

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



TESIS DE GRADO

CALIDAD Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA QUE ASISTEN AL CENTRO MULTISECTORIAL COBIJA B, DURANTE LA GESTIÓN 2025.

TRABAJO PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

AUTOR : KARELY DARITZA JUSTINIANO CORTEZ

TUTOR: Lic. Nelson Ledezma Q.

Cobija – Pando– Bolivia

Gestión – 2025

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, salud, fortaleza y valor para lograr mis objetivos y mantenerme con el espíritu de lucha para no desistir en momentos difíciles que pase.

A mi querida madre que estuvo a mi lado brindándome todo su apoyo y amor infinito para hacer de mí una mejor persona. Estaré eternamente agradecido.

A mi amado esposo y mis 2 hijas, por brindarme su apoyo incondicional, por los consejos y motivación para no desistir en los días difíciles que tuvimos, gracias por ser el pilar fundamental para mí y nuestras niñas y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Y a cada una de las personas que de una u otra forma estuvieron apoyándome en esta etapa muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

A DIOS nuestro creador quien me ilumina, me da amor, fuerza, constancia con sabiduría para enfrentar y superar los obstáculos que la vida nos depara.

*A la **UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO** por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.*

*A la Carrera de “**Enfermería**” por acogerme durante los 5 años de la etapa de formación académica y a los docentes por todo el apoyo de impartir sus conocimientos y dedicación en cada etapa.*

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer, por su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida.

RESUMEN

El sueño es un proceso biológico esencial para el crecimiento, la regulación emocional y el adecuado desarrollo neurológico infantil. En niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), las alteraciones del sueño presentan una frecuencia significativamente mayor respecto a la población infantil neurotípica, manifestándose como insomnio, despertares nocturnos, sueño fragmentado, dificultades para conciliar el sueño y alteraciones del ritmo circadiano. Estas dificultades repercuten directamente en el comportamiento, la atención, el aprendizaje, la interacción social y el bienestar de las familias cuidadoras. En la ciudad de Cobija, el Centro Multisectorial Cobija B atiende a una población diversa de niñas y niños con TEA; sin embargo, no existen estudios locales que describan de forma sistemática la calidad del sueño de esta población, lo cual limita el diseño de intervenciones terapéuticas y educativas basadas en evidencia. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad y las alteraciones del sueño en niñas y niños con TEA que asisten a este centro durante la gestión 2025. Se propone una investigación descriptiva, observacional y de corte transversal, utilizando instrumentos validados como el *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ), entrevistas estructuradas a cuidadores y fichas clínicas. Los resultados permitirán identificar los trastornos de sueño más frecuentes, valorar su intensidad y analizar su relación con la severidad del TEA. Finalmente, la investigación aportará recomendaciones prácticas para mejorar el sueño infantil y contribuir al bienestar familiar y educativo. Este estudio representa una contribución significativa en un área poco explorada a nivel regional.

Palabra clave: Calidad, alteraciones, sueño, niñas (as) TEA

ABSTRACT

Sleep is an essential biological process for growth, emotional regulation, and proper neurological development in children. In children with Autism Spectrum Disorder (ASD), sleep disturbances are significantly more frequent than in neurotypical children, manifesting as insomnia, night awakenings, fragmented sleep, difficulty falling asleep, and circadian rhythm disruptions. These difficulties directly impact behavior, attention, learning, social interaction, and the well-being of their families and caregivers. In the city of Cobija, the Cobija B Multisectoral Center serves a diverse population of children with ASD; however, there are no local studies that systematically describe the sleep quality of this population, which limits the design of evidence-based therapeutic and educational interventions. This study aims to evaluate the quality of sleep and sleep disturbances in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) attending this center during the 2025 school year. A descriptive, observational, and cross-sectional study is proposed, using validated instruments such as the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), structured interviews with caregivers, and clinical records. The results will allow for the identification of the most frequent sleep disorders, the assessment of their severity, and an analysis of their relationship with the severity of ASD. Finally, the research will provide practical recommendations to improve children's sleep and contribute to family and educational well-being. This study represents a significant contribution to an area that has been little explored at the regional level.

Keyword: Quality, alterations, sleep, children (ASD)

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
CAPITULO I	1
ASPECTOS GENERALES	1
INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1. JUSTIFICACION	2
1.1. Justificación teórica.	2
1.2. Justificación social	2
1.3. Descripción de la situación problemática.	2
1.4. Delimitación del problema.....	4
1.4.1. Delimitación temática	4
1.4.2. Delimitación temporal.....	4
1.4.3. Delimitación Espacial	4
1.5. Problema científico	4
1.6. Objeto de estudio.	4
CAPITULO II.....	4
2. OBJETIVO GENERAL	5
2.1. Objetivos específicos	5
2.2. Antecedentes metodológicos	5
CAPITULO III	6
3. MARCO REFERENCIAL	6
3.1. Marco conceptual.....	7
3.1.1. Trastorno espectro autista.....	7
3.1.2. Alteraciones del sueño en el TEA:	7
3.1.3. Calidad del sueño:	7

3.1.4. Evaluación del sueño:.....	7
3.1.5. Trastorno del Espectro Autista (TEA.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1.6. Niños	7
3.2. Fundamentación teórica.....	8
3.2.1. Teorías del desarrollo cognitivo.....	8
3.2.2. Teorías Educativas	30
3.2.3. Modelos de intervención	33
3.2.4. Enfoques conductuales.....	36
3.2.5. Enfoques basados en la neurociencia	38
3.2.6. Modelos neuropsicológicos del TEA	39
3.2.7. Modelo Biopsicosocial.....	41
3.2.8. Enfoques de intervención psicoeducativa	44
3.2.9. Importancia de la educación inclusiva	45
3.3. Marco Teórico.....	48
3.3.1. Historia de TEA.....	48
3.3.2. Características de autismo	49
3.3.3. Etiología del autismo.....	50
3.3.4. Aspectos cognoscitivos del autismo.....	52
3.3.5. Características clínicas	53
3.3.6. Clasificación del Autismo	56
3.3.7. Diagnóstico del Autismo.....	59
3.3.8. Tratamiento para el Autismo.....	61
3.3.9. Terapias de Autismo.....	64
3.3.10. Evidencia científica sobre el TEA.....	64
3.3.11. Terapias ocupacionales.....	65

3.3.12. Vitaminas para niños con TEA	67
3.4- HIPOTESIS	69
3.5. Variables	69
3.6. Operacionalización de variables	70
CAPITULO IV	70
4. METODOLOGIA EMPLEADA.....	70
4.1. Nivel de Investigación.	70
4.2. Diseño de la investigación	70
4.3 Universo y ó población de estudio.....	72
4.4. Tamaño y diseño de la muestra.....	72
4.5. Métodos herramientas e instrumentos de investigación.	73
4.6. Técnicas y procedimientos.....	74
CAPITULO V	77
5.1. RESULTADOS Y VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	77
CAPITULO VI.....	104
6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	104
6.1.1. Discusión.....	104
6.1.2. Conclusión.....	111
6.2. RECOMENDACIONES.....	114
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	70
Tabla 2 Edad del niño(a) con TEA:.....	77
Tabla 3 Sexo del niño(a):.....	78
Tabla 4 Edad al momento del diagnóstico de TEA:.....	79
Tabla 5 Edad del padre/madre/tutor principal:.....	80
Tabla 6 Nivel educativo del padre/madre/tutor principal:.....	81
Tabla 7 Estado civil:.....	82
Tabla 8 Ocupación del padre/madre/tutor principal:.....	83
Tabla 9 Ingreso económico mensual familiar (aproximado):.....	84
Tabla 10 Número de hijos en la familia:.....	85
Tabla 11 El niño(a) con TEA es el primer hijo(a)?.....	86
Tabla 12 Zona viven los tutores.....	87
Tabla 13 Domicilio se encuentra cerca.....	88
Tabla 14 Cuenta su familia con seguro de salud.....	89
Tabla 15 Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA ..	90
Tabla 16 la hora en que el niño va a la cama:.....	91
Tabla 17 Grado de TEA diagnosticado los niños y niñas.....	92
Tabla 18 El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse)....	93
Tabla 19 El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia.....	94
Tabla 20 El niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños).....	95
Tabla 21 Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a).....	96
Tabla 22 Factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA	97
Tabla 23 Tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a)	98
Tabla 24 características del niño al momento de ir a la cama.....	99
Tabla 25 Hábitos de sueño:.....	100
Tabla 26 Sueño nocturno:.....	102
Tabla 27 Despertar matutino:.....	102
Tabla 28 Somnolencia diurna:.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad del niño	77
Figura 2 Sexo del niño.....	78
Figura 3 Edad al momento del diagnóstico de TEA:	79
Figura 4 Edad del padre/madre/tutor principal:.....	80
Figura 5 Nivel educativo del padre/madre/tutor principal.....	81
Figura 6 Estado civil:.....	82
Figura 7 Ocupación del padre/madre/tutor principal:.....	83
Figura 8 Ingreso económico mensual familiar (aproximado):	84
Figura 9 Número de hijos en la familia:	85
Figura 10 El niño(a) con TEA es el primer hijo(a)?.....	86
Figura 11 Zona viven los tutores	87
Figura 12 El Domicilio se encuentra cerca de	89
Figura 13 Cuenta su familia con seguro de salud?	89
Figura 14 Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA .	91
Figura 15 la hora en que el niño va a la cama:	92
Figura 16 Grado de TEA diagnosticado los niños y niñas	93
Figura 17 El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse) ...	94
Figura 18 El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia	95
Figura 19 El niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños)	96
Figura 20 Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a)	97
Figura 21 Factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA	98
Figura 22 Tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a)	99

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Formulario de consentimiento informado para recopilación de información.....	121
Anexo 2	Guía de observación participativa directa sobre hábitos de sueño en niños	122
Anexo 3	Cuestionario de encuesta a tutores que tienen niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista.....	126
Anexo 4	Visita a domicilios de niños con TEA, mediante la observación participativa	130

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

INTRODUCCION

El sueño constituye uno de los pilares fundamentales para el adecuado desarrollo físico, emocional y cognitivo en la infancia. A través de él, el organismo regula funciones esenciales como la consolidación de la memoria, la maduración neurológica, la estabilidad conductual y la regulación metabólica. En niñas y niños, especialmente en edades tempranas, el sueño cumple un rol determinante en la adquisición de habilidades sociales, el desarrollo del lenguaje y la adaptación al entorno. Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado un incremento en la prevalencia de alteraciones del sueño en la población infantil, siendo significativamente mayor en niñas y niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Richdale & Schreck, 2009).

El TEA es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades persistentes en la comunicación social, conductas repetitivas y alteraciones sensoriales. Diversos estudios señalan que entre un 50% y 80% de los niños con TEA presentan alteraciones del sueño, lo cual incrementa la complejidad de su cuidado, influye negativamente en su conducta diaria, aumenta la irritabilidad, dificulta los procesos de aprendizaje y puede agravar las manifestaciones propias del trastorno. Asimismo, la presencia de problemas de sueño tiene un impacto significativo en la dinámica familiar, elevando los niveles de estrés, ansiedad y desgaste físico en los cuidadores.

En la ciudad de Cobija, el Centro Multisectorial Cobija B, cumple un rol esencial en la atención educativa y terapéutica de niñas y niños con TEA. Sin embargo, pese a su importancia, no se cuenta con estudios locales que describan la calidad del sueño y las alteraciones más frecuentes en esta población. Esta ausencia de información limita la planificación de intervenciones oportunas y basadas en evidencia, dificultando la creación de estrategias integrales que atiendan las necesidades reales de los estudiantes y sus familias.

La información obtenida permitirá comprender la magnitud del problema, identificar factores asociados y, finalmente, plantear recomendaciones que contribuyan a mejorar el bienestar infantil, familiar y educativo.

1. JUSTIFICACION

1.1. Justificación teórica

La investigación sobre la calidad y alteraciones del sueño en niñas y niños con TEA, es crucial debido a la relación intrínseca entre el sueño y el desarrollo neurocognitivo, emocional y social de los niños. Diversos estudios han demostrado que los trastornos pueden llevar a un deterioro en el funcionamiento diario y la calidad de vida de los niños.

La falta de estudios en esta área en específica, limita la capacidad de los profesionales de la salud y la educación ofrecer intervenciones adecuadas y personalizadas que necesitan los niños con TEA. Esta investigación de la calidad del sueño en el centro multisectorial Cobija B, busca proporcionar datos que contribuyan a la comprensión teórica del sueño en este centro. Esto permitirá no solo identificar patrones específicos y factores que afectan el sueño, sino también desarrollar estrategias de intervención que mejoren el bienestar de los niños y sus familias.

1.2. Justificación social

Desde una perspectiva social, la investigación busca abordar las necesidades que tienen los niños del centro multisectorial Cobija B. En el municipio de Cobija, donde el acceso a especialistas y estudios clínicos es limitado, comprender esta problemática permite desarrollar estrategias locales de intervención y apoyo para las familias brindándoles información que les permita implementar cambios positivos en la rutina del sueño de sus hijos

Así mismo, los resultados podrán orientar al Centro Multisectorial Cobija B y a otras instituciones en la mejora de sus programas, sensibilizando sobre la importancia del sueño en el tratamiento integral del TEA y promoviendo políticas de salud inclusivas.

1.3. Planteamiento del problema

Las alteraciones del sueño en la infancia con TEA incluyen dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche, sueño de corta duración, y patrones irregulares de sueño-vigilia (Souders et al., 2009). Estos problemas no solo contribuyen a una mayor irritabilidad y problemas de conducta durante el día, sino que también pueden agravar los síntomas nucleares del autismo, como las dificultades sociales y la rigidez comportamental

(Reynolds & Malow, 2011). La calidad del sueño, en consecuencia, se convierte en un factor crítico para la intervención y el bienestar general de esta población.

Los trastornos del espectro autista son trastornos en los que las personas afectadas presentan dificultades para desarrollar relaciones sociales normales, utilizan el lenguaje de forma anómala o no lo hacen en absoluto, y muestran comportamientos restringidos o repetitivos.

- Las personas afectadas tienen dificultades de comunicación y de relación.
- Las personas con un trastorno del espectro autista también presentan patrones restringidos de comportamiento, intereses y/o actividades y, a menudo, siguen rutinas rígidas.
- El diagnóstico se basa en la observación y en la información aportada por los progenitores y otros cuidadores, además de pruebas de cribado específicas para el autismo estandarizadas.
- La mayoría de las personas afectadas responden mejor a intervenciones conductuales muy estructuradas.

En Bolivia, la investigación sobre el sueño en infantes con TEA aún es limitada, lo que impide una comprensión profunda del fenómeno y el diseño de intervenciones pertinentes. Específicamente, en el Centro Multisectorial Cobija B, se ha observado de manera empírica que muchos niños con diagnóstico de TEA presentan signos de insomnio, despertares frecuentes y fatiga diurna, lo cual puede afectar su aprendizaje, comportamiento y socialización en el entorno terapéutico y familiar. Sin embargo, no existen estudios científicos que hayan evaluado la calidad del sueño en estos niños ni que hayan caracterizado las alteraciones específicas que presentan.

La falta de conocimiento empírico sobre el sueño en niños con TEA en contextos locales representa una barrera para el desarrollo de estrategias clínicas y educativas adecuadas. Entender cómo se manifiestan y afectan las alteraciones del sueño en esta población es indispensable para diseñar abordajes desde la enfermería que mejoren su calidad de vida.

1.4. Delimitación del problema

1.4.1. Delimitación temática

Calidad y alteraciones del sueño en niñas y niños con trastorno espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B, durante la gestión 2025.

1.4.2. Delimitación temporal

La investigación se desarrolló durante la gestión 2025, las observaciones y recopilación de datos estadísticos.

1.4.3. Delimitación Espacial

Centro multisectorial "Cobija B", ubicado en el distrito V del Municipio de Cobija, Provincia Nicolás Suarez, Departamento de Pando.

1.5. Problema científico

¿Cómo es la calidad y que factores alteran el sueño en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista que asisten al Centro Multisectorial Cobija B, durante la gestión 2025?

1.6. Objeto de estudio.

El objeto de estudio del autismo es entender y diagnosticar sus manifestaciones, como la dificultad para socializar y comunicarse, intereses limitados, y comportamientos repetitivos o sensoriales, por ello se ha determinado estudiar la calidad y alteraciones del sueño en niños con Trastorno de Espectro Autista del centro multisectorial Cobija B.

CAPITULO II

2. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad y las alteraciones del sueño en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista que asisten al Centro Multisectorial Cobija B, durante la gestión 2025.

2.1. Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista.
2. conocer el grado de Trastorno del Espectro Autista, diagnosticado en los niños y niñas del Centro multisectorial Cobija B.
3. Evaluar los hábitos del sueño de los niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista.
4. Identificar los factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA.

2.2. Antecedentes metodológicos

Diversas investigaciones sobre el sueño en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) han adoptado enfoques cuantitativos, con diseños descriptivos o correlacionales. Uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados es el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), debido a su fiabilidad y validez en la evaluación de patrones y problemas del sueño infantil (Owens et al., 2000). Este cuestionario ha sido adaptado y aplicado en contextos latinoamericanos, mostrando buena consistencia interna (Álvarez & Salazar, 2020).

En el estudio de Souders et al. (2009), se aplicó un enfoque cuantitativo descriptivo para identificar las conductas del sueño en niños con TEA, utilizando cuestionarios a padres y registros de sueño. De manera similar, Ramírez et al. (2022) emplearon un diseño correlacional para analizar la relación entre la calidad del sueño y los síntomas autistas en escolares, utilizando escalas estandarizadas autoadministradas.

En Bolivia, los pocos estudios encontrados, como el de Vargas (2021), también han recurrido a un diseño cuantitativo descriptivo, utilizando encuestas a padres y cuidadores para caracterizar las alteraciones del sueño. Este tipo de diseño permite recolectar datos objetivos de una muestra específica y facilita la descripción de fenómenos poco explorados en contextos locales.

En base a estos antecedentes, la presente investigación se orienta hacia un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo transversal, utilizando como técnica la encuesta estructurada y como instrumento un cuestionario de hábitos y calidad del sueño.

CAPITULO III

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Trastorno espectro autista

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la comunicación social, comportamientos repetitivos y patrones de intereses restringidos, es un espectro porque varía en su manifestación e intensidad, y suele aparecer en la infancia temprana, con repercusiones en el funcionamiento diario (Bellantonio, 2024).

3.1.2. Alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño son cambios o dificultades anormales en la cantidad, calidad o patrón del sueño que afectan la capacidad de una persona para descansar adecuadamente. Estas alteraciones pueden manifestarse como dormir demasiado, dormir poco, despertarse muchas veces o tener un sueño no reparador (Gustavo Celis, 2022).

3.1.3. Calidad del sueño:

Se refiere a la percepción de descanso y satisfacción con el sueño, incluyendo factores como la duración, latencia, continuidad y eficiencia del sueño. Una mala calidad del sueño afecta negativamente el comportamiento y bienestar general, tanto del niño como de su familia (Souders et al., 2009).

3.1.4. Evaluación del sueño:

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad del sueño infantil es el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), el cual permite evaluar conductas problemáticas relacionadas con el sueño en niños de edad escolar (Owens et al., 2000).

3.1.5. Niños

Un niño es todo ser humano menor de 18 años, tal como se define en la Convención sobre los Derechos del Niño. La niñez es una etapa fundamental del desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Durante este período, los niños experimentan un rápido crecimiento físico, cognitivo, social y emocional. Además, dependen de los adultos para su

cuidado y protección, y tienen derechos especiales que deben ser respetados y garantizados para asegurar su bienestar y desarrollo pleno (UNICEF, 2023).

3.2. Fundamentación teórica

3.2.1. Teorías del desarrollo cognitivo

La teoría cognitiva es fundamental para comprender cómo los niños y adolescentes con TEA procesan, interpretan y responden a la información que reciben del entorno. Esta perspectiva proporciona un marco conceptual que permite analizar las fortalezas y debilidades específicas en el desarrollo cognitivo, así como diseñar intervenciones personalizadas que promuevan su bienestar integral. En el contexto de *“Una mirada científica a través del abordaje de la neuropsicología y la psicología educativa en niños y adolescentes con TEA”*, la teoría cognitiva tiene una relevancia crítica tanto para la evaluación diagnóstica como para la implementación de estrategias terapéuticas y educativas.

La teoría cognitiva es fundamental para comprender el desarrollo intelectual y la adquisición de habilidades en niños y adolescentes con TEA. Su aplicación en la neuropsicología y la psicología educativa permite diseñar estrategias de intervención que favorecen el aprendizaje, la adaptación social y el desarrollo emocional.

3.2.1.1. Teoría de Piaget.

La teoría de Piaget es, sin lugar a dudas, la teoría sobre el desarrollo cognitivo más elaborada, sistemática y compleja que se ha propuesto hasta el momento y, por ello, seguramente, es también la que más influencia ha ejercido a todos los niveles dentro de la Psicología Evolutiva (Karmiloff-Smith, 1992).

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget es una teoría completa sobre la naturaleza y el desarrollo de la inteligencia humana. Fue desarrollada por primera vez por un psicólogo del desarrollo suizo Jean Piaget (1896- 1980). Por otra parte, Piaget afirma que el desarrollo cognitivo está en el centro del organismo humano, y el lenguaje es contingente en el conocimiento y la comprensión adquirida a través del desarrollo cognitivo (Arbor, 2020, págs. 1 - 3).

Piaget intenta exponer cómo los niños y niñas van construyendo un modelo mental del mundo que les rodea. Ante la idea de que la inteligencia era un rasgo fijo, Piaget se mostraba en total desacuerdo, ya que consideraba el desarrollo cognitivo como un proceso que se produce como consecuencia a la maduración biológica y la interacción y relaciones que se producen con el medio ambiente. Este proceso abarca el desarrollo evolutivo del niño de 0 a 6 años según Piaget, etapa crucial para la construcción inicial de esquemas mentales básicos (Red Educa, 2023).

Jean Piaget, uno de los teóricos más influyentes del desarrollo cognitivo, propuso que el conocimiento se construye activamente a través de la interacción del individuo con su entorno. Su teoría del desarrollo cognitivo se estructura en cuatro etapas (sensorial-motriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales), y ha sido fundamental en la comprensión de cómo los niños piensan, aprenden y se desarrollan (Piaget, 1972). Aunque Piaget no estudió específicamente el TEA, sus postulados ofrecen una base teórica valiosa para comprender las dificultades y fortalezas cognitivas de esta población desde una perspectiva educativa y neuropsicológica.

a) Neuropsicología y Teoría de Piaget

Desde la neuropsicología, los avances científicos han permitido relacionar los procesos cognitivos descritos por Piaget con las funciones cerebrales. En niños con TEA, estudios neuropsicológicos han identificado alteraciones en áreas relacionadas con la teoría de la mente, la función ejecutiva y la flexibilidad cognitiva, aspectos que están estrechamente vinculados con las etapas piagetianas del pensamiento lógico y abstracto (Lord et al., 2020). La dificultad para adoptar la perspectiva del otro (egocentrismo cognitivo) propia de la etapa preoperacional según Piaget se observa de forma prolongada o alterada en niños con TEA, lo que afecta su desarrollo social y comunicativo.

b) Psicología Educativa y Teoría de Piaget

La psicología educativa ha retomado los principios piagetianos para diseñar intervenciones que estimulen el desarrollo cognitivo en contextos escolares, especialmente en poblaciones con necesidades educativas especiales. En el caso de niños y adolescentes con TEA, se aplican estrategias que respetan el ritmo individual del desarrollo, la manipulación de objetos concretos,

el uso de apoyos visuales y el trabajo por etapas, en concordancia con los principios del aprendizaje constructivista de Piaget (Sastre-Riba & Pascual-Sufrate, 2021).

El enfoque educativo inspirado en Piaget enfatiza el aprendizaje significativo, basado en la experiencia activa del estudiante, lo cual es especialmente útil para niños con TEA, ya que permite diseñar entornos de aprendizaje estructurados que favorezcan la comprensión y el pensamiento lógico desde sus capacidades individuales (Martínez & Rodríguez, 2022).

c) Integración de la teoría de Piaget en el abordaje interdisciplinario

Tanto la neuropsicología como la psicología educativa integran actualmente la teoría de Piaget como un marco conceptual para evaluar las capacidades cognitivas, identificar retrasos o desviaciones en el desarrollo y establecer metas terapéuticas o educativas. Esta perspectiva contribuye a una mejor comprensión del funcionamiento intelectual de los niños con TEA y orienta intervenciones más eficaces y personalizadas, con énfasis en la etapa del desarrollo en la que se encuentran (Rueda et al., 2023).

La Teoría del Desarrollo Cognitivo de Jean Piaget ha sido fundamental para comprender cómo los niños adquieren conocimiento y estructuran su pensamiento a lo largo de su crecimiento. En el contexto del TEA, esta teoría proporciona una base para analizar las diferencias en el desarrollo cognitivo y diseñar estrategias de intervención desde la neuropsicología y la psicología educativa.

d) Aportes de la Teoría de Piaget en el Abordaje del TEA

1. Etapas del desarrollo cognitivo y su relación con el TEA: Piaget propuso que el desarrollo cognitivo ocurre en cuatro etapas: sensoriomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. En niños con TEA, se ha observado que pueden presentar dificultades en la transición entre estas etapas, especialmente en el pensamiento abstracto y la interacción social.
2. Constructivismo y aprendizaje estructurado: La teoría de Piaget enfatiza que el aprendizaje ocurre a través de la interacción con el entorno. En niños con TEA, los enfoques constructivistas han sido adaptados para incluir estrategias visuales y estructuradas que faciliten su comprensión.

3. Importancia de la adaptación educativa: La psicología educativa, basada en los principios de Piaget, ha desarrollado metodologías que permiten adaptar el aprendizaje a las necesidades individuales de los niños con TEA, promoviendo un desarrollo cognitivo más efectivo

3.2.1.2. Teoría de Vygotsky

Vygotsky nació en Orsha (actual territorio bielorruso) y murió en Moscú en 1934, a la edad de 37 años. La contribución más destacada de Vygotsky es su teoría sociocultural del desarrollo, la cual sostiene que el aprendizaje y el desarrollo cognitivo de los niños están profundamente influenciados por las interacciones sociales y culturales. Según Vygotsky, el conocimiento no es algo que los infantes descubren por sí mismos de manera aislada, sino que se construye en interacción con otros, especialmente con los adultos y compañeros más capaces, pues es la actividad compartida la que permite interiorizar las estructuras de pensamiento y comportamiento (Alvarez, 2024).

Lev Vygotsky, reconocido psicólogo ruso, es uno de los pilares fundamentales del enfoque socioconstructivista del aprendizaje. Su teoría destaca el papel central del entorno social, el lenguaje y la mediación en el desarrollo cognitivo. Conceptos como la *zona de desarrollo próximo* (ZDP) y la *mediación cultural* son especialmente relevantes para comprender e intervenir en los procesos de enseñanza-aprendizaje de niños y adolescentes con TEA.

a) Neuropsicología y Teoría de Vygotsky

Desde la neuropsicología, el enfoque histórico-cultural de Vygotsky se ha articulado con investigaciones modernas sobre el desarrollo cerebral en niños con TEA. Estos estudios destacan que, aunque existen diferencias en la conectividad neural y en el procesamiento sensorial y emocional, los procesos de mediación social y estimulación guiada pueden modificar positivamente los circuitos neuronales y potenciar las funciones ejecutivas y la autorregulación (Klin et al., 2020).

La teoría vygotskiana se alinea con hallazgos neurocientíficos actuales al destacar que el desarrollo cognitivo no es simplemente el resultado de la maduración biológica, sino que está profundamente influenciado por la interacción social y el entorno cultural (García & Bausela, 2021). En este sentido, la intervención neuropsicológica en niños con TEA se beneficia al incluir

herramientas de mediación simbólica (como el lenguaje y los juegos estructurados) que promuevan la reorganización funcional del cerebro.

b) Psicología Educativa y Teoría de Vygotsky

En el campo de la psicología educativa, el aporte de Vygotsky es esencial para la planificación de intervenciones en el aula, especialmente en contextos inclusivos. La *zona de desarrollo próximo* permite identificar las capacidades emergentes de los estudiantes con TEA y ofrece una base para el uso de apoyos pedagógicos (andamiaje) que favorezcan aprendizajes significativos (Martínez & Robles, 2023).

Además, la noción de *aprendizaje mediado* es clave para fomentar la interacción guiada entre pares, tutores o docentes, lo que puede ayudar a los estudiantes con TEA a desarrollar habilidades sociales, comunicativas y cognitivas, que suelen estar comprometidas en esta población (Villalobos et al., 2021). Los entornos educativos estructurados, con rutinas claras, apoyo visual y mediación personalizada, permiten al niño con autismo progresar en sus capacidades dentro de un marco cultural y social.

c) Integración de la teoría de Vygotsky en el abordaje interdisciplinario

La teoría de Vygotsky proporciona una base teórica sólida para articular las intervenciones neuropsicológicas y educativas, al reconocer que el desarrollo no se da de forma aislada, sino en constante interacción con el contexto social. En niños y adolescentes con TEA, este enfoque permite valorar no solo las limitaciones, sino también el potencial de desarrollo, promoviendo prácticas inclusivas, dinámicas y centradas en la persona.

La Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky ha sido clave en la comprensión del desarrollo cognitivo y social de los niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Su enfoque destaca la importancia de la interacción social y el contexto cultural en la construcción del conocimiento, lo que ha influido significativamente en la neuropsicología y la psicología educativa.

d) Aportes de la Teoría de Vygotsky en el Abordaje del TEA

1. Zona de Desarrollo Próximo (ZDP): Vygotsky introdujo el concepto de ZDP, que representa la distancia entre lo que un niño puede hacer por sí mismo y lo que puede

lograr con la ayuda de un mediador. En niños con TEA, este enfoque permite diseñar intervenciones educativas adaptadas a sus capacidades individuales.

2. Aprendizaje mediado y socialización: La teoría sociocultural enfatiza que el aprendizaje ocurre a través de la interacción con otros. En el caso de niños con TEA, el uso de mediadores como terapeutas, docentes y compañeros facilita la adquisición de habilidades cognitivas y sociales.
3. Importancia del lenguaje en el desarrollo cognitivo: Vygotsky consideraba el lenguaje como una herramienta fundamental para el pensamiento y el aprendizaje. En niños con TEA, las estrategias basadas en su teoría han permitido mejorar la comunicación y la comprensión del entorno.
4. Aplicación en la neuropsicología y la educación: La neuropsicología ha integrado los principios de Vygotsky para desarrollar programas de intervención que estimulen el desarrollo cognitivo en niños con TEA. La psicología educativa, por su parte, ha utilizado su teoría para diseñar metodologías inclusivas y adaptadas a sus necesidades.

3.2.1.3. Teorías Neuropsicológicas

En la formación teórica neuropsicológica, es fundamental considerar datos históricos en el estudio del cerebro humano, la evaluación neuropsicológica de las funciones cerebrales y la rehabilitación neuropsicológica de dichas funciones (Galarza & et al, 2021, págs. 76-81).

Las teorías neuropsicológicas han permitido avanzar significativamente en la comprensión del TEA, proporcionando un marco explicativo sobre cómo las alteraciones cerebrales afectan el desarrollo cognitivo, emocional y conductual. Desde una mirada integradora entre la neuropsicología y la psicología educativa, se abordan las particularidades del funcionamiento cerebral en niños y adolescentes con TEA, promoviendo estrategias de intervención basadas en evidencia científica.

a) Teoría de la Disfunción Ejecutiva

Una de las teorías neuropsicológicas más relevantes en el estudio del autismo es la teoría de la disfunción ejecutiva, la cual sugiere que muchas de las conductas observadas en el TEA se derivan de dificultades en las funciones ejecutivas, tales como la planificación, la inhibición, la

flexibilidad cognitiva y la autorregulación (Hill, 2021). Esta teoría ayuda a explicar los comportamientos repetitivos, la rigidez mental y las dificultades para adaptarse a cambios.

La intervención educativa y neuropsicológica basada en esta teoría se enfoca en el desarrollo de habilidades metacognitivas, mediante rutinas estructuradas, apoyos visuales y programas de entrenamiento cognitivo (Happé et al., 2023).

b) Teoría de la Coherencia Central Débil

Otra teoría clave es la de la coherencia central débil, que postula que las personas con TEA tienden a centrarse en los detalles en lugar de integrar la información de forma global. Esta dificultad para percibir el contexto puede influir en la comprensión lectora, la comunicación social y la resolución de problemas (Frith & Happé, 2020).

Desde el ámbito educativo, se trabaja fortaleciendo habilidades para la generalización de aprendizajes, la interpretación de contextos y el desarrollo de estrategias visuales que ayuden a organizar la información (González & Pérez, 2022).

c) Teoría de la Disfunción de la Conectividad Neural

Los estudios más recientes desde la neurociencia plantean la teoría de la disfunción de la conectividad cerebral, la cual sostiene que el TEA se asocia con una conectividad atípica entre diferentes regiones del cerebro, particularmente entre áreas encargadas del procesamiento social y la comunicación (Just et al., 2022). Esta desconexión funcional afecta la integración de estímulos sensoriales, las respuestas emocionales y la sincronización interpersonal.

Este modelo ha promovido intervenciones que integran estimulación sensorial, entrenamiento en habilidades sociales y el uso de tecnologías de asistencia como realidad virtual o videojuegos terapéuticos para mejorar la conectividad funcional y la motivación (Minshew & Keller, 2023).

e) Teoría de la Mente (ToM)

La teoría de la mente, aunque con orígenes en la psicología cognitiva, ha sido ampliamente estudiada desde la neuropsicología. Esta teoría sostiene que muchas personas con TEA presentan dificultades para comprender y predecir los estados mentales de los demás, lo que afecta su interacción social (Baron-Cohen et al., 2020).

Desde la psicología educativa se diseñan intervenciones para fortalecer la empatía cognitiva mediante historias sociales, dramatizaciones, y entrenamiento explícito en el reconocimiento de emociones y perspectivas ajenas (García-Sánchez et al., 2023).

La Teoría de la Mente (ToM) es la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas (sus pensamientos, creencias, deseos, intenciones, etc.) y de usar esta información para interpretar lo que dicen, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harán a continuación (UNIR, 2021).

Las dificultades en la ToM se manifiestan como una dificultad para comprender las emociones de los demás, comprender interacciones y normas sociales no escritas, engañar y detectar el sentido figurado y los malentendidos, comprender y anticipar cómo afectarán sus conductas o comentarios al resto de las personas, y disminución de sensibilidad hacia los sentimientos ajenos. Estas dificultades se observan en trastornos del neurodesarrollo como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), donde se ha identificado una "ceguera mental" que afecta las funciones sociales y de comunicación (Arcadia, 2025).

La Teoría de la Mente es fundamental para entender el mundo que nos rodea. Entre sus funciones, diferentes autores señalan las siguientes:

- Encontrar sentido al comportamiento social. La atribución de estados mentales es la forma más fácil de entender a los demás, pues permite formular explicaciones de sus comportamientos, generar contingencias y predecir lo que harán a continuación.
- Comprender la comunicación. Tener en cuenta al interlocutor es imprescindible para ajustar el lenguaje y para entender cuál es su intención comunicativa. TM3
- Engaño. Saber que la otra persona tiene una creencia con respecto a un hecho es el paso previo para hacerle creer que algo es cierto cuando en realidad es falso.
- Empatía. La comprensión de la mente confiere a las personas la capacidad de inferir cómo puede estar alguien interpretando los acontecimientos y cómo se puede sentir.
- Autoconciencia o autorreflexión de los propios sentimientos, pensamientos y creencias. Ello permite adquirir el concepto de subjetividad y la capacidad de discernir la apariencia de la realidad.

- Enseñar o intentar cambiar la mente de una persona a través de la persuasión, etc. Ser consciente de que los pensamientos y las creencias de los otros varían según la información a la que estén expuestos, permite la posibilidad de informarles con el propósito de modificar lo que piensan o lo que saben (Arcadia, 2025).

f) Déficit de Coherencia Central: Procesamiento fragmentado de información

El Déficit de Coherencia Central (DCC) se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la tendencia a procesar los detalles de la información en lugar de integrarla en un todo coherente y global. Este enfoque en los detalles, en detrimento de la comprensión del contexto y las relaciones entre las partes, lleva a un procesamiento fragmentado de la información. Las personas con DCC pueden tener dificultades para comprender el sentido general de una situación, extraer conclusiones o adaptarse a los contextos sociales, ya que su atención se centra en los elementos aislados en lugar de en la imagen completa. Esta dificultad para integrar la información puede afectar el aprendizaje, la comprensión del lenguaje (especialmente el sentido figurado y las inferencias), y la interacción social (Jofre & al et, 2023).

3.2.1.4. Teoría de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. (Díaz, 2012)

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos (Vernon y Doyle, 2018). Esta se ha extendido por casi todo el territorio en donde se practica psicoterapia, siendo una de las psicoterapias más aceptadas y aplicadas en el mundo.

Gonzáles, Barreto y Salamanca (2017) mencionan que la psicoterapia es una práctica planteada con el fin de generar un alivio de síntomas y realizar modificaciones en la personalidad, prevenir reincidencias y problemas futuros. Además, existen diversos enfoques terapéuticos que presentan un modelo teórico diferente y poseen sus propias técnicas.

El modelo terapéutico a tratar en este estado del arte es la Terapia Cognitivo Conductual. Stallard (2001, citado por Díaz, Soto y Ortega, 2016) explica que la terapia cognitivo conductual tiene como fin el explicar las intervenciones que resultan en una reducción del malestar psicológico y comportamientos desadaptativos, a través del cambio en los procesos cognitivos. Asimismo, afirma que las emociones y los comportamientos son los que generan las cogniciones.

Por otro lado, Zaldivar (2013, citado por Díaz et al., 2016) menciona que los autores de mayor reconocimiento de este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron T. Beck. Así también, Acuña (2018) indica que el modelo cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo.

Con relación a las técnicas de intervención en este modelo, Caballero y Gálvez (2019) refieren que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, de cambio en pensamientos, conductas y de activación fisiológica. Por otro lado, dentro de las técnicas que contribuyen a la adherencia al tratamiento y que buscan generar un impacto de mayor relevancia, se encuentran las técnicas psicoeducativas y conductuales (González-Encinas y García, 2019; Rossi, 2016).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una forma de intervención psicoterapéutica que se basa en la premisa de que los pensamientos, emociones y comportamientos están interrelacionados. Esta teoría sostiene que las distorsiones cognitivas o los pensamientos irracionales pueden contribuir al malestar emocional y a comportamientos disfuncionales. A través de técnicas estructuradas, la TCC busca identificar, cuestionar y modificar estos pensamientos para promover cambios emocionales y conductuales positivos (Beck, 1979).

A diferencia de otras terapias más centradas en el pasado, la TCC pone énfasis en el presente y en la resolución de problemas actuales, siendo una terapia de duración limitada y orientada a objetivos específicos. Su aplicación se ha demostrado efectiva en el tratamiento de trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos alimentarios, entre otros (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

El enfoque cognitivo-conductual tiene sus raíces tanto en el conductismo como en la psicología cognitiva. En primer lugar, la psicología conductual, influenciada por autores como B.F.

Skinner, se centraba en cómo los comportamientos son aprendidos y mantenidos a través del condicionamiento. Posteriormente, con el auge de la psicología cognitiva en los años 60 y 70, se comenzó a prestar atención al papel de los pensamientos en la conducta humana.

Uno de los principales pioneros de la TCC es Aaron T. Beck, quien desarrolló la terapia cognitiva de la depresión, al observar que los pacientes deprimidos presentaban patrones de pensamiento negativos automáticos sobre sí mismos, el mundo y el futuro (la llamada “tríada cognitiva”) (Beck, 1967). Otro autor influyente es Albert Ellis, quien desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), centrada en cambiar creencias irracionales para modificar emociones y conductas (Ellis, 1962).

La TCC se basa en varios principios fundamentales, entre ellos:

- Los pensamientos influyen en las emociones y conductas.
- Los pensamientos pueden ser identificados, evaluados y modificados.
- Cambiar pensamientos disfuncionales lleva a cambios emocionales y conductuales.
- Se utilizan técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual, el entrenamiento en habilidades sociales, y el registro de pensamientos.

a) Raíces históricas tempranas de la Terapia de Conducta

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. (Marta Isabel Díaz, 2012)

En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos como Royal British Penal para que los presos obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición recíproca. No obstante, como en el siglo pasado, siendo aún una disciplina joven, como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. (Marta Isabel Díaz, 2012)

b) Bases teóricas y metodológicas de la Terapia de Conducta

La fundación, logros y proliferación de la Terapia de Conducta han sido ampliamente alimentados por la fundamentación de este movimiento psicoterapéutico en los principios y teorías conductuales (Plaud, 2003). Entre ellos, las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas los cimientos básicos que permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo a día de hoy elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos cognitivo conductuales. Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

c) Evolución de la Terapia de Conducta

Evolución de la Terapia de Conducta cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta. El comienzo formal de la TC como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje, expuestos en el punto anterior, hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio. En este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de forma diferente (Kazdin, 1978; Rachman, 1997). cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta.

El comienzo formal de la TC como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje, expuestos en el punto anterior, hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio. En este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió, de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de forma diferente (Rachman,1997).

e) Terapia Cognitivo Conductual y Actualidad

Kosovsky (2018) menciona que la terapia cognitivo conductual ha tenido un productivo desarrollo desde los años 70 hasta la actualidad. La primera generación de este modelo se basó en el desarrollo del comportamiento y en un amplio conocimiento e investigaciones acerca del aprendizaje. Uno de los autores que contribuyó con sus aportes en los inicios de los tratamientos en TCC fue Bandura con su teoría del aprendizaje.

Por otra parte, Mera (2015), Vernon y Doyle (2017) sostienen que la terapia cognitivo conductual es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Esto es por tres motivos: primeramente, por ser la más investigada dentro del campo de la psicoterapia; como segundo punto, porque en sus estudios demuestra la eficacia en su intervención en comparación con otros modelos (Barlow, 2018; Corbridge, Brummer y Coid, 2018; Moreno y Deus, 2016; Rivera, 2015) y; para finalizar, como tercer punto, los modelos que hay en TCC han sido bastante estudiados (Corbridge, Brummer y Coid, 2018; Ruiz y Ruiz, 2018; Taylor et al., 2019). Aunque la TCC es una terapia eficaz, aún se tiene presente su desarrollo y mejoramiento, ya que hay casos en que los pacientes no responden de forma satisfactoria a este enfoque o presentan reincidencias. Por otro lado, cabe señalar que este modelo está basado en la investigación, por lo que la evolución en las psicoterapias dependerá de la TCC y su dirección gradual hacia un enfoque científico e integrador (Paredes-Rivera, 2016).

f) Terapia Cognitivo Conductual y Tecnología

Las tecnologías han dado una evolución que aún avanza de forma continua. Las TICs son definidas como dispositivos tecnológicos que ayudan a generar, cambiar y compartir información (Distéfano, Cataldo, Mongelo, Mesurado y Lamas, 2018).

El mundo está sumergido por la tecnología, lo que genera nuevas maneras para comunicarse e interrelacionarse socialmente. La población, y de forma específica los jóvenes, la usan para relacionarse, como forma de entretenimiento, para realizar búsqueda de información, entre otros. De esta forma, las tecnologías generan un impacto en las disciplinas científicas. En relación con el área de la salud mental, han sido introducidas en el ejercicio profesional (Norcross, Pfund y Prochaska, 2013, citados por Distéfano et al., 2018).

Cuando se habla de integrar la tecnología a la psicoterapia, se hace referencia a la utilización de los medios tecnológicos comunes como los celulares, computadoras, videojuegos y, por otro

lado, a las intervenciones con recursos digitalizados de forma específica como la psicoterapia asistida por computadora (Distéfano, Mongelo, O’Conor y Lamas, 2015; Podina, Mogoase, David, Szentagotai y Dobream, 2015).

Con respecto a las terapias cognitivo conductuales en relación con la tecnología, estas se adaptan mejor a un formato por computadora, ya que es un modelo estructurado basado en intervenciones conductuales. Se genera así una mayor efectividad a comparación del tratamiento tradicional (Medeiro, Ramírez, Martínez y Rojas, 2012, citados por Distéfano et al., 2018).

El desarrollo tecnológico por el que atraviesa el mundo ha calado en casi todos los contextos; la psicoterapia no escapa de ello. En psicoterapia, las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) han hecho su ingreso en las evaluaciones, procesamientos de datos, comunicaciones y hasta en tratamientos online, utilizando recursos tecnológicos que décadas atrás parecían lejanas (Distéfano et al., 2015).

Los recursos tecnológicos no reemplazan a la psicoterapia, sino que la complementan optimizando las prácticas terapéuticas tradicionales (Bunge, López, Mandil, Gomar y Borgialli, 2009, citados por Distéfano et al., 2015).

g) Terapia Cognitiva de Beck

Este modelo es de tipo cognitivo y uno de los pilares más importantes e influyentes en la terapia cognitivo conductual. La terapia cognitiva sostiene que las respuestas emocionales y comportamentales se dan como consecuencia del procesamiento de la información acerca de un evento (Vernon y Doyle, 2018).

El modelo de Beck consiste en un proceso dinámico, dirigido, estructurado y de tiempo limitado, que se usa con el fin de intervenir en las alteraciones psiquiátricas. Además, se basa en que la conducta y las emociones están determinadas por los pensamientos, los cuales se basan en esquemas obtenidos por experiencias pasadas (Espinosa, 2019). En relación con las técnicas psicoterapéuticas de este modelo, estas identifican y realizan cambios en los pensamientos erróneos y distorsionados; de esta manera, su objetivo radica en delimitar y buscar evidencia sobre los pensamientos irracionales (De Oliveira, 2016).

3.2.1.5. Fundamentos de la TCC en el contexto del TEA

La Terapia Cognitivo Conductual representa un abordaje psicoterapéutico que enfatiza la interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, facilitando cambios adaptativos mediante la identificación y modificación de patrones cognitivos disfuncionales (Beck & Beck, 2023). En el contexto del TEA, la TCC ha experimentado adaptaciones significativas para abordar las particularidades neuropsicológicas de esta población.

Como señalan Scarpa et al. (2021), "la TCC para personas con TEA requiere modificaciones que consideren los estilos de procesamiento de información distintivos, las dificultades en teoría de la mente y las diferencias en regulación emocional características del espectro" (p. 45). Estas adaptaciones incluyen mayor estructura, apoyos visuales, concreción en las explicaciones y ritmo ajustado a las necesidades individuales.

El modelo implementado en el Hospital de Brasileia incorpora elementos de la TCC tradicional con componentes de la TCC contextual de tercera generación, particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso adaptada para TEA (ACT-TEA) y elementos de la Terapia Dialéctica Conductual modificada para población infanto-juvenil neurodiversa (Menezes et al., 2024).

a) Perspectiva neuropsicológica

La integración de la neuropsicología en el abordaje del TEA desde la TCC resulta fundamental, considerando las particularidades neurocognitivas de esta población. Diversos estudios de neuroimagen han identificado patrones característicos de conectividad neural y procesamiento de información en personas con TEA (Muñoz-Yunta et al., 2023).

El programa del Hospital de Brasileia incorpora evaluaciones neuropsicológicas comprehensivas que incluyen:

- 1) Perfiles ejecutivos con énfasis en funciones de planificación, flexibilidad cognitiva e inhibición conductual.
- 2) Evaluación de teoría de la mente y cognición social.
- 3) Análisis de patrones sensoriales y su impacto en la regulación emocional.
- 4) Valoración de habilidades pragmáticas y comunicativas.

Según Fernández-Alcántara et al. (2024), la comprensión de estos perfiles permite "diseñar intervenciones cognitivo-conductuales personalizadas que aborden específicamente las áreas de mayor necesidad, potenciando las fortalezas neuropsicológicas individuales como andamiaje para el desarrollo de habilidades" (p. 89).

b) Aportaciones de la psicología educativa

La psicología educativa constituye el tercer pilar fundamental en este modelo integrado, proporcionando estrategias para la generalización de habilidades en entornos escolares y familiares. El enfoque implementado en Brasileia incorpora principios del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) y estrategias pedagógicas basadas en evidencia para estudiantes con TEA (Gomes et al., 2024).

La coordinación entre el equipo hospitalario y los centros educativos de la región del Alto Acre permite desarrollar:

- 1) Programas individualizados de apoyo conductual positivo.
- 2) Adaptaciones curriculares basadas en perfiles neuropsicológicos.
- 3) Capacitación a docentes en estrategias cognitivo-conductuales aplicables al aula.
- 4) Sistemas de comunicación y monitoreo entre contextos terapéuticos y educativos.

Como destacan Oliveira y Santos (2025), "la integración entre el ámbito clínico y educativo constituye una necesidad imperativa para garantizar la coherencia de las intervenciones y maximizar el impacto de las estrategias cognitivo-conductuales en todos los contextos de desarrollo del niño o adolescente" (p. 112).

c) Metodología de intervención

El protocolo implementado en el Hospital de Brasileia inicia con una evaluación multidimensional que incluye:

- Entrevista clínica estructurada con cuidadores
- Observación conductual en múltiples contextos
- Evaluación neuropsicológica específica para TEA
- Análisis funcional de conductas desafiantes
- Valoración de competencias académicas y adaptativas

- Evaluación de comorbilidades frecuentes (TDAH, ansiedad, TOC)

Esta evaluación configura la base para la formulación individualizada de casos desde la perspectiva cognitivo-conductual, considerando factores neurobiológicos, psicológicos, familiares y contextuales (Ribeiro & Costa, 2024).

3.2.1.6. Teoría de análisis conductual aplicado (ABA)

El análisis conductual es un abordaje científico para el estudio de la conducta. Como características principales pueden mencionarse que es interaccional, ya que su estudio se refiere a las relaciones conducta-ambiente; analítico, porque busca identificar relaciones funcionales entre eventos conductuales y eventos ambientales; experimental, pues trata de demostrar que eventos son responsables por la ocurrencia o no-ocurrencia de la conducta mediante la manipulación de variables; y pragmático porque consta de investigación básica y aplicada, y se propone como objetivo que la comprensión permita la predicción y el control de los eventos (Capilla et. al., 1989).

El Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) es la ciencia que aplica sistemáticamente los procedimientos y métodos derivados de los principios del comportamiento con el objetivo de mejorar comportamientos socialmente significativos con una demostración experimental de que los procedimientos empleados son los responsables del cambio del comportamiento (Cooper, Heron y Heward, 2020).

En las últimas décadas se han desarrollado métodos de evaluación y tratamiento para intervenir sobre el Trastorno del espectro autista, diferentes autores han hallado en el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) un método especializado y respaldado a través de estudios, que responde a las necesidades de personas con este diagnóstico logrando así, una mayor independencia y calidad de vida. El Análisis Aplicado de la Conducta mediante investigaciones con poblaciones de niños autistas ha demostrado logros importantes de larga duración para los niños con estas características, aumentando conductas adaptativas como el lenguaje y las habilidades sociales y, disminuyendo conductas perjudiciales como la agresión. (Lovaas, 1987; McEachin, Smith y Lovaas, 1993).

En el autismo, la alteración de aquellos mecanismos de percepción de contingencias sería la base para explicar las deficiencias de competencia interactiva y aprendizaje. De esta alteración

también puede deducirse la falta de valor de los reforzadores sociales, las dificultades de anticipación y perturbación de los mecanismos de conducta intencional, y la propia lentitud de los procesos operantes (Rivière, 2001).

La terapia ABA es un tipo de terapia conductual que se desarrolló por primera vez en la década de 1960. El conductismo en psicología comenzó a desarrollarse a principios del siglo XX (1913, con el psicólogo americano John Watson). Se trataba inicialmente de una escuela que estudiaba la conducta observable con objetivo teórico la predicción y el control de la conducta, y se basa en el análisis de los comportamientos humanos a partir de los estímulos y respuestas que conforman el ambiente físico, biológico, y social del organismo.

Para el conductismo, el comportamiento humano se rige por los refuerzos y castigos, y estas conductas no dependen de pensamientos o del instinto humano (fenómenos internos) sino que lo hacen por el entorno que rodea al ser humano, donde un comportamiento positivo se relaciona con refuerzos positivos y al revés, un comportamiento negativo se relaciona con estímulos que van a provocar esos comportamientos negativos. Variando esos estímulos es cómo podemos variar el comportamiento.

La terapia ABA, o Análisis Conductual Aplicado, como una forma de terapia conductual fue desarrollada por primera vez en la década de 1960 por O. Ivar Lovaas aplicadas a personas autistas y desde entonces se volvió cada vez más popular como método de enseñanza para personas con autismo. ABA se basaba en la idea de que el comportamiento se puede analizar, aprender y cambiar a través del refuerzo positivo, y reducir aquellos comportamientos que no son positivos para la persona.

Es decir, ABA utiliza los principios del conductismo, aplicados a que una persona pueda desarrollar las destrezas necesarias para su autonomía y desarrollo y minimizar los comportamientos no deseados, como la autolesión, o agresiones o conductas disruptivas que pueden impedir la participación y el acceso a actividades de la vida diaria de un individuo.

ABA es el acrónimo de análisis conductual aplicado en inglés. Este tipo de análisis consiste en verificar la validez de determinados procedimientos y técnicas a la hora reducir conductas inapropiadas. Por otro lado, se centra en sustituir dichas actitudes por otras más adecuadas y trabaja en el aprendizaje de nuevas habilidades.

La mayoría de estudios científicos que demuestran su validez se ha realizado con niños con trastornos generalizados del desarrollo o del espectro autista. Esto es así por la gran dificultad de aprendizaje que suponen este tipo de alteraciones. Sin embargo, la terapia ABA es también muy útil en niños con problemas de conducta, con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), síndrome de Down, entre otros trastornos del neurodesarrollo.

El aprendizaje ABA, avalado por la evidencia científica, ofrece una rica diversidad de herramientas, terapias y recursos aliados para superar las dificultades de aprendizaje en el autismo, sobre los siguientes:

Habilidades cognitivas: Son las aptitudes que posee el ser humano para procesar la información que recibe y adquirir conocimientos. En este proceso intervienen capacidades como la memoria, la creatividad, la percepción, la atención o el pensamiento abstracto.

Destrezas académicas: Estas habilidades van desde la planificación del tiempo hasta las técnicas que utilizan los alumnos para estudiar y retener conocimientos.

Habilidades sociales: Son las destrezas que vas a enseñar a tus alumnos para relacionarse y comunicarse con los demás de forma correcta.

Psicomotricidad: El aprendizaje ABA en el autismo también refuerza las habilidades psicomotoras. Así, por ejemplo, se puede trabajar el saludo, haciendo el gesto para que el niño lo repita y si así lo hace, aplaudirle.

Autocuidado: Se incluyen los hábitos alimenticios, entrenamientos para ir al baño, la higiene personal, vestirse, etc., entre otras rutinas de autocuidado.

Tareas domésticas: La terapia ABA también promueve la adaptación y desarrollo de los alumnos con dificultades educativas incluyendo la práctica de actividades domésticas, como poner la mesa, barrer, hacer la cama, etc.

Dibujo: Los dibujos constituyen una de las herramientas terapéuticas más importantes en el espectro autista, por lo que es fundamental reforzar su práctica.

Control de impulsos: El objetivo del método ABA es describir, predecir y controlar la conducta. Por lo que es una metodología que observa y estudia el comportamiento como ciencia

natural ante diferentes estímulos, indagando en las diferentes respuestas e impulsos que se generan.

El Análisis Conductual Aplicado (ABA) es una disciplina que se centra en la aplicación de principios del análisis del comportamiento para modificar conductas específicas y mejorar habilidades en individuos, especialmente en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta teoría se basa en la premisa de que el comportamiento puede ser entendido y modificado a través de la observación y el análisis sistemático.

a) Fundamentos del ABA

Condicionamiento Operante: El ABA se fundamenta en el condicionamiento operante, que es un método de aprendizaje en el que las consecuencias de una conducta influyen en la probabilidad de que esta se repita. Se utilizan refuerzos (positivos y negativos) para aumentar conductas deseadas y castigos para disminuir conductas no deseadas (Cooper, Heron, & Heward, 2020).

Evaluación Funcional: Antes de implementar un programa ABA, se realiza una evaluación funcional para identificar las causas de las conductas problemáticas. Esto permite a los terapeutas entender qué refuerzos están manteniendo una conducta y cómo se puede modificar (Cooper et al., 2020).

Intervención Individualizada: Los programas ABA son altamente personalizados, diseñados para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo. Esto asegura que las intervenciones sean efectivas y relevantes para el contexto del niño (Leaf & McEachin, 2016).

b) Metodología ABA

Definición de Objetivos: Se establecen objetivos claros y medibles para las intervenciones, que pueden incluir habilidades de comunicación, habilidades sociales y comportamientos académicos (Miltenberger, 2011).

c) Técnicas de Intervención:

Modelado: Se muestra al niño la conducta deseada para que pueda imitarla.

Descomposición de Tareas: Las habilidades complejas se dividen en pasos más pequeños, facilitando el aprendizaje gradual.

Práctica Espaciada: Las habilidades se practican en múltiples ocasiones y contextos para facilitar la generalización (Cooper et al., 2020).

Monitoreo y Evaluación: Se lleva a cabo un seguimiento continuo del progreso del niño, ajustando las intervenciones según sea necesario, basándose en los datos recopilados durante las sesiones (Miltenberger, 2011).

e) Aplicaciones del ABA

Trastornos del Espectro Autista (TEA): ABA es ampliamente utilizado para ayudar a niños con TEA a desarrollar habilidades sociales, comunicativas y académicas (Leaf & McEachin, 2016).

Modificación de Conducta: Se aplica en entornos educativos y clínicos para reducir comportamientos problemáticos y fomentar conductas adaptativas (Cooper et al., 2020).

Intervenciones en Diversos Contextos: Se utiliza en escuelas, hogares y comunidades para facilitar la inclusión y el aprendizaje (Miltenberger, 2011).

4.2.1.7. Método Análisis Conductual Aplicado (ABA)

El Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) es un enfoque basado en la evidencia científica que ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se fundamenta en los principios del condicionamiento operante, desarrollados por B. F. Skinner, y se centra en la modificación de conductas observables a través de refuerzos positivos y estrategias individualizadas.

a) Principios y objetivos del método ABA

El método ABA se basa en identificar conductas específicas que deben ser aumentadas, mantenidas o eliminadas, utilizando técnicas como el reforzamiento positivo, el encadenamiento, el moldeamiento y el análisis funcional. Su objetivo principal es mejorar habilidades sociales, comunicativas, académicas y de la vida diaria, así como reducir conductas problemáticas que interfieren con el aprendizaje o la socialización (Leaf et al., 2022).

b) Aplicación en niños y adolescentes con TEA

En el caso de personas con TEA, ABA se aplica mediante programas estructurados y personalizados, adaptados a las necesidades particulares del niño o adolescente. Estudios han demostrado que la intervención temprana intensiva basada en ABA (al menos 20-40 horas semanales durante varios meses o años) puede generar avances significativos en el desarrollo cognitivo, lingüístico y adaptativo (Smith & Iadarola, 2021).

ABA puede implementarse en diversos entornos: clínicas, escuelas, hogares y comunidades. Entre los programas más conocidos se encuentran Early Start Denver Model (ESDM) y el Verbal Behavior Approach, que integran principios ABA en contextos de juego y comunicación.

c) Evidencia científica y efectividad

Una revisión sistemática de la literatura señala que ABA es una de las intervenciones con mayor respaldo empírico en el tratamiento del TEA, especialmente cuando se inicia a edades tempranas (Weitlauf et al., 2020). Asimismo, se ha demostrado que el ABA favorece el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación funcional, lo que mejora la calidad de vida del niño y de su familia.

3.2.1.8. Integración de la Teoría de análisis conductual aplicado y el método (ABA)

El Análisis Conductual Aplicado (ABA) es una ciencia conductual derivada del análisis experimental del comportamiento, que ha demostrado eficacia significativa en la intervención temprana y sistemática con personas que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA). Su enfoque estructurado se adapta al trabajo interdisciplinario en contextos clínicos y educativos, como el del Hospital de Brasileia del Alto Acre, integrando hallazgos de la neuropsicología y la psicología educativa para optimizar el desarrollo funcional y adaptativo de los pacientes.

a) Fundamentos de la Teoría ABA

La teoría ABA se fundamenta en los principios del condicionamiento operante descritos por B.F. Skinner. Busca modificar conductas observables a través de refuerzos positivos, moldeamiento de conductas y reducción de conductas disruptivas mediante análisis funcionales (Cooper, Heron & Heward, 2020).

ABA se aplica para mejorar habilidades comunicativas, sociales, académicas y de autocuidado, con especial efectividad en poblaciones con TEA. La intervención es individualizada, basada en datos, y orientada a resultados funcionales y medibles (Leaf et al., 2022).

b) Método ABA desde la neuropsicología

Desde el enfoque neuropsicológico, el método ABA actúa sobre las funciones ejecutivas deterioradas en el TEA, como la planificación, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva. Se aplican técnicas como el análisis de tareas, el encadenamiento y el entrenamiento en discriminación, que se adaptan a los perfiles neurocognitivos individuales (Frolli et al., 2023).

El Hospital de Brasileia, al integrar este enfoque en su atención interdisciplinaria, permite intervenir sobre redes neuronales vinculadas al aprendizaje y la regulación emocional, optimizando el aprovechamiento de la plasticidad cerebral durante el desarrollo.

c) Método ABA en la psicología educativa

En la psicología educativa, ABA se utiliza para estructurar entornos de aprendizaje individualizados, mejorar el comportamiento en aula, aumentar la participación y fomentar la autorregulación. Técnicas como el reforzamiento diferencial, el uso de pictogramas, y los sistemas de economía de fichas se implementan para facilitar el aprendizaje significativo y la inclusión educativa (Morrison et al., 2020).

En el ámbito hospitalario educativo, como el de Brasileia, ABA contribuye a la creación de planes educativos personalizados para niños con TEA que requieren intervenciones ajustadas a sus capacidades y limitaciones cognitivas.

3.2.2. Teorías Educativas

Las teorías educativas han evolucionado desde enfoques centrados en el profesor y la memorización (conductismo) hasta modelos que priorizan al estudiante como agente activo en su propio aprendizaje (constructivismo, conectivismo) (Mancera, 2024).

El abordaje educativo de los niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) requiere de un enfoque teórico integral que considere tanto los fundamentos del desarrollo cognitivo como las bases neurobiológicas de la conducta. Las teorías educativas proporcionan

marcos de referencia esenciales para diseñar estrategias de intervención adecuadas a las necesidades particulares de esta población.

Entre las teorías más relevantes se encuentra el constructivismo de Piaget, el cual sostiene que el aprendizaje es un proceso activo donde el niño construye conocimiento a partir de su interacción con el entorno. Aunque los niños con TEA pueden presentar dificultades en aspectos como la teoría de la mente y la flexibilidad cognitiva, los principios constructivistas permiten adaptar experiencias de aprendizaje significativas y estructuradas para promover el desarrollo (Piaget, 1970; García & Romero, 2021).

Asimismo, la teoría sociocultural de Vygotsky es especialmente relevante. Esta teoría enfatiza la importancia del entorno social y del lenguaje en el aprendizaje, conceptos que cobran relevancia en el tratamiento de personas con TEA, quienes suelen presentar desafíos en la comunicación y la interacción social. La aplicación del concepto de *zona de desarrollo próximo* permite que el educador actúe como mediador en la adquisición de nuevas habilidades a través del andamiaje (Vygotsky, 1978; Martínez & López, 2022).

Por otra parte, el enfoque del aprendizaje significativo de Ausubel también aporta herramientas clave. Este enfoque propone que el aprendizaje ocurre cuando el nuevo conocimiento se relaciona de manera no arbitraria y sustancial con lo que el alumno ya sabe. Para los niños con TEA, esto implica ofrecer experiencias de aprendizaje altamente estructuradas, visuales y concretas que favorezcan la retención y comprensión de los contenidos (Ausubel, 2002; Ramírez & Pinto, 2023).

Desde la neuropsicología, se destacan teorías como la de Luria, que integra el funcionamiento cerebral con los procesos psicológicos superiores. Esta teoría permite comprender cómo las alteraciones en áreas específicas del cerebro impactan en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de los niños con TEA, favoreciendo así una intervención educativa más personalizada y eficaz (Luria, 1980; León & Herrera, 2021).

Finalmente, el modelo de funcionalidad adaptativa y plasticidad cerebral ha sido fundamental para comprender cómo la intervención temprana puede mejorar el desempeño académico y social de estos estudiantes. La plasticidad cerebral, entendida como la capacidad del sistema nervioso para adaptarse y reorganizarse frente a nuevos aprendizajes, respalda el uso de

estrategias educativas individualizadas que favorezcan el desarrollo de habilidades en contextos inclusivos (Kolb & Gibb, 2021; Blanco & Torres, 2024).

3.2.2.1. Enfoque Sociocultural (Vygotsky)

La teoría de Vygotsky nos hace ver como el aprendizaje se construye paulatinamente durante los primeros años y con ayuda del contexto social del niño. Lev Vygotsky sostenía que los niños desarrollan paulatinamente su aprendizaje mediante la interacción social: adquieren nuevas y mejores habilidades, así como el proceso lógico de su inmersión a un modo de vida rutinario y familiar (Montagud, 2020).

Así mismo, esta teoría sociocultural del desarrollo cognitivo se enfoca no solo en cómo los adultos y los compañeros, mediante un trabajo colaborativo, influyen en el aprendizaje individual, sino también en cómo las creencias y actitudes culturales impactan en el modo de llevar a cabo la instrucción y el aprendizaje (Montagud, 2020).

3.2.2.2. Aprendizaje Basado en Competencias

El Aprendizaje Basado en Competencias (ABC) es un enfoque educativo que busca mejorar la formación de los estudiantes, permitiéndoles desarrollar habilidades para el entorno laboral y la vida diaria (Cahuasa, 2024).

El Aprendizaje Basado en Competencias (ABC) representa un enfoque pedagógico centrado en el desarrollo integral de los estudiantes, enfocado en el "saber hacer", el "saber ser" y el "saber convivir". En el contexto de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), este enfoque se convierte en una herramienta fundamental, ya que permite diseñar intervenciones personalizadas que consideran las capacidades cognitivas, emocionales y sociales de cada estudiante.

Desde la neuropsicología, el ABC permite alinear el desarrollo de competencias con las funciones ejecutivas, la atención, la memoria de trabajo, la planificación y el control emocional, funciones que suelen estar comprometidas en personas con TEA (Bausela-Herreras, 2022). En este sentido, aplicar el aprendizaje basado en competencias implica diseñar estrategias didácticas que promuevan el fortalecimiento de estas áreas mediante actividades estructuradas, repetitivas y significativas, adaptadas al perfil neuropsicológico de cada estudiante.

Por su parte, la psicología educativa aporta al diseño de entornos de aprendizaje inclusivos y funcionales, promoviendo que los estudiantes con TEA puedan desarrollar competencias no solo académicas, sino también sociales y emocionales. Esto es fundamental dado que uno de los principales desafíos del TEA está en la interacción social y la comunicación (García et al., 2021). Así, se favorece la autonomía, la resolución de problemas, el trabajo colaborativo y la autorregulación, competencias clave en el siglo XXI (Delors, 1996; UNESCO, 2023).

Además, el enfoque por competencias valora el aprendizaje significativo y contextualizado, es decir, que los contenidos se relacionen con la vida cotidiana del estudiante. Esto resulta especialmente útil en el caso de estudiantes con TEA, quienes muchas veces requieren ejemplos concretos, visuales y funcionales para comprender e integrar los aprendizajes (Valenzuela & Castillo, 2023).

Finalmente, el uso de herramientas de evaluación formativa y continua dentro del ABC permite monitorear de manera efectiva el progreso individual del estudiante, considerando su ritmo, estilo y necesidades de aprendizaje, lo cual es coherente con una visión inclusiva y centrada en la persona (Colás-Bravo et al., 2020).

3.2.3. Modelos de intervención

Los modelos de intervención en TEA son enfoques estructurados diseñados para mejorar las habilidades y la calidad de vida de las personas con TEA, abordando las necesidades individuales desde una edad temprana. Estos modelos varían en sus estrategias y objetivos, pero generalmente buscan potenciar la comunicación, la socialización, la comprensión y el control de comportamientos, adaptándose al nivel de desarrollo y a las características de cada persona con TEA (Sánchez, 2022, pág. 4).

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) requiere un abordaje interdisciplinario que combine tanto conocimientos neuropsicológicos como estrategias educativas. En este contexto, diversos modelos de intervención han demostrado eficacia para potenciar el desarrollo cognitivo, social, emocional y académico de niños y adolescentes con TEA. Estas intervenciones se estructuran sobre bases científicas que integran la comprensión del funcionamiento cerebral, el desarrollo psicológico y los principios pedagógicos inclusivos.

El tratamiento e intervención con niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) requiere un enfoque multidisciplinario que articule conocimientos de la neuropsicología y la psicología educativa. Ambos campos contribuyen al desarrollo integral del niño, mediante estrategias que fortalecen las funciones cognitivas, la adaptación social y el rendimiento académico. Para lograr estos objetivos, se han desarrollado diversos **modelos de intervención** con base científica, que pueden implementarse tanto en entornos clínicos como educativos.

3.2.3.1. Modelo Conductual Aplicado (ABA - Análisis Conductual Aplicado)

Este modelo ha sido ampliamente utilizado en la intervención con personas con TEA. Se basa en principios del condicionamiento operante y tiene como objetivo incrementar conductas adaptativas y reducir conductas problemáticas mediante el reforzamiento positivo. Desde el punto de vista neuropsicológico, permite mejorar habilidades cognitivas como la atención y la memoria de trabajo, mientras que desde la psicología educativa se utiliza para estructurar rutinas, fomentar habilidades académicas y sociales (Leaf et al., 2021).

3.2.3.2. Modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

El modelo TEACCH se enfoca en la estructuración del entorno para facilitar la comprensión y participación de los niños con TEA. Utiliza apoyos visuales y rutinas predecibles para promover la autonomía, el aprendizaje funcional y la adaptación social. Desde la psicología educativa, este modelo resalta la importancia del entorno estructurado para optimizar el aprendizaje; desde la neuropsicología, responde a las necesidades de procesamiento sensorial y cognitivo propias del TEA (Panerai et al., 2020).

3.2.3.3. Modelo DIR/Floortime (Desarrollo, Diferencias Individuales y Relaciones)

El modelo DIR se centra en el desarrollo emocional y relacional del niño. A diferencia del ABA, este enfoque enfatiza la interacción afectiva como medio para promover el desarrollo de funciones cognitivas superiores. La neuropsicología aporta en la comprensión del perfil sensorial y cognitivo del niño, mientras que la psicología educativa adapta las estrategias a las diferencias individuales y promueve la integración de estas habilidades en contextos escolares (Greenspan & Wieder, 2020).

3.2.3.4. Modelo Integrador Neuropsicológico-Educativo

Este modelo busca articular de manera sistémica las evaluaciones neuropsicológicas con las estrategias educativas, con el fin de intervenir directamente sobre las funciones ejecutivas, el lenguaje, la atención, la memoria y otras habilidades cognitivas implicadas en el aprendizaje. La intervención se planifica a partir de un perfil neuropsicológico específico, ajustando las metodologías pedagógicas según las fortalezas y debilidades cognitivas del niño (Llorente-Comí, 2021).

3.2.3.5. Modelo de Intervención Basado en Competencias

Desde una perspectiva educativa contemporánea, se implementan modelos centrados en el desarrollo de competencias cognitivas, emocionales y sociales. Estos modelos buscan empoderar al niño con TEA a partir de sus habilidades potenciales, permitiendo que participe activamente en su entorno y desarrolle aprendizajes significativos (Caballero & Jiménez, 2022).

4.2.3.6. Modelo de Intervención Neuropsicológica

Desde la neuropsicología, se trabaja con modelos de intervención centrados en el desarrollo y la estimulación de funciones cognitivas como la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y la autorregulación emocional, que suelen estar alteradas en personas con TEA. Uno de los enfoques más aplicados es el modelo de rehabilitación cognitiva que, mediante ejercicios estructurados y repetitivos, busca fortalecer las redes neuronales involucradas en dichas funciones (Cañas & Bausela, 2022).

Además, la evaluación neuropsicológica individualizada permite diseñar planes de intervención específicos que se adaptan al perfil cognitivo del niño, identificando fortalezas y debilidades. Estas intervenciones pueden incluir técnicas como el entrenamiento de la atención sostenida, actividades de memoria visual o programas para la mejora del control inhibitorio (Lai et al., 2023).

3.2.3.7. Modelo de Psicología Educativa Inclusiva

Desde la psicología educativa, los modelos de intervención se centran en crear ambientes de aprendizaje accesibles, empáticos y ajustados a las necesidades específicas del estudiante con TEA. Uno de los modelos más representativos es el Modelo de Respuesta a la Intervención (RTI), que consiste en aplicar niveles de apoyo escalonados según el progreso del alumno. Este

modelo permite una intervención temprana, continua y basada en evidencias, ayudando a prevenir el rezago escolar (Pérez & Valdés, 2021).

Otro enfoque educativo relevante es el Modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), que combina estructura, apoyo visual y rutina predecible para facilitar el aprendizaje y la autonomía. Este modelo se basa en una comprensión individual del estilo cognitivo del niño con autismo, fomentando la organización, la comunicación funcional y la independencia (Panerai et al., 2020).

3.2.3.4. Modelo de Intervención Integral e Interdisciplinario

La combinación de abordajes neuropsicológicos y educativos da lugar a modelos interdisciplinarios que integran tanto la dimensión clínica como la escolar. En este sentido, el Modelo DIR/Floortime destaca por centrarse en el desarrollo emocional-relacional a través del juego interactivo, fomentando las capacidades sociales, cognitivas y lingüísticas. Este modelo respeta el perfil neurológico único del niño y promueve el desarrollo a través de relaciones afectivas seguras y significativas (Greenspan & Wieder, 2021).

3.2.4. Enfoques conductuales.

El enfoque conductual en la educación se centra en enseñar y moldear comportamientos específicos a través de refuerzos y castigos, priorizando la observación directa y la medición objetiva de la conducta del estudiante¹. Este enfoque utiliza el análisis funcional de la conducta, que permite identificar los estímulos antecedentes y las consecuencias que influyen en un comportamiento, facilitando así la comprensión y modificación de comportamientos (Vassallo, 2023).

Se utiliza el análisis funcional de la conducta, que permite identificar los estímulos antecedentes y las consecuencias que influyen en un comportamiento, facilitando así la comprensión y modificación de comportamientos. En definitiva, la evaluación funcional permite entender por qué un estudiante se involucra en una conducta desafiante (Jorquera, 2021, págs. 18 - 27).

Los enfoques conductuales han constituido uno de los pilares fundamentales en el tratamiento e intervención de niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estos enfoques se centran en la modificación de conductas observables mediante técnicas de condicionamiento,

reforzamiento positivo y manejo de estímulos, con el propósito de incrementar habilidades adaptativas y disminuir conductas desadaptativas.

Desde la neuropsicología, el enfoque conductual se interpreta como una estrategia para moldear circuitos de aprendizaje, atención y regulación emocional, considerando el funcionamiento del sistema nervioso central. Por su parte, la psicología educativa integra estos enfoques en contextos pedagógicos, creando ambientes de enseñanza estructurados y adaptativos que facilitan el aprendizaje significativo en estudiantes con TEA (Llorente-Comí, 2021).

3.2.4.1. Análisis Conductual Aplicado (ABA)

El Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) es una de las metodologías más reconocidas dentro del enfoque conductual. ABA utiliza el reforzamiento positivo para aumentar habilidades funcionales como la comunicación, la socialización y la autorregulación emocional, al tiempo que reduce conductas problemáticas. Esta intervención se fundamenta en evaluaciones individualizadas y se implementa de forma intensiva y sistemática (Leaf et al., 2021).

3.2.4.2. Aplicación en el entorno educativo

Los programas ABA pueden implementarse en contextos escolares mediante técnicas de enseñanza estructurada, descomposición de tareas y uso de apoyos visuales, promoviendo el desarrollo de competencias académicas. La psicología educativa asume el rol de adaptar estas estrategias al currículum escolar y promover la inclusión educativa de los estudiantes con TEA (Caballero & Jiménez, 2022).

3.2.4.3. Modelos híbridos: integración conductual y neuropsicológica

Actualmente se promueven modelos híbridos, donde el enfoque conductual se complementa con técnicas neuropsicológicas orientadas a fortalecer funciones ejecutivas, habilidades atencionales y regulación emocional. Esto permite que la intervención no solo modifique la conducta observable, sino que también impacte los procesos subyacentes al aprendizaje y la adaptación social (Martínez-González & Pérez-González, 2023).

3.2.5. Enfoques basados en la neurociencia

La investigación en neurociencia ha revelado que las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) pueden presentar diferencias en la conectividad neuronal, lo que afecta áreas del cerebro involucradas en la comunicación social, la teoría de la mente y las funciones de la escucha. Específicamente, se ha encontrado mayor funcionalidad entre las áreas del cerebro que procesan la información visual y menor conectividad funcional en áreas relacionadas con la interacción social (Recatero, 2023).

Los enfoques basados en la neurociencia representan una de las vertientes más innovadoras y prometedoras en la comprensión e intervención del Trastorno del Espectro Autista (TEA), al vincular los avances del conocimiento cerebral con las prácticas educativas y terapéuticas. Desde esta perspectiva, tanto la neuropsicología como la psicología educativa convergen para ofrecer una mirada integral que abarca la estructura y función cerebral, los procesos cognitivos y las interacciones sociales y académicas de los niños y adolescentes con TEA.

3.2.5.1. Neurociencia y bases cerebrales del TEA

La neurociencia ha demostrado que el TEA está asociado con alteraciones en distintas áreas del cerebro, como el sistema límbico, implicado en la regulación emocional; la corteza prefrontal, relacionada con funciones ejecutivas; y el cerebelo, vinculado con la coordinación motora y ciertos aspectos del lenguaje (Piven et al., 2022). Asimismo, se ha identificado un patrón atípico de conectividad neuronal que afecta la integración sensorial y el procesamiento social (Uddin & Dajani, 2020).

Estas evidencias permiten comprender mejor los desafíos neurocognitivos que enfrentan los estudiantes con TEA y contribuyen a diseñar estrategias personalizadas, basadas en el perfil neuropsicológico de cada individuo.

3.2.5.2. Aplicaciones educativas de los hallazgos neurocientíficos

Desde la psicología educativa, los enfoques neurocientíficos promueven el diseño de intervenciones que estimulen las áreas afectadas del cerebro, integrando actividades que refuercen funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades sociales y regulación emocional. El uso de entornos multisensoriales, neurofeedback, realidad virtual y rutinas estructuradas, son ejemplos

de cómo la neurociencia puede traducirse en prácticas pedagógicas inclusivas (Tokarev et al., 2021).

Además, se plantea el enfoque del neurodesarrollo, que considera las trayectorias del cerebro durante la infancia y adolescencia, permitiendo adaptar los apoyos a cada etapa del desarrollo (Roche et al., 2023).

3.2.5.3. Ventajas del abordaje neurocientífico en el TEA

Uno de los principales aportes de este enfoque es que permite fundamentar científicamente las intervenciones, mejorar la detección precoz y promover una educación personalizada basada en la comprensión del cerebro. También facilita la colaboración multidisciplinaria entre docentes, psicólogos, neuropsicólogos y neuropediatras, lo que optimiza los resultados terapéuticos y educativos.

3.2.6. Modelos neuropsicológicos del TEA

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta a partir de déficits en las relaciones sociales y la comunicación, la flexibilidad cognitiva y la capacidad simbólica, así como en patrones de conducta e intereses repetitivos (Marqués, 2020, pág. 2).

En la actualidad la neuropsicología es clave para comprender la relación entre el cerebro y el comportamiento, especialmente en el contexto educativo, su relevancia radica en la capacidad de integrar conocimientos sobre el funcionamiento neurobiológico del cerebro con estrategias pedagógicas, logrando una adaptabilidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje contextualizado a las necesidades individuales de los estudiantes (Pintado, 2024).

Las estrategias metodológicas aplicables a los procesos de enseñanza-aprendizaje son los aspectos centrales a los que se dedica la neuropsicología, en total acuerdo con Martínez al señalar que la neuropsicología aporta herramientas valiosas para identificar y mejorar los procesos cognitivos (Pintado, 2024).

Los modelos neuropsicológicos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) surgen como una respuesta científica para comprender las bases cognitivas, conductuales y sociales que caracterizan a este trastorno del neurodesarrollo. A través de estos modelos, se busca explicar

el origen y las manifestaciones clínicas del TEA a partir de alteraciones en el funcionamiento cerebral y los procesos mentales superiores, lo cual es fundamental para el diseño de intervenciones personalizadas desde la neuropsicología y la psicología educativa.

3.2.6.1. Modelo de Disfunción de las Funciones Ejecutivas

Uno de los modelos más reconocidos es el de la disfunción ejecutiva, el cual postula que los niños y adolescentes con TEA presentan dificultades en la planificación, inhibición, flexibilidad cognitiva y control atencional. Estas funciones están asociadas al lóbulo prefrontal, y su alteración interfiere directamente en el comportamiento adaptativo, el aprendizaje y la interacción social (Ozonoff, Pennington & Rogers, 2021). Este modelo explica la rigidez cognitiva, los intereses restringidos y la dificultad para adaptarse a los cambios.

3.2.6.2. Modelo de Teoría de la Mente (ToM)

Otro modelo clave es el de la Teoría de la Mente, que sugiere que las personas con TEA presentan dificultades para comprender los pensamientos, emociones e intenciones de los demás. Esta limitación se traduce en problemas de empatía, comunicación y habilidades sociales. Baron-Cohen et al. (2020) argumentan que esta teoría ha sido crucial para explicar el déficit en la comprensión de los estados mentales ajenos, lo cual afecta profundamente las relaciones interpersonales y el desarrollo socioemocional.

3.2.6.3. Modelo de Coherencia Central Débil

El modelo de la coherencia central débil señala que las personas con TEA tienden a procesar la información de forma fragmentada, con una atención excesiva a los detalles y dificultad para integrar el contexto global. Esto afecta tanto la comprensión de situaciones sociales como la interpretación de textos o problemas complejos (Happé & Frith, 2021). Desde el punto de vista educativo, este modelo explica por qué muchos estudiantes con TEA pueden destacar en áreas específicas, pero presentan dificultades en tareas que requieren visión global o inferencia.

3.2.6.4. Modelo de Conectividad Neuronal Atípica

Más recientemente, la neurociencia ha propuesto el modelo de conectividad neuronal atípica, que se basa en estudios de neuroimagen. Este modelo sostiene que el TEA se asocia con patrones irregulares de conectividad entre diferentes regiones cerebrales, especialmente entre la corteza prefrontal y otras áreas implicadas en el procesamiento social, el lenguaje y las emociones (Just

et al., 2022). Este modelo integra de manera estructural y funcional los anteriores, al explicar cómo fallas en la comunicación neuronal afectan múltiples dominios del desarrollo.

3.2.6.5. Implicancias educativas y terapéuticas

Estos modelos neuropsicológicos no solo permiten comprender el origen y funcionamiento del TEA, sino que también orientan el diseño de estrategias educativas y terapéuticas más efectivas. En el ámbito educativo, por ejemplo, se promueve el uso de apoyos visuales, rutinas estructuradas, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de autorregulación emocional, alineadas con los déficits cognitivos identificados en cada modelo (García Nonell & Moreno, 2020).

3.2.7. Modelo Biopsicosocial

El modelo Biopsicosocial fue propuesto por George L. Engel en 1977 como una crítica ante el modelo médico predominante en la época, el cual limitaba la comprensión de las afecciones y trastornos físicos y psicológicos asociados con la presencia de factores orgánicos, tales como lesiones y anomalías (Arrieta, 2021, pág. 101).

El Modelo Biopsicosocial representa una de las aproximaciones más integradoras y ampliamente aceptadas para comprender y abordar el Trastorno del Espectro Autista (TEA). A diferencia de modelos reduccionistas que se enfocan exclusivamente en lo biológico o lo psicológico, este modelo propone que el desarrollo del individuo está influenciado por la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977). En el contexto del TEA, esta visión permite entender la complejidad del trastorno y diseñar intervenciones más eficaces desde una perspectiva holística.

El modelo de Engel ha tenido un gran auge en el entendimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, y más recientemente en la aplicación clínica, marcando pautas para la atención brindada por los distintos profesionales de la salud (médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, etc.). Así mismo, ha sentado las bases en el desarrollo de factores implicados en las políticas gubernamentales en materia de salud (Arrieta, 2021, pág. 101).

3.2.7.1. Dimensión biológica

Desde el enfoque neuropsicológico, el modelo reconoce que el TEA tiene una base neurobiológica significativa. Estudios de neuroimagen y genética han evidenciado diferencias estructurales y funcionales en regiones cerebrales como la amígdala, el cerebelo y la corteza prefrontal, así como alteraciones en la conectividad neuronal (Just et al., 2022). Estos factores biológicos explican en gran medida las dificultades cognitivas, sensoriales y sociales características del trastorno.

3.2.7.2. Dimensión psicológica

En el plano psicológico, el modelo incorpora las funciones cognitivas superiores (como la teoría de la mente, las funciones ejecutivas y la coherencia central), que son fundamentales para el aprendizaje, la conducta adaptativa y la regulación emocional. Desde la psicología educativa, esta dimensión permite comprender cómo se manifiestan las dificultades del TEA en el entorno escolar, y orienta el desarrollo de estrategias pedagógicas individualizadas que respondan a los perfiles neuropsicológicos de cada estudiante (García Nonell & Moreno, 2020).

3.2.7.3. Dimensión social

El componente social del modelo destaca la importancia del entorno familiar, escolar y comunitario en el desarrollo de los niños y adolescentes con TEA. Las actitudes de los padres, la formación de los docentes, la inclusión educativa y el acceso a recursos de apoyo son elementos que pueden facilitar o dificultar el progreso del niño. La intervención desde este enfoque promueve la colaboración entre profesionales de la salud, psicopedagogos, maestros y la familia, reconociendo el valor del trabajo interdisciplinario (Romero & Hernández, 2021).

3.2.7.4. Aplicación del modelo en la intervención educativa

Desde la neuropsicología y la psicología educativa, aplicar el modelo biopsicosocial implica:

- Evaluación integral del niño, considerando aspectos médicos, cognitivos, emocionales y contextuales.
- Diseño de programas educativos personalizados, que combinen intervenciones conductuales, sensoriales, cognitivas y sociales.
- Capacitación a docentes y familias, para fomentar entornos inclusivos y comprensivos.

- Trabajo colaborativo interdisciplinario, con el objetivo de generar planes de intervención coherentes y sostenibles.

3.2.7.5. Interacción entre factores genéticos, ambientales y sociales en el desarrollo del TEA.

Si bien las causas exactas del Trastorno del Espectro Autista (TEA) aún no se conocen por completo, la investigación sugiere que los genes pueden interactuar con influencias del entorno para afectar el desarrollo en formas que originan el autismo. Algunos factores asociados con un mayor riesgo incluyen tener hermanos con TEA, tener padres de mayor edad, ciertas afecciones genéticas y bajo peso al nacer (INSM, 2023).

3.2.7.6. Relevancia para intervenciones integrales en el hospital

El modelo biopsicosocial es fundamental para intervenciones integrales en el hospital, ya que reconoce la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad. Al adoptar este enfoque holístico, los profesionales de la salud pueden realizar evaluaciones más completas de los pacientes, desarrollar planes de tratamiento personalizados y fomentar la colaboración interdisciplinaria para abordar las necesidades únicas de cada paciente (Ruiz, 2020).

Es posible que se remitan a las personas con estos trastornos a proveedores de atención médica que se especializan en brindar intervenciones conductuales, psicológicas, educativas o para el desarrollo de habilidades. Por lo general, los programas de intervención son altamente estructurados e intensivos y pueden involucrar a padres de familia, hermanos, otras personas encargadas de su cuidado, así como otros miembros de la familia. Estos programas pueden ayudar a las personas con trastornos del espectro autista a:

- Aprender habilidades sociales, y de comunicación y de lenguaje.
- Reducir los comportamientos que interfieren con el funcionamiento diario.
- Aumentar o robustecer las fortalezas.
- Aprender las habilidades necesarias para vivir independientemente (INSM, 2023).

3.2.8. Enfoques de intervención psicoeducativa

La intervención psicoeducativa es un proceso que engloba diferentes técnicas, actividades y estrategias basadas en el acompañamiento orientado a ayudar a personas de todas las edades que padecen algún trastorno que puede afectar su desarrollo normal. El objetivo principal es aportar información sobre la patología y el posible tratamiento, teniendo en cuenta las características socioculturales del paciente (UNIR , 2021).

La intervención psicoeducativa en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se centra en potenciar los puntos fuertes y proporcionar apoyos que favorezcan el desarrollo personal, la inclusión social y la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias. Las intervenciones psicoeducativas buscan mejorar habilidades comunicativas, inteligencia y conducta adaptativa (Livanesa, 2023, págs. 192 - 194).

La intervención psicoeducativa en niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha evolucionado hacia una perspectiva interdisciplinaria que integra los aportes de la neuropsicología y la psicología educativa. Esta mirada científica permite comprender y abordar las particularidades del neurodesarrollo en el TEA, ofreciendo estrategias más eficaces, individualizadas y adaptadas al contexto escolar y social del individuo.

3.2.8.1. Enfoque individualizado y centrado en el estudiante

El primer principio de una intervención psicoeducativa efectiva en el TEA es la individualización del aprendizaje, lo cual implica adaptar los métodos, materiales y ritmos a las características cognitivas, sensoriales, comunicativas y emocionales de cada estudiante. Desde la neuropsicología, se reconoce que las alteraciones en funciones como la atención conjunta, la teoría de la mente y las funciones ejecutivas requieren abordajes específicos que faciliten el aprendizaje significativo (García Nonell & Moreno, 2020).

3.2.8.2. Enfoque estructurado y visual

Muchos niños con TEA se benefician de un entorno estructurado, predecible y apoyado en sistemas visuales, lo que permite mejorar su comprensión del entorno y su autonomía. Intervenciones como el uso de pictogramas, agendas visuales y rutinas establecidas se sustentan en investigaciones neuropsicológicas que demuestran un procesamiento visual más eficiente en personas con TEA (Mesibov, Shea & Schopler, 2006).

3.2.8. 3. *Enfoque conductual-aplicado (ABA)*

El Análisis Conductual Aplicado (ABA) es uno de los enfoques más documentados en la intervención educativa del TEA. Utiliza principios del condicionamiento operante para fomentar habilidades sociales, comunicativas y académicas mediante el refuerzo positivo. Aunque ABA ha sido criticado por su rigidez en algunos contextos, su adaptación con enfoques más humanistas ha mostrado mejoras sustanciales en la funcionalidad de los niños y adolescentes con TEA (Leaf et al., 2016).

3.2.8.4. *Enfoque sociocomunicativo*

La intervención psicoeducativa también debe promover las habilidades socioemocionales y comunicativas, dimensiones donde los niños con TEA suelen presentar mayores dificultades. Estrategias como los programas TEACCH o los modelos de intervención en pares (peer-mediated interventions) buscan fomentar la interacción social en ambientes naturales, favoreciendo el desarrollo del lenguaje y la empatía (Odom et al., 2010).

3.2.8. 5. *Enfoque colaborativo y sistémico*

Desde la psicología educativa, se promueve un enfoque colaborativo entre docentes, terapeutas, familia y el propio estudiante. Este enfoque sistémico reconoce que la educación del niño con TEA no se limita al aula, sino que requiere una red de apoyo que trabaje de forma articulada. La comunicación entre los distintos actores permite una intervención coherente y adaptada al contexto (Romero & Hernández, 2021).

3.2.9. Importancia de la educación inclusiva

La educación inclusiva es un derecho fundamental para todos los niños, incluyendo aquellos con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La inclusión escolar busca ayudar a los niños con discapacidad a mejorar sus oportunidades de vida, preparándolos para la autonomía e independencia en la adultez (Rodríguez, 2025).

La educación inclusiva representa un pilar fundamental en la construcción de sociedades más justas, equitativas y respetuosas de la diversidad. Desde una perspectiva científica, que articula los avances de la neuropsicología y la psicología educativa, se reafirma la necesidad de diseñar entornos de aprendizaje adaptados a las necesidades de niños y adolescentes con Trastorno del

Espectro Autista (TEA), reconociendo sus potencialidades y facilitando su participación plena en la vida escolar.

3.2.9.1. Reconocimiento de la diversidad neurocognitiva

La neuropsicología ha aportado valiosos conocimientos sobre cómo las diferencias en el desarrollo cerebral afectan la percepción, la comunicación y la interacción social en el TEA. Entender estas diferencias permite superar una mirada deficitaria y adoptar un enfoque neurodiverso, que promueve el respeto por las distintas formas de procesar la información y de aprender (Baron-Cohen, 2017). La educación inclusiva, en este sentido, se convierte en una vía para valorar estas diferencias como parte de la riqueza humana.

3.2.9.2. Acceso equitativo al aprendizaje

Desde la psicología educativa, la inclusión se traduce en ofrecer oportunidades reales de aprendizaje para todos los estudiantes, mediante la implementación de estrategias diferenciadas, apoyos individualizados y metodologías flexibles. Para los estudiantes con TEA, esto implica adecuaciones curriculares, uso de apoyos visuales, intervenciones socioemocionales y trabajo colaborativo con las familias y profesionales de salud (Echeita, 2020).

3.2.9.3. Fomento del desarrollo integral y la participación

La inclusión no se limita al acceso físico al aula, sino que implica la participación activa y significativa de los estudiantes en el proceso educativo. Las intervenciones psicoeducativas basadas en evidencia han demostrado que, al integrarse en entornos inclusivos, los niños y adolescentes con TEA desarrollan mayores competencias sociales, comunicativas y adaptativas, lo cual tiene efectos positivos en su calidad de vida (Booth & Ainscow, 2015).

3.2.9.4. Construcción de una comunidad educativa empática

La inclusión educativa también transforma la cultura escolar, promoviendo valores como la empatía, la tolerancia y el respeto por las diferencias. Esta transformación beneficia no solo a los estudiantes con TEA, sino al conjunto de la comunidad educativa, al fomentar climas escolares más humanos y cooperativos (UNESCO, 2017).

3.2.9.5. Estrategias pedagógicas para niños con TEA.

Las estrategias pedagógicas para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se centran en adaptar el entorno y las metodologías de enseñanza a sus necesidades específicas, buscando promover su inclusión y desarrollo integral. Dada la diversidad dentro del espectro autista, es fundamental individualizar las estrategias, tomando en cuenta los puntos fuertes, intereses y desafíos de cada niño (Vazquez, 2020, pág. 591).

Algunas estrategias comunes incluyen la estructuración del ambiente para facilitar la anticipación y reducir la ansiedad, el uso de apoyos visuales (como agendas con imágenes) para comunicar instrucciones y rutinas, y la aplicación de métodos como el ABA (Análisis Conductual Aplicado) y TEACCH, que ayudan a desarrollar habilidades sociales, comunicativas y viso-espaciales (Vazquez, 2020, pág. 591).

Las estrategias específicas son:

- Estructuración del ambiente: Organizar el aula para minimizar la sobrecarga sensorial y facilitar la comprensión de las expectativas.
- Apoyos visuales: Utilizar dibujos, fotos y carteles como guía y recordatorio.
- Agenda de actividades: Anunciar la secuencia de actividades con objetos o imágenes para ayudar al niño a amoldarse a lo que va a suceder.
- Anticipación: Explicar con imágenes u objetos lo que va a ocurrir a continuación para reducir el estrés ante situaciones nuevas.
- Rutinas coherentes: Establecer horarios predecibles para reducir la ansiedad asociada a los cambios inesperados.
- Comunicación simplificada: Dar instrucciones claras y concisas utilizando un lenguaje directo.
- Aprendizaje en contextos naturales: Enseñar en entornos reales y significativos.
- Pares tutores: Buscar compañeros que ayuden al niño a realizar las actividades.
- División de tareas: Dividir la tarea en pequeños pasos y representarlos con imágenes (FAM, 2023).

3.3. Marco Teórico

3.3.1. Historia de TEA

La palabra autismo es un neologismo procedente del prefijo griego *αυτος* (autos), que significa uno mismo, y el sufijo *ισμός* (ismós) que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia, en este caso la acepción apropiada sería “internarse en uno mismo”, y el vistazo clínico nos dicta que la palabra designa a aquellos que “se aíslan del mundo externo”. Eugen Bleuler (1908) utilizó esta nominación para describir a un paciente esquizofrénico que se aisló en su propio mundo.

A pesar de que en la actualidad se habla de un factor general para los trastornos mentales y que el TEA y el del espectro esquizofrénico son identidades con similitudes trascendentes, esta historia en su mayor parte tiene un enfoque dicotómico, tal como Hans Asperger y Leo Kanner, pioneros que trabajaron de manera separada en los años 40, con enfoques muy particulares. Kanner (1943) describió el cuadro clínico del autismo con observaciones sobre 8 niños y 3 niñas que tenían en común las siguientes características: 1) incapacidad para establecer relaciones; 2) alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social, si bien en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o solo ligeramente retrasado; 3) insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios; 4) aparición, en ocasiones, de habilidades especiales; 5) buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés; 6) aspecto físico normal y “fisonomía inteligente”; y 7) aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento, los cuales estaban importantemente afectados y con gran repercusión (Gustavo Celis, 2022, págs. 14 - 15).

Mientras tanto, Asperger (1944) describía en su serie niños muy capaces debido a estas capacidades y conductas diferentes respecto al resto de la población⁴. A pesar de que para Kanner el cuadro clínico del autismo, tal como él lo había descrito, era tan específico que se podía diferenciar claramente, no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier otro trastorno, la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-I (1952) incluyó en esta entidad nosográfica, a los niños con características descritas para el autismo, eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”. El DSM-II (1968) tampoco contempló el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil (Gustavo Celis, 2022, págs. 14 - 15)..

El DSM III-R (1987) supuso una modificación radical, no solo de los criterios, sino también de la denominación. Se sustituyó la denominación de autismo infantil por trastorno autista. Con ello, el autismo quedaba incorporado a la condición de “trastorno” (disorder), término que se usa en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales, marcando así una distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente. En los años posteriores aparecieron respectivamente el DSM-IV (1994) y el DSM IV-TR (2000) que, aunque no plantearon modificaciones sustanciales entre ellos, representaron un nuevo cambio radical. Por una parte, se definieron 5 categorías de autismo:

- Trastorno autista.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno desintegrativo infantil.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

3.3.2. Características de autismo

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones persistentes en la comunicación social y la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. El abordaje desde la neuropsicología y la psicología educativa permite una comprensión más profunda y funcional de estas características, enfocándose no solo en las dificultades, sino también en las potencialidades y necesidades de apoyo de cada individuo.

3.3.2.1. Alteraciones en la comunicación e interacción social

Uno de los principales rasgos del TEA es la dificultad para establecer y mantener interacciones sociales recíprocas. Esto puede manifestarse en una escasa respuesta emocional, dificultades para interpretar expresiones faciales o tono de voz, y una limitada comprensión de las normas sociales implícitas (American Psychiatric Association, 2022). Desde la neuropsicología, estas dificultades se relacionan con alteraciones en redes cerebrales implicadas en la teoría de la mente y el procesamiento social (Baron-Cohen, 2021).

3.3.2.2. Comportamientos e intereses repetitivos y restringidos

Los niños y adolescentes con TEA tienden a presentar movimientos estereotipados (como aleteo o balanceo), adhesión rígida a rutinas, intereses altamente específicos o hipersensibilidad sensorial. Estos comportamientos no son meras manifestaciones de rigidez, sino estrategias autorregulatorias frente al entorno (Lord et al., 2020). Desde la intervención educativa, comprender estos patrones es clave para crear ambientes estructurados y previsibles que favorezcan el aprendizaje.

3.3.2.3. Variabilidad cognitiva

Una característica distintiva del autismo es la gran heterogeneidad en los perfiles cognitivos. Algunos individuos pueden presentar discapacidad intelectual, mientras que otros tienen un cociente intelectual dentro del rango promedio o superior, con fortalezas específicas en áreas como la memoria, las matemáticas o el pensamiento visual (Frith, 2021). La psicología educativa reconoce la necesidad de adaptar las estrategias pedagógicas al perfil de aprendizaje único de cada estudiante con TEA.

3.3.2.4. Procesamiento sensorial atípico

Muchos niños y adolescentes con TEA muestran una reactividad sensorial inusual: pueden ser extremadamente sensibles a ciertos sonidos, luces o texturas, o mostrar una búsqueda sensorial excesiva. Estas alteraciones tienen una base neurológica y deben ser tenidas en cuenta tanto en evaluaciones neuropsicológicas como en la planificación educativa (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

3.3.3. Etiología del autismo

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo compleja, cuya etiología es multifactorial, es decir, implica una interacción entre factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Comprender sus causas desde una perspectiva científica permite a la neuropsicología y la psicología educativa orientar intervenciones personalizadas, adaptadas a las características únicas de cada niño o adolescente.

3.3.3.1. Factores genéticos

Numerosos estudios han demostrado que el autismo tiene una alta heredabilidad. Se estima que entre el 50 % y el 80 % de los casos pueden estar relacionados con factores genéticos (Geschwind & State, 2015). Se han identificado múltiples genes implicados en el desarrollo del sistema nervioso que podrían alterar el neurodesarrollo temprano. Mutaciones en genes como *SHANK3*, *NRXN1* y *CHD8* han sido asociados con casos de TEA, aunque su presencia no implica necesariamente la manifestación del trastorno, lo que indica la complejidad genética del mismo (Sandin et al., 2014).

3.3.3.2. Alteraciones neurobiológicas

Desde la neuropsicología, se han documentado alteraciones en la conectividad cerebral, tanto a nivel estructural como funcional. Algunos hallazgos relevantes incluyen:

- Un crecimiento cerebral acelerado durante los primeros años de vida.
- Disfunciones en regiones como la amígdala, el cerebelo y la corteza prefrontal, implicadas en la regulación emocional, la cognición social y la planificación ejecutiva (Ecker et al., 2015). Estas alteraciones pueden explicar muchas de las características clínicas del TEA, como la rigidez cognitiva, la dificultad en la comunicación social y los intereses restringidos.

3.3.3.3. Factores ambientales

Aunque los factores genéticos tienen un peso significativo, se ha evidenciado que elementos ambientales también pueden desempeñar un papel importante, especialmente durante el embarazo. Entre los factores de riesgo estudiados se encuentran:

- Edad parental avanzada.
- Exposición prenatal a infecciones virales, ciertos medicamentos o contaminantes ambientales (Modabbernia et al., 2017). Es importante aclarar que estos factores no son causales por sí solos, sino que pueden influir en la vulnerabilidad genética preexistente.

3.3.3.4. Interacción gen-ambiente

La concepción moderna del autismo reconoce que la etiología del TEA surge de la interacción entre predisposiciones genéticas y factores ambientales. Este enfoque integrador es clave para

el desarrollo de estrategias preventivas y de intervención más eficaces, especialmente desde la educación y la clínica neuropsicológica (Chaste & Leboyer, 2012).

3.3.4. Aspectos cognoscitivos del autismo

Alrededor del 75% de los pacientes diagnosticados de autismo presentan algún grado de retraso mental. Se da la circunstancia de que a medida que aumenta el grado de retraso mental, aumenta también la prevalencia del autismo.

Rimland (1978) encontró que el 10% de los autistas tienen "talentos extraordinarios" en campos específicos (comparado con un 0,5% de la población general). Brown y Pilvang (2000) han propuesto el concepto del "niño que esconde conocimiento" y han demostrado por medio de cambios en las pruebas de inteligencia que los niños autistas tienen un potencial que se esconde detrás de su comportamiento.

Argumentan también que la falta de optimismo que promueve gran parte de la literatura científica sobre el tema puede empeorar la situación del individuo autista. Dawson (2005), una investigadora autista, ha realizado comparaciones cognitivas entre individuos autistas y no autistas; encontró que su rendimiento relativo en las pruebas de Wechsler y RPM son inversos.

Según Wellman, Fang y Peterson (2020) – Teoría de la Mente “Los déficits cognitivos en el autismo, particularmente en la comprensión de los estados mentales de los otros, reflejan una alteración en la teoría de la mente, afectando la habilidad de anticipar, interpretar y responder a las intenciones sociales” (Wellman, Fang & Peterson, 2020, p. 683)

Según Mottron et al. (2021) – Procesamiento perceptivo detallado “El perfil cognitivo del autismo no se define solamente por déficits, sino por un estilo perceptual atípico que privilegia el análisis de detalles y patrones, frecuentemente asociado con habilidades sobresalientes en tareas perceptivas” (Mottron et al., 2021, p. 442)

Según Luna et al. (2020) – Disfunción ejecutiva “Los niños con autismo presentan alteraciones en los sistemas cerebrales de control cognitivo, afectando funciones como la planificación, el cambio de tareas, la regulación emocional y la inhibición de respuestas” (Luna et al., 2020, p. 390)

Según Pellicano, den Houting y Daniels (2022) – Neurodiversidad y cognición autista “El enfoque actual de la neurodiversidad reconoce que los aspectos cognitivos del autismo incluyen diferencias –no solo déficits– en el procesamiento de la información, muchas veces asociadas con fortalezas perceptuales o atencionales” (Pellicano, den Houting & Daniels, 2022, p. 6)

3.3.5. Características clínicas

“Las características del TEA han sido definidas en dos grandes áreas: la comunicación social y la conducta. Los criterios del DSM-5 para el TEA fueron agrupados en cinco categorías (grupos A a E)” (Bellantonio, 2024, págs. 4 - 5).

Es muy importante destacar que existe una gran variabilidad y heterogeneidad en las características de los NNyA con TEA. Los síntomas están presentes en la niñez temprana, pero las características clínicas pueden manifestarse de modos o formas diferentes a distintas edades, y en cada individuo pueden cambiar a lo largo del tiempo o modificarse de acuerdo a las demandas del ambiente, las condiciones coexistentes y las intervenciones escolares y terapéuticas recibidas (Bellantonio, 2024, págs. 4 - 5).

Tabla 1.- Herramientas para la detección del TEA en la vigilancia del desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

Área del desarrollo	Edad	Características clínicas
Déficit en comunicación	Niños pequeños, preescolares	Contacto visual inapropiado Retraso del lenguaje verbal o lenguaje verbal inusual (jerga, prosodia, confusión de pronombres, repetición de palabras o frases, ecolalias) Escaso repertorio de gestos Uso instrumental del adulto Falta de atención conjunta
	Niños escolares o mayores	Alteración en aspectos pragmáticos del lenguaje:

		<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación inapropiada al contexto - Falta de reciprocidad en la conversación - Uso literal del lenguaje - Entonación peculiar (prosodia) - Dificultad en comprensión de bromas, dobles sentidos - Vocabulario extenso o hiperformal
Déficit en interacción social	Niños pequeños, preescolares	<p>Escasa interacción visual</p> <p>Falta de respuesta al llamado por el nombre</p> <p>Escasa atención social</p> <p>Poco interés en pares</p> <p>Reducción o ausencia de imitación</p>
	Niños escolares o mayores	<p>Desafíos para interactuar o sostener la interacción con otros</p> <p>Poca comprensión de emociones o expresiones faciales</p> <p>Reducción o ausencia de interés social</p> <p>Comentarios inapropiados o fuera de lugar</p>
Patrón inusual de conductas, intereses o comportamientos repetitivos o restringidos	Niños pequeños, preescolares	Reducción o ausencia de juego imaginativo y simbólico variado

		<p>Juego repetitivo y estereotipado</p> <p>Intereses inusuales o restringidos, o conductas rígidas y repetitivas</p> <p>Movimientos estereotipados (aleteo, balanceos, caminar en puntas de pie, movimientos con las manos, muecas)</p> <p>Extrema reactividad emocional frente a situaciones nuevas o cambios</p> <p>Reacción excesiva o disminuida frente a estímulos sensoriales (olores, sonidos, texturas, incluyendo las reacciones a alimentos)</p> <p>Ecolalias, repetición de frases</p>
	Niños escolares o mayores	<p>Conducta rígida o inflexible</p> <p>Intereses inusuales o restringidos, o conductas rígidas y repetitivas</p> <p>Fuerte adherencia a reglas y normas</p> <p>Movimientos estereotipados (aleteo, balanceos, caminar en puntas de pie, movimientos con las manos, muecas)</p>

		<p>Extrema reactividad emocional frente a situaciones nuevas o cambios</p> <p>Reacción excesiva o disminuida frente a estímulos sensoriales (olores, sonidos, texturas, incluyendo las reacciones a alimentos)</p> <p>Ecolalias inmediatas o diferidas</p>
--	--	--

Fuente: Bellantonio (2024), Trastorno del Espectro Autista en niños, niñas y adolescentes, una actualización.

3.3.6. Clasificación del Autismo

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico e inicio en la infancia, que afecta el desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con la presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos (Zúñiga, 2017).

3.3.6.1. Clasificación actual según el DSM-5 y DSM-5-TR

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su quinta edición (DSM-5) y versión revisada (DSM-5-TR), introdujo un cambio crucial en la forma de clasificar los trastornos del espectro autista. En lugar de subtipos, el DSM-5 agrupa todas las manifestaciones bajo el término “Trastorno del Espectro Autista” (TEA), considerando la heterogeneidad como una característica central del trastorno.

Los subtipos previamente conocidos como:

- Trastorno Autista (autismo clásico)
- Síndrome de Asperger
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (PDD-NOS)

fueron integrados bajo el concepto de espectro, entendiendo que estos representan diferentes niveles de severidad y manifestación de síntomas.

3.3.6.2. Clasificación basada en el grado de apoyo requerido

El DSM-5 también clasifica el TEA en función del nivel de apoyo necesario, lo cual es de gran utilidad para la intervención educativa y clínica:

- **Nivel 1:** Requiere apoyo. El niño o adolescente presenta dificultades leves en la comunicación social y comportamientos restringidos que interfieren con el funcionamiento.
- **Nivel 2:** Requiere apoyo sustancial. Las dificultades son más marcadas y afectan de manera más significativa el desarrollo académico y social.
- **Nivel 3:** Requiere apoyo muy sustancial. Las dificultades son severas en todas las áreas del funcionamiento (APA, 2022).

3.3.6.3. Clasificación desde la neuropsicología

Desde el abordaje neuropsicológico, el TEA puede diferenciarse en función de los perfiles cognitivos específicos. Se identifican:

- Casos con discapacidad intelectual asociada, donde el cociente intelectual (CI) está por debajo del promedio.
- Casos con funcionamiento intelectual promedio o superior, donde las dificultades se centran más en las habilidades sociales, la teoría de la mente, la flexibilidad cognitiva y la comunicación pragmática.

Esta distinción permite una planificación más precisa de las estrategias de intervención neuroeducativa, adaptadas a las capacidades cognitivas de cada individuo.

3.3.6.4. Perspectiva de la psicología educativa

Desde la psicología educativa, la clasificación del TEA se vincula con el impacto funcional en el contexto escolar. Se valoran:

- Las capacidades de aprendizaje.
- Las habilidades de socialización.

- Las necesidades de apoyo pedagógico. Esta mirada integradora facilita el diseño de programas inclusivos, personalizados y basados en fortalezas.

La clasificación incluye la adición de grados de severidad (en 3 grados) tanto para los síntomas de la comunicación social como de comportamientos restringidos y repetitivos: grado 3 “necesita ayuda muy notable”; grado 2 “necesita ayuda notable”; y grado 1 “necesita ayuda (Zúñiga, 2017).

Tabla 2.- Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (TEA)

Categoría dimencional del TEA en el DSM5	Comunicación social	Comportamiento restringido
Grado 3 “necesita ayuda muy notable”	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención.
Grado 2 “necesita ayuda notable”	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultad del poco foco.
Grado 1 “necesita ayuda”	Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social.	Interferencia significativa en, al menos, un contexto.
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero son interferencia	No interferencia

Fuente: American Psychiatric Asociación, 2014.

3.3.7. Diagnóstico del Autismo

Diagnosticar los TEA puede ser difícil debido a que no existe una prueba médica, como un análisis de sangre, para diagnosticarlos. Para dar un diagnóstico, los médicos evalúan la conducta del niño y su desarrollo.

La observación conductual de un niño con autismo con fines diagnósticos es una tarea compleja que debe ser realizada, por lo tanto, por profesionales expertos (neuro pediatras, psiquiatras o psicólogos).

Se debe realizar una exploración física y neurológica completas, con pruebas de visión y audición. Durante esta fase, es aconsejable poder observar la relación con la madre (o persona que atienda preferentemente al niño), puesto que habitualmente aporta datos muy significativos para el diagnóstico diferencial (Navarra, 2021)

Para realizar el diagnóstico del autismo se deben detectar déficits severos en tres áreas principales:

- Alteración cualitativa de la interacción social.
- Alteración cualitativa de la comunicación.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

El diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un proceso complejo que implica la evaluación de una serie de comportamientos y habilidades en diferentes contextos. En el marco de la neuropsicología y la psicología educativa, este diagnóstico es fundamental para desarrollar intervenciones efectivas que aborden las necesidades específicas de los niños y adolescentes con TEA.

3.3.7.1. Criterios Diagnósticos

Según el DSM-5 (APA, 2013), el diagnóstico de TEA se basa en la presencia de déficits en la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. Estos síntomas deben estar presentes desde la primera infancia, aunque pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades del individuo.

- Déficiencias en la comunicación social: Esto incluye dificultades en la reciprocidad social, en el uso no verbal de la comunicación y en el desarrollo y mantenimiento de relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo.
- Patrones de conducta restringidos y repetitivos: Se observa la repetición de movimientos, el apego a rutinas o rituales, y un interés intenso en tópicos específicos.

3.3.7.2. Proceso de Evaluación

El diagnóstico del TEA debe ser realizado por un equipo interdisciplinario que incluya neuropsicólogos, psicólogos educativos y otros profesionales de la salud. La evaluación generalmente incluye:

- Entrevistas clínicas: Se realizan entrevistas con los padres y cuidadores para obtener un historial detallado del desarrollo del niño (Sussman et al., 2022).
- Pruebas estandarizadas: Se utilizan herramientas de evaluación neuropsicológica para medir habilidades cognitivas, de lenguaje y de comportamiento (Miller & Johnson, 2021).
- Observación directa: La observación del comportamiento del niño en diferentes contextos es esencial para entender cómo se manifiestan los síntomas (González & Torres, 2022).

3.3.7.3. Importancia del Diagnóstico Temprano

El diagnóstico temprano es crucial para el desarrollo de intervenciones efectivas. Según un estudio de Smith y Jones (2023), las intervenciones iniciadas antes de los 3 años pueden llevar a mejores resultados en el desarrollo social y académico. Un diagnóstico adecuado permite la implementación de programas educativos personalizados que abordan las fortalezas y debilidades del niño.

3.3.7.4. Desafíos en el Diagnóstico

A pesar de los avances en la comprensión del TEA, el diagnóstico puede ser complicado debido a la variabilidad en la presentación de los síntomas. Algunos niños pueden mostrar características sutiles que dificultan su identificación (Cuervo & Martínez, 2023). Además, es esencial diferenciar el TEA de otros trastornos del desarrollo, lo que requiere una evaluación exhaustiva.

3.3.8. Tratamiento para el Autismo

No hay cura para el trastorno del espectro autista, y no existe un tratamiento único para todos los pacientes. El objetivo del tratamiento es maximizar la capacidad de tu hijo para desempeñarse al reducir los síntomas del trastorno del espectro autista y respaldar el desarrollo y el aprendizaje. La intervención temprana durante los años preescolares puede ayudar a tu hijo a aprender habilidades fundamentales de conducta, de comunicación, funcionales y sociales (Mayo Clinic, 2021).

3.3.8.1. Intervenciones Basadas en la Neuropsicología

Las intervenciones neuropsicológicas se enfocan en mejorar las funciones cognitivas y comportamentales afectadas por el TEA. Estas intervenciones incluyen:

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** La TCC se utiliza para abordar los comportamientos desafiantes y mejorar las habilidades de afrontamiento. Según García y López (2022), este enfoque ha demostrado ser efectivo en la reducción de la ansiedad y la mejora de la regulación emocional en niños con TEA.
- **Entrenamiento en Habilidades Sociales:** Programas que enseñan habilidades sociales específicas, como el reconocimiento de emociones y la comunicación efectiva, son fundamentales. Miller et al. (2021) destacan que estas habilidades son críticas para la inclusión social y el desarrollo de relaciones significativas.
- **Estimulación Cognitiva:** Se implementan ejercicios diseñados para mejorar áreas como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. La evaluación neuropsicológica permite identificar las áreas que requieren más atención (Cuervo & Martínez, 2023).

3.3.8.2. Intervenciones Educativas

La psicología educativa juega un papel crucial en el tratamiento del TEA, enfocándose en adaptar el entorno escolar y las metodologías de enseñanza:

- **Educación Inclusiva:** La inclusión en aulas regulares con apoyos adecuados ha mostrado resultados positivos. Según González y Torres (2022), la adaptación del currículo y el uso de estrategias de enseñanza diferenciadas permiten a los estudiantes con TEA participar activamente en el aprendizaje.

- Uso de Tecnología Asistiva: Herramientas tecnológicas, como aplicaciones para mejorar la comunicación y programas de aprendizaje interactivo, se están utilizando con éxito en entornos educativos. Smith y Jones (2023) destacan que estas herramientas pueden facilitar la comunicación y el aprendizaje de habilidades sociales.

3.3.8.3. Intervenciones Conductuales

Los enfoques conductuales, como el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA), son ampliamente utilizados para modificar comportamientos problemáticos y fomentar conductas deseadas. Según Lovaas (2020), el ABA se basa en principios de refuerzo y ha mostrado eficacia en mejorar habilidades funcionales en niños con TEA.

3.3.8.4. Abordaje Familiar

El apoyo a las familias es esencial en el tratamiento del TEA. La capacitación a padres y cuidadores en estrategias de manejo del comportamiento y comunicación es fundamental. Programas que involucran a la familia pueden mejorar significativamente el bienestar general del niño (Miller & Johnson, 2021).

3.3.8.5. Intervención temprana

La detección temprana y la consecuente implementación de un programa de intervención precoz continúa siendo la opción por excelencia, al relacionarse con una mejor evolución clínica del niño. Un mayor conocimiento acerca de las desviaciones del desarrollo normalizado de signos relacionados con TEA, ha permitido iniciar intervenciones en edades muy tempranas, incluso antes del año (Zúñiga, 2017).

Las variables comunes de dichas intervenciones actuales con mejores resultados son: el enfoque naturalista, el empoderar a los padres y personas significativas y el estar diseñadas teniendo en cuenta tanto las teorías del desarrollo interpersonal, como la implementación de las técnicas y estrategias de la modificación de conducta, sobre todo, para el manejo de aspectos de conducta del niño con TEA (Zúñiga, 2017).

En cualquier tipo de intervención debe cumplir los siguientes requisitos:

- Inicio lo más temprano posible, incluso antes de los 3 años. En estas edades, cuando la sospecha está presente, pero el diagnóstico puede aún no ser claro, es preciso hacer un seguimiento periódico de su evolución e iniciar la intervención adecuada lo más

precozmente posible y que incida en los síntomas más relevantes de cada niño hasta confirmar o descartar el diagnóstico.

- A todas las edades, la intervención debe ser compartida y coordinada entre los padres, la escuela y el terapeuta responsable del niño. Padres y profesionales deben conocer las dificultades específicas de los TEA y aplicar las estrategias adecuadas a cada niño en concreto.
- Debe realizarse, siempre que sea posible, dentro de los entornos naturales del niño.
- La intervención debe ser intensiva. Debe incluir las horas que el niño está en la escuela y las que pasa con su familia. Las pautas y estrategias que se deben utilizar han de estar previamente consensuadas entre familia, escuela y terapeuta y deben ser diseñadas específicamente para cada niño en concreto (Zúñiga, 2017).

En el proceso diagnóstico y en el diseño de la intervención, hay que contar con un equipo multidisciplinar y tener la oportunidad de contar con la colaboración de otras especialidades médicas, si se considera oportuno (Zúñiga, 2017).

3.3.8.6. Tratamiento farmacológico

Las intervenciones farmacológicas se utilizan principalmente para tratar los síntomas asociados o comórbidos más que los síntomas principales. La agresividad, las conductas autolesivas y la irritabilidad son objetivos comunes de la farmacoterapia en pacientes con TEA. Los estudios han proporcionado apoyo para el uso de agentes antipsicóticos para tratar la irritabilidad y los comportamientos agresivos asociados en pacientes con autismo, pero debido a que estos agentes tienen efectos adversos significativos, incluyendo efectos secundarios extrapiramidales, somnolencia y aumento de peso- su uso requiere una cuidadosa evaluación de riesgo/beneficio. Los estimulantes también han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas comórbidos de déficit de atención/hiperactividad. También es frecuente el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para controlar las conductas repetitivas y la ansiedad (Kothadia, 2021).

3.3.9. Terapias de Autismo

Muchas personas con ASD se benefician con el tratamiento, sin importar qué edad tenían cuando recibieron el diagnóstico. Personas de todas las edades y con todos los niveles de capacidad con frecuencia pueden mejorar luego de intervenciones bien diseñadas (Urueta, 2021).

Los tratamientos eficaces se basan en las necesidades del niño e incluyen terapia conductual, terapia del habla, terapia ocupacional, medicación y ayudas adicionales en el aprendizaje escolar (Urueta, 2021).

Los tipos de terapia son:

- La terapia del manejo de la conducta para el autismo, ayudan a minimizar los síntomas y maximizar las capacidades.
- Terapias educativas y basadas en la escuela: El tratamiento se centra en las necesidades específicas de la persona, más que en el nombre del diagnóstico.
- Terapia farmacológica: Algunos de los medicamentos que se encuentran en fase de investigación son la oxitocina y la vasopresina. Los medicamentos estabilizadores del ánimo, como los anticonvulsivantes y el litio, pueden utilizarse para tratar la desregulación del estado de ánimo. (NIH, 2021).

3.3.10. Evidencia científica sobre el TEA

Las causas del autismo son mayoritariamente genéticas, así, la mayor parte del riesgo de sufrir TEA viene determinado por variantes genéticas en nuestro genoma. De hecho, se estima que la heredabilidad del TEA es del 80%, confirmando que la genética tiene una mayor influencia que otros factores en su desarrollo (ADN institut, 2021).

El caso del trastorno del espectro autista (TEA) es especial, puesto que sus causas genéticas se han estudiado durante años y la investigación se encuentra en un estado más avanzado que en otros trastornos psiquiátricos. Hace ya muchos años que se han correlacionado varias microdeleciones y micro duplicaciones en el genoma con la incidencia de autismo. En los últimos años, los estudios y la mejor tecnología en diagnóstico genético nos han permitido relacionar más de un millar de genes que pueden incrementar el riesgo de desarrollar este

trastorno. Aproximadamente un centenar se encuentran validados actualmente y, por tanto, pueden ayudarnos en el diagnóstico del trastorno del espectro autista (ADN institut, 2021).

El neurodesarrollo es el proceso de crecimiento anatómico y funcional del sistema nervioso (SN) que sucede durante la gestación y los primeros años de vida, que permite convertir a una persona totalmente dependiente e indefensa en un adulto autónomo. Este desarrollo se produce por la interacción entre la herencia genética del sujeto y el ambiente en el que se desenvuelve.

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) son un grupo de condiciones heterogéneas vinculadas a la maduración del SN, que se caracterizan por un retraso o alteración en la adquisición de habilidades en dominios del desarrollo motor, social, cognitivo y del lenguaje¹, asociadas a dificultades conductuales, sociales, académicas y de funcionamiento adaptativo² pero que se manifiestan de distinta manera en cada persona. Estas alteraciones se evidencian desde la infancia y siguen un curso evolutivo estable³ a diferencia de condiciones como los trastornos del ánimo o trastornos de ansiedad, por ejemplo, cuya aparición es más tardía y con cursos que pueden incluir recurrencia y/o remisiones (Pérez & Ruiz, 2022).

Los TND son diferentes también a los trastornos adquiridos en un momento más tardío de la vida, por ejemplo, tras accidentes vasculares, traumatismos encéfalo-craneanos, tumores cerebrales, etc. Entre un 15-20% de los niños presentaría algún TND, aunque la prevalencia reportada fluctúa enormemente como es el caso de Escocia con un 4,7% vs. 88,5% en Japón⁴. Sin duda persisten problemas metodológicos, fenómenos socio-contextuales, de conocimiento de los equipos de salud, entre otros, que podrían explicar estos datos tan disímiles (Pérez & Ruiz, 2022).

3.3.11. Terapias ocupacionales

La terapia ocupacional constituye uno de los pilares fundamentales en la atención integral a niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Desde un enfoque científico, integrando conocimientos de la neuropsicología y la psicología educativa, esta intervención busca fomentar la autonomía, funcionalidad y participación activa de los individuos en actividades significativas de su vida diaria, escolar y social.

3.3.11.1. Enfoque Neuropsicológico en Terapia Ocupacional

Desde la neuropsicología, se comprende que los niños con TEA presentan alteraciones en funciones ejecutivas, integración sensorial y autorregulación emocional. La terapia ocupacional, basada en esta comprensión, implementa intervenciones dirigidas a regular las respuestas sensoriales, mejorar la planificación motora, fortalecer la atención y promover la independencia funcional (Case-Smith & Arbesman, 2008).

Uno de los modelos más utilizados es la **Integración Sensorial**, que busca organizar adecuadamente las sensaciones del entorno para generar respuestas adaptativas. Este enfoque es especialmente útil para abordar las hipersensibilidades o hiposensibilidades que afectan el comportamiento cotidiano del niño (Ayres, 2005).

3.3.11.2. Perspectiva de la Psicología Educativa

En el contexto escolar, la terapia ocupacional actúa como un puente entre las necesidades individuales del estudiante con autismo y las demandas del ambiente educativo. Los terapeutas ocupacionales colaboran con psicólogos educativos y docentes para adaptar entornos, rutinas y materiales que favorezcan la participación del niño en el aula (Cahill et al., 2014).

Por ejemplo, se promueve el uso de estrategias visuales, apoyos físicos y rutinas estructuradas para facilitar la organización y la comprensión de tareas. También se interviene en el desarrollo de habilidades de escritura, motricidad fina y actividades de la vida diaria necesarias en la escuela.

3.3.11.3. Objetivos Terapéuticos Centrales

Los principales objetivos de la terapia ocupacional en niños y adolescentes con TEA incluyen:

- Mejorar la autonomía en actividades de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene).
- Desarrollar habilidades motoras gruesas y finas.
- Estimular la integración sensorial.
- Fortalecer la autorregulación emocional.
- Promover la participación social y escolar.

La personalización del tratamiento es clave, ya que cada niño con TEA presenta un perfil único de fortalezas y desafíos (Tomchek & Koenig, 2016).

3.3.11.4. Intervenciones Basadas en Evidencia

La terapia ocupacional se basa en intervenciones científicamente validadas. Estudios han demostrado que programas individualizados de integración sensorial, actividades estructuradas y técnicas de refuerzo positivo generan mejoras significativas en la conducta adaptativa, la comunicación funcional y la calidad de vida del niño y su familia (Watling & Hauer, 2015).

Además, la inclusión de la familia en el proceso terapéutico potencia la generalización de Vitaminas

3.3.12. Vitaminas para niños con TEA

3.3.12.1. Vitamina B6 y magnesio

La vitamina B6 participa en la síntesis de neurotransmisores como la serotonina, el ácidoaminobutírico (GABA), dopamina (DA), noradrenalina (NE) y epinefrina (E). Los individuos con TEA pueden presentar una síntesis bioquímica anormal de estos neurotransmisores, así como una deficiencia de minerales y vitaminas asociada a una función intestinal anormal y sistemas inmunes dañados (Kawicka y Regulska-Ilow, 2013). Es por ello que en un estudio se ha demostrado que al tratar a las personas con TEA con suplementos dietéticos de vitamina B6 y magnesio mejoraron significativamente su comportamiento en comparación con los que no lo tomaron (Kawicka y Regulska-Ilow, 2013).

3.3.12.2. Vitamina C

La vitamina C es esencial para muchos procesos bioquímicos involucrados en la síntesis de neurotransmisores y también tiene propiedades antioxidantes para proteger el cuerpo contra los radicales libres. Se considera que la vitamina C previene la desregulación del cerebro reduciendo así la inflamación cerebral. Se han realizado estudios sobre el efecto de los suplementos multivitamínicos en dosis moderadas, que contienen vitamina C, y los especialistas consideran que los suplementos con vitamina C son apropiados para personas con TEA que presentan niveles bajos de esta vitamina en suero, ya que puede afectar positivamente al comportamiento patológico de personas con este trastorno. La tolerancia de vitamina C en personas con TEA puede ser variable, por lo tanto, los pacientes deben ser monitorizados continuamente por un médico y un dietista (Kawicka y Regulska-Ilow,

2013).

3.3.12.3. Vitamina A

La suplementación con vitamina A puede ser efectiva para tratar los síntomas del TEA, ya que, según un estudio (Megson, 2000), hay ausencia de un gen específico en pacientes con TEA que codifica una proteína esencial en la síntesis de vitamina A. Por ello, se observó que la terapia con suplementación de vitamina A mejoraba las habilidades del lenguaje y la atención en personas con TEA. Es importante tener en cuenta que cualquier suplemento de vitamina A debe realizarse bajo la supervisión del personal médico y de un nutricionista, ya que solo existe una pequeña diferencia entre las dosis terapéuticas y tóxicas del retinol (Kawicka y Regulska-Ilow, 2013).

3.3.12.4. Vitamina D

La vitamina D tiene un efecto neuroprotector y participa en la interacción de los neurotransmisores en el cerebro y las hormonas (Kawicka y Regulska-Ilow, 2013). Por ello, se ha estudiado si la deficiencia de vitamina D en madres embarazadas podría ser un factor de riesgo para el TEA (Grant y Soles, 2009), sugiriéndose que una ingesta adecuada de vitamina D o su suplementación puede reducir el riesgo de padecer TEA al participar en el desarrollo adecuado del cerebro y el sistema inmunitario.

3.3.12.5. Vitamina B12 y ácido fólico

La deficiencia de vitamina B12 causa anemia megaloblástica y trastornos del sistema nervioso. Esta vitamina interactúa con el ácido fólico, cuya deficiencia es característica de las personas con disfunción intestinal y epilepsia. Los pacientes con TEA tienen deficiencia de ácido fólico en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Este déficit puede explicarse por la acción de los anticuerpos circulantes en suero contra los receptores de folato (FR). Los anticuerpos para folato se unen a los receptores de folato y bloquean la síntesis de ácido fólico, lo que inhibe el transporte de folato al LCR en pacientes autistas con síndrome de deficiencia de folato cerebral (CFD (Ramaekers et al., 2005).

Por lo tanto, una detección temprana de anticuerpos FR podría ser un factor clave en la prevención de TEA y en la elección de intervenciones terapéuticas adecuadas para aquellos que padecen TEA (Kawicka , 2013).

Por otra parte, la suplementación dietética de las mujeres durante el embarazo con multivitaminas que incluyen ácido fólico es necesaria para prevenir defectos del tubo neuronal. Ningún estudio ha encontrado un efecto protector del ácido fólico por encima de las dosis recomendadas para el embarazo. Además, altos niveles de ácido fólico durante el embarazo pueden tener implicaciones en el desarrollo neuronal, aumentando el riesgo de padecer TEA (Wiens,2017).

3.4- HIPOTESIS -

Una hipótesis es una declaración que se puede probar y que establece una relación entre dos o más variables, sirviendo como una guía en el proceso de investigación (Creswell, 2014).

Hipótesis nula H0: Las alteraciones del sueño en niños con trastorno espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B no afectan la calidad del sueño.

Hipótesis Alternativa H1: Las alteraciones del sueño en niños con trastorno espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B, si afectan la calidad de sueño.

Hipotesis H2: la falta de una rutina establecida afectan significativamente las alteraciones de sueño

3.5. Variables

Variable Dependiente: Calidad del sueño

Esta variable hace referencia al nivel de descanso y recuperación que experimentan las niñas y niños durante el sueño nocturno, incluyendo aspectos como duración, continuidad, profundidad, y síntomas como somnolencia diurna o despertares frecuentes.

Variable Independiente: Alteraciones del sueño

Hace referencia a los distintos tipos de trastornos del sueño que pueden presentar los niños y niñas con TEA, como insomnio, parasomnias, trastornos del ritmo circadiano, entre otros.

3.6. Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Técnica de medición
Calidad del sueño	Continuidad	Número de despertares nocturnos	Cuestionario
	Duración	Horas promedio de sueño	Diario
	Satisfacción del sueño	Opinión del cuidador	Entrevista / escala Likert
Alteraciones del sueño	Tipo de trastorno del sueño	Insomnio, parasomnia, etc.	Cuestionario
	Frecuencia de la alteración	Número de veces por semana	Escala tipo Likert

CAPITULO IV

4. METODOLOGIA EMPLEADA

4.1. Nivel de Investigación.

El presente estudio se basa en una investigación descriptiva, ya que se buscará explorar y describir y la calidad y las alteraciones del sueño en niños y niñas con trastorno del espectro autista. Esto implica recopilar datos sobre cómo se manifiestan estas alteraciones y cómo afectan a la calidad del sueño.

La investigación Descriptiva Radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. Las investigaciones descriptivas utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes (Sabino, 1992).

4.2. Enfoque de la investigación

El presente estudio adopta un enfoque cuantitativo, dado que busca medir de manera objetiva y sistemática las características relacionadas con la calidad del sueño y las alteraciones presentes en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El enfoque cuantitativo permite

transformar los fenómenos observados en datos numéricos, facilitando su análisis mediante procedimientos estadísticos, lo que garantiza mayor precisión, validez y replicabilidad de los resultados.

Este enfoque se fundamenta en la necesidad de obtener información concreta y verificable sobre diversos aspectos del sueño infantil, tales como duración, frecuencia de despertares nocturnos, dificultades para conciliar el sueño y comportamientos asociados. Para ello, se emplean instrumentos estandarizados como el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), ampliamente utilizado y validado en estudios pediátricos y en poblaciones con TEA.

Asimismo, el enfoque cuantitativo permite establecer relaciones entre variables, específicamente entre la severidad del TEA y la presencia o intensidad de las alteraciones del sueño. Esto contribuye a comprender de manera más amplia el comportamiento de la población estudiada y a identificar patrones que puedan guiar futuras intervenciones.

El uso de datos numéricos y escalas validadas proporciona una base sólida para la interpretación objetiva de los hallazgos y respalda la generación de recomendaciones basadas en evidencia. De esta manera, el enfoque cuantitativo resulta idóneo para abordar la problemática planteada, ya que permite caracterizar el fenómeno estudiado, comparar resultados con investigaciones previas y fortalecer la toma de decisiones en contextos

4.3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación adoptado es no experimental, transversal y descriptivo-correlacional, adecuado para estudiar fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin manipulación de variables.

Diseño no experimental: Este estudio no busca modificar ni intervenir en las condiciones de los participantes; por el contrario, se limita a observar y medir la calidad del sueño y las alteraciones presentes en niñas y niños con TEA. Los fenómenos se registran tal como se manifiestan en la realidad, lo que permite obtener información auténtica y representativa.

Diseño transversal: La recolección de datos se realiza en un único periodo correspondiente a la gestión 2025. Este tipo de diseño permite describir la situación actual del sueño en la población

estudiada y determinar la prevalencia de las alteraciones presentes, sin requerir un seguimiento prolongado.

Diseño descriptivo-correlacional: El nivel descriptivo busca caracterizar los patrones de sueño, identificar la frecuencia e intensidad de las alteraciones y describir los comportamientos relacionados. El componente correlacional intenta establecer si existe relación significativa entre la severidad del TEA y la presencia de trastornos del sueño, con el fin de comprender cómo las características del trastorno pueden influir en la calidad del descanso infantil.

4.4 Universo y ó población de estudio

La población del estudio está conformada por los 38 niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que reciben atención especializada en el Centro Multisectorial Cobija B, ubicado en la ciudad de Cobija, departamento de Pando, Bolivia, durante la gestión 2025. Esta población presenta características heterogéneas en cuanto a edad, nivel de funcionalidad, tipo de intervención recibida y grado de apoyo requerido, lo que permite obtener una visión integral de la realidad de los niños con TEA que asisten a esta institución.

4.5. Tamaño y diseño de la muestra

La muestra estará constituida por los 6 niños que conforman la población total, aplicando un muestreo censal. Esto significa que se incluirá a la totalidad de los niños atendidos en el centro durante la gestión 2025, con el propósito de asegurar la representatividad completa del fenómeno de estudio y eliminar el sesgo que podría surgir al seleccionar solo una parte de la población.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta a todos los niños y niñas que cumplan los criterios de inclusión en el periodo definido.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas de entre 4 y 12 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista Tipo I ,Tipo II y Tipo III

- Asistencia regular al centro durante al menos 3 meses previos a la recolección de datos.
- Consentimiento informado firmado por los padres o tutores.

Criterios de exclusión:

- Niñas y niños con condiciones neurológicas severas no relacionadas al TEA.
- Casos con informes clínicos incompletos.
- Niños con otro grado de autismo que tenga otra patología.

4.6. Métodos herramientas e instrumentos de investigación.

Entre los métodos teóricos a empleado en el estudio es el análisis-síntesis que permitió descomponer el objeto de estudio (sueño en niños con TEA) en sus componentes en el marco teórico del presente estudio.

El método es el inductivo-deductivo en el que a partir de las observaciones empíricas previas (antecedentes, estudios similares) y llegar a principios generales sobre el fenómeno del sueño en niños con TEA (inducción).

El método histórico-lógico para investigar la evolución del conocimiento sobre el sueño y el TEA, así como su relación en el tiempo.

Los métodos empíricos a empleados esta la observación científica, relacionadas con el sueño a través de lo reportado por cuidadores en cuestionarios, encuesta (cuestionario estructurado), para obtener información cuantificable de los padres o cuidadores sobre los patrones y problemas del sueño, entrevista estructurada, para ampliar datos cuantitativos y obtener descripciones sobre rutinas, medicamentos, dificultades ambientales o emocionales relacionadas con el sueño.

Las herramientas empleadas en el presente estudio incluyen:

Fichas de registro institucional: Permiten recopilar datos generales de cada niño, tales como edad, sexo, diagnóstico clínico, nivel de funcionalidad y tipo de intervención recibida. Estas fichas se obtienen de los registros administrativos del Centro Multisectorial Cobija B.

Observación estructurada: Se utiliza una guía de observación previamente diseñada que permite evaluar comportamientos específicos, patrones de interacción, habilidades comunicativas, conductas adaptativas y posibles alteraciones relevantes para la investigación. La observación se realiza durante las sesiones terapéuticas y actividades del centro.

Encuesta dirigida a padres o tutores: Se emplea un cuestionario estructurado con preguntas cerradas que recopila información sobre hábitos, rutinas, sueño, conductas, desarrollo y dinámicas familiares. Esta herramienta permite complementar los datos obtenidos mediante observación y registro institucional.

Instrumentos de investigación

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos incluyen:

Guía de observación: Documento estructurado con indicadores definidos para evaluar conductas, respuestas sociales, nivel de comunicación y comportamientos repetitivos. Permite sistematizar la información observada durante las sesiones.

Cuestionario estructurado: Instrumento compuesto por ítems cerrados diseñados para obtener información cuantificable de los padres o tutores. Incluye escalas tipo Likert, preguntas dicotómicas y de selección múltiple.

Ficha de datos sociodemográficos y clínicos: Instrumento que recopila la información básica del niño, obtenida de los registros del centro, como datos personales, diagnóstico, historial terapéutico y características relevantes del desarrollo.

4.7. Técnicas y procedimientos

Para la obtención de información objetiva, confiable y pertinente, la investigación emplea las siguientes técnicas:

- **Observación estructurada**

Consiste en la visualización sistemática y controlada de las conductas, habilidades y comportamientos de los niños con TEA durante sus actividades en el centro. Se utiliza una guía de observación previamente diseñada, lo que permite registrar de manera precisa aspectos como interacción social, comunicación, patrones repetitivos y respuestas a estímulos.

- **Encuesta**

Se aplica a los padres o tutores mediante un cuestionario estructurado que recoge datos relacionados con rutinas de sueño, hábitos conductuales, antecedentes familiares, contexto socioeconómico y aspectos relevantes del desarrollo. La encuesta permite obtener información cuantificable que complementa los datos de observación.

- **Entrevista semiestructurada**

Dirigida a los profesionales del Centro Multisectorial, tales como psicólogos, terapeutas del lenguaje, educadores y terapeutas ocupacionales. Esta técnica permite profundizar en las percepciones, observaciones clínicas, avances y dificultades identificadas en cada niño, proporcionando información cualitativa valiosa.

Procedimientos

Los procedimientos describen el conjunto de pasos ordenados y sistemáticos que se seguirán para ejecutar la investigación de manera coherente y rigurosa.

Fase 1: Preparación del estudio

1. Revisión bibliográfica sobre el Trastorno del Espectro Autista y sus características.
2. Elaboración de los instrumentos: guía de observación, cuestionarios, fichas de datos y guía de entrevista.
3. Validación de los instrumentos mediante juicio de expertos y prueba piloto.
4. Coordinación con el Centro Multisectorial Cobija B para la autorización y planificación del trabajo de campo.

Fase 2: Recolección de datos

1. Aplicación de la observación estructurada durante sesiones educativas y terapéuticas, registrando conductas previamente definidas.
2. Entrega y aplicación de encuestas a padres o tutores, garantizando el consentimiento informado y la confidencialidad.
3. Realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales del centro para obtener su perspectiva técnica.
4. Revisión y transcripción de la documentación institucional, incluyendo fichas clínicas y registros de intervención.

Fase 3: Organización y análisis de datos

1. Codificación de datos obtenidos en encuestas y fichas de observación.
2. Ingreso de datos en matrices digitales para su procesamiento estadístico.
3. Identificación de patrones, frecuencias, correlaciones y otros hallazgos relevantes.
4. Triangulación de la información cuantitativa y cualitativa para fortalecer la validez.

Fase 4: Presentación de resultados

1. Elaboración de tablas, gráficos y descripciones analíticas.
2. Interpretación de los hallazgos en relación con la teoría revisada.
3. Redacción del informe final, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO V

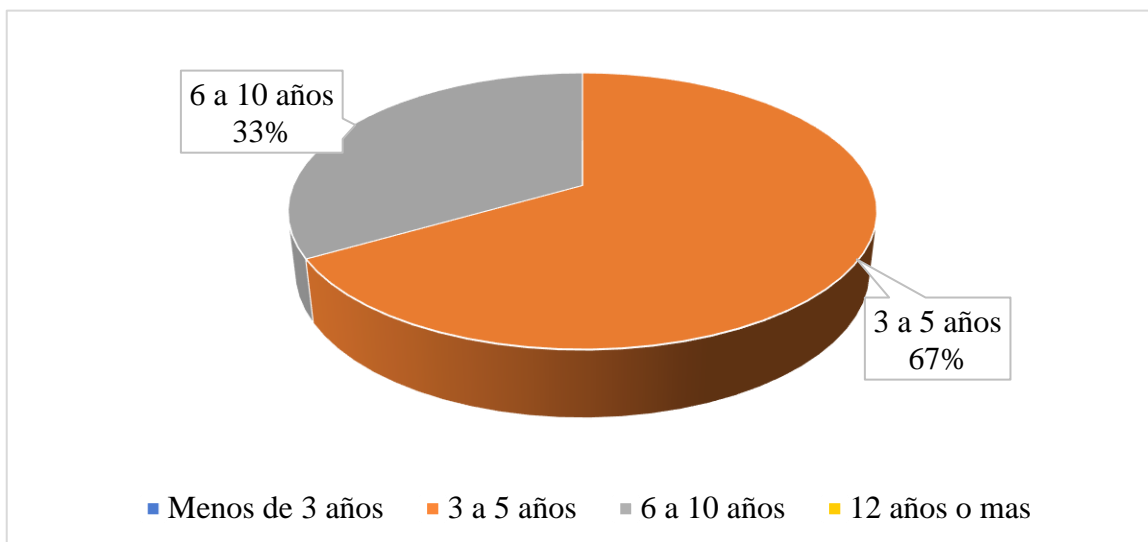
5.1. RESULTADOS Y VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACION

Tabla 2 Edad del niño(a) con TEA:

Edad del niño o niña	Frecuencia	%
Menos de 3 años	0	0
3 a 5 años	4	33
6 a 10 años	2	67
12 años o mas	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 1 Edad del niño



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la edad del niño, el 67% se encuentra entre 3 a 5 años y el 33% son de 6 a 10 años.

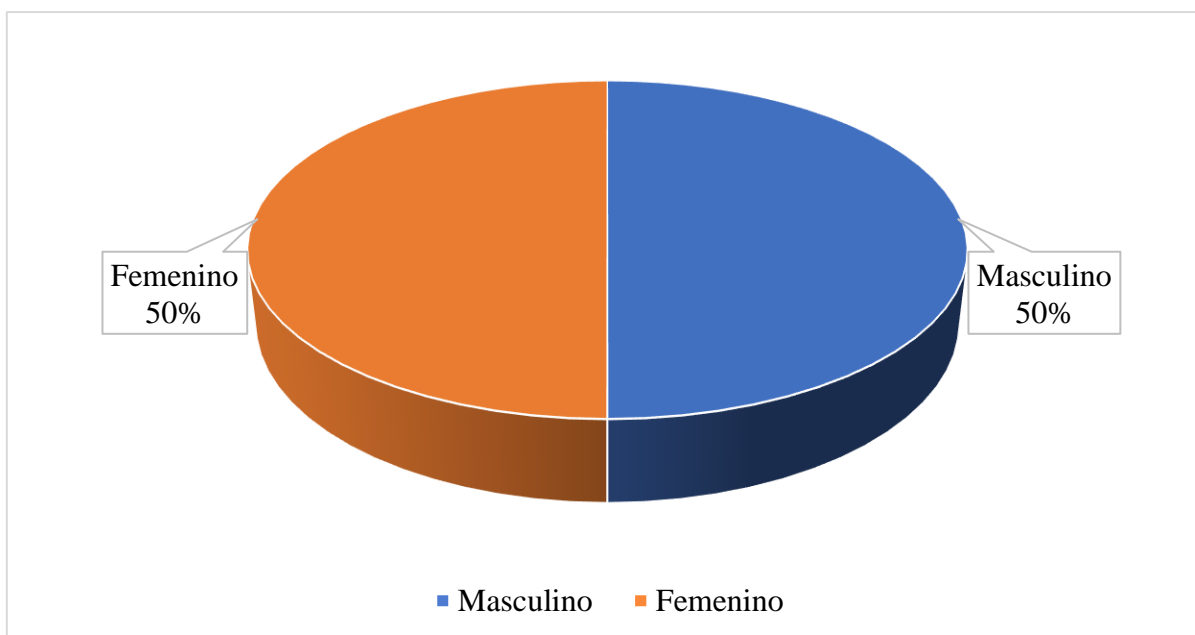
Durante la investigación se ha observado que los niños entre 6 a 10 años son los que les dificulta más la conciliación del sueño y a la ves su comportamiento tiende. A su padre y madre.

Tabla 3 **Sexo del niño(a):**

Genero del niño o niña	Frecuencia	%
Masculino	3	50
Femenino	3	50
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 2 Sexo del niño



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto al género, el 50% son varones y el 50% son mujeres.

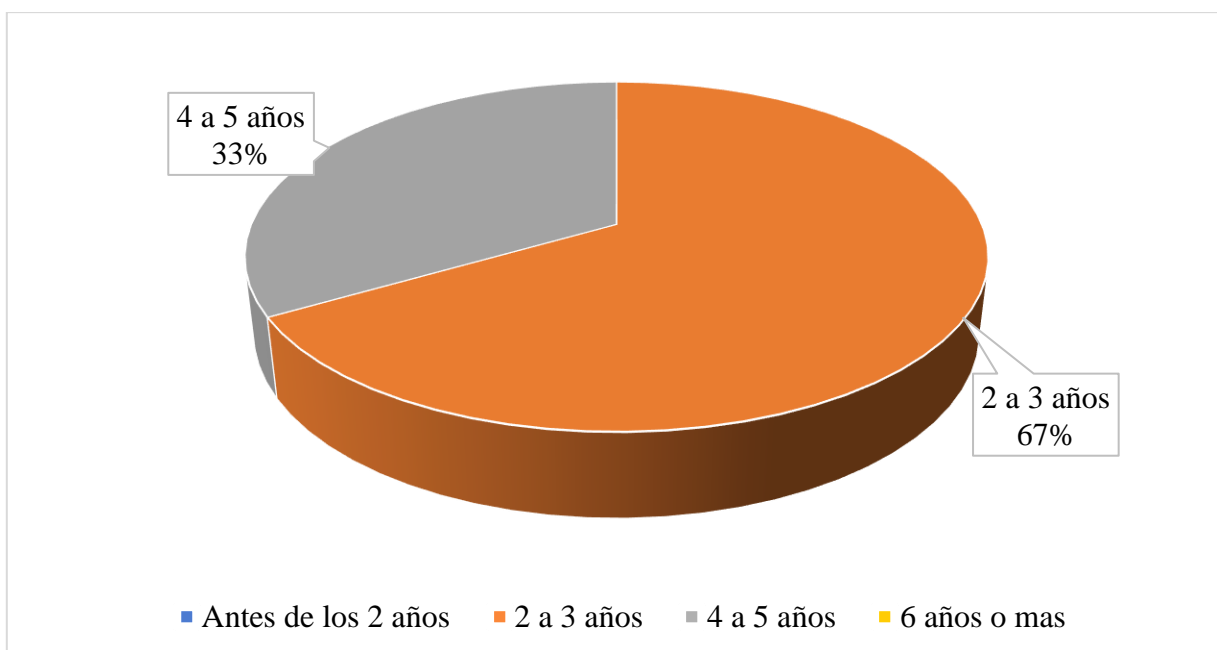
También se observa que las niñas de sexo femenino tienden a conciliar el sueño mucho mas antes que los varones.

Tabla 4 **Edad al momento del diagnóstico de TEA:**

Edad al momento del diagnóstico de TEA:	Frecuencia	%
Antes de los 2 años	0	0
2 a 3 años	4	67
4 a 5 años	2	33
6 años o mas	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 3 **Edad al momento del diagnóstico de TEA:**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la edad en el momento del diagnóstico de TEA, el 67% fue diagnosticado a los 2 a 3 años y el 33% entre los 4 y 5 años. Los padres de los niños Dx. con Tea indican que tras tener sus diagnóstico han intentado lo más posible que sus niños mejoren y a la vez han querido enseñarles buenos hábitos los cuales han sido rechazado por los propios niños. Ya que indican que mientras más crecen, mas no lo pueden controlar.

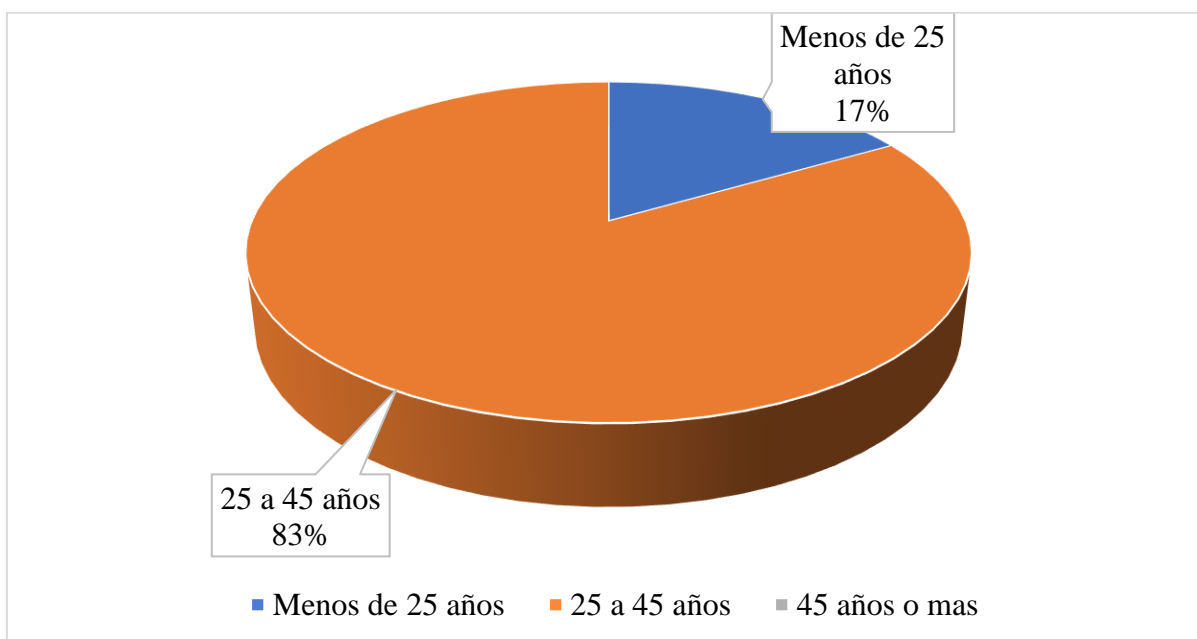
DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES O TUTORES

Tabla 5 Edad del padre/madre/tutor principal:

Edad del padre o madre	Frecuencia	%
Menos de 25 años	1	17
25 a 45 años	5	83
45 años o mas	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 4 Edad del padre/madre/tutor principal:



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la edad de los padres o tutores, el 83% tienen entre 25 y 45 años, el 17% tienen menos de 25 años.

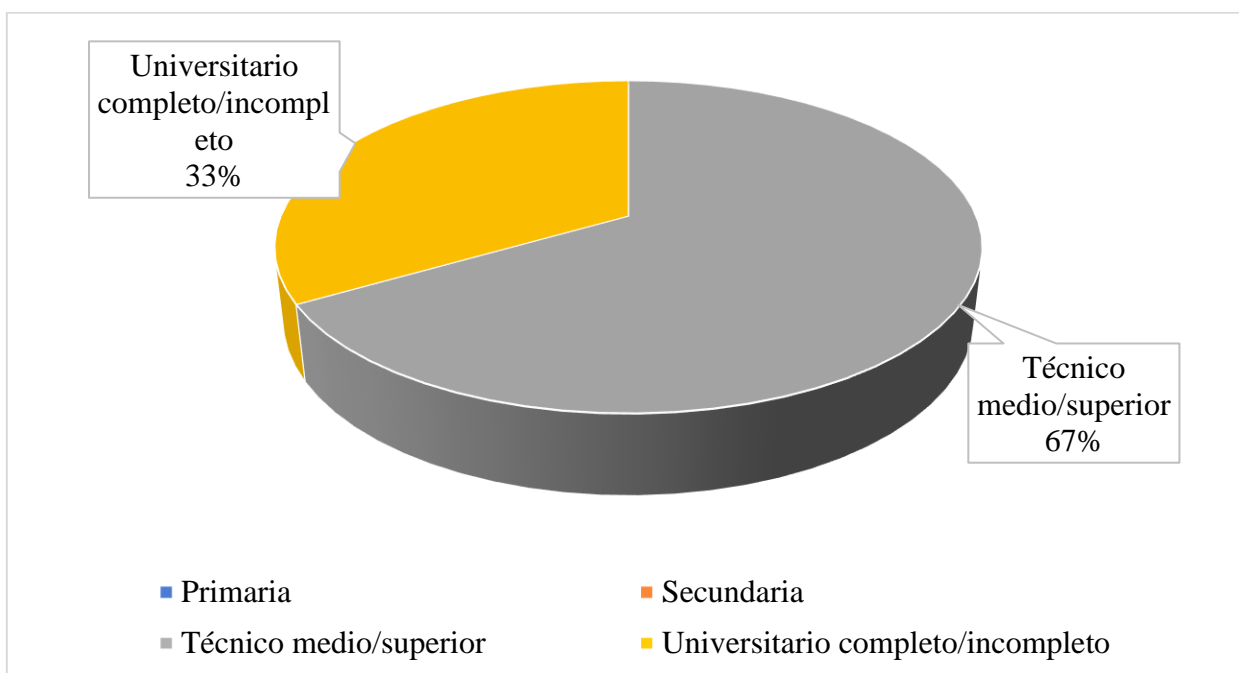
También se determina que la edad de los padres es importante. Ya que cuando son más jovencitos, tienden a invadir responsabilidades. Como también los padres de edad avanzada se llegan a estresar mucho cuando el niño no quiere dormir, muchos llegan a pegarles.

Tabla 6 Nivel educativo del padre/madre/tutor principal:

Nivel educativo del padre/madre/tutor principal:	Frecuencia	%
Primaria	0	0
Secundaria	0	0
Técnico medio/superior	4	67
Universitario completo/incompleto	2	33
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 5 Nivel educativo del padre/madre/tutor principal



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto al nivel educativo de los padres o tutores, el 67% tienen nivel técnico medio o superior y el 33% son universitarios.

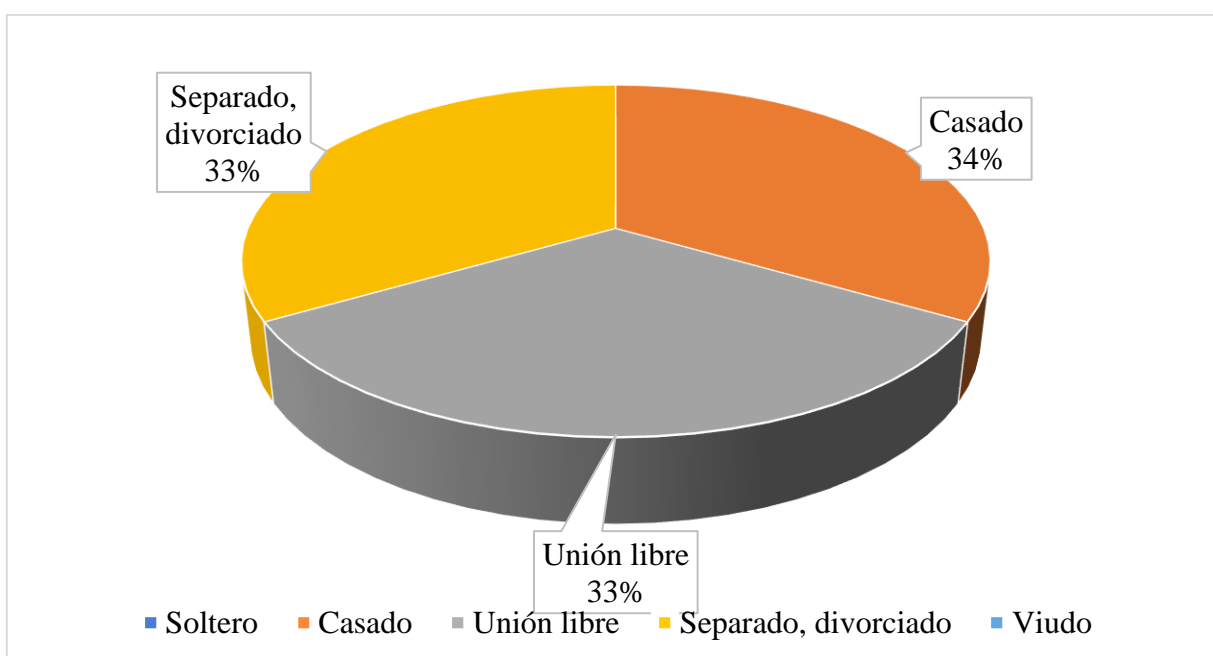
La falta de tiempo por los padres no ayuda al avance de los niños con TEA, muchos ponen de excusas que no le pueden fomentar buenos hábitos por la falta de tiempo. Muchos trabajan todo el día y solo en la noche los pueden ver a estos niños.

Tabla 7 Estado civil:

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	0	0
Casado	2	34
Unión libre	2	33
Separado, divorciado	2	33
Viudo	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 6 Estado civil:



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto al estado civil, 34% son casados, 33% viven en unión libre y 33% son separados o divorciados.

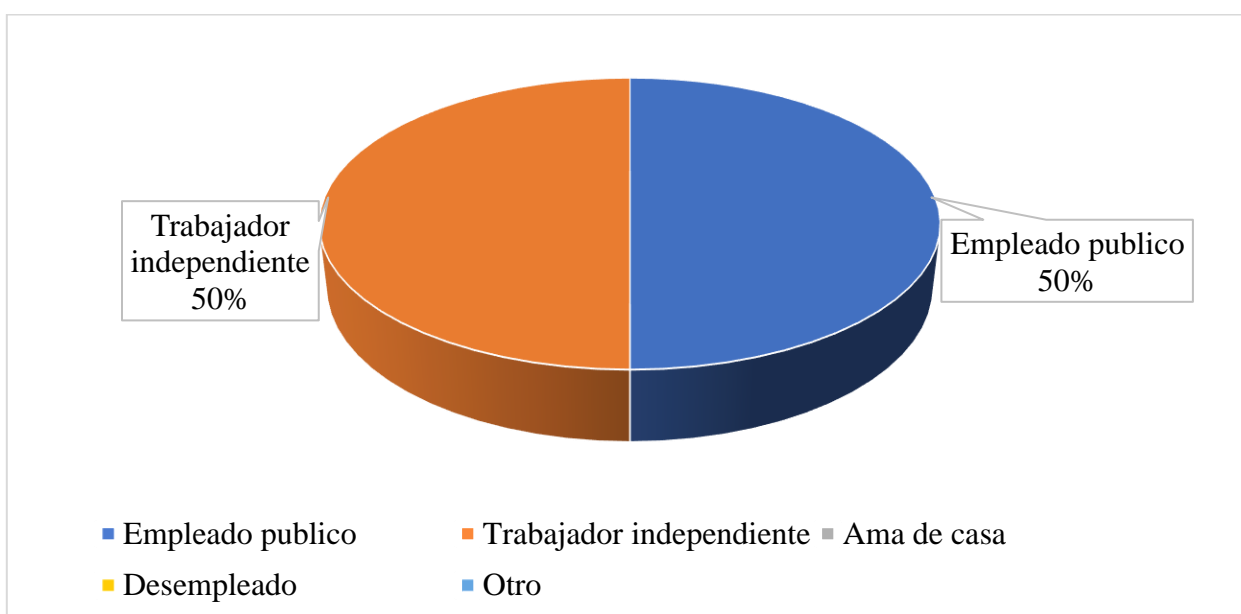
También se ha podido evidenciar que tener un niño con Tea implica mucha responsabilidad, lo cual ha provocado separación del matrimonio. Peleas conyugales.

Tabla 8 **Ocupación del padre/madre/tutor principal:**

Ocupación del padre/madre/tutor principal:	Frecuencia	%
Empleado publico	3	50
Trabajador independiente	3	50
Ama de casa	0	0
Desempleado	0	0
Otro	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 7 **Ocupación del padre/madre/tutor principal:**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la ocupación de los padres o tutores, el 50% son empleados públicos y el 50% son trabajadores independientes.

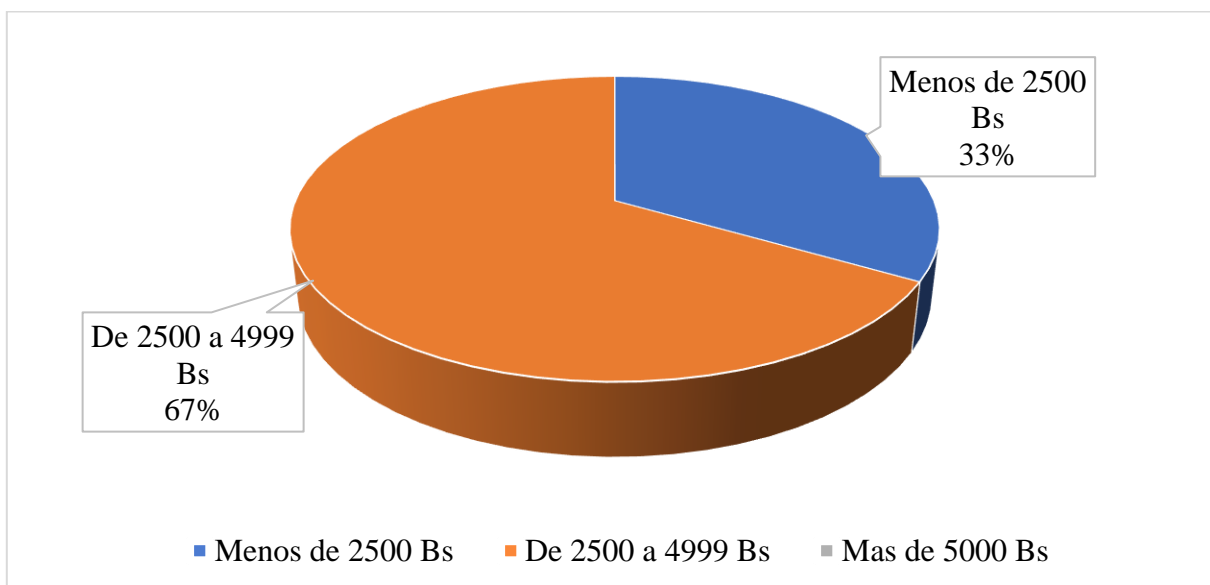
La mayoría de los padres que trabajan de forma independiente les demanda mas horas de trabajo, lo cual es muy agotador para ellos y que perjudica al niño. Ya que son esos algunos motivos de descuido.

Tabla 9 **Ingreso económico mensual familiar (aproximado):**

Ingreso mensual familiar	Frecuencia	%
Menos de 2500 Bs	2	33
De 2500 a 4999 Bs	4	67
Mas de 5000 Bs	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 8 **Ingreso económico mensual familiar (aproximado):**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a el ingreso económico, el 67% tiene ingresos de 2500 a 4999 Bs, el 33% su ingreso es menor a 2500 Bs.

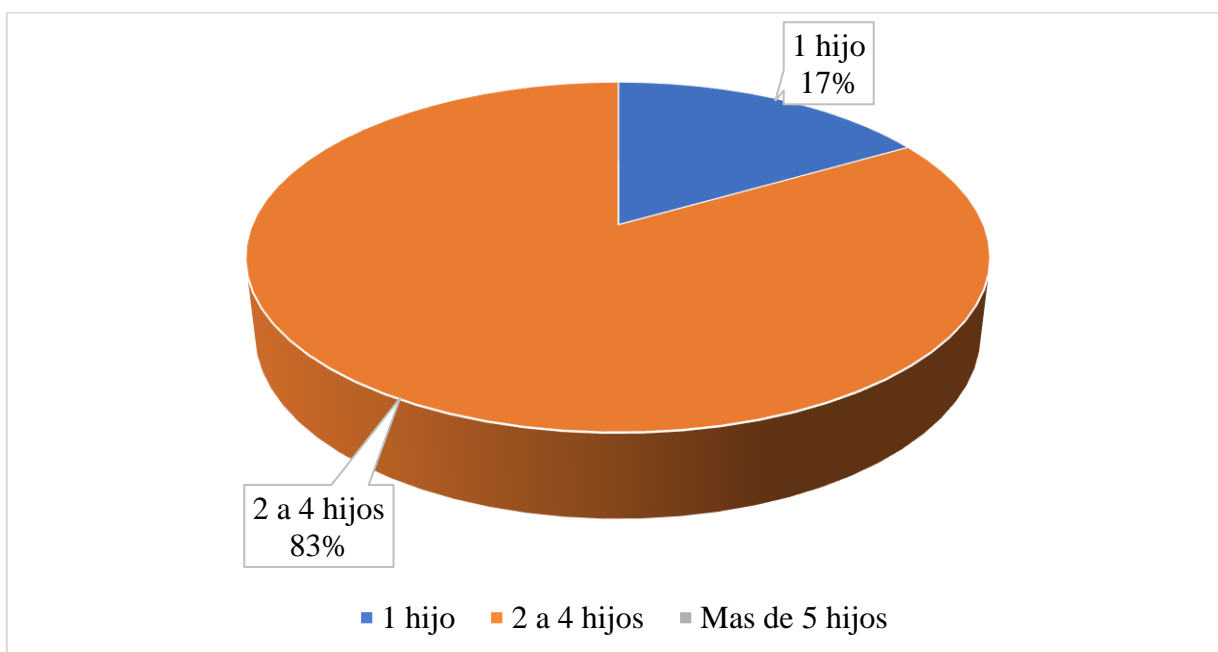
También se evidencia que lo poco de ingreso que entra en cada familia influye que estos niños no tengan una adecuada alimentación y atención de profesionales que su condición necesita y esto muchas veces obstaculiza el avance del niño con TEA. Y peor aun si la ignorancia, y desinterés de los padres es muy evidente.

Tabla 10 **Número de hijos en la familia:**

Número de hijos en la familia	Frecuencia	%
1 hijo	1	17
2 a 4 hijos	5	83
Mas de 5 hijos	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 9 **Número de hijos en la familia:**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto al número de hijos en la familia, el 17% tiene solo un hijo y el 83% tiene de 2 a 4 hijos.

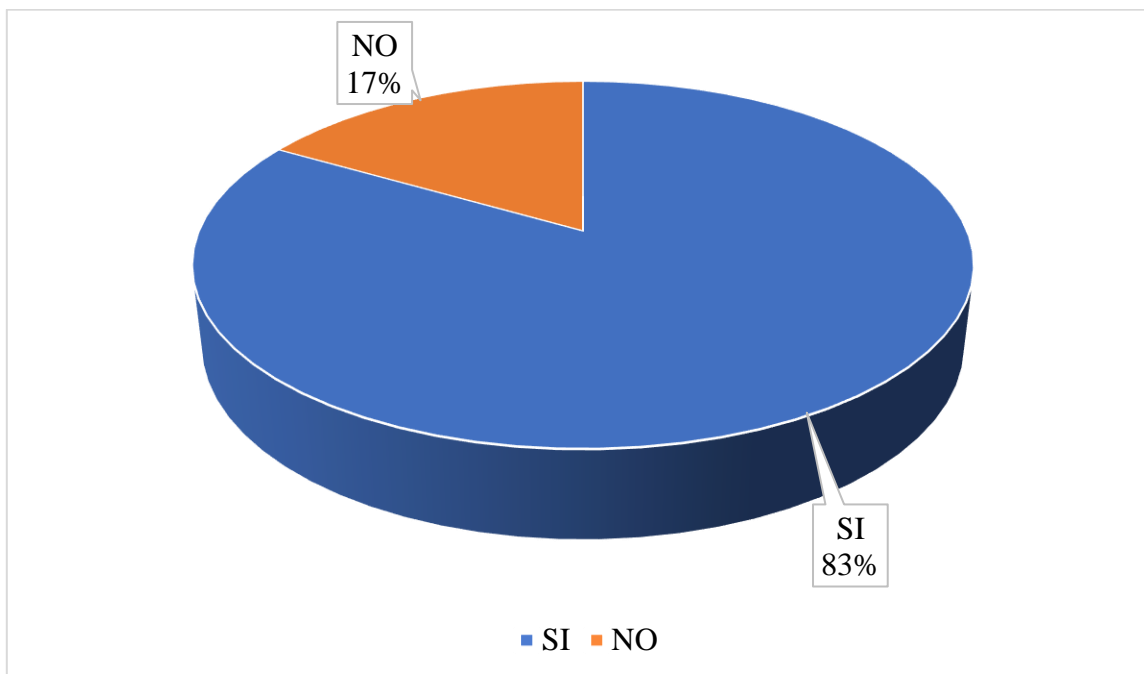
También se puede evidenciar que ser único hijo influye la sobre protección y el aislamiento sicosocial dado por los propios padres. el miedo que tienen sacarlos porque lo lastiman y muchas ocasiones ellos son quienes lastiman a otros niños.

Tabla 11 El niño(a) con TEA es el primer hijo(a)?

En niño o niña con TEA es el primer hijo	Frecuencia	%
SI	5	83
NO	1	17
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 10 El niño(a) con TEA es el primer hijo(a)?



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a si el niño con TEA fue su primer hijo, el 17% dijo que si y el 83% dijo que no fue el primer hijo.

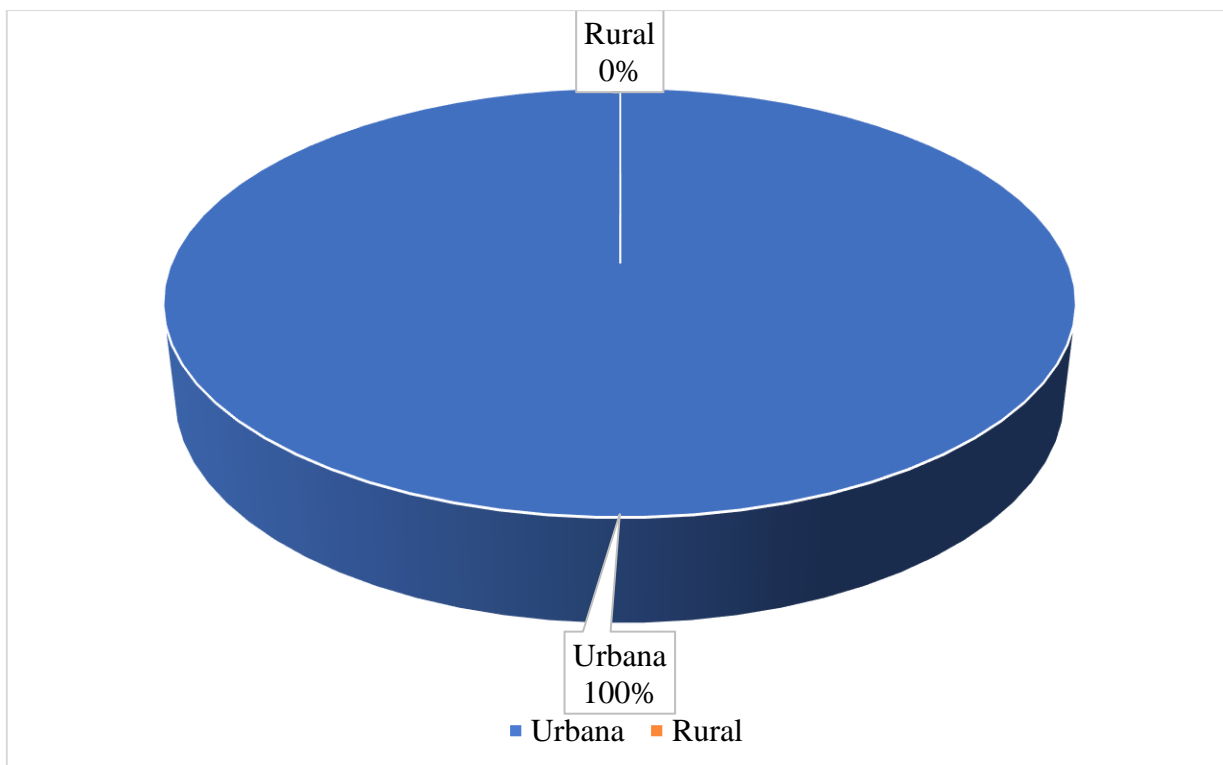
Como también estos niños han crecido prácticamente solos, Durante la etapa de su desarrollo, y esto a obstaculizado un avance para la interacción social y convivencia que debe tener estos niños. Muy aparte el ser el primer hijo ha involucrado mucho la sobre protección.

Tabla 12 **Zona viven los tutores**

Viven en zona	Frecuencia	%
Urbana	6	100
Rural	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 11 **Zona viven los tutores**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la zona en que viven, el 100% vive en zona urbana.

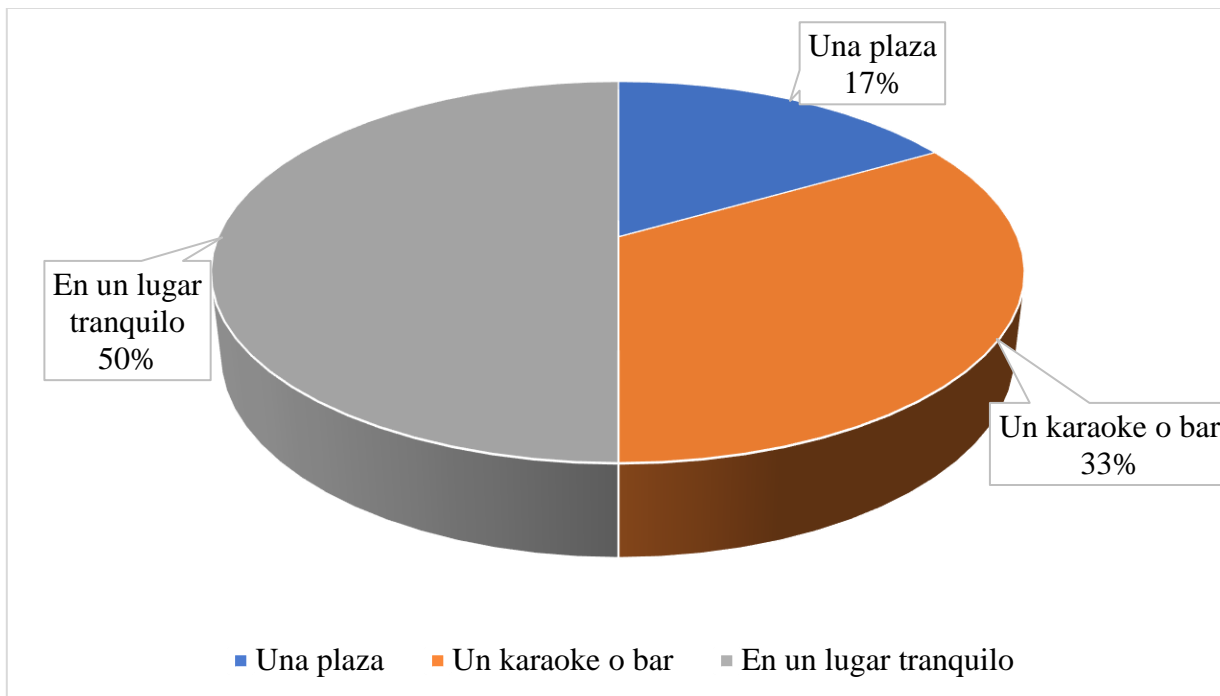
También se evidencia que el vivir en zona Urbana y peor aún lugares frecuentados , fomenta malos hábitos de sueño y descanso en los niños con TEA.

Tabla 13 **Domicilio se encuentra cerca**

El domicilio se encuentra cerca	Frecuencia	%
Una plaza	1	17
Un karaoke o bar	2	33
En un lugar tranquilo	3	50
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 12 **El Domicilio se encuentra cerca de**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a en que lugar se encuentra su domicilio, el 50% dice que en un lugar tranquilo, 33% dice que vive cerca a un karaoke y 17% vive cerca a una plaza.

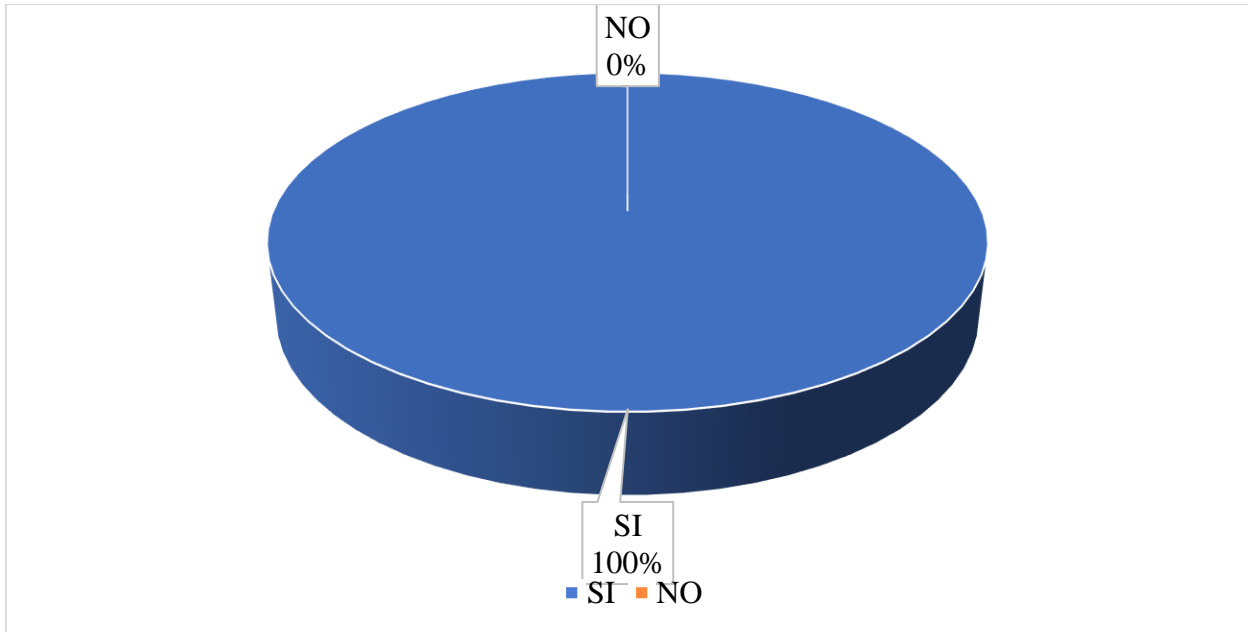
Durante la encuesta se ha evidenciado que los niños no tienen el lugar, el espacio, sobre todo la comodidad que ellos necesitan para un descanso reparador.

Tabla 14 **Cuenta su familia con seguro de salud**

Cuenta con seguro de salud	Frecuencia	%
SI	6	100
NO	0	0
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 13 **Cuenta su familia con seguro de salud?**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a si la familia cuenta con un seguro de salud, el 100% dice que si cuentan son seguro.

Madres manifiestan rechazos de estos seguros. Y optan en no ocuparlos porque según no tienen las especialidades que un niño con TEA necesita.

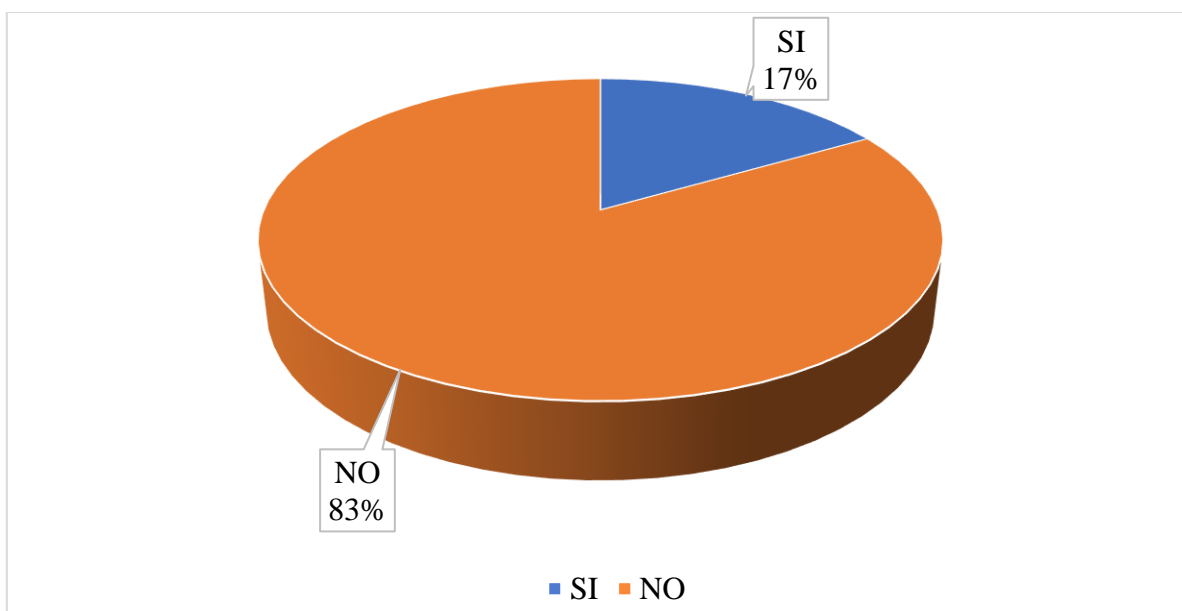
Anhelan que en el departamento se abriese lugares que ayudarían a la estimulación y avance de sus niños.

Tabla 15 **Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA**

Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA	Frecuencia	%
SI	1	17
NO	5	83
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 14 **Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA**



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a si reciben apoyo gubernamental para el cuidado de su niño, el 83% dice que no cuenta con apoyo y solo el 17% dice que si tiene apoyo gubernamental.

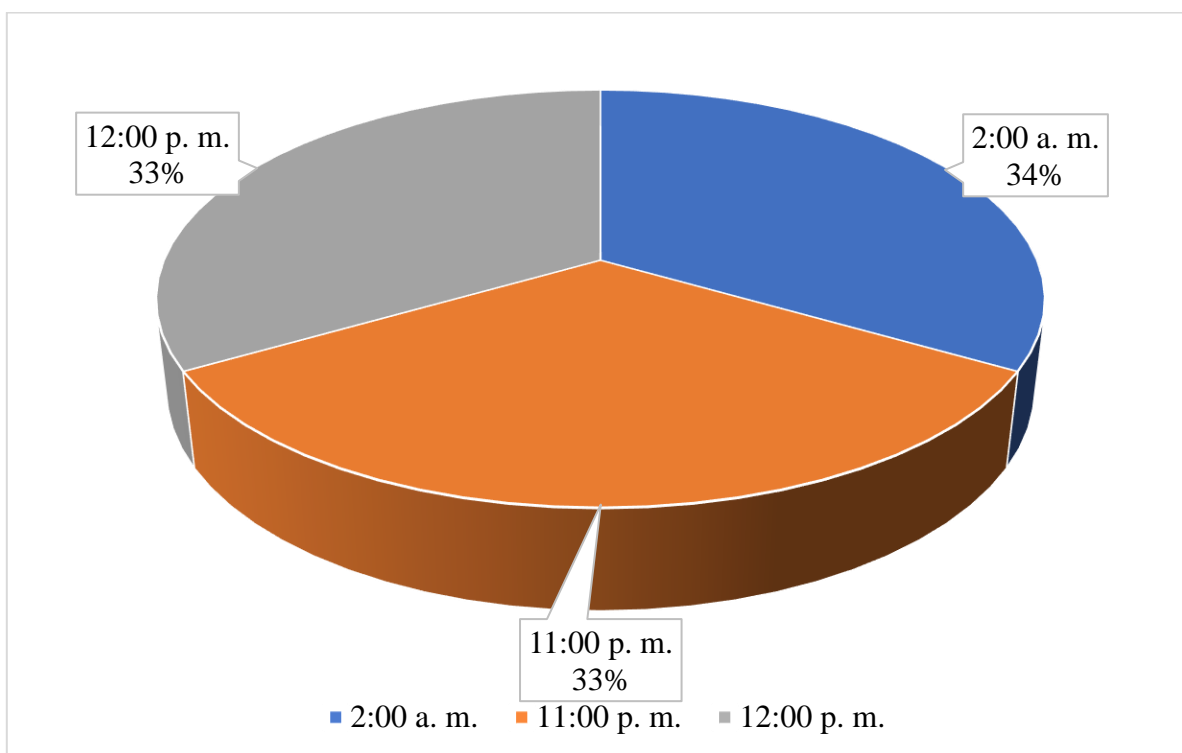
Las madres lamentan que el autismo no lo tomen como una discapacidad, según ellas es necesario una ayuda ya sea económica o también sugieren traer especialistas del lado brasilero, porque sienten que en país sus niños nunca serán importantes.

Tabla 16 la hora en que el niño va a la cama:

La hora en la que el niño va a la cama	Frecuencia	%
2 am	2	34
11 pm	2	33
12 pm	2	33
Total	100	100%

Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Figura 15 la hora en que el niño va a la cama:



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

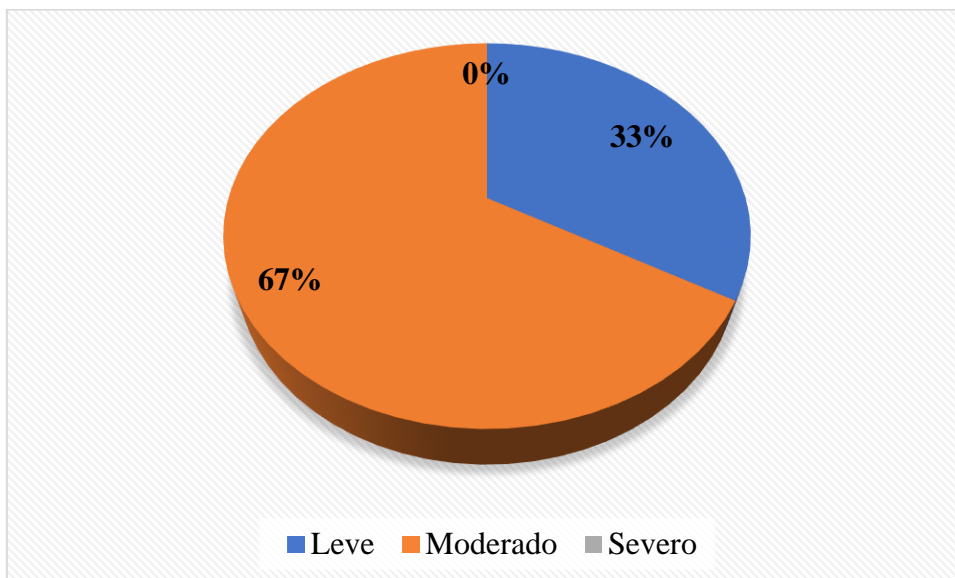
Interpretación: de acuerdo a las encuestas realizadas a los padres de familia de niños y niñas con TEA, respecto a la hora en la que van a la cama, el 34% dice que duermen a las 2 am, el 33% dice que duermen a las 11 pm y el 33% dice que a las 12 pm.

Es una pena que durante el seguimiento se evidencia malos hábitos de sueño, en 2 casas antes de dormir al niño le dan un vaso de chocolate y me toco observar que aun niño es su toma todo le dan café ralito, madre manifiesta que es una costumbre de familia, y por ellos estos niños claramente se acuestan demasiado tarde. Que llegan al punto de estresar a la familia.

Tabla 17 Grado de TEA diagnosticado los niños y niñas

Grado de TEA diagnosticado	Frecuencia	%
Leve	2	33
Moderado	4	67
Severo	0	0
Total	6	100%

Figura 16 Grado de TEA diagnosticado los niños y niñas



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre el Grado de TEA diagnosticado los niños y niñas, el 67% de los niños tienen el grado de autista moderado y el 33% grado de TEA leve.

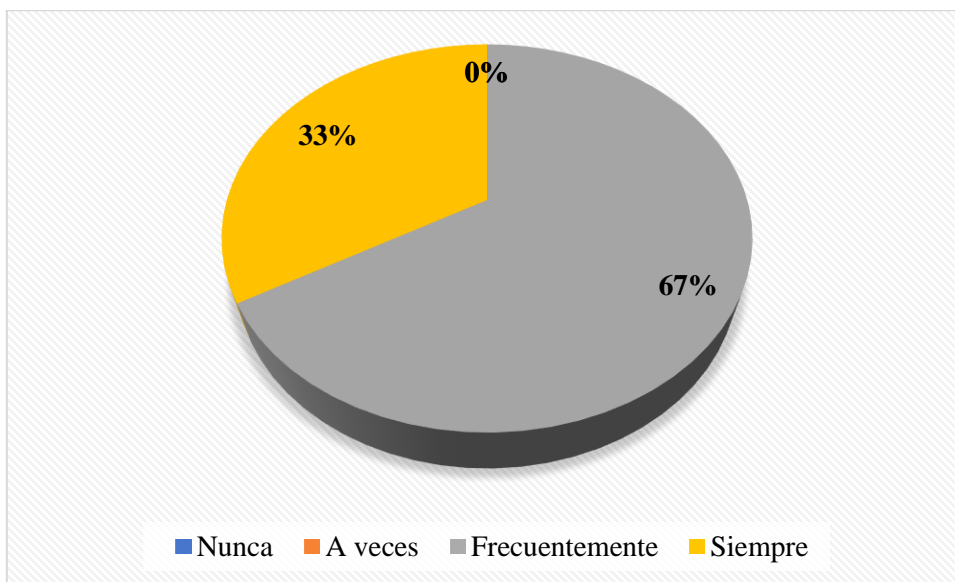
Se ha evidenciado que los niños con grado moderado son los que más problemas tienen a la hora de dormir.

Tabla 18 El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse)

El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse)	Frecuencia	%
Nunca	0	0
A veces	0	0
Frecuentemente	4	33

Siempre	2	67
Total	6	100%

Figura 17 El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse)



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre, el niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse), 67% Siempre, el 33% siempre, tienen dificultad conciliar el sueño.

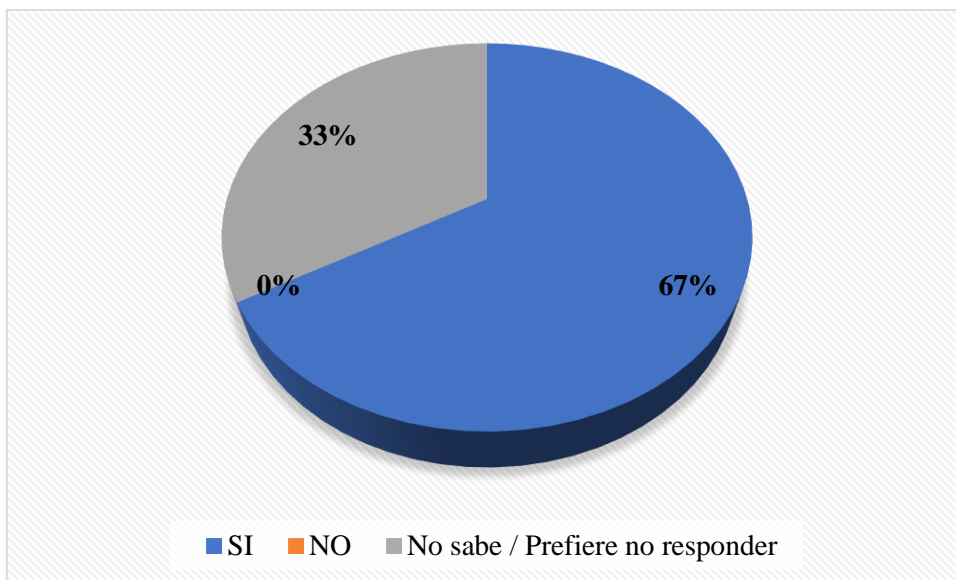
Aquí todos los padres no controlan, y no tienen buenos hábitos de dormir. Muchos los hacen dormir sin bañarlos, sin cepillarlos y sobre todo no tienen el aseo en la habitación.

Tabla 19 El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia

El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia	Frecuencia	%
SI	4	67

NO	0	0
No sabe / Prefiere no responder	2	33
Total	6	100%

Figura 18 El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre el niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia, el 67%

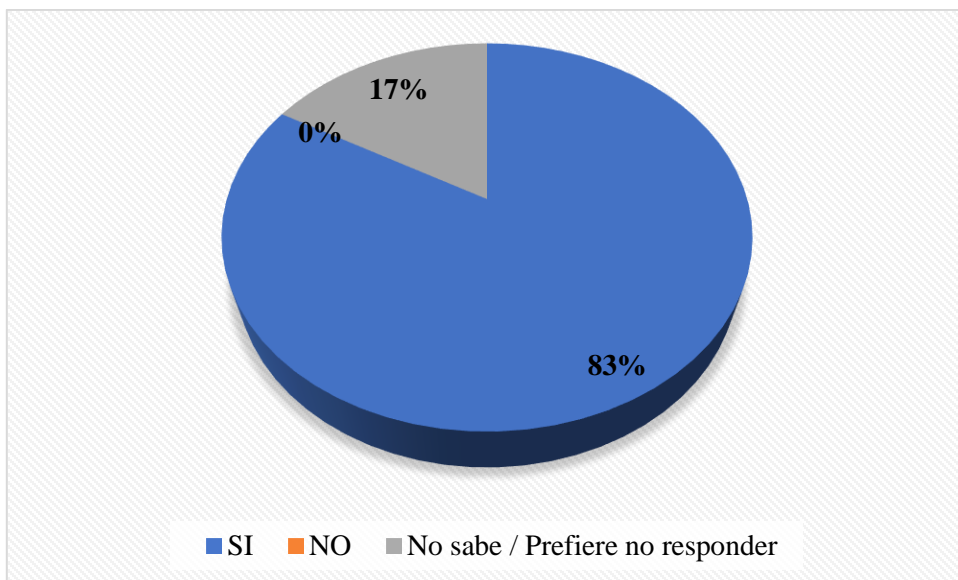
Los padres manifiestan si bien el rechazo no lo indican sus familiares, pero es bastante notorio. Sus hijos son excluidos de muchas actividades familiares.

Tabla 20 El niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños)

Grado de TEA diagnosticado	Frecuencia	%
SI	5	83
NO	0	0

No sabe / Prefiere no responder	1	17
Total	6	100%

Figura 19 El niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños)



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre el niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños), el 83% indican que si y el 17% no sabe / Prefiere no responder.

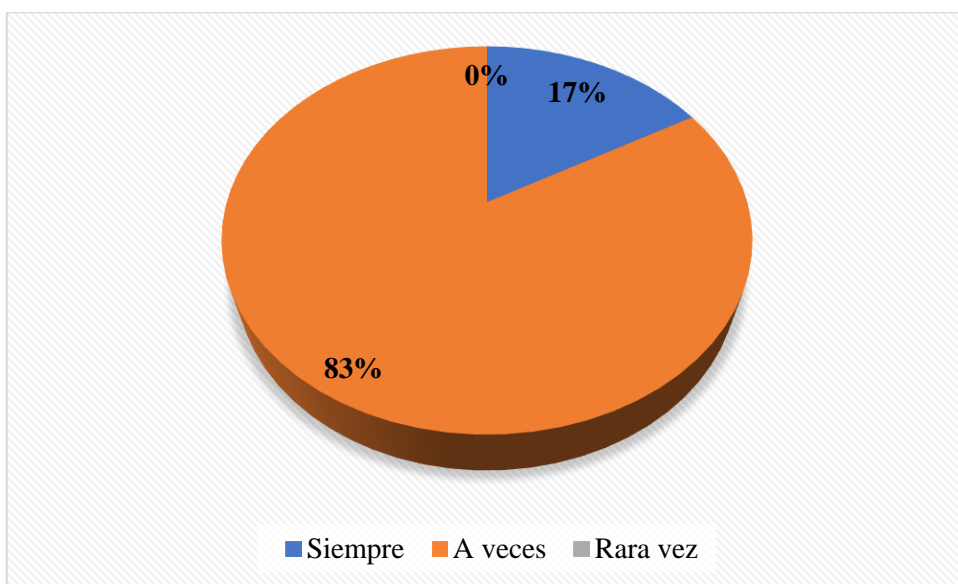
Tanto así es el rechazo en los colegios que muchos padres han optado por no enviarlos al colegio. Muchos padres actúan con bastante ignorancia. Creen que la responsabilidad son de los profesores, pero no se dan cuenta que ellos son los primeros que deberían ayudar al niño.

Tabla 21 Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a)

Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a)	Frecuencia	%
Siempre	1	17

A veces	5	83
Rara vez	0	0
Total	6	100%

Figura 20 Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a)



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Si lo Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a), el 83% indican que a veces y el 17% siempre.

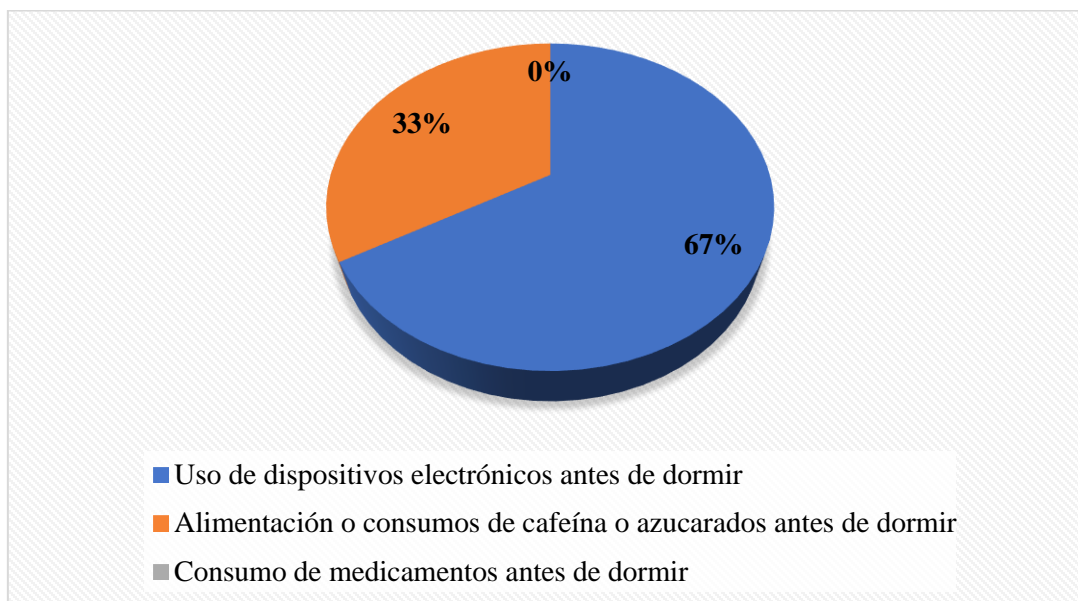
Más que apoyo toman como críticas no constructivas las opiniones de sus familias, sin embargo, el tener un niño con TEA, lo llaman que debe ser castigo de DIOS. Tanto así que una madre de una niña manifiesta que si su niña no mejora no la quiere ver sufrir. Prefiere que Dios la recoja.

Tabla 22 Factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA

Factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA	Frecuencia	%
Uso de dispositivos electrónicos antes de dormir	4	67

Alimentación o consumos de cafeína o azucarados antes de dormir	2	33
Consumo de medicamentos antes de dormir	0	0
Total	6	100%

Figura 21 Factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre los factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA, el 67% indican uso de dispositivos electrónicos antes de dormir, el 33% Alimentación o consumos de cafeína o azucarados antes de dormir.

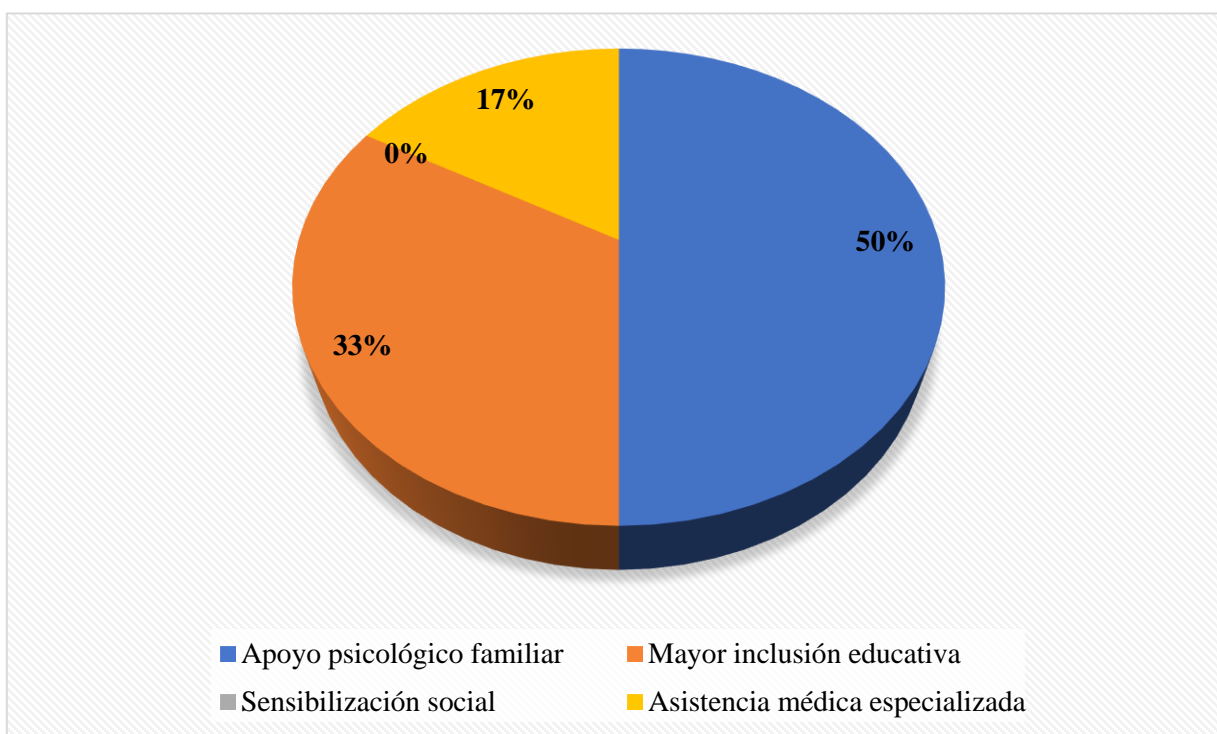
Los padres han optado para que los niños no se sientan irritables le dan su teléfono celular. Para dejarlos quietitos. Otros se quedan echados en el sofá con la televisión a altas horas de la noche. Los padres dicen “si no le doy dispositivos móviles yo no descanso así que por eso prefiero darle”

Tabla 23 Tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a)

Tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida	Frecuencia	%
---	------------	---

Apoyo psicológico familiar	3	50
Mayor inclusión educativa	2	33
Sensibilización social	0	0
Asistencia médica especializada	1	17
Total	6	100%

Figura 22 Tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a)



Fuente: encuestas a los padres o tutores de niños con TEA

Interpretación: Sobre el tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a), el 60% debe necesitar el Apoyo psicológico familiar, el 20% Mayor inclusión educativa y el 20% Asistencia médica especializada.

Utilización del Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) – Versión español

Tabla 24 características del niño al momento de ir a la cama

Preguntas	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
1. El niño va a dormir a la misma hora todas las noches*	1	4	1
2. El niño se duerme dentro de los 20 minutos después de ir a la cama*			6
3. El niño se duerme en su cama*			6
4. El niño se duerme en la cama de su hermano	4	2	
5. El niño necesita de la presencia de los padres en la habitación para dormirse	3	3	
6. El niño hace resistencia a la hora de dormir (llora, rechaza estar en la cama)	5	1	
7. El niño teme dormir en la oscuridad.			
8. El niño teme dormir solo.			

Fuente: Observación directa a niños (as) con TEA

Interpretación: de acuerdo a la presente tabla, podemos evidenciar que en cuanto a las características del niño cuando va a la cama, más del 50% realiza las actividades usualmente, un 100% dice que en relación a los puntos 2, 3, 4 los realizan rara vez, un 50% hace resistencia al dormir algunas veces. Un 33% necesita la presencia de los padres para dormir algunas veces.

Tabla

25 Hábitos de sueño:

Cantidad de sueño por día (combinando sueño nocturno y siestas) __Horas __minutos

Cantidad de Sueño por día	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
9. El niño duerme muy poco			
10. El niño duerme la cantidad correcta*	5	1	
11. El niño duerme aproximadamente la misma cantidad cada día*		2	4
12. El niño se orina en la cama en la noche	6		
13. El niño habla durante el sueño		2	4
14. El niño es inquieto y se mueve mucho durante el sueño		1	5
15. El niño camina durante la noche	6		
16. El niño se cambia a la cama de otra persona durante la noche(padres, hermanos)			6
17. El niño rechina los dientes durante el sueño (su dentista puede habérselo dicho)		4	2
18. El niño ronca fuertemente	1	3	2
19. El niño parece detener la respiración durante el sueño			6
20. El niño se ahoga durante el sueño		1	5
21. El niño tiene problemas para dormir fuera de su casa (visita a familiares, de vacaciones)	5	1	
22. El niño despierta durante la noche gritando, sudando y sin consuelo		4	2
23. El niño despierta alarmado por un sueño aterrador (pesadillas)	1	4	1

Interpretación: de acuerdo a esta escala a los hábitos de sueño, que las actividades más usualmente realizadas son que el niño duerme muy poco, el niño duerme aproximadamente la misma cantidad de horas cada día, los niños son inquietos y se mueven mucho, el niño tiene problemas para dormir fuera de su casa, en relación a las características sobre las actividades que realiza algunas veces, el niño se cambia a la cama de otra persona, el niño rechina los dientes durante el sueño, despierta durante la noche y despierta alarmado por un sueño, respecto a la opción de muy rara vez, están las actividades sobre el niño duerme la cantidad correcta, se orina en la cama en la noche, habla durante el sueño, camina durante la noche, ronca frecuentemente, parece detener la respiración durante el sueño, se ahoga durante el sueño.

Resultados objetivo 3

Tabla 26 Sueño nocturno:

Sueño Nocturno	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
24. El niño se despierta una vez durante la noche.		4	2
25. El niño se despierta más de una vez en la noche.		2	4

Fuente: Observación directa a niños (as) con TEA

Interpretación: sobre las actividades durante el sueño indican los padres que algunas veces el niño despierta durante la noche, respecto a que el niño más de una vez en la noche, la mayor cantidad de padres dice que es rara vez.

Tabla 27 Despertar matutino:

Escriba la hora del día en que el niño frecuentemente despierta en la mañana: _____

Despertar matutino	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
26. El niño despierta por si solo*		4	2
27. El niño despierta de mal carácter, disgustado.		4	2
28. El niño es despertado por adultos, hermanos.	4	1	1
29. El niño tiene dificultades para salir de la cama en la mañana.	4	1	1
30. El niño demora mucho tiempo para estar alerta en la mañana (despabilarse)		5	1

Fuente: Observación directa a niños (as) con TEA

Interpretación: en relación al despertar matutino, la mayor cantidad dice el niño es despertado por adultos y hermanos, el niño tiene dificultades para salir de la cama, sobre lo que ocurre algunas veces, dicen que el niño despierta por sí solo, el niño despierta de mal carácter y que el niño demora mucho para estar alerta.

Tabla 28 Somnolencia diurna:

Somnolencia Diurna	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
31. El niño ronca durante el día		1	5

Fuente: Observación directa a niños (as) con TEA

Interpretación: en cuanto a la somnolencia diurna, la mayor cantidad indica que eso ocurre rara vez

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1.1. Discusión

En primer lugar, se observó que la mayoría de los participantes (67%) se encuentra en el rango de edad de 3 a 5 años, mientras que el 33% tiene entre 6 y 10 años, lo cual coincide con el hecho de que el diagnóstico del TEA suele establecerse en los primeros años de vida, los síntomas del TEA suelen manifestarse antes de los tres años, lo que concuerda con los hallazgos de este estudio, donde el 67% fue diagnosticado entre los 2 y 3 años. De manera similar, un estudio realizado en España por Gómez et al. (2021) identificó que el 70% de los diagnósticos se realizan antes de los cuatro años, resaltando la importancia de la detección temprana para una mejor intervención terapéutica.

En cuanto al género, los resultados muestran una distribución equitativa entre varones y mujeres (50% cada uno). Si bien la literatura científica tradicionalmente ha reportado una mayor prevalencia del TEA en varones (aproximadamente 4:1) según Baio et al. (2018), en este caso la paridad puede explicarse por el tamaño de la muestra o por la naturaleza del grupo atendido en el centro, donde la atención inclusiva y el acceso diagnóstico son equitativos.

Respecto al grado de severidad del TEA, se observó que el 67% presenta un grado moderado y el 33% un grado leve. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Fombonne (2020), quien indica que los casos moderados representan el grupo más frecuente dentro de las consultas de intervención temprana, debido a que presentan dificultades evidentes en la comunicación y en la interacción social, lo que motiva la búsqueda temprana de apoyo especializado.

En relación con los hábitos de sueño, se identificó que el 34% de los niños se duerme alrededor de las 2:00 a.m., el 33% a las 11:00 p.m. y el 33% a las 12:00 a.m., reflejando una tendencia al retraso del inicio del sueño y una posible desregulación del ritmo circadiano, características comunes en niños con TEA. Según Richdale y Schreck (2019), entre el 40% y el 80% de los niños con autismo presentan trastornos del sueño, siendo el insomnio de conciliación y la fragmentación del sueño los más frecuentes.

Por otro lado, al analizar los factores que influyen en la conservación del sueño, se halló que el 67% de los padres atribuye las alteraciones al uso de dispositivos electrónicos antes de dormir, mientras que el 33% menciona la ingesta de alimentos azucarados o con cafeína. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cohen et al. (2020), quienes encontraron que la exposición a pantallas en horas nocturnas interfiere en la secreción de melatonina, alterando el ciclo sueño-vigilia en niños con TEA. Asimismo, Malow et al. (2021) destacan que los hábitos alimenticios y la estimulación sensorial previa al descanso son determinantes en la calidad del sueño infantil, especialmente en poblaciones neurodivergentes.

En el contexto familiar y social, los resultados sugieren que factores externos, como la rutina del hogar, el nivel de apoyo familiar y la comprensión del entorno social, también pueden influir en la regulación del sueño y el bienestar emocional del niño. Estudios realizados en Chile y Argentina (Pérez et al., 2020; Suárez & Morales, 2021) señalan que el estrés familiar, la falta de redes de apoyo y la poca sensibilización social frente al autismo pueden agravar las dificultades del sueño, al generar entornos menos predecibles y rutinas inestables.

En síntesis, los resultados obtenidos reflejan una alta prevalencia de alteraciones del sueño en niños con TEA, influenciadas principalmente por factores conductuales y ambientales como el uso de pantallas y la alimentación inadecuada, lo que reafirma la necesidad de promover estrategias de higiene del sueño, educación familiar y orientación profesional interdisciplinaria para mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) – Versión español

Preguntas

Los resultados obtenidos de las preguntas, permiten analizar de manera integral las características y comportamientos que presentan los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) al momento de ir a la cama. En primer lugar, se observa que más del 50% de los niños realiza sus actividades previas al sueño de manera habitual, lo cual sugiere que una parte significativa de ellos mantiene rutinas relativamente estables. Este hallazgo es importante, ya que las rutinas estructuradas suelen ser un factor protector frente a las alteraciones del sueño frecuentemente reportadas en la población con TEA. Sin embargo, que solo la mitad de los niños

mantenga estas actividades de forma consistente evidencia que la otra mitad presenta dificultades en la organización y transición hacia la hora de dormir.

En cuanto a los ítems correspondientes a los puntos 2, 3 y 4, los datos muestran que el 100% de los niños realiza estas conductas rara vez. Esta característica podría interpretarse como un indicador de que ciertos comportamientos problemáticos o desajustes relacionados con el sueño no son predominantes en este grupo, o bien que las rutinas específicas evaluadas no representan una dificultad significativa en la mayoría de los casos. También es posible que el entorno terapéutico y el acompañamiento familiar estén contribuyendo positivamente a disminuir la presencia de estas conductas.

Por otro lado, el hecho de que un 50% de los niños presente resistencia al momento de dormir algunas veces evidencia que las dificultades en la transición hacia el sueño continúan siendo un factor relevante dentro de esta población. La resistencia al ir a la cama puede estar asociada a ansiedad, hipersensibilidad sensorial, necesidad de movimiento o dificultades para la autorregulación, características comúnmente descritas en niños con TEA. Este dato alerta sobre la importancia de fortalecer intervenciones conductuales y rutinas más estructuradas para mejorar la preparación al descanso.

Finalmente, se identifica que un 33% de los niños necesita la presencia de los padres para poder conciliar el sueño algunas veces, lo cual sugiere cierta dependencia emocional o falta de autonomía en el proceso de dormir. Este comportamiento puede interpretarse como parte de las dificultades en la regulación emocional presentes en el TEA, pero también podría reflejar prácticas familiares que, aunque brindan seguridad momentánea, podrían limitar la adquisición de hábitos de sueño independientes. Esta necesidad de acompañamiento parcial debe considerarse al momento de diseñar estrategias de intervención individualizadas.

Cantidad de sueño por día

Los resultados obtenidos en la escala de hábitos y características del sueño muestran patrones relevantes sobre el comportamiento nocturno de los niños evaluados, permitiendo identificar tanto aspectos frecuentes como conductas poco habituales dentro de esta población. En primer lugar, se observa que las actividades realizadas más usualmente incluyen: dormir muy poco, mantener una duración de sueño relativamente constante cada día, presentar inquietud motora

durante la noche y tener dificultades para dormir fuera de casa. Estos hallazgos reflejan elementos comúnmente descritos en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), quienes suelen experimentar alteraciones en la arquitectura del sueño, dificultades en la autorregulación y sensibilidad elevada a los cambios en el entorno. El hecho de que duerman poco, pero con horarios relativamente estables sugiere que existe una rutina, aunque esta no sea suficiente para garantizar un descanso adecuado.

La presencia de inquietud motora es consistente con estudios que indican que muchos niños con TEA presentan hiperactividad nocturna o movimientos frecuentes durante el sueño, lo cual puede estar relacionado con alteraciones sensoriales, ansiedad o dificultades para alcanzar un sueño profundo y reparador. Además, las dificultades para dormir fuera del hogar evidencian una dependencia marcada del ambiente habitual, característica típica del TEA debido a la necesidad de estructura, previsibilidad y control del entorno.

En cuanto a las actividades que los niños realizan algunas veces, tales como cambiarse a la cama de otra persona, rechinar los dientes, despertarse durante la noche y despertarse alarmados por un sueño, estas conductas indican que existe un porcentaje relevante de niños con despertares nocturnos y episodios de ansiedad relacionados con el sueño. La presencia de bruxismo (rechinar los dientes) puede estar asociada a estrés, tensión muscular o alteraciones neurológicas comunes en esta población. Los despertares repentinos y alarmados sugieren dificultades en la transición entre etapas del sueño, así como posibles episodios de terrores nocturnos o hipersensibilidad a estímulos internos o externos.

Finalmente, las actividades clasificadas como muy rara vez, tales como dormir la cantidad correcta de horas, mojar la cama, hablar o caminar durante el sueño, roncar, presentar pausas respiratorias o ahogarse durante la noche, indican que este grupo de niños presenta una baja frecuencia de parasomnias clásicas y trastornos respiratorios del sueño. Esto sugiere que, aunque existen dificultades significativas en la calidad del sueño, no predominan alteraciones como apnea, somniloquia o enuresis. Sin embargo, la baja frecuencia de estas actividades no debe descartarse, ya que su presencia, aunque esporádica, podría tener implicaciones clínicas importantes.

Sueño nocturno

Los datos obtenidos respecto a las actividades observadas durante el sueño permiten analizar la frecuencia y el patrón de despertares nocturnos en los niños evaluados. Según la información proporcionada por los padres, algunas veces el niño despierta durante la noche, lo cual refleja la presencia de interrupciones ocasionales en el ciclo del sueño. Este hallazgo es consistente con lo descrito en la literatura sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA), donde los despertares nocturnos son uno de los problemas más habituales debido a dificultades en la autorregulación, hipersensibilidad sensorial o alteraciones en la maduración de los ritmos circadianos.

Sin embargo, cuando se analiza la frecuencia con la que el niño despierta más de una vez durante la misma noche, la mayoría de los padres reporta que esto ocurre rara vez. Este resultado indica que, si bien existe cierta tendencia a despertar durante la noche, estos episodios no suelen ser repetitivos ni múltiples dentro de un mismo período de sueño. En otras palabras, los despertares están presentes, pero no alcanzan un nivel de severidad que implique interrupciones continuas o fragmentación extrema del descanso.

Este patrón sugiere que los niños experimentan despertares aislados más que episodios prolongados de disrupción nocturna. Desde una perspectiva clínica, esto es relevante, ya que los despertares múltiples suelen relacionarse con trastornos más complejos del sueño, como apnea, ansiedad nocturna intensa o parasomnias. El hecho de que la mayoría de los padres reporte que esto ocurre rara vez podría indicar que los niños mantienen, al menos parcialmente, una estructura de sueño funcional.

No obstante, la presencia de despertares ocasionales sigue siendo un indicador de calidad de sueño disminuida, lo cual puede influir en el comportamiento diurno, la atención, la energía y la regulación emocional, especialmente en población con TEA. Es importante considerar que incluso despertares no recurrentes pueden afectar el descanso reparador si se presentan de forma intermitente o en etapas sensibles del sueño.

Despertar matutino

Los resultados relacionados con el despertar matutino de los niños permiten identificar patrones relevantes que influyen directamente en la calidad del descanso y en el funcionamiento diario. En primer lugar, la mayoría de los padres refiere que el niño es despertado por adultos o

hermanos, lo cual sugiere que muchos de los niños no logran despertar espontáneamente. Este fenómeno puede estar asociado a un sueño poco reparador, a dificultades en la regulación de los ciclos sueño-vigilia o a la presencia de somnolencia matutina excesiva, elementos frecuentemente reportados en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La necesidad de intervención externa para iniciar el día también puede reflejar problemas en la transición del estado de sueño al estado de alerta.

Asimismo, se reporta que los niños tienen dificultades para salir de la cama, lo cual refuerza la idea de que el despertar matutino no ocurre de forma natural ni fluida. Este comportamiento puede estar relacionado con un sueño insuficiente, fragmentado o de baja calidad, pero también con la presencia de baja energía, rigidez en las rutinas matinales o dificultades en la motivación para iniciar actividades. Este patrón es relevante, ya que un despertar lento y con resistencia puede afectar negativamente la organización del día y la adaptación a las demandas escolares o terapéuticas.

Por otro lado, las actividades que los padres indican que ocurren algunas veces, como que el niño despierta por sí solo, muestran que existe un porcentaje de niños que logra un despertar espontáneo, aunque no de manera consistente. Este hallazgo indica que, aunque los patrones de sueño pueden estar alterados, no todos los días presentan la misma dificultad, lo que podría estar influido por factores como la duración del descanso, el ambiente, el estrés o la rutina previa al sueño.

La afirmación de que el niño despierta de mal carácter algunas veces es un dato importante, ya que el mal humor matutino suele estar vinculado a una mala calidad del sueño, a despertares abruptos o a dificultades en la autorregulación emocional, características que son más prevalentes en niños con TEA. Este comportamiento podría impactar negativamente en la convivencia familiar y en la adaptación a las actividades del día.

Finalmente, el hecho de que el niño demora mucho para estar alerta también algunas veces indica que el proceso de activación matutina es lento e irregular. Este retraso en alcanzar un nivel adecuado de alerta puede afectar la atención, el aprendizaje, la disposición para actividades diarias y la participación en intervenciones terapéuticas, aspectos especialmente importantes en esta población.

Somnolencia diurna

Los resultados obtenidos respecto a la somnolencia diurna muestran que, según la percepción de la mayoría de los padres, este fenómeno ocurre rara vez en los niños evaluados. Este hallazgo es relevante, ya que la somnolencia diurna excesiva suele ser un indicador importante de una mala calidad del sueño nocturno, interrupciones frecuentes o un tiempo de sueño insuficiente. El hecho de que la somnolencia se presente con baja frecuencia sugiere que, a pesar de ciertas alteraciones nocturnas descritas en otros apartados, los niños logran mantener un nivel de energía relativamente estable durante el día.

Esta baja incidencia de somnolencia diurna podría interpretarse como un posible indicador de que los despertares nocturnos, aunque presentes, no son tan prolongados o significativos como para interferir con el funcionamiento diurno. Asimismo, puede reflejar una capacidad de adaptación por parte de los niños, quienes podrían experimentar interrupciones del sueño sin mostrar manifestaciones evidentes de cansancio durante el día.

Por otro lado, es importante considerar que muchos niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) presentan altos niveles de activación fisiológica o conductual, lo que podría enmascarar signos de somnolencia. Es decir, la hiperactividad, la inquietud o los patrones de comportamiento característicos podrían dificultar que los padres identifiquen señales sutiles de fatiga. Por ello, aunque la somnolencia diurna se reporte como poco frecuente, no debe descartarse la posibilidad de que exista una disminución cualitativa del descanso nocturno que no se manifieste de manera evidente en el comportamiento matutino o vespertino.

Además, la baja frecuencia de somnolencia diurna podría estar relacionada con rutinas estructuradas, actividades constantes o intervenciones terapéuticas que mantienen a los niños activos y estimulados, reduciendo las oportunidades de manifestar cansancio durante el día.

6.1.2. Conclusión

De acuerdo al resultado de la investigación realizada en función a la aplicación de encuestas y el recojo de datos mediante una cartilla específica que coadyuve al recojo de información, se pudo evidenciar que según los objetivos específicos tenemos:

De acuerdo al Primer objetivo específico que se tiene los resultados:

El 100% de estos niños viven en área urbana, pero lamentablemente se ha evidenciado que estos niños no cuentan con las condiciones necesarias: como ser comodidad, orden, malos hábitos alimentarios, malos hábitos de higiene. Esto fomenta que no haya un avance en su Dx. No cuentan con la atención necesaria que necesita un niño con TEA. como ser un pedagogo, un psicólogo, que asista a fonoaudiología. Se ha evidenciado también que son los mismos padres que excluyen a sus niños por miedo a que lo lastimen.

De acuerdo al Segundo objetivo específico que se Tiene se tiene los resultados:

- Se pudo conocer el grado de Trastorno del Espectro Autista diagnosticado los niños y niñas en el Centro multisectorial, el 67% de los niños tienen el grado de autista moderado y el 33% grado de TEA leve.

De acuerdo al Tercer objetivo específico que se tiene los resultados:

- Los factores que contribuyen a los malos hábitos de sueño. Son la falta de interés y atención que le dan al niño, la exposición excesiva a los dispositivos móviles, la inadecuada alimentación que le dan, excesivos dulces, cafeínas, alimentos procesados. Lo malos hábitos de higiene que tienen los niños como ser no le cepillan la boquita porque manifiestan que no les agrada, no los bañan porque se pueden enfermar. No establecen horarios, se dejan manipular por el niño y niña.

De acuerdo al Cuarto objetivo específico que se tiene los resultados:

- Se pudo identificar los factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA, el 67% indican uso de dispositivos electrónicos antes de dormir, el 33% Alimentación o consumos de cafeína o azucarados antes de dormir.

- Las actividades durante el sueño indican los padres que algunas veces el niño despierta durante la noche, respecto a que el niño más de una vez en la noche, la mayor cantidad de padres dice que es rara vez
- En relación al despertar matutino, la mayor cantidad dice el niño es despertado por adultos y hermanos, el niño tiene dificultades para salir de la cama, sobre lo que ocurre algunas veces, dicen que el niño despierta por sí solo, el niño despierta de mal carácter y que el niño demora mucho para estar alerta.

De acuerdo a la Hipotesis

- Se rechaza la hipótesis nula ya que las alteraciones del sueño en niños con trastorno espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B no afectan la calidad del sueño.
- Se confirma la hipótesis alternativa la cual indica que las alteraciones del sueño en niños con trastorno espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B si afectan la calidad del sueño.
- Se confirma la hipótesis que la falta de una rutina establecida afecta significativamente las alteraciones de sueño

Se rechazó la hipótesis nula (H0) y se aceptó la hipótesis alternativa (H1), ya que los resultados obtenidos evidenciaron que las alteraciones del sueño en niños con trastorno del espectro autista del centro multisectorial Cobija B afectan significativamente la calidad del sueño. Se observó que los niños que presentaron mayores alteraciones también mostraron menor calidad de descanso nocturno.

A partir del análisis de los resultados, se comprobó que las alteraciones del sueño tienen un impacto significativo en la calidad del descanso en los niños con trastorno del espectro autista que asisten al centro multisectorial Cobija B, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Asimismo, se estableció que la falta de una rutina de sueño organizada incrementa la presencia de alteraciones, evidenciando la necesidad de implementar estrategias de higiene del sueño en la población estudiada

Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) – Versión español

Los datos de las preguntas, permiten concluir que, si bien existe un porcentaje importante de niños con rutinas relativamente estables, persisten dificultades relacionadas con la resistencia al dormir y la dependencia de los cuidadores para conciliar el sueño. Esto refuerza la necesidad de implementar programas dirigidos a promover hábitos de sueño saludables, apoyar la autonomía y reducir conductas de resistencia a través de técnicas conductuales consistentes y adaptadas al perfil sensorial y emocional de cada niño.

Los datos de la cantidad de sueño por día, reflejan un perfil característico de niños con TEA, donde las alteraciones del sueño se manifiestan principalmente en forma de reducción del tiempo total de sueño, inquietud nocturna, dependencia del entorno y despertares intermitentes, más que en trastornos respiratorios o parasomnias estructuradas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar intervenciones orientadas a mejorar la higiene del sueño, reforzar las rutinas, gestionar la ansiedad y adaptar el ambiente nocturno para favorecer una mayor estabilidad y calidad del descanso.

Los hallazgos de sueño nocturno, sugieren que los niños presentan alteraciones leves a moderadas en su sueño nocturno, caracterizadas por interrupciones esporádicas, pero no por despertares múltiples severos. Esto refuerza la necesidad de continuar promoviendo intervenciones orientadas a la higiene del sueño, la estructura de rutinas y el control del ambiente nocturno, con el fin de disminuir incluso los episodios aislados que podrían comprometer la calidad del descanso.

Los hallazgos en el despertar matutino, muestran que los niños evaluados presentan dificultades significativas en el despertar matutino, caracterizadas por dependencia de otros para despertarse, resistencia para abandonar la cama y problemas de alerta y humor. Si bien algunos niños logran despertar por sí mismos ocasionalmente, los patrones generales sugieren la necesidad de intervenciones que mejoren la calidad del sueño nocturno y faciliten transiciones matinales más fluidas. Esto podría incluir ajustes en las rutinas previas al sueño, optimización del ambiente nocturno y establecimiento de estrategias de activación matutina estructuradas.

En relación a la somnolencia segura, los hallazgos sugieren que, aunque los niños presentan ciertas dificultades relacionadas con el sueño nocturno, la somnolencia diurna no constituye un problema predominante en esta población. Esto es positivo, ya que permite un funcionamiento diario relativamente adecuado. Sin embargo, se recomienda continuar monitoreando este aspecto, considerando que la somnolencia puede variar según las demandas escolares, cambios en rutinas o progresión del desarrollo.

6.2. RECOMENDACIONES

Para apoyar a niños con autismo,

Es importante poder crear o tener un entorno predecible con rutinas claras y herramientas de comunicación visual. Utilizar el refuerzo positivo elogiando los buenos comportamientos, establezca una zona de seguridad en casa, y sepa que cada niño es único, así que la comunicación abierta con los profesionales es fundamental. Importante tener grupos de apoyo familiar que promuevan en manejo de niños con esta condición de salud.

Tener algunas Estructura y rutinas como ser:

- **Establecer rutinas:** Un horario visual claro para actividades diarias ayuda a los niños con autismo a sentirse más seguros.
- **Prepararse para los cambios:** Si un cambio es inevitable, avise al niño con antelación.
- **Cree una zona de seguridad:** Designar un espacio tranquilo donde el niño pueda relajarse y sentirse seguro.

En cuanto a la Comunicación y enseñanza

- **Comunicarse de forma clara y directa:** Evitar el sarcasmo o las bromas que puedan ser malinterpretadas.
- **Utilizar ayudas visuales:** Las imágenes, tarjetas o gestos pueden ser muy útiles para la comunicación.
- **Ser un guía en las conversaciones:** Ayudar a dirigir las conversaciones si es necesario, ya que las interacciones sociales pueden ser un desafío.

Respecto al Apoyo y refuerzo

- **Reforzar el comportamiento positivo:** Elogiar y recompensar específicamente cuando el niño actúe de manera apropiada o aprenda algo nuevo.
- **Ser paciente y empático:** Entienda que el niño puede tener dificultades sociales y que necesita aceptación.
- **Celebrar los logros:** Reconozca y celebre los avances, por pequeños que sean, para fomentar el crecimiento.

En cuanto al Cuidado y bienestar

- **Información profesional:** Buscar terapias y profesionales basados en evidencia y hablar con ellos sobre sus necesidades y las de su hijo ya que es importante un seguimiento continuo.
- **Fomentar la independencia:** A pesar de los desafíos, es vital permitir que los niños desarrollen independencia y tomen decisiones adecuadas a su edad.

BIBLIOGRAFÍA

ADN institut. (2021). *Qué es el autismo, y qué lo causa*. ADN institut:

<https://www.adninstitut.com/que-es-el-autismo-que-lo-causa-n-52-es>

Alvarez, A. (2024). Lenguaje, pensamiento y educación: el impacto de Vygotsky. *EDU NEWS*.

Arbor, J. (2020). Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. *Terapia Cognitiva Mexico*, 1 - 3.

- Arcadia, C. (2025). Comprender a los demás: La teoría de la Mente. *Revista de Psicología y Logopedia*.
- Arrieta, J. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Revista de Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 101.
- Bellantonio, E. (2024). Trastorno del Espectro Autista en niños, niñas y adolescentes, una actualización. *Autism spectrum disorder in children and adolescents, an update*, 4 - 5 .
- Cahuasa, P. (24 de Agosto de 2024). *El aprendizaje basado en competencias prepara a los estudiantes para el mundo real* . Innovación en Educación:
<https://unifranz.edu.bo/blog/aprendizaje-basado-en-competencias/>
- CDC, C. N. (26 de Abril de 2022). *¿Qué son los trastornos del espectro autista?* Centros para el control y prevención de enfermedades:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>
- Creswell. (2014). *qualitative, quantitative, and mixed*. Sage publications.
- FAM. (2023). *Estrategias efectivas para enseñar a niños con autismo -Parte I*. Federación Aautista Madrid: <https://autismomadrid.es/educacion-2/estrategias-efectivas-para-ensenar-a-los-ninos-con-autismopuntos-1-y-2/>
- Galarza, R., & et al. (2021). Conceptos Fundamentales en la Teoría Neuropsicológica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 76-81.
- Gustavo Celis, M. O. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 14 - 15.
- INSM. (2023). *Instituto Nacional de la Salud Mental* . Trastornos del Espectro Autista:
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>
- Jofre, D., & al et. (2023). Estado actual de la práctica de la neuropsicología clínica en Bolivia. *Revista de Neuro*.

- Jorquera, M. (2021). Evaluación funcional de la conducta: una herramienta crucial en el diseño de planes de apoyo conductual individualizados. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 18 - 27.
- Karmiloff-Smith. (1992). Desarrollo Cognitivo y Ciencia Cognitiva. En F. Gutierrez, *Teorías del Desarrollo Cognitivos* (pág. 13). Madrid: Mc Graw Hill.
- Kothadia, R. (4 de Febrero de 2021). *Tratamiento farmacológico del trastorno del espectro autista: una revisión de 7 estudios*. Autismo Vivo:
<https://www.autismovivo.org/post/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-del-trastorno-del-espectro-autista-una-revisi%C3%B3n-de-7-estudios>
- Livanesa, J. (2023). Técnicas de intervención en el trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Revista Universidad y Sociedad*, 192 - 194.
- Mancera, C. (24 de Enero de 2024). En el Día Internacional de la Educación, destacamos las tendencias educativas de 2024, enfocándonos en fortalecer la seguridad de datos y la inmersión educativa con realidad virtual. Informes de Educause y Edulabs señalan un futuro educativo más flexible,. *Educación en 2024: Nuevas tendencias redefinen el futuro del aprendizaje*.
- Marqués, C. (2020). Neuropsicología del trastorno del espectro autista (TEA) (Tesis de master de la Universidad de Illes Balears). Repositorio institucional de la UIB.
- Marta Isabel Díaz, M. Á. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. RGM, S.A. - Urduliz.
- Mayo Clinic. (29 de Julio de 2021). *Trastorno del espectro autista*. Mayo Clinic:
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/diagnosis-treatment/drc-20352934>
- Montagud, N. (2020). Las 10 teorías del aprendizaje más importantes. *Psicología educativa y del desarrollo* .
- Morin, A. (2022). *Understood*. Understood for All Inc. : <https://www.understood.org/es-mx/articles/what-is-autism>

- National institutes of health. (2017). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5846201/>
- Navarra, C. U. (2021). *Clinica universidad de Navarra*. Enfermedades y tratamientos, Autismo: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/autismo>
- NIH. (2021). *Terapia de manejo de la conducta para el autismo*. NIH: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/autism/informacion/conducta-modificacion>
- OMS. (2025). *Salud del adolescente*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-health>
- Pérez, C., & Ruiz, Y. (2022). Evaluación neuropsicológica en niños con trastornos del neurodesarrollo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 502 - 512.
- Pintado, E. (2024). El papel de la neuropsicología en la educación . *Ciencia Latina revista científica multidisciplinaria, Ciudad de Mexico*, 9497.
- Recatero, G. (2023). La neurociencia y el síndrome de espectro autista (TEA). *Neurociencia*.
- Red Educa. (2023). *Red Educa*. Explorando las etapas del desarrollo cognitivo según Piaget.: <https://www.rededuca.net/blog/atencion-temprana/etapas-desarrollo-cognitivo>
- Riviere,A. (2013). *Fundacion coneTEA*. <https://www.fundacionconectea.org/novedades/blog/teoria-de-la-mente-y-autismo>
- Rodríguez, K. (11 de Marzo de 2025). *La importancia de la inclusión escolar de niños con autismo*. Milenio: <https://www.milenio.com/aula/la-importancia-de-la-inclusion-escolar-de-ninos-con-autismo>
- Ropain, A. (2021). El psicólogo educativo y su quehacer en la institución. *Revistas Científicas de América Latina el Caribe*, 259.
- Ruiz, L. (2020). Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. *Revista de Psicología y Mente*.
- Sabino. (1992). *Proceso de la investigacion*. Caracas.

- Sánchez, C. (2022). *Modelo de intervención en el aula de E.I. para niños y niñas con TEA*.
https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/64000/TFG_CarmenSanchezFernandez.pdf?sequence=4
- UNICEF. (2023). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF:
<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino>
- UNIR . (5 de Diciembre de 2021). Teoría de la mente: desarrollo evolutivo y alteraciones.
Revista Ciencias de la Salud. UNIR : <https://www.unir.net/revista/salud/teoria-de-la-mente/>
- Urueta, A. (2021). Tratamiento de los niños con autismo en etapa de 3 a 12 años de edad.
Dilemas contemporáneos: educación, política y valores.
- Vassallo, C. (2023). Conductismo en psicología: teoría, práctica y autores más influyentes.
Uno Bravo.
- Vazquez, T. (2020). Estrategias didácticas para trabajar con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 591.
- Zúñiga, H. (2017). Los Transtornos del Espectro Autista (TEA). *Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*.

ANEXOS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) padre, madre o tutor(a):

El presente estudio tiene como propósito evaluar la calidad y las alteraciones del sueño en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que asisten al Centro Multisectorial, con el fin de identificar los factores que pueden influir en su descanso nocturno y bienestar general.

Para ello, se requiere su autorización para realizar visitas de observación, entrevistas o aplicación de cuestionarios relacionados con los hábitos de sueño y aspectos familiares y sociales del niño(a).

Participación voluntaria: La participación en este estudio es **completamente voluntaria**. Usted tiene derecho a **aceptar o rechazar** la participación de su hijo(a) sin que ello afecte la atención o los servicios que recibe actualmente en el centro.

Asimismo, puede **retirarse en cualquier momento** si así lo desea, sin que se le genere ningún tipo de consecuencia.

Procedimiento

- Se realizará una breve **entrevista o cuestionario dirigido a los padres o tutores**.
- Se podrá efectuar una **observación directa del niño(a)** en el hogar o en el centro, con fines exclusivamente académicos y científicos.
- La información obtenida se utilizará **únicamente con fines de investigación**, manteniendo el anonimato de los participantes.

Confidencialidad: resultados serán confidenciales los datos se utilizarán únicamente con fines científicos y no se revelará la identidad en ninguna publicación o presentación.

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre del investigador responsable: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPATIVA DIRECTA SOBRE HáBITOS DE SUEÑO EN NIÑOS

Escriba la hora en que el niño va a la cama: _____

Preguntas	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
1. El niño va a dormir a la misma hora todas las noches*			
2. El niño se duerme dentro de los 20 minutos después de ir a la cama*			
3. El niño se duerme en su cama*			
4. El niño se duerme en la cama de su hermano			
5. El niño necesita de la presencia de los padres en la habitación para dormirse			
6. El niño hace resistencia a la hora de dormir (llora, rechaza estar en la cama)			
7. El niño teme dormir en la oscuridad.			
8. El niño teme dormir solo.			

HÁBITOS DE SUEÑO:

Cantidad de sueño por día (combinando sueño nocturno y siestas) _____Horas
_____minutos

Cantidad de sueño por día	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
9. El niño duerme muy poco			
10. El niño duerme la cantidad correcta*			
11. El niño duerme aproximadamente la misma cantidad cada día*			
12. El niño se orina en la cama en la noche			
13. El niño habla durante el sueño			
14. El niño es inquieto y se mueve mucho durante el sueño			
15. El niño camina durante la noche			
16. El niño se cambia a la cama de otra persona durante la noche (padres, hermanos)			
17. El niño rechina los dientes durante el sueño (su dentista puede habérselo dicho)			
18. El niño ronca fuertemente			
19. El niño parece detener la respiración durante el sueño			
20. El niño se ahoga durante el sueño			
21. El niño tiene problemas para dormir fuera de su casa (visita a familiares, de vacaciones)			
22. El niño despierta durante la noche gritando, sudando y sin consuelo			
23. El niño despierta alarmado por un sueño aterrador (pesadillas)			

SUEÑO NOCTURNO:

Sueño nocturno	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
24. El niño se despierta una vez durante la noche.			
25. El niño se despierta más de una vez en la noche.			

Escriba el número de minutos que frecuentemente dura un despertar durante la noche: _____

DESPERTAR MATUTINO:

Escriba la hora del día en que el niño frecuentemente despierta en la mañana: _____

Despertar matutino	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
26. El niño despierta por si solo*			
27. El niño despierta de mal carácter, disgustado.			
28. El niño es despertado por adultos, hermanos.			
29. El niño tiene dificultades para salir de la cama en la mañana.			
30. El niño demora mucho tiempo para estar alerta en la mañana (despabilarse)			

SOMNOLENCIA DIURNA:

Somnolencia diurna	USUALMENTE (5-7)	ALGUNAS VECES (2-4)	RARA VEZ (0-1)
31. El niño ronca durante el día			

Durante la semana pasada, su niño pareció dormido o somnoliento durante las siguientes actividades (marque todas las actividades posibles)

Somnolencia diurna	DESPIERTO	DORMIDO	SOMNOLIENTO
32. Mirando la TV			
33. Paseando en un carro			

Anexo 3 Modelo de recogida de datos sobre el consumo de medicamentos

MODELO DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Por favor relaciones TODOS los medicamentos que su niño está tomando actualmente o que consume de forma regular. Debe incluir tanto los medicamentos indicados por el médico como los que no lo son.

Medicamento _____ Dosis _____

Especialidad que lo indicó _____

DATOS GENERALES DEL PADRE (QUE APORTA LA INFORMACIÓN)

Nombre: _____

Parentesco o relación con el niño: _____

Grado de escolaridad: _____

Centro de trabajo, profesión u ocupación: _____

¿Convive con el niño? Si no (circule)

Padece de alguna enfermedad: _____

¿Presenta algún trastorno del sueño? _____

De ser así, ¿Que medicamentos toma? _____

¿Presenta algún trastorno psiquiátrico? _____

De ser así, ¿Que medicamentos toma? _____

¿Alguien de la familia presenta trastornos del sueño? De ser así, descríbalos.

CUESTIONARIO DE ENCUESTA A TUTORES QUE TIENEN NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

INSTRUCCIONES: Marque con una “X” la opción que corresponda o complete según se indique. Toda la información será confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación.

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO O NIÑA

1. Edad del niño(a):

Menos de 3 años

3 a 5 años

6 a 10 años

12 años o más

2. Sexo del niño(a):

Masculino

Femenino

3. Edad al momento del diagnóstico de TEA:

Antes de los 2 años

2 a 3 años

4 a 5 años

6 años o más

II. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES O TUTORES

4. Edad del padre/madre/tutor principal:

Menos de 25 años

- 25 a 45 años
- 45 años o más

5. Nivel educativo del padre/madre/tutor principal:

- Primaria
- Secundaria
- Técnico medio/superior
- Universitario completo/incompleto
- Postgrado

6. Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Unión libre
- Separado(a)/Divorciado(a)
- Viudo(a)

7. Ocupación del padre/madre/tutor principal:

- Empleado público
- Trabajo independiente
- Ama de casa
- Desempleado
- Otro: _____

8. Ingreso económico mensual familiar (aproximado):

- Menos de Bs 2500
- Bs 2500 – Bs 4999
- Más de Bs 5000

9. Número de hijos en la familia:

- 1
- 2 -4
- 5 o más

10. **El niño(a) con TEA es el primer hijo(a)?**

Sí

No

11. **¿Viven en zona?**

Urbana

Rural

12. **El Domicilio se encuentra cerca de**

Una Plaza

Un Karaoke o bar

13. **¿Cuenta su familia con seguro de salud?**

Sí

No

14. **Grado de TEA diagnosticado:**

Leve

Moderado

Severo

15. **¿El niño(a) presenta dificultad para conciliar el sueño (tarda mucho en dormirse)?**

Nunca

A veces

Frecuentemente

Siempre

16. **¿El niño(a) con TEA recibe rechazo o falta de comprensión por parte de algún miembro de su familia?**

Sí

No

No sabe / Prefiere no responder

17. **¿El niño(a) con TEA ha experimentado rechazo, discriminación o falta de aceptación por parte de la sociedad (escuela, comunidad u otros niños)?**

Sí

No

No sabe / Prefiere no responder

18. **¿Considera que el entorno familiar brinda apoyo emocional al niño(a)?**

Siempre

- A veces
- Rara vez
- Nunca

19. **¿Recibe apoyo gubernamental o institucional para el cuidado del niño(a) con TEA?**

- Sí
- No
- Especifique: _____

20. factores que más influye en la conservación del sueño de su hijo(a) con TEA.

- Uso de dispositivos electrónicos antes de dormir.
- Alimentación o consumos de cafeína o azucarados antes de dormir.
- Consumo de medicamentos antes de dormir.

21. ¿Qué tipo de apoyo considera más necesario para mejorar la calidad de vida del niño(a)?

- Apoyo psicológico familiar
- Mayor inclusión educativa
- Sensibilización social
- Asistencia médica especializada

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) DEL CENTRO MULTISECTORIAL COBIJA B – GESTIÓN 2025

1. Título de la Propuesta

Guías y Rutinas Estructuradas para Niñas y Niños con TEA del Centro Multisectorial Cobija B

2. Fundamentación

Los resultados de la investigación revelan que los niños con TEA presentan dificultades frecuentes relacionadas con la rutina para ir a la cama, despertares nocturnos ocasionales, dificultades para despertarse en la mañana y somnolencia diurna leve. Estas alteraciones afectan su rendimiento escolar, conducta, aprendizaje y autonomía.

La evidencia científica indica que la implementacion de rutinas estructuradas, hábitos en la higiene, apoyo visual y participación activa de la familia mejora significativamente la calidad del sueño en niños con TEA.

3. Objetivo General

Implementar rutinas de sueño establecidas por los progenitores para mejorar la calidad y reducir las alteraciones del sueño en niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) del Centro Multisectorial Cobija B, durante la gestión 2025.

4. Objetivos Específicos

1. Establecer horarios de dormir,de despertar, las siestas, etc.
2. Implementar rutinas que involucren los hábitos de higiene : como duchar a los niños antes de dormir, asearlos a la hora que se despierten.
3. Establecer horarios en la alimentación.
4. Disminución de dispositivos móviles (celulares,television, tables)
5. Fijar horarios de estimulacion a cargo de los progenitores.

5. Componentes de la Propuesta

A. Rutinas Estructuradas Previas al Sueño

- Establecer horario fijo para dormir.
- Implementar una **secuencia visual** (pictogramas) con pasos como:
→ Baño → Cepillado → Cena ligera → Actividad calmada → Ir a la cama.
- Reducir estímulos 30 minutos antes de dormir (luces, pantallas, ruidos).
- Incorporar actividades de regulación sensorial para niños que lo necesiten:
presión profunda, respiración guiada, manta con peso, masaje suave.

B. Capacitación a Padres

Realizar talleres mensuales sobre:

- Higiene del sueño.
- Manejo de resistencia al dormir.
- Técnicas para favorecer el sueño autónomo.
- Cómo actuar frente a despertares nocturnos.
- Importancia del ambiente del dormitorio (luz, ruido, orden, temperatura).

Se entregarán **guías ilustradas** adaptadas al nivel educativo de las familias.

C. Adecuación del Entorno de Descanso

- Recomendar a los padres un ambiente con:
 - ✓ Luz tenue
 - ✓ Ausencia de pantallas
 - ✓ Juguetes limitados
 - ✓ Rutina sensorial adecuada
- Uso opcional de sonido blanco o música suave.

D. Intervenciones individualizadas

Cada niño recibirá un **plan de sueño personalizado** según:

- Necesidad de compañía
- Nivel de resistencia al dormir
- Presencia de despertares nocturnos
- Dificultades matutinas

6. Resultados Esperados

- Mejoría del hábito de ir a la cama sin resistencia.
- Disminución de la necesidad de presencia parental para conciliar el sueño.
- Reducción de despertares nocturnos.
- Mejora en el estado de ánimo al despertar.
- Disminución de la somnolencia diurna.
- Aumento del tiempo total de sueño y calidad del descanso.
- Mayor autonomía y regulación emocional en los niños.

6. Cronograma (3 meses iniciales)

Actividad	Como deve ir	Lo que tiene que hacer el padre	Llevarlos a la cama
Horarios de ir a dormir por las noches 7 a 8 de la noche.	Ropa comoda mejor si es de algodón	Bañarlos con agua antes de llevarlo a la cama	Luz apagada,cuarto limpio, sábanas limpias.
Horarios de despertarlos a los niños (6:30 a 7 am) debe ser todos los días sin excesion	Si el niño se despertó se le debe dar un aseo general	Ponerles ropa cómoda.	No se le deve dejar hacer siesta,hasta despues de almuerzo.

<p>Esablecer horarios que los niños miraran television o celular</p>	<p>Después de almuerzo de 2pm hasta las 4pm pueden ver television</p>	<p>No se le debe dar ningún dispositivos móviles después de las 6 de la tarde</p>	<p>Mejor si en el celular se descargan juegos como rompecabezas, tocar instrumento</p>
<p>Determinar horarios para la estimulacion</p>	<p>Un buen horario es en la mañana 9 a 10 am por las tardes de 5 a 6.</p>	<p>* si va a pintar, tener y enseñarle la ropa adecuada. *se debe jugar con el niño.</p>	<p>*recortar con tijeras. *formar bloques. *jugar juegos de razonamiento.</p>
<p>Ser fijos en horarios de la alimentación</p>	<p>El niño debe haber desayunado hasta las 8 am. Su merienda a las 10 am. Puede ser cualquier tipo de frutas.</p>	<p>Si el niño asiste a la escuela. Debes llevarle o prepararle tu como padre lo que el comerá. El almuerzo hasta antes de 1 pm el niño ya debe haber almorzado</p>	<p>En la cena no dar carbohidratos. Hasta antes de las 8 en niño ya de vio haber cenado. Ojo y muy importante en tomar en cuenta. Tu eres el espejo para tu niño (si te ve comer comera, si no lo haces no lo hara)</p>

Lo que debes evitar(prohibir)	*prohibido chocolates o dulces hasta antes de las 5 , mejor si no le da.	Evitar cafeína. Evitar los alimentos con gluten. Evitar los alimentos procesados.	No debes permitir que otros familiares se involucren en método de crianza. Tu eres su padre.
--------------------------------	--	---	--

8. Conclusión

La propuesta ofrece una intervención integral diseñada para mejorar la calidad del sueño de los niños con TEA del Centro Multisectorial Cobija B mediante la participación conjunta de familias y profesionales, la estructuración del entorno, rutinas consistentes y seguimiento continuo. Esto permitirá avanzar en el bienestar físico, emocional y educativo de los niños durante la gestión 2025.

Anexo 6 Visita a domicilios de niños con TEA, mediante la observación participativa

