mesa 4 cajas forradas de diferentes formas, elegimos una de ellas que está forrado, Ejm., modo navidad, y antes de compartir lo que hay dentro, se le pregunta al niño “¿Qué piensas que hay aquí?” después de corroborar su respuesta se le pregunta, “¿Si tu mamá ingresa al salón ahora, sabrá correctamente lo que hay dentro de ésta caja?” “¿Por qué?”-“Sé algo que otro no sabe que sé”: Se le invita al niño a buscar en el ambiente cosas que él sabe y que un niño nuevo no sabría al ingresar al aula, Ejm: nombre de la miss, en la canasta de frutas se guardan bloques, en la caja rosada hay fichas de emociones, etc.-Poniendo diálogos a las imágenes: En la pizarra se colocan imágenes de personajes con diferentes emociones, se reparten pequeñas notas (niño y psicóloga) para escribir un posible mensaje o diálogo	<ul style="list-style-type: none">-Dramatización-Juego de mesa guiado-Juego de cajas sorpresas	<ul style="list-style-type: none">-Muñecos pequeños-Cajas forradas-Imágenes de personajes con diferentes emociones.-Notas pequeñas.

<p>que el personaje diría. Ejm: Imagen de un niño molesto, La psicóloga escribió “No hice bien mi examen” y el niño escribió “mi mamá me dice que soy maleducado”, ambos son válidos y se pega en la pizarra. Esto ayuda a que el niño comprenda que aunque dos personas miran lo mismo, pueden pensar de forma diferente.</p>		
<p><u>Cierre:</u> -Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas y actividades realizadas con éxito. -Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en ocasiones jueguen a identificar pensamientos o conocimientos que tienen y que otras personas no lo saben. Ejm: La abuela no sabe que yo sé que mi amiga ganó un concurso.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

BLOQUE III

Sesión 7

Cognición Social - Interpretación, comprensión y atribución de claves sociales 3

Objetivo General: Desarrollar la teoría de la Mente en el niño, permitiéndole identificar y explicar los estados mentales (creencias, deseos e intenciones).

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. -Ronda de preguntas sobre lo abordado en la sesión anterior, si logra responder más de 5 preguntas acertadas gana la oportunidad de elegir un juguete del espacio para empezar jugando. -Preguntas introductorias sobre los significados de algunas frases que tienen doble sentido y se visualiza un video sobre metáforas.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado -Refuerzo positivo</p>	<p>-Pictogramas impresos -Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>

<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-Caja de “Frasas Locas”: Se le pide al niño que saque una tarjeta de la caja, que lo lea en voz alta. Ejm: “El niño está en las nubes” y que en la hoja brindada haga dos divisiones, en la izquierda que dibuje lo que dice literalmente la frase (un niño en el cielo con nubes) y en la derecha lo que quiere decir la frase (un niño distraído). Esto para discriminar lo absurdo y lo que en verdad quiere decir con mayor facilidad.</p> <p>-Comprensión de frases metafóricas “Lo que quise decir” Se presentan cartillas con diferentes frases metafóricas y sus significados, el niño deberá ir leyendo una metáfora y buscar su significado real.</p> <p>-Poniendo respuestas a diálogos metafóricos: Se le brinda 7 imágenes donde los personajes muestran diferentes emociones y dicen frases metafóricas, Ejm: Están en clase y la maestra le mira al alumno con una sonrisa y le dice “Llegaste demasiado puntual” cuando en realidad llegó tarde. Se le pregunta “¿Es cierto lo que dice o qué le quiso decir en realidad”, cuando atine al mensaje oculto en la frase, el niño deberá escribir una posible respuesta del personaje del alumno Ejm: “perdón Miss, no volverá a pasar”.</p> <p>-Role- Playing: De las situaciones brindadas anteriormente, se escenifican cada una de ellas, teniendo en cuenta la tonalidad de voz y el lenguaje no verbal. Primero hacer de modelado para luego invertir papeles y el niño personificar las frases metafóricas.</p>	<p>-Role – playing</p> <p>-Refuerzo positivo social.</p>	<p>-Caja de frases locas</p> <p>-frases metafóricas impresas</p> <p>-Imágenes con situaciones de diálogos metafóricos.</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas y actividades realizadas con éxito. Se le pide al niño que brinde 3 frases metafóricas de los que se recuerde con lo que quieren decir en realidad.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en ocasiones jueguen a decir alguna que otra metáfora en su día a día y cumplir con la tarea de escribir la verdadera intención de las metáforas pegadas en el cuaderno.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

BLOQUE IV

Sesión 8

Comunicación Social – Técnicas para iniciar, mantener y cerrar conversaciones.

Objetivo General: Desarrollar conocimientos y habilidades previas para iniciar conversaciones.

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. -Dramatización corta: Se le pide al niño que imagine como si estuviera en su salón y la psicóloga es una alumna nueva, se le invita al niño a que pueda entablar una conversación inicial con la niña. (Se evidencia que no hay contacto visual, ni atención a las respuestas de la niña, cambia de temas rotundamente, ect).</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado -Dramatización</p>	<p>-Pictogramas impresos -Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u> -Lectura de contextos “La brújula Social Se le brinda al niño diferentes imágenes de personas en diferentes situaciones, Ejm: alguien leyendo, alguien mirando su celular, alguien sentado y sonriendo, etc. Se le pide que clasifique las imágenes en dos columnas de diferentes colores (rojo y verde), en la columna roja deberá poner imágenes de aquellas personas en las que no tienen disponibilidad y sea mejor esperar o preguntar, y en la columna verde las personas a las que sí podría acercarme a hablar. -Juego de “Pensamiento y palabras”: Crear burbujas de pensamientos y globos de texto. En la pizarra se pegan diferentes personajes de la interacción entre dos personas y se le brindan situaciones diferentes. Ejm: “A Ricardo no le gusta cómo se ve la bicicleta que se acaba de comprar Pedro”. La psicóloga escribe el pensamiento “está fea su bicicleta”, pero el niño deberá escribir el mensaje “está muy colorido, diviértete”. Se fomenta la empatía y el filtro al hablar. -Entrenamiento de la mirada “Descubriendo el mensaje corporal”: En una caja se disponen diferentes situaciones en cartas. Ejm. Ir de viaje, Montar bicicleta, Comer verduras, Ir al cine, Ir a</p>	<p>-Juego de pensamientos -Refuerzo positivo social.</p>	<p>-Imágenes de personas en diferentes situaciones. -Diferentes personajes impresos. -Tarjeta de situaciones -Caja para tarjetas</p>

<p>misa, etc. El niño deberá leer la nota y la psicóloga hacer mímicas que le den señales al niño de si le gusta o no esa situación narrada. Finalmente el niño dirá “Te pones feliz porque te gusta montar bicicleta” “Te pones aburrida cuando haces tus tareas”.</p> <p>-Claves sociales para empezar una conversación: Se pega la hoja en su cuaderno para que lo practique y memorice para la siguiente sesión. 1. MIRO (Ver disponibilidad), 2. ME ACERCO (El espacio personal) 3. SALUDO (Contacto visual), y 4. GANCHO (Usar un gancho de inicio).</p>		
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta si siente que lo hemos cumplido. El niño verbaliza “sí” lo cual se corroboró en el desarrollo con sus respuestas acertadas y actividades realizadas con éxito. Se le pide al niño que diga con sus propias palabras que debemos tener en cuenta antes de acercarme a una persona a hablarle.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa practiquen hasta interiorizar las claves sociales para empezar una conversación. Además de motivarle al niño a que pueda en algún momento del día ir a ver a sus abuelo y sentarse a entablar una conversación con ellos de lo que están haciendo en ese momento.</p>	-Generalización	-Cuaderno

BLOQUE IV		
Sesión 9		
Comunicación Social – Técnicas para iniciar, mantener y cerrar conversaciones.		
Objetivo General: Habilidades para el inicio de conversaciones.		
Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <p>-Se inicia con el saludo</p> <p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p> <p>-Visualización de videos cortos: Videos sobre cómo hacen algunos niños para unirse a un grupo o acercarse a un amigo o persona nueva. En el momento que se pausa el vídeo, el niño deberá ir</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad</p> <p>-Pictogramas</p> <p>-Material visual y estructurado</p>	<p>-Pictogramas impresos</p> <p>-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>

<p>anotando en una hoja las estrategias o mensajes que usaron los niños del vídeo para luego conversar sobre ellos.</p>		
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-El “Gancho” de Inicio: En un cesto se colocan diferentes tarjetas con “ganchos de inicio” Ejm: “Hola, ¿puedo jugar?”; “Qué bonito tus dibujos, ¿Cómo lo hiciste?”, Perdón ¿sabes dónde hay una farmacia?”, etc. Luego se presentan imágenes de personas en diferentes situaciones y él deberá elegir algún “gancho” inicial que se pertinente para esa persona.</p> <p>-Role Playing: Momento de poner en práctica las claves sociales para empezar una conversación. Se leerán diferentes situaciones para ser dramatizadas en juego de roles, primero la psicóloga ha de modelar la forma de aplicar las claves para ceder el turno al niño. El niño deberá decir en voz alta el paso que corresponde y llevarlo a la acción. Ejm. “MIRO, esa niña juega con su mascota y está feliz, paso 2, ME ACERCO, y tengo que estar aprox, a 1 m de distancia; paso 3, SALUDO, Hola niña y paso 4, uso un GANCHO, tu perro es muy lindo ¿Cómo se llama? “</p> <p>-Dramatización con muñecos de personajes animados: Se ponen en práctica los 4 pasos a seguir, pero dándoles vida a muñecos de pocoyo, spiderman, Sonic, etc. Se le brindará la situación que deberá recrear el niño con esos personajes.</p>	<p>-Modelado -Role Playing -Refuerzo positivo social.</p>	<p>-Cesto con tarjetas de “Ganchos” de inicio. -Situaciones para el Role-playing -Muñecos de personajes animados.</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pide que verbalice los 4 pasos a seguir para empezar una conversación.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa practiquen hasta memorizar los paso y luego pasar a dramatizarlo de manera espontánea, para luego motivar y acompañar a su hijo a practicarlo en un parque de diversión o juegos de centro comerciales, parques, etc.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

<p>BLOQUE IV</p>
<p>Sesión 10</p>
<p>Comunicación Social – Técnicas para iniciar, mantener y cerrar conversaciones.</p>
<p>Objetivo General: Habilidades para mantener conversaciones.</p>

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <p>-Se inicia con el saludo</p> <p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p> <p>-Visualización de videos cortos: Videos sobre cómo hacen algunos niños para mantener la conversación. En el momento que se pausa el vídeo, el niño deberá ir anotando en una hoja las estrategias o mensajes que usaron los niños del vídeo para luego conversar sobre ellos.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad</p> <p>-Pictogramas</p> <p>-Material visual y estructurado</p>	<p>-Pictogramas impresos</p> <p>-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>-Juego de turnos en la conversación “La pelota viajera”: Para reforzar la importancia de los turnos en una conversación. La pelota será intercambiada en un tiempo de 1 minuto y medio, se realizarán conversaciones que siguen la misma temática del que le anticipó. Ejm: Si la psicóloga empezó con la pelota y habló sobre sus gustos de las películas de Disney, entonces cuando termine su turno, deberá preguntar algo como ¿A ti también te gustan? O ¿qué piensas tú?, el niño deberá responder y continuar hablando de la misma temática pero puede variar un poco, mientras tanto quien no tiene el turno de hablar, deber estar escuchando atentamente y manteniendo un postura adecuada.</p> <p>-Juego del “Tren de ideas”: Ayudará al niño no saltarse de un tema a otro sin conexión. En la pizarra se coloca un tren de vagones, la psicóloga empezará escribiendo un tema, Ejm: “helados”, el niño debe escribir algo que se relacione, ejm: “verano”; la psicóloga añade en el vagón 3 “espero con ansias el verano para comer helado en cualquier día de la semana”.</p> <p>-Detective de pistas en los mensajes: Entrenar la escucha activa. La psicóloga compartirá diferentes oraciones. Ejm: “Ayer fui al super y compré una caja de playdoh con sus moldes y luego me tuve que regresar rápido”. El niño debe actuar como detective y hacer dos preguntas sobre lo que dije, Ejm: “¿cuántos playdohs te vinieron? , “¿por qué te fuiste rápido luego?”</p> <p>-Juego “No me dejes morir”: Ayuda a eliminar respuestas de una sola palabra “sí” o “no”, prohibido responder de ese modo. Hacer preguntas abiertas, el reto es no dejar que muera la conversación. Ejm: La psicóloga pregunta: ”¿Te gustaron los juegos?”, el niño debe responder “sí,</p>	<p>-Modelado</p> <p>-Refuerzo positivo social.</p>	<p>-Pelota pequeña</p> <p>-Silueta de tren</p>

mi favorito fue el tobogán gigante de dragón” (bien) , si solo atina a decir “sí” o “no”, estaría mal y la conversación muere.		
<u>Cierre:</u> -Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se hace un resumen de tips para mantener una conversación (a) escuchar atentamente, b)preguntar más sobre su respuesta, c)no dejar que la conversación muera. -Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa practiquen hasta memorizar los tips y luego pasar a dramatizarlo de manera espontánea, para luego motivar y acompañar a su hijo a practicarlo en un parque de diversión o juegos de centro comerciales, parques, etc.	-Generalización	-Cuaderno

BLOQUE IV

Sesión 11

Comunicación Social – Técnicas para iniciar, mantener y cerrar conversaciones.

Objetivo General: Habilidades para cerrar conversaciones.

Momentos:	Técnicas	Materiales
<u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. -Visualización de videos cortos: Videos sobre cómo hacen algunos niños para despedirse y terminar la conversación. En el momento que se pausa el vídeo, el niño deberá ir anotando en una hoja las estrategias o mensajes que usaron los niños del vídeo para luego conversar sobre ellos.	-Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado	-Pictogramas impresos -Imágenes de las normas permitidas y no permitidas
<u>Desarrollo:</u> -Frases de despedida: En un cesto se disponen 10 notas con ejemplos de frases para cerrar conversaciones. Ejm: "veo que y “tienes que irte, un gusto”, “ya llegó tu papá, nos vemos”, “bueno ya tengo que salir, me están llamando, nos vemos”, etc. Luego se le brindará 5 situaciones donde deberá elegir la despedida más pertinente para el caso.	-Modelado -Role -playing -Refuerzo positivo social.	-cesto -tarjetas con frases de despedidas. -Imagen de un sándwich grande

<p>-Juego “Señales de despedida”: El niño deberá decir “alto” cuando detecta una señal de despedida. Crear conversaciones que se podrían desarrollar en diferentes espacios como escuela, parque, cumpleaños, etc. Mientras se mantiene la conversación la psicóloga debe hacer una señal de que quiere irse, Ejm: Mirar su reloj, buscas tus llaves, ordenas tu mochila y te pones, miras a la puerta, etc. El niño deberá decir “alto” y decir una frase de cierre, Ejm: “parece que tienes que irte, otro día nos vemos”.</p> <p>-Técnica “Aviso de cierre”: Ayudará al niño a avisar con anticipación para terminar de hablar y que él mismo aprenda a poner su límite. El niño deberá usar alguna frase para anticipar el final. Ejm: “Una cosa antes de irme ...”, “mi última pregunta es...”, etc.</p> <p>-El Sandwich de la despedida: Empatía. El niño deberá estructurar su despedida en 3 momentos: 1) mensaje positivo (Me gustó hablar contigo...), 2) razón de despedida (pero ya terminó el recreo) y 3) mensaje positivo (que te vaya bien, chau.)</p> <p>-Role – Playing “Cierres abruptos y cierres amables”: Empatía. Iniciar hablando sobre alguna situación en específico de algún contexto elegido, en un momento de la conversación la psicóloga se da la espalda y se va, y luego se le hace preguntas al niño de cómo se sintió y cuál sería la forma adecuada. Se practica por segunda vez y se practica la forma adecuada. Ejm: “estuvo interesante lo que me dijiste, pero tengo que irme, otro día me cuentas más, me gustó”.</p>		
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se hace un resumen de tips para mantener una conversación (a) ser empáticos, b)ser asertivos y amables, c)dar señales de despedida.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa practiquen hasta memorizar los tips y luego pasar a dramatizarlo de manera espontánea, para luego motivar y acompañar a su hijo a practicarlo en un parque de diversión o juegos de centro comerciales, parques, etc.</p>	-Generalización	-Cuaderno

BLOQUE V
Sesión 12

Motivación Social – Empatía, creencias erróneas, resolución de conflictos.

Objetivo General: Fomentar el desarrollo de conductas prosociales en el niño – Empatía.

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. -Visualización de videos cortos: Videos sobre qué es la empatía. Se realizará una reflexión del video y preguntas: “¿Alguna vez ayudaste a alguien a sentirse mejor?, ¿alguien fue empático contigo?, ¿tienes amigos que son empáticos?.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado</p>	<p>-Pictogramas impresos -Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p>
<p><u>Desarrollo:</u> -Pasos para ser empáticos “Mapa de la Empatía”: Se le presentan visualmente al niño los 3 pasos a seguir para demostrar empatía. 1) Observa (gestos, postura, lo que hace); 2) Piensa (Parece estar triste, ¿Qué le estará pasando?, ¿estará triste o preocupado?) y 3) Pregunta (acercarse y preguntar ¿te puedo ayudar en algo?, ¿quieres que te acompañe?). -Historias Sociales y cómics de pensamiento: Se presentan imágenes de niños en situaciones diferentes, en cada personaje hay una burbuja de pensamiento y un globo de diálogo. El niño deberá escribir el pensamiento y la psicóloga lo que dice verbalmente. Ejm: Imagen de un niño poco asustado con un perro que ladra, en el globo de diálogo dirá: “ese perro no me asusta”, en la burbuja de pensamiento el niño deberá escribir lo que podría sentir en realidad: “tengo miedo de ese perro, pero no quiero que se enteren que tengo miedo”. -Botiquín emocional de la Empatía: Dentro de un sobre que tiene la forma de un botiquín habrán frases o acciones que se pueden utilizar para decir o hacer cuando una persona se muestra triste o en problemas. Ejm: “¿Estás bien?; usar un pañuelo o agua; dar espacio si la persona lo requiera; buscar ayuda de un adulto; etc”. Se leerán diferentes situaciones y el niño deberá elegir una carta, el que mejor le parezca para la situación. -Role – Playing: Se leen diferentes historias conflictivas, se deberán asumir papeles contrarios del conflicto. Ejm: El conflicto es que un niño no quiere compartir sus juguetes y el otro niño está triste</p>	<p>-Modelado -Role -playing -Refuerzo positivo social. -Historias sociales</p>	<p>-Imágenes de niños en diferentes situaciones y con burbujas y globos de diálogo. -Sobre de botiquín -Frases y acciones para mostrar empatía. -Cartas con diferentes situaciones. -Historias conflictivas</p>

por eso, primera escena el niño deberá hacer del niño triste al que no lo comparten y en la segunda ronda deberán invertir papeles. Esto ayuda a que el niño explore el mundo interno desde los diferentes puntos de vista.		
<u>Cierre:</u> -Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le pregunta cuáles son los pasos para ser empáticos, se debe procurar que las memorice. -Con la mamá : Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa practiquen la empatía cuando algún miembro de la familia se muestre cansado, triste o enojado, etc. También se explica la tarea dejada en el cuaderno y se proponen metas para ser empáticos, mamá en el trabajo y el niño en su escuela y luego compartir sus experiencias.	-Generalización	-Cuaderno

BLOQUE V		
Sesión 13		
Motivación Social – Empatía, creencias erróneas, resolución de conflictos.		
Objetivo General: Fomentar la comprensión de creencias erróneas y reales o funcionales en la interacción social.		
Momentos:	Técnicas	Materiales
<u>Inicio:</u> -Se inicia con el saludo -Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste. - Visualización de videos cortos: Videos sobre pequeños accidentes que surgen en la interacción con los demás. Ejm: Un niño distraído tropieza y deja caer su jugo sobre el otro niño; un niño que dijo algo que no debió decir e hizo sentir mal al otro, personajes que tienen pensamientos negativos sobre lo que les pasa.	-Estructuración y predictibilidad -Pictogramas -Material visual y estructurado	-Pictogramas impresos -Imágenes de las normas permitidas y no permitidas -Teléfono celular
<u>Desarrollo:</u> - Juego de evidencias: En la pizarra se hace un cuadro de doble entrada y se al centro se colocará un pensamiento, Ejm: “nadie quiere ser amable conmigo”, el niño deberá clasificar las evidencia en	-Modelado -Refuerzo positivo social.	-Tarjetas de pensamientos erróneos con

<p>contra y a favor de ese pensamiento con apoyo de la psicóloga. A favor “hoy nadie me ayudó”, “nadie me preguntó cómo me siento”. En contra “en la mañana me saludaron con alegría”, “un amigo me prestó su borrador”, “ayer Luis me ofreció su compañía para jugar en recreo”. Al final se le explicará que a veces lo que pensamos solo son posibilidades o errores, que no son del todo ciertas.</p> <p>-Un juego de intenciones: Se presentan cortos de videos donde surgen pequeños accidentes entre amigos o malos entendidos. En la mesa se dispondrá un semáforo, juntos se analizarán las situaciones y se colocarán a qué color del semáforo pertenece esa situación. Ejm: El verde significará un accidente y no hay por qué enojarse; El amarillo, significa no estar seguro, hay que preguntar ¿qué pasó y el rojo, significa que fue intencionado, deberá alejarse o buscar a un adulto.</p> <p>-Reflexión de las “segundas oportunidades”: Leer historias donde los protagonistas cometen errores sociales (Ejm: decir algo muy honesto que puede hacer sentir mal, cometer un accidente por hacer caso omiso a indicaciones del otro, etc). El niño con ayuda de la psicóloga buscará formas de reparar lo sucedido. Ejm: “no quise ser malo contigo, lo que quería decir en realidad es...”, “perdón debí hacerte caso, rompí tu lapicero, mañana te traeré un nuevo lapicero”. Le ayudará al niño a entender que los errores tienen formas de ser reparados y solucionados.</p>	<p>-Historias sociales</p>	<p>evidencias en contra y a favor. -Teléfono celular para proyectar cortos de videos. -Semáforo grande y visual -Historias con accidentes o errores sociales.</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le realizan preguntas relacionadas a todo lo trabajado en sesión y se hace una breve retroalimentación. Se le deja tarea en el cuaderno.</p> <p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa ayudar al niño a encontrar evidencias en contra de sus pensamientos erróneos y que evalúen situaciones cotidianas siguiendo el código de colores del semáforo trabajado.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

<p>BLOQUE V</p>
<p>Sesión 14</p>
<p>Motivación Social – Empatía, creencias erróneas, resolución de conflictos.</p>
<p>Objetivo General: Entrenar la capacidad de respuestas adecuadas ante conflictos interpersonales mediante el uso de técnicas y apoyos sociales</p>

Momentos:	Técnicas	Materiales
<p><u>Inicio:</u></p> <p>-Se inicia con el saludo</p> <p>-Se le comparte el objetivo de la sesión y se le presenta todas las actividades a realizar para el logro de éste.</p> <p>-Play Doh: Se presenta una situación conflictiva, solo hay un pote de play doh para ser compartidos entre el niño y la psicóloga, cada uno tiene 5 moldes para formar. El reto es que deberán buscar la forma de hacer alcanzar ese play doh para completar los 5 moldes que tiene cada uno. Al finalizar se hará una breve reflexión sobre las estrategias usadas para resolver el conflicto.</p>	<p>-Estructuración y predictibilidad</p> <p>-Pictogramas</p> <p>-Material visual y estructurado</p>	<p>-Pictogramas impresos</p> <p>-Imágenes de las normas permitidas y no permitidas</p> <p>-Play Doh</p>
<p><u>Desarrollo:</u></p> <p>- Técnica de “El semáforo”: Se le enseña al niño en qué consiste la técnica del semáforo, se refuerza éste aprendizaje con un aplicativo “Respira, Piensa y Actúa” en el que de forma lúdica enseña a los niños a seguir esos tres pasos antes de actuar y estar listos para resolver el conflicto, disponibilidad en inglés y español. Luego se reforzará con fichas a trabajar en el cuaderno.</p> <p>-Técnica del “Sandwich” y “Yo siento” para comunicación asertiva: Se presentará un video sobre los tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva). Luego se le enseñará en qué consiste cada técnica y deberá proponer diferentes formas de aplicarlos. Se escribirá en el cuaderno algunos ejemplos.</p> <p>-Fichas de situaciones conflictivas: Se pegarán diferentes situaciones conflictivas en el cuaderno, debajo de cada una de ellas el niño deberá escribir la forma de resolver el conflicto por cada protagonista de la historia, soluciones adecuadas e inadecuadas para que pueda hacer la práctica de diferenciarlas y tomar mejores decisiones. Ejm: Solución adecuada, Julia debe preguntar antes de responder con agresión “Juan por qué tiraste mi comida, no me gustó que lo hicieras”, solución inadecuada, Julia grita y empuja a Juan. Po otro lado, Juan, solución adecuada, pedir disculpas y prometer no volver hacerlo; solución inadecuada, Juan grita a Julia y se va corriendo.</p>	<p>-Modelado</p> <p>-Refuerzo positivo social.</p> <p>-Historias sociales</p>	<p>- Fichas del Semáforo</p> <p>-Fichas visuales de las técnicas de asertividad</p> <p>-Fichas de situaciones conflictivas.</p>
<p><u>Cierre:</u></p> <p>-Con el niño se vuelve a recordar el objetivo inicial y se le realizan preguntas relacionadas a todo lo trabajado en sesión y se hace una breve retroalimentación. Se le deja tarea en el cuaderno.</p>	<p>-Generalización</p>	<p>-Cuaderno</p>

<p>-Con la mamá: Se comparte el objetivo propuesto para la sesión y se le explica todas las actividades realizadas, luego se le recomienda que en casa la mamá le brinde un modelado de las técnicas enseñadas al niño, para que él pueda también aplicarlo en su día a día.</p>		
---	--	--