



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**La intervención temprana en el desarrollo integral de los
niños con Síndrome de Down menores de 1 año del
PRITE Antares, UGEL 02, SMP 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Educación Infantil y Neuroeducación**

AUTORA:

Br. Sheyla Veler Padilla Acevedo

ASESOR:

Dr. Segundo Sigifredo Pérez Saavedra

SECCIÓN:

Educación e Idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Desarrollo Neuromotor

LIMA - PERÚ

Año 2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **PADILLA ACEVEDO, SHEYLA VELER**

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Educación Infantil y Neuroeducación*, ha sustentado la tesis titulada:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN MENORES DE 1 AÑO DEL PRITE ANTARES, UGEL 02, SMP 2018

Fecha: 24 de octubre de 2018

Hora: 10:15 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Luis Nuñez Lira

Firma:

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma:

VOCAL: Dr. Segundo Pérez Saavedra

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por excelencia*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... *- Aplicar APA*

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre a quien le debo lo que soy.

Agradecimiento

A mi familia, a las familias de los niños del PRITE Antares por ser parte de sus vidas y a Dios quien guía mis pasos.

Declaración de Autoría

Yo, Sheyla Veler Padilla Acevedo, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Educación Infantil y Neuroeducación, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro que el trabajo académico titulado “La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP”, presentada, en folios para la obtención del grado académico de Maestra en Educación Infantil y Neuroeducación, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, agosto del 2018

Sheyla Veler Padilla Acevedo

DNI: 25697588

Presentación

Señores miembros del jurado:

Pongo a su disposición la tesis titulada “La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP”, en cumplimiento a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos para optar el grado académico de maestra en Educación Infantil y Neuroeducación de la Universidad “César Vallejo”.

La presente investigación se inició con el propósito de investigar cual es el impacto de la intervención temprana bajo un modelo educativo en el desarrollo integral de los niños con Síndrome Down menores de un año y se ha considerado los aportes de diferentes autores que actualmente están brindando cambios en el proceso de atención al niño con discapacidad.

El estudio se enmarca dentro de la modalidad de investigación aplicada. En este sentido, la investigación está estructurada en seis capítulos.

La información se ha estructurado en seis capítulos teniendo en cuenta el esquema de investigación sugerido de la universidad. En el capítulo I, se ha considerado la introducción de la investigación. En el capítulo II, se registra el marco metodológico. En el capítulo III, se considera los resultados a partir del procesamiento de la información recogida. En el capítulo IV se considera la discusión de los resultados. En el capítulo V se considera las conclusiones. Y por último, en el capítulo VI se considera las recomendaciones.

La autora

Índice de contenido

	Página
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice de tablas	ix
Índice de Figuras	xiii
I. Introducción	xvii
1.1 Realidad problemática	18
1.2 Trabajos previos	24
1.3 Teorías relacionadas al tema	28
1.4 Formulación del Problema	51
1.5 Justificación del estudio	52
II. Método	56
2.1. Diseño de investigación	57
2.2. Variables, operacionalización	59
2.3. Población	63
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	63
2.5. Métodos de análisis de datos	66
2.6. Aspectos éticos	66
III. Resultados	67
3.1 Descripción de resultados	68
3.2 Prueba de hipótesis	83
IV. Discusión	90
V. Conclusiones	94
VI. Recomendaciones	97
Referencias	99

Anexos	105
Matriz de consistencia	
Cartas de Presentación. Validación de instrumentos a través de juicio de experto.	
Ficha de observación adaptada de la Escala de Desarrollo Pikler	
Escala de desarrollo Pikler Pre-test y Post-test	
Ficha integral de Desarrollo	
Plan Individual de Atención	
Sesiones individuales	
Autorización de aplicación de Investigación	

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Desarrollo psicomotor del 1ro al 4to mes	45
Tabla 2	Desarrollo psicomotor del 5to al 8vo mes	46
Tabla 3	Desarrollo psicomotor del 9no al 12vo mes	47
Tabla 4	Organización de la variable Intervención Temprana	61
Tabla 5	Variable: Desarrollo del Niño hasta los 14 meses	62
Tabla 6	Validación de juicio de expertos	64
Tabla 7	Interpretación del coeficiente de confiabilidad	65
Tabla 8	Estadística de fiabilidad para la escala de desarrollo Pikler adaptada para niños hasta 14 meses	65
Tabla 9	Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares en Pre test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, marzo 2018	68
Tabla 10	Frecuencia del número de conductas presentadas por niños en Pre test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, marzo del 2018.	68
Tabla 11	Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares en Post test luego de aplicada la intervención temprana con participación activa de la familia.	70
Tabla 12	Frecuencia del número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down del PRITE Antares en post test julio del 2018	70
Tabla 13	Resúmenes de conductas presentadas por cada niño	72

	con Síndrome de Down menor de un año del PRITE Antares en pre test y por dimensión	
Tabla 14	Resúmenes de conductas presentadas por cada niño con Síndrome de Down del PRITE Antares en post test y por dimensión	73
Tabla 15	Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down del PRITE Antares en pre test y post test	74
Tabla 16	Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo motor (D1) de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares	75
Tabla 17	Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo motor (D1) en niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares	76
Tabla 18	Nivel de resultados en pre test dimensión actitud durante los cuidados (D2) de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	77
Tabla 19	Nivel de resultados en post test dimensión actitud durante los cuidados (D2)	78
Tabla 20	Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo intelectual (D3)	79
Tabla 21	Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo intelectual (D3)	80
Tabla 22	Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo vocalización y palabra(D4) de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares	81

Tabla 23	Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4)	82
Tabla 24	Prueba de Hipótesis t student	83
Tabla 25	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas	83
Tabla 26	Prueba de hipótesis específica D1 desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	85
Tabla 27	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	85
Tabla 28	Prueba de hipótesis específica D2 actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	86
Tabla 29	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	86
Tabla 30	Prueba de hipótesis específica D3 desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	87
Tabla 31	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	87
Tabla 32	Prueba de hipótesis específica D4 desarrollo vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores	88

	de 1 año del PRITE Antares	
Tabla 33	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares	89

Índice de Figuras

	Página
Figura 1. Frecuencia del número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, en ficha de observación pre test, adaptación Escala de Desarrollo Pikler, marzo 2018.	69
Figura 2. Número de conductas desarrolladas después de intervención por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares en ficha de observación post test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, julio 2018.	71
Figura 3. Desarrollo de las dimensiones de la variable desarrollo integral en los niños de Síndrome de Down en el pre test.	73
Figura 4. Desarrollo de las dimensiones de la variable desarrollo integral en los niños de Síndrome de Down en el post test.	74
Figura 5. Nivel de resultado de la dimensión desarrollo motor (D1) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares.	75
Figura 6. Resultado de la dimensión desarrollo motor (D1) de los niños con Síndrome de Down del PRITE Antares, en el post test.	76
Figura 7. Resultado de la dimensión actitud durante los cuidados (D2) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares.	77

Figura 8.	Resultado de la dimensión actitud durante los cuidados (D2) en post test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares.	78
Figura 9.	Resultado de la dimensión desarrollo intelectual (D3) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares.	79
Figura 10.	Resultado de la dimensión desarrollo intelectual (D3) en post test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares.	80
Figura 11.	Resultado de la dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4) pre test de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares.	81
Figura 12.	Resultado de la dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4) post test.	82
Figura 13.	Conductas desarrolladas en los niños con Síndrome de Down de hasta 1 año de edad del PRITE Antares, que participaron de la intervención temprana, pre test y post test.	84

Resumen

El presente estudio investigó sobre la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. La metodología empleada fue el enfoque cuantitativo; el tipo de investigación fue aplicada. El diseño de la investigación fue experimental, recogiendo la información en un periodo de cinco meses donde se aplicó un pre test y un post test de una adaptación de la escala de desarrollo de Pikler. La muestra estuvo conformada por ocho niños con Síndrome de Down menores de 1 año. La técnica empleada fue la observación y el instrumento una lista de cotejo. Los resultados fueron analizados mediante la prueba estadística T de Student.

En la parte descriptiva a la aplicación del pre test el 100% del grupo experimental registra niveles escasos en todas las dimensiones: desarrollo motriz, actitud durante los cuidados, desarrollo intelectual y desarrollo de la vocalización. En cambio, registra en el post test un nivel excelente en el desarrollo intelectual en 62.5 % de los niños; un nivel bueno en el desarrollo de la vocalización y palabra en un 75%; un nivel mediano en la actitud durante los cuidados en un 100% de los niños y en el desarrollo motor en el 50% de los niños. De acuerdo a los datos que se observan en la estadística para la comprobación de la hipótesis aplicando la t- student el valor de significancia estadística o el P valor es $< 0,05$ obtenido, lo que significa que estas diferencias son producto de la aplicación del programa. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula aceptándose la hipótesis alterna. Por lo tanto, se concluye: La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Palabras claves: intervención, temprana, desarrollo, integral, niños, síndrome, down, motor, vocalización, intelectual, cuidados

Abstract

The present investigation was: Early intervention in the integral development of children with Down Syndrome under 1 year of PRITE Antares, UGEL 02, SMP. The methodology used was the quantitative approach the type of research was applied. The design of the investigation was experimental, it collected the information in a five-month period, where a pre test was applied and a post test of an adaptation of the Pikler development scale, the sample was made up of eight children with Down Syndrome children under 1 year. The technique used was observation and the instrument was a list of cotejo. The results were analyzed by the Statistical T test of Student.

In the descriptive part, 100% of the experimental group to the pre test application record levels in all dimensions: motor, attitude during care, intellectual development, vocal development. On the other hand, it records in the post test an excellent level in intellectual development in 62.5; A good level in the development of vocalization and word at 75%; A medium level in the attitude during care in 100% of the children and a medium level in the motor development in 50% of the children. According to the data that are observed in the statistics for the verification of the hypothesis by applying the student the statistical significance value or the P value is <0.05 obtained, which means that these differences are the product of the application of program. Consequently, the null hypothesis is rejected by accepting the alternate hypothesis. Therefore, it is concluded: Early intervention positively impacts on the integral development of children with Down Syndrome under one year of PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Keywords: intervention, early development, integral, children, syndrome, down, motor, vocalization, intellectual, care.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

Los niños con discapacidad intelectual, física y/o sensorial requieren de una intervención oportuna, lo más temprano posible. Baker-Henninghan y López (2013) en el estudio que realizaron en 33 instituciones de intervención en estimulación infantil en países en desarrollo (de América, Asia, África y Oriente) observaron sobre la efectividad de estos programas y las condiciones en las que funcionaban. Ellas concluyeron que:

Las intervenciones de mayor intensidad y de mayor duración son las más eficaces. Además, estas intervenciones para ser más efectivas deben centrarse en los niños más pequeños así como los más desfavorecidos, y también buscar activamente la participación de las familias y los cuidadores. (p. 120)

Las autoras citaron también al National Research Council Institute of Medicine (2000) en el cual se afirma que durante los primeros años de vida del ser humano se produce en todas las áreas (cognitiva, sensorial, motriz, socioemocional) un rápido crecimiento y desarrollo la cual brindará las bases para las habilidades de aprendizaje posteriores y destacan que:

Desde un punto de vista meramente económico, estudios sobre la formación de habilidades han demostrado que las intervenciones en la primera infancia constituyen uno de los raros ejemplos de intervenciones que son al mismo tiempo equitativas y eficientes, es decir que reducen las desigualdades al tiempo que elevan la productividad de la sociedad como un todo (Heckman 2006, Cunha et al. 2010). Esto es porque las intervenciones que comienzan más tarde en la vida requieren de reparación de déficits de desarrollo causados por desventajas anteriores y resultan más costosas y menos efectivas. (Baker-Henninghan y López, 2013, pp. 122-123)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el Banco Mundial (2013) estiman que más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad, lo que equivale a cerca del 15 por ciento de la población mundial. En la 66ava Asamblea Mundial de la Salud, del 27 de mayo del 2013, se resolvió,

teniendo en cuenta el Informe Mundial sobre Discapacidad (2011) y la Convención de los Derechos Humanos para las personas con discapacidad (2006) firmada por 155 países y rectificada por 127, que urge se promueva entre otros puntos: la intervención temprana. Además también propusieron:

Promover y fortalecer el apoyo y los servicios integrados basados en la comunidad como una estrategia multisectorial que empodera a todas las personas con discapacidad para acceder, beneficiarse y participar plenamente en la educación inclusiva, el empleo y los servicios sociales y de salud. (p.3)

Nuestro país, como estado que firma este acuerdo, está comprometido en dar cumplimiento, desarrollar y fortalecer esta estrategia de trabajo utilizando a la Intervención Temprana como medio para empoderar a las personas con discapacidad y sus familias. Actualmente sólo hay 58 Programas de Intervención Temprana a nivel nacional según midedu (2014) para la atención de niños menores de tres años con discapacidad o riesgo de adquirirla, siendo la población con discapacidad en nuestro país el 5.2% del total de habitantes correspondiendo 1 millón 619 mil personas, según el INEI (2015). No hay datos detallados sobre la cantidad de niños con discapacidad como sugiere el documento de trabajo de la OMS sobre desarrollo infantil y discapacidad por no contarse con información de los niños que aún están sin diagnóstico.

García-Sánchez et al (2014), grupo de investigadores de las Universidades españolas de Murcia y Católica de Valencia, detallaron en el artículo Atención Temprana Centrada en la Familia que esta es insustituible y aseveran que

Los niños aprenden mejor poco a poco, con experiencias reiteradas, cuando les guía su propia iniciativa y, sobre todo, cuando tienen la oportunidad de hacer y practicar, una y otra vez, las habilidades aprendidas en el contexto de sus rutinas y actividades diarias, en sus entornos habituales y con las personas que quiere. (p.5)

Como se observa, esta intervención dependerá de las familias, de la información y preparación que ellas reciban o no, por lo que la familia debe convertirse en el primer nivel de la inclusión social de estas personas con

discapacidad. Todo lo anterior resalta la importancia y protagonismo de la participación directa de la familia en el proceso de intervención temprana, de la atención domiciliar que debe realizar el profesional y la capacitación constante que debe brindarle a la familia sobre las actividades de intervención temprana, sin volverla un terapeuta o un coterapeuta sino un colaborador y generador de oportunidades de aprendizaje.

Estas familias que reciben a ese nuevo miembro con discapacidad sufren un periodo de negación de esta condición, en donde será necesario el acompañamiento y la ayuda profesional en muchos casos, para una posterior aceptación. El paso por estas etapas asegura un manejo saludable de esta situación, resultando en un apego seguro o positivo. Un apego seguro determina un desarrollo emocional adecuado. El profesional del programa de intervención temprana debe desarrollar este acompañamiento y ayudar en este proceso a la familia. Rodríguez de la Rubia (2011) confirmó esta situación en su trabajo Apego y Discapacidad:

Por eso es importante que se atienda con prontitud a los padres de los niños con discapacidad, para que en la medida de lo posible puedan establecer con sus hijos una relación que se aproxime o tenga los rasgos del apego seguro y que se cuide desde los centros e instituciones de atención a personas con discapacidad el que las personas que se responsabilicen a nivel profesional de ese proceso puedan acompañar a la familia desplegando rasgos de este modo óptimo de relación. (p.25)

Los programas de intervención temprana que funcionan en nuestro país reciben niños menores de tres años con discapacidad o en riesgo de adquirirla, estas sesiones de intervención son brindadas en su gran mayoría (66%, estadística PRITE, UGEL 02) por profesionales de la salud como psicólogos, tecnólogos médicos en terapia física, tecnólogos médicos en terapia ocupacional y en terapia de lenguaje por lo que se realiza bajo un enfoque clínico rehabilitador donde el especialista es el experto y la familia es una colaboradora dentro de las sesiones. El 34% es realizada por las docentes, quienes no están capacitadas en la atención al niño con discapacidad menor de tres años ya que no fueron

formadas para esta realidad, menos para la atención de las familias. Las docentes de los PRITE de la UGEL 02 son de la especialidad de educación especial inicial, segundo ciclo (3 a 5 años) y primaria, el desarrollo y conducta de estos niños dista mucho de los niños menores de dos años. En los distritos de nuestra UGEL no se ofrece estudios de segunda especialidad en Intervención Temprana, y en Lima sólo se cuenta con la Universidad Femenina quien ofrece como segunda especialidad los estudios de Intervención Temprana. El MINEDU desarrolló una segunda especialidad en Educación Especial para profesionales de Intervención Temprana de todo el país (2015- 2016) en donde sólo participaron 5 profesionales entre docentes y tecnólogos médicos de la UGEL 02, siendo una necesidad contar con más profesionales capacitados en esta especialidad. La ley para la persona con discapacidad

Los niños que asisten a los PRITE de la UGEL 02, son llevados por sus padres quienes en la mayoría de los casos no participan directamente en el desarrollo de las sesiones de intervención y son colaboradores/acompañantes, en algunos otros casos son llevados por una tercera persona. En el PRITE Antares ya desde el año 2011, las docentes del aula Lila y el aula Roja iniciaron el desarrollo de las sesiones con participación activa de la familia, como demuestra en su Proyecto Educativo Institucional: "Tu eres parte del equipo". No obstante los otros integrantes del equipo PRITE, siguieron reforzando el enfoque rehabilitador, quitándole protagonismo a la familia dentro de las sesiones de aprendizaje.

La intervención temprana deberá ser integral, no podrá ser ajena a los horarios y rutinas de sueño, alimentación, aseo y juego ya que estos determinarán el mejor o peor desarrollo físico y emocional. Estas recomendaciones en la organización de rutinas no son brindadas a tiempo por ninguno de los profesionales que atienden a los niños con discapacidad (médicos, enfermeras, terapistas, etc.), siendo la desinformación uno de los grandes problemas que tienen las familias, las cuales practican hábitos que no benefician el buen desarrollo de sus hijos (Fichas de desarrollo niños Aula Lila PRITE Antares 2018).

Los controles médicos deben estar asegurados para iniciar un programa de intervención temprana en niños con discapacidad, no es responsable brindar atención a un niño sin saber sobre su condición física de peso y talla, tampoco si

no se descarta la anemia, que tiene una alta prevalencia, siendo de 43.5% en los niños de 6 a 35 meses, Minsa (2016). Tampoco se debe descuidar las evaluaciones médicas especializadas de los órganos y sistemas que se encuentran con deficiencias, lesionados o con inmadurez, esto dependerá de la discapacidad. Según Lirio y García (2014) en el niño con Síndrome de Down encontramos cardiopatías (40-62%), alteraciones de la audición (50%), problemas oculares (50%), problemas dentales (60%), alteraciones tiroideas (45%), entre otros. Todo esto determinará el desarrollo del niño con discapacidad y determina la participación efectiva en las actividades de intervención temprana. El sistema de salud como Minsa, Essalud y las empresas prestadoras de salud ofrecen la atención al niño con discapacidad mediante terapias donde los profesionales de salud que laboran sólo observan al niño según la especialidad que les compete y hay una mínima intervención de la familia, según las fichas de desarrollo de los niños matriculados en el PRITE Antares (2018). El niño pasa de servicio en servicio, de terapia en terapia en el mejor de los casos y los padres deben de ir de un lado a otro, observando diversas estrategias de trabajo de acuerdo a los profesionales que los atienden, sin recibir indicaciones ni recomendaciones sobre horarios y rutinas apropiadas al niño según su edad. Podríamos decir que hasta interfieren en esta organización ya que no toman en cuenta los horarios de sueño y de alimentación de los niños, siendo citados en cualquier de estos momentos.

La intervención temprana nos asegura el ingreso al sistema educativo en donde el niño tendrá mayores posibilidades de socializar y aprender. En las listas de niños derivados a CEBE del PRITE Antares (2017) y la de los últimos cinco años se observó que los niños egresados (mayores de tres años) continúan en el sistema educativo e inician su escolaridad ya sea en la básica regular o la básica especial. Este grupo se encuentra formado en su mayoría por los niños con Síndrome de Down y los que presentan trastorno espectro autista (TEA).

La incidencia estimada del Síndrome de Down a nivel mundial se sitúa entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 1.100 recién nacidos (Conadis, 2016 cita a ONU, 2016). El centro documentario de Down España cita datos de la OMS en donde se aprecia la prevalencia de las personas que nacen con Síndrome de Down en el mundo siendo de 8 a 22 por cada 10,000 nacidos vivos. Conadis

(2016), informó sobre la cantidad de menores de 15 años con discapacidad en nuestro país que llega a 129,746 personas. Siendo el distrito de San Martín de Porres el segundo más poblado del país, según datos INEI, y en donde el 14.8% de los hogares del distrito presenta algún miembro con discapacidad (Plan de desarrollo concertado del distrito de San Martín de Porres al 2021).

Por todo lo expuesto se hace urgente la detección temprana y atención de esta población a través de la intervención temprana lo que beneficiará en el desarrollo económico de nuestro país, distrito y comunidad.

1.2 Trabajos previos

A continuación se muestran los estudios realizados que resaltan el trabajo de la atención temprana, la intervención temprana, la estimulación y el desarrollo del niño con discapacidad.

Internacionales

Orteso, Pérez-López y Sánchez-Caravaca (2016) realizaron el estudio *Desarrollo cognitivo en los niños atendidos por un equipo de Atención Temprana*, en Murcia, España, siendo el objetivo comprobar la influencia de esta intervención educativa sobre el desarrollo mental de los niños al finalizar el primer ciclo de educación infantil. Esta intervención tuvo una orientación ecológica, transaccional y sistémica dando importancia a los entornos del niño y a la familia donde pertenece. El método empleado en la investigación es un estudio "ex post facto", retrospectivo, sobre una muestra de 88 niños de riesgo biológico, ambiental y establecido. El instrumento utilizado fue la Escala de evaluación del desarrollo infantil de Bayley. Se halló como conclusión que los niños tuvieron una mejora significativa en su evolución cognitiva. Esto demuestra la importancia de la intervención temprana para potenciar el desarrollo evolutivo del niño.

En el estudio de la investigadora García (2015), *Atención temprana modelo de intervención en entornos naturales y calidad de vida familiar*, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España, se tuvo por objetivo examinar las prácticas profesionales en los centros de Atención Temprana españoles, teniendo en cuenta el grado de aplicación del ejercicio profesional en la práctica y la orientación hacia la calidad de vida de la familia. Además se realizó un análisis de familias españolas y estadounidenses, con diferentes modelos de intervención y las influencias de variables del niño, de la familia y del servicio de AT (Atención Temprana). En el estudio se contó con una muestra de 44 centros de AT en España, con un total de 251 profesionales y 777 familias. Además, participaron 163 familias estadounidenses que recibieron un modelo de Atención Temprana basado en rutinas (ATBR) de McWilliam. Para evaluar la calidad de vida familiar (CdVF) se utilizó la escala de "Calidad de Vida Familiar" (FaQoL) McWilliam y

Casey (2013), y para describir las prácticas de los profesionales de los servicios de AT en entornos naturales se utilizó la Escala "Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation-II (FINESSE-II, McWilliam, 2011). Las conclusiones muestran que las familias españolas que recibieron los servicios de AT presentan una calidad de vida familiar adecuada (3.36) en una escala de 5. Las variables relacionadas con los niños que influyen en las percepciones de CdVF de estas familias son la edad y el diagnóstico. Las familias norteamericanas con niños de 0 a 3 años que recibieron un modelo ATBR puntuaron a la percepción de CdVF como muy bueno (3.88) y las variables que influyen en ella eran el tipo de discapacidad, la tipología familiar, la edad de inicio en el servicio y el tamaño de la población en la que viven. Todo esto destaca la importancia de un plan de intervención individual para cada familia y la intervención en el entorno natural del niño es decir en el hogar, que no será igual al que se brinda en un centro o institución.

Garza (2014) en el estudio *El impacto de la estimulación temprana en la primera infancia: estudio comparativo entre ambiente escolarizado y ambiente hogar* tenía como objetivo conocer el ambiente que logra el mayor rendimiento y estimulación en el niño. Además este estudio también se realizó para conocer la percepción y la importancia que le otorgan a la estimulación temprana. Participaron en este estudio 32 niños mexicanos entre los 3 meses y 4 años, de estos 16 asistían un centro de estimulación y los otros 16 eran de hogares de nivel socioeconómico bajo (8) y nivel socioeconómico medio alto (8). El instrumento utilizado fue la Tabla de desarrollo de Margarita Ramos, que fue aplicada a todos los niños. Las conclusiones halladas por Garza fueron que las habilidades sociales y cognitivas, así como el desarrollo del lenguaje tuvieron un mejor dominio en los niños de un centro de estimulación a comparación de los criados en hogares. Los niños del centro de estimulación desarrollaron una mayor seguridad en sí mismos y mayor empatía al relacionarse e interactuar con sus compañeros. Concluye además que no existe un único ambiente ideal para el desarrollo óptimo del niño dado que involucra tres factores fundamentales, siendo uno de ellos el lazo entre padres e hijos, otro es el profesional que labora en estos centros y por último el grado de información y experiencia que ambos ambientes

ponen al desarrollo del niño. También observa que la edad para recibir estimulación temprana esta entre los 0 y 3 años debido a la plasticidad cerebral. Identificó también riesgos de crianza en las madres que cuidan a sus hijos en casa como son la fatiga, la falta de disciplina y la ignorancia.

Serrano (2017) en su investigación *El impacto familiar del síndrome de Down: desarrollo y validación de la escala de impacto familiar del síndrome de Down y elaboración de un manual de orientación y apoyo para familias y padres con hijos con síndrome de Down*, cuyo objetivo fue conocer la situación de las familias con hijos con síndrome de Down, desarrollar y validar una escala para medir el impacto que tienen las familias al recibir un miembro con síndrome de Down además de elaborar un manual que pueda ayudar a estas familias. El estudio tiene un diseño metodológico mixto, fase cualitativa y otra cuantitativa. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas para la fase cualitativa y para la validación del instrumento se utilizó una muestra de 117 padres o madres de alumnos entre 4 y 22 años pertenecientes a un colegio de Madrid de un nivel socio económico medio-alto. Este estudio concluye que los padres tienen una visión positiva sobre el hecho de tener un hijo con síndrome Down y el impacto que provoca sobre la familia. Las familias se perciben normales pero con necesidades específicas por su situación con el síndrome de Down. Dentro del estudio también se halló que todas las familias tuvieron un gran impacto al conocer sobre la discapacidad de su hijo al nacer.

Nacionales

Manassero (2017), realizó una investigación sobre *Realidades y retos para la inclusión educativa y la inserción laboral de las personas con Síndrome Down en el Perú*, cuyo objetivo fue conocer la situación real de la inclusión educativa y la inserción laboral de las personas con este síndrome. Ella determinó un estudio observacional, prospectivo de corte transversal encuestando a 125 personas con síndrome de Down y sus familias. Entre sus conclusiones fueron que las personas que estudiaron una educación regular (integrada o inclusiva) tuvieron mayores probabilidades de alcanzar la inserción laboral. Del total de adultos estudiados 3

de cada 10 se encontraron trabajando ya sea en forma independiente como dependiente (jornadas de medio tiempo). En sus recomendaciones la investigadora propone que las personas con esta condición deben recibir intervención temprana precoz, es decir desde la etapa neonatal y durante toda la infancia, además de recibir todas las terapias que requieran según su discapacidad para que puedan después lograr un mejor desempeño educativo que los llevará en mejores condiciones para la inserción laboral.

Flores (2013), en la investigación *Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años*, cuyo objetivo fue aplicar y evaluar la efectividad de un programa de estimulación temprana con fines de desarrollar la psicomotricidad en niños menores de tres años. Este programa se aplicó en la ciudad de Trujillo en dos grupos de 50 niños, grupo control y experimental respectivamente. El instrumento utilizado fue la Escala de Evaluación del Proyecto Memphis, citado por Alegría (2008). El programa consistió en aplicación de masajes Shantala, técnicas de lenguaje, juegos con material didáctico, musicoterapia y estimulación acuática. Flores concluyó que hubo un incremento significativo del desarrollo psicomotor en el grupo experimental alcanzando la categoría de desarrollo alto en un 54% y desarrollo psicomotor normal en un 46%, el grupo control incrementó su desarrollo pero en menor porcentaje llegando a un desarrollo normal en un 78% y un 22% con desarrollo psicomotor bajo.

Gambarini y Gamero (2016), en el estudio *Efecto de un Programa de Estimulación Temprana en Niños Menores de 3 años con Síndrome de Down que asisten a una Institución Educativa Especial en Arequipa*, cuyo objetivo fue conocer la eficacia del programa sobre el desarrollo de los niños con este síndrome. Utilizaron una muestra de 21 niños, con un grupo control y otro experimental. Participaron niños con edades entre 8 y 36 meses. El instrumento utilizado fue una encuesta, se evaluó con un pre test y post test en los cuales se hallaron diferencias significativas en los dos grupos, concluyendo que el programa brindado a los niños del grupo experimental tuvo un efecto significativo en el desarrollo integral y lográndose mejores efectos en la conducta adaptativa.

Cabrejos (2014) en su estudio *Efecto de la estimulación temprana en el área motora gruesa en niños con síndrome de Down de 0 a 36 meses del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud Chiclayo*, julio - diciembre 2014, realizó una investigación de tipo no experimental, transversal y descriptiva. La muestra fue de 50 niños con Síndrome de Down y la técnica utilizada fue la encuesta. El 64 % de los niños empezó la estimulación en los primeros cuatro meses. Se concluyó que se encontraron efectos significativos en el área motriz gruesa de los niños que recibieron estimulación temprana durante los seis meses de la investigación.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Dentro de las teorías relacionadas con esta investigación tenemos a la Intervención Temprana (IT) centrada en la familia, el desarrollo integral del niño subdividida en el desarrollo de la motricidad, la actitud de los niños durante los cuidados, el desarrollo intelectual (a través de la coordinación óculo manual y juego), y por último el desarrollo de la comunicación (vocalización y palabra), Todo lo anterior tiene mucho que ver con el apego y vínculo afectivo de los padres hacia el niño con discapacidad. Además tenemos el complejo mundo de los niños con Síndrome de Down, los cuales presentan deficiencias orgánicas en los principales sistemas del cuerpo humano: nervioso, visual, auditivo, táctil, cardíaco, endocrino, digestivo, inmunológico y respiratorio. A continuación se abordarán los temas principales que rigen la investigación.

La Intervención Temprana.

Un poco de historia sobre la intervención temprana en nuestro país nos remonta a finales de los años 80 en donde se crearon los primeros PRITE (programas de intervención temprana), que estaban dirigidos a niños de alto riesgo ambiental y biológico menores de 6 años. Estaban constituidos por un equipo mínimo de profesionales de salud y educación, en este caso era un/a profesional en psicología, un/a docente en educación especial y un/a tecnólogo médico en terapia física, quienes trabajaban en forma interdisciplinaria (Manual de

organización y funcionamiento de PRITE, MINEDU, 1989). Las docentes de aquella época así como las de ahora no habían recibido formación ni capacitación para brindar atención niños menores de tres años por lo que terminaban atendiendo a niños de 5 y 6 años de alto riesgo pero sin discapacidad (Nóminas de niños inscritos años 1997-2002, PRITE Cerro El Pacífico, SMP, Lima). Fue pasando el tiempo y se agregaron al equipo mínimo de los PRITE de Lima, un especialista en comunicación y lenguaje (o tecnólogo médico en terapia de lenguaje) y luego un tecnólogo médico en terapia ocupacional (Directiva N°081-2006-VMGP-DINEBE). También la edad de los niños recibidos para intervención temprana cambio y al 2006 se recibieron menores de tres años denominándose de riesgo establecido (con discapacidad), comenzándose a brindar atención a niños más pequeños. En la actualidad la población que recibe servicio es de niños menores de tres años con discapacidad o de riesgo de adquirirla.

Minedu (2013) citó a Heward (1998) que citó a McConnell(1994) en su Guía para la Organización y Funcionamiento de los Programas de Intervención Temprana, PRITE, quien brindó el concepto de intervención temprana en la que “debe permitir la detección y provisión temprana de los servicios necesarios para reducir o eliminar los efectos de las discapacidades o para prevenir la aparición de otros problemas, a fin de reducir la necesidad de los servicios educativos especiales posteriores” (p.23). La detección de una deficiencia o problema del desarrollo en la etapa temprana de un niño, es decir en los primeros meses de vida, es una labor muy importante a realizar y especializada, por lo que requiere de profesionales de la educación y la salud capacitados en el desarrollo neuroevolutivo de la primera infancia. Si queremos reducir o eliminar los efectos de la discapacidad es necesario aplicar métodos y técnicas de estimulación e intervención lo que conlleva a planificar una serie de actividades específicas para las necesidades del niño, esta sería nuestra respuesta educativa.

Citaremos como un buen referente a la Guía de la Atención Temprana (GAT) que la definió así:

Conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes de

los niños con trastorno en su desarrollo o con riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben de considerar la globalidad por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinario. (GAT, 2000, citado por Perpiñán, 2009, p. 18)

En esta guía española se hace énfasis en considerar al niño en todas sus áreas de desarrollo, además de los ámbitos donde se desenvuelve, lo que nos lleva al medio familiar quien deberá ser el primero en intervenir. Los valores, la cultura, las creencias, sus recursos, todos estos aspectos deben ser tomados en cuenta para lograr una buena intervención. El profesional de la intervención temprana debe de formarse para trabajar en equipo, este equipo puede ser interdisciplinario o transdisciplinario. Debe de manejar un buen conocimiento en psicología, sociología de la dinámica familiar, conocer las normas legales y características de la comunidad donde se desarrolla, debe de estar capacitado en neurodesarrollo y psicomotricidad. (Minedu cita a GAT, 2005, p.12)

Modelos de Intervención Temprana con participación de la familia

Dentro de los modelos de intervención temprana que resaltan la participación de la familia tenemos al Modelo Ecológico, al Modelo Transaccional y a la Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural, explicados por Perpiñán (2009) en su libro de Atención Temprana y familia.

En la Ecología del Desarrollo Humano, Bronfenbrenner (1979), citado por Perpiñán (2009), observó al ambiente dispuesto en estructuras concéntricas en la que están contenidos las personas y los acontecimientos, influyendo unos sobre otros. El primer microsistema del niño es la familia, siendo la escuela o el centro de intervención otros microsistemas. El mesosistema incluye las interrelaciones de los microsistemas, es decir las interacciones del niño entre la familia y la escuela o centro de intervención, con todas las personas que están incluidas dentro de estos ámbitos. El exosistema no incluye al niño pero incluirá a su contexto más próximo como es el caso de la familia extendida (tíos, abuelos, primos), círculo de amistades, trabajo de los padres, iglesia, club, etc. El macrosistema está compuesto por los valores, creencias, cultura, circunstancias

por las que atraviesa la comunidad donde está el niño. En este modelo es necesario intervenir en el entorno natural del niño, siendo este el hogar y el centro o escuela. (Perpiñán, 2009, p.36)

Modelo Transaccional de Samerof Chandler (1975) citado por Perpiñán (2009), en este modelo la interacción del niño y su ambiente llevan a modificar al niño, y este a su vez al ambiente, esta continua interacción hace posible el desarrollo del niño. La intervención debe incidir en el niño y su entorno, se debe favorecer el enriquecimiento de estas interacciones. (Perpiñán, 2009, p. 37) Mientras más interacciones, mayores oportunidades de desarrollo en el niño.

La Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural, este modelo nos refiere que “una intervención sistemática y consistente puede lograr cambios estructurales que logran alterar el curso y la dirección del desarrollo cognitivo” (Perpiñán, 2009, p.37). Para que el aprendizaje se desarrolle tiene que darse una participación activa por parte del niño, por lo que para asegurarlo se debe producir situaciones funcionales, que tengan un uso diario dentro de la vida del niño y sean significativas, afectando y despertando el interés del infante. Siendo el núcleo familiar el más indicado para realizar estas actividades por las diversas circunstancias y situaciones que se viven en la de vida cotidiana.

En el Modelo de los Entornos Competentes, explicado por Perpiñán (2009, pp. 51-53), brinda gran relevancia a los entornos a donde pertenece el niño, donde vive y se desarrolla, el hogar en el caso de los niños menores de dos años. También se potenciará la percepción de autocompetencia que tienen los padres o cuidadores de los niños con discapacidad. Ellos son los que pasan la mayor parte del tiempo con los niños, realizando los cuidados de alimentación, aseo, juego y recreación por lo que establecerán vínculos afectivos que luego podrán ser utilizados para motivar al niño. Cuando los padres reciben un hijo con discapacidad pueden asumir diferentes actitudes con respecto a las condiciones que presenta, muy diferente a las esperadas con un niño “normal”, es así que este vínculo o apego puede distorsionarse. Esta situación puede originar un rompimiento inicial de esta relación por el estado emocional en que se encuentran los padres y también por las deficiencias que puede presentar el pequeño para responder a estas interacciones, refirió Rodríguez de la Rubia (2011, p.20). Es

por este motivo que debemos de preocuparnos por establecer dentro de la intervención temprana un estudio o diagnóstico del vínculo afectivo que se observa en la familia.

Apego y vínculo afectivo en el proceso de Intervención Temprana.

Mira (2009, p. 3), mencionó que las interacciones de afecto entre el niño y la madre influirán sobre el desarrollo de los sistemas de regulación cerebral, estos a su vez regulan la conducta, aprendizaje y afectividad del pequeño en desarrollo. Todo esto nos hace llegar a la conclusión que si estimulamos y fortalecemos los vínculos afectivos padres-hijos (que en las familias con discapacidad llegan a estar distorsionados) estaríamos también potenciando el desarrollo físico, cognitivo y social del niño con discapacidad.

Por todo lo anterior se hace necesario tomar en cuenta el apego como eje central para el trabajo de intervención temprana y por lo tanto es indispensable que estas actividades sean realizadas especialmente por los padres, convirtiéndose los profesionales y docentes en capacitadores y promotores de la intervención realizada por la familia. Pero el inconveniente se da cuando las familias se encuentran en una etapa de crisis ante la presencia de la discapacidad del hijo. Es necesario conocer dichas etapas para realizar adecuaciones en la intervención que necesitarán los padres con el fin de desarrollar una adecuada vinculación.

Etapas de crisis al recibimiento de un hijo con discapacidad

Perpiñán (2009) citó al modelo de Grunwold y Hall, (1979) en el cual se identifican cuatro etapas por las que atraviesan las familias al recibir un hijo con discapacidad.

La primera etapa o fase de shock inicia cuando se les comunica a los padres el diagnóstico de su hijo, en donde pueden surgir una o más emociones juntas que puede ser de pánico, rabia, culpa, bloqueo, depresión, desintegración y

negación. Esta negación es un mecanismo que en principio podrá ayudar a los padres para que cuando se encuentren con más fuerzas y recursos puedan considerar el problema de la discapacidad. Los padres podrán mostrarse agresivos y molestos, mas con quien les hace afrontar el problema que ellos no quieren considerar (pp. 99-102). En esta etapa el profesional debe de dar la información clara y precisa, en una forma adecuada (sin pena, ni lástima, sin minimizar, ni agrandar la situación) y debe hacerlo con ambos padres a la vez para que puedan brindarse apoyo mutuo. Se debe empezar por las capacidades que tendrá el niño y no sólo centrarnos en las carencias. El profesional de intervención temprana debe estar capacitado en habilidades de afrontamiento, esto implica saber usar el silencio, tener empatía, escucha y asertividad (pp. 231-234).

La fase de reacción inicia cuando desciende el bloqueo y la desorientación que atravesaron en los primeros momentos. Los padres aún continuarán sintiendo las emociones de la fase de shock pero ahora ya manejarán la situación diferente utilizando diversos recursos que justifican su actuar. Entre la emociones que caracterizan esta fase se encuentran el miedo a lo que sucederá o no, enfado, culpa, tristeza, rechazo al hijo y a su aspecto. El rechazo que pueden sentir hacia el hijo trae consigo la culpabilidad, y esta a su vez los lleva a perder la confianza de ser buenos padres. Esta situación les hace recordar cómo ven los demás a su hijo, concluyendo que los demás también lo rechazarán. Todo esto desata un sentimiento contrario de acercamiento y de sobreprotección (Perpiñán, 2009, pp.102-104).

En esta fase de reacción se formarán todas las ideas de incertidumbre sobre la situación del hijo, si hablará, si caminará, que será de él si ya no están. Los padres buscarán especialistas y terapias alternativas donde le aporten ideas diferentes sobre el diagnóstico inicial. El profesional de intervención temprana no debe observar esto como una pérdida de confianza o resentimiento sino esta será una necesidad autentica de la familia en buscar otras alternativas que minimicen la deficiencias del niño. Se observará episodios de llanto y necesidad de hablar sobre estos problemas por lo que deberían plantearse sesiones y reuniones para conversar sobre estos temas.

En la fase de adaptación los padres comienzan a darse cuenta que su hijo a pesar de su discapacidad también es un niño y da muestras en su comportamiento, por lo que comienzan a disfrutar de esos momentos como todos los padres. Los padres llegan a conocer a su hijo, sus capacidades, sus debilidades, el curso de la discapacidad y se formarán una idea más clara de lo que su hijo necesita. En esta fase los padres también tienen mucha necesidad de búsqueda de información sobre la discapacidad de su hijo, requieren de saber todos los pormenores, además de que buscan alternativas terapéuticas que les brinde un cambio en el desarrollo de su hijo. También aprenden que por más esfuerzos que realicen, los logros de sus hijos tardarán en realizarse o quizá no sucedan, por lo que se vuelven más tolerantes y pacientes. Se observará una actitud de protección evitando situaciones donde sus hijos estén expuestos y se noten más sus diferencias pudiendo a llegar a limitar su aprendizaje. En esta fase destacan las emociones de ansiedad y esperanza.

La fase de orientación llega cuando la crisis ya pasó y los padres aceptaron la discapacidad. La familia realizará reajustes a las nuevas necesidades que presentarán (mobiliario, material que necesitaran, ortéticos, etc.), descubren apoyos y ayudas técnicas (centros de atención, intervención, amigos y redes de ayuda). Los padres recuperan su autoconcepto, se encuentran más seguros, incluso valoran todo lo que sucedió ya que les hizo ver el mundo de diferente manera. También aprenden habilidades y estrategias diferentes que usan para comunicarse con su hijo, en esta fase los padres se involucrarán en el proceso de intervención en donde comienzan a tomar decisiones, y se convierten en parte del equipo (Perpiñán, 2009, pp.111-138).

Intervención Temprana centrada en la familia.

En este modelo se desarrolla el trabajo con la familia dentro de su entorno, en el hogar, institución educativa y en otros ambientes donde interactúan sus miembros, no siendo una intervención rehabilitadora sino una generadora de múltiples y constantes situaciones de aprendizaje. Estas se lograrán en forma natural dentro de las rutinas diarias y el entorno familiar.

La intervención centrada en la familia ve a los padres y cuidadores como agentes activos, co-responsables del programa, además de ser considerados expertos en las necesidades de sus hijos y de su familia en el entorno natural donde se desarrollan. Para este modelo el profesional que brinda la intervención es experto en neurodesarrollo y discapacidad. Es tutor y orientador de la familia, es un generador de entornos competentes y es co-responsable del programa de intervención individual del niño.

La decisión de los objetivos a lograr en el programa es: consensuado, acordado entre la familia y profesional. Debe ser un compromiso compartido. Stoner, Meadan y Angell (2013) citado por García-Sánchez et al (2015, p.9) propuso utilizar diversas técnicas y actividades para el entrenamiento a padres en estrategias de comunicación dentro del trabajo de intervención centrada en la familia. Sugiere realizar un intercambio de conversaciones e información con la familia, observar el entorno natural, demostrar cómo es la intervención, enseñar a la familia directamente, dar retroalimentación a los padres sobre lo realizado, utilizar técnicas de resolución de problemas y centrar los objetivos que queremos lograr en el niño. Todo esto lo puede realizar el docente siguiendo estos pasos: (a) diagnóstico de los niños y sus familias mediante una entrevista formal o no con los miembros de la familia, (b) visita domiciliaria, (c) evaluación del niño en las sesiones de adaptación, (d) reunión de familias, (e) sesiones individuales con el niño (previa planificación), con la participación activa de la familia.

García-Sánchez et al (2015, p.7-8), plantearon la labor del profesional experto que hace uso de este conocimiento no para hacerse indispensable en la familia sino para lograr hacerla competente y que esta pueda mediante el empoderamiento atender las necesidades de sus niños. Entendemos por empoderamiento, el dejar en manos de los padres el control de sus vidas y la de sus hijos, dándoles poder de decisión, siendo que la discapacidad muchas veces los aleja y les quita esta labor.

Para lograr este cambio en el profesional que realizará la intervención temprana se debe destacar que además del manejo de su especialidad profesional y un profundo conocimiento del proceso evolutivo del niño menor de tres años, se requiere el desarrollo de la empatía con la familia, dejar atrás el

egoísmo y la autosuficiencia profesional para apostar por la transdisciplinariedad, manejar estrategias de comunicación y el conocimiento de la andragogía. El aprendizaje del adulto es diferente al que realiza el niño, por lo que debemos asegurarnos de utilizar estrategias adecuadas andragógicas. García- Sánchez et al (2015, p.5) indicaron que será necesario el uso de tres principios para tener éxito en el aprendizaje del adulto cuidador y estas son: (a) la participación directa o activa del padre/madre (de ninguna manera será sólo receptor), (b) la horizontalidad en el desarrollo de la tutoría donde tanto profesional como el adulto tienen que aportar desde sus diferencias y (c) la flexibilidad, ya que cada persona tiene diferentes habilidades, destreza y aptitudes por lo que se deben dar espacios y tiempos para que se desarrollen los aprendizajes

La transdisciplinariedad es ejercida “por profesionales que adquieren conocimientos de las otras disciplinas relacionadas con la atención y las incorporan a sus prácticas por lo que cualquier profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención integral al niño y su familia”. (MINEDU, DIGEBE, 2013, p.39) En esta forma de trabajo empleada para la atención del niño y su familia se complementará al enfoque disciplinario que cada miembro del equipo tiene, “no busca el dominio de muchas disciplinas, sino la apertura de todas las disciplinas a aquellos que las atraviesan y las trascienden” (DIGEBE, 2013, cita a Morín, 2013, p.39) Los niños con discapacidad menores de tres años y sus familias requieren de un docente informado en alimentación y salud, además de psicología del niño, de la familia y control de conductas. La transdisciplinariedad se obtiene al trabajar en equipo con profesionales de otras especialidades como son los terapeutas de lenguaje, ocupacionales, físicos, psicólogos, etc. La recomendación de que sólo un profesional debería trabajar con una familia y no un equipo, lo especifica bien Perpiñán (2009) cuando hace la observación sobre la forma que cada especialista tiene para comunicarse con el niño y su familia, éste utilizará formas de expresión verbal y no verbal que brindarán ciertas características y peculiaridades a la relación. El grado de empatía con cada una de las familias es diverso y puede darse en mayor o menor grado por lo que Perpiñán refirió:

Ésta es la razón por la que dos profesionales que trabajan con la misma familia, aunque ofrezcan las mismas orientaciones, serán vividas de forma distinta por los padres e incluso puedan dar lugar a confusiones o interpretaciones erróneas que confundan a la familia. (2009, p. 139)

De todo esto se concluye que la labor docente de un programa de intervención temprana debe ser transdisciplinario y ejecutado por un sólo responsable lo que dará confianza y seguridad al niño y su familia. Los demás miembros del equipo brindarán orientación y apoyo de temas de su especialidad al tutor responsable de la intervención, dándole un estricto respaldo a la planificación y ejecución de sus sesiones de intervención.

Objetivos de la intervención temprana centrada en la familia del niño con discapacidad menor de un año.

Perpiñán (2009, pp. 151-173), describió muy bien aquellos puntos que debemos tener como objetivos en la intervención temprana centrada en la familia. Los analizaremos a continuación entre los que son propicios para los niños menores de un año con discapacidad:

Se debe colaborar en la organización del contexto físico o ambientes donde se encuentra o desarrolla el niño en el hogar (habitación, dormitorio, sala, comedor, baño, etc.), deben ser seguros, estimulantes de acuerdo a las posibilidades de la familia y las necesidades del pequeño (cuidando la falta de ellos como también la sobre estimulación). La organización de horarios y rutinas es uno de los puntos más álgidos, las familias reciben con mayor facilidad un cambio de mobiliario en una habitación que adecuar un horario de sueño para su hijo. Las rutinas son muy importantes y darán como resultado a un niño más tranquilo y seguro pudiendo regular mejor sus conductas, gracias a que podrá anticipar que sucederá luego. El establecer un horario para la alimentación y sueño dará como resultado también la regulación de su sistema digestivo y una buena disposición para el aprendizaje que se consigue con el descanso en horas adecuadas para la edad del niño. La integración del niño en el horario de

alimentación de la familia ayudará a proporcionar modelos que copiar y propiciará la autonomía. Los niños aprenden a comer observando a sus padres, siendo esta una actividad social y que se encuentra llena de interacciones. Se debe propiciar la participación del niño desde temprana edad en las actividades sociales de la familia, comunales o vecinales, iglesia, asociaciones deportivas, etc.

El desarrollo de una adecuada vinculación afectiva entre la familia y el niño es otro objetivo que debemos destacar, para lo cual desarrollaremos en los padres la capacidad de observación e interpretación de las conductas del hijo. Los padres deben ser generosos en su tiempo y paciencia debiendo respetar los tiempos de atención y de respuesta de sus hijos. No todos los niños son iguales y la discapacidad no afecta a todos por igual, los padres deben conocer bien las posibilidades y limitaciones de sus hijos al igual que las características de la discapacidad. A mayor cantidad de interacciones comunicativas entre padres e hijos, mayores posibilidades de encontrar respuestas. Cuando los padres logran conectarse con sus hijos con limitaciones crecen los espacios para desarrollar los vínculos afectivos.

Informar, apoyar y asesorar a las familias es parte del planteamiento de trabajo de la intervención temprana. Informar sobre la condición de la discapacidad, su curso, sus limitaciones, posibilita una mejor comprensión y entendimiento de las condiciones del niño con discapacidad. Reconocer la etapa de duelo o aceptación que tiene la familia frente a la discapacidad ayudará a plantearse adecuadas estrategias de trabajo que facilitarán llegar a la aceptación de la deficiencia.

Potenciar el desarrollo integral del niño para lograr su autonomía en actividades simples como jugar solo, desplazarse para alcanzar un objeto o alimentarse por sus propios medios, aumentará la seguridad que los padres tienen sobre la intervención y sobre su papel en ella. Explicar porque se dan las limitaciones y el origen de las dificultades presentadas por el niño ayudará a los padres a saber que expectativas deben tener frente a su hijo. Enseñarles técnicas especializadas a los padres como el control postural, o métodos para estimular el tono muscular serán de suma importancia ya que estos deben ser realizados en el contexto familiar en las actividades cotidianas como sentarse a

comer en una silla de bebe, realizarlos en un solo momento al día durante una sesión no tendría el mismo valor que si se desarrolla todo el tiempo en casa y en los momentos que realmente se necesitan. Debemos agregar que muchos padres que son atendidos mediante el modelo clínico llevan a una terapia sensorial al niño para que puedan mejorar su sensibilidad táctil pero luego no les dejan tocar los alimentos porque se ensucian, con esta situación nos damos cuenta de la desinformación que existe en estas familias (Fichas de desarrollo, PRITE Antares, 2017).

Estimular el acceso a los distintos tipos de ayuda médica y social que brinda el estado (CONADIS, OMAPED, SIS, ESSALUD) o el acceso a formar redes con otros padres en agrupaciones y asociaciones generará en las familias una sensación de acompañamiento además de estar integrados a la comunidad, ya que muchas familias viven en algún momento como islas al presentar la discapacidad entre sus miembros.

El niño con Síndrome de Down

El Síndrome de Down es un defecto congénito, en la que los núcleos de las células del organismo tienen 47 cromosomas en vez de 46, presentando una trisomía en el par 21. Perpiñán (2018, p.27), detalló este tipo de Síndrome de Down indicando que es “el simple” y se presenta en el 95% de los casos. La translocación se ubica entre el tres o cuatro % de los casos, donde el óvulo o el espermatozoide aportan un cromosoma 21 y un trozo adherido de otro cromosoma, pudiendo ser el 14. El mosaicismo se presenta en el uno o dos % de estos síndromes, donde “sólo una parte de las células de su organismo tiene trisomía porque no hay disyunción durante las divisiones iniciales de las células pero si después de la concepción”, las personas presentarán diversas características o no del Síndrome de Down.

La detección de este síndrome se puede realizar durante la gestación mediante la amniocentesis (técnica utilizada que analiza una muestra del líquido amniótico del feto) o el ecocardiograma, donde existen indicadores que pueden brindar sospechas de este diagnóstico. La confirmación de este síndrome se

realiza mediante el estudio genético. Cuando no fue detectado durante el embarazo, situación que ocurre comúnmente, es en el nacimiento cuando se descubre la condición del niño. El recién nacido mostrará un fenotipo (características físicas) particulares en el que presentará hipotonía muscular, cara aplanada, hendiduras palpebrales oblicuas hacia arriba, pliegues epicánticos, iris moteado (manchas de Brushfield), puente nasal aplanado, orejas pequeñas, paladar ojival, exceso de piel en la nuca, presencia de pliegue simiesco en las palmas de la mano, manos cortas y anchas, hipoplasia de falange media del quinto dedo, separación del primer y segundo dedo de los pies, entre otras características físicas externas. (Lirio y García, 2014, p. 540)

Dentro de las características que con más frecuencia se observan en los niños con Síndrome de Down encontramos a la hipotonía muscular y el retraso en el crecimiento en un 100% de los casos; el retardo mental en un 97 % de los casos; problemas dentales en un 60%; alteraciones tiroideas como hipotiroidismo o hipertiroidismo (formas clínicas y subclínicas) en un 45%; apnea obstructiva del sueño en un 45% y disgenesia gonadal en un 40%. En menor prevalencia el síndrome convulsivo con 5 a 10% y la enfermedad celíaca en un 3 a 7 %. (Lirio y García, 2014, p. 541)

Los niños con Síndrome de Down presentarán cardiopatías congénitas con una prevalencia del 40 al 62%, que son detectadas al nacer y en los primeros meses mediante un ecocardiograma y que serán abordadas en tratamiento médico-quirúrgico según sea el caso. Es muy importante sean intervenidos lo más pronto ya que repercutirá en su desarrollo en general y sobre el éxito de la intervención temprana. Una cardiopatía impedirá una buena alimentación y una buena intervención en el desarrollo muscular. Las infecciones respiratorias repetidas (Núñez y López, 2012, p. 416) impedirán una continuidad en las actividades de intervención. Tendremos a un niño con bajo peso y talla producto de la cardiopatía.

El cerebro del niño con Síndrome de Down también ha sido estudiado en estos años encontrándose una disminución del perímetro cefálico además de una inmadurez del sistema nervioso cuando el niño nace (Flórez, 2014, p. 108). Se observó en ellos una menor cantidad de neuronas con menos ramificaciones y

espinas dendríticas por lo que se realizarían menores interconexiones neuronales por la concentración diferente de neurotransmisores. Se puede deducir que debido a esto la recepción de estímulos de fuera así como la emisión de las respuestas por parte del niño serán deficientes y lentas. El cerebro demorará más en procesar la información que recibe, interpretarla y luego organizar la respuesta motora (Perpiñán, 2018, p. 30). Se observará niños lentos en sus procesos cognitivos como son la atención, memoria y lenguaje, pero al asegurarse de enviar esta información directa y organizada, además de realizarla en forma repetida quedará asegurado que el aprendizaje se desarrolle.

Los sistemas sensoriales se encontrarán también con deficiencias, tenemos al sistema auditivo, visual, táctil, propioceptivo y vestibular. Las deficiencias auditivas y visuales son comunes en los niños con Síndrome de Down, se encuentran en más del 50% de esta población (Perpiñán, 2018, p. 34). La gran mayoría requerirá atención especializada para poder detectar estos casos lo más pronto posible ya que una adecuada audición posibilitará un mejor desarrollo del lenguaje y por medio de la visión se realiza la mayor parte del aprendizaje del niño. El sistema propioceptivo y táctil también presenta deficiencias por hipo reactividad o hiperreactividad en estos niños. Según Ayres (1998, p. 18) la integración sensorial es la organización de sensaciones para su uso en la vida cotidiana. El cerebro será quien organiza la información que llega a través de los sentidos pero cuando esta información llega desorganizada la percepción, comportamiento y aprendizaje se estancarán. Como se conoce el cerebro del niño con Síndrome de Down necesita ayuda para organizar la respuesta de lo que percibe por lo cual utilizar la integración sensorial será de gran ayuda y podrá determinar mucho de su aprendizaje.

El desarrollo integral del niño

El desarrollo “significa entrar en la dinámica de la vida humana, al intrincado conjunto de relaciones entre funciones afectivas, movimientos, percepción, conocimientos y otros que son inherentes a su naturaleza” (Rivera y Sánchez, 2009, p. 1). El niño debe poder organizarse para actuar adecuadamente sobre su

mundo. Debe de ser capaz de adaptarse y poder modificar el entorno donde se desenvuelve. Cuando se hace referencia al desarrollo integral se toma en cuenta todas las relaciones entre sus funciones y sus capacidades. Rivera y Sánchez (2009, p. 4) definieron desarrollo integral “a la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, con la mayor calidad, bienestar y con vistas al ejercicio de una ciudadanía plena”. El desarrollo del niño estará determinado por la maduración del sistema nervioso central, el cual a su vez dependerá del medio donde se encuentre, las relaciones que establezca y la carga genética que lleve consigo.

El desarrollo motor del niño menor de 1 año.

La motricidad en el niño es la capacidad que tiene para moverse o mover una parte de su cuerpo, mediante actos voluntarios o involuntarios, coordinados, organizados y sincronizados por el sistema muscular. El desarrollo de la motricidad se da en función al desarrollo neurológico del niño y también como respuesta a la interacción con el ambiente, por ejemplo cuando es recibido por la madre que lo acoge en sus brazos.

Vayer (1977, p. 3), indicó que la evolución de un niño será el resultado de tres interacciones que siempre van a estar presentes: su propio cuerpo, el mundo de los objetos y el mundo de los demás. Cuando estas tres interacciones se realizan favorablemente el niño logrará un desarrollo normal. Indicó que los problemas que podemos encontrar en el desarrollo del niño pueden hallarse en las dificultades con su cuerpo como son las alteraciones neurológicas y las sensoriales. Estas dificultades provienen también del entorno del niño como en el caso de una ausente o pobre estimulación, y por último también pueden tener origen cuando surgen del mundo de los demás y aquí se refiere al rechazo de los padres y los choques afectivos que pueda vivenciar el niño. Vayer reiteró que la motricidad y la psiquis funcionan como uno solo en los niños menores de tres años. Recordó que “únicamente el niño que domina el uso de su cuerpo puede aprehender los elementos del mundo de su entorno y establecer relaciones entre ellos, es decir desarrollar su inteligencia”. (p. 4)

El recién nacido se manifiesta en un inicio mediante los reflejos arcaicos o primitivos. Los reflejos son movimientos involuntarios que se dan como respuesta a un estímulo o más estímulos, estos se presentan desde la etapa prenatal cuando el nuevo ser se encuentra en formación, apareciendo y desapareciendo para dar paso y ser parte de la maduración del sistema nervioso central. Tenemos el reflejo de grasping, cuando el bebe cierra el puño al sentir el roce de una mano; el reflejo de succión, que será utilizado para la alimentación; el de la marcha automática, cuando el bebe al ser cogido debajo de las axilas en postura vertical sobre una superficie da pasos; el de los puntos cardinales, cuando la boca del bebe se direcciona hacia arriba, abajo, derecha e izquierda según donde venga el estímulo y el reflejo de moro. Estos se irán perdiendo hasta los tres meses dando paso a otras posturas y movimientos. Hay reflejos que se presentarán para que el niño gire como el de “cabeza sobre cuerpo” y el de “cuerpo sobre cuerpo”, luego desaparecerán y el niño podrá girar con autonomía. También estarán el reflejo de arrastre y el de gateo, los cuales desaparecerán para que el niño pueda realizar estos movimientos a voluntad. La aparición, desaparición y persistencia de los reflejos tanto de los primarios y secundarios serán indicadores de la salud y desarrollo del niño, pudiendo indicar anomalías y deficiencias.

El desarrollo psicomotor del niño menor de un año estará en relación con el control de su cuerpo a través de su pensamiento, llamándose psicomotricidad. La psicomotricidad gruesa tiene que ver con la coordinación, equilibrio y movimientos de la cabeza, tronco y extremidades. La psicomotricidad fina es la que desarrolla los movimientos coordinados de manos, también llamada prensión voluntaria o coordinación óculo manual.

Durante el primer año de vida se desarrollarán posturas y movimientos que marcarán los hitos del desarrollo del niño, observaremos el desplazamiento sobre su cuerpo o arrastre, el gateo, la postura de pie apoyándose de muebles y la marcha cogido de las manos del adulto.

Para Pickler, médico pediatra fundadora de Pickler Loczy en Budapest, todo niño tendrá su propio ritmo de desarrollo, irá madurando y pasando de una etapa a otra sin necesidad de intervención directa. Por lo tanto el adulto se

convierte en un observador del juego del niño, que durante los cuidados que le brinda pondrá especial atención en hacerlo en forma cuidadosa y sin apuros. Es así que la escala de desarrollo de Pickler estará adaptada para utilizarla como instrumento para la presente investigación, se aplicará observando al niño durante el juego y en su vida cotidiana.

Es importante también conocer las investigaciones de Gassier (1996) quien, a través de años de estudio y observación, elaboró un manual del desarrollo psicomotor del niño. A continuación, se presenta la secuencia del desarrollo de los niños en el primer año de vida. (1996, pp. 101-104)

Tabla 1

Desarrollo psicomotor del 1ro al 4to mes

Meses de vida	Posiciones de segmentos corporales	Conducta observada
1 ^{er} al 2do mes	Cabeza	Cae hacia un lado, no hay control, el RN puede elevarla de vez en cuando (sin sobrepasar un ángulo de 45° del plano horizontal)
	Tronco	Débil, no hay tono muscular (presenta cifosis dorsal)
	Extremidades	Presencia de hipertonía. El bebé adopta la posición fetal, con las piernas y brazos flexionados. Al 2do mes hay una distensión, la pelvis se apoya y las piernas se extienden.
	Prensión	El reflejo de grasping o palmar muy acentuado en el primer mes, luego disminuye en el segundo.
3 ^{er} a 4to mes	Cabeza	Sosteniéndolo sentado, el niño mantiene la cabeza erguida. En postura ventral puede elevar la cabeza 45° a 90° por encima del plano de la cama.
	Tronco	Espalda firme, la región lumbar todavía es débil y necesita ser sostenida.
	Extremidades	De la hipertonidad se pasa a la hipotonidad: los miembros superiores e inferiores están en extensión. En posición dorsal gira de la espalda a los costados, pone un pie sobre la rodilla opuesta. En posición ventral el bebe se apoya sobre los antebrazos para elevar el tórax (postura puppy), a los 4 meses nada (flexión- extensión de todos sus miembros).
	Prensión	El grasping o reflejo palmar se reemplaza por la prensión al contacto. Se trata de una prensión involuntaria producida por el contacto del objeto con la mano del niño. Abre, vuelve a cerrar la mano y retiene el objeto algunos segundos (a menudo se lo lleva a la boca). Es la reacción tácilomotriz (él bebe conoce por el tacto).

Nota: Adaptación del Manual del desarrollo psicomotor del niño. 2da. Edición, por Gassier, J., 1996, Barcelona, España: Editorial Masson, S. A.

Tabla 2

Desarrollo psicomotor del 5to al 8vo mes

Meses	Posiciones de segmentos corporales	Conducta observada
5to y 6to mes	Cabeza	En postura ventral el bebe puede levantar la cabeza y la espalda apoyándose primero sobre los codos y después sobre las manos.
	Tronco	
	Extremidades	Despliega gran actividad muscular: sosteniéndolo en pie, da saltitos soportando una gran parte del peso de su cuerpo. Reflejo de Landau: hace el avión, apoyado sobre el tórax, eleva brazos y piernas). Gira de la posición ventral a la posición dorsal. En decúbito supino hace pedaleo y se coge los pies.
	Prensión	Prensión palmar voluntaria, global, imprecisa. Si le ponen delante un objeto el bebe coge con la palma de la mano y los último tres dedos. Se lleva los objetos a la boca, prensión óculo manual.
7mo a 8vo mes	Cabeza	Se mantiene sentado solo, puede girar sobre si mismo en los dos sentidos. Puede inclinarse para recoger juguetes.
	Tronco	
	Extremidades	Se lleva los pies a la boca y chupa los pulgares. Juega con sus manos y pies. Le gusta dar saltitos cuando se le sostiene.
	Prensión	Coge objetos entre el pulgar y el índice, prensión en pinza inferior. Coge rastrillando los dedos. Se pasa objetos de una mano a otra y los golpea. El relajamiento es global y voluntario. Si escondemos un objeto delante del niño, este lo buscará.

Nota: Adaptación del Manual del desarrollo psicomotor del niño. 2da. Edición, por Gassier, J., 1996, Barcelona, España: Editorial Masson, S. A.

Tabla 3

Desarrollo psicomotor del 9no al 12vo mes

Meses	Posiciones de segmentos corporales	Conducta observada
9º al 10mo mes	Tronco y Extremidades	Se arrastra sobre el vientre, después gateará. Se pone de pie solo, sosteniéndose en los muebles, puede caer con facilidad.
	Preensión	Puede coger objetos pequeños entre las bases del índice y pulgar, pinza superior. Le gusta tirar objetos al suelo. Brinda juguetes a sus padres, hay intercambio. Tiene sentido del medio y del fin, del continente y del contenido, le gusta introducir y sacar objetos de una caja.
11avo a 12avo mes	Tronco y Extremidades	Comienza a dar sus primeros pasos. Camina cogido de las manos, luego con solo una mano. Anda cogiéndose de muebles. Empuja una silla para poder caminar.
	Preensión	Perfecciona preensión índice con pulgar. Le gusta tirar los objetos uno a uno. Puede garabatear. Señala con el índice y explora orificios. Tiene sentido de profundidad, de lo sólido, alto, bajo, separado y junto. Comienza a encajar.

Nota: Adaptación del Manual del desarrollo psicomotor del niño. 2da. Edición, por Gassier, J., 1996, Barcelona, España: Editorial Masson, S. A.

Las actitudes durante los cuidados del niño en el primer año.

Durante el primer año de vida el niño dependerá de la madre para su subsistencia, ella le brindará todos los cuidados y amor, tan importante para su desarrollo. Es durante esos momentos de atención y cuidado donde el niño tendrá interacciones constantes con su madre o cuidadora. Podremos observar la relación que tienen madre e hijo en una mirada a los ojos con ternura, una conversación realizada por la madre saludándole o preguntándole, “¡hola! ¿Cómo está mi bebe?” El niño podrá brindar respuestas desde muy pequeño con una agitación del cuerpo o movimientos de brazos y piernas, sonrisas, gorjeos, etc. Ya más grande cuando se realice el cambio de ropa, el niño levantará los brazos

para sacarle la camiseta y en la hora del baño chapoteará contento al contacto con el agua. Cuando el niño no tiene una buena relación con la madre o adulto cuidador no se observarán conductas de cooperación y no participará activamente durante estos momentos, las soportará o conformará dejándose hacer por el adulto. Sin el establecimiento de una buena relación afectiva no podremos esperar un adecuado desarrollo del niño, manifestando “un retardo considerable, inclusive en aspectos que parecieran a primera vista independientes, como el desarrollo de las posturas, los grandes movimientos, la manipulación de objetos o el juego”. (Digebe, 2010, p.118)

El establecimiento de un apego seguro es una de condiciones para lograr un adecuado estado emocional, este bienestar del niño será necesario para que pueda relacionarse en su entorno con interés y seguridad, con lo cual desarrollará los aprendizajes. Dentro de los cuidados que se observarán está la conducta durante el baño, el vestido, beber, comer y masticar.

Horarios y rutinas

El establecimiento de adecuados horarios en los niños es necesario para lograr un buen desarrollo en general del niño. En los primeros meses de nacido el niño tiene un sistema digestivo que solo admite la leche materna y la necesita cada dos horas aproximadamente (puede ser de 2 a 4 horas). La leche materna estimula el apego y el desarrollo (WHO, 2018) por lo que debe estimularse la lactancia exclusiva, además asegura un buen desarrollo del sistema inmunológico, protege de las infecciones y alergias. En los niños con discapacidad como los niños con Síndrome de Down que nacen con inmadurez es necesario dar las recomendaciones a las madres para que puedan realizar una correcta lactancia, sumándose un gran número de beneficios para el niño.

El horario o establecimiento de rutinas en los niños brinda seguridad en el niño lo que desarrollará una buena relación emocional con sus cuidadores. El horario de sueño es importante para establecer un adecuado descanso y así lograr un desarrollo equilibrado, el niño que no duerme en las noches o se despierta con frecuencia por cualquier problema o necesidad podrá manifestar

problemas en su comportamiento y en su salud en general. El niño que no duerme lo suficiente estará irritable durante el día y podrá manifestar problemas de conducta. El sueño proporciona un buen desarrollo del sistema inmunológico, mejora la memoria y el aprendizaje (AAP, 2016).

El desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo-manual y juego en el primer año.

Para Piaget el desarrollo cognoscitivo del niño se debe a la interacción entre lo innato y los factores ambientales. Se encuentran cuatro factores que determinarán el desarrollo cognoscitivo: la maduración orgánica, las experiencias físicas con el entorno, la transmisión de conocimientos que brinda la familia y el mantenimiento del equilibrio. El equilibrio que el ser humano tiende a mantener mediante una asimilación y acomodación de su estructura cognoscitiva. El niño asimilará es decir amoldará el conocimiento con respecto al que ya tiene y luego cuando se da cuenta que no es igual lo acomodará, cambiando a un nuevo esquema. (CAT y UAB, 2007, pp. 3-4) Piaget nombra a esta primera etapa como inteligencia sensorio motriz, ya que dependerá de la información que obtenga de los sentidos y de la acción motriz. La coordinación óculo manual, unidos los sentidos y acción (uso de las manos, propiocepción, tacto y visión), se demuestra durante la manipulación de objetos y el juego exploratorio del niño desde su primer año de vida. (Gassier, 1996, pp.19-43)

El niño desde que nace nos da muestras de su desarrollo, la visión es una de ellas. Primero observaremos si realiza seguimiento con la mirada, si observa los gestos del adulto que se le acerca (1er y 2do mes), luego si lo observa cuando se dirige de un lado a otro de la habitación. Después el niño se mirará las manos para luego jugar con ellas y llevárselas a la boca (3er y 4to mes). Podrá girar sobre su cuerpo en un sentido o en otro para seguir algo o alguien (5to a 6to mes). Pronto la visión lo ayudará para extender la mano y palpar, para por último manipular. La manipulación de objetos va desde golpearlos hasta colocarlos uno dentro de otro en los niños hasta los doce meses y siempre en situaciones de

juego. Tanto la coordinación óculo manual, la manipulación y el juego son conductas que se encuentran juntas en el niño menor de un año.

Vocalización y Palabra en el primer año.

La comunicación en el niño se realizará desde la más temprana edad, ya el llanto es un acto comunicativo donde el niño expresa su disconformidad a la madre, que puede ser disgusto, hambre, sueño, dolor, etc. También en el movimiento del cuerpo y la sonrisa el niño se está comunicando. Para Veiga (2005, pp. 1-3) el desarrollo del lenguaje comenzará desde la etapa prenatal cuando escucha sonidos y ruidos de su medio y del entorno. Ella menciona que para adquirir el lenguaje el niño debe poseer una correcta respiración, una adecuada deglución y masticación. El solo acto de succionar la leche de su madre estará brindándole al niño la estimulación necesaria para realizar la oralización o el habla en una etapa posterior.

Para el desarrollo del habla se requiere de ciertas condiciones de las que venimos dotados los seres humanos, tenemos un aparato fonador constituido por la laringe; un aparato resonador constituido por la faringe, fosas nasales y la boca o cavidad oral; y por último un órgano articulador formado por la mandíbula, los músculos de la boca, los dientes, el paladar, y la lengua. Determinarán también el habla del niño los sistemas sensoriales táctil, gustativo y auditivo; un buen sistema muscular (tono y trofismo) también será necesario. Estos sistemas están conectados con el sistema nervioso central de quien dependerá una buena recepción, organización y respuesta para el desarrollo del habla. (Veiga, 2005, pp. 8-13)

El bebe adquiere el lenguaje pasando por una serie de etapas y de acuerdo a la edad cronológica. (Veiga, 2005, pp. 22- 25)

Antes del sexto mes: El llanto, la expresión corporal, gestos y sonrisas que el niño devuelve al interactuar con el adulto. La emisión de sonidos vocálicos: /a/, /e/, /u/, /o/, /i/. El balbuceo (consonante + vocal= ma, pa, ta).

Del 7mo al 8vo mes: imitación de la melodía, el niño realizará una imitación de lo que escucha en su entorno de acuerdo a su lengua materna.

Del 10mo al 12vo mes: pre palabras, aquí es el adulto el que le encuentra significado a los sonidos emitidos por el niño.

De 12 a los 18 meses: presencia de etapa holofrástica, el niño imita palabras que pueden tener muchos significados, se diferenciarán por la entonación que realice.

Por lo tanto, durante todo el primer año el niño va comenzando a preparar y utilizar sus órganos orofaciales lo que le permitirá emitir sonidos y a seguir la entonación del idioma de su familia, además de que jugará con el adulto a preguntar y responder, todo esto facilitará su entrada a la comunicación por medio del habla.

1.4 Formulación del Problema

Problema general

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP?

Problema específico 1

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP?

Problema específico 2

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP?

Problema específico 3

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP?

Problema específico 4

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP?

1.5 Justificación del estudio

Justificación Práctica

El presente trabajo servirá para mejorar el proceso de intervención temprana educativa que se desarrolla en nuestro país ya que aún se está utilizando el enfoque clínico, donde la familia es una observadora y seguidora de las recomendaciones brindadas por los profesionales. El enfoque pedagógico compromete la participación activa de la familia en la intervención del niño, la cual es la primera que tenemos que empoderar, lo que repercutirá en el logro de mayores avances en el desarrollo del niño en un lapso menor de tiempo.

Justificación Teórica

La intervención temprana educativa es un proceso que determina el desarrollo integral del niño con discapacidad. Aún se conoce muy poco sobre la IT tanto en el medio educativo como en el médico, profesionales de la salud y la educación aún desconocen sobre este proceso por lo que esta investigación brindará información a los profesionales que laboran con niños con discapacidad.

Justificación Social

Las personas con discapacidad en nuestro país representan uno de los sectores más vulnerables, teniendo un 5% de nuestra población con discapacidad. Las estadísticas de niños con discapacidad son desconocidas ya que muchos aún no

han sido diagnosticados, es necesario y urgente se detecte a tiempo y se brinde atención a esta parte de nuestra población. En nuestro país no existen otros servicios o programas (públicos o privados) que brinden atención integral al niño y su familia desde sus primeros días hasta los tres años como los que brinda la intervención temprana. De allí la importancia y relevancia que la intervención temprana pueda ser aplicada a todo niño que la necesite, así como también pueda brindarse a tiempo. Si esta es aplicada oportunamente podría cambiar todo el panorama futuro del desarrollo del niño con discapacidad, de su familia, de la comunidad y de nuestro país.

1.6 Hipótesis

Hernández, et al., (2003, p. 140), definieron a las hipótesis llamándolas “explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones”, por lo que a continuación se presentan las proposiciones de la presente investigación, desde la general hasta las específicas.

Hipótesis general

La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Hipótesis específica 1

La intervención temprana impacta positivamente en desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Hipótesis específica 2

La intervención temprana impacta positivamente en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Hipótesis específica 3

La intervención temprana impacta positivamente el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Hipótesis específica 4

La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

1.7 Objetivos

La presente investigación tiene un objetivo general y otros específicos, a continuación, se realizan los siguientes enunciados.

Objetivo General

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Objetivo Específico 1

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Objetivo específico 2

Determinar el impacto de la intervención temprana en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Objetivo específico 3

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

Objetivo específico 4

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

II. Método

2.1. Diseño de investigación

La investigación científica tiene diversos diseños y estrategias que serán utilizados dependiendo de la disciplina que realizará la investigación. Los diseños de investigación brindan planes y estrategias ideados para obtener respuestas fiables a las preguntas que se plantean en la investigación. El diseño planteará actividades sucesivas y organizadas que se adaptarán a las características de la investigación en curso.

Enfoque de Estudio: Esta investigación es cuantitativa siendo las características de este enfoque, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) esta “utilizará la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y en el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4). Debemos dar también el concepto descrito por Hernández et al. (2010) citados por Arbaiza (2016) donde refieren que lo principal en el estudio cuantitativo “es construir y demostrar teorías mediante la explicación y la predicción de relaciones causales entre los elementos presentes en un fenómeno” (p.29).

Tipo de Estudio: En esta investigación se realizó un estudio aplicado ya que busca solucionar un problema concreto, práctico y cotidiano de la práctica educativa. Según Vara (2015), la investigación aplicada propone programas, innovaciones tecnológicas y nuevas herramientas (pp. 235-236).

Tipo de diseño: Hernández et al. (2014) se refieren al diseño de investigación como el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se necesita para dar respuesta al problema planteado. Con respecto al diseño experimental ellos explican que los experimentos manipulan tratamientos, estímulos o intervenciones (siendo estas las variables independientes) para poder observar esos efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control (p. 129).

Nivel de estudio: La presente tesis tiene un diseño pre experimental, ya que se administró intervención temprana (variable independiente) a un grupo de niños y sus familias con características particulares (el síndrome de Down), para estimular

un adecuado desarrollo integral (variable dependiente). Se realizó una pre test y luego una post test con un solo grupo. Según Hernández, et al. (2014) un preexperimento tiene un grado de control mínimo, se desarrolla cuando se aplica una prueba antes de brindar el estímulo o tratamiento experimental, luego después de realizado el tratamiento se aplica otra prueba posterior. En este caso se tendrá la referencia de los resultados de la variable dependiente de inicio para ser comparada con los resultados finales.

Tenemos: G es el grupo experimental

X es el tratamiento experimental

O1 pre prueba

O2 es la post prueba

G O1 X O2

Método de investigación: se utilizó el método hipotético deductivo. Para Bisquerra (1989) este método se caracteriza porque a partir de la observación de situaciones o casos particulares se llega a plantear un problema. Es a través del proceso de inducción donde el problema consigna una teoría. El marco teórico formulará una hipótesis, mediante un razonamiento deductivo que posteriormente se validará empíricamente. Para Bisquerra las fases del método científico muchas veces coinciden con este método, cuyas etapas pueden sintetizarse en:

- 1) Planteamiento del problema a partir de la observación de casos particulares;
- 2) revisión de la bibliografía;
- 3) formulación de las hipótesis;
- 4) recogida de datos;
- 5) análisis de datos;
- 6) conclusiones, interpretación y generalización de resultados de cara a aumentar el conocimientos teórico. (p.62)

Hernández, et al., (2003), definieron al diseño de un proceso de investigación como el “plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación” (p.185). Ellos también afirman que el diseño experimental se basa en una “situación de control en la cual se manipulan, de

manera intencional, una o más variables independientes (causas) para analizar las consecuencias de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos)” (p.190). Este es el tipo de diseño utilizado en la presente investigación.

2.2. Variables, operacionalización

La variable es definida por Hernández, et al. (2003), como la “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse” (p.144). La variable independiente es la causa o razón del fenómeno a investigar. La variable dependiente es la consecuencia de una variable independiente.

Variable independiente

Esta investigación presenta a la intervención temprana como una variable independiente siendo la definición de intervención temprana según DIGEBE (2013) que citó a Heward(1998) quien citó a McConnell (1994) “la detección y provisión temprana de los servicios necesarios para reducir o eliminar los efectos de las discapacidades o prevenir la aparición de otros problemas” (p. 23). Y tenemos también la definición de la intervención centrada en la familia por García-Sanchez et al. (2015, pp. 4-9) quien ve a los padres y cuidadores como agentes activos, co-responsables del programa, además de ser considerados expertos en las necesidades de sus hijos y de su familia. La intervención se desarrolla dentro de su entorno, no es una intervención rehabilitadora sino una generadora de múltiples y constantes situaciones de aprendizaje lograndose en forma natural dentro de las rutinas diarias y el entorno familiar.

Variable dependiente

Como variable dependiente tenemos al desarrollo integral del niño, siendo definido por Rivera y Sánchez (2009, p. 4) “a la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, con la mayor calidad, bienestar y con vistas al ejercicio de una ciudadanía plena”. La Dra. Pikler junto con su colaboradora Judith Falk investigadoras del desarrollo del niño realizaron una escala de desarrollo para

niños de hasta 3 años validada por UNICEF y MINEDU en donde se divide las áreas de desarrollo a evaluar en el niño: motor; actitud durante los cuidados; desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual, la manipulación y juego; y el desarrollo de la vocalización y de la palabra.

A continuación se muestran las tablas de operacionalización de las variables.

Tabla 4

Organización de la variable Intervención Temprana

Contenidos del programa	Estrategias	Metodología	Tiempo
Se elaborará un programa de intervención temprana para cada niño y su familia teniendo en consideración sus particularidades, necesidades educativas, sus valores culturales y sus recursos.	Planificación: Elaboración y selección de pruebas o test, hoja de entrevista o ficha de desarrollo, hojas de programación para sesiones de intervención, hojas de visita domiciliaria, fichas de observación.	Indagación e información sobre material a utilizar en intervención temprana.	Febrero
Objetivo general: Desarrollar en forma integral al niño con Síndrome de Down menor de un año matriculado en el PRITE Antares.	Evaluación de Inicio, integral del niño y su familia: Aplicación de ficha de entrevista a familia. Visita domiciliaria. Elaboración de informe psicopedagógico.	Entrevista a los padres juntos y por separado. Observación de la interacción del niño y su familia.	Marzo
Resultados esperados: El desarrollo integral oportuno del niño a través de la motricidad, actitudes al cuidado, intelectual por medio de la coordinación óculo-manual y la aparición de la vocalización en el lenguaje oral.	Elaboración de plan de orientación individual y de plan de atención individual. Elaboración de sesiones de intervención. Ejecución: Sesiones de intervención de 45 min. Visitas domiciliarias. Entrevistas, visitas domiciliarias, conversatorios en grupo. Elaboración de material de estimulación e intervención.	Observación del niño en situaciones naturales y acondicionadas. Uso de situaciones lúdicas para planificar sesiones Sesiones con participación activa de la familia: participativa- vivencial.	Abril-Mayo- Junio- Julio
	Evaluación Final: Aplicación de ficha de observación.	Sesiones de intervención individual o grupal.	Julio

Tabla 5

Variable: Desarrollo del Niño hasta los 14 meses

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles o rangos
1. Desarrollo Motor	A. Se desplaza sobre su cuerpo: gira, rueda, reptar,	Del 1 - 5 y 10-11	0= no se observa la conducta	Escaso =1- 3 Mediano = 4-6
	B. Se sienta	Del 6 -8	1= se observa la conducta	Bueno = 7-8 Excelente = 9-10
	C. Gatea y se arrodilla	El 9 y 10		
2. Actitud durante los cuidados	A. Mastica y come Bebe	11 al 13 y 17 14 al 16		Escaso =1 - 3 Mediano = 4 -6 Bueno = 7 - 9 Excelente = 10 -11
	B. Participa y colabora en baño y vestimenta	18 al 21		
3. Desarrollo Intelectual, coordinación óculo manual y juego	A. Realiza coordinación visual	22 al 24		Escaso =1 - 2 Mediano = 3-4 Bueno = 5-7 Excelente = 8-9
	B. Realiza coordinación viso manual durante el juego	25 al 30		
4. Vocalización y palabra	A. Iniciativas vocales: oraliza	31 al 33		Escaso =1-2 Mediano = 3 -4 Bueno = 5- 7 Excelente = 8
	B. Reacciona, responde y comprende a la palabra	34 al 38		

2.3. Población

Hurtado (2000), define a la población como “el conjunto de seres en las cuales se va a estudiar variable o evento, y que además comparten, como características comunes, los criterios de inclusión”

La población está constituida por 8 niños menores de un año con Síndrome de Down matriculados en el año 2018, en el PRITE Antares, UGEL 02, del distrito de San Martín de Porres, Lima, Perú, constituyéndose en la población censal.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

El presente estudio utilizó las siguientes técnicas e instrumentos para la recolección de datos;

Técnicas

En esta investigación por las características de la población a investigar, siendo niños menores de un año con Síndrome de Down y sus familias, se utilizó la observación en niños y la entrevista en las familias. Según Sabino (1992, pp.111-113) la observación se ha realizado a través de los tiempos, no hay una fecha precisa desde cuándo, pero en esta conducta el hombre utilizará sus sentidos para conocer lo que ocurre en la realidad, organizar la información y realizar conclusiones. Puede definirse como el uso sistemático de los sentidos para registrar datos que luego nos ayudarán a resolver problemas de la investigación. Con respecto a la entrevista Sabino (1992) acotó que es una forma específica de interacción social cuyo objetivo es la recolección de información de una de las partes y siendo la otra la que informa. Lo más importante de la entrevista es que la información que se colecta no podría ser observada por fuera ya que esta implica sentimientos, opiniones y actitudes de las personas. (p.116)

Instrumentos

Se realizó una adaptación de la Escala de desarrollo Pikler, y se elaboró una ficha de observación, la cual fue aplicada a cada niño y familia de manera individual, después de un proceso de adaptación con la tutora o investigadora a cargo.

Ficha Técnica de Ficha de Observación adaptada de la Escala de desarrollo de Pikler para niños hasta 14 meses

Nombre:	Escala de Desarrollo Pikler
Autor:	Instituto Lóczy, sistematizada por Judith Falk, para UNICEF y MINEDU, adaptada por Sheyla Veler Padilla Acevedo.
Áreas que evalúa:	Desarrollo motor Actitud durante los cuidados Desarrollo Intelectual a través de la coordinación óculo-manual, la manipulación y el juego. Desarrollo de la vocalización y de la palabra
Items:	38
Calificación:	Dicotómica, si y no

Validez

El instrumento utilizado en esta investigación fue una adaptación de la Escala de desarrollo Pikler, la cual fue validada por la DIGEBE (2010) para el uso en educación especial. La adaptación fue validada por juicio de expertos.

Tabla 6

Validación de juicio de expertos

Experto	Especialidad	Resultado
Mg. Concepción Eduvigés Moreno Chávez	Psicopedagogía	Aplicable
Mg. María Victoria Moreno Chávez	Psicopedagogía Cognitiva	Aplicable
Mg. Xavier Fuentes Ávila	Ciencias del deporte	Aplicable

Confiabilidad

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) la confiabilidad es el “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (p.200). La confiabilidad se realizó estadísticamente con el Kuder Richardson, porque los índice, rango corresponden a una escala dicotómica.

Tabla 7

Interpretación del coeficiente de confiabilidad

Rangos	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Media
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy Baja

Nota: Metodología de la Investigación cuantitativa por Palella y Martins, tercera edición, 2010. Editorial: FEDUPEL, Caracas, Venezuela.

La escala que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores, el resultado que se obtuvo fue el siguiente:

Tabla 8

Estadística de fiabilidad para la escala de desarrollo Pikler adaptada a niños hasta 14 meses

Kuder Richardson	N° de ítems
1	38

La escala de desarrollo Pikler adaptada para niños hasta 14 meses según el análisis de Kuder Richardson cuyo valor es 1 refiere que existe muy alta confiabilidad, se concluyó que el instrumento puede ser aplicado.

2.5. Métodos de análisis de datos

El tipo de análisis de datos dependió del nivel de medición de las variables, el tipo de hipótesis y el diseño de investigación. El análisis de datos se realizó antes de la interpretación. Arbaiza (2016), citó a Bernal (2010) en donde explica al análisis de datos así:

Consiste en procesar los datos (dispersos, desordenados, individuales) obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo, y tiene por finalidad generar resultados (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizará el análisis según los objetivos y las hipótesis o preguntas de la investigación realizada, o de ambos. (p. 226)

Para el análisis y la tabulación de los datos se utilizó el software SPSS20 y Excel de office.com. Se aplicó la prueba t de Student ya que el tamaño de la muestra es menor de 30 mediciones y “para comparar los resultados de un post test, es decir, los resultados de un grupo luego de un tratamiento o intervención” (Arbaiza, 2016, p. 248). Se realizó un análisis descriptivo donde se evaluó el comportamiento de la población en estudio, a través de tablas y figuras. De acuerdo a todo esto se interpretaron los resultados obtenidos en esta investigación.

2.6. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se realizó bajo los criterios éticos y de valores demandados por la institución educativa PRITE Antares, la Universidad César Vallejo y la legislación peruana. Solicitándosele permiso a las personas e instituciones involucradas.

III. Resultados

3.1 Descripción de resultados

Tabla 9

Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares en Pre test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, marzo 2018

Niños	Pre Test
1	4
2	4
3	2
4	6
5	5
6	7
7	4
8	4
total 8	36

En la tabla 9 se observa el total de respuestas que presentaron cada uno de los niños en la aplicación de la ficha de observación de las 4 dimensiones: desarrollo motor, actitud durante los cuidados, desarrollo intelectual y desarrollo de la vocalización y habla.

Tabla 10

Frecuencia del número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down del PRITE Antares en pre test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, marzo del 2018

Conductas	Frecuencia	Porcentaje
2	1	12,5
4	3	37,5
5	2	25,0
Válidos 6	1	12,5
7	1	12,5
Total	8	100,0

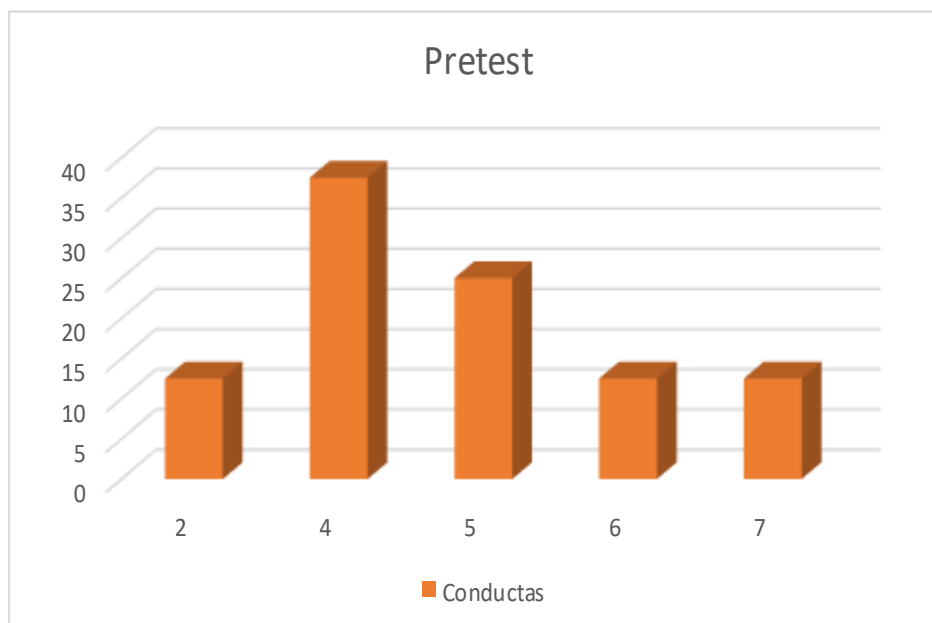


Figura 1. Frecuencia del número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, en ficha de observación pre test, adaptación Escala de Desarrollo Pikler, marzo 2018

En la figura 1 se puede observar el pre test aplicado en marzo del 2018 al total de niños con Síndrome de Down matriculados en el PRITE Antares: 1 niño (12.5%) presentó 2 de las conductas de desarrollo de la ficha de observación, 3 niños (el 37.5%) presentaron 4 de las conductas, 2 niños (25%) presentaron 5 de las conductas, 1 niño (12.5%) presentó 6 de las conductas y 1 niño (12.5%) presentó 7 de las conductas.

Tabla 11

Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares en Post test luego de aplicada la intervención temprana con participación activa de la familia

Niños	Post Test
1	24
2	21
3	13
4	24
5	23
6	20
7	24
8	21
total 8	170

Tabla 12

Frecuencia del número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down del PRITE Antares en post test julio del 2018

	Conductas	Frecuencia	Porcentaje
	13	1	12,5
	20	1	12,5
	21	2	25,0
Válidos	23	1	12,5
	24	2	25,0
	25	1	12,5
	Total	8	100,0

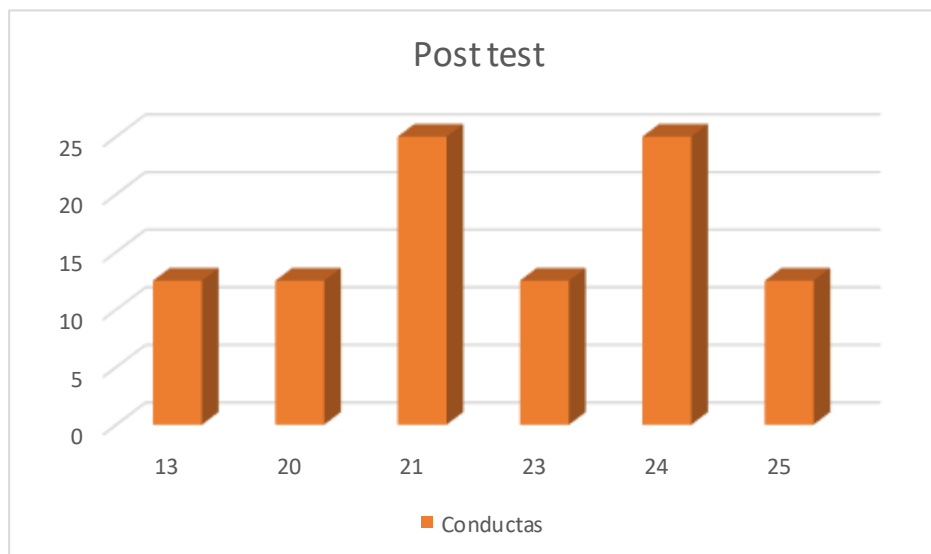


Figura 2. Número de conductas desarrolladas después de intervención temprana con participación activa de la familia por niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares en ficha de observación post test, adaptación Escala de Desarrollo de Pikler, julio 2018.

En la figura 2 se puede observar el número de conductas desarrolladas por los niños con Síndrome de Down de hasta 1 año de edad del PRITE Antares, en el post test en julio del 2018. Se encontró que el 12.5% de los niños desarrolló 13 conductas, otro 12.5 % desarrolló 20 conductas, un 25% de los niños desarrollaron 21 conductas, un 12.5% de los niños obtuvieron 23 conductas, otro 25% obtuvo 24 conductas y un 12.5 % presentó 25 conductas del total de 38 conductas de la escala de desarrollo Pikler.

Con respecto a las dimensiones observadas de la variable Desarrollo integral del niño se detalla: a) D1 desarrollo motor, b) D2 actitud durante los cuidados, c) D3 desarrollo de la inteligencia a través de la coordinación óculo manual, manipulación y juego, d) D4 desarrollo de la vocalización y palabra.

Tabla 13

Resúmenes de conductas presentadas por cada niño con Síndrome de Down menor de un año del PRITE Antares en pre test y por dimensión

NIÑOS	PRED1	PRED2	PRED3	PRED4
1	0	2	2	1
2	0	2	2	0
3	0	2	0	0
4	0	2	2	2
5	0	2	1	2
6	1	2	2	2
7	0	2	2	0
8	0	2	2	0
Total	N	8	8	8

Leyenda: PRED1 en desarrollo motor; PRED2 en actitud durante los cuidados, PRED3 en desarrollo intelectual, PRED4 en desarrollo de la vocalización

De la tabla 13, se observa que el niño 1 presentó en el pre test 0 conductas de la dimensión desarrollo motor, 1 conducta de la dimensión actitud durante los cuidados, 2 conductas de la dimensión desarrollo intelectual y 1 conducta de la dimensión vocalización y habla. Con cada uno de los niños se realiza la lectura en igual forma, hallándose diferentes cantidades de conductas por dimensión. Se debe señalar que la mayoría de los niños (87.5%) no observaron conductas con respecto al desarrollo de la motricidad, apenas si uno de ellos levanto la cabeza. La edad mínima de ingreso a la intervención fue de tres meses.

Resumen de los casos

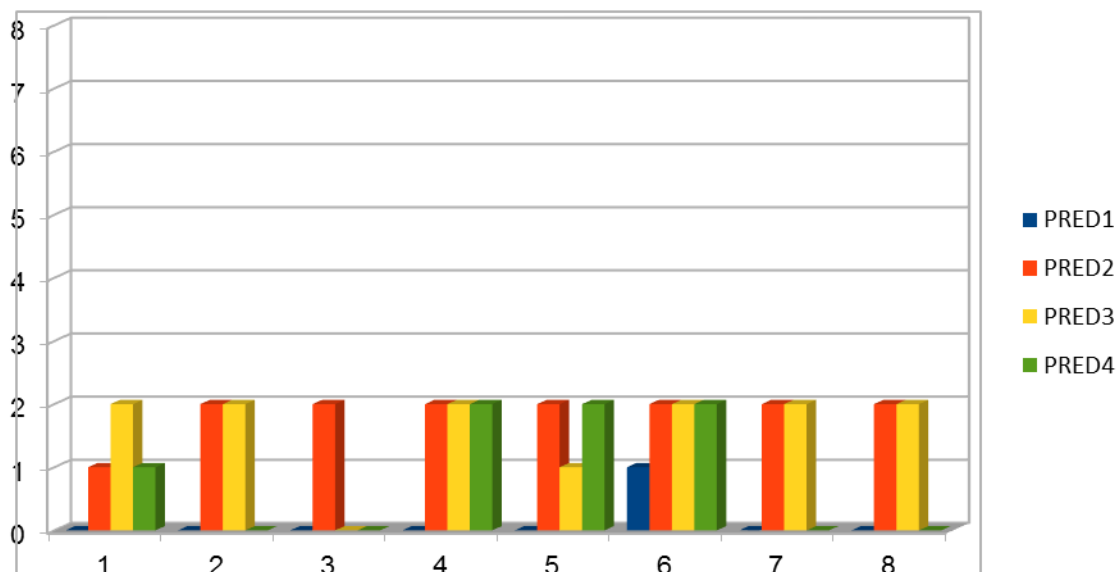


Figura 3. Desarrollo de las dimensiones de la variable desarrollo integral en los niños de Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares en el pre test.

Leyenda: PRED1 es pre test desarrollo motor, PRED2 es pre test actitud durante los cuidados, PRED3 es pre test desarrollo intelectual y PRED4 pre test vocalización-habla.

Tabla 14

Resúmenes de conductas presentadas por cada niño con Síndrome de Down del PRITE Antares en post test y por dimensión

NIÑO	POSTD1	POSTD2	POSTD3	POSTD4
1	7	4	7	6
2	6	5	6	4
3	2	5	4	2
4	6	5	7	6
5	5	5	7	6
6	3	5	6	6
7	6	5	7	6
8	3	5	7	6
TOTAL	8	8	8	8

Leyenda: POSTD1 es post test desarrollo motor, POSTD2 es post test actitud durante los cuidados, POSTD3 es post test desarrollo intelectual, POSTD4 es post test desarrollo de la vocalización-

habla.

Resúmenes de los casos

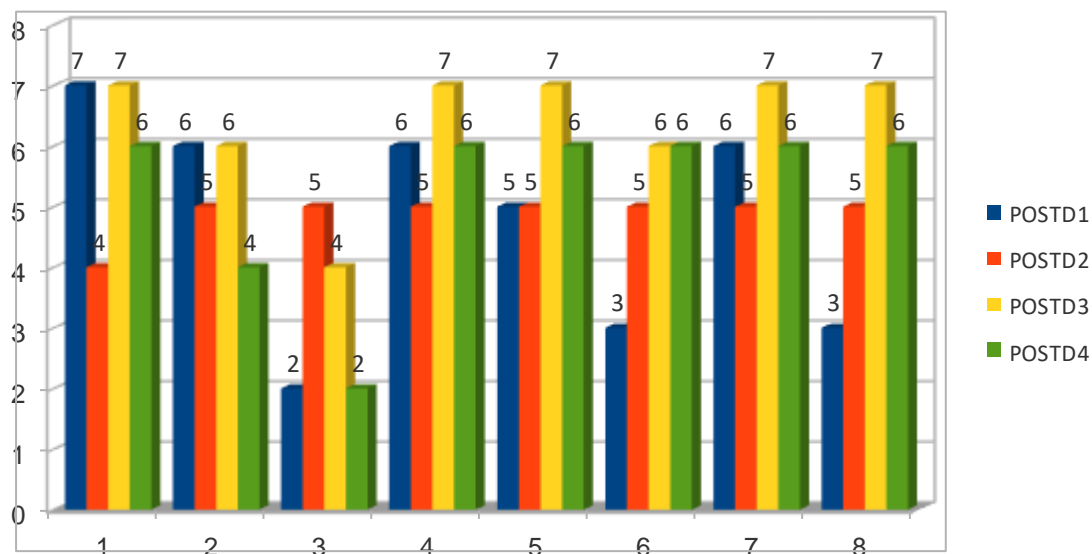


Figura 4. Desarrollo de las dimensiones de la variable desarrollo integral en los niños de Síndrome de Down del PRITE Antares en el post test.

Leyenda: POSTD1 es post test desarrollo motor, POSTD2 es post test actitud durante los cuidados, POSTD3 es post test desarrollo intelectual, POSTD4 es post test desarrollo de la vocalización-habla

Tabla 15

Número de conductas presentadas por niños con Síndrome de Down del PRITE Antares en pre test y post test

Niños	Pre Test	Post test
1	4	24
2	4	21
3	2	13
4	6	24
5	5	23
6	7	20
7	4	24
8	4	21
Total	8	170

En la tabla 15 se puede observar el número de conductas que desarrollaron los niños con Síndrome de Down de PRITE Antares al ser expuestos a la intervención temprana con la participación directa de la familia.

Tabla 16

Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo motor (D1) de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESCASO	8	100,0

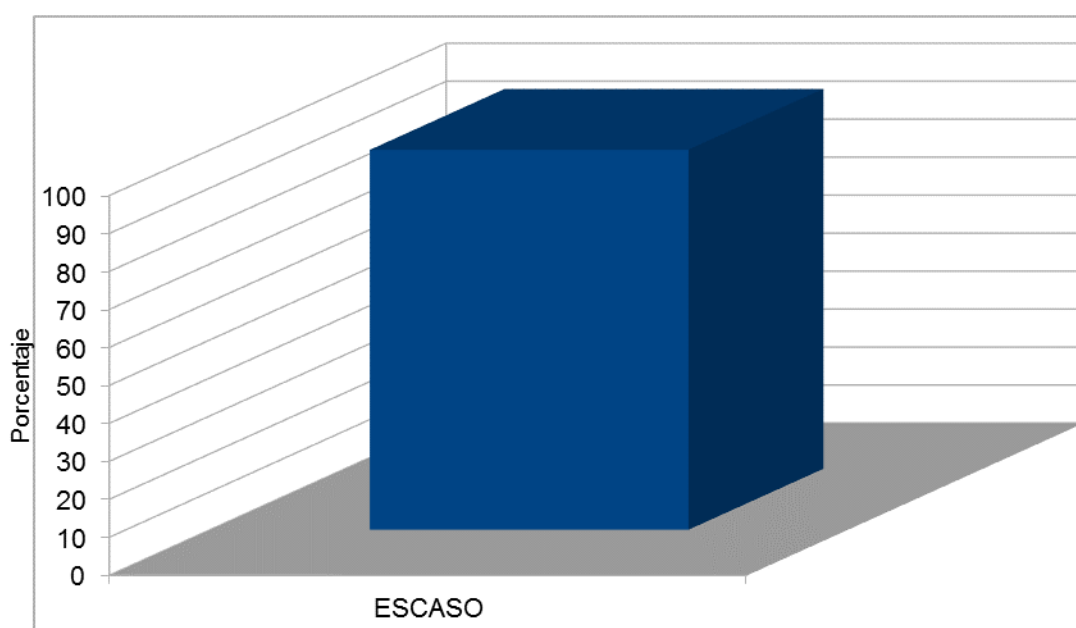


Figura 5. Nivel de resultado de la dimensión desarrollo motor (D1) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares

En la figura 5 podemos observar que el nivel alcanzado por los niños con Síndrome de Down menores de un año fue escaso en un 100% de los casos con respecto a la dimensión desarrollo motor.

Tabla 17

Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo motor (D1) en niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESCASO	3	37,5
	MEDIANO	1	12,5
	BUENO	4	50,0
	Total	8	100,0

En la tabla 17 encontramos que el 37.5% de los niños con Síndrome de Down tuvieron un desarrollo escaso de la motricidad, un 12.5% presentaron un desarrollo mediano y un 50% un desarrollo motor bueno.

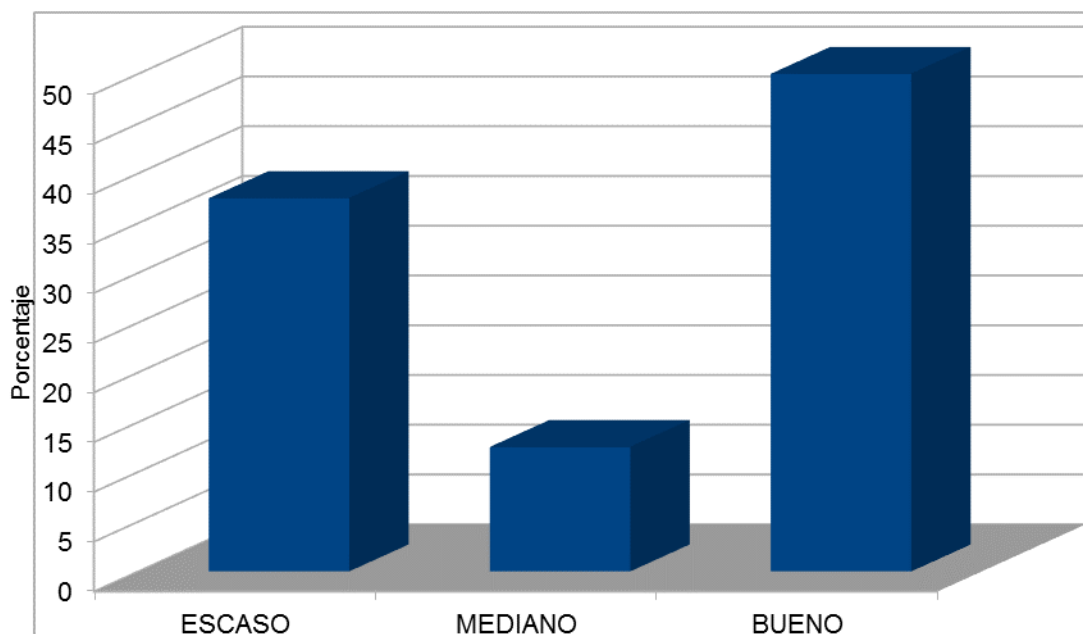


Figura 6. Resultado de la dimensión desarrollo motor (D1) de los niños con Síndrome de Down del PRITE Antares, en el post test.

Determinar el impacto de la intervención temprana en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

Tabla 18

Nivel de resultados en pre test dimensión actitud durante los cuidados (D2) de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESCASO	8	100,0

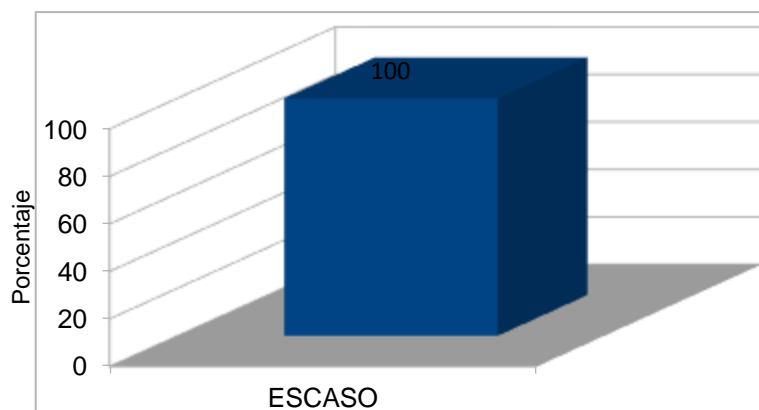


Figura 7. Resultado de la dimensión actitud durante los cuidados (D2) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

En la figura 7 podemos observar que fue escasa la respuesta de los niños en la actitud durante los cuidados en el 100%.

Tabla 19

Nivel de resultados en post test dimensión actitud durante los cuidados (D2)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MEDIANO	8	100,0

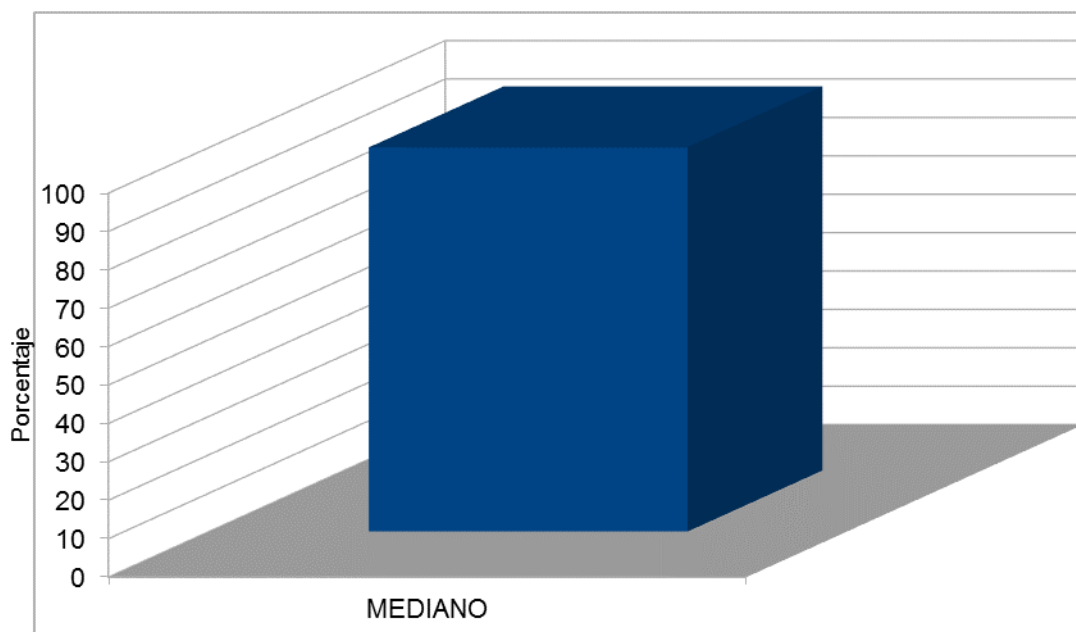


Figura 8. Resultado de la dimensión actitud durante los cuidados (D2) en post test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

En la figura 8 podemos observar que el 100% de los niños presentan un nivel de desarrollo mediano en la dimensión actitud durante los cuidados.

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

Tabla 20

Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo intelectual (D3)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESCASO	8	100,0

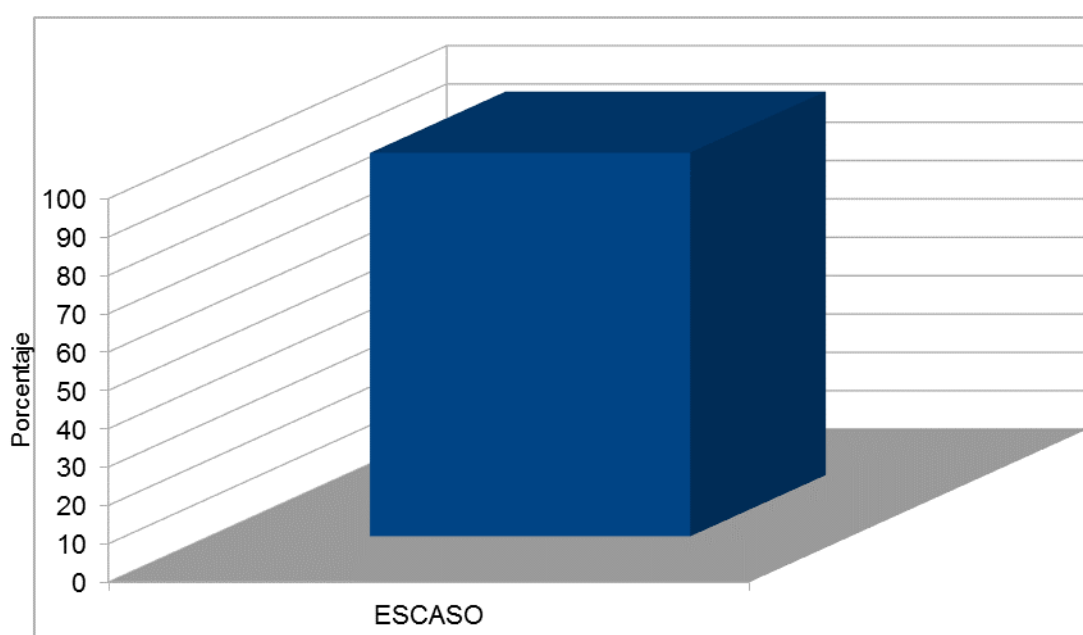


Figura 9. Resultado de la dimensión desarrollo intelectual (D3) en pre test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

La figura 9 describe un resultado escaso en el desarrollo intelectual en el pre test en 100% de los niños.

Tabla 21

Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo intelectual (D3)

	Frecuencia	Porcentaje
MEDIANO	1	12,5
BUENO	2	25,0
EXCELENTE	5	62,5
Total	8	100,0

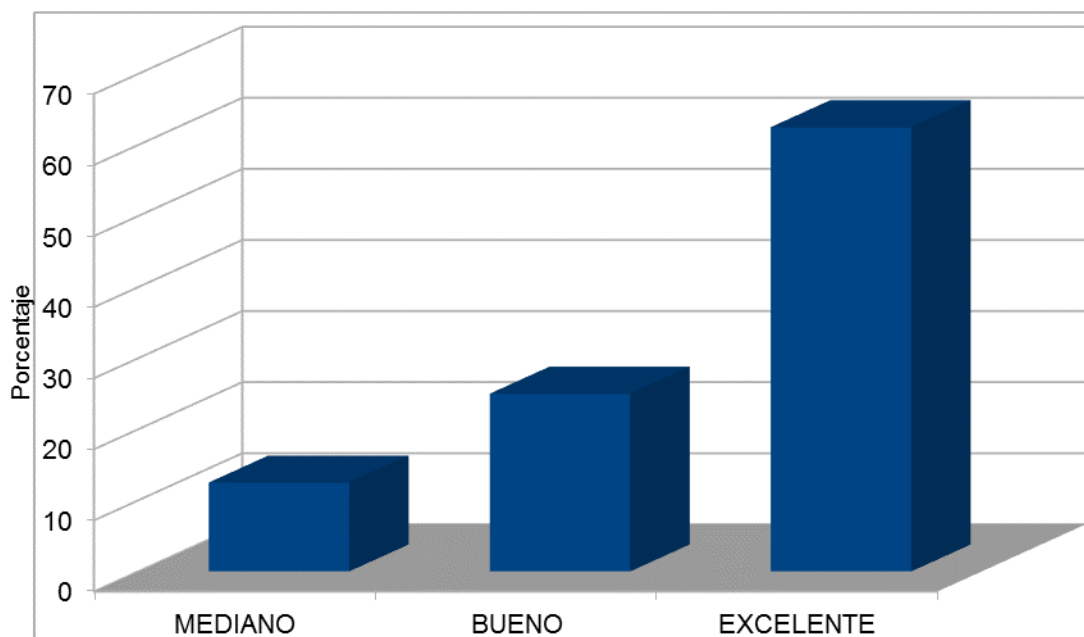


Figura 10. Resultado de la dimensión desarrollo intelectual (D3) en post test de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

En la figura 10 se puede observar que los niños después de la intervención lograron un desarrollo intelectual mediano en un 12.5%, un nivel bueno en un 25% y un nivel excelente en un 62.5%

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

Tabla 22

Nivel de resultados en pre test dimensión desarrollo vocalización y palabra(D4) de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares,

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESCASO	8	100,0

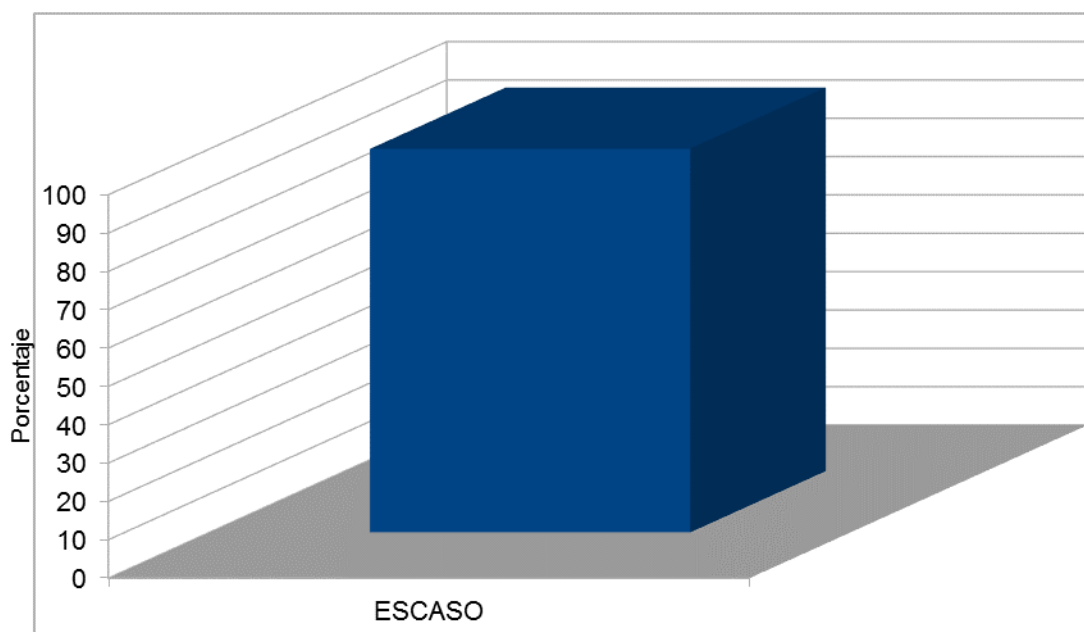


Figura 11. Resultado de la dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4) pre test de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares

Tabla 23

Nivel de resultados en post test dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4)

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
ESCASO	1	12,5
MEDIANO	1	12,5
BUENO	6	75,0
Total	8	100,0

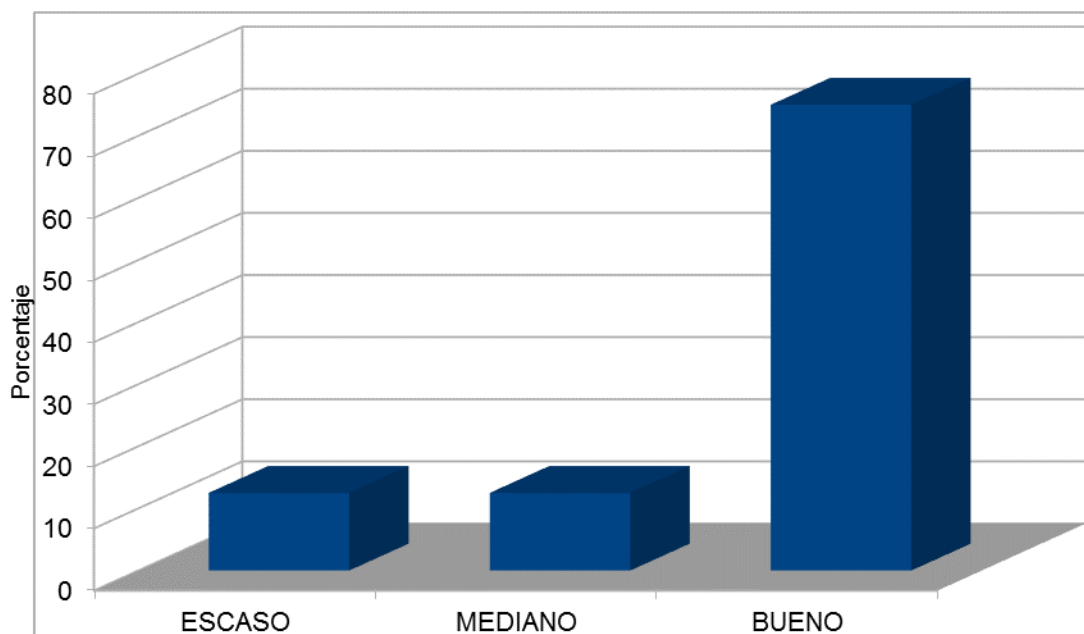


Figura 12. Resultado de la dimensión desarrollo vocalización y palabra (D4) post test

En la figura 12 se observa el desarrollo alcanzado por los niños intervenidos en la dimensión vocalización y palabra (D4), encontrándose en un nivel de desarrollo escaso un 12.5%, otro 12.5% en nivel mediano y un 75% en un nivel excelente.

3.2 Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general:

Ho: La intervención temprana no impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con síndrome de Down menores de 1 año del PRITE ANTARES, UGEL 02 S.M.P.

Ha: La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con síndrome de Down menores de 1 año del PRITE ANTARES, UGEL 02 S.M.P

Tabla 24

Prueba de Hipótesis t student

N	PRE TEST	POST TEST
E1	0.13	0.66
E2	0.11	0.55
E3	0.05	0.34
E4	0.16	0.63
E5	0.13	0.61
E6	0.18	0.53
E7	0.11	0.63
E8	0.11	0.55

Tabla 25

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Variable1	Variable 2
Media	0.1217	0.5625
Grados de libertad	7.0000	
Estadístico t	-14.8237	
P(T<=t) dos colas	0.000002	
Valor crítico de t (dos colas)	2.3646	

Para la comprobación de la hipótesis aplicamos t-student la cual nos da un valor del estadístico t de -14,82, siendo un valor < 0.05 podemos decir que si hay

diferencia significativa, por lo tanto la hipótesis nula es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna

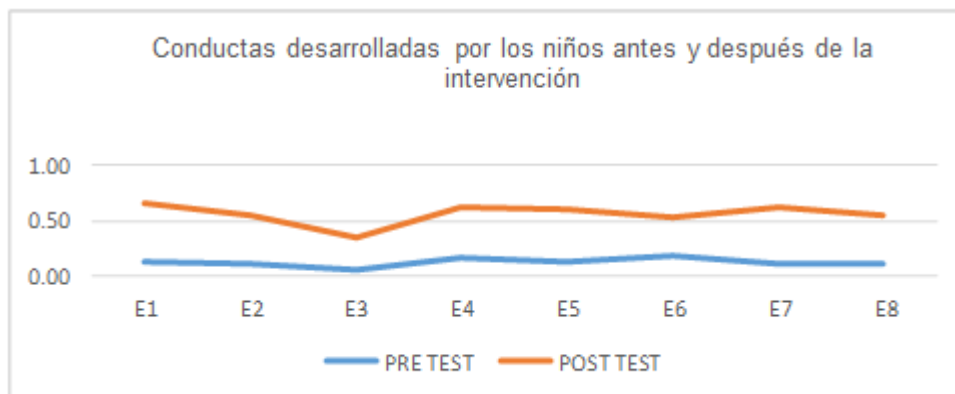


Figura 13. Conductas desarrolladas en los niños con Síndrome de Down de hasta 1 año de edad del PRITE Antares, que participaron de la intervención temprana, pre test y post test.

Prueba de hipótesis específica 1

Ho 1: La intervención temprana no impacta positivamente en desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Ha 1: La intervención temprana impacta positivamente en desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Tabla 26

Prueba de hipótesis específica D1 desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	PRE	POST
	0	0.70
	0	0.60
	0	0.20
	0	0.60
	0	0.50
	0	0.30
	0	0.60
	0	0.30

Tabla 27

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	Variable 1	Variable 2
Media	0	0.475
Grados de libertad	7	
Estadístico t	-7.332527357	
P(T<=t) dos colas	0.000158281	
Valor crítico de t (dos colas)	2.364624252	

Para la comprobación de la hipótesis aplicamos t-student el cual nos da un valor del estadístico t de -7.33, siendo un valor < 0.05 podemos decir que si hay diferencia significativa, por lo tanto la hipótesis nula es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna.

Prueba de hipótesis específica 2

Ho 2: La intervención temprana no impacta positivamente en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Ha 2: La intervención temprana impacta positivamente en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Tabla 28

Prueba de hipótesis específica D2 actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	PRE	POST
	0.17	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45
	0.18	0.45

Tabla 29

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	Variable 1	Variable 2
Media	0.180568182	0.454545455
Varianza	1.25E-05	0
Grados de libertad	7	
Estadístico t	-219.1818182	
P(T<=t) dos colas	1.08629E-14	
Valor crítico de t (dos colas)	2.364624252	

Para la comprobación de la hipótesis aplicamos t-student el cual nos da un valor del estadístico t de -219.18, siendo un valor < 0.05 podemos decir que si hay diferencia significativa, por lo tanto la hipótesis nula es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna.

Prueba de hipótesis específica 3

Ho3: La intervención temprana no impacta positivamente el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Ha3: La intervención temprana impacta positivamente el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Tabla 30

Prueba de hipótesis específica D3 desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	PRE	POST
	0.22	0.78
	0.22	0.67
	0.00	0.44
	0.22	0.78
	0.11	0.78
	0.22	0.67
	0.22	0.78
	0.22	0.78

Tabla 31

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	Variable 1	Variable 2
Media	0.180555556	0.708333333
Varianza	0.006834215	0.013888889
Grados de libertad	7	
Estadístico t	-19	
P(T<=t) dos colas	2.78321E-07	
Valor crítico de t (dos colas)	2.364624252	

Para la comprobación de la hipótesis aplicamos t-student el cual nos da un valor del estadístico t de -19, siendo un valor < 0.05 podemos decir que si hay diferencia significativa, por lo tanto la hipótesis nula es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna.

Prueba de hipótesis específica 4

Ho4: La intervención temprana no impacta positivamente en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Ha4: La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP

Tabla 32

Prueba de hipótesis específica D4 desarrollo vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	PRE	POST
	0.125	0.75
	0	0.5
	0	0.25
	0.25	0.75
	0.25	0.75
	0.25	0.75
	0	0.75
	0	0.75

Tabla 33

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas pre y post test dimensión desarrollo vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	0.109375	0.65625
Varianza	0.015345982	0.034598214
Grados de libertad	7	
Estadístico t	-9.500692496	
P(T<=t) dos colas	2.99567E-05	
Valor crítico de t (dos colas)	2.364624252	

Para la comprobación de la hipótesis aplicamos t-student el cual nos da un valor del estadístico t de -9.50, siendo un valor < 0.05 podemos decir que si hay diferencia significativa, por lo tanto la hipótesis nula es rechazada y aceptamos la hipótesis alterna.

IV. Discusión

A continuación se realizará el contraste de los resultados hallados con la teoría utilizada y los antecedentes investigados. Se encontró evidencia para que la hipótesis general planteada en esta investigación sea aceptada la cual afirma que la intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año, como se ha observado en los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones e hipótesis específicas. Esta investigación aplicó una intervención con participación directa de la familia, llamada por García-Sánchez et al (2015) como “centrada a en la familia”. Para el trabajo con familia se utilizó el modelo Ecológico de Bronfenbrenner, el modelo Transaccional de Chandler, la teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural y el modelo de los Entornos Competentes de Perpiñán (2009). El apego se convirtió en eje central del trabajo de intervención temprana siguiendo lo recomendado por Mira (2009).

Con respecto a la hipótesis específica 1, se encontró evidencia para que la hipótesis planteada sea aceptada, la cual afirma que la intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año. Se asemeja con lo afirmado por las investigaciones realizadas por Flores (2013), sobre la efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años, encontrándose que los niños expuestos a la estimulación desarrollaron su psicomotricidad en un nivel alto después de unos 6 meses de aplicación, al igual que con los niños de Síndrome de Down también se lograron cambios significativos después de 5 meses. En ambos estudios se utilizó la interacción con los padres para el proceso de intervención, se realizaron masajes Shantala, que son utilizados para mejorar el vínculo y apego entre madre e hijo. Se encontraron diferencias en el nivel del desarrollo psicomotor presentado por los niños con Síndrome de Down que fue escaso en un 100% en el pre test, desarrollando a un nivel mediano en un 100% de los niños en el post test. En los niños estudiados por Flores también se observó un incremento en el desarrollo motriz; en el pre test el 90 % presentó un nivel normal, un 8% un nivel alto y un 2% nivel bajo, lográndose en el post test incrementar hasta lograr una 58% de niños con un nivel alto y un 32% en nivel normal.

En la hipótesis específica 2 se comprobó que la intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo de la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año, siendo que las interacciones con la familia fueron reforzadas, resultando ellas las protagonistas de la intervención. El estado emocional de la familia será determinante para establecer adecuadas relaciones con el niño y desarrollar un apego seguro. En la tesis sobre calidad de vida familiar de García (2015) se concluyó que es necesario hacer la intervención dentro del entorno familiar así como realizar una atención temprana basada en rutinas ya que así se asegura una mejor calidad de vida familiar. Las constantes idas y venidas a los centros de terapia en horarios diversos ocasionan un stress constante en la familia, impidiendo el establecimiento de rutinas adecuadas en los niños que pueden llegar a interferir con horarios de sueño, alimentación y juego.

En la hipótesis específica 3 también se encontró evidencia para sea aceptada, la cual afirma que la intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año. En esta tesis se logró un nivel excelente en un 62.5% de los niños. Similares resultados se hallaron en el estudio de Orteso, Pérez-López y Sánchez-Caravaca (2016) sobre desarrollo cognitivo en los niños atendidos por un equipo de atención temprana donde se concluyó que los niños también tuvieron una mejora significativa en el desarrollo cognitivo. Como en el estudio de Orteso et al. Ambas intervenciones tuvieron una orientación ecológica, transaccional y sistémica dando importancia a los entornos del niño y a la familia donde pertenece.

En la hipótesis 4 también se comprobó que la intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo del lenguaje de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año. Esta investigación incrementó este aspecto en los niños, alcanzando un nivel excelente en el 75% de ellos. Esto se debió a que se mejoraron y aumentaron las interacciones entre los niños y sus familias logrando una comunicación gestual desde muy temprana edad. Para asegurar estas interacciones se estimuló el vínculo afectivo entre madre e hijo, además de capacitar a la madre en el uso de las rutinas para estimular el lenguaje y dar pautas a los otros miembros de la familia. En el estudio de Garza (2014) donde se logró un buen desarrollo del lenguaje en niños que asistían a centros de estimulación, se concluye además que no existe un único ambiente ideal para el

desarrollo óptimo del niño dado que involucra tres factores fundamentales: la relación padres e hijos, el profesional que labora en estos centros y por último el grado de información y experiencia que ambos ambientes ponen al desarrollo del niño.

V. Conclusiones

- Primera:** La presente tesis ha podido comprobar la hipótesis general planteada donde se aplicó la t student como prueba estadística la cual dió un valor de -14,82, siendo menor a 0.05 por lo que la hipótesis alterna es aceptada determinándose el impacto positivo de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. Se encontró que el 62.5% (5 niños) obtuvieron un nivel excelente en el desarrollo intelectual y un 75% (6 niños) un nivel excelente en el desarrollo del lenguaje; el 100% de los niños con Síndrome de Down obtuvieron un nivel mediano en el desarrollo de la actitud durante los cuidados y un 50% (4 niños) obtuvo un nivel bueno en el desarrollo de la motricidad. Debemos de considerar que en el grupo experimental dos niños fueron diagnosticados durante el experimento con hipoacusias neurosensoriales leves y moderadas a severas; otros dos niños padecen de cardiopatías y se encuentran en tratamiento médico; un último niño presentó síndrome convulsivo al inicio de la aplicación de la intervención, también se encuentra en tratamiento.
- Segunda:** Se pudo comprobar la hipótesis específica 1, donde se aplicó la t student como prueba estadística, la cual dió un valor de -7.33, siendo un valor menor a 0.05 por lo que la hipótesis alterna es aceptada determinándose el impacto positivo de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. Se obtuvo los siguientes niveles: el 50% (4 niños) presentó un desarrollo bueno después de la intervención, el 12.5% (1 niño) presentó un desarrollo mediano y un 37.5 % (3 niños) un desarrollo escaso.
- Tercera:** Se comprobó la hipótesis específica 2, donde se aplicó la t student como prueba estadística, la cual dió un valor de -219.18, siendo un valor menor a 0.05 por lo que la hipótesis alterna es aceptada determinándose el impacto positivo de la intervención temprana en el desarrollo de las actitudes dentro de los cuidados de los niños con

Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. Se obtuvo un nivel mediano en el 100% de los niños.

Cuarta: Se comprobó la hipótesis específica 3, donde se aplicó la t student como prueba estadística, la cual dió un valor de -19, siendo un valor menor a 0.05 por lo que la hipótesis alterna es aceptada determinándose el impacto positivo de la intervención temprana en el desarrollo intelectual de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. Se obtuvo un nivel de desarrollo excelente en el 62.5% (5 niños), un nivel mediano en un 25%(2 niños) y un nivel escaso en el 12.5% (1) de los niños.

Quinta: Se comprobó la hipótesis específica 4, donde se aplicó la t student como prueba estadística, la cual dió un valor de -9.50, siendo un valor menor a 0.05 por lo que la hipótesis alterna es aceptada determinándose el impacto positivo de la intervención temprana en el desarrollo del lenguaje de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP. Obteniéndose un nivel excelente en el 75% (6) de los niños, un nivel mediando en el 12.5% (1 niño) y un nivel escaso en otro 12.5% de los niños.

VI. Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda a las autoridades educativas y de salud utilizar la intervención temprana centrada en la familia, consiguiendo el empoderamiento de los padres para lograr el desarrollo integral del niño con Síndrome de Down, la oportuna inclusión educativa que comienza con la inclusión social en el seno de la familia.
- Segundo:** Brindar capacitación a las familias de niños con discapacidad para el uso de las rutinas diarias (alimentación, aseo, vestido, juego y sueño) con el fin estimular y potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño. Estas actividades brindarán una mejor calidad de vida, asegurando el desarrollo de un apego positivo entre sus miembros.
- Tercera:** Capacitar a los profesionales dedicados a la labor de intervención temprana, así como personal de salud especializado en neurodesarrollo, en el trabajo con participación directa de la familia o intervención temprana centrada en la familia.

Referencias

- Academia Americana de Pediatría. (2016) *Los buenos hábitos del sueño. ¿Cuántas horas de sueño necesita su niño?* Recuperado de www.healthychildren.org/spanish/healthy-living/sleep/paginas/healthy-sleep-habits-how-many-hours-does-your-child-need.aspx
- Ayres, A. (1998). *La integración sensorial y el niño*. México. Editorial Trillas.
- Arbaiza, L. (2016). *Como elaborar una tesis de grado*. Lima-Perú. Editorial ESAN ediciones.
- Baker-Henninghan, H. y López, F. (2013). *Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo. Lo que funciona, por qué y para quién*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud, Volumen III. Recuperado de <http://bienal-clacso-redinju-umz.cinde.org.co/archivos/BID.pdf>
- Beneito, N. (S.F). *El bebé Hipotónico*. Recuperado de <https://philarchive.org/archive/VERSEYv1>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. *Amniocentesis*. En *Enciclopedia Médica*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003921.htm>
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. España. Grupo Editorial Ceac, S.A.
- Cabrejos, F. (2014). *Efecto de la estimulación temprana en el área motora gruesa en niños con síndrome de Down de 0 a 36 meses del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud Chiclayo, julio - diciembre 2014*. Universidad Alas Peruanas, Lima, Perú.
- Colegio de Psicólogos de Catalunya y Universidad Autónoma de Barcelona. (2007) *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky*. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Centro de documentación y recursos Down España. *Datos de la OMS sobre la prevalencia del síndrome de Down*. Recuperado de

<http://www.centrodocumentaciondown.com/documentos/show/doc/186/from/true>

CONADIS (2016), *Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad*.

Recuperado de

<http://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/index.php/informacion-de-%20base/sociodemografica/219-encuesta-nacional-especializada-en-%20discapacidad.html>

Flores, J. (2014). *Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años Vida's centro de la familia*. (Tesis doctoral) Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Gambarini, M. y Gamero, E. (2016). *Efecto de un Programa de Estimulación Temprana en Niños Menores de 3 años con Síndrome de Down que asisten a una Institución Educativa Especial en Arequipa*. Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

García, P. (2015). *Atención temprana modelo de intervención en entornos naturales y calidad de vida familiar*. (Tesis doctoral) Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España.

García-Sánchez, F. Escorcía, C. y Sánchez-Lopez, M. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *SigloCero, Revista Española de Discapacidad intelectual*, Vol. 45, Num. 251, 6-27. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/308071230_Atencion_Temprana_centrada_en_la_familia_Family-centered_Early_childhood_Intervention

Gassier, J. (1996). *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. Madrid, segunda edición, España. Editorial Masson, S.A.

Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2003). *Metodología de la investigación*. México. Editorial McGraw-Hill.

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. Caracas. Editorial Sypal.

- Lirio, J y García, J. (2014). Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. *Pediatría Integral* 2014, 8, 539-549. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii08/04/539-549.pdf>
- Manassero, G. (2017). *Realidades y retos para la inclusión educativa y la inserción laboral de las personas con Síndrome Down en el Perú*. (Tesis doctoral) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú (2017) *Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021* Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
- Municipalidad de San Martín de Porres. (2012) *Plan del desarrollo concertado al 2012*. Recuperado de http://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/san_martin_de_porres_plan_de_desarrollo_concertado_al_2021.pdf.
- MINEDU, Dirección General de Educación Básica Especial (2010) *Orientaciones para el desarrollo psicomotriz del niño con necesidades educativas especiales*. Lima, Perú. Editorial Punto y Grafía.
- Ministerio de Educación del Perú (2013). *Guía para la organización y funcionamiento de los programas de intervención temprana*. Perú. Editorial Gráfica del Norte – Rafael Ortíz Alcalde.
- Mira. A. (2009) *La importancia de las relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales*. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/52/49/>
- Organización mundial de la salud. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jse

- Orteso, P., Pérez-López, J. y Sánchez-Caravaca, J. (2016). *Desarrollo cognitivo en los niños atendidos por un equipo de Atención Temprana*. Departamento de Psicología: Universidad Católica de Murcia, Murcia, España.
- Palafox, E. (2015). *Paternidad y síndrome de Down: Manual de inclusión para maestros, padres y familiares*. México. Editorial Trillas
- Palella, S. y Martins, F. (2010). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Venezuela. Editorial FEDEP
- Perpiñán, S. (2009). *Atención temprana y familia. Como intervenir creando entornos competentes*. Madrid, España. Editorial Narcea.
- Perpiñán, S. (2018). *Tengo un alumno con síndrome de Down. Estrategias de intervención educativa*. Madrid, España. Editorial Narcea.
- Rodríguez de la Rubia, E. (2011). Apego y Discapacidad. *Autonomía Personal*, 20- 29. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART19562/apegodiscapacidad.pdf>
- Sánchez, C. Rivera, R. y Figueroa, M. (2009). *Promoción del Desarrollo Infantil Temprano*. México. Editorial Editores de Textos Mexicanos.
- Sánchez, C. Rivera, R. (2009). *Vigilancia del desarrollo integral del niño*. México. Editorial Editores de Textos Mexicanos.
- Serrano, L. (2017). *El impacto familiar del síndrome de down: desarrollo y validación de la escala de impacto familiar del síndrome de down y elaboración de un manual de orientación y apoyo para familias y padres con hijos con síndrome de Down*. (Tesis doctoral) Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Sixty-sixth world health assembly. (2013). *Disability*. Agenda item 13.5 Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf?ua=1

- Vara, A. (2015). *7 pasos para elaborar una tesis. Como elaborar y asesorar una tesis para ciencias administrativas, finanzas, ciencias sociales y humanidades*. Lima-Perú. Empresa editora Macro EIRL.
- Vayer, P. (1977). *El niño frente al mundo (En la edad de los aprendizajes escolares)*. Barcelona, España. Editorial Científico-Médica.
- Veiga, M. (2005). *Estimulación del lenguaje en educación infantil. Estrategias de actuación ante los trastornos detectados en el aula*. España. Editorial IdeasPropias
- World Health Foundation. *Datos sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño*. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s2_transparencies_es.pdf

Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia

Título: La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP

Autor: Sheyla Veler Padilla Acevedo

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores			
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>Problema específico 1</p> <p>¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP?</p> <p>Problema específico 2</p> <p>¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Demostrar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo Específico 1</p> <p>Demostrar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p> <p>Objetivo específico 2</p> <p>Demostrar el impacto de la intervención temprana en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hipótesis específica 1</p> <p>La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo motor de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p> <p>Hipótesis específica 2</p> <p>La intervención temprana impacta positivamente en la actitud durante los cuidados de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP</p>	Temprana Variable dependiente: Desarrollo Integral del niño			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
			1. Desarrollo Motor	A. Se desplaza sobre su cuerpo: gira, rueda, reptar, B. Se sienta C. Gatea y se arrodilla	Del 1 - 5 y 10-11 Del 6 -8 El 9 y 10	Escaso =1– 3 Mediano = 4-6 Bueno = 7-8 Excelente = 9-10
			2. Actitud durante los cuidados	A. Mastica Come Bebe B. Participa y colabora en baño y vestimenta	11 al 13 y 17 14 al 16 18 al 21	Escaso =1 – 3 Mediano = 4 - 6 Bueno = 7 - 9 Excelente=10 -11
3. Desarrollo Intelectual a través de coordinación óculo manual y juego	A. Realiza coordinación visual B. Realiza coordinación viso manual durante el juego.	22 al 24 25 al 30	Escaso =1 – 2 Mediano = 3-4 Bueno = 5-7 Excelente = 8-9			

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores			
<p>Problema específico 3</p> <p>¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP?</p> <p>Problema específico 4</p> <p>¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP?</p>	<p>Objetivo específico 3</p> <p>Demostrar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP</p> <p>Objetivo específico 4</p> <p>Demostrar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP</p>	<p>Hipótesis específica 3</p> <p>La intervención temprana impacta positivamente el desarrollo intelectual expresado a través de la coordinación óculo manual y juego de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP</p> <p>Hipótesis específica 4</p> <p>La intervención temprana impacta positivamente en el desarrollo de la vocalización y palabra de los niños con Síndrome de Down menores de un año del PRITE Antares, UGEL O2, SMP</p> <p>Objetivo general: Desarrollar en forma integral al niño con Síndrome de Down menor de un año matriculado en el PRITE Antares.</p>	<p>4.Vocalización y palabra</p>	<p>A. Iniciativas vocales: oraliza</p> <p>B. Reacciona, responde y comprende a la palabra</p>	<p>31 al 33</p> <p>34 al 38</p>	<p>Escaso =1-2 Mediano = 3 - 4 Bueno = 5- 7 Excelente = 8</p>
			<p>Variable independiente: Intervención <i>Organización de la variable Intervención Temprana</i></p>			
			<p>Contenidos del programa</p>	<p>Estrategias</p>	<p>Metodología</p>	<p>Tiempo</p>
			<p>Se elaborará un programa de intervención temprana para cada niño y su familia teniendo en consideración sus particularidades, necesidades educativas, sus valores culturales y sus recursos.</p>	<p>Planificación: Elaboración y selección de pruebas o test, hoja de entrevista o ficha de desarrollo, hojas de programación para sesiones de intervención, hojas de visita domiciliaria, fichas de observación.</p> <p>Evaluación de Inicio, integral del niño y su familia:</p> <p>Aplicación de ficha de entrevista a familia.</p> <p>Visita domiciliaria.</p> <p>Elaboración de informe psicopedagógico.</p>	<p>Indagación e información sobre material a utilizar en intervención temprana.</p> <p>Entrevista a los padres juntos y por separado.</p> <p>Observación de la interacción del niño y su familia.</p>	<p>Febrero</p> <p>Marzo</p>

			<p>Resultados esperados: El desarrollo oportuno de todas las áreas del desarrollo: motricidad, actitud al cuidado, coordinación óculo-manual y vocalización</p>	<p>Elaboración de plan de orientación individual y de plan de atención individual.</p> <p>Elaboración de sesiones de intervención.</p> <p>Ejecución: Sesiones de intervención de 45 min. Visitas domiciliarias.</p> <p>Entrevistas, visitas domiciliarias, conversatorios en grupo. Elaboración de material de estimulación e intervención.</p> <p>Evaluación Final: Aplicación de ficha de observación.</p>	<p>Observación del niño en situaciones naturales y acondicionadas.</p> <p>Uso de situaciones lúdicas.</p> <p>Sesiones con participación activa de la familia: participativa-vivencial.</p> <p>Sesiones de intervención individual o grupal</p>	<p>Abril-Mayo-Junio-Julio</p> <p>Julio</p>
--	--	--	---	--	--	--

Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Nivel: Aplicativo</p> <p>Diseño: Experimental</p> <p>Tipo: pre experimental pre test y post test</p> <p>Método: hipotético deductive</p>	<p>Población: Población censal, todos los niños con Síndrome de Down menores de un año, matriculados en el año 2018 en el PRITE Antares, UGEL 02, SMP.</p>	<p>Variable 1 Desarrollo integral del niño</p> <p>Técnicas: Observación</p> <p>Instrumentos: Ficha de observación adaptación de escala de desarrollo Pickler</p> <p>Autor: Instituto Loczy, sistemático por Judith Falk Año: 1997 Monitoreo: Ámbito de Aplicación: Educación Inicial Forma de Administración: En forma espontánea, durante actividades de rutina diaria.</p>	<p>DESCRIPTIVA: SSPS, excel- office, t-student</p> <p>INFERENCIAL: T- student</p>



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: Concepción Eduvigés Moreno Chávez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en Educación con mención en Neurodesarrollo Infantil de la UCV, en la sede de Los Olivos, promoción Taller de Tesis 2018, aula 215, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magíster.

El título nombre del proyecto de investigación es: La Intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y de investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Apellidos y nombre:
Padilla Acevedo, Sheyla Veler

DNI 25697588

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Xavier Fuentes Ávila

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en Educación con mención en Neurodesarrollo Infantil de la UCV, en la sede de los Olivos, promoción Taller de Tesis 2018, aula 215, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magister.

El título nombre del proyecto de investigación es: La Intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y de investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Padilla Acevedo, Sheyla Veler

DNI 25697588

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: María Victoria Moreno Chávez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en Educación con mención en Neurodesarrollo Infantil de la UCV, en la sede de los Olivos, promoción Taller de Tesis 2018, aula 215, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magister.

El título nombre del proyecto de investigación es: La Intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y de investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Apellidos y nombre:
Padilla Acevedo, Sheyla Veler

DNI 25697588

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable:

Desarrollo integral: Rivera y Sánchez (2009, p. 4) definieron desarrollo integral "a la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, con la mayor calidad, bienestar y con vistas al ejercicio de una ciudadanía plena"

Dimensiones de las variables

Dimensión 1 Desarrollo Motor

La motricidad en el niño es la capacidad que tiene para moverse o mover una parte de su cuerpo, mediante actos voluntarios o involuntarios, coordinados, organizados y sincronizados por el sistema muscular. DIGEBE (2010, p.7) indicó que "el desarrollo psicomotor juega un papel decisivo en el proceso evolutivo de la personalidad, como primera forma de conocimiento y, en consecuencia, como base en la que se apoya la estructura intelectual"

Dimensión 2 Actitud durante los cuidados

Son las conductas de aceptación, rechazo o indiferencia mostrados por el niño a través de los momentos de alimentación, aseo y vestido. Cuando el niño no tiene una buena relación con la madre o adulto cuidador no se observarán conductas de cooperación y no participará activamente durante estos momentos, las soportará o conformará dejándose hacer por el adulto. Sin el establecimiento de una buena relación afectiva no podremos esperar un adecuado desarrollo del niño, manifestando "un retardo considerable, inclusive en aspectos que parecieran a primera vista independientes, como el desarrollo de las posturas, los grandes movimientos, la manipulación de objetos o el juego". (DIGEBE, 2010, p.118)

Dimensión 3 Desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego

Para Piaget el desarrollo cognitivo o intelectual del niño se debe a la interacción entre lo innato y los factores ambientales. Se encuentran cuatro factores que determinarán el desarrollo cognoscitivo: la maduración orgánica, las experiencias físicas con el entorno, la transmisión de conocimientos que brinda la familia y el mantenimiento del equilibrio. El equilibrio que el ser humano tiende a mantener mediante una asimilación y acomodación de su estructura

cognoscitiva. El niño asimilará es decir amoldará el conocimiento nuevo con respecto al que ya tiene y luego cuando se da cuenta que no es igual lo acomodará, cambiando a un nuevo esquema, estas situaciones se desarrollarán durante la exploración de su mundo. (CAT y UAB, 2007, pp. 3-4) Piaget nombra a esta primera etapa como inteligencia sensoria motriz, ya que dependerá de la información que se obtenga de los sentidos y de la acción motriz. La coordinación óculo manual, una sentidos y acción (uso de las manos, propiocepción, tacto y visión), se demuestra durante la manipulación de objetos que se desarrollarán durante el juego exploratorio del niño desde su primer año de vida. (Gassier, 1996, pp.19-43)

Dimensión 4 Desarrollo de la Vocalización y palabra en el primer año

Para Veiga (2005, pp. 1-3) el desarrollo del lenguaje comenzará desde la etapa prenatal cuando escucha sonidos y ruidos de su medio y del entorno. Ella menciona que para adquirir el lenguaje el niño debe poseer una correcta respiración, una adecuada deglución y masticación. El solo acto de succionar la leche de su madre estará brindándole al niño la estimulación necesaria para realizar la oralización o el habla en una etapa posterior. Determinarán también el habla del niño los sistemas sensoriales táctil, gustativo y auditivo; un buen sistema muscular (tono y trofismo muscular) también será necesario. Estos sistemas están conectados con el sistema nervioso central de quien dependerá una buena recepción, organización y respuesta para el desarrollo del habla. (Veiga, 2005, pp. 8-13)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Desarrollo del Niño hasta los 14 meses

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
1. Desarrollo Motor	A. Se desplaza sobre su cuerpo: gira, rueda, reptar,	Del 1 - 5 y 10-11	Escaso =1- 3 Mediano = 4-6 Bueno = 7-8 Excelente = 9-10
	B. Se sienta	Del 6 -8	
	C. Gatea y se arrodilla	El 9 y 10	
2. Actitud durante los cuidados	A. Mastica	11 al 13 y 17	Escaso =1 - 3 Mediano = 4 -6 Bueno = 7 - 9 Excelente = 10 -11
	Come		
	Bebe	14 al 16	
	B. Participa y colabora en baño y vestimenta	18 al 21	
3. Desarrollo Intelectual, coordinación óculo manual y juego	A. Realiza coordinación visual	22 al 24	Escaso =1 - 2 Mediano = 3-4 Bueno = 5-7 Excelente = 8-9
	B. Realiza coordinación viso manual durante el juego	25 al 30	
4. Vocalización y palabra	A. Iniciativas vocales: oraliza	31 al 33	Escaso =1-2 Mediano = 3 -4 Bueno = 5- 7 Excelente = 8
	B. Reacciona, responde y comprende a la palabra	34 al 38	

Fuente: Elaboración propia.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO
HASTA 14 MESES, FICHA DE OBSERVACIÓN, ADAPTADA DE ESCALA DE PICKLER (DIGEBE, 2010, pp.117-138)**

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Observaciones
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1								
1	Gira de costado	X		X		X		
2	Gira boca abajo	X		X		X		
3	Gira repetidas veces	X		X		X		
4	Se desplaza rodando	X		X		X		
5	Repta	X		X		X		
6	Se coloca semisentado	X		X		X		
7	Se sienta	X		X		X		
8	Juega sentado	X		X		X		
9	Gatea de rodillas	X		X		X		
10	Se arrodilla	X		X		X		
DIMENSION 2								
11	Mordisquena	X	No	SI	No	SI	No	
12	Abre la boca al contacto de la cuchara	X		X		X		
13	Se le puede dar de comer sin que se ensucie	X		X		X		
14	Apoya la mano sobre el vaso	X		X		X		
15	Toma el vaso y lo inclina	X		X		X		
16	Bebe solo, necesita ayuda para coger el vaso	X		X		X		
17	Intenta comer solo con cuchara	X		X		X		
18	Se deja hacer, se relaja y no llora	SI	No	SI	No	SI	No	
19	Coopera en el aseo	X		X		X		
20	Chapotea durante el baño	X		X		X		
21	Ayuda en el vestido	X		X		X		
DIMENSION 3								
22	Sigue con la mirada	X		X		X		
23	Se mira las manos	X		X		X		
24	Juega con sus manos	X		X		X		
25	Extiende la mano, palpa sin seguridad	X		X		X		
26	Tiende la mano y toma con seguridad	X		X		X		
27	Manipula un objeto I (se lo pasa de una mano a otra)	X		X		X		
28	Manipula un objeto II (lo sacude y golpea)	X		X		X		
29	Manipula dos objetos I (los pone uno encima de otro)	X		X		X		
30	Manipula dos objetos II (pone uno dentro de otro)	X		X		X		
DIMENSION 4								
31	Emite sonidos	X		X		X		
32	Gorrea (gu. ga)	X		X		X		

33	Balucea (ma, pa, ta)	X		X		X		
34	Está atento a la palabra	X		X		X		
35	Redondea la boca, sonríe y emite sonidos como respuesta	X		X		X		
36	Responde habitualmente	X		X		X		
37	Comprende durante los cuidados	X		X		X		
38	Comprende fuera de los cuidados (se acerca cuando se le llama, entrega a solicitud)	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se observa que hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del Juez validador: Maestra Concepción Eduviges Moreno Chávez DNI: 29580360

Especialidad del validador: Psicopedagogía

28 de Marzo del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

 Maestra Concepción Eduviges Moreno Chávez

31	Emite sonidos	X		X		X	
32	Gorrea (gu, ga)	X		X		X	
33	Balucea (ma, pa, ta)	X		X		X	
34	Está atento a la palabra	X		X		X	
35	Redondea la boca, sonríe y emite sonidos como respuesta	X		X		X	
36	Responde habitualmente	X		X		X	
37	Comprende durante los cuidados	X		X		X	
38	Comprende fuera de los cuidados (se acerca cuando se le llama, entrega a solicitud)	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se observa que hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Maestro Xavier Fuentes Ávila **DNI:** 060724224

Especialidad del validador: Ciencias de la Educación con mención en ciencias del deporte

28 de Marzo del 2018

1ºPertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2ºRelevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
3ºClaridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Maestro Xavier Fuentes Ávila

33	33. Balbucea (ma. pa. ta)	X		X		X		
34	34. Está atento a la palabra	X		X		X		
35	35. Redondea la boca, sonríe y emite sonidos como respuesta	X		X		X		
36	36. Responde habitualmente	X		X		X		
37	37. Comprende durante los cuidados	X		X		X		
38	38. Comprende fuera de los cuidados (se acerca cuando se le llama, entrega a solicitud)	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se observa que hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Maestra María Victoria Moreno Chávez DNI: 29653669

Especialidad del validador: En ciencias de la educación con mención en psicopedagogía cognitiva

28 de Marzo del 2018

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

mm

 Maestra María Victoria Moreno Chávez

FICHA DE OBSERVACIÓN ADAPTADA DE LA ESCALA DE DESARROLLO PIKLER

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Peso: _____ **Talla:** _____

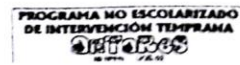
		SI	NO
Desarrollo Motor	1 Gira de costado		
	2 Gira boca abajo		
	3 Gira repetidamente		
	4. Se desplaza rodando		
	5. Repta		
	6. Se coloca semisentado		
	7. Se sienta		
	8. Juega sentado		
	9. Gatea (de rodillas)		
	10. Se arrodilla		
Actitud durante los cuidados	11- Mordisquea		
	12. Abre la boca al contacto de la cuchara		
	13. Se le puede dar de comer sin que se ensucie		
	14. Apoya la mano sobre el vaso		
	15. Toma el vaso y lo inclina		
	16. Bebe solo I		
	17. Intenta comer solo, con cuchara		
	18. Se deja hacer (en aseo y vestido, relajado, no llora)		
	19. Cooperera en el aseo		
	20. Chapotea		
	21. Ayuda en el vestido		
Desarrollo intelectual: coordinación manual y juego	22. Sigue con la mirada		
	23. Se mira las manos		
	24. Juega con sus manos		
	25. Extiende la mano, palpa sin seguridad		
	26. Tiende la mano y toma con seguridad		
	27. Manipula un objeto I (se lo pasa de una mano a otra)		
	28. Manipula un objeto II (lo sacude y golpea)		
	29. Manipula dos objetos I (los pone uno encima de otro)		

	30. Manipula dos objetos II (pone uno dentro de otro)		
Desarrollo del habla: vocalización	31. Emite sonidos		
	32. Gorjea (gu, ga)		
	33. Balbucea (ma, pa, ta)		
	34. Está atento a la palabra		
	35. Redondea la boca, sonríe y emite sonidos como respuesta		
	36. Responde habitualmente		
	37. Comprende durante los cuidados		
	38. Comprende fuera de los cuidados (se acerca cuando se le llama, entrega a solicitud)		

Escala de desarrollo de Pikler adaptada para niños hasta 14 meses
Post test

Niños con Síndrome de Down menores de 14 meses del PRITE Antares, UGEL 02

NOMBRES	DESARROLLO MOTOR										ACTITUD DURANTE LOS CUIDADOS										DESARROLLO INTELECTUAL COORDINACIÓN ÓCULO MANUAL Y JUEGO										VOCALIZACIÓN Y PALABRA									
	1. Gira de costado	2. Gira boca abajo	3. Gira repetidamente	4. Se desplaza rodando	5. Repta	6. Se coloca semisentado	7. Se sienta	8. Juega sentado	9. Gatea (de rodillas)	10. Se arrodilla	11. Mordisquea	12. Abre la boca al contacto de la cuchara	13. Se le puede dar de comer sin que se ensucie	14. Apoya la mano sobre el vaso	15. Toma el vaso y lo inclina	16. Bebe solo I	17. Intenta comer solo	18. Se deja hacer	19. Cooperar en el aseo	20. Chapotea	21. Ayuda en vestido	22. Sigue con la mirada	23. Se mira las manos	24. Juega con sus manos	25. Extiende la mano, palpa sin seguridad	26. Tiende la mano y toma con facilidad	27. Manipula un objeto I	28. Manipula un objeto II	29. Manipula dos objetos I	30. Manipula dos objetos II	31. Emite sonidos	32. Goríea	33. Balbucea	34. Esta atento a la palabra	35. Redondea los labios, sonríe emite sonidos	36. Responde habitualmente	37. Comprende durante los cuidados	38. Comprende fuera de los cuidados		
Maria Fernanda	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0			
Kirwe	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0				
Rodrigo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0					
Lucia	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0				
Paolo	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0				
Sofia	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0				
Samara	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0				
Jesús	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0				



FICHA INTEGRAL DE DESARROLLO

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Lugar de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____
 Fecha de Inscripción: ____/____/____ Tutora (a): _____
 Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre hermanos _____
 Talla actual: _____ Peso actual: _____ Hemoglobina al ingreso: _____
 Fechas de entrevista: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____

II. DATOS FAMILIARES:

2.1. DATOS DEL PADRE

Nombres y Apellidos: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Estado civil: _____ Religión: _____
 Grado de Instrucción: _____ Estudios realizados: _____
 Ocupación: _____ Centro Laboral: _____
 Salario: Diario () Mensual () Quincenal () Semanal () Salario: _____
 Tiempo en su trabajo actual: _____ Cambia con frecuencia de trabajo: _____
 Nº de Celular: _____ Nº de Hijos en su compromiso actual: _____
 Nº de hijos de otros compromisos: _____

2.2. DATOS DEL MADRE

Nombres y Apellidos: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Estado civil: _____ Religión: _____
 Grado de Instrucción: _____ Estudios realizados: _____
 Ocupación: _____ Centro Laboral: _____
 Salario: Diario () Mensual () Quincenal () Semanal () Salario: _____
 Tiempo en su trabajo actual: _____ Cambia con frecuencia de trabajo: _____
 Nº de Celular: _____ Nº de Hijos en su compromiso actual: _____
 Nº de hijos de otros compromisos: _____
 Número de embarazos: _____ Número de hijos vivos: _____
 Número de hijos muertos: _____ Causa: _____
 Números de abortos: _____ Causa: _____

III. MOTIVO DE INGRESO A PRITE:

3.1. A su opinión: ¿qué dificultades presenta el niño? _____

3.2. Diagnóstico médico dado: _____

3.2. Alguno de los hermanos presenta algún tipo de dificultad _____

IV. TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES RECIBIDOS

1. Consultas y tratamientos médicos y/o terapéuticos recibidos por el niño (a):
Especialidad: _____ Fecha: _____
Tipo: Evaluación () Diagnóstico () Terapia () Consulta () Operación ()
Lugar: _____ Duración: _____
Frecuencia de atención: _____ Horarios: _____
Evolución/ Resultados: _____
2. Consultas y tratamientos médicos y/o terapéuticos recibidos por el niño (a):
Especialidad: _____ Fecha: _____
Tipo: Evaluación () Diagnóstico () Terapia () Consulta () Operación ()
Lugar: _____ Duración: _____
Frecuencia de atención: _____ Horarios: _____
Evolución/ Resultados: _____
3. Consultas y tratamientos médicos y/o terapéuticos recibidos por el niño (a):
Especialidad: _____ Fecha: _____
Tipo: Evaluación () Diagnóstico () Terapia () Consulta () Operación ()
Lugar: _____ Duración: _____
Frecuencia de atención: _____ Horarios: _____
Evolución/ Resultados: _____
4. Consultas y tratamientos médicos y/o terapéuticos recibidos por el niño (a):
Especialidad: _____ Fecha: _____
Tipo: Evaluación () Diagnóstico () Terapia () Consulta () Operación ()
Lugar: _____ Duración: _____
Frecuencia de atención: _____ Horarios: _____
Evolución/ Resultados: _____

V. ANTECEDENTES DE PADRES

Enfermedades	Mamá	Papá	Edad	Observación
Infecciones Urinarias				
TBC				
Sarampión				
Varicela				
Paperas				
Convulsiones				
Operaciones				
Hepatitis				
Herpes				
Cáncer				
Problemas digestivo				
Problemas ováricos/uterinos				
Problemas testiculares/ Prostáticos				
Problemas intestinales				
Problemas de transmisión sexual				
Depresión				
Fármaco dependencia/ Alcoholismo				
Problemas alérgicos				
Problemas bronquiales				
Curaciones dentales				

6.2. NATALES:

NATALES	CARACTERÍSTICAS			OBSERVACIONES
	Termino 37-42 semanas	Pre Termino (-) 37 semanas	Post Termino (+) 42 semanas	
Duración del embarazo				
Trabajo de parto	Normal 3h a 6h	Precipitado -3 h	Prolongado + 6 h	
Tipo de parto	Espontáneo	Inducido Emergencia	Cesárea Emergencia	Cesárea programado
Presentación	Cefálica	Podálica	otro	
Instrumentación	no	Vacum	Fórceps	
Anestesia	no	Raquídea	General	
Lugar de parto	Hospital	Casa	Otros	
Padre presente en parto	no	si		
Peso al nacer		Talla al nacer		
Llanto inmediato	no	si	Necesito ayuda	
Coloración				
Perimetro cefálico				
Valores de APGAR		1 ()	5 ()	
Edad de los Padres		Madre ()	Padre ()	

6.3. POST NATALES: (los primeros 12 meses)

DIFICULTAD	SI	NO	OBSERVACIONES Edad/tiempo/causas
Asfixia			
Cianosis			
Palidez			
Ictericia			
Inactivo (no se movía)			
Hipotónico			
Irritable (llanto constante)			
Fiebres (incluso después de vacunas)			
Vómitos / Reflujo			
Convulsiones			
Hiperactivo (muy inquieto no dormía)			
Somnolencia(no se despertaba para comer)			
Anomalia congénita			
Deformidad craneana			
Movimiento de anormal de ojos			
Parálisis local			
Embalonamiento de abdomen			
Es muy difícil hacerlo dormir			
Problemas de gases constantes			
Consumo excesivo de leche (materna o formula).			
Trastorno del sueño (despierta cada 2 horas o a una hora determinada)			

Comentario:

con amalgamas/retiro				
Consumo de tabaco				
Enfermedades crónicas de ambos padres				

OTROS: _____

VI. ANTECEDENTES:

6.1. PRE NATAL

PRE NATAL	SI	NO	OBSERVACIONES Mes/ Causa
Métodos anticonceptivos utilizados (tipo y tiempo)			
Niño planificado (preparación previo)			
Sexo del niño deseado			
Realización de prueba de compatibilidad sanguínea en ambos padres.			
Control hospitalario durante el embarazo			
Abortos previos al embarazo			
Amenaza de aborto durante el embarazo			
Ruptura prematura de membrana			
Enfermedad mental o depresión			
Preclamsia (presión elevada)			
Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo			
Desnutrición o anemias			
Epilepsia o convulsión			
Tabaco o contacto con personas fumadoras			
Alcohol			
Drogas/ fármacos			
Enfermedad de transmisión sexual			
Náuseas y vómitos (pasados los 3 meses de gestación)			
Infecciones vaginal/ urinaria (tipo y periodo)			
Contacto directo con animales.			
Padeció rubéola o contacto con personas con la enfermedad			
Aplicación de la vacuna de tétanos durante el embarazo (nº de dosis)			
Aplicación de vacunas durante el embarazo (nº y nombrarlas)			
Curaciones dentales con amalgamas			
Uso de tintes de cabello / esmaltes de uñas			
Trabajó durante el embarazo (especificar)			
Accidentes o caídas durante embarazo			
Zona en la ciudad o lugar donde llevo la gestación.			
Durante la gestación tuvo alguna impresión fuerte (describala)			
Impulso por comer/lamer sustancias no comestibles.			

VII. ENFERMEDADES INFANTILES:

ENFERMEDADES	SI	NO	EDAD	Observaciones tipo de tratamiento
Rubéola				
Sarampión				
Varicela				
Convulsiones				
Paperas				
Hepatitis				
Meningitis				
Fiebres frecuentes (después de vacunas)				
Problemas digestivos (estreñimiento / diarreas)				
Desnutrición				
Problemas respiratorios				
Alergias				
Otitis				
Procesos infecciosos				
Displasia de cadera				
Pie plano / pie bot				
Otros				
Uso de ayudas biomecánicas				

7.1. TRAUMATISMOS:

- a. ¿Ha tenido golpes en la cabeza? (Si) (No) Edad: _____
 Describir caídas: _____
- b. Recibió atención médica luego de la caída o golpe (Si) (No)
- c. El niño(a) ha sufrido golpes con pérdida de conocimientos: (Si) (No)
 Tiempo que permaneció inconsciente: _____
- d. El niño/a suele golpearse la cabeza
- e. buscar lugares frío para poder colocar la cabeza (no golpes ante frustración) (Si) (No)
- f. Sufre de Mareos (Si) (No) en qué momento: _____
- g. Sufre de Desmayos (Si) (No) en qué momento: _____
- h. Ha sufrido alguna fractura o fisura (Si) (No) Especificar: _____
 por cuanto tiempo: _____
- i. Ha sufrido algún accidente (Si) (No) Especificar: _____
- j. Ha sido operado/ a: (Si) (No) Motivo: _____
 Lugar de operación: _____

VIII. ASPECTO FAMILIAR:

8.1. ANTECEDENTES FAMILIARES (Considerar abuelos, hermanos, tíos y primos hasta segundo grado)

Dificultad	Parentesco	Edad	Observaciones
Epilepsia			
Alcoholismo/ Drogas			
Enfermedad. Mental (depresión, esquizofrenia, paranoia, otros)			
Retardos Mental			
Parálisis Cerebrales			
Malformaciones Con./ Síndromes			
Trastorno de aprendizaje			
Problemas de lenguaje			
Otros			

8.2. RESPECTO A LA CONVIVENCIA:

Nº de personas que viven en el hogar: Adultos: _____ Niños: _____

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES:

8.3. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA FAMILIA:

8.4. DINÁMICA FAMILIAR / DINÁMICA DE PAREJA:

8.5. CON RELACIÓN AL CUIDADO DEL NIÑO/A

- a. Personas que toman determinaciones sobre tratamientos y otros con relación al niño/a: Ambos padres () Mamá () Papá () Otros: _____
 - b. Quién está a cargo del niño/a la mayor parte del día: Mamá () Papá () asistente del hogar () Otros: _____
 - c. Tiempo que el niño/a se encuentra a cargo del padre: _____
 - d. Tiempo que el niño/a se encuentra a cargo de la madre: _____
 - e. Tiempo que el niño/a se encuentra a cargo de otras personas: _____
- _____
- _____

8.6. CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA

VIVIENDA		SI	NO	OBSERVACIONES
La vivienda se encuentra en:	Urbanización			
	Asentamiento Humano			
	Cooperativa			
La vivienda cuenta con:	Agua potable			
	Luz			
	Desagüe			
	Teléfono			
Tipo de vivienda:	Internet			
	Unifamiliar			
	Multifamiliar			

	Alquilada			
	Propia			
	Departamento			
	Vecindad / Quinta			
	Casa habitación			
N° de habitaciones	Dormitorios			
	Cocina			
	Sala - comedor			
	Baños			

8.7. USO ELECTRODOMÉSTICOS:

ARTÍCULOS	SI	NO	Nº	Observaciones (Lugar donde se encuentra)
Televisor				
DVD				
Equipo de sonido/ Radio				
Computadora/ Tablet/ Laptop				
Refrigeradora				
Cocina a gas/ eléctrica				
Lavadora				
Terma o ducha eléctrica				
Automóvil				

IX. DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO:

DESARROLLO MOTOR

A qué edad levantó la cabeza: _____
 A qué edad se mantiene sentado solo: _____
 A qué edad gateó: _____
 A qué edad se puso de pie con ayuda: _____
 A qué edad Camino solo: _____

DESARROLLO DE LENGUAJE

A qué edad comenzó a:
 Balbucear: _____ Primera palabra: _____ Primera frases: _____
 Cuando empezó a pedir las cosas: _____ ¿Cómo? _____
 Actualmente como pide las cosa: (Si) (No) ¿Cómo? _____
 ¿De qué manera se hace entender su hijo? _____
 ¿Ha llegado a decir palabras o emitir sonidos simples en algún momento y lo ha perdido?
 ¿Cuáles?: _____
 Repite actualmente todo lo que le dices: _____

FORMACIÓN DE HÁBITOS:

Alimentación:

¿Recibió lactancia materna / mixta / artificial? Periodo _____
 ¿A qué edad empezó a darle alimentos semisólidos? _____
 ¿A qué edad empezó a darle alimentos sólidos? _____
 ¿A qué edad aparecieron los primeros dientes? _____
 ¿Actualmente es apetente? (Si) (No)

¿Qué usa para tomar líquidos (agua, jugos, leche): (vaso) (taza) (biberón) (cucharita) (tomatodo)
 ¿Cuántas veces al día toma lácteos (leche, yogurt)? _____
 ¿Qué tipo de alimentos prefiere? (Duros) (Blandos)(Semisólidos)(Líquidos)(No tiene preferencias)
 ¿Puede comer alimentos duros? (Si) (No) ¿Cuáles?: _____
 ¿Qué frutas son las que prefiere?: _____
 ¿Babea? (Si) (No) Especifique _____
 ¿Come los mismos alimentos de la familia? (Si) (No)
 ¿Quién prepara los alimentos en casa?: _____
 Se atora al ingerir líquidos: _____ Se atora con alimentos sólidos: _____
 Con quien comparte el :

Alimentos	Que come	Hora
Desayuno		
Media mañana		
Almuerzo		
Lonche		
Cena		

El niño (a) come solo (si) (no) Quién le da de comer: _____
 Donde come el niño (a) : Silla de comer de niño() Mesa de comedor familiar () En el coche () Sobre las faldas de la mamá () Caminado por la casa () En un sofá ()
 otros: _____
 De tomar el biberón: En que parte de la casa lo hace: _____
 Impulso por comer / lamer sustancias no comestibles: _____

Higiene:

Control de esfínteres diurno: Micción: _____ Defecación: _____
 Control de esfínteres nocturno: Micción: _____ Defecación: _____
 En caso de no controlar esfínteres, ¿Cuantos pañales usa por día? _____
 En caso de controlar esfínteres: El niño usa bacín () inodoro () otros: _____
 Avisa si el pañal está sucio (Si) (No) Cómo: _____
 Colabora en su aseo (Si) (No) Cómo: _____
 Colabora la hora de vestirse (Si) (No) Cómo: _____
 Permite el aseo bucal : (Si) (No) Con que se realiza: _____
 Se baña en: (Tina) (Ducha) (Caño) (Baños Secos) Frecuencia: _____
 Permite que se le lave el cabello: (Si) (No)
 Permite recorte de cabello (Si) (No)
 Permite recorte de uñas en manos (Si) (No)
 Permite recorte de uñas en pies (Si) (No)

Sueño:

¿En qué duerme el niño?: _____
 ¿Comparte la cama el niño (a) con alguien? (Si) (No) ¿Con quién?: _____
 ¿Comparte la habitación el niño (a) con alguien? (Si) (No) ¿Con quién?: _____
 ¿Se despierta por las noches? (Si) (No)
 ¿Cuántas veces? ¿Porque? _____
 ¿A qué hora se acuesta usualmente el niño? _____ Quién lo acuesta: _____
 ¿A qué hora se levanta usualmente el niño? _____ Quién lo levanta: _____
 ¿ El niño hace siesta en la tarde? Si () No () cuánto tiempo _____
 ¿Presenta terrores nocturnos? ¿Cuáles?: _____
 Otros: _____

Habla	Si	No
Grita/ Lloro / Se queja	Si	No
Transpira	Si	No
Babea	Si	No
Rechina los dientes	Si	No
Camina	Si	No
Se mueve demasiado	Si	No
Ronca	Si	No
Se levanta	Si	No

Cuando está dormido el niño:

Independencia personal y comportamiento:

Sigue órdenes simples (dame, toma, guarda, ven) _____

¿Permanece en un ambiente solo sin presencia de adultos?: _____

¿Juega con niños de su edad? (Si) (No) ¿Juega con otros niños? (Si) (No)

¿Mira al rostro mientras le hablan?: (Si) (No) Por cuanto tiempo _____

¿Cómo es la conducta del niño en casa?

- Se tira al piso constantemente (Si) (No)
- Llora cuando no le dan lo que desea (Si) (No)
- Lanza lo objetos (Si) (No)
- Puede esperar (Si) (No)
- Se irrita ante visitas en casa (Si) (No)
- Permite que los adultos conversen (Si) (No)
- Hace pataletas (Si) (No) Especifique: _____
- Es irritable (Si) (No) Especifique: _____
- Es agresivo (Si) (No) Especifique: _____
- Se autoagrede (Si) (No) Especifique: _____
- Otros _____

¿Se chupa el dedo? (Si) (No) ¿En qué ocasiones? _____

¿Presenta movimientos estereotipados? (Si) (No) Describirlos: _____

¿Muerde o se lleva a la boca objetos o partes de cuerpo? _____

Juego

Juguete favorito del niño(a): _____

Con que juega el niño(a): _____

Cómo juega el niño (a): _____

Con quién juega el niño(a): _____

Tiempo de juego con su niño(a): _____

Donde juega el niño(a): _____

X. ASPECTO EMOCIONAL

Cómo demuestra afecto el niño(a): _____

Es fácil reconocer su estado de ánimo (Si) (No)

Tolera que lo abracen y lo besen (Si) (No)

Reacciona a los halagos (Si) (No)

Le gusta llamar la atención de otros (Si) (No)

Se angustia sin presencia de la mamá/papá (Si) (No)

Llora sin motivo aparente (Si) (No)

Como es la relación del niño/a con:

Papá: _____

Mamá: _____

Hermanos: _____

Otro miembro de la familia: _____

¿Qué es lo que desea que logre su niño (a)?

XI. OTRAS OBSERVACIONES:

PLAN DE ORIENTACION INDIVIDUAL Anexo

I. DATOS GENERALES:

1.1. Nombres y apellidos del niño/a	
1.2. Fecha de Nacimiento	
1.3. Edad	
1.4. Diagnóstico	
1.5. Madre	
1.6. Padre	
1.7. Domicilio	
1.8. Responsable de la evaluación	
1.9. Fecha de Evaluación	

II.-PROPUESTA CURRICULAR

AREA CURRICULAR	RESPUESTA EDUCATIVA PROYECTADAS		
	COMPETENCIAS	CAPACIDADES	DESEMPEÑO
PERSONAL SOCIAL			
PSICOMOTRIZ			
COMUNICACIÓN			
DESCUBRIMIENTO DEL MUNDO			

III. MEDIDAS Y ESTRATEGIAS PARA RESPONDER LA NECESIDAD EDUCATIVA

MEDIDA	ESTRATEGIAS
Organizativa (accesibilidad, políticas, eliminación de barreras, capacitación docente, valores)	
Curricular (adaptaciones)	
Tutorial (trabajo con familia, trabajo en sesión grupal)	

De recursos (materiales educativos adaptados, recursos de apoyo)	
--	--

IV. NIVEL DE COMPROMISO DE LOS PADRES

V. APOYOS COMPLEMENTARIOS QUE REQUIERE (atenciones médicas, terapéuticas, lentes correctores, bachas, audífonos, etc)

VI. ORIENTACIONES A LA FAMILIA

Firma del Tutor Responsable

Firma del Padre o apoderado

Firma de dirección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROPUESTA DE SESIONES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE INDIVIDUAL

TRIMESTRE:		MES:	
Sesión 1		Sesión 2	
Sesión 3		Sesión 4	
Sesión 5		Sesión 6	
Sesión 7		Sesión 8	
Sesión 9		Sesión 10	
Sesión 11		Sesión 12	

Sesión Individual 1

Nombre del niño: M.F

Edad: 6 meses

Fecha de ejecución: 2 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Siento mi cuerpo

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Construye su identidad.	Diferencia su cuerpo del cuerpo del adulto que lo cuida y reconoce su nombre cuando lo llaman, lo manifiesta a través del tono, acciones y gestos (sonrisas, miradas).	Explora con iniciativa el movimiento de su cuerpo cuando es estimulado con el masaje y movimientos proporcionado por su madre que le habla y conversa.
Capacidades		
Se valora a sí mismo. Autorregula sus emociones		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Diálogo y concertación	Se esperará que ella manifieste agrado o desagrado, se busca que comunique lo que siente, el adulto tomará en cuenta esto.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Tener espacio para realizar masaje	Pisos microporosos, sábanas, música de la naturaleza: olas de mar, aceite de coco y almendras	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hija se ubican y se indica que se pongan cómodas.	1	Observamos como coloca a la niña y como se relaciona con ella
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos qué estimulación ha estado brindando a la niña, si conoce sobre lo masajes, la importancia del vínculo afectivo que se establece a través del contacto piel a piel.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), explicamos sobre el trabajo de intervención temprana,	5	
	Motivación	La música en un primer momento y sacarle la ropa a la niña para que se sienta cómoda	2	Se observa cambio de ropa
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	<p>La tutora colocará una música de sonidos de la naturaleza. Explicará cómo se realiza el masaje Shantala en niños, la importancia de que sea la madre quien lo realice, indicándole ella va a poder aprender, y que poco a poco le saldrá mejor. Se explicará el uso del aceite natural y del aroma como estimulante para el niño.</p> <p>Con una muñeca de trapo, la tutora modelará como se aplica el masaje, se indicará que mire a los ojos a su hija, la importancia de la comunicación gestual y corporal. Se demostrará en muñeca todo el tiempo para que observe. Masaje de pecho a manos y de abdomen a pies. En postura dorsal y luego ventral, masajeando espalda y glúteos. Luego se masajeará el rostro con mucho cuidado, siempre observando si le agrada o no, todo muy suave. Se le solicitará que continúe hablando a la niña y que observe su reacción, si no hay reacción se le pide se acerque un poco más el rostro. La tutora mostrará con un ejemplo cómo se conversará con la niña, si la madre no lo hace.</p> <p>La tutora observará los reflejos presentados por la niña, durante trayecto de masajes, también que reacciones tiene la niña y como se mueve por si sola. Si se requiere mejor observación, saludará a la niña y le dirá que va a jugar un ratito con ella y se colocará enfrente, los estimulará (a los reflejos) explicando sobre neurodesarrollo a la madre. En todo momento la tutora le hablará y le dirá que va mover "ahora voy a coger tus manos,</p>	25	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()			

		que fuertes, y tus brazos, ¡oh, que linda niña!" Luego se le pide que coloque la ropa a la niña.		
--	--	---	--	--

	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarla en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda () Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc.	4	
	Tarea	Se solicitará que elabore horario diario de la niña, rutinas: alimentación, aseo, sueño nocturno y diurno, juego,	3	
	Al niño	Conclusión de observado en sesión: Explora con iniciativa el movimiento de su cuerpo cuando es estimulado con el masaje y movimientos proporcionado por su madre que le habla y conversa. Lo logra () No lo logra ()	1	

Sesión Individual 2

Nombre del niño: M.F

Edad: 6 meses

Fecha de ejecución: 4 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Me comunico con mi cuerpo

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Se comunica oralmente en su lengua materna	Expresa sus necesidades, emociones e intereses –al interactuar con personas conocidas de su entorno familiar– a través de balbuceos, señas, gestos, sonrisas, miradas, movimientos corporales y, en algunas ocasiones, con el llanto, con la intención de comunicarse o lograr su propósito.	Expresa sus intereses al interactuar con personas conocidas de su entorno a través de miradas y movimientos corporales con la intención de comunicarse y lograr su propósito.
Capacidades		
Obtiene información del texto oral. Infiere e interpreta información del texto oral.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Diálogo y concertación	Se esperará que ella manifieste agrado o desagrado, se busca que comunique lo que siente, el adulto tomará en cuenta esto.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo	Pisos microporosos, sábana, sonaja, globos o pelota, aceite de almendra, música	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hija se ubicarán y se indicará que se pongan cómodas.	1	Observamos como coloca a la niña y como se relaciona con ella
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos sobre cómo le fue con la niña y los masajes, si le agradaron o no. Si se está comunicando con ella a través de la mirada y si responde con gestos cuando ella le habla. Le preguntaremos si conoce que la mirada es un medio de comunicación con su hija, y si la niña está atenta a ella o no. Si la mira constantemente en los cuidados o esta distraída	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicaremos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), explicaremos sobre cómo se comunica el niño, aún cuando no hable. Se informa como se inicia estimulando la comunicación y que dependerá de la madre.	5	
	Motivación	Pediremos que le cuente algo que ocurrió en el desayuno. Que fue lo que ella hizo. La madre se acercará al rostro y le contará a la niña. Después lo realizará la tutora, conversamos que sucedió.	2	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	La tutora colocará una música de sonidos de la naturaleza. Solicitamos a la madre que realice el masaje Shantala y observamos. Si es necesario luego se dan algunas pautas o correcciones o se le hace recordar. La madre colocará la ropa a la niña. La tutora explicará que jugaremos con la niña mediante una canción, al ritmo de la canción moveremos los brazos y después las piernas. La tutora modelará con una muñeca como se realiza. "Mis brazos se están moviendo, mis manos, mis piernas, mis pies se están moviendo". La madre deberá cantar y hablarle a la niña cuando está moviéndole los brazos, debe asegurarse que la niña le mire al rostro, y la madre observará como responde la niña: con sonrisa, con algún gesto, con atención, con incomodidad. Explicaremos que debe hablarle en los cambios de ropa y aseo o cambio de pañal. Puede ir contándole lo que está haciendo.	25	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.

Evaluación	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa.</p> <p>Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc.</p>	4	
	Tarea	Se revisa la tarea sobre horarios. Y se observa si está bien o faltan datos. Se comunica se trabajará la próxima sesión. Se pide que continúe en casa el juego con la música.	3	
	Al niño	<p>Conclusión de observado en sesión: Expresa sus intereses al interactuar con su madre a través de miradas y movimientos corporales con la intención de comunicarse y lograr su propósito.</p> <p>Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 3

Nombre del niño: M.F

Edad: 6 meses

Fecha de ejecución: 9 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Escucho cuando me llaman

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Construye su identidad.	Diferencia su cuerpo del cuerpo del adulto que lo cuida y reconoce su nombre cuando lo llaman, lo manifiesta a través del tono, acciones y gestos (sonrisas, miradas).	Reconoce su nombre cuando la llama la madre, lo manifiesta a través de acciones y gestos (sonrisas y miradas)
Capacidades		
Se valora a sí mismo. Autorregula sus emociones		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Diálogo y concertación	Se esperará que ella manifieste agrado o desagrado, se busca que comunique lo que siente, el adulto tomará en cuenta esto.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio calmado y sin ruidos	Pisos microporosos, sonajas, peluche musical, pandereta, muñeco con sonido, botella con semillas. Silla de bebe y almohadón.	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hija se ubican y se indica que se pongan cómodas. La niña estará semi recostada en silla especial de bebe.	1	Observamos como coloca a la niña y como se relaciona con ella
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos si la niña está atenta y escucha los sonidos del hogar, y como se comporta cuando la llama de lejos por su nombre.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo: si está escuchando bien. Informamos sobre las deficiencias auditivas, sobre la falta de madurez de este órgano.	5	
	Motivación	Haremos sonar una pandereta cerca a la niña pero no a la vista, esperamos su respuesta. Podemos cambiar de sonido, como una sonaja y después una maraca, observamos si busca el sonido y se mueve para donde viene.	2	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	Después de observar la reacción de la niña comenzaremos a realizar sonidos con los objetos, observaremos su reacción y luego se los presentamos. Se los brindaremos para que los explore. Sonaja, musical, muñeco con sonido, botella con semillas, peluche que habla de uno en uno cada vez. Dejaremos a la niña echada en postura dorsal, sobre almohadón. Explicaremos a la madre que deberá llamarla por su nombre desde lejos (3 metros a más) y observaremos como responderá la niña. Seguirá llamándola hasta que responda con su cuerpo, con movimiento de la cabeza o si se queda quieta cuando escucha la voz. Si no lo hace la madre se le irá acercando hasta que la niña logre ver quien la llama y reconozca a la madre. La madre se acercará todo lo que la niña requiera. Se realizará el ejercicio de la actividad para que después lo realice en casa.	25	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()			

lucio	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
		Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta	4	

	Al adulto significativo	<p>Cómo piensa realizar la actividad en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc</p>		
	Tarea	<p>Se le recomendará que la madre realice esta actividad de llamarla por su nombre durante la rutina diaria; cuando este cocinando o limpiando y de lejos la llame para comunicarse con ella.</p>	3	
	Al niño	<p>Conclusión de observado en sesión: Reconoce su nombre cuando la llama la madre, lo manifiesta a través de acciones y gestos (sonrisas y miradas)</p> <p>Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 4

Nombre del niño: M.F

Edad: 6 meses

Fecha de ejecución: 11 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Me muevo cuando me balanceo

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad.	Realiza acciones y movimientos de manera autónoma –en los que expresa sus emociones– que le permiten adquirir posturas, desplazarse en el espacio, explorar su cuerpo e interactuar con el entorno: pasa de la posición boca arriba a boca abajo o viceversa, se coloca de lado o semisentado, y manipula objetos que son de su interés.	Mueve las partes de su cuerpo como brazos y piernas a voluntad permitiéndole adquirir posturas cuando es balanceado y escucha música
Capacidades		
Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que ella manifieste que puede hacer y dejar de hacer a voluntad.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo	Pisos microporosos, sábana, música, pelota	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hija se ubican y se indica que se pongan cómodas.	1	
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos si sabe sobre el balanceo, sobre como estimularemos al niño con el balanceo. Si lo utilizó alguna vez para calmarla.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y la importancia	5	
	Motivación	Colocaremos a la niña encima de una sábana y junto con la madre la mecemos al ritmo de la música. Observamos lo que la niña manifiesta: agrado o desagrado	2	
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Explicaremos a la madre que colocaremos a la niña en una pelota de unos 50 cm de diámetro y la balancearemos al ritmo de la música, le haremos la demostración con una muñeca, luego le daremos paso a la madre. La tutora ayudará cogiendo la pelota hasta que la madre lo realice bien. Se balanceará de adelante hacia atrás y de derecha a izquierda después de unos minutos. Observaremos que tal esta la niña y si le gusta o no. Si le desagrada no se le balanceará, solo se le colocará en la pelota sin moverla. Junto con los movimientos de balanceo se cantará delante del rostro de la niña. La madre debe estar muy cerca para que tenga toda la atención. Después estando de pie pediremos a la madre que coja a la niña en brazos y mostraremos como nos balanceamos mientras suena la música, la tutora tomará una muñeca para dar el modelo. Debemos llevar el ritmo y movernos de adelante, atrás, de izquierda a derecha y viceversa. De arriba hacia abajo. Dando vueltas. La madre seguirá indicaciones de tutora y después ella misma ejecutará según el ritmo de la canción.		

	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa.</p> <p>Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en watsapp, etc.</p>	4	
	Tarea	Se le indicará que puede realizar esta actividad dentro de su horario de juego.	3	
	Al niño	<p>Mueve las partes de su cuerpo como brazos y piernas a voluntad permitiéndole adquirir posturas cuando es balanceada y escucha música.</p> <p>Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 5

Nombre del niño: M.F

Edad: 6 meses

Fecha de ejecución: 16 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Me muevo con la música y mi mamá

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad.	Realiza acciones y movimientos de manera autónoma –en los que expresa sus emociones– que le permiten adquirir posturas, desplazarse en el espacio, explorar su cuerpo e interactuar con el entorno: pasa de la posición boca arriba a boca abajo o viceversa, se coloca de lado o semisentado, y manipula objetos que son de su interés.	Mueve las partes de su cuerpo, expresando sus emociones, adquiriendo nuevas posturas con ayuda de la madre y al ritmo de la música.
Capacidades		
Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que la niña manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo	Pisos microporosos, sábana, música, aceite de almendra, pandereta y tambor	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hija se ubican y se indica que se pongan cómodas.	1	
	Recojo de saberes previos	Preguntamos como les fue con el balanceo y la música, si les gusto, sobre que posturas esta adoptando la niña. Si conoce cuales son las posturas que desarrolla el niño según su edad.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y la importancia del desarrollo motor.	5	
	Motivación	Música para niños	2	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	Pedimos que inicie realizando los masajes Shantala, modificados para activar los músculos y no relajarlos ya que la niña presenta hipotonía. Damos unos minutos, siempre con la música alegre. La tutora observará a la madre.	25	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Luego indicaremos que coloque a la niña decúbito dorsal (boca arriba) y con la música moverá los brazos de la niña. La tutora le mostrará haciendo el movimiento primero ella sobre la niña y siguiendo el ritmo de la música. Brazos hacia arriba y abajo unas 6 veces con los dos brazos a la vez; brazos hacia afuera y luego hacia adentro como un autoabrazo, igual 6 veces; con las piernas flexionamos las rodillas y llevamos al pecho 6 veces, igual las dos piernas a la vez. Luego con la rodilla flexionada se realiza una circunferencia en cada cadera, una pierna a la vez, 6 veces cada una. Después colocamos a la niña en posición ventral (boca abajo), utilizando una pandereta hacemos sonar por delante y encima de su cabeza, esperamos que la niña levante la cabeza al escuchar el sonido, podemos utilizar un tambor también. Si es necesario ayudamos colocando un rodillo debajo del pecho y axilas para que levante un poco el tórax. El rodillo podrá ser confeccionado de tela, o puede ser un pantaloncito relleno de espuma o algodón industrial cocido en la parte de la cintura y los pies. También se puede usar una frazada enrollada. Este rodillo no podrá ser muy alto. Se enseña cómo realizar el rodillo y se pacta que realizará un par. Deberá traer un rodillo la siguiente sesión.		

	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa.</p> <p>Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc.</p>	4	
	Tarea	<p>Se le indica que debe realizar esta actividad dentro de su horario de juego. Debe confeccionar y traer rodillo, se brinda indicaciones. También puede tomar fotos y enviar el rodillo utilizándolo con la niña.</p>	3	
	Al niño	<p>Mueve las partes de su cuerpo, expresando sus emociones, adquiriendo nuevas posturas con ayuda de la madre y al ritmo de la música/ instrumento de percusión.</p> <p>Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 6

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 23 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Siento con mi cuerpo

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Área: Descubrimiento del mundo Indaga mediante métodos científicos para construir sus conocimientos	Explora, con todos sus sentidos (mira, toca, huele, chupa, escucha) y desde su iniciativa, los hechos que ocurren en su entorno inmediato y algunas características de los objetos que están a su alcance. Desde su iniciativa, realiza diferentes movimientos para alcanzar el objeto que le interesa; luego, lo explora con la boca, lo manipula y, al sacudirlo, escucha un sonido. Vuelve a repetir la misma acción y se da cuenta de que, al sacudir el objeto, puede hacer que suene. Intenta sacudir otros objetos y descubre que algunos suenan al ser sacudidos y otros no.	Explora con todos sus sentidos los objetos que están a su alcance como una alfombra sensorial.
Capacidades Genera y registra datos o información.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que el niño manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio acomodado para recibir al niño	Pisos microporosos, sábana, música, aceite de almendra, semillas diversas.	

y su madre	
------------	--

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hijo	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Se pregunta sobre la forma que esta explorando el niño, si coge y se lleva a la boca los objetos o no. Se le pregunta como aprenden los niños	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y la importancia de la exploración en el niño.	5	
	Motivación	Colocamos al niño sobre alfombra sensorial observamos si le gusta o no y como la explora	4	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	Pedimos a la madre que inicie realizando los masajes Shantala. Luego estando sin ropa el niño le pediremos a la madre que lo coloque encima y en medio de una sábana, poco a poco iremos echándole en lluvia las semillas de arroz que caerán en su pecho, luego en su abdomen, brazos, manos, piernas y pies. Iremos echando poco a poco y segmento a segmento. Se le colocará boca abajo y también boca arriba.	23	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Observaremos en todo momento la reacción del niño. Se le colocará su ropa Después se enseñará a elaborar la alfombra sensorial donde coserá o pegará objetos del hogar, como botones, tapas, bolsitas que hacen ruido, espejos, cucharitas, etc.		

Inicio	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
		Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta	4	

	Al adulto significativo	<p>Cómo piensa realizarlo en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, pinterest, etc.</p>		
	Tarea	Se le indica que debe realizar esta actividad dentro de su horario de juego. Debe traer semillas en recipiente de plástico. Elaboración de alfombra sensorial.	3	
	Al niño	Explora con todos sus sentidos los objetos que están a su alcance Lo logra () No lo logra ()	1	

Sesión Individual 7

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 23 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Me muevo a sitios nuevos

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
<p>Área: Psicomotriz Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad.</p>	<p>Realiza acciones y movimientos de manera autónoma –en los que expresa sus emociones– que le permiten adquirir posturas, desplazarse en el espacio, explorar su cuerpo e interactuar con el entorno: pasa de la posición boca arriba a boca abajo o viceversa, se coloca de lado o semisentado, y manipula objetos que son de su interés.</p>	<p>Adquiere nuevas posturas y se desplaza en su entorno con ayuda de la madre</p>
<p>Capacidades Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente.</p>		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que el niño manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo y libre para estimular desplazamiento.	Pisos microporosos, sábana, música.	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hijo	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos a la madre sobre como el juego propicia el desarrollo de la motricidad, que actividades conoce	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicaremos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y como facilitar el desplazamiento del niño por medio del juego.	5	
	Motivación	Jugaremos con una sábana y colocaremos al niño dentro, balancearemos al niño cogiendo de los extremos madre y tutora, cantarán “un elefante se balanceaba...” Al balancear giraremos la sábana dándole al niño un movimiento también de giro estimulando este movimiento. Moveremos la sábana de arriba abajo también, varias veces, hasta colocarlo en el piso, diremos “¡pum, se cayó!” Observaremos al niño, la madre debe cantar y estar atenta al niño, ver si le gusta o no, debe darle seguridad por eso se pedirá que le sonría.	4	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	Estando en el piso con la sábana estirada la tutora solicitará colocar al niño dentro en posición decúbito dorsal (echado de espalda) y la tutora jalará de uno de los extremos de la sábana enseñando a la madre. Al jalar desplazaremos al niño por el piso, cantaremos “un gusanito va despacito”. Desplazaremos unos 3 ó 4 metros y luego podemos dar vuelta regresando por el mismo sitio. La madre deberá realizar la actividad. Luego la madre colocará al niño decúbito ventral (echado de vientre) y la tutora realizará igual movimiento lentamente dándole la experiencia del desplazamiento reptando. La madre deberá realizar la actividad después de observar. Se felicitará y alentará a la madre en la actividad de juego con su hijo.	23	Observamos vinculación de madre e hijo, como evaluación.

Evaluación	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa.</p> <p>Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se podrá entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc.</p>	4	
	Tarea	<p>Se le indicará que deberá realizar esta actividad dentro de su horario de juego. Deberá hacer el espacio en casa, podrá ir al parque también.</p>	3	
	Al niño	<p>Adquiere nuevas posturas y se desplaza en su entorno con ayuda de la madre Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 8

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 25 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Comienzo a comer sólo

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Construye su identidad.	Colabora con agrado e iniciativa en los momentos de cuidado: higiene, alimentación y cambio de ropa. Lo manifiesta con acciones, gestos y movimientos frente a un adulto que lo atiende con respeto y afecto.	Colabora con agrado e iniciativa en el momento de la alimentación que le brinda la madre.
Capacidades		
Se valora a sí mismo. Autorregula sus emociones		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Diálogo y concertación	Se esperará que el manifieste agrado o desagrado, se busca que comunique lo que siente, el adulto tomará en cuenta esto.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio con útiles de aseo y lavadero, cocina	Silla de comer de madera, rígida, almohadones o correas para fijar la postura adecuada de sentado durante la alimentación. Útiles de aseo, plato de melamina. Fruta.	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hijo	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de cocina o comedor, con silla de comer de madera,	1	Observamos como coloca a la niña y como se relaciona con ella
	Recojo de saberes previos	Se conversará sobre la importancia de que el momento de la alimentación sea sin stress, y sea compartido con otra persona por ser una actividad social, preguntamos que sabe sobre esto y si está dejando que el niño participe de este momento proporcionándole que toque los alimentos.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicaremos el propósito de la sesión al adulto significativo: Informaremos sobre la presentación de los alimentos y la importancia de los adultos dándole modelos para comer con autonomía.	5	
	Motivación	Se le solicitará a la madre que lave las manos al niño. Colocaremos al niño sentado en la silla, en buena postura y le enseñaremos la fruta favorita, le diremos "¡que rico vamos a comer! y nos sentaremos en la mesa muy cerca de él. Comenzaremos a cortar la fruta en trozos delgados y largos. Utilizaremos 3 platos: para el niño, la madre y la tutora.	4	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	La tutora enseñará a la madre el tamaño de los trozos de la fruta que debe ser blanda ya que el niño no tiene dientes.	23	Observamos vinculación de madre e hija, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Colocados los platos, los adultos comerán diciendo que está muy rico. Esperamos que el niño coja la fruta de alguna forma mientras, la madre tiene una taza con puré de la misma fruta que está reservando para después brindarla. La tutora y la madre conversarán sobre los gustos del niño y comerán la fruta procurando que el niño las vea comer. Después de unos minutos, si el niño no tuviera la iniciativa de coger la fruta para explorarla se le animará a que lo haga estimulando poniendo un poquito de la fruta en la mano. Se dejará con paciencia que el niño responda. Se		

		le seguirá dando el modelo de cómo se introduce la comida a la boca y se mastica cogiendo con las manos la fruta. Después se brindará la fruta en puré. Terminado, la madre lo llevará a lavar las manos al lavadero, lo secará y cambiará. Se observará a madre y niño.		
--	--	--	--	--

	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarla en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda () Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, etc	4	
	Tarea	Se le recomendará que la madre realice esta actividad según lo practicado primero durante los refrigerios de 10 am, y de 3 pm. Luego después evaluaremos en dos semanas. Traer la lista de alimentos preferidos y los que no le gusta, objetos preferidos y lo que no, la familia debe observar muy bien al niño.	3	
	Al niño	Conclusión de observado en sesión: Colabora con agrado e iniciativa en el momento de la alimentación que le brinda la madre Lo logra () No lo logra ()	1	

Sesión Individual 9

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 30 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Juego con mi cuerpo y exploro mi entorno

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Área: Psicomotriz Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad.	Realiza acciones y movimientos de manera autónoma –en los que expresa sus emociones– que le permiten adquirir posturas, desplazarse en el espacio, explorar su cuerpo e interactuar con el entorno: pasa de la posición boca arriba a boca abajo o viceversa, se coloca de lado o semisentado, y manipula objetos que son de su interés.	Se desplaza en su entorno y lo explora en busca de un juguete u objeto favorito.
Capacidades Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que el niño manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo y libre para estimular desplazamiento.	Pisos microporosos, música, juguetes, botellas sensoriales, sonajas, animales a cuerda, juguete preferido	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hijo	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos a la madre sobre cómo está jugando el niño, que actividades ha observado hacer al niño y cuáles son sus preferidas	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y como facilitar el desplazamiento del niño por medio del juego.	5	
	Motivación	Canción mi cuerpo se está moviendo por la madre y tutora... y moveremos los brazos y piernas según enseñado, se observa al niño al movimiento. Luego sonidos de la naturaleza: océano o río hasta allí ya no movemos nada y dejamos escuchar al niño.	3	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	La madre comenzará a desvestirlo y sobre su colcha comenzará los masajes Shantala modificados para mejorar también tono muscular también. 10 minutos como máximo para no relajarlo sino estimularlo.	24	Observamos vinculación de madre e hijo, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Mostraremos objeto preferido lo haremos sonar o caminar o saltar o girar o que salgan sus luces y el niño que estará en postura echado sobre vientre o dorso girará o intentará seguir el objeto que pondremos al frente de él, pero que después se moverá hacia un lado izquierdo o derecho realizado por tutora y después la madre. Tutora y la madre observarán lo que hará el niño para seguir el objeto y luego cogerlo. Observaremos su juego, no lo miraremos de frente sino de reojo es decir sin contacto ocular con el niño, para darle autonomía y no pida ayuda si está acostumbrado a que le acerquen a las manos el juego. Si el niño no puede girar sobre su cuerpo o no sigue el objeto se colocará más cerca (el objeto) para asegurarnos que lo vea y esperaremos que lo siga y así estimularemos los giros		

		detrás del objeto preferido. Se podrá cambiar de objeto. Enseñaremos a la madre a observar a su niño jugar, dándole el ejemplo, explicando dónde debe intervenir y dónde no. Ella no deberá jugar por el niño, dejándolo a él como un observador. Reafirmaremos este concepto en la conversación que tendremos mientras el niño intenta alcanzar objeto.		
--	--	--	--	--

Evaluación	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa.</p> <p>Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp o Pinterest en este caso.</p>	2	
	Tarea	<p>Se le indicará que debe realizar esta actividad dentro de su horario de juego. Que puede dejarlo con su objeto preferido sin otros juegos cerca para que el niño pueda ejercitar sólo, cuando ella este limpiando o cocinando por ejemplo, Si todavía no gira sobre su cuerpo y sólo sobre su espalda o vientre se le solicitará que realice con un aro o hula hula y objetos (globo, espejo, botellita con agua de colores y botones, un cucharón, un peluche, un muñeco con sonido, o pelotita que rebota) prendidos o amarrados al hula hula para que no se corran y se mantengan en su sitio y el niño que estará en medio necesariamente tenga que mantener una postura. Lo traerá para verlo la próxima clase o le tomará foto y la traerá.</p>	5	
	Al niño	<p>Se desplaza en su entorno y lo explora en busca de un juguete u objeto favorito. Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 10

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 30 de abril 2018

Aula: Lila

Título: Descubro las texturas de los objetos y entorno

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Área: Descubrimiento del mundo Indaga mediante métodos científicos para construir sus conocimientos	Explora, con todos sus sentidos (mira, toca, huele, chupa, escucha) y desde su iniciativa, los hechos que ocurren en su entorno inmediato y algunas características de los objetos que están a su alcance. Desde su iniciativa, realiza diferentes movimientos para alcanzar el objeto que le interesa; luego, lo explora con la boca, lo manipula y, al sacudirlo, escucha un sonido. Vuelve a repetir la misma acción y se da cuenta de que, al sacudir el objeto, puede hacer que suene. Intenta sacudir otros objetos y descubre que algunos suenan al ser sacudidos y otros no.	Explora con todos sus sentidos los objetos que están a su alcance como hula hula sensorial.
Capacidades Genera y registra datos o información.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que la niña manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio acomodado para recibir a niña y su madre	Pisos microporosos, sábana, música, aceite de almendra, hula hula sensorial.	

	Momentos	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazaremos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Se preguntará sobre la forma que está explorando la niña, si coge o se lleva a la boca los objetos o no, si los toca o no le gusta tocar. Se le preguntará como aprenden los niños.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicaremos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y la importancia de los sistemas sensoriales en el niño.	5	
	Motivación	Colocaremos a la niña sobre piso microporoso echada de espaldas y encima pondremos objetos colgantes que suenan con el movimiento como sonajas y botellita con semillas o bolitas de colores, observamos si le gusta o no y como las explora, también pondremos los colgantes a la altura de los pies de la niña. Pueden ser cintas de colores que caen con cascabeles cocidos en ellas. Explicaremos la importancia de acercar a la niña los diversos materiales y objetos de estimulación dándole la oportunidad de explorar con iniciativa.	5	
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Pediremos a la madre después que realice los masajes Shantala con música de fondo, la tutora esperará dándole un espacio para ellos. 8 a 10 minutos. Luego colocaremos a la niña en medio de un hula hula (aro de plástico) sensorial (porque tendrá objetos amarrados como botellitas de colores con semillas, botones, pompones de lana, rafia y de papel metálico, globos, y objetos que la madre indicó le gustan), la niña deberá estar dentro del hula hula. Dejaremos a la niña en postura echada boca arriba y luego boca abajo, fijándonos como explora los objetos (si los mira, los mueve, se los lleva a la boca, etc) o si quiere hacerlo pero falla al intentar cogerlo, que hace para obtener los objetos que están alrededor, nos aseguraremos que la niña este muy cerca a los objetos que estarán amarrados al hula hula con cintas o lana o pavilo. Se observará con atención que objetos o textura le atrae más.		

	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	<p>Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()</p> <p>Se puede entregar algún material de ayuda visual o para leer, página web, en whatsapp, Pinterest, etc. La madre tiene whatsapp con la tutora y con todas las madres del grupo de intervención.</p>	4	
	Tarea	<p>Se le indicará que debe realizar esta actividad dentro de su horario de juego. Que deberá realizar el hula hula en casa con objetos que tiene para reciclar, se le da más ideas como medias de bebe que ya no usa rellenas de arroz, rellenas de algodón o arena, medias con botones de colores cocidos sobre esta, cintas con cascabeles, trozos de tela diversos de retazos que tiene en casa, debe tomar foto de la tarea y enseñar en próxima clase. Se observará también en visita e intervención en domicilio.</p>	3	
	Al niño	<p>Explora con todos sus sentidos los objetos que están a su alcance como hula hula sensorial. Lo logra () No lo logra ()</p>	1	

Sesión Individual 11

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 7 de Mayo 2018

Aula: Lila

Título: Juego sentado

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Área: Psicomotriz Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad.	Realiza acciones y movimientos de manera autónoma –en los que expresa sus emociones– que le permiten adquirir posturas, desplazarse en el espacio, explorar su cuerpo e interactuar con el entorno: pasa de la posición boca arriba a boca abajo o viceversa, se coloca de lado o semisentado, y manipula objetos que son de su interés.	Comienza a utilizar la postura de sentado al interactuar con su entorno explorando objetos de una caja.
Capacidades Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Conciencia de derechos	Se esperará que el niño manifieste su derecho de hacer o no hacer de acuerdo a su estado emocional
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio cómodo y libre para estimular desplazamiento.	Pisos microporosos, música, aceite, colcha, caja o tina, pelotas de trapo pesadas y pelotas de plástico, botella sensoriales.	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazos a madre e hijo	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Preguntaremos a la madre sobre las posturas que tienen los niños antes de gatear.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicamos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos sobre como es el desarrollo del niño y como estimularemos la postura sentado.	5	
	Motivación	La madre deberá tener al niño en su regazo, comenzaremos con la canción "los árboles se mueven.." la tutora enseña a al madre tomando un muñeco en brazos para dar el modelo. Aplaudimos y vemos como el niño disfruta con la canción.	3	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	La madre comenzará a desvestirlo y sobre su colcha comenzará los masajes Shantala modificados para mejorar también tono muscular, 10 minutos como máximo para estimularlo.	24	Observamos vinculación de madre e hijo, como evaluación.
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()	Después la madre colocará la ropa al niño. Colocaremos una caja o tina delante del niño. Enseñamos a la madre como elaboramos o preparamos esta caja, la cual debe tener un peso en el fondo para que la caja sirva de apoyo al niño y no se corra para ningún lado. Se colocarán en el fondo dos medias de colores llenas de arena o arroz las cuales darán estabilidad a la caja, encima se colocarán pelotas o botellas de colores con semillas dentro. El niño será sentado por la madre delante de la caja estimulando el apoyo a nivel del pecho. Se le brindará tiempo para que explore. Se podrá colocar una pequeña almohada detrás del niño como prevención si es que el niño se va para atrás. Se observa si se cansa al estar sentado o no.		

Evaluación	Momento	Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
	Al adulto significativo	Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()	2	
	Tarea	Se le indica que debe realizar esta actividad dentro de su horario de juego, debe elaborar o encontrar una caja de acuerdo al tamaño del niño.	5	
	Al niño	Comienza a utilizar la postura de sentado al interactuar con su entorno explorando objetos de una caja. Lo logra () No lo logra ()	1	

Sesión Individual 12

Nombre del niño: K

Edad: 10 meses

Fecha de ejecución: 9 de Mayo 2018

Aula: Lila

Título: Escucho los instrumentos

Propósito y evidencia de aprendizaje:

Competencia	Desempeño	Evidencia de aprendizaje
Área: Descubrimiento del mundo Indaga mediante métodos científicos para construir sus conocimientos	Explora, con todos sus sentidos (mira, toca, huele, chupa, escucha) y desde su iniciativa, los hechos que ocurren en su entorno inmediato y algunas características de los objetos que están a su alcance. Desde su iniciativa, realiza diferentes movimientos para alcanzar el objeto que le interesa; luego, lo explora con la boca, lo manipula y, al sacudirlo, escucha un sonido. Vuelve a repetir la misma acción y se da cuenta de que, al sacudir el objeto, puede hacer que suene. Intenta sacudir otros objetos y descubre que algunos suenan al ser sacudidos y otros no.	Escucha y ubica los diversos instrumentos de percusión que se encuentran en el ambiente y luego los explora con sus demás sentidos.
Capacidades Genera y registra datos o información.		
Enfoque transversal	Valores	Actitud o acciones observables
Derecho	Libertad y responsabilidad	Se esperará que la niña tome la iniciativa y ejerza su derecho a realizar la exploración según sus intereses.
Preparación de sesión	Recursos y/o materiales	
Espacio acomodado para recibir a niña y su madre	Pisos microporosos, sábana, música, instrumentos de percusión.	

Momentos		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Inicio	Saludo	Abrazaremos a madre e hija	1	Observamos a la madre, vemos estado de ánimo
	Ubicación en lugar seleccionado	Área de pisos microporosos, la madre e hijo se ubican y se indica que se pongan cómodos.	1	
	Recojo de saberes previos	Se preguntará sobre la forma en que exploran los objetos los niños a esa edad, cómo es que lo hacen.	3	A la madre
	Propósito de la sesión	Explicaremos el propósito de la sesión al adulto significativo (madre), informamos lo que realizaremos y la importancia de la audición en el aprendizaje.	5	
	Motivación	Colocaremos a la niña sentada y cómoda, y escucharemos música infantil con buen volumen. Aplaudiremos y utilizaremos pompones para animar. La madre imitará lo realizado por la profesora.	5	
Desarrollo	Actitud del adulto significativo	La niña se encontrará sentada en una silla de bebe, la madre se encontrará próxima a la niña, la tutora hará sonar un tambor que se encuentra colocado fuera del alcance de la vista además de estar tapado con una sábana. Se esperará que la niña busque de donde viene el sonido o dirija su rostro hacia el lado donde viene. Después se realizará el mismo procedimiento con la pandereta, con la caja china, con sonajas y con las maracas. Luego ubicará de donde viene el sonido, la tutora presentará el instrumento y colocará delante de la niña dándole la oportunidad de tocarlo y explorarlo a través de sus sentidos.	22	
	Contacto físico afectivo () Contacto visual () Comunicación oral ()			

Momento		Actividad	Tiempo minutos	Observaciones
Evaluación	Al adulto significativo	Se le preguntará que aprendió de la sesión. Si tiene alguna duda o pregunta Cómo piensa realizarlo en casa. Entendió () Necesita ayuda () Necesita mucha ayuda ()	4	

	Tarea	Se le indicará que deberá realizar esta actividad dentro de su horario de juego, que se pueden utilizar diferentes instrumentos u objetos sonoros, los cuales deben estar escondidos y luego encontrados por nuestra vos.	3	
	Al niño	Explora con el sentido de la audición los diferentes instrumentos de percusión que hay en el aula. Lo logra () No lo logra ()	1	



AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN INVESTIGACIÓN

Lic. Sheyla Veler Padilla Acevedo

Distinguido profesional:

Habiendo recibido en el despacho de nuestra institución la solicitud de aplicación de una investigación que involucra a los alumnos niños menores de 12 meses con síndrome de Down que asisten a nuestra institución educativa y luego de una reunión con el CONEI de la institución, se le OTORGA el permiso para la ejecución de la misma los cuales se realizaran desde el mes de marzo hasta el mes de Julio del año 2018, con el compromiso de su persona de compartir los resultados de la misma para los fines que como dirección necesitemos.

Atentamente;

Lima, febrero del 2018



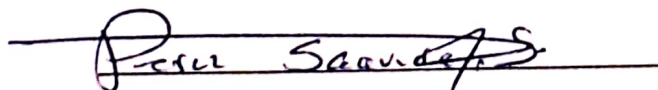
Carmen Elena Cortez Paredes
DIRECTORA (E)

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Pérez Saavedra, Segundo Sigifredo, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada “**La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE Antares, UGEL 02, SMP 2018**” de la estudiante **Padilla Acevedo, Sheyla Veler**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 29 de junio del 2018



Firma

Pérez Saavedra, Segundo Sigifredo

DNI: 25601051

Resumen de coincidencias X

19 %

< >

1	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	3 % >
2	docplayer.es Fuente de Internet	2 % >
3	bienal-clasco-redinju-u... Fuente de Internet	1 % >
4	sid.usal.es Fuente de Internet	1 % >
5	www.atenciontempran... Fuente de Internet	1 % >
6	es.scribd.com Fuente de Internet	1 % >
7	www.desenvolupa.net Fuente de Internet	1 % >



La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de 1 año del PRITE. Antares, UGEL. 02, SMP 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestría en Neuroeducación Infantil

AUTOR:

Sáez de Velazco Padilla Acevedo

ASESOR:

Dr. Segundo Pérez Saavedra

SECCIÓN:

Educación e Idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Desarrollo Neurocognitivo

LIMA - PERÚ

Año 2018

[Handwritten signature]

- [Home]
- [Home]
- [Checkmark]
- [Pencil]
- [Grid]
- [Home]
- 19
- [List]
- [Down Arrow]
- [No Access]
- [Download]
- [Info]



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Padilla Acevedo, Sheyla Veler

D.N.I. : 25697588

Domicilio :

Teléfono : Fijo : Móvil 997354968

E-mail : Sheylapad@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

[x] Tesis de Posgrado

[x] Maestría

Grado : Maestra en Educación Infantil y

Mención : neuroeducación

[] Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Padilla Acevedo, Sheyla Veler

.....

.....

.....

Título de la tesis:

La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con síndrome de Down menores de 1 año del PRITE. Antares UGEL 02, SMP 2018

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : [Signature]

Fecha : 7/01/19



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Padilla Aceredo, Sheyla Veler

INFORME TITULADO:

La intervención temprana en el desarrollo integral de los niños con Síndrome de Down menores de laño del PRITE Antares, UGEL 02, S.M.P. 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Educación Infantil y Neuroeducación

SUSTENTADO EN FECHA: 24 de Octubre 2018

NOTA O MENCIÓN: _____



[Firma]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN