



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MASTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL Y
NEUROEDUCACIÓN

**La intervención temprana y su impacto en el desarrollo
integral del grupo de niños de dos años con trastorno de
espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares S.M.P.
2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Educación Infantil y Neuroeducación

AUTOR:

Br. Carmen Rosa Cortez Pautrat

ASESOR:

Dr. Segundo Sigifredo Pérez Saavedra

SECCIÓN:

Educación e idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Atención integral del Infante, niño y adolescente

LIMA - PERÚ

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **CORTEZ PAUTRAT, CARMEN ROSA**

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

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL GRUPO DE NIÑOS DE DOS AÑOS CON TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA(TEA) QUE ASISTEN AL PRITE ANTARES S.M.P. 2018"

Fecha: 23 de octubre de 2018

Hora: 11:00 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Abner Chávez Leandro

Firma: *[Handwritten Signature]*

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma: *[Handwritten Signature]*

VOCAL: Dr. Segundo Pérez Saavedra

Firma: *[Handwritten Signature]*

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por mayoría

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

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

- Aplicar Arpa.
- Completar la información con la prueba de ransor.

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

A los seres que me enseñaron a vencer mis diferencias y a que sus 20 fueron mi 0.

Mis padres; Cesarino y Rosita.

Al ser que llegó a mi vida, para fortalecerme y enseñarme con sabiduría y a que mis 20 serán su 0.

Mi hija; Danigot.

A todos aquellos seres que me fortalecieron con sus palabras y conocimientos para lograr la meta.

Mis amigas y amigos.

Y a mis hermanos, por siempre estar a mi lado y creer en mí.

Agradecimiento

A todos aquellos niños y niñas, que desde el 2001 llegaron a mi aula en el PRITE Antares, y me brindaron la oportunidad de ver como se convertían sus silencios en palabras, sus vacíos en miradas, sus aleteos en abrazos y festejar todos sus logros.

A mis amigas de ASDRI, por las tardes y noches de conversaciones y entrega de conocimiento de corazón a corazón sobre sus experiencias en el TEA.

Y a mi profesión, porque me permite cambiar vidas, y dejar el mundo, mejor de cómo lo encontré.

Declaración de Autoría

Yo, Carmen Rosa Cortez Pautrat, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Neuro educación infantil, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) PRITE Antares S.M.P. 2018” presentada, en 161 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Neuroeducación Infantil , 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, 10 de agosto del 2018



Cortez Pautrat, Carmen Rosa
DNI 09630624

Presentación

Señores miembros del jurado:

Pongo a su disposición la tesis titulada “La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P. 2018”, cuyo objetivo es : Mostrar, el impacto, de la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. esto, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado Académico de Maestra.

Esta investigación surge de la inquietud de mostrar la importancia de un proceso de intervención temprana del TEA que permita a la familia del niño afectado obtener logros significativos y relevantes para el proceso de inclusión a la sociedad. Siendo que la investigación se ha basado en estudios realizados en diferentes países y sociedades, coinciden con esta investigación en la necesidad de realizar una detección precoz del TEA, a fin de poder intervenir de manera oportuna, eficiente y directa las diferentes características de la discapacidad con la participación activa de todos los miembros de la familia.

La información se ha estructurado en siete capítulos sugerido el esquema de investigación la universidad. En el capítulo I, se considera 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. En el capítulo VI se formula las recomendaciones. En el séptimo capítulo, se presentan las referencias bibliográficas, donde se detallan las fuentes de información en las que se basa la siguiente investigación. Todo ello son los requisitos de aprobación establecidos en las normas de la Escuela de Pos Grado de la Universidad César Vallejo.

La autora.

Índice

	Página.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	
Índice de tablas	
Índice de figuras	vii
Resumen	xiii
Abstrac	xiv
I. Introducción	15
1.1. Realidad problemática	16
1.2. Trabajos previos	18
1.3. Teorías relacionadas al tema	22
1.4. Formulación del problema	76
1.5. Justificación del estudio	77
1.6. Hipótesis	78
1.7. Objetivos	79
II. Método	81
2.1. Diseño de investigación	82
2.2. Variables, operacionalización	84

2.3. Población y muestra	88
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	88
2.5. Métodos de análisis de datos	90
2.6. Aspectos éticos	91
III. Resultados	93
IV. Discusión	115
V. Conclusiones	118
VI. Recomendaciones	122
VII. Referencias	124
Anexos	
Matriz de consistencia	133
Instrumentos	135
Sesiones	165
Validez de los instrumentos	182
Base de datos de las variables	201

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Modelos de intervención temprana	45
Tabla 2	Tipos de apegos	54
Tabla 3	Desarrollo del lenguaje y de la motricidad en el niño	56
Tabla 4	Sugerencias para la secuencia instructiva del juego en personas con autismo.	70
Tabla 5	Trastornos del lenguaje en niños autistas	73
Tabla 6	Organización de la variable intervención temprana	85
Tabla 7	Organización de la variable intervención temprana	86
Tabla 8	Juicio de expertos	88
Tabla 9	Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA), tomando en cuenta el Desarrollo Motor	92
Tabla 10	Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) sobre las actividades del cuidado	93
Tabla 11	Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) sin intervención o con intervención sobre el control de esfínteres.	94
Tabla 12	Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) tomando en cuenta el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego.	95
Tabla 13	Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) tomando en cuenta la vocalización	96

Tabla 14	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	97
Tabla 15	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	98
Tabla 16	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	99
Tabla 17	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	100
Tabla 18	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	101
Tabla 19	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	104
Tabla 20	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	105
Tabla 21	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según actitudes ante	107

	los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	
Tabla 22	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	108
Tabla 23	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo intelectual coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	110
Tabla 24	Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA)	111

Índice de figuras

		Página.
Figura 1	Oído interno- equilibrio	58
Figura 2	Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según desarrollo motor	98
Figura 3	Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según actitudes durante los cuidados	99
Figura 4	Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según control de esfínteres	100
Figura 5	Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego	101
Figura 6	Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según vocalización y palabras	102
Figura 7	Distribución de los puntajes de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares de S.M.P antes y después de la intervención temprana	102

Resumen

La presente investigación titulada: La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P. 2018. Siendo el objetivo general el mostrar, el impacto, de la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018

El tipo de investigación según su finalidad fue sustantiva del nivel descriptivo, de enfoque cuantitativo; de diseño experimental. La población estuvo conformada por los niños y niñas de dos años con TEA que asisten al Prite Antares. La técnica empleada para recolectar información es una observación, los instrumentos es la lista de cotejo Pre test y post test y la recolección de datos fueron a través una adaptación de la escala de Pikler, que fue debidamente validada por el juicio de expertos y determinando su confiabilidad a través del estadístico Coeficiente de Kuder–Richardson (KR-20) , alcanzando un 0,926 de confiabilidad, lo que indica que el instrumento tiene confiabilidad alta.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.027, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis H_1 , la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P

Palabras claves: Intervención temprana, Trastorno del Espectro Autismo (TEA) y Desarrollo integral.

Abstract

The present research entitled: Early intervention and its impact on the integral development of the group of two-year-old children with autism spectrum disorder (ASD) attending the Prite Antares S.M.P. 2018. The general objective being to show, the impact, of early intervention on the integral development of the group of two-year-old children with autism spectrum disorder (TEA) attending the PRITE Antares de S.M.P. 2018

The type of research according to its purpose was substantive of the descriptive level, of quantitative approach; of experimental design. The population was made up of two-year-old boys and girls with TEA who attend the Prite Antares. The technique used to collect information is an observation, the instruments are the checklist Pre test and post test and the data collection was through an adaptation of the Pikler scale, which was duly validated by the expert judgment and determining its reliability through the Kuder-Richardson Coefficient statistic (KR-20), reaching a reliability of 0.926, which indicates that the instrument has high reliability.

According to the result of the Wilcoxon test, it was obtained that the value of the P-value significance was 0.027, a value that is less than 0.05, which is why the hypothesis H_1 was approved, which indicates that the early intervention has a favorable impact on the integral development of two-year-old children with ASD who attend the Red Classroom of the Prite Antares in SMP

Key words: Early Intervention, Autism Spectrum Disorder (TEA) and Integral Development.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

Esta investigación tiene como propósito presentar el proceso de intervención temprana en niñas y niños diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA). La intervención temprana, es un asunto que se ha venido aplicando de manera reciente con los niños con TEA, (trastorno de espectro autismo), existiendo investigaciones y artículos que resaltan el trabajo que se viene ejecutando con esta población infantil que carece de criterios concretos para su detección precoz y abordaje oportuno (antes de cumplir los 18 meses).

Es en este proceso de abordar el trastorno, una necesidad llegar a una detección precoz que permita direccionar de manera adecuada el primer proceso de intervención que puede recibir el niño /niña y su familia luego de una presunción diagnóstica brindada por los especialistas de la salud (neuropediatra, psicólogos, psiquiatras).

La experiencia indica que una detección y atención oportuna de cualquier discapacidad, brinda al niño/ niña y su familia cambios considerables en la conducta, desarrollo cognitivo, capacidad de relacionarse y principalmente la adquisición de habilidades que permiten al niño y niña la oportunidad de iniciar un proceso educativo eficiente y perdurable.

La necesidad que presentó el gobierno de Perú, desde el año 1989, de atender la discapacidad de manera temprana en niños y niñas afectados en su desarrollo infantil a nivel neurológico, cognitivo, sensorial o psicomotor, llevo a la creación de los programas de intervención temprana (Prite). Estos, con el objetivo principal de brindar una adecuada atención a la discapacidad para asegurar su éxito en el proceso educativo y el inicio del mismo a edades apropiadas, y no así como se venía dando, a partir de los 8 años de edad en los niveles de inicial.

Son también niños o niñas proclives a la atención, aquellos que presenten algún riesgo de retraso en la evolución, esto debido a problemas presentados en el momento

de la gestación, natal o pos natal, que conlleven a una presunción de verse afectado su desarrollo.

Una de las grandes características en el trabajo de los programas de intervención temprana es la atención precoz y oportuna de las diferentes discapacidades. Esto se presenta en la mayoría de los casos antes de cumplir los 14 meses. Es por ello que el campo de atención de los niños y niñas es de 0 meses hasta los 3 años de edad, dando una ventana de intervención amplia en donde la evolución del niño o niña se ve reflejada en el momento de su egreso de los programas.

No se puede negar que el proceso de Intervención temprana tiene desde hace algunos años atrás mayor importancia por parte de las autoridades de salud y educación, quienes presentan interés en la creación de espacios para la atención inmediata de niños, niñas y sus padres; esto debido al aumento de niños con problemas y trastornos desde la primera infancia Siendo en el Prite Antares los problemas de TEA la segunda población más atendida (padrón de padres 2016, 2017,2018). Uno de los primeros países en los cuales se habló de intervención temprana fue España, Naira Moya (2014), refirió que en el año 1993 se crea el grupo de atención temprana (GAT), el cual publica “Libro Blanco de atención temprana” (2001).

Uno de los objetivos de la investigación de GAT era buscar reunificar aquellos criterios que ayudarían a organizar el trabajo temprano en la atención al niño menor de 6 años, haciendo énfasis en que los primeros años de vida de un niño son fundamentales para la adquisición de habilidades en todas las áreas de desarrollo. Esta publicación, potencio la importancia del trabajo de intervención temprana en los países europeos y de habla hispana. En este proceso de detección e intervención de los niños y niñas con TEA, en el Perú, la realidad nos indica que el mayor grupo de ellos son mal diagnosticados, o diagnosticados a partir de los 6 años, tiempo en el cual se establecen las conductas sociales.

Las familias con niños con TEA que llegan a los Prite son referidos por otros padres y en muy poco porcentaje por referencia de profesionales que buscan definir el diagnóstico del menor. Esto provoca en los padres un gran desasosiego que se ve reflejado en la poca capacidad de poder comprender a ciencia cierta la realidad de esta condición. Es por ello que el grupo de niños con TEA que asisten a los programas de intervención temprana son en su gran mayoría, niños que solo permanecerán en la institución en un periodo no mayor a 1 año escolar.

El Ministerio de Salud del Perú, Minsa (citado por Sparrow, 2017) indicó que “... en los últimos años la demanda de atención por trastornos TEA se ha incrementado sustantivamente en los establecimientos de salud del MINSA a nivel nacional: en el año 2015 se atendieron 2 843 casos, mientras que en el 2016 la cifra se elevó a 4 832 casos”. Si bien en los Prite a nivel nacional atienden a los niños con TEA, no existe en la actualidad un protocolo o plan de trabajo que nos asegure una atención integral del niño y su familia que permita abarcar todas las áreas del desarrollo, pues los médicos y psicólogos encargados de las evaluaciones, plantean solo las atenciones terapéuticas asistenciales de manera exclusiva, siendo que para el inicio del proceso educativo, tenga el menor que asistir de manera permanente en compañía de una profesora sombra dentro del aula. A través de este trabajo abordaremos la intervención temprana del niño con TEA y su familia bajo el enfoque social y dentro de un trabajo pedagógico.

1.2. Trabajos previos

Existen a nivel mundial, una preocupación latente ante la presencia de niños con TEA, esto se ve reflejado en la serie de investigaciones y artículos científicos que se encuentran con relación al tema. Las investigaciones no solo ven la problemática desde un punto de vista psicológico, neurológico, sino que van más allá de ello buscando encontrar alternativas a tratamientos y detecciones oportunas en el campo nutricional, médico y en el pedagógico como es el interés de esta investigación.

Antecedentes internacionales

Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera y Moyano, (2015). Realizaron un artículo titulado *Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastorno de espectro autismo*, donde aplican el modelo Denver, Este artículo concluye que si bien hay distintos tipos de intervención temprana para estos niños con TEA, siendo para estos autores lo fundamental la detección a tiempo, las horas de intervención y la participación de los padres.

Sánchez, Martínez, Moriana, Luque y Alós, (2015). Presentaron un artículo con el título: *La atención temprana en los trastornos de espectro autismo (TEA)*, en donde aborda la intervención temprana en niñas y niños de 0 a 6 años que presentan trastorno del espectro autista (TEA). La conclusión de estos autores es de crear intervenciones homogéneas que permita a los especialistas cumplir metas específicas y en tiempos exactos.

García, Posada de la Paz., Martín, Santos, Bueno y Canal, (2015) Realizaron un artículo muy completo titulado: *La detección e intervención tempranas en menores con trastorno del espectro autista*. Los autores realizan un análisis de diferentes procedimientos usados para la detección y atención. Los autores concluyen en la importancia de una intervención adecuada y oportuna.

Forment-Dasca (2017) en el artículo: *Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista: Denver y Scerts*, explicó los resultados de la exploración de los dos modelos de atención de los niños que presentan TEA. La descripción de cada uno de estos modelos y las formas de evaluación, se indica son la parte fundamental para el proceso de intervención temprana.

Herranz (2016) en, *estimulación multisensorial con TEA: una propuesta de intervención basada en experimentos científicos en Educación Infantil*. Realizó la revisión de características y concepciones del autismo, así como la forma que estos han ido evolucionando a través de los años. De igual manera, expuso los diferentes

síntomas y formas de diagnosticar a los niños con TEA luego de realizar las evaluaciones correspondientes. Expuso que, a través de estas acciones, lograría establecer las pautas para llegar a una intervención eficiente para estos niños. La muestra constó de tres niños con TEA, una con síndrome de Rett y dos menores con discapacidad psíquica moderada y grave. La propuesta de esta investigadora busca exponer las ventajas de las actividades multisensoriales para estudiar las ciencias experimentales apoyándose en las TIC, todo esto con el apoyo de la familia de los menores. Para poder evaluar las sesiones la evaluadora utilizó la observación.

Investigaciones Nacionales

Gonzales, (2014). Presenta el artículo titulado: *Enfoques de intervención para niños con trastorno de espectro autista: Últimos avances*. En el artículo, presentó a través de la revisión de diferentes teorías, los últimos enfoques en el proceso de intervención a los niños con el trastorno de espectro autista. Buscó resaltar el enfoque conductual como tratamiento óptimo para estos niños. Concluyendo que es indispensable la búsqueda de evidencias para poder realizar una intervención. Enumeró aquellos enfoques donde se ha encontrado resultados y de igual manera expone los procedimientos que según el autor, carecen de evidencia para poder ser recomendados.

Gonzales, y Anicama (2017). En *Resiliencia y bienestar psicológico en madres de hijos con trastorno del espectro autista de un centro de educación básica especial de lima sur*, presentó una investigación donde se expuso el vínculo existente entre la resiliencia y el bienestar psicológico en las madres de hijos con trastorno de espectro autista en un CEBE de Lima sur. La investigación descriptiva, comparativa y correlacional tuvo un diseño no experimental. La investigación realizada tuvo como población, al grupo de 130 madres de niños con TEA que asisten al CEBE "Cerrito Azul" de San Juan de Lurigancho. Los resultados demostraron la influencia directa de la resiliencia de las madres que presentan un bienestar psicológico.

Arphi, Sánchez y Vásquez. (2017), presentaron el estudio *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y Nivel de estrés en padres con hijos autistas*, donde buscaron establecer la correspondencia entre el uso de habilidades para asumir el estrés y el nivel de estrés de las cabezas de familias (padres y madres) de niños con TEA en la asociación (Aspau) en el año 2016, durante los meses de setiembre a noviembre. El estudio cuantitativo descriptivo correlacional, se realizó con una muestra de 50 padres. Para la obtención de los datos los autores usaron instrumentos de validación (2), el test COPE, así como el instrumento de Pediatric Inventory for Parents (PIP). El primer instrumento, buscó a través de 60 ítems examinar las estrategias para enfrentar el estrés, mientras que el segundo, buscó evaluar a través de 42 ítems el nivel de estrés que presentaban los padres de estos niños. Ambos instrumentos fueron aplicados, de manera personal a los padres que voluntariamente aceptaban realizarlos. Los resultados evidenciaron que el 72% de las cabezas de familia (ambos padres) enfrentaban un estrés moderado, mientras que el 66 % se mostraron evitativos. De igual, manera no encontraron relación entre la forma como se asume el estrés y el nivel del mismo.

Huamantuma (2017), a través de la investigación *Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los cebs de la ciudad de Arequipa*, buscó establecer la correspondencia entre el bienestar psicológico y la calidad de vida de las familias de niños con TEA. Para poder obtener la información, la autora realizó encuestas utilizando dos cuestionarios: La escala de bienestar psicológico y la escala de calidad de vida de familias, ambas validadas. La muestra constó de 42 padres de familias que tenían niños con TEA, estos asistían a los CEBES de la ciudad de Arequipa y de manera voluntaria accedieron a participar. Concluyo la investigación afirmando la correspondencia entre el bienestar psicológico y la calidad de vida de manera significativa en los padres de los niños con TEA, que asisten a los Cebes de la ciudad de Arequipa. Cuando analizó los indicadores de bienestar psicológico y satisfacción de la calidad de vida, no encontró relación en las variables y los indicadores, pues encontró valores mayores que 0.05.

Hidalgo (2016) en, *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (m-chat) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo*. Buscó establecer en el M – CHAT, la confiabilidad, la validez, así como la psicometrías y normas del mismo al aplicarlo en niños de 18 meses a 9 años, mostrando un bosquejo psicométrico – tecnológico. En cuanto a la conclusión el investigador llega a la conclusión que los ítems, tiene una significancia alta con relación a la validez del contenido de las mismas, sin embargo, existiendo dos que, aunque cuentan con un nivel adecuado, no fue significativo para los evaluados. En cuanto a los ítems existió una correlación. Indica para concluir que los niveles de confiabilidad en la consistencia interna y estabilidad, son moderados.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Sobre el espectro autismo

Es muy poco lo que se sabe del autismo, y es el término: *Trastorno del Espectro Autista* una denominación muy reciente. Durante muchos años, los niños y niñas que presentaba características de privación de las conductas sociales, retraso o ausencia del habla, entre otras conductas peculiares, eran tratados y diagnosticados, como personas con problemas psiquiátricos. Es pues que en el año de 1943 aparece por primera vez un Artículo original: de Kanner (1943). Titulado, *Autistic disturbances of affective contact*.(Trastornos autistas del contacto afectivo) donde por primera vez se registró 11 casos, (8 niños y 3 niñas) con edades mayores a los 6 años, que presentaban conductas similares descritas de manera específica, no solo por los evaluadores, sino también por los padres quienes en un primer momento, los habían catalogado como personas con problemas mentales y en los casos más dramáticos, retraso mental severos.

Si bien, a través de las cortas anamnesis, existían similitudes en cuanto a su desarrollo motor, trastornos en la alimentación (en la mayoría de ellos), problemas a temprana edad en la salud (amígdalas inflamadas, episodios diarreicos, etc.), también observó, que la gran parte de los padres presentaban una inteligencia superior, pero

con pocas habilidades sociales, incluso algunos que expresaban abiertamente su rechazo hacia la paternidad o maternidad.

Se evidencian en estas descripciones, la identificación por parte de las madres (en la mayoría de los casos) actitudes diferentes a los hermanos, así como retrocesos significativos a partir de los 2 años de edad. Es por ello que un buen grupo de estos niños habían sido internados por sus familias, tempranamente en centros psiquiátricos y algunos incluso en asilos para tuberculosos. Kanner,(1943) comenta hacia la parte final de su artículo:

La combinación de autismo extremo, obsesividad, estereotipia y ecolalia, relaciona el cuadro global con algunos de los fenómenos esquizofrénicos básicos. De hecho, a algunos de los niños se les había diagnosticado de ello en un momento u otro de su vida. Pero a pesar de las notables similitudes, la condición difiere en muchos aspectos de todos los otros casos conocidos de esquizofrenia infantil (p.36)

Es pues, luego de este artículo que se empieza a nombrar a las personas con las características descritas por Kanner, como Autistas. Kanner, en conclusión, indicaba que el autismo era un problema emocional y no físico que era causado por los padres por no poder saber educarlos y criarlos, provocando en estos un alto grado de culpabilidad al no poder comprender cual podría haber sido el hecho que provocó en sus hijos semejante retraso y problemas para adaptarse a su entorno y estar conectados a la realidad.

Es sin embargo, interesante revisar el estudio que presentó Hans Asperger (1944) donde describió peculiaridades de las personas con autismo no observadas o tomadas en cuenta por Kanner en su estudio. Asperger, observó aquellos casos en los cuales la persona con autismo desarrolla habilidades de manera notoria, a pesar de presentar de igual forma características señaladas por Kanner en su estudio. Asperger mostro un nuevo concepto del autismo mostrando la parte de las capacidades que estos desarrollan de manera natural en la mayoría de casos. Es importante indicar que

el trabajo de Asperger, se basó en la observación y la descripción de aspectos relevantes para un evaluador y que muchos médicos utilizan aún hoy en día.

Es pues el primer autor que describió más al autista como un “ser” peculiar, y se evidencia cierta comprensión de sus conductas. Describiendo no solo actitudes, sino también apariencias físicas y muestra a las personas afectadas como “pequeños profesores”, esto debido a las habilidades que este descubre en la forma de expresarse, una vez logrado el lenguaje y de los temas que estos abarcan.

Asperger, indicó: “Para una persona con autismo sólo existe él mismo (éste es el significado de la palabra griega "autos") y no se comporta como un individuo que está y se percibe dentro de un entorno social al que influye y que influye en él, de manera constante” (p.1). Utilizando la denominación: “Psicopatía autista de la infancia” (nombre como también denomino a su investigación), para definir a las personas que a su entendimiento, carecían de capacidad para establecer relaciones (problemas de empatía), realizaban conversaciones unilaterales pero, de temas complejos aparentemente sin sentido, personas que presentaban torpeza motora y en su mayoría una flexibilidad en miembros superiores e inferiores y movimientos repetitivos y estereotipados , así como problemas para referirse a ellos mismos en primera persona en el momento de un dialogo , dificultad que muchas personas refieren presentó usualmente el autor. Otra de las características que más resaltó Asperger es el aspecto físico de la mayoría de ellos, agradables a la vista y con una alta posibilidad de lograr habilidades en la adultez.

Es sin embargo en la década de los 70, en que la madre de una niña con autismo, retoma las investigaciones sobre el tema. Esta madre se llama Lorna Wing, quien, en el año de 1979, junto con Judith Gould presentaron un estudio donde por primera vez exponen el concepto de espectro autista (Castellanos, 2014). Wing (1979), psiquiatra inglesa, realizó con su compañera un estudio, donde expuso el autismo como un conjunto de síntomas que, observan pueden ser asociados a una serie de trastornos y también a problemas intelectuales. Ellas indicaron que existen personas que

presentan un gran porcentaje de las características expuesta por Kanner, pero también aquellas que con un retraso en el desarrollo o problemas neurológicos muestran similares conductas.

También observan que estos niños y niñas presentan, problemas metabólicos, en algunos casos se encontraron alteraciones a nivel genético y en los casos más graves, epilepsia en la primera parte de la infancia. Indicaron que son los síntomas lo que puede definir el tipo de tratamiento con el que debe ser atendida la persona afectada más que por las etiquetas o definiciones psiquiátricas o psicológicas. Es en esta investigación, que reunieron a todos aquellos niños menores de 15 años que presentaban en un barrio de Londres, algún tipo de discapacidad intelectual, problema físico y de conductas leves o severas; encontrando que habían niños con pocas características descritas por en el que en ese entonces se conocía como el único autor que describía el autismo (Kanner).

Años después, al traducir las investigaciones realizadas por Hans Asperger, Wing, identifico semejanzas con aquellos niños que podían ser asociados a sub grupos que podrían presentar algún tipo de afectación a la comunicación y a las habilidades sociales. A los cuales posteriormente Wing (1981) denominó, niños con síndrome de Asperger, en honor al psiquiatra que los describió por primera vez. Ya en el año de 1996, Wing, publica su libro *The Autistic Spectrum. A Guidefor Parents and Professionals*, en Londres donde explicó de una manera clara, porque se empieza a mencionar el termino espectro autista indicando :

En el DSM (1994) adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastornos autistas y que son trastornos del desarrollo, no «psicosis ». El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de «trastornos generalizados del desarrollo». A la mayoría de los padres del Reino Unido no les agrada este término y lo encuentran confuso. Prefieren «**trastornos del espectro autista**» y éste es el término que utilizaremos en este libro. (p.30)

En el DSM 5 (2013) se encontró ya el título Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se cambia el término pues, como indica Wing, no se puede afirmar que existe en estas personas un trastorno generalizado en su desarrollo. Es pues que en esta denominación, "Espectro Autista", se encuentran insertos el síndrome de Asperger, más no así el síndrome de Rett, el cual, al ser identificado el gen que lo ocasiona, se reconoce que la mayor parte de personas afectadas con este síndrome son mujeres, teniendo estas, una evolución diferente a las personas afectadas con el espectro autista.

Criterios del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, DCN5 (2013)

Palomo, (2017) analizó la nueva clasificación de los TEA en el DCN5, dentro del análisis del mismo hace referencia de las diferentes modificaciones y cambios surgidos en ello. Es pues como se indica en párrafos superiores que se van eliminando términos, cambiando en los criterios en los cuales se basará el diagnóstico del trastorno del espectro autismo (TEA). En este nuevo DCN, se busca lograr integrar características para realizar un diagnóstico más definido del TEA, es por ello que se aumentan la cantidad de áreas alteradas para poder determinar que una persona exterioriza el trastorno.

Para poder definir, que una persona presenta este trastorno, debe tener distorsiones en tres áreas específicas, que se incluyen dentro de los déficits en la interacción y comunicación social (correspondencia socio-emocional, comunicación no verbal y desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones), así como dos de las cuatro áreas alteradas en el repertorio restringido de conductas e intereses (conductas repetitivas, insistencia en la invariancia, intereses restringidos o alteraciones sensoriales). Sin embargo, ya se ha presentado una alarma ante la rigidez de estos criterios, dando paso a que personas que presentan alguno de estos síntomas de manera leve o mínima, no son tomadas en cuenta como personas con TEA, por no cumplir con todos los criterios que presentan para el diagnóstico y dejan de ser

considerados y atendidos como TEA, aun cuando se evidencia que si sufren del trastorno, esto hace que en países en donde existe una subvención por parte del estado para las atenciones médico y terapeutas, sean excluidos a pesar de presentar algunas características significativas, más no todas ellas.

¿Qué es el Trastorno de espectro Autista?

Como se ha tratado de explicar, la definición del autismo ha ido modificándose, incluso aún en estos días se le da interpretaciones tomando en cuenta diversas perspectivas:

Para el Ministerio de Educación Minedu, la definición del Autismo se expuso a través de la Guía para la atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autismo – TEA (2013), indicando:

Los trastornos del espectro autista (TEA), también denominados trastornos generalizados del desarrollo (TGD), son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia. En los años setenta, el autismo junto a otras categorías diagnósticas como Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo de la infancia, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado No Especificado, formaron parte del llamado Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), término y clasificación que sigue vigente en los manuales diagnósticos. (p.9)

En la ley 30150 de protección de las personas con trastorno del espectro autismo (TEA) en su artículo 2: (2015) indica lo siguiente:

Para los efectos de la presente Ley, se entiende por trastorno del espectro autista (TEA) a los trastornos generalizados o penetrantes del desarrollo neurobiológico de las funciones psíquicas que engloban un continuo amplio de trastornos cognitivos y/o conductuales que comparten síntomas centrales

que los definen: socialización alterada, trastornos de la comunicación verbal y no verbal y un repertorio de conductas restringido y repetitivo. (p.4)

Es pues la organización mundial de la salud ONUM (2017), quien define al autismo como: “Un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo”. Y es pues, donde se basan la mayoría de las definiciones a nivel mundial.

Es sin embargo, Coto (2017), quien publica un artículo titulado autismo infantil: el estado de la cuestión. En este artículo, se analiza las diferentes investigaciones bibliográficas que existen sobre el Autismo Infantil con la finalidad de encontrar una definición evaluando todas las teorías y conceptos que hasta ese momento se dan por válidos. Define algunos criterios sobre el diagnóstico, desde un punto de vista psicológico, así como a procedimientos y métodos que se usan para determinar el autismo. Siendo una de sus conclusiones:

En un principio las dificultades del diagnóstico diferencial eran abundantes, por la similitud sintomática y la proximidad etiopatogénica con otros cuadros al ser un trastorno del desarrollo. Aunque no se ha encontrado la etiología ni el tratamiento específico, sí se han realizado importantes descubrimientos respecto a cuáles son más eficaces y cuáles utilizar para síntomas y conductas específicas. Se ha descubierto también que aunque no es una enfermedad reversible porque conlleva un daño en el desarrollo, puede ser minimizado mediante diversas Técnicas de educación especial que se apoyan interdisciplinariamente en la psicología, psiquiatría, medicina, biología, pediatría, trabajo social, etc. (p.177)

Es evidente, que el concepto del Trastorno del Espectro Autismo, está basado en la forma como se determina su identificación (evaluación). No teniendo una definición concluyente, si, una serie de criterios para identificarlo.

La Detección Precoz

En cuanto al proceso de intervención temprana, las diferentes investigaciones que se encuentran, plantean de manera contundente la importancia de contar con una detección precoz del niño o niña con TEA. Araceli, Martínez, Moriana, Luque y Alós, (2015). Desarrollaron los principios que consideran deben guiar la atención temprana a la hora de intervenir con niños y niñas con trastorno de espectro autista. En su artículo, realzaron la importancia que tiene la detección precoz del trastorno (TEA) y rescataron de igual manera la intervención temprana con los menores y sus familias. En el artículo, hicieron referencia sobre el diagnóstico precoz y el diferencial, así como los diferentes tipos de tratamientos que existen para atender al TEA. De igual manera, se expusieron las principales dificultades para validar un tratamiento eficaz en atención temprana en estos niños cuando el diagnóstico no es adecuado u oportuno. El artículo concluyó que lo más recomendable es estandarizar manuales con procedimientos que asegure una intervención homogénea, así como establecer evaluaciones que permitan una detección temprana de estos niños.

La intención fundamental de los autores fue, que se tome en consideración las experiencias expuestas, a fin de poder realizar un análisis crítico y constructivo de las experiencias en la detección presentes y las futuras. De manera interesante analizaron la búsqueda de biomarcadores donde se exponen aquellos antecedentes médicos y evaluaciones que pueden ser tomadas en cuenta para poder lograr la detección precoz del TEA en los niños. Durante el artículo hicieron hincapié de la importancia de identificar de manera asertiva el TEA y no confundirlo con otras alteraciones tempranas en el desarrollo con incidencia en afectación intelectual, que suelen presentarse, siendo el planteamiento de la intervención totalmente diferente.

Por su parte, García, Posada de la Paz, Martín, Santos, Bueno, y Canal, (2015) afirmaron que , la detección precoz, es uno de los puntos importantes que asegura poder plantear de manera asertiva, no solo un diagnóstico oportuno y preciso, sino también, poder brindar al niño y su familia la posibilidad de acceder a un tratamiento adecuado, una intervención temprana (esto tomando en cuenta la edad en

que se detecta) y asegurar el éxito de la inclusión del afectado con TEA, al contexto familiar y social. Fue pues para los autores, indispensable a través de este artículo, sensibilizar a todos los actores involucrados en el proceso de detección oportuna del TEA, en especial al personal de salud pues, son los llamados a detectar de manera responsable e inmediata todos aquellos indicadores que desde el primer momento se van presentando en el desarrollo del niño. Es expuesto en el artículo, la necesidad de organizar y priorizar todos aquellos instrumentos que deben ser aplicados y establecer, de manera coherente los pasos a seguir por la familia a fin de poder obtener el progreso significativo del niño. Concluyó el artículo, con la expectativa de que el trabajo en proceso de la detección precoz y la intervención temprana y oportuna, hará la diferencia en los niños que están presentando TEA, así como el cambio que esto significa para los miembros de las familias afectadas, dejando abierta la posibilidad de encontrar mejores alternativas en el diagnóstico y la unificación de criterios para asegurar una identificación rápida del TEA y por ende un proceso de intervención eficiente.

Los llamados a poder realizar una detección precoz del TEA, son las personas a cargo de los controles periódicos del niño en el sector salud, pues al detectar algunas ausencias de habilidades y retrasos en el desarrollo del niño o niña, tendrían la obligación de poner la alarma de estas a los padres y derivar de manera inmediata a los especialistas correspondientes para iniciar una adecuada evaluación. Campos, (2007) recopiló la información de un grupo de autores (Ornitz, Ritvo 1968, 1968; DeVillard, 1986, Marroquín 1992) , quienes nombraron algunas de las características del trastorno, tomando en cuenta la edad en que aparecen los indicadores en el individuo.

Estas son:

Periodo postnatal inmediato

1. Inusualmente quietos.
2. Inactividad motora.
3. Hiporreactividad emocional.
4. Irritabilidad.
5. Hipersensibilidad a estímulos auditivos, visuales y táctiles.

Periodo neonatal

1. Alteraciones en el llanto.
2. Ausencia de llanto.
3. Evitación a ser tomado en brazos, o postura peculiar con flacidez muscular.
4. Hipoactividad

Primer semestre

1. Ausencia de llanto.
2. Dificultad para relacionar llanto con hambre.
3. Soledad extrema.
4. Fracaso en notar ausencia-presencia de la madre.
5. Ausencia o retraso en la manifestación de sonrisa social.
6. Ausencia de respuesta anticipatoria a ser cargado.
7. Postura hipotónica o hipertónica al ser cargado.
8. Uso inusual de juguetes o desinterés en éstos.
9. Hiperreactividad a juguetes y objetos.
10. Hiperreactividad ante estimulación sensorial.
11. Falla en la vocalización.

Segundo semestre**Alimentación:**

1. Rechazo hacia alimentos sólidos.
2. Rechazo a mantener los alimentos en la boca.
3. Rechazo a masticar.
4. Rechazo a tragar

Juguetes:

1. Desinterés.
2. Uso inadecuado.
3. Golpeteo.
4. Dejarlos caer de su mano o sujetarlos por tiempo prolongado.

Desarrollo motor:

1. Deambulaci3n retardada o precoz.
2. Ejecuci3n interrumpida: ejecuci3n acelerada de una habilidad motora presentando posteriormente un retraso en la ejecuci3n de la habilidad siguiente.
3. Fracaso en el uso

Relaciones interpersonales:

1. Postura hipot3nica o hipert3nica al ser cargado.
2. Desinter3s al dejar de ser cargado.
3. Fracaso en la realizaci3n de juegos correspondientes a su edad.
4. No imitan "adi3s" con la mano.

Comunicaci3n:

1. Fracaso para imitar sonidos y palabras.
2. Retraso en comunicaci3n no verbal.
3. Fracaso en se1alalar lo que desea.
4. Retraso en el desarrollo del lenguaje.
5. Precocidad en el desarrollo del lenguaje seguido por el fracaso en el empleo de palabras previamente adquiridas.

Atenci3n y percepci3n:

1. Sospecha de hipoacusia.
2. Atenci3n visual inusual hacia movimientos de manos y dedos.
3. Reacciones adversas hacia ciertas texturas.
4. Preferencia por tocar superficies espec3ficas.
5. Rechazo a ser aventado hacia arriba.

Segundo y tercer a1os

Desarrollo motor:

1. Deambulaci3n con los pies de punta.

Relaciones interpersonales:

1. Uso de las personas como extensi3n de s3 mismas.
2. Mirada que traspasa.
3. Falta de inter3s en compartir actividad l3dica.

Atención y percepción:

1. Respuestas bizarras asociadas a sensaciones auditivas, visuales, y táctiles.
2. Fracaso en respuesta visual.
3. Bruxismo.
4. Conocimiento inusual de la superficie de los objetos.
5. Atención inusual a sonidos generados por él mismo.
6. Ignora estimulación externa.
7. Manierismos en manos, brazos, y dedos que semejan aleteo.
8. Uso inusual de objetos: la persona gira todos los objetos, se interesa primordialmente por objetos que giran, y golpeteo de objetos.
9. Uso inusual del cuerpo: se observa balanceo, y girar el cuerpo en su propio eje.
10. Actividades estereotipadas y repetitivas. (p.86-89)

Fue entonces que Campos (2007), indico en su libro Trastorno del espectro autista, que si bien existen diferentes investigaciones que describen el trastorno, y que cada individuo presenta peculiaridades, son las características mencionadas las que se repiten continuamente y las que deben ser observadas, identificadas y alertadas por los padres y aquellas personas que están a cargo de la evaluación periódica del menor (control del niño sano). Esto asegura una detección precoz del trastorno y con ellos, poder intervenir al menor de manera oportuna. Es fundamental la identificación inmediata, para poder realizar un acompañamiento emocional a la familia, y permitirles lograr mejoras considerables en el momento de la intervención y la efectividad en los resultados de la misma.

En el Perú, “el diagnóstico precoz, es una responsabilidad que se ha delegado al sector salud, específicamente neurólogos, psiquiatras y eventualmente psicólogos. Esto genera que los especialistas en su mayoría realicen una evaluación con instrumentos que no se ajustan a nuestra realidad” (Hidalgo 2016 p.13), ocasionando

que muchas de las familias ante alguna evidencia del TEA, inicien una peregrinación por diferentes especialistas, buscando el que pueda explicar de manera más clara lo que se está presentando en el menor. Es en esos momentos en donde la orientación adecuada hará que estas familias puedan acceder al Programa de Intervención Temprana e iniciar su atención de manera precoz.

Uno de los avances que se tiene en el proceso de la identificación de la persona con TEA, es el compromiso que ha asumido el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad Conadis, a través del trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, quienes buscan registrar la cantidad real de personas que presentan TEA en la actualidad, sin embargo en las nóminas del Minedu, (registro de los niños asistentes en un aula) no figuran el TEA, siendo que deben ser registrados como otros o en algunos casos colocados en el casillero de discapacidad intelectual. Es pues que por este motivo solo se cuentan con cantidades aproximadas quedando pendiente la identificación de la población diagnosticada y la oculta dentro de las cunas, Pronois y centros educativos a fin de recibir una atención oportuna y eficiente.

La detección en nuestro país se realiza a partir de los 6 años, tiempo en que como refieren la mayoría de los Neuropediatra responsables de las evaluaciones, ya se debe haber desarrollado todas las habilidades sociales y de comunicación en el menor, dando paso a la confirmación del trastorno. Mientras esto pasa, el niño o niña ha sido atendido en servicios terapéuticos y en muchas ocasiones, por recomendación de los neurólogos, son llevados a los centros educativos con profesoras sombras que acompañan todo el proceso de atención a la escolaridad sin reunir en muchas ocasiones, las destrezas básicas para este propósito, confundiendo el proceso de inclusión con el de integración educativa.

El estado en la búsqueda de crear espacios seguros para las personas afectadas al TEA promulga el 8 de enero del 2014, la ley N° 30150 Ley de protección

de la persona con trastorno del espectro autista (TEA) en donde en su primer artículo expone :

La presente Ley tiene por objeto establecer un régimen legal que fomente la detección y diagnóstico precoz, la intervención temprana, la protección de la salud, la educación integral, la capacitación profesional y la inserción laboral y social de las personas con trastorno del espectro autista (TEA), al amparo de lo dispuesto por el artículo 7 de la Constitución Política del Perú y de la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.

Es en el año 2015 que se aprueba el reglamento de la ley, en donde se indica que existe un protocolo de detección y diagnóstico precoz para la atención inmediata de niños menores de tres años, cayendo la responsabilidad de la detección de los menores en el Ministerio de Salud que a través de sus centros de salud atenderán a madres y niños menores para su aplicación en caso de sospecha o diagnóstico precario.

En el año 2017, el Minsa realizó la atención de 12.150 personas con TEA en todos los hospitales y postas médicas a su cargo, de esta población atendida, el 80% eran menores de 10 años. Las autoridades del Minsa, ponen la alarma del aumento de niños que están presentando esta condición. Sin embargo, indica que la detección precoz e intervenciones a través de terapias solo se realizan en instituciones especializadas del Minsa y no así en todas las sedes con las que cuenta a nivel nacional. Esto hace que los lugares donde los padres podrían recibir esta atención se vean abarrotados de familias buscando obtener un diagnóstico oportuno, provocando en los padres procesos de estrés y ansiedad que conlleva a problemas emocionales en las personas que deben dar soporte inmediato al menor.

La importancia y necesidad de realizar una detección precoz llevó a un equipo multidisciplinario integrado por ingenieros, bioquímicos, psicólogos, neuropediatras en el Perú, a elaborar un software de telediagnóstico que permite la detección de los niños con TEA en un rango menor a los 2 años. Este recurso podría ser aplicado en aquellos

lugares donde existe ausencia de personal calificado para la detección. (Zonas rurales y alejadas). La Editorial Océano (2017) a través de su página web Océano Medica (argentina) publicó un artículo donde expone las ventajas de este software y las repercusiones del mismo para las familias y especialistas a cargo de la detección temprana del TEA. El “Sistema portátil-costo efectivo para el diagnóstico precoz de autismo en niños”, consiste en presentar al niño o niña, un material audio visual que muestra de manera paralela una escena social con personas en movimientos cotidianos y en el otro lado de la pantalla, una imagen abstracta donde se visualizarán formas geométricas, con un desplazamiento uniforme y repetitivo en el espacio. Mientras el niño observa las imágenes, la cámara de la computadora o Tablet donde se encuentre instalado el software, registrará la mirada y las expresiones de los niños y niñas. Esto podrá determinar la preferencia visual que tiene los menores expuestos al programa. Estudios anteriores, demostraron que los niños afectados con TEA, pueden permanecer largos periodos de tiempo observando imágenes abstractas (del 75 a 85%) , mientras que los niños que no presentan TEA, pueden permanecer de un 71 a 100% observando situaciones sociales.

El Ingeniero Román, (2017) a cargo del equipo del Laboratorio de Bioinformática y Biología Molecular de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, creadores del software indica:

Este sistema está basado en una herramienta “eye-tracking” y es altamente costo-efectiva” utilizando algoritmos automáticos que trabajan evaluando la preferencia visual del niño” (...)“Todos los datos personales y de diagnóstico que genere la herramienta serán almacenados de forma anónima en un servidor web para su seguimiento, control adecuado y análisis estadísticos”, (...). “Por lo tanto, la detección del autismo en una edad precoz permite ofrecer tratamientos que mejoren el desarrollo social y psicológico del niño. La falta de este tratamiento a edad temprana tendrá efectos adversos y secuelas severas e irreversibles, como la ausencia completa del habla, el

retraso en el desarrollo, los movimientos repetitivos, la agresividad, el auto daño y la falta de habilidades para comunicarse.

La propuesta de estos especialistas es brindar de manera gratuita esta herramienta para todas aquellas instituciones de zonas alejadas, la única inversión, como refieren sus creadores, es adquirir una Tablet o computadora para poder ser instalado el programa.

Es pues evidente que la necesidad de lograr herramientas eficaces para poder detectar a los niños y niñas con TEA, es una prioridad para todos los países, pues como se indica en diferentes artículos, investigaciones y propuestas, el poder trabajar antes de los 3 años, hará la diferencia para lograr todas aquellas habilidades que son fundamentales para una socialización e integración al mundo que los rodea, mundo que le es ajeno por la naturaleza de esta condición.

Sobre la intervención temprana

La Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), a través de su publicación: *libro blanco de la atención temprana* (2000), define a la intervención temprana como la suma de actividades dirigidas a la población menor de seis años, a su familia inmediata y a todas las personas de su entorno, teniendo como objetivo atender lo antes posible aquellas alteraciones permanentes o momentáneas que puede evidenciar un niño o niña en su desarrollo o que presente la sospecha de tenerlo. Las intervenciones tempranas, (agrega el equipo del GAT autores de este libro), deben ser planificadas por un conjunto de profesionales que asumirán al niño o niña de manera integral, esto tomando en cuenta que el profesional pueda ser interdisciplinario o transdisciplinario en el momento de la intervención.

Se reconoce pues que la primera Infancia, es la etapa primordial en todos los seres humanos, en donde se establecen de manera dinámica y compleja la formación emocional, físicas, así como se adquieren las habilidades sociales, (desarrollo integral), esto desde los primeros meses de vida. Es pues que en estos primeros años de vida el

niño y niña se enfrenta a una etapa fundamental en la que la adquisición de diferentes habilidades se da con mayor fuerza. Estas áreas (cognitiva, afectiva, lingüística, motora, sensorial, etc.) serán fundamentales para la percepción del niño o niña con el mundo como tal. Todos estos aspectos desarrollados de manera adecuada y en momentos específicos aseguran la evolución y desarrollo óptimo del niño/niña a su entorno.

La intervención temprana surge en el Perú por la necesidad de atender la discapacidad lo más temprano posible, pues hasta los años 80, los niños con alguna habilidad diferente ingresaban a la escolaridad especial a partir de los 5 a 6 años, a un nivel inicial, siendo esto un proceso largo en el que concluía su primaria a los 18 años en el mejor de los casos. Antes de esto, el niño había sido atendido terapéuticamente el hospital o siendo asistido en casa.

La intervención temprana atiende al niño y niñas con discapacidad o riesgo de adquirirla. En la actualidad la edad de atención en los programas de intervención temprana en el Perú es desde los 0 a los 3 años de edad, esto, para asegurarnos que los niños asistan de manera temprana a un proceso escolarizado ya sea en la básica regular (inclusión) o en la básica especial (CEBE). En el Prite Antares, los niños son atendidos de manera individual (dos veces por semana) en un periodo de 45 minutos y a través de atenciones grupales (dos veces por semana) por 60 minutos, estas atenciones deben ser acompañadas de la madre, padres y la familia inmediata.

El grupo de trabajo en esta institución, esta constituido por un equipo interdisciplinario integrado por personal de salud (tecnólogos ocupacionales, físico y psicólogo) que cuentan con una segunda especialidad en pedagogía, así como dos docentes de educación especial, una de ellas con la especialidad de atención a problemas de audición y lenguaje. Es pues el trabajo transdisciplinario apoyado por este equipo multidisciplinario, el que ejecuta las intervenciones en el niño, niña y sus familias, las cuales se plantean luego de realizar una entrevista personal, aplicación de

listas de cotejo y visitas a su domicilio. En este marco de trabajo, la profesional del aula roja planteó una serie de actividades que comprometen el trabajo con los padres y refuerza aquellas áreas que se ven afectadas en el niño y niña con TEA y sus familias. En este marco de intervención, la participación de todos los miembros de la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.) es fundamental, pues dejan de ser espectadores del proceso de atención al menor, pasando a ser convocados a participar de manera activa a las diferentes diligencias que la institución y tutora a cargo del niño requiere.

Una de las estrategias que la tutora del aula roja ha implementado en el trabajo, son las reuniones de los padres una vez al mes en las diferentes casas de los niños o niñas, en horarios fuera de la atención del Prite, con el objetivo de contar con espacios de conversatorios, intercambio de orientación, así como momentos de acercamiento de los diferentes miembros de la familia que no pueden asistir al Prite por los horarios de trabajo o estudio. En estas charlas, se abordan de manera más profunda el tema de la alimentación en los chicos, los problemas conductuales, el estrés de la familia, etc., así como el abordaje de temas que han ido surgiendo como necesidad del grupo, para poder enfrentar el TEA, dentro del contexto familiar y social de sus hijos.

En cuanto a las intervenciones individuales, consta de actividades que se programan de manera diaria con el niño y niña que surgen de la respuesta a la necesidad evidenciada en el momento de la evaluación inicial. Por ello los padres son informados de las habilidades del niño o niña, así como aquellas destrezas que son necesarias desarrollar en ellos, como parte de un plan de orientación individual (POI) y estas a su vez se ven reflejadas en las hojas diarias de intervención, las cuales son ejecutadas con la participación activa de los padres y familiares acompañantes a la intervención del niño al Prite. En las intervenciones grupales, los familiares, tienen la oportunidad de trabajar con otros padres e intercambiar experiencias en un marco de trabajo conjunto con los especialistas a cargo de dicha actividad.

Las áreas que ahí se trabajan, están enmarcadas en las especialidades que los profesionales que atienden en el Prite Antares cuentan, dando prioridad a aquellas actividades que como resultado del trabajo de equipo han sido expuestas en las reuniones semanales que realizan. De igual manera, el trabajo transdisciplinario en el Prite Antares, se logró gracias a la participación activa de todos los miembros del equipo interdisciplinario, quienes de manera permanente capacitan, coordinan y trabajan en las diferentes estrategias que deben realizar los profesionales de Prite para la ejecución de un proceso de intervención integral. Este trabajo transdisciplinario es fundamental en el momento de intervenir a un niño con habilidades diferentes. Pues permite el abordaje de todas las áreas con el uso de estrategias, técnicas e instrumentos que potencian la intervención de las habilidades del menor, así como estimula y enriquece el trabajo del profesional a cargo del niño y su familia.

Propuestas de Intervención Temprana para niños y niñas con TEA

Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, Téllez, (2010), realizan una recopilación de todos los métodos que son aplicados en el momento de la intervención de un niño o niña con TEA luego de su diagnóstico, así como los elementos que deben ser tomados en cuenta en el momento de iniciar el abordaje de este trastorno que, como citan, afecta a más niños que niñas. Los autores citan el libro blanco y hacen referencia a las esferas del proceso de intervención, el niño, su familia y el entorno, de igual manera, hacen hincapié de la importancia de las horas en que estos niños y niñas requieren ser expuestos en el proceso de intervención. Es por ello, que en los Prite se busca que la participación de ambos padres de familia, así como los hermanos sea permanente en las sesiones, empoderando a estos en todas aquellas estrategias de intervención, asegurándonos de esta manera que el niño reciba una atención constante en el hogar en aquellas fechas que no asista al programa.

La mayoría de los procesos de intervención en los niños con TEA, están basados en los principios psico educativos. Estos se basan fundamentalmente en lograr habilidades en la comunicación, mejorar las habilidades sociales a través de

estrategias conductuales, así como habilidades educativas que permitirán al niño y niña incluirse en el proceso social pedagógico. Determinar, cual es el método apropiado para el proceso de intervención de un niño o niña con TEA es muy complejo, pues al ser su diagnóstico un proceso enredado y prolongado, se busca en primer momento desarrollar las habilidades más notorias del trastorno, llevando a aplicar diferentes estrategias en el momento específico de la intervención.

Es pues que, ante la aplicación de cualquier método de intervención, se deben tener en cuenta condiciones básicas que podrán asegurar un éxito en el momento de la ejecución de la misma; una de ellas tiene que ver con la frecuencia de las intervenciones. Muchos autores indican que, a mayor cantidad de intervenciones, más rápido se van logrando objetivos con los niños o niñas con TEA, esto también es recogido por los Neuropediatras en nuestro país, que desde la primera entrevista con los padres, plantean las atenciones terapéuticas como la base de la recuperación y superación del trastorno.

Ante ello, es fundamental reforzar el trabajo que la familia y sus miembros deben realizar con los niños y niñas. Muchas veces, los padres mal entienden esto y someten a los menores a un estrés continuo, llevando a los niños o niñas a diferentes centros terapéuticos durante el día, muchos de los cuales, repiten la especialidad, haciendo que el niño tenga, dos terapeutas ocupacionales, y dos físicos, y en algunos casos hemos encontrado niños con 4 terapeutas de lenguaje de diferentes centros. Ninguno de ellos con un trabajo conjunto ni organizado con la familia, acorde con la realidad de la misma o básicamente que atienda la necesidad real de la problemática del TEA. Los niños, al ser sometidos a esta peregrinación diaria de centro en centro, terapeuta en terapeuta, son anulados de toda posibilidad de adquirir hábitos adecuados. De igual manera los padres, al no participar y ser retirados de los ambientes donde se trabaja con su niño o niña (siendo reducidos a una sala de espera), son ajenos a las actividades que se realizan de manera directa en las atenciones terapéuticas, sintiendo que no pueden o no saben cómo realizar el trabajo

en casa, creando una dependencia no sana con estas instituciones, considerándose en muchos casos, que es solo el terapeuta el llamado a trabajar con su hijo o hija..

Es pues, que se observan niños y niñas que presentan problemas en el sueño y alimentación, esto debido a que los padres deben aprovechar los centros gratuitos o de bajos costos que ofrece el estado a través del Minsa, o centros parroquiales o administrados por una ONG, en donde los horarios que se les asigna (cada 3 meses), son nada recomendados para los niños y niñas, teniendo que despertarlos en la madrugada o eliminando horarios de siestas. De igual manera esta situación obliga a las madres a ofrecerle los alimentos en su gran mayoría de ellos, en buses públicos, pasadizos de hospitales o jardines cercanos a los centros terapéuticos.

Los padres, por el afán de lograr mejoras en los niños y niñas, someten a los mismos a estrés que aumenta el problema biológico que por si ellos presentan. El control de esfínteres es otra de las habilidades que se ven afectadas y retrasadas en estos niños, pues al tener que estar en lugares públicos y por protección de los mismos, las madres suelen pensar en el retiro de pañal cuando el niño haya logrado el proceso educativo. Esto origina en la mayoría de los casos infecciones urinarias en ellos, quienes al tener alteradas la parte inmunológica, provocan constantes recaídas en su salud. Son estas dificultades las que se deben superar para poder asegurarnos un proceso de intervención terapéutica temprana adecuada en el Perú.

En el programa de intervención temprana que ofrece el PRITE (MINEDU), se cuenta con horarios apropiados para los niños y el trabajo conjunto con los padres, los médicos, los familiares y la comunidad de manera permanente, esto debido a que una de las acciones que se le empodera a las madres y padres es la de crear redes en donde el dialogo o la información cruzada de todos los especialistas involucrados en la intervención del niño o niña se realiza, siendo ellos (los padres) los que dirigen esta red. Es pues que estos espacios están siendo recomendados ya por médicos que conocen de sus procesos de intervención y los niños derivados una vez que se sospecha del TEA. Lamentablemente esto se da a los dos años de vida del niño, dando solo una

ventana de 12 meses en la intervención de niño o niña antes de su inclusión al proceso escolar en la básica regular o especial.

El grupo de Mesibov (1997) citado por Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, Téllez, realiza una clasificación de los modelos de intervención en las personas con TEA. La primera en ser mencionada es la *Intervención psicodinámica*, la cual se indica, es poco utilizado actualmente, pues la base del mismo refiere que el autismo es ocasionado por el daño emocional del niño con relación a la afectividad de sus padres. Esta intervención tiene como base el psicoanálisis.

Otro proceso de intervención es la biométrica, esta se subdivide en una atención médica y una medicina complementaria y alternativa. De la primera, se indica que los medicamentos usados con las personas afectadas buscan tratar los síntomas o enfrentar la disminución de sus conductas o alteraciones en el sueño. Sin embargo, es sabido que las consecuencias del uso prolongado de ellas, no asegura una mejora significativa en las características del TEA.

En cuanto a la medicina complementaria y alternativa, existe mucha polémica, puesto que se validan pocas investigaciones por parte de la OMS sobre las dietas libres de gluten y caseína, así como tratamientos antimicóticos, la evasión de las vacunas o el uso de suplementos o incluso de quelantes para apaliar las características del TEA. Sin embargo, se sabe que algunas de estas intervenciones, bien llevadas, dan como resultados, la mejora significativa de las conductas y características de los niños. Es pues a través de la alimentación adecuada, libre de aquellas proteínas que no pueden ser procesadas en estos niños y niñas, que las alergias conductuales disminuyen considerablemente dando paso a permitir al niño o niña aprovechar las intervenciones terapéuticas de manera más eficiente.

El uso constante en nuestra sociedad de conservantes, saborizantes, colorantes, así como la exposición indiscriminada de los alimentos a pesticidas han provocado que estos niños y niñas, presenten problemas a nivel digestivo. González,

López, Navarro, Negrón, Flores, Rodríguez, Martínez, Sabrá, (2005) reciben el segundo Premio en la categoría Trabajo Científico. Del LI Congreso Nacional de Pediatría 2005. (Venezuela). Con el título: “características endoscópicas, histológicas e Inmunológicas de la mucosa digestiva en niños autistas con síntomas gastrointestinales.” En este trabajo, los científicos expusieron una serie de características que presentan un alto porcentaje de niños con trastorno de espectro autista, éstas se indican han sido identificadas y descritas desde las primeras investigaciones donde se narran las características de las personas afectadas con TEA. Los autores señalan que los niños autistas presentan con frecuencia. “El desarrollo integral en el niño de dos años gastrointestinales tales como: dolor abdominal, diarrea crónica, flatulencia, sialorrea, vómitos, regurgitaciones, pérdida de peso, intolerancia a los alimentos, irritabilidad, disentería y estreñimiento.” (pp. 18-19).

Una de las cosas que se ha encontrado en diferentes investigaciones, son las conexiones que existen entre el cerebro y el intestino, es así que una enfermedad gastrointestinal tendrá una repercusión directa en una serie de problemas neurológicos. Los autores refirieron que el estreñimiento, así como la distensión abdominal y los dolores, son mencionados por las personas afectadas por problemas digestivos dando como consecuencias alteraciones a nivel del sistema nervioso central, síntomas también narrado por los padres de los niños y niñas con TEA. El objetivo del trabajo fue el de describir lo encontrado en la mucosa del tracto digestivo y relatar lo encontrado a nivel histológico, endoscópico e inmunológico de los afectados con el TEA y realizar la comparación con niños y niñas que no presentaron TEA.

Los investigadores encontraron que los síntomas que con frecuencia presentan las personas afectadas con TEA, son, los vómitos, diarreas crónicas y estreñimientos, así como sialorrea (salivación excesiva). La mayoría de los niños, niñas y jóvenes que participaron en la investigación habían lactado al menos hasta los 3 meses, sin embargo, se les había dado cereales antes de los seis meses, así como otros alimentos. En la mayoría de estas personas, los linfocitos se encontraban elevados, de

igual manera se encontraron inflamaciones en el esófago, estómago y duodeno, así como en el colon. Algo que sorprendió a los investigadores, fue encontrar una alta incidencia (88,88%) de niños con inflamación en el estómago por presentar reflujo y el 100% de los niños mostraron una inflamación gástrica y de colon de manera crónica. Es pues, esta situación la que provoca que el niño y niña con TEA, presenten problemas en todo el sistema digestivo, esto a su vez desorganice o minimice al sistema inmunológico el cual va mellando las funciones del sistema nervioso central quien es, el que tiene la misión de enviar las órdenes para el perfecto funcionamiento de todos los sistemas en nuestro organismo. Es por ello que el Dr. Aderbal Sabrá (2018), alergista y coautor de esta investigación, señala que el retiro de las proteínas que causan las alergias en la dieta diaria incidirá en las mejoras de manera significativa en el niño o niña que presentan el TEA .

Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, Téllez, (2010) enumeraron todos aquellos métodos aplicables hasta el momento a los niños con TEA.

Tabla 1

Modelos de intervención temprana

Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista.

Intervenciones psicodinámicas

Intervenciones biomédicas

Medicaciones

Medicina complementaria y alternativa

Intervenciones psicoeducativas

Intervenciones conductuales

Programa Louisa

Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo

Pivotal Response Training

Natural Language Paradigm

Incidental Teaching

Intervenciones evolutivas

Floor Time

Responsive Teaching

Relationship Development Intervention

Intervenciones basadas en terapias

Intervenciones centradas en la comunicación

Estrategias visuales, instrucción con pistas visuales

Lenguaje de signos

Sistema de comunicación por intercambio de imágenes

Historias sociales (social stories)

Dispositivos generadores de lenguaje

Comunicación facilitada

Entrenamiento en comunicación funcional

Intervenciones sensoriomotoras

Entrenamiento en integración auditiva

Integración sensorial

Intervenciones basadas en la familia

Programas PBS (Family-Centered Positive Behavior Support Programs)

Programa Hanen (More than Words)

Intervenciones combinadas

Modelo SCERTS

Modelo TEACCH

Modelo Denver

Modelo LEAP

Nota: Fuente de Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S77-S84

En el aula roja del Prite Antares, se trabajó con intervenciones combinadas que permitieron obtener resultados apropiados para el trabajo con los niños, niña y sus familias. De estos métodos tenemos que Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera, y Moyano, (2015). A través de un ensayo controlado aleatorizado mostraron la eficacia del modelo Denver (intervención conductual integral del desarrollo) en niños de 18 a 30 meses con TEA. Los niños fueron intervenidos con este modelo 20 horas semanales por 2 años, teniendo un grupo control que recibió solo intervención comunitaria. Estos autores indicaron, que hay distintos tipos de intervención temprana para los niños con TEA; sin embargo, lo más importante de ellos es tener en cuenta y de manera clara el perfil individual del niño y su familia (establecer sus fortalezas y debilidades), y de igual manera, contar con ambientes altamente estructurados y contenedores. Siendo pues fundamental para el trabajo, la persistencia en la frecuencia de la labor de los padres, pues su participación y contención; hizo la diferencia en los resultados de sus hijos. En este espacio, resulta muy importante trazar de forma concreta las acciones, a realizarse con otros profesionales y padres en diferentes ámbitos y diferenciar entre las metas específicas y el estado integral del menor, apostando por intervenciones holísticas que especifiquen de forma concreta sus metas. Si bien exponen la importancia de valorar las particularidades del niño y lo que rodea a él (padres, personas de apoyo, especialistas) hacen hincapié en lo necesario de hacerlo ante los primeros indicios de TEA, pues el hacer esto, en una edad temprana, ayudará considerablemente a poder plantear un programa y poder definir una técnica o varias de ellas que se pueda complementar y adaptar a las necesidades, maximizando las posibilidades del niño, el trabajo efectivo de los padres y profesionales, quienes podrán ajustar la intervención equilibradamente y orientar todo a una calidad en los resultados.

Sánchez, Martínez, Moriana, Luque y Alós, (2015). De igual manera toca el tema de la importancia de la familia y de los estudios que se han realizado al respecto resaltando la importancia de la intervención activa y de poder tomar a los miembros de la misma como actores principales del proceso de intervención. Si bien el proceso de intervención que se plantea en este artículo (al igual que los anteriores) se toma la

intervención asistencial, en el artículo menciona algunos de los instrumentos que suelen aplicarse en Europa, sin embargo, habla de la no validación de muchos de ellos o la falta de traducción no solo a los diferentes idiomas sino también a la realidad de la localidad, marcando esta la diferencia en el momento de poder plantear un proceso de intervención temprana al TEA.

García, Posada de la Paz, Martín, Santos, Bueno, y Canal, (2015) Es también expuesto en este artículo, la frecuencia en las que se deben aplicar las sesiones de programa de intervención temprana a la semana. Al presentar los diversos tratamientos y técnicas aplicadas en el proceso de intervención, se observa que en aquellos en donde los padres se encuentran presentes y toman un rol activo, son los que han obtenido mejores resultados con relación a la adquisición de habilidades en los niños. Establecen que no existe un método específico para lograr obtener resultados, tomando en cuenta que cada niño y cada familia presenta una particularidad que al ser tomada en cuenta, hace poco viable la duplicidad en actividades dentro del contexto en que estas se desarrollan en otras familias.

Forment-Dasca, (2017) planteo la exploración a dos modelos de trabajo en el proceso de intervención temprana que han sido creados específicamente para atender a las personas afectadas con el TEA. Es pues que se observa el modelo Early Start Denver Model (Denver) el cual presentó una lista de acciones que el niño debe cumplir tomando en cuenta una edad cronológica (de 12 a 48 meses). Así como el modelo Scrots que muestra una serie de objetivos a trabajar a lo largo de la vida de la persona con TEA.

Forment-Dasea, concluyó que es difícil poder tener resultados científicos para poder determinar cuál de los dos modelos que revisó pueden ser determinados como modelos únicos o estandarizados para la atención temprana de la persona con TEA. Sin embargo, al igual que los anteriores artículos, resalta la importancia de poder obtener a una temprana edad el diagnostico. Es pues primordial también para esta autora, que la detección sea de manera precoz y con esto se le permita a la familia

asumir la realidad de una manera rápida, permitiendo luego del shock inicial del diagnóstico (punto bien descrito en este artículo) el trabajo conjunto de todos los miembros. En este artículo se resalta la importancia de poder conocer al niño con respeto a las capacidades y cadencias que este presenta tomando en cuenta todos sus elementos (sociales, familiares, comunidad) siendo pues parte importante la observación de los especialistas para poder plantear en ambos casos actividades asertivas para este conjunto de personas que lo conforma.

Es importante para esta autora (y lo repite en varias partes del artículo), la importancia que el terapeuta o especialista a cargo de atender al niño y la familia en este proceso de intervención temprana debe tener, el entender y comprender las conductas que realizan las personas afectadas con TEA, siendo pues la empatía un elemento importante en el proceso de aplicar cualquiera de estos dos modelos, por ello es fundamental, que se tenga conocimiento de las sensaciones y conductas que se presentan de manera distintas en cada niño pero que pueden repetirse en muchas ocasiones en todos dentro del contexto social , escolar y familiar.

Con relación al modelo Denver Forment (2017), explica que se basa, en las últimas investigaciones sobre la misma y las adaptaciones realizadas en los últimos 10 años por el grupo de estudio de TEA del instituto de salud Carlos III (España). Este modelo presenta cuatro niveles con objetivos que se plantean tomando en cuenta los meses de vida que tiene el niño. El modelo Denver, presta atención la evolución y desarrollo del menor que está presentando características de TEA, dando mayor importancia a las áreas con déficit y reforzando los retos que por niveles se le propone al menor y sus familias. Plantea cuatro niveles que están divididos por los meses que presenta el niño, siendo: Nivel 1 : de 12 a 18 meses, Nivel 2: de 18 a 24 meses, Nivel 3: de 24 a 36 meses ,Nivel 4 :de 36 a 48 meses. (p, 334)

El papel de los padres es fundamental para este modelo, pues pueden estos participar en la evaluación y es observacional. Se filma los resultados de la evaluación y a partir de ello se plantea las acciones a realizar tomando como prioridad aquellas en

las que se ha observado una deficiencia. Este modelo tiene como lugar de acción el hogar, y como protagonistas importantes a los miembros de la familia, a quienes se les enseña a jugar dentro del entorno del niño y es a partir de ellos y las actividades que se plantean en el hogar las que logran resultados significativos en el menor. Se concluye que, a más tiempo de trabajo del menor con la familia en este modelo, mayores son los resultados en el área cognitiva, habilidades lingüísticas y habilidades adaptativas en diferentes ambientes.

Con relación al modelo Scerts, la evaluación de la misma se basa en dos etapas importantes, el registro y la observación. En la primera, se realiza una evaluación exhaustiva a los padres, recabando información técnica y minuciosa, y luego se pasa a la observación de las conductas del niño. Si bien la autora plantea que el proceso es largo, indica que asegura obtener los objetivos claves para el proceso de intervención. La clasificación del nivel en que se encuentra el niño se basa fundamentalmente en el nivel de comunicación en el cual se encuentra. Esto aseguró, da paso a poder plantear los objetivos que corresponde a las tres etapas del modelo. Las etapas son:

Etapas de pareja social: Es aquella en la que el individuo con TEA, se comunica a través de un sistema presimbólico, usando gestos o vocalizaciones.

Etapas de pareja Lingüística: Aquí se logra comunicar a través de un sistema de comunicación simbólica temprana, usando palabras aisladas hasta poder combinarla varias palabras, hasta de tres símbolos.

Etapas de pareja conversacional: Se logra comunicar con frases y de manera inactiva.

Es pues fundamental para este modelo la observación y adecuada calificación del menor en alguna de las etapas de comunicación que presenta. Siendo luego desarrollada una serie de áreas: Social communication, Emotional regulation y Transactional sport. Indicó la autora del artículo que mientras el modelo Denver

desarrolla aspectos para la obtención de objetivos inmediatos en la primera infancia, el modelo Scerts, presenta objetivos que se trabajaran a lo largo de la vida de las personas con TEA.

Sobre los modelos Teacch y Leap, podemos indicar que son aplicables en el momento que el niño o niña inician el proceso de escolaridad, para la adaptación de acciones y conductas dentro de un contexto más estructurado. Es por ello que la aplicación del modelo Denver y el Scerts se ajustan más al trabajo que aplicamos en Prite. De igual forma, en el trabajo realizado por la tutora del aula roja del Prite Antares, se aplicó el modelo son rise, el cual se organizó, como respuesta de una pareja de padres que en los años 70 recibe la noticia de que su hijo varón presentaba un diagnóstico de autismo severo, ellos, ante la necesidad de atender a su hijo de manera temprana , esto debido a que en esa década, se esperaba los 8 años para poder dar tratamiento al autismo y el niño presentaba 2 años, realizaron un programa basado en la organización de actividades lúdicas, en el hogar que le permitan al niño y la familia desarrollar el habla, manejar las conductas disruptivas, manejar el estrés, crear espacios adecuados para el proceso lúdico del aprendizaje y potencializar todas las habilidades del niño.

Este modelo presenta principios que son importantes tener en cuenta en el momento de su aplicación, estos fueron explicados y trabajados en el momento de la intervención de la tutora del aula roja, y fueron la base en las sesiones de intervención. El Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista (Pannacea), (2012), fue creado como un centro referencial para todas las personas que presentan la condición de autismo y sus familiares. En esta institución, el trabajo del modelo son rise es fundamental, ellos en su página web, exponen de la siguiente manera los principios en los cuales se basa el modelo.

Los principios del Programa Son-Rise son:

- El potencial del niño es ilimitado.

- El autismo no es un trastorno conductual (sino que es un trastorno relacional, interaccional)
- La motivación, y no la repetición, es la clave del aprendizaje.
- Las conductas repetitivas del niño tienen un valor y significado importante.
- El padre y los hermanos son el mejor recurso del niño.
- El niño puede progresar en el ambiente adecuado.
- Los padres y profesionales son más efectivos cuando se sienten cómodos con el niño, optimistas con respecto a sus capacidades, y esperanzados en relación al futuro del niño.
- El programa puede combinarse de manera efectiva con otras terapias complementarias como intervenciones biomédicas, terapia de integración sensorial, cambios dietarios (por ej: dietas libres de gluten, caseína, soya y carbohidratos), terapia de integración auditiva, etc.

En este modelo, el trabajo a través del juego es fundamental, los espacios de trabajo no deben contar con distractores y los colores de las paredes y del piso deben ser claros. Se busca que los jugadores (padres, hermanos, terapeutas, etc.) hagan contacto visual con prioridad, a partir de ello se van trabajando las diferentes actividades con el niño o niña. El o ella, son los que moldean el trabajo y se parte de sus intereses y gustos. El modelo trabaja con materiales que puede tenerse en el hogar. No se fuerza al niño a repetir acciones y se busca en todo caso incentivar al niño y niña a realizar actividades en conjunto con el jugador. Se trabaja en piso la mayor parte del tiempo, sin embargo, son los mismos niños y niñas, los que van proponiendo el trabajo en mesa, el cual termina siendo en periodos largos y disfrutando toda actividad que ahí se le proponga. Es pues la combinación de estos dos modelos, Denver , scerts y el son rise, los que han sido aplicados en el trabajo con los niños, niñas y sus familias.

Desarrollo Integral

Conocer el desarrollo integral del niño es parte fundamental para el proceso de intervención de todo aquel profesional que trabaja en los programas de intervención

temprana. Es importante para cada uno de los protagonistas del proceso de atención comprender que las primeras experiencias vividas por el niño en esta primera etapa de la vida son fundamentales, más aún en aquellos niños que presentan algún tipo de alteración en el desarrollo. Es pues que el desarrollo del niño como un todo (integral), hará la diferencia en los logros que a través de la atención temprana reciba.

Davila y Roman (2006) citan a Mysrs (1999) quien hace hincapié en el desarrollo infantil, el cual se basa en multidimensiones siendo que la base de las mismas son las áreas física, cognitiva, social, motora y emocional, estas deben tomarse en cuenta en el momento de ser intervenidas, pues se presentan como la pedestal del desarrollo integral. Es pues fundamental que se sumen a estas dimensiones las atenciones oportunas de salud, no solo para los controles de desarrollo, sino también para el momento de presentarse una enfermedad, pues una de las acciones que se ha observado en los padres es la automedicación a los niños y niñas en los procesos de enfermedades primarias, (fiebres, diarreas, estreñimientos, gripes, inflamaciones en garganta, etc.), siendo esto algo que se busca eliminar a fin de brindar una asistencia médica oportuna y adecuada. Otra de las dificultades que se han evidenciado en los últimos años con relación al desarrollo de la salud de los niños y niñas con TEA, son los episodios constantes de enfermedades que presentan. Esto debido a los lugares en donde la mayoría de ellos reciben atenciones terapéuticas (hospitales, centros de salud parroquiales, etc.) en donde comparten espacios de espera con personas afectadas que asisten a los consultorios médicos, haciendo que los niños, niñas y los mismos padres, estén expuestos a diferentes enfermedades y procesos virales, situación que debe ser evaluada por ellos a fin de poder mejorar las condiciones de salud de sus hijos. De igual manera el poder tener en cuenta el proceso nutricional es fundamental. Contar con horarios establecidos en el proceso de su alimentación, lugares apropiados para tomarlos, así como una dieta balanceada que permita reforzar la parte inmune en los niños y niñas, en el caso de los niños y niñas con TEA, el poder contar con una dieta libre de gluten, soya, caseína y carbohidratos es fundamental, esto, por lo expuesto anteriormente.

En este proceso de desarrollar al niño o niña con TEA, de una manera integral, el apego es uno de los factores que más se necesita analizar. Chamorro (2012) presentó un artículo donde expuso su importancia, indicando que el apego es la relación afectiva que se establece de manera temprana entre la madre o quien haga sus veces (madre adoptiva, abuela, etc.) y el niño o niña. Esta relación es básica y fundamental para poder desarrollar su aspecto emocional y cognitivo en los primeros años de vida y que lo acompañará a lo largo de esta. También agrega:

Es fundamental que el mismo se realice en condiciones favorables para el buen desarrollo emocional y cognitivo del niño, fortaleciendo su salud mental; su realización en condiciones desfavorables se caracteriza por diferentes tipos de apego, que puede resultar en variados trastornos de conducta que afectarán al niño hasta la adultez, lo que explica el origen adquirido de muchas patologías psiquiátricas. La transmisión del apego se realiza en forma intergeneracionalmente, y se deben promover las medidas preventivas en las gestantes con factores de riesgo para facilitar el apego seguro. (p.199).

Ainsworth (citado por Chamorro, 2012) describe los tipos de apegos, el apego seguro, el apego inseguro o ambivalente y el apego inseguro o evitativo. Mientras que el apego en el adulto se clasifica en apego autónomo, Preocupado, evitativo y desorganizado. Los estilos de apegos en el adulto presentan una relación estrecha con el tipo de apego recibida en la infancia, y esta se proyecta luego en la forma de relacionarse con sus hijos o hijas. En el niño el apego seguro, son niños que se alegran y se sienten seguros frente a presencia de su madre, ante la ausencia de la mismas, disminuye sus actividades y muestra una preocupación que se ve nuevamente disminuida ante la presencia de la madre.

En la siguiente tabla Chamorro hace una comparación de las características de los apegos en niños y niñas, así como la descripción de sus respectivos padres.

Tabla 2

Tipos de apegos

Apego niño sano	Madre o Cuidador
Desarrolla patrones de seguridad y confianza en sí mismo y en otros. Conducta verbal y no verbal que denota relaciones afectuosas. Relajado y contento con los reencuentros. Invita a jugar o interactuar. Muestra iniciativa para aproximarse físicamente. Tiene mejor autorregulación. Buena disposición ante reglas y límites. Disminuye su llanto	Se involucra más con el niño. Responde más a sus señales. Su respuesta es más apropiada. Expresa más emociones positivas y menos negativas. Sabe de los gustos de los niños. Disfruta del contacto físico. Habla afectuosamente del niño.
Apego ansioso ambivalente Niño	Madre o Cuidador
Pasividad en la conducta exploratoria al medio y de acercamiento a la madre. Dependencia exagerada Falta de autonomía. Percibe a su madre como alguien no disponible y no predecible. Comportamiento colérico, vigilante, indefenso y ambivalente. Conducta de aproximación y rechazo hacia la madre. Difícilmente se consuela y tranquiliza con su cuidador. Tiene poca o mala interacción con los otros. Llanto e irritabilidad. No acepta reglas y límites fácilmente.	Inconsistencia en la disponibilidad. Insensibilidad ante las necesidades del niño. Si logra interactuar dependerá de su estado de ánimo o deseo. Muestra poco afecto positivo. Poca respuesta al llanto del niño. Poca accesibilidad, cooperación y aceptación del niño. No muestra rechazo al contacto físico con el niño No respeta al niño e inicia interacciones en los momentos más inapropiados. Menor comunicación verbal. Mayor distanciamiento físico.
Apego ansioso-evasivo o evitativo Niño	Madre o Cuidador
Evita física o afectivamente a la madre/cuidador o ignora su presencia y sus palabras Mantiene distancia comunicativa en los reencuentros. Se aleja. Mira hacia otro lado. Ignora su presencia o sus palabras. Desvinculado de la madre. No la implica en sus juegos. No interactúa con personas extrañas. Escasa ansiedad por separaciones.	Conductas constantes de cólera, resentimiento y rechazo. Constante oposición a los deseos del niño. Regaña continuamente a su hijo. Estado de ánimo irritable. Interferencia física en la conducta de su hijo. Controladora en las actividades del niño. Utiliza la fuerza física para hacerlo entender. Poco contacto físico con el niño.
Apego desorganizado Niño	Madre o Cuidador
Carencia de estrategias y consistencia para afrontar el estrés. Movimientos y expresiones incompletos y mal dirigidos. Lentitud de movimientos, asimétricos, a destiempo y estereotipados. Búsqueda intensa de proximidad seguida de fuerte evitación. Parecen aturdidos, desorientados cuando el reencuentro con el adulto Experimentan temor y confusión hacia el cuidador. Conductas controladoras hacia la figura principal. Expresión facial aturdida, deprimida o apática. Postura hipervigilante.	Alcoholicismo Drogadicción Mal trato al hijo Depresión Historia de abuso infantil Trastornos psiquiátricos Suelen ser muy irrespetuosos Invierten los papeles

Fuente: Tomado de Gómez-Jiménez M. Apego. 2005

En cuanto a los niños con TEA, el apego se ve alterado a medida que se van presentando las sintomatologías de la condición. Esto hace que muchas veces sea difícil definir el tipo de apego en que se encuentra el niño o niña. Sin embargo, es la sobreprotección el factor que influye en la relación madre e hijo o hija, que agrava las conductas de dependencia y disruptivas en el momento de poder relacionarse con ellas y su entorno inmediato. Huamantuma (2017) indica que los padres de niños con TEA en los Cebes de la ciudad de Arequipa presentan un nivel alto de bienestar psicológico, esto puede deberse a que la etapa de diagnóstico y por ende aceptación de la condición ha sido superada en ellos o al menos manejan la ansiedad inicial que provoca la noticia. Sin embargo los padre de los niños con TEA, asisten al Prite por sospechas

de que algo pasa en sus niños, por el retraso considerable en el habla o los problemas que presentan en el desarrollo social, es pues que la confirmación del diagnóstico o presunción diagnóstica del TEA se da en el transcurso de las entrevistas o evaluaciones en el Prite, provocando en la familia un desasosiego que se ve reflejado en la manera de relacionarse los miembros de esta con el niño o niña. En algunos casos, la sobre protección y el apego ambivalente. El grupo de padres del aula roja del Prite Antares, llegó con una presunción diagnóstica y solo dos de ellos había venido siendo atendido el año anterior en la institución. Ante la noticia inicial de la sospecha (por observación de los propios padres o comentarios de familiares y amigos), presentaron conductas de sobre protección hacia los niños, conflicto entre padres por buscar el motivo del trastorno y la sensación de pena ante las conductas del niño que los llevaba a tolerar en momentos conductas disruptivas en los niños y justificarlas por su condición. Es pues fundamental realizar un trabajo psicológico con la familia a fin de poder estabilizar las emociones que la noticia conlleva y poder mejorar las condiciones que presente el niño con el adulto significativo.

Desarrollo Motor

El movimiento es una de las habilidades que el ser humano realiza de manera innata desde el momento que inicia su formación en el vientre materno. Es pues que el niño o niña, van ya fuera del vientre, adquiriendo y desarrollando habilidades motoras que le permitirán relacionarse de manera asertiva con las personas y su entorno, realizando acciones más complejas como el sentarse, gatear, pararse sin apoyo y caminar. Estas se dan de manera progresiva, mientras en su cerebro, paralelamente se da paso a un aumento de mielinización que le permitirá adquirir otras habilidades más complejas. Rosselli, Matute, Ardila. (2010) citan a Kolb y Fantie,(1989); Spreen, Riser y Edgell, (1995), quienes elaboraron un cuadro donde relaciona la conducta motora con el grado de mielinización cerebral indicando para los niños de dos años lo siguiente:

Tabla 3

Desarrollo del lenguaje y de la motricidad en el niño

Edad	Función Motora	Lenguaje	Peso Cerebral (gr)	Mielinización
Dos años	Sube y baja escaleras sin alternar los pies.	Emite frases de dos palabras	No refiere	Radiación acústica +++
	De pie recoge objetos del suelo.	Utiliza "yo", "tu y "mi.		Cuello Calloso++
	Gira la manija de una puerta.	Juegos sencillos		
	Se viste parcialmente solo	Señala 4 o 5 parte del cuerpo		
	Reflejo plantar flexor			Radiación talámica inespecífica ++

Fuente: Tomado de *Matute (2010)*

La evolución del desarrollo motor del niño y niña con TEA, se da en la mayoría de los casos de forma adecuada, logrando en sus tiempos el sentarse solo, gateo, marcha, y es luego de ello que buscan realizar diferentes acciones. Sin embargo, existe en el niño con TEA, alteraciones a nivel del desarrollo psicomotor, en las que se ven más afectado su esquema corporal, lateralización y estructuras espacio temporal. Esta alteración tiene que ver con el proceso propioceptivo que va minimizando el concepto de sí mismo (esquema corporal), teniendo que ver directamente con la madurez neuronal y sensitiva, la cual dará lugar desde un primer momento a la interacción social y al desarrollo del lenguaje desde su etapa más básica. El desarrollo motor está fuertemente ligado a un desarrollo cognitivo y en el proceso de lenguaje. Los órganos sensoriales permitirán al niño o niña a recepcionar de manera adecuada todas las condiciones que existen en su entorno, permitiendo esto a su vez brindarle la seguridad que este o esta requiere para un buen desarrollo del esquema corporal, sentirse uno (reconociendo su cuerpo en un entorno) y relacionarse de manera adecuada con todo lo que le rodea. Es así que el conocimiento de su propio cuerpo le permitirá experimentar diferentes sensaciones y movimientos en los momentos y situaciones donde está desarrollándose el niño o niña, iniciando de manera vivencial la división de su cuerpo a través de movimientos en donde empezará a sentirlo y disfrutarlo, hecho que empieza a ocurrir con mayor seguridad a partir del segundo año de vida. De igual

manera, empezará a manejar su impulsividad, permitiendo ajustar acciones y perfeccionando sus movimientos, mejorando sus actividades motrices. Cobos (2007)

Sin embargo, los órganos sensoriales, que se dividen en dos: receptores exteroceptivos (aquellos que captan las sensaciones externas al niño o niña) y los receptores interoceptivos (aquellos que captan estímulos que se producen internamente en el niño o niña), se muestran en su mayoría, alterados en ellos. Es pues que los órganos receptores que permiten al niño o niña responder a estímulos externos a él o ella como el calor, la luz, frío, etc, enviando señales al sistema nervioso central se encuentran en su gran mayoría alterados. Es pues que las sensaciones permitirán al niño y niña poder explorar su entorno y lograr las características anteriormente explicadas, los sentidos son los que transforman las sensaciones que estos niños y niñas perciben. Cada una de las sensaciones es procesada por alguna parte del cerebro, siendo que la mayoría de estas pasa a través del tálamo y luego el hemisferio opuesto de la corteza, donde se procesa esta de manera secundaria, esto no ocurre con el sentido olfativo pues está conectado directamente al sistema límbico y luego a la corteza cerebral, este no tiene a diferencia de los otros sentidos, que pasar por el tálamo.

Otro de los factores que tiene que ver con el desarrollo motor es el sistema vestibular que tiene directamente que ver con el equilibrio y la gravedad del niño, siendo que este sistema se encuentra en el oído interno. Orellana (2017) indica que los padres de niños y niñas con TEA, asisten frecuentemente a los hospitales, esto debido a que sus hijos o hijas cambian bruscamente de conducta, es cuando la mayor parte de pediatras y Neuropediatras exploran las diferentes alteraciones médicas que pueden presentar los niños, entre las que menciona Orellana, se encuentra la Otitis media. Esta se presenta de tres formas, Otitis media Sub aguda (o también llamada serosa), Otitis media aguda (la cual puede ser esporádica o aguda) y la otitis media crónica. La otitis se presenta de manera regular en los niños y niña con TEA, sin embargo, al presentar en la mayoría de estos altos umbrales al dolor (por las alteraciones sensoriales), solo son identificados ante la presencia de fiebre. En el oído medio se

encuentran tres canales semicirculares protegidos por la endolinfa, los cuales envían al cerebro mensajes que tiene que ver con los movimientos y cambios de posiciones de la cabeza (cuando giramos, cuando nos acostamos, cuando nos vamos hacia los lados, etc), es pues que en esas situaciones, la endolinfa presiona las terminaciones nerviosas que se encuentran en las paredes de los conductos y envía el mensaje al cerebro de la posición en la que te encuentras, Bogdashina (2003). El sentido del equilibrio está ligado a la visión también, la sensación de vértigo en los niños que presentan esta alteración puede ser permanente.

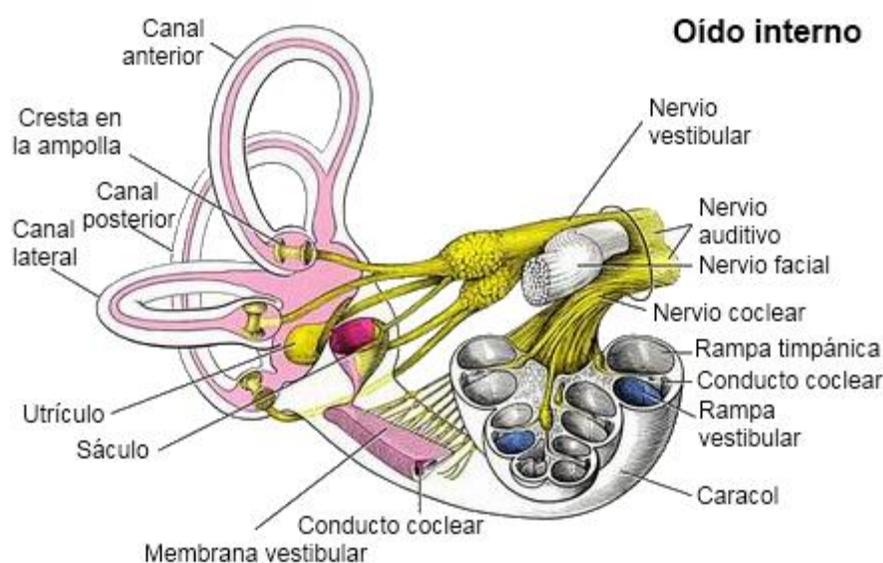


Figura 1. oído interno- equilibrio

Fuente: <http://lissenhouse23.blogspot.com/2017/02/oido-interno-equilibrio.html>

Actividades de Cuidado

Fomasi y Travaglini (2016, p. 67), citan a Pikler con el siguiente concepto: “Por cuidados se entiende en general el conjunto de la atención del niño ya se centre en lo que el adulto proporciona al niño, o en el cuidado corporal o cualquier otra actividad; bajo este término está también incluida la observación. Aquí se trata de cuidados corporales por ejemplo comidas y baño.” Citan también estas autoras a Falk,(1980) quien indica que es importante la relación que la cuidadora tiene con el niño o niña en

aquellos momentos en donde hay que satisfacerle sus necesidades, pues es luego de esa relación física y afectiva que los pequeños van aprendiendo a solicitar cosas. Esto se da porque el niño o niña ya identifica aquello que requiere y encuentra una sensación de protección en la cuidadora, permitiéndose poco a poco pedir otras cosas que se relacionan con objetos y su entorno. El sentido de la actividad del cuidado implica establecer rutinas adecuadas en las que el adulto significativo o cuidador establezca procedimientos que tengan que ver con la alimentación, baño y sueño, éstas de manera organizada y tomando en cuenta los horarios adecuados a su edad, harán del niño un ser seguro que sabrá que es lo que le espera y esto brindar los espacios adecuados para la realización de otras actividades como los paseos u hora de juego.

El método Pikleriano, busca a través del cuidado, que el niño o niña logre no solo disfrutar la atención del adulto significativo, sino también disfrutar de su libertad, buscando autonomía a través de actividades en un ambiente de seguridad. También es fundamental considerar las necesidades del niño o niña. Una de las cosas que se debe considerar es respetar las acciones previas a la realización de una actividad de cuidado, así como también hay que tener en cuenta la planificación de las dinámicas posteriores a ella. En estas actividades el nivel de independencia le permitirá al niño no solo explorar, sino investigar y encontrar conceptos y respuestas tomando en cuenta las experiencias positivas o negativas que vivan en ellas. Es por ejemplo que, en el trabajo con los niños o niñas con TEA, por el tema de la realización de terapias en diferentes centros, se ha observado que las actividades de cuidados del niño o niña, pasan a un segundo plano, haciendo que tanto las actividades previas, la actividad misma y la posterior, sean inadecuadas para ellos.

Por ejemplo. Una mamá, buscará llevar a su hijo a un centro terapéutico al otro lado de la ciudad, siendo el tiempo de traslado de un punto al otro mucho más de 60 minutos, y el horario de llegada al centro coincide con la hora de uno de sus alimentos. La madre, tratará para poder cumplir con la actividad de cuidado de la alimentación, nutrirlo minutos previos a iniciar la intervención terapéutica. Haciendo que el niño luego de comer sentado en la banca de espera en el pasadizo del centro ingrese de manera

inmediata al servicio terapéutico, en donde, no ingresará con ella. Sin embargo, está actividad, no se realizará todos los días, sino inter diario, teniendo que los días que no asiste a ese centro terapéutico, ser trasladado otras actividades en otros centros en la ciudad. Esto provoca que el niño no logre disfrutar de las actividades de cuidado como se espera, pues, las horas de alimentación provocan no solo tensión a las madres, sino también estrés a los niños o niñas, pues los alimentos que ingieren no son los apropiados y tampoco frescos. La hora de descanso luego de ello también se ve eliminada, así como el de higiene bucal. Es pues, la inestabilidad propia de la mala planificación que ocasiona que el niño muestre fastidio o rechazo a actividades que deberían ser agradables y propicias para un mejor contacto entre ambos (niño, niña y cuidadores), esto, lejos de lograr éxito y disfrutes, simplemente somete al niño o niña a confusión.

Es pues fundamental que el adulto significativo logre establecer rutinas, actividades y horarios apropiados para el niño o niña, esto le dará a él o ella, estabilidad, libertad para poder expresar sus sentimientos y de igual manera, para realizar actividades de manera independiente, como el comer solo, el sacarse o ponerse prendas, lavarse solo las manos, así como el cepillado de dientes. El contacto corporal del adulto significativo en estas actividades le brindará al niño o niña estabilidad. En el proceso de alimentación, el contar con una dieta libre de alimentos con conservantes, saborizantes y colorantes artificiales son fundamentales para lograr un nivel de nutrición apropiada. Es fundamental por ejemplo que el niño y niña realicen cinco alimentos al día, siendo el desayuno el primer alimento del día, el cual debe ser ingerido antes de las 8:00 am, siendo la merienda de media mañana a las 10:00 am en la que se podrá proporcionar frutas a los pequeños, luego el almuerzo que deberá darse a las 12:30 m, seguido de una siesta de 30 a 60 minutos como máximo, tomando la merienda de media tarde a las 4 :00 pm, concluyendo el periodo de alimentación a las 6:30 pm, con una cena ligera que le permita al niño bajar las actividades física y ser preparado para la hora del sueño. Es respetando los horarios de sueño y alimentación que se podrá ir estableciendo los de baño y juego.

Por su parte, el sueño, es fundamental para el niño y niña, sin embargo, se observa mucha irregularidad de los afectados con TEA en este proceso, esto debido a las diferentes actividades en el día, que no necesariamente son lúdicas o de recreación. Es pues fundamental que el niño de dos años tenga un periodo de sueño no menor a 10 horas de manera consecutivas, esto debe ser respetado por el adulto y debe darse en un contexto de tranquilidad, silencio y en un espacio personal. El niño debe contar con su cuna o cama que le permita el descanso seguido y apropiado. Muchos padres buscan compartir sus camas con los niños para poder atender sus necesidades, provocando malos hábitos en el niño o niña quien, al compartir la cama con los padres, tiene que regirse a los horarios que estos tienen, interrumpiendo el sueño o teniendo que prolongar la vigilia de los niños. Es pues importante por ello repetir la misma rutina establecida a la hora de la siesta, y la del sueño nocturno.

Es inadecuado, hacer dormir al niño en coches, o trasladándose de un lado al otro de la habitación en brazos. La rutina del sueño es significativa para poder sosegar la ansiedad del niño y restablecer energías gastadas en el día. El acompañamiento del niño o niña previo al sueño nocturno por parte del adulto debe ofrecer al mismo la seguridad de que estará acompañado por el periodo de lograr el sueño, más no así durante todo el proceso de descanso. Es común que el niño o niña, logre el sueño nocturno, acompañado por la madre o padre, quien se acostó a su lado, sin embargo en el transcurso de la noche (3 am aproximadamente) el niño o niña despierta y al no encontrar al cuidador, muestra angustia y busca a través de llanto la atención del adulto, quien en muchas oportunidades lo entretiene hasta que vuelva conciliar el sueño, prendiéndole la luz de la habitación, dándole alimentos, cargándolo, llevándolo a la cama que comparten ambos padres, colocándole juguetes en la cama o en la mayoría de los casos prendiéndole la Televisión o dándole la Tablet o celulares hasta que logran conciliar el sueño (en muchas ocasiones 4 horas después). Esto hace que tanto el niño como los padres se mantengan despiertos y al cabo de tres días repitiendo la misma acción, provoque alteraciones conductuales e irritabilidad, se alteren los horarios de sueño y alimentación, así como poca tolerancia en la realización de sus

actividades cotidianas. Es por ello que el cuidado que se tenga en el sueño sea fundamental. Horas establecidas, independencia y espacios tranquilos y poco iluminados. Estivill (2014).

La hora del baño, así como los momentos de juego, no deben ser ajenos a esta organización, el poder establecer momentos apropiados para ello que puedan hacer de estas actividades un espacio de disfrute es fundamental. El niño o niña se mostrará feliz del momento de la higiene en cuanto esta se realice con calma. Los niños y niñas con TEA, pueden presentar el rechazo de algunas actividades de higiene por presentar problemas a nivel propioceptivo y del sistema táctil.

El sistema propioceptivo comunica lo que los músculos, articulaciones y tendones están recibiendo del exterior. Estos descargan información al cerebro indicándole incluso en qué posición se encuentra el cuerpo y cuál es la presión correcta que se tiene que ejercer para tomar cosas ligeras o pesadas.

Este sistema está unido al sistema táctil que es el que permite a través de la piel recepcionar información importante para el cuerpo y de igual manera de agentes del entorno. Existe en la piel receptores que permiten a través de las capas de la piel recibir esta información, es así que tenemos el tacto sensible, el de la presión el del dolor, el calor y el frío.

Bogdashina (2007) cita a Delacato(1974) quien describe los problemas sensoriales que presentan los chicos con autismo, clasificando estas alteraciones sensoriales en híper e hipo reactividad.

La híper reactividad indica Decalato, es cuando los canales de recepción (sentidos) se encuentran demasiado abiertos por lo que hace que el cerebro tenga demasiada estimulación. Mientras la Hipo reactividad es cuando estos mismo canales (sentidos) no se encuentran lo suficientemente abiertos por lo que hace que no llegue suficiente información al cerebro. También existe el “ruido blanco” que Decalato identifica como aquel estímulo propio esto debido a su funcionamiento defectuoso por lo

que el estímulo recibido va dominando el ruido interno del sistema. Una de las cosas que indica este autor es que un niño puede presentar diferentes afecciones en cada canal sensorial, es así como podemos encontrar a niños y niñas afectadas por las tres alteraciones en sentido diferentes, ejm, puede tener hipo sensibilidad táctil, hipersensibilidad visual y tener ruido blanco auditivo. Esto influye de manera considerable en el momento en que el niño inicia el juego, pues puede tener preferencias por algunas actividades y puede rechazar otras. Por ejemplo, un niño o niña con hipersensibilidad visual, puede tener una visión aguda y apreciar partículas pequeñas o reaccionar ante la luz tolerante para nosotros, pero en extremos brillante para ellos. Mientras que un niño o niña con Hipersensibilidad auditiva puede percibir ruidos que nosotros no, (motor de los florecientes) y serles molestos, los ruidos tolerantes para nosotros, licuadoras, máquina de afeitar, aspiradora, por ser sonidos altamente amplificados en ellos y empiezan a ser tortuosos. Estos niños pues, no toleran juguetes con sonidos agudos, así como muñecos con luces muy brillantes. Los espacios acústicos (tiendas, restaurantes) también provocan conflictos a estos niños.

La hipersensibilidad gustativa/ olfativa hace que los olores sean demasiado fuertes, presentando rechazo a ellos, el olor a personas, lugares, juguetes. En la parte gustativa, que va de la mano con la olfativa, podemos decir que algunos sabores, texturas y hasta colores de los alimentos le pueden ser intolerantes a ellos. En cuanto a la hipersensibilidad táctil, es una de las más comunes en el niño o niña afectada con TEA pues, rechazan el contacto con objetos, texturas, incluso el contacto físico suele ser irritante para ellos, puede esta hipersensibilidad dar paso a problemas de relacionarse con el entorno, pues no toleran desde ropas hasta algunas texturas que encuentra en juguetes, ambientes, muebles, etc. Es incluso que sensaciones tan simples como un pequeño arañón, puede causar en estos niños o niñas un dolor sumamente intenso. La hipersensibilidad vestibular, es la irritabilidad inmediata al sentir el cambio rápido de la posición de su cuerpo, presentan problemas serios a cambiar de dirección, sintiéndose angustiados cuando sienten que sus pies no se encuentran en el suelo, estos niños no toleran subir a carros públicos, columpios, resbaladeras, juegos

mecánicos, etc. Y por último la hipersensibilidad propioceptivo presenta la dificultad de manipular objetos pequeños.

Bogdashina, cita a Rand (sin fecha) quien indica que la hiposensibilidad, suele ocasionar que la persona no obtiene información, dejando espacios vacíos en el cerebro los cuales, a apreciación del autor, son los causantes de las agitaciones de manos, balanceos, la producción de sonidos repetitivos y extraños, y golpes de diferentes partes del cuerpo, en especial de la cabeza. El autor, va haciendo mención de las diferentes hiposensibilidad y las reacciones en un niño o niña con TEA, señalando que La hiposensibilidad visual, puede provocar que algunas personas con TEA, les cueste descubrir o identificar donde se encuentran los objetos y solo ubica los objetos por su contorno, siendo necesario para ellos el tocarlos para poder saberlos ahí. Son también personas que pueden permanecer en lugares altamente brillante o permanecer viendo el sol por tiempo prolongados. Mientras la Hiposensibilidad auditiva provoca en estos niños y niñas que busquen sonido en todas las cosas, tirando los objetos para poder encontrar algún sentido de ellos. Buscan tener la oreja pegada a aparatos electrónicos y piden que se les suba el volumen de los equipos, no les afecta el sonido de las sirenas, bocinas de carros, etc. Buscan crear sus sonidos. La Hiposensibilidad táctil por su parte aparentemente no presentan dolor desde el simple al intenso, incluso huesos rotos o cortes con sangrados y tampoco tiene conciencia de la temperatura que existe a su alrededor. Es pues en la hiposensibilidad gustativa y olfativa, que el niño o niña, no puede reconocer olores nauseabundos, son capaces de oler todo y a todos, así como morder todos los objetos que tienen en la mano o les llama la atención.

En el aspecto vestibular la hiposensibilidad provoca que el niño o niña, busquen todo tiempo de información con relación al movimiento, pudiendo permanecer tiempos prolongados en balanceos de cuerpo, manos sin presentar nauseas o mareos, usualmente estos niños buscan caminar en círculo, o hacer corridos intensos en líneas rectas. Finalmente, la hiposensibilidad propioceptiva se identifica por presentar problemas para identificar donde se encuentra su cuerpo, no sienten hambre, y son

aquellos que buscan estar pegados a todos los que se relacionan, así como a objetos (paredes, pisos, muebles, columnas, etc). Es pues que Delacato (1974) citado por Bogdashina (2007) quien menciona por primera vez estas alteraciones y las consideró como un intento de los niños y niñas afectadas con TEA, de tratarse a si mismos buscando normalizar sus sensaciones y comunicar sus problemas.

Son estas alteraciones las que deben ser identificadas por el cuidador del niño o niña con TEA en el momento de plantear una actividad de baño y juego, buscando brindarle actividades que sean atractivas para ellos, que no les provoquen alteraciones, pero que vayan estableciendo una nivelación con relación a su hipero hipo sensibilidad y esto le permita ir adaptándoles a su entorno de manera más saludable.

Control de Esfínteres.

El Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.P.) (2009, p.1) , indican que “Se entiende por control de esfínteres el proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos relacionados con la micción y la defecación que tiene lugar durante la infancia”. Este se controla a partir de los 2 años de edad, y tiene que ver con la madurez neurológica del niño o niña. En este proceso se ve involucrado los cuidadores y son ellos los llamados a observar las características de los pequeños los que plantearan las rutinas y momentos apropiados para poder iniciar este proceso.

Lo primero que se debe tomar en cuenta para el control de esfínteres es poder hacer un registro de los momentos en los cuales realizan sus necesidades, este registro ayudará a poder estar atentos con ellos en el momento de la micción. Es importante que el niño o niña acompañe a sus padres a los servicios higiénicos (en el caso de la niña, con la mamá y en el caso del niño con el papá) esto hará que pueda observar el uso adecuado de los servicios, sin obligarlo a usarlos en un primer instante y a la vez, poder tener la capacidad de imitación. Es fundamental en primera instancia regular el aparato digestivo, esto se da con una alimentación balanceada y en horarios establecidos. Es fundamental que hagamos énfasis en que el niño logre avisarnos de

que el pañal está sucio y que desea que se le retire, esto lo hará el niño con gestos, palabras o sonidos que el cuidador deberá reconocer.

También es importantes para el retiro del pañal, el poder contar con horarios apropiados y tiempos en los cuales el niño pueda permanecer más tiempo en el hogar, no es recomendable iniciar el entrenamiento del baño mientras el niño o niña tengan que hacer uso de servicios higiénicos públicos. El uso del bacín es recomendable solo si es que el niño o niñas lo permiten, de lo contrario el comprar un adaptador para el baño y colocar un pequeño banquito para que los pies no se encuentren en el aire. Este momento requiere de tiempo y tranquilidad por parte del adulto significativo quien deberá de contar con cuentos en el ambiente de baño para poder sentarse junto con el niño o niña (quien sentado en el inodoro) permanecerá en espacios prudentes, para poder miccionar o defecar según sea el caso.

El retiro del pañal no puede ser por partes, debe darse en un solo momento y el adulto debe observa la inquietud del niño de sentirse sucio. Se ha observado tres momentos en el proceso del control de esfínteres, (E.O.E.P.) (2009, p.1) . El primero, el niño o niña avisa que ya se ha mojado o defecado al adulto significativo, minutos después de haberlo realizado en su ropa. Al cabo de unos días el niño o niña, empieza a dar pistas de que esta miccionando o defecando (aún en la ropa) , y finalmente avisan segundos antes de realizar la micción y la defecación, logrando controlar por segundos antes permitiéndole llegar a los servicios.

Suele pasar que una de las habilidades que presentan alguna dificultad para el niño con TEA es el desarrollar el control de esfínteres, esto depende de la levedad o severidad del TEA que presente el niño. Los problemas con el inodoro son sin embargo muy frecuentes en los niños con TEA , Paul Dickinson (s/f) .Es pues el control de esfínteres un trabajo que requiere de poder contar con cuidado de actividades organizadas y rutinarias, identificar su nivel de hipero o hipo reactividad y poder permitir al niño o niña que realice el dominio de sus necesidades en un contexto organizado y sereno, evitando adjetivos o castigos por no lograr rápidamente esta destreza. Es

fundamental que se comprenda que son los primeros tres meses los de mayor trabajo, pues el niño o niña irán regulando sus sensaciones y conociendo su cuerpo en los momentos de juego, vigilia y actividad. El adulto significativo debe comprender que el no tener habla no es un impedimento para lograr esta actividad, pues el niño o niña logra comunicarse de diferentes maneras (gestos, sonidos, señas) y que la clave de lograr esta habilidad con el niño o niña con TEA, está basado en la observación e identificación de la forma de comunicación de ellos para con sus cuidadores.

Desarrollo Intelectual coordinación

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, un 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)

El juego es una actividad en el que el niño o niña empieza a conectarse con el entorno. Este ayuda a desarrollar habilidades cognitivas, corporales, ayuda manejar sus emociones, a desahogar energías y a relacionarse con los demás y los objetos de su entorno. Martín (2014) cita a García, Fernández y Fidalgo (2003) quienes realizan la diferencia del juego infantil, señalando tres tipos de juegos: El juego simbólico que implica el uso de objetos como si fueran de otros usos, ejemplo, la escoba como

caballo. El juego funcional que hace uso de los objetos según su función, ejemplo el coche de la muñeca, para pasearla por el parque. Y el Sociodramático que es el que realiza juego de roles en las que los niños realizan un papel o simbolizan un personaje tomando en cuenta el tema a jugar. Ejemplo, el ladrón y el policía. El autor señala además otros tipos de juego que tienen que ver con la Interactividad, que es el juego motor que se realiza interactuando con un adulto significativo, el Recíproco que juega con otra persona intercambiando un objeto o juguete y el Juego de reglas en donde se juega con otras personas respetando las condiciones que pone el grupo antes de iniciar la actividad.

Minedu (2010), presenta la descripción de las tapas del juego las cuales corresponde al desarrollo del niño d 24 meses a 36, dentro de las cuales señala que la construcción implica desarrollar la condición intelectual a través de actividades cotidianas no dirigidas, las cuales deben ser desarrolladas de manera constante, estas desarrollarlas sin ayuda, esto pudiendo realizar cuando los padres le dan la oportunidad de realizarlas de manera cotidiana como por ejemplo llenar vasos con semillas, canastas con juguetes, etc. De igual manera se describe la participación de juego de roles, los cuales son actividades difíciles en una primera etapa de realizar con niños con TEA, pues la espontaneidad en las mismas se ve limitada por no presentar en una primera instancia la imitación. Es por ello que el juego de roles se realiza como parte del trabajo espontaneo entre la madre o padre en este proceso de fijación de mirada, capacidad de imitación básica y posteriormente realizar este juego de forma espontánea, por ejemplo: darle de comer a la muñeca, lavar la vajilla luego de tomar el té. Etc.

Hay distintos niveles de juego, el aislado (no requiere jugar con otra persona, rompecabezas, juego de celulares, etc) los juegos en pareja, donde necesita la ayuda de otra persona para realizar el juego, ejemplo la chapada. Los grupales donde hay más de tres participantes, y el de equipo donde requiere de dos o más grupos para lograr un objetivo. Es por ello que el juego logra en el niño o niña que aprendan situaciones sociales, desarrollar sus habilidades motrices y estabilizar sus emociones,

sin embargo para un niño con trastorno de espectro autista es sumamente complicado realizar alguno de estos tipos de juego, pues, el no comprender situaciones o reglas hace que se aislé o busque espacios en donde los juegos personales sean lo que se observe en ellos. Esto sin embargo se hace no dándole sentido lógico al uso de los mismos. Es pues, que el niño o niña, busca la tapa de un juguete para hacerlo girar o los carritos para colocarlos boca arriba para hacer que las llantas giren de igual manera. Durante el proceso de la entrevista de las madres del aula roja del PRITE Antares, ellas identificaban estas acciones como juego, así como al lanzamiento de objetos al piso o por la ventana, al preguntarles ¿por qué identificaban estas acciones como juegos?, ellas indicaban que esta era la actividad del día que la hacían con mayor agrado y podían permanecer en ella por largos periodos. Sin embargo, ninguna de ellas buscaba un acercamiento para iniciar un juego, consideraban que el pasarle la pieza del rompecabezas era una manera de jugar con ellos o el correr junto con el niño en línea recta. Otra madre manifestó que la manera de jugar de su hijo consistía en colocar todos los juguetes en línea en el piso y pasar luego pateándolos, ella lo acompañaba brindándole los juguetes al niño.

A continuación, se expone el cuadro que se tomó en cuenta para poder realizar el inicio del trabajo de juego entre los adultos significativos y los niños del aula roja del Prite Antares.

Tabla 4
Sugerencias para la secuencia instructiva del juego en personas con autismo .
Terpstra, Higgings y Pierce.

Enseñanza de habilidades de juego aisladas
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar un juguete motivador. • Observar a otros niños usando el juguete para establecer cuál es su uso adecuado. • Dar el juguete al niño. • Observar la interacción del niño con el juguete. • Sugerir al niño la interacción con el juguete de un modo adecuado. • Moldear la conducta deseada usando el juguete o pidiendo a otro niño que moldee el uso del juguete. • Llevar a cabo una mayor guía si es necesario. Parar si el niño usa el juguete de modo adecuado. • Proporcionar ayudas verbales o dirigir al niño mientras usa el juguete. • Proporcionar guías físicas para mostrarle como se usa el juguete. • Aplicar refuerzo positivo para reforzar las conductas de juego deseadas. • Las ayudas se usarán de menos a mayor instrucción según sea necesario.
Juego sociodramático
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una escena basada en una actividad o evento. Los niños de clase pueden servir como inspiración. • Incluir papeles para todos los niños. El número óptimo de niños es tres o cuatro. • Enseñar a todos los niños a desarrollar su conducta. Fue de hacerse moldeando partes de la escena o con guías verbales. • Asignar a los niños los roles específicos de la escena. • Seguir la escena y guiar a los niños si es necesario. • Cuando los niños están más familiarizados con la escena es menor la intervención del adulto. Los niños comenzarán a desarrollar espontáneamente su papel. • Incorporar variedad de escenas para evitar el aburrimiento y las conductas repetitivas.
Uso de los iguales como entrenadores y modelos
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las preferencias y actividades que motivan al niño. Desarrollar juegos a partir de ellas en las que varios niños puedan participar. • Partir de un contexto en el que los niños habitualmente juegan en grupo. • Utilizar un espacio de juego bien diseñado. • Seleccionar cuidadosamente los materiales de juego. • Usar un esquema o rutina. • Formar grupos equilibrados. • Basarse en la competencia del niño. • Guiar la participación. • Lograr una completa inmersión en el juego. • Proporcionar instrucciones estructuradas para los compañeros ordinarios que se centre en la iniciación del juego y la respuesta adecuada a las acciones de los compañeros con autismo.
Instrucción en conductas pivote
<ul style="list-style-type: none"> • Estar seguro de que el niño al que estamos instruyendo está prestando atención. • Proporcionar elecciones que aumenten la motivación. • Variar los juguetes de acuerdo con las preferencias del niño. • Moldear la conducta social adecuada. • Reforzar los intentos y aproximaciones. • Fomentar la conversación. • Extender la conversación. • Establecer turnos durante el juego. • Narrar o describir el juego que se está realizando. • Enseñanza de la respuesta a claves múltiples, por ejemplo propiedades de los objetos.

Nota: Martín (2014) Propuesta de intervención en el juego con personas con autismo en el aula de educación infantil. Unibersidad de Valladolit (p.21)

Es fundamental que el adulto significativo logre identificar los intereses del niño y niña, esto será el punto de partida para que el juego pase a tener sentido y sirva para poder relacionarlo con ellos (padres) y su entorno inmediato.

Vocalización

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 trefismo 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)

Cortez, Dónadio, Sueyras (2003) Indican que el desarrollo del lenguaje se da en los niños y las niñas desde el primer año de vida de manera espontánea, sin embargo, es el apoyo de la familia fundamental para que estos logren de manera precisa las habilidades y adquirir las competencias que lo lleven a poder producir un mensaje claro. Sin embargo, puede ser también la familia la que pueda de manera errónea retrasar el lenguaje del niño o niña, facilitando las cosas e impidiendo que los pensamientos de los menores se vean reflejados en sonidos o expresiones capaces de transmitir estos a las personas de su entorno. Es pues importante comprender la adquisición del lenguaje y el desarrollo de los componentes lingüísticos, siendo fundamental que las personas a cargo de los cuidados del niño o niña así como los padres tengan un lenguaje claro hacia ellos.

En un primer momento, es básico que los niños y niñas tengan la oportunidad de escuchar al adulto significativo, pudiendo realizarlo de manera asertiva cuando se produce la alimentación y la hora del baño, haciendo posible que valla entrenando su

oído a sonidos que luego se convertirán en sonidos con significados. Es pues que el proceso lingüístico tiene que ver con el desarrollo de lenguaje cognitivo, social y personal. El contacto visual es también fundamental pues esta habilidad le permite observar los movimientos de labio y las expresiones del adulto.

Existen dos etapas previas al desarrollo del lenguaje, siendo la primera etapa el de la comunicación pre lingüística, la cual se refiere a aquel periodo en que el niño y niña no cuentan con un sistema lingüístico estructurado, mostrándose más receptivo y a medida que va creciendo va reconociendo no solo los códigos corporales, (gestos, señas, etc) sino también a reconocer las voces y el tipo de sonidos que emiten cada una de las personas, entonaciones, ritmos particulares, etc. Es durante esta etapa que el niño o niña se aventura a emitir sonidos oclusivos sonoros (p,t,k) así como sordos (b,d,g) y además son capaces de discriminar silabas. Esto tiene que ver mucho con el desarrollo perceptivo. La segunda etapa encontramos la comunicación lingüística, la cual se va edificando cuando el niño o niña van dado pase a un procedimiento basado en oposiciones que dan lugar al lenguaje significativo y el uso de relaciones de palabras. El lenguaje funcional lo logra hacia los 16 meses dando inicio a la adquisición gramatical, a los 2 años el niño inicia la emisión de palabras buscando una respuesta significativa del entorno. Si bien ya muestra la comprensión de palabras sin que todas ellas las pueda pronunciar, su lenguaje sigue siendo más gestual. A los dos años de edad, los niños deberían lograr oraciones cortas y tener un aproximado de 200 palabras habladas y un total de 300 a 500 comprendidas.

Es pues el lenguaje pragmático uno de los más afectados, este tiene que ver con la manera como usa el lenguaje para dirigirse a las personas y en el contexto en que se emite. Las familias que asistieron al aula roja, solicitaron atención ante la preocupación de observar el retraso que presentaban los niños y niñas para comunicarse. Si bien, emitían sonidos, estos aparentemente no tenían significado. Los padres referían que alguna vez habían emitido palabra, pero estas siempre fueran de contexto, luego las dejaban de emitir. También una familia hizo referencia a que su hijo hablaba repitiendo de manera exacta diálogos de un programa de tv. Video educativo

de su agrado o comercial publicitario, imitando desde la entonación, hasta el ritmo de las mismas, sin embargo, es incapaz de entablar un dialogo con las personas de su entorno o pronunciar de manera espontánea una palabra.

Artiaga (1999) hace un análisis de los trastornos que los niños y niñas con TEA, presentan en el lenguaje, hace una relación de los problemas que presenta el niño o niña afectado con TEA.

Tabla 5

Trastornos del lenguaje en niños autistas

Agnosia auditiva verbal
Síndrome fonológico-sintáctico
Síndrome léxico-sintáctico
Trastorno semántico-pragmático del lenguaje
Tumo de la palabra
Inicios de conversación
Lenguaje figurado
Clarificaciones
Mutismo selectivo
Trastornos de la prosodia

Nota: Artigas, J. (1999) *El lenguaje en los trastornos autistas* (p. S 120)

Agnosia auditiva verbal

Artiaga, refiere a Rapin, (1977) quien indica que fue el primero en describir sobre esta alteración. Manifiesta que existe en los niños y niñas una limitación de decodificar el lenguaje que le llega vía auditiva, aclara que los niños que presentan este problema, no muestran interés o necesidad de comunicarse, muy por el contrario, los niños y niñas utilizan al adulto significativo para lograr satisfacer sus deseos, manipulándolo y

tomándole la mano sin ni siquiera dirigirle una mirada o emitir un solo sonido, hasta llevarlo hacia donde él o ella quieren.

Síndrome fonológico sintáctico

Esto lo presentan los niños con TEA y los que no. Es un trastorno muy habitual en los niños. Se puede confundir como un retraso simple del lenguaje. Se evidencia en este una pobre presencia semántica y gramatical en el momento de la vocalización la cual se presenta de manera deficiente. Estos niños presentan una articulación poco comprensible. Su nivel de comprensión esta alterado en menor proporción.

Síndrome léxico sintáctico

El problema se encuentra en como el niño o niña no es capaz de emitir la palabra adecuada al concepto o a la idea que quiere dar. Esto es porque el niño presenta dificultades pragmáticas.

Síndrome semántico pragmático

Es el más estudiado en los niños y niñas con TEA. Es importante porque no está conectado exclusivamente con el problema lingüístico, sino también del aspecto social del autista. Tiene que ver con el uso adecuado del lenguaje, el que permite establecerse lógicamente a un dialogo con las personas de su entorno.

Mutismo selectivo

En este trastorno, los niños y niñas tienen la capacidad de hablar, sin embargo, no lo hacen ante la presencia de una persona desconocida o lugares que le son incómodos a él o ella. Estos niños no buscan usar ningún mensaje. Esto lo parecen los niños que presentan alto funcionamiento.

Trastornos de la prosodia

Esto se refiere al ritmo del lenguaje o tono de voz que emite el niño o niña, esto es muy raro de presentarse en las personas afectadas con TEA.

En términos generales los niños y niñas con TEA, presentan un trastorno evidente del lenguaje, el cual, le impide relacionarse de manera adecuada con las personas de su entorno inmediato. Sin embargo, a través del proceso de intervención temprana, se busca establecer un sistema de comunicación entre los padres y el niño, que luego se evolucionando, ingresando palabras bisílabas, las cuales van emitiendo en contextos significativos y de manera espontánea. Si bien no se logra en esta etapa una comunicación fluida, el que el niño logre transformar su mutismo a una necesidad de expresar sus necesidades con su adulto significativo, es un proceso que va más allá del contacto diario y pasa por el trabajo que lleva a la intervención con la familia quien estimula y aplica todo lo aprendido en el aula roja a su hogar.

1.4. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

Problema específico 1

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en las actividades de cuidado del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el control de esfínteres del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

Problema específico 4

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual a través de la coordinación viso manual del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

Problema específico 5

¿Cuál es el impacto de la intervención temprana en la vocalización del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?

1.5. Justificación del estudio**Justificación Práctica**

La presente investigación nace de la necesidad de poder encontrar rutas claras del proceso de intervención en aquellos niños o niñas diagnosticados con TEA. La mayoría de los programas de intervención temprana Prite, a nivel nacional cuentan con personal calificado para la atención de esta condición, siendo intención evidenciar las estrategias logradas por la tutora del aula roja del Prite Antares para el trabajo integral de los niños y niñas que fueron intervenidos, así como el proceso de acompañamiento, capacitación y seguimiento de las actividades realizadas por sus familias.

Justificación Teórica

La evolución que ha venido teniendo el concepto del Trastorno del Espectro Autismo ha sido limitado a comparación de otras condiciones de esta discapacidad, aún ahora, el que una familia reciba la noticia de que uno de sus miembros presentan esta condición, desata en todo el contexto una cadena de sensaciones y de cambios que pueden concluir en atenciones prolongadas con pocos resultados en el proceso de evolución de los que padecen la condición.

Esta investigación busca explorar aquellas estrategias que evidencian la importancia de una detección precoz y con ella la capacidad reactiva de los padres y profesionales para poder obtener resultados considerables en el proceso de una

intervención temprana, integral, oportuna y bajo un enfoque pedagógico social, en donde el rol de la familia y la importancia de todos los componentes que rodean al niño o niña hacen la diferencia para la obtención de habilidades básicas y fundamentales para su edad.

Justificación Social

Nuestro país es uno de los pocos en Latinoamérica que no cuentan con un presupuesto para la subvención económica o políticas conjuntas entre ministerios para la atención de las personas con habilidades diferentes y sus familias en la primera infancia. Siendo que los Prite, ofrecen a las familias la posibilidad de una atención, oportuna, eficiente y acorde al enfoque social, es muy difícil poder realizar coordinaciones conjuntas con especialistas del sector salud, que puedan atender la demanda de las necesidades con las que cuentan los niños que ahí se atienden. Es parte de este proceso de investigación, realizar los aportes necesarios para alertar de la necesidad de unir esfuerzos entre los diferentes actores en el proceso de detección precoz del Trastorno del Espectro Autista, atención nutricional adecuada, intervención temprana y oportuna a los niños, niñas y familias. Esto no solo puede recaer en los médicos que atienden en centros especializados, sino poder hacer propicia la detección en comunidades alejadas o en donde se encuentre una posta de salud. Es también necesario que los Prite que tiene a su cargo la detección precoz, atención oportuna y acompañamiento a las familias, cuente con una red de trabajo con estos especialistas del Minsa, a fin de poder establecer metas concretas y lograr resultados óptimos en todas aquellas personas afectas con TEA a nivel nacional.

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asiste al Prite Antares.

Hipótesis específicas

Hipótesis específicas 1

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Hipótesis específica 2

La intervención temprana impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Hipótesis específica 3

La intervención temprana impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Hipótesis específica 4

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo intelectual y coordinación óculo manual de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Hipótesis específica 5

La intervención temprana impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Mostrar, el impacto, de la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Objetivo específico 2

Determinar el impacto de la intervención temprana en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Objetivo específico 3

Determinar el impacto de la intervención temprana en el control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Objetivos específicos 4

Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual y coordinación óculo manual de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

Objetivos específicos 5

Determinar el impacto de la intervención temprana en la vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.

II. Método

2.1. Diseño de investigación

Vara (2015), señala que el diseño de investigación “es una serie de acciones (ya sea estrategias o planes) que permitirán llegar a las respuestas de nuestra investigación, las cuales deben darse de manera continua y ordenada, estas se ajustaran a la busca”. (p. 235).

Enfoque de estudio: La presente investigación presenta un enfoque cuantitativo, Hernández, Fernández y Baptista (2014) nos indica que el: “Enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”. (p.4). La cual busca simplificar un proceso, esquematizar, comprometerlo, más que solo medirlo y precisarlo. Vara (2015, p. 239), indica que “este tipo de investigaciones se puede realizar con muestras pequeñas y en ocasiones usa varias variables de estudio, usando diversas técnicas de observación y registros”.

Método: Tomando en cuenta el proceso final de la investigación podemos aportar que se trata de una investigación hipotética deductiva, pues es a partir de la mirada de casos particulares que se plantea un problema específico, es pues que a través de un juicio inductivo el problema expide a una teoría. Bisquerra (1989) señala que “es a partir de un marco teórico que se plantea una hipótesis y es solo a través del pensamiento deductivo que se lograr luego la valides empírica de la misma “(p.62), añade que a este proceso de inducción y deducción se le llama método hipotético-deductivo. Es pues que el diseño experimental es uno de los que siguen este razonamiento en donde, primero se plantea un problema y es a partir de la observación de los casos encontrados en el aula roja, que se revisa la bibliografía existente, se formula una hipótesis, se ha recogido los datos, para luego analizarlos llegando posteriormente a una conclusión e interpretación de datos.

Tipo de Estudio: La presente investigación se presenta del tipo aplicado, pues busca solucionar un problema preciso, práctico y de la realidad diaria. Vara (2015) indica que “la concordancia en este tipo de estudio es la de ser totalmente práctica, esto debido a

que los resultados de la misma se aplican de manera inmediata en la solución de problemas de la realidad” (p. 235). Agrega que este tipo de investigación si es aplicada, permite identificar las situaciones problemáticas, buscando dentro de lo posible soluciones en un contexto específico posible.

Diseño: La presente investigación es de tipo experimental. Vara (2015) afirma que es la programación de acciones las cuales deben ser realizadas para poder afirmar o rechazar una o varias hipótesis planteadas. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) , dentro de los pre experimentales existe el diseño pre prueba- pos prueba con una sola grupo. “Estos involucra a un grupo, siendo que a este, se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, luego de lo cual se le brinda un tratamiento para finalmente aplicarle una prueba posterior al tratamiento” .(p.220)

Nivel de estudio:

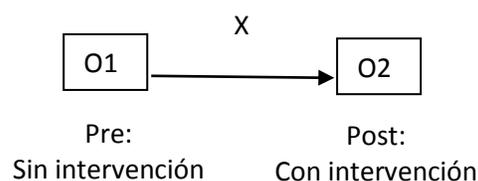
La presente investigación tiene un nivel de estudio experimental. Según Carrasco Díaz (2006). Una vez conocida las variables y las causas que determinan que tengan características que han dado origen al problema, se puede dar procedimiento metodológico. Es pues que en este nivel se aplica un nuevo sistema, modelo, tratamiento programa, método o técnicas para mejorar y corregir la situación problemática, que ha dado origen al estudio de investigación. Busca responder a las preguntas ¿qué cambios o modificaciones se han producido en la población luego de la aplicación de un programa, tratamiento, etc?. En este caso, se aplica ante la población de los niños menores de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares.

Técnica

La técnica seleccionada fue la observación la cual se utilizará en el momento de la aplicación de una lista de control que permite recoger los datos ante la presencia o ausencia de una ranga , siendo registrado a través de un Sí o No Bisquerra(1989), esto se registrará en el pre test (sin la intervención temprana) y Post test (con intervención temprana) el cual permitirá identificar las habilidades y destrezas a través de indicadores en la que se constatará la presencia o ausencia del comportamiento de los

niños y niñas de dos años con TEA, que asisten en el PRITE Antares. Debido a que el proceso de análisis se establece en un corte de tiempo definido.

G: O1 x O2



G: Grupo de niños

O1, O2: Pruebas de medición a niños de dos años trastorno de espectro autismo (TEA) PRITE Antares de S. M.P

X: Estímulo o intervención temprana

2.2. Variables, definición

2.2.1. Definición Conceptual

Variable Independiente

Se determina Intervención temprana para Minedu (2013) al conjunto de acciones que se realizan para atender de manera precoz las deficiencias (intelectuales, físicas, sensoriales, auditivas, visuales, etc.) que presentan algunos niños y niñas con necesidades ya definidas e identificadas, así como también aquellos que corren el riesgo (por diferentes factores) de adquirirlas. La intervención temprana, desarrolla actividades de forma integral y bajo el enfoque social, buscando involucrar de manera asertiva a la familia en el proceso de la intervención, a la cual se le empodera en el desarrollo de actividades conjuntas en el programa donde se asista al niño o niña, así como en el hogar. La importancia de reducir los efectos que las discapacidades en el niño o niña se des fundamental en este proceso de la intervención temprana, para ello el buscar estrategias que permitan reforzar los conflictos emocionales que conlleva la condición del niño o niña a la familia es primordial en este trabajo, así como el capacitarlos y acompañarlos en las estrategias que deben ser aplicadas durante todo el

día con sus hijos o hijas en todos los contextos donde se desarrollan. MINEDU cita a Heward (1998) que, a su vez, refiere de McConnell (1994) el cual indica que:

La intervención temprana 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 servicios educativos especiales posteriores (p.23)

Variable Dependiente

Variable 1: El desarrollo integral

La organización de estados Iberoamericanos (OEI 2010. p.13), Refiere a la Organización Panamericana de la Salud (OPS. 2000), que el Desarrollo integral: “se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive”.

2.2.2. Definición Operacional

Tabla 6

Organización de la Variable Intervención Temprana

Contenido del Programa	Estrategias	Metodología	Tiempo
<p>Se realizará un programa de atención para los niños y niñas con sus familias teniendo en cuenta la peculiaridad del grupo y las necesidades educativas, culturales y recursos.</p> <p><i>Objetivo General</i> Atender de forma integral el desarrollo del niño y niña con Tea menor de tres años atendido en el Prite Antares.</p> <p><i>Resultados esperados:</i> Lograr el desarrollo integral a través de la intervención temprana de manera individual atendiendo la motricidad actitudes al cuidado, intelectual por medio de la coordinación óculo-manual y la aparición de la vocalización en el lenguaje oral.</p>	<p>Planificación: Revisación, selección y elaboración de prueba de prueba o test a aplicar. Hoja de entrevista a padres o ficha de desarrollo, hoja de programación de sesiones, hoja de visitas.</p>	<p>Observación, indagación, información sobre lo aplicable en intervención temprana.</p>	<p>Febrero.</p>

Operacional:

Tabla 7

Operacionalización de la variable 1: Desarrollo integral

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores	Niveles y rangos
Desarrollo Motor	A. Camina con destreza B. Sube la escalera	Del 1 - 3 Del 4 – 5		Escaso =1 Mediano = 2 - 3 Bueno = 4 Excelente = 5
Actitud durante los cuidados	A. Mastica Come B. Participa y colabora en baño y vestimenta	De 1 Del 3 al 4 De 4 al 9		Escaso =1 – 2 Mediano = 3 -5 Bueno = 6 - 8 Excelente = 9
Esfínteres	A. Hábitos de higiene B. Control de esfínteres	Del 1 al 3 Del 4 al 5		Escaso = 1 Mediano =2 -3 Bueno = 4 Excelente = 5
Desarrollo Intelectual, coordinación óculo manual y juego.	A. Coordinación visual B. Juegos de Roles	De 1 Del 2 al 5	0= No se observa la conducta 1= Se observa la conducta	Escaso =1 Mediano = 2 -3 Bueno = 4 Excelente = 5
Vocalización y palabra	A. Uso de silabas o palabras. B. Uso de frases C. Habla D. Ejecución de consignas	De 1 Del 2 al 4 De 5 De 6		Escaso =0 – 2 Mediano = 3 -4 Bueno = 5 Excelente = 6

2.3. Población y muestra

La población y la muestra en este estudio es el mismo, siendo la cantidad de 6 niños a los cuales se les aplico el programa de intervención temprana.

X: Estímulo o intervención temprana

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

Técnica:

La técnica seleccionada fue la observación, siendo los instrumentos que se utilizaron: una hoja de registro del Pre test (Sin la intervención temprana) y Post Test (con intervención temprana) basada en la escala de Pikler, las cuales permiten determinar aquellos comportamientos que fueron evaluados por separado.

Instrumento:

El instrumento que se utiliza en el presente estudio es una lista de cotejo o lista de control, Bisquera (1989), “la cual permite identificar la ausencia o presencia de un comportamiento”. (p.113), logrando identificar la, destrezas o ausencia de los niños mediante el proceso de intervención temprana de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares. Asimismo, para el propósito del presente estudio, se realizó un análisis secuencial de la actitud comportamental en cinco dimensiones las cuales corresponden al “Desarrollo Motor”, “Actitud durante los cuidados”, “Esfínteres”, “Desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego” y “Vocalización y palabra”.

Ficha técnica de Observación adaptada de la escala de desarrollo de Pikler para niños de 24 meses.

Nombre: Escala de desarrollo de Pikler.
 Autor: Instituto Loczy, sistematizado por Judith Falk, para Unicef y Minedu, adaptado por Carmen Rosa Cortez Pautrat
 Áreas que Evalúa: Desarrollo motor
 Actividad durante los cuidados

	Esfínteres
	Desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual, la manipulación y el juego
	Desarrollo de la vocalización y de la palabra
Estructura:	30 ítems
Calificación:	Dicotómica, si y no

Validez

En esta investigación se ejecutó la técnica de juicio de expertos. Esto implica en exponer a juicio de 3 personas expertas la herramienta de medición que se busca utilizar para la recolección de datos. Los expertos evaluarán el instrumento tomando en cuenta tres criterios: pertinencia, relevancia y claridad. Si el instrumento es pertinente con las tres condiciones, el experto firma un certificado que validará el mismo indicando que hay suficiencia.

Tabla 8

Juicio de expertos

Validación de juicio de expertos	Experto	Especialidad	Aplicable
Experto N° 1	Mgr. Concepción Eduviges Moreno Chávez	Psicopedagogía	Aplicable
Experto N° 2	Mgr. María Victoria Moreno Chávez	Ciencias de la educación con mención en psicopedagogía cognitiva	Aplicable
Experto N°3	Mgr. Xavier Fuentes Dávila	Ciencias de la Educación con mención en ciencias del deporte	Aplicable

Confiabilidad:

La confiabilidad o consistencia interna del instrumento utilizado es medido a través del procedimiento de Kuder - Richardson en una muestra total de 6 sujetos, evaluados en 30 ítems, resulta un coeficiente de 0.926, lo cual es bueno. Por ello se concluye que existe fiabilidad de continuar con el estudio.

Análisis de confiabilidad

Coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20)

Es el estimado de homogeneidad utilizado en aquellos instrumentos que tienen formatos de respuestas dicotómicas, (Si - No o Falso - Verdadero). Esta técnica se basa en el análisis de correlación basada sobre la consistencia de respuestas a todos los ítems de un test que es administrado una vez.

$$KR - 20 = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum p * q / items}{S^2 T(aciertos)} \right]$$

Donde:

k: Número de ítems

$\sum p * q$ = Sumatoria de proporciones de aciertos por desaciertos

S^2_T : Varianza del total de aciertos

La confiabilidad o consistencia interna del instrumento utilizado es medido a través del procedimiento de Kuder - Richardson en una muestra total de 6 sujetos, evaluados en 30 ítems, resulta un coeficiente de 0.926, lo cual es bueno. Por ello se concluye que existe fiabilidad de continuar con el estudio.

2.5. Métodos de análisis de datos

En cuanto al resultado del contraste de hipótesis se aplicó la prueba de rangos de Wilcoxon ya que los valores obtenidos durante la investigación (Pre-Test y Post-Test) establecen un número pequeño (<30), lo cual se asume la ausencia de normalidad de los datos, por ello la necesidad de trabajar con una prueba no

paramétrica. Se utiliza la prueba de rangos de Wilcoxon debido a la conveniencia que existe para muestras relacionadas, donde se pretende evaluar las diferencias entre las respuestas antes y después de la intervención temprana, por lo que sirvió para la demostración de las hipótesis de la investigación y que fueron evaluadas con un 95% de confianza.

2.6. Aspectos éticos

La presente investigación accedió a la información de manera honesta y sin alterar los resultados que en las investigaciones que anteceden a las mismas han sido nombradas. Se ha basado en datos encontrados en artículos, tesis y publicaciones científicas que permitieron exponer las hipótesis que se ha planteado. En cuanto al grupo de estudio, se contó con los permisos correspondientes de las personas responsables de los niños y niñas que fueron consideradas (6) en la investigación. Así como se buscó proteger la identidad de cada una de ellas.

III. Resultados

3.1. Estadísticos descriptivos

Tabla 9

Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA), tomando en cuenta el Desarrollo Motor

Desarrollo Motor	Sin intervención		Con intervención	
	N=6		N=6	
	Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
Camina 3 metros, sin tropezar con obstáculos				
Se observa la conducta	0	0.00%	5	83.33%
No se observa la conducta	6	100.00%	1	16.67%
Camina portando objetos que impiden ver el suelo				
Se observa la conducta	0	0.00%	4	66.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	2	33.33%
Camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella.				
Se observa la conducta	0	0.00%	4	66.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	2	33.33%
Sube la escalera 1				
Se observa la conducta	4	66.67%	6	100.00%
No se observa la conducta	2	33.33%	0	0.00%
Sube la escalera 2				
Se observa la conducta	0	0.00%	4	66.67%
No se observa la conducta	0	0.00%	2	33.33%

Se observa en la tabla 9 en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, que del 0% de niños que caminaban 3 metros, sin tropezar frente a los obstáculos de la prueba, existe un 83.33% de niños que lograron completar la actividad luego de la implementación de acciones dando prioridad al desarrollo motor grueso y la ejecución de las actividades planteadas para el hogar. Asimismo, el 66.67% de niños lograron caminar portando objetos que impedían ver el suelo esto debido al planteamiento de juegos en donde se favorecía el traslado de pelotas bobath, Cajas con peso, etc., ya que sin la intervención la observación de la conducta se manifestó en un 0.0%, pues los niños y niñas no eran capaces de avanzar con objetos con pesos sin lanzarlos luego de realizar dos pasos. Además, se observa que el 66.67% de niños, lograron caminar sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella mediante la intervención con juegos de equilibrios al inicio con el apoyo de las mamás y luego retirando el apoyo, este resultado de logro no se completó en un 100% cuando no hubo intervención.

También es importante mencionar que se observó la conducta de subir las escaleras 1 sin intervención en un 66.67%, y al existir una intervención esto logró ser satisfactorio en el 100% de los niños y niñas. Por último, se observa que ningún niño o niña logró subir las escaleras 2 sin intervención, mientras que al existir una intervención esta conducta se manifestó en el 66.67% de los niños y niñas, buscando realizar la actividad repetidas veces con apoyo de las mamás y luego sin apoyo de las mismas.

Tabla 10

Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P sobre las actividades del cuidado

Actividades del cuidado	Sin intervención		Con intervención	
	N=6		N=6	
	Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
Mastica normalmente				
Se observa la conducta	2	33.33%	6	100.00%
No se observa la conducta	4	66.67%	0	0.00%
Come solo con cuchara				
Se observa la conducta	1	16.67%	3	50.00%
No se observa la conducta	5	83.33%	3	50.00%
Come solo y sin ensuciarse				
Se observa la conducta	0	0.00%	1	16.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	5	83.33%
Se saca algunas ropas				
Se observa la conducta	2	33.33%	6	100.00%
No se observa la conducta	4	66.67%	0	0.00%
Se lava las manos				
Se observa la conducta	0	0.00%	5	83.33%
No se observa la conducta	6	100.00%	1	16.67%
Se pone algunas ropas				
Se observa la conducta	0	0.00%	4	66.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	2	33.33%
Se desbotona				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%
Se saca los zapatos				
Se observa la conducta	3	50.00%	6	100.00%
No se observa la conducta	3	50.00%	0	0.00%
Se cepilla los dientes				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%

Se observa en la tabla 10 en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, lograron masticar normalmente en un 100% gracias a la intervención, ya que sin ella sólo el 33.33% lograron realizarlo normalmente. Además, la intervención permitió que el 50% de los niños lograran comer

solo con cuchara, mientras que sin intervención esto sólo se daba en el 16.67% de los niños. Asimismo, se aprecia que comer solo y sin ensuciarse pudo darse en el 16.67% de los niños gracias a la intervención, ya que sin ella el 100% de los alumnos no lograba realizarlo.

Es importante resaltar que sacarse algunas ropas y también sacarse los zapatos se efectuó en el 100% de los niños mediante la intervención, mientras que sin ella esto se daba en un 33.33% y 50.00% respectivamente. Además, la actividad de lavarse las manos alcanzó el logro en un 83.33% a través de la intervención, esta misma actividad sin la intervención alcanzaba un 0.0%.

Desbotonarse y cepillarse los dientes no se observó en los niños sin la intervención y con la intervención.

Tabla 11

Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P sin intervención o con intervención sobre el control de esfínteres.

Esfínteres	Sin intervención		Con intervención	
	N=6		N=6	
	Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
Avisa cuando está su pañal sucio				
Se observa la conducta	0	0.00%	5	83.33%
No se observa la conducta	6	100.00%	0	0.00%
Se sienta en el bacín mientras lo mira				
Se observa la conducta	0	0.00%	5	83.33%
No se observa la conducta	6	100.00%	0	0.00%
Permanece sentado solo en el bacín				
Se observa la conducta	0	0.00%	3	50.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	0	0.00%
Atrasa la micción				
Se observa la conducta	0	0.00%	1	16.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	0	0.00%
Controla durante la vigilia				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%

Se observa en la tabla 11 en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, que el 83.33% de los niños avisan cuando su pañal está sucio y se sientan en el bacín mientras lo mira, cuando existe una

intervención, mientras que estas actividades no se manifiestan (0.0%) sin la intervención.

Asimismo, se evidencia que el 50.0% y el 16.67% de los niños permanecen sentados solo en el bacín y atrasan la micción respectivamente mediante la intervención, esto no se observa en ninguna de las actividades sin la intervención. Además, la actitud del niño de controlar durante la vigilia no se observa (0.0%) sin intervención y con intervención.

Tabla 12

Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P tomando en cuenta el Desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego.

Desarrollo Intelectual, coordinación óculo manual y juego	Sin intervención		Con intervención	
	N=6		N=6	
	Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
Construye				
Se observa la conducta	1	16.67%	6	100.00%
No se observa la conducta	5	83.33%	0	0.00%
Participa juegos de roles I				
Se observa la conducta	1	16.67%	5	83.33%
No se observa la conducta	5	83.33%	1	16.67%
Participa en juego de roles II				
Se observa la conducta	0	0.00%	3	50.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	3	50.00%
Participa en juego de roles III				
Se observa la conducta	0	0.00%	1	16.67%
No se observa la conducta	6	100.00%	5	83.33%
Organiza juego de roles				
Se observa la conducta	0	0.00%	3	50.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	3	50.00%

Se observa en la tabla 12 en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, que el 100% de los niños logran construir mediante la intervención, mientras que esto sólo se efectuaba en un 16.67% sin la intervención. Además, el 50% de los niños logran participar tanto en juego de roles II como en organizar juego de roles mediante la intervención, ya que esto no se efectuaba (0.0%) sin intervención. Además, el proceso de participar en juego de roles I, y en participar en juego de roles III, se efectuó en un 83.33% y en un 16.67%

respectivamente a través de la intervención, ya que esto se realizaba en un 16.67% y en un 0.0% sin la intervención respectivamente.

Tabla 13

Comparativo de la conducta sin intervención y con intervención de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P tomando en cuenta la Vocalización.

Vocalización	Sin intervención		Con intervención	
	N=6		N=6	
	Frecuencia	% Total	Frecuencia	% Total
Utiliza palabras o fragmentos de palabras				
Se observa la conducta	2	33.33%	5	83.33%
No se observa la conducta	4	66.67%	1	16.67%
Utiliza frases de dos palabras				
Se observa la conducta	0	0.00%	3	50.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	3	50.00%
Utiliza frases desarrolladas				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%
Utiliza frases completas				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%
Habla correctamente				
Se observa la conducta	0	0.00%	0	0.00%
No se observa la conducta	6	100.00%	6	100.00%
Ejecuta consignas verbales				
Se observa la conducta	2	33.33%	5	83.33%
No se observa la conducta	4	66.67%	1	16.67%

Se observa en la tabla 13 en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, que el 83.3% de los niños logran utilizar palabras o fragmento de palabras mediante la intervención, ya que el mismo se realizaba solo en un 33.33% sin la intervención. Además, se aprecia que un 50.00% de los niños lograron utilizar frase de dos palabras mediante la intervención, ya que sin ésta no existía realización de la conducta (0.0%). También se observa que un 83.33% logra ejecutar consignas verbales mediante la intervención, siendo esta realizada sólo

en un 33.33% sin la intervención. Asimismo, se observa que utilizar frases desarrolladas, utilizar frases completas y hablar correctamente no se observó (0.0%) sin intervención y con intervención.

Tabla 14

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P

Niveles	Sin intervención		Con intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escaso	6	100.0%	1	16.7%
Mediano	0	0.0%	1	16.7%
Bueno	0	0.0%	0	0.0%
Excelente	0	0.0%	4	66.7%

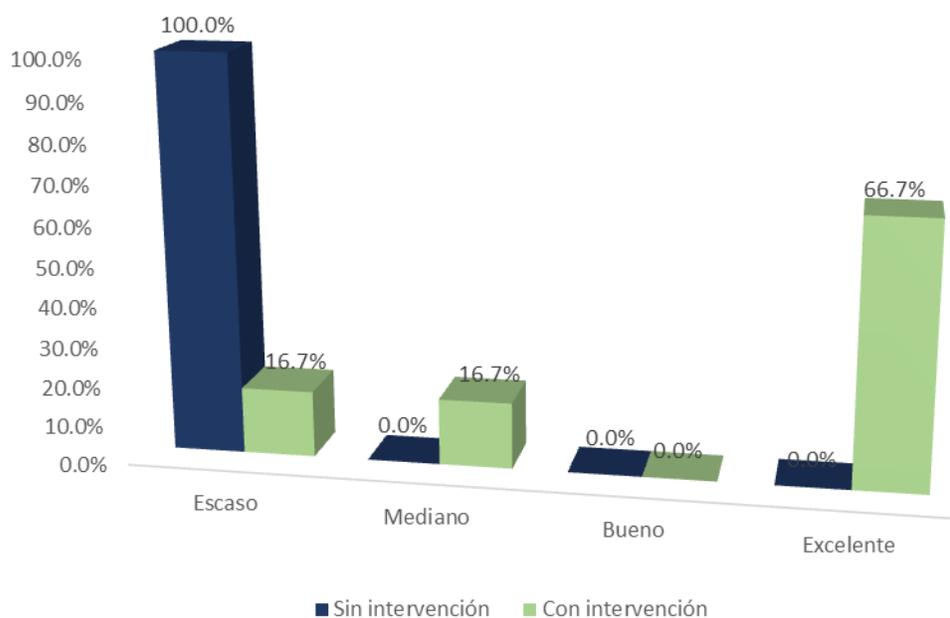


Figura 2. Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según desarrollo motor

En la tabla 14 se observa como el 100% de niños con un nivel escaso con respecto al desarrollo motor logró reducirse al 16.7% con la intervención temprana. Un 16.7% de los niños alcanzaron un nivel mediano y un 66.7% un nivel excelente.

Tabla 15

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P

Niveles	Sin intervención		Con intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escaso	5	83.3%	0	0.0%
Mediano	1	16.7%	3	50.0%
Bueno	0	0.0%	3	50.0%
Excelente	0	0.0%	0	0.0%

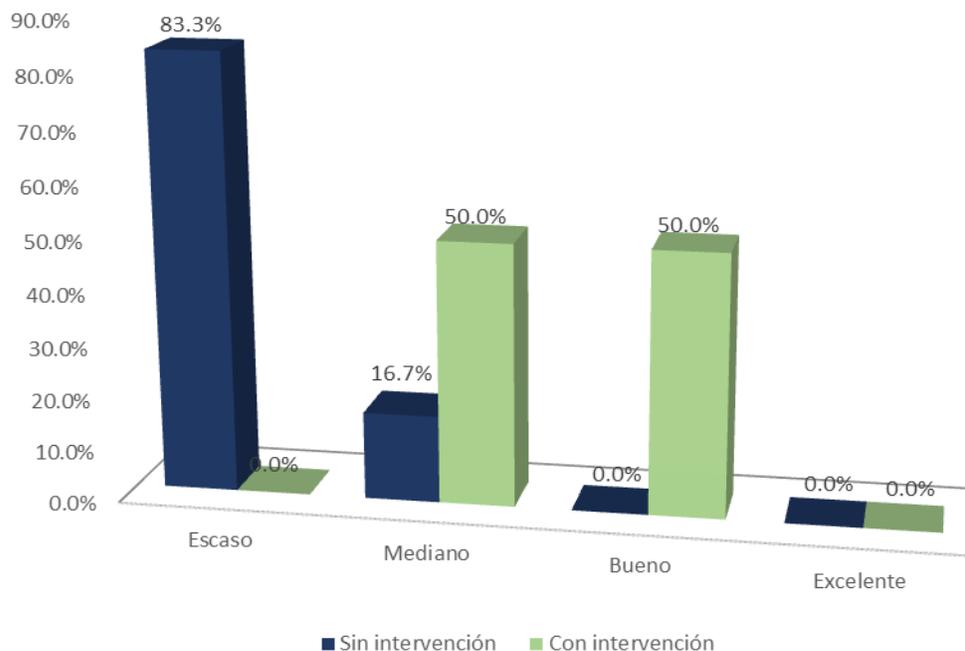


Figura 3. Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según actitudes durante los cuidados

En la tabla 15, se observa como el 83.3% de niños con un nivel escaso con respecto al desarrollo motor logró reducirse al 0.0% con la intervención temprana. Un 50.0% de los niños alcanzaron un nivel mediano y el 50.0% restante alcanzó un nivel bueno.

Tabla 16

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P

Niveles	Sin intervención		Con intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escaso	6	100.0%	1	16.7%
Mediano	0	0.0%	4	66.7%
Bueno	0	0.0%	1	16.7%
Excelente	0	0.0%	0	0.0%

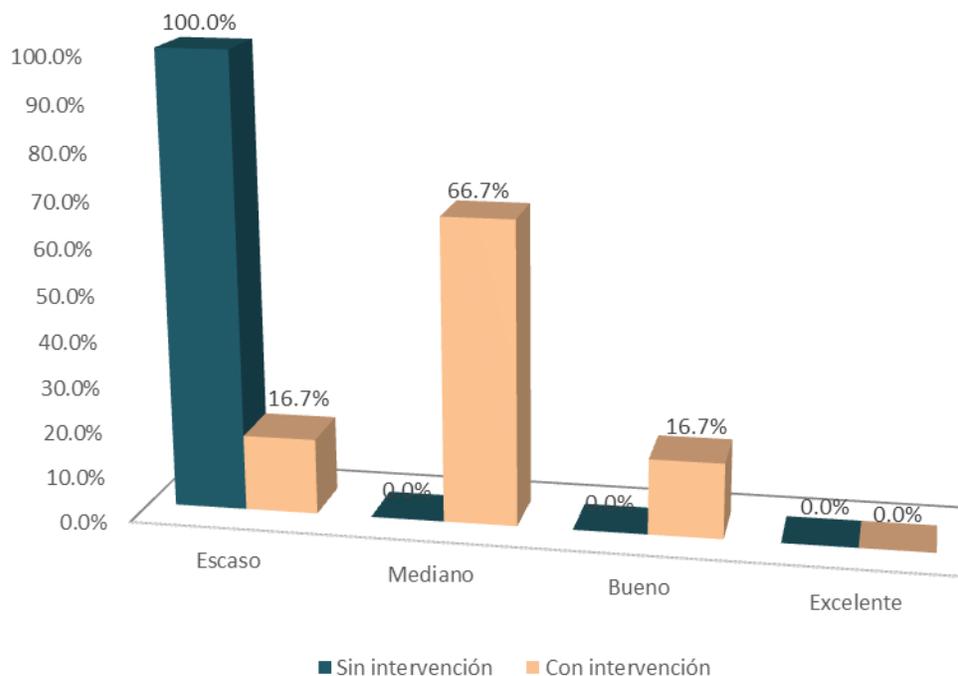


Figura 4. Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según control de esfínteres

En la tabla 16, se observa como el 100.0% de niños con un nivel escaso con respecto al desarrollo motor logró reducirse al 16.7% con la intervención temprana. Un 66.7% de los niños alcanzaron un nivel mediano y el 16.7% restante alcanzó un nivel bueno.

Tabla 17

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P

Niveles	Sin intervención		Con intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escaso	5	83.3%	1	16.7%
Mediano	1	16.7%	2	33.3%
Bueno	0	0.0%	2	33.3%
Excelente	0	0.0%	1	16.7%

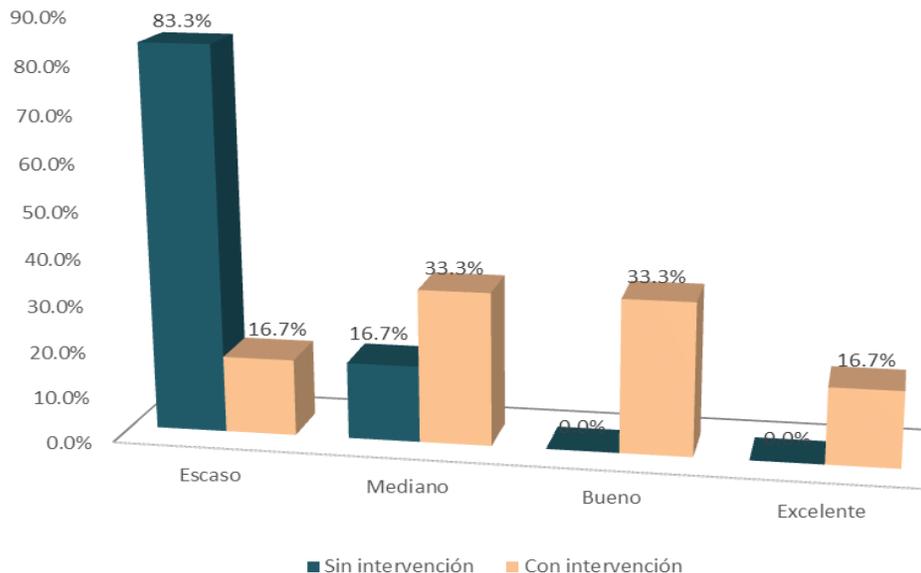


Figura 5. Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego

En la tabla 17, se observa como el 83.3% de niños con un nivel escaso con respecto al desarrollo motor logró reducirse al 16.7% con la intervención temprana. Un 33.3% de los niños alcanzaron un nivel mediano, el 33.3% un nivel bueno y el 16.7% restante alcanzó un nivel excelente.

Tabla 18.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares de S.M.P

Niveles	Sin intervención		Con intervención	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Escaso	6	100.0%	3	50.0%
Mediano	0	0.0%	3	50.0%
Bueno	0	0.0%	0	0.0%
Excelente	0	0.0%	0	0.0%

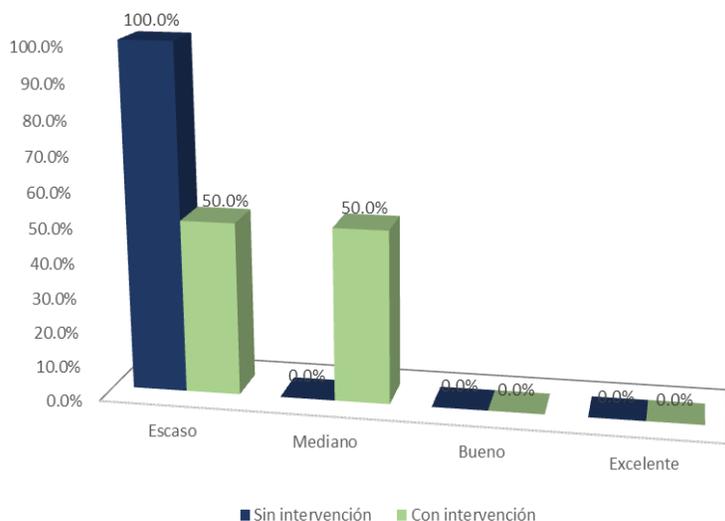


Figura 6. Porcentaje de los niveles antes y después de la intervención según vocalización y palabras

En la tabla 18, se observa como el 100.0% de niños con un nivel escaso con respecto al desarrollo motor logró reducirse al 50.0% con la intervención temprana. Un 50.0% restante alcanzó un nivel mediano.

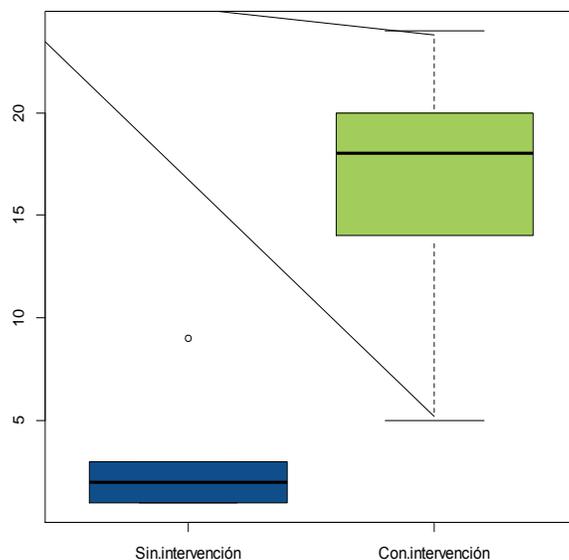


Figura 7. Distribución de los puntajes de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares de S.M.P antes y después de la intervención temprana

Se observa en la Figura 7, el puntaje general de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares de S.M.P, evidenciándose una mayoría de niños con un puntaje menor a 5, donde sólo un caso presenta un puntaje de 9. Asimismo, se aprecia que los resultados post intervención impactaron positivamente a nivel general, debido a que la mayoría de niños alcanzó en promedio un puntaje de 16.5, donde el 50% de los datos se concentra alrededor del puntaje 18.

Prueba estadística

Para poder medir el impacto del presente estudio se emplea el programa SPSS Vs 20 el cual es un programa empleado para la gestión de información y el análisis estadístico de los datos. Para poder realizar el análisis de manera correcta se tiene que tener presente la determinación de la normalidad de los datos pues de ello dependerá si se realizará una evaluación paramétrica o no paramétrica, en este caso por el número de datos (< 30), podemos tomar en cuenta la aplicación del método no paramétrico, lo cual no requiere asumir la normalidad de la población a la cual se está analizando.

Se realizará la prueba de rangos de Wilcoxon, en la cual los datos no necesitan seguir una distribución normal y sirve para comparar la mediana de dos muestras relacionadas (el grupo de niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P antes y después de la intervención) y con ello poder determinar si existen diferencias entre las mismas.

Hipótesis General

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H0: La intervención temprana no impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H1: La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba $H1$

$P > 0.05$ se aprueba $H0$

Tabla 19.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

	N	Rango promedio	Suma de rangos
pos - pre			
Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
Rangos positivos	6 ^b	3,50	21,00
Empates	0 ^c		
Total	6		

a. pos < pre

b. pos > pre

c. pos = pre

Estadísticos de prueba^a

	Pre test – Post test
Z	-2.207 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.027

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.027, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis $H1$, la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P

Hipótesis Específica 1

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H0: La intervención temprana no impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H1: La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba *H1*

$P > 0.05$ se aprueba *H0*

Tabla 20.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

		N	Rango promedio	Suma de rangos
d1pos - d1pre	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^b	3,50	21,00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. d1pos < d1pre

b. d1pos > d1pre

c. d1pos = d1pre

Estadísticos de prueba^a

	Pre test Desarrollo motor – Post test Desarrollo motor
Z	-2,232 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.026

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.026, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis H_1 , la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P

Hipótesis Específica 2

La intervención temprana impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H_0 : La intervención temprana no impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H_1 : La intervención temprana impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba H_1

$P > 0.05$ se aprueba H_0

Tabla 21.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según actitudes ante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

		N	Rango promedio	Suma de rangos
d2pos - d2pre	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^b	3,50	21,00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. d2pos < d2pre

b. d2pos > d2pre

c. d2pos = d2pre

Estadísticos de prueba^a

	Pre test Actitudes – Post test Actitudes
Z	-2,207 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.027

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.027, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis H_1 , la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Hipótesis Específica 3

La intervención temprana impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H0: La intervención temprana no impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H1: La intervención temprana impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba *H1*

$P > 0.05$ se aprueba *H0*

Tabla 22.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

		N	Rango promedio	Suma de rangos
d3pos - d3pre	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^b	3,00	15,00
	Empates	1 ^c		
	Total	6		

a. d3pos < d3pre

b. d3pos > d3pre

c. d3pos = d3pre

Estadísticos de prueba^a	
	Pre test Control esfínteres
	–
	Post test Control esfínteres
Z	-2,041 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.041

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.041, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis H_1 , la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Hipótesis Específica 4

La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H_0 : La intervención temprana no impacta favorablemente en el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

H_1 : La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba $H1$

$P > 0.05$ se aprueba $H0$

Tabla 23.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según desarrollo intelectual coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

		N	Rango promedio	Suma de rangos
d4pos - d4pre	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^b	3,50	21,00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. d4pos < d4pre

b. d4pos > d4pre

c. d4pos = d4pre

Estadísticos de prueba^a

	Pre test Desarrollo intelectual– Post test Desarrollo intelectual
Z	-2,214 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.027

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.027, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la

hipótesis $H1$, la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Hipótesis Específica 5

La intervención temprana impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

$H0$: La intervención temprana no impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

$H1$: La intervención temprana impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

Supuestos:

$P \leq 0.05$ se aprueba $H1$

$P > 0.05$ se aprueba $H0$

Tabla 24.

Distribución porcentual de los niveles de evaluación antes y después de la intervención temprana según vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al aula roja del Prite Antares

		N	Rango promedio	Suma de rangos
d5pos - d5pre	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^b	3,00	15,00
	Empates	1 ^c		
	Total	6		

a. $d5pos < d5pre$

b. $d5pos > d5pre$

c. $d5pos = d5pre$

Estadísticos de prueba^a

	Pre test Desarrollo Vocalización– Post test Desarrollo Vocalización
Z	-2,041 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.041

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

De acuerdo al resultado de la prueba de Wilcoxon se obtuvo que el valor de la significancia P-value fue de 0.041, valor que es menor que 0.05 por lo cual se aprobó la hipótesis H_1 , la cual indica que la intervención temprana impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares en S.M.P.

IV. Discusión

La presente investigación, ha permitido comparar resultados con la teoría encontrada en los últimos cuatro años sobre el tema de intervención temprana en los niños con TEA, así como verificar los logros de la misma en el desarrollo integral del niño o niña que lo presenta. La teoría que se ha encontrado al respecto, nos confirma el impacto favorable que la intervención temprana logró en el desarrollo integral de los niños y niñas con TEA que asisten al Prite Antares. Es así que Zalaquett., Schönstedt, Angeli., Herrera. y Moyano,. (2015), coincide con esta investigación en que, para poder lograr una intervención oportuna en los niños y niñas que presentan el TEA , la detección precoz es fundamental, pues permite plantear un adecuado programa de intervención.

En los resultados de la primera hipótesis planteada en la investigación, se ha podido comprobar que el proceso de intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con TEA que asisten al Prite Antares, Cobos (2007) indica que si bien el movimiento del cuerpo se da de manera innata desde el momento que el ser humano se encuentra en el vientre de la madre, en los niños afectados con TEA, la alteración del esquema corporal por la presencia de trastornos en los diferentes canales sensoriales, lo que hace que se vea alterado el desarrollo motor, sin embargo, al igual que Cobos, podemos afirmar que en el momento que el niño empieza a manejar sus impulsos, será factible que ajuste acciones y perfeccione el movimiento mejorando su motricidad.

La segunda hipótesis nos afirma el impacto favorable que existe durante los cuidados de los niños con TEA que asisten al aula roja del Prite Antares. Es ante ello, que Fomasi y Travaglini (2016) coinciden con esta investigación al afirmar que los cuidados que el niño debe recibir con relación al adulto significativo, debe permitir el desarrollo de habilidades de independencia, siendo la relación que existe entre el cuidador (adulto significativo) y el niño fundamental para el logro de su independencia. Ante ello, el adulto pueda cubrir sus necesidades sin anular la capacidad que tiene el niño de lograr habilidades para comer, vestirse, realizar higienes primarias así como asistirse en los servicios. Sin embargo, es Bogdashina (2007), quien plantea los problemas de híper e hipo reacción en los niños con TEA, los cuales hacen que los

cuidados de los niños se vean afectada. Es pues que la identificación de ellos (hiper reacción o hipo reacción) y el trabajo de las mismas por parte de los padres con la tutora del aula roja .

Sobre la tercera hipótesis y de acuerdo al resultado El E.O.E.P, (2009) basa el trabajo del control de esfínteres en la organización de rutinas así como la capacidad de los padres de ser perseverantes en la actividad, la cual exigirá sin obligar a los niños , el poder tener horarios establecidos para el descanso, la alimentación y momentos de juego, fueron fundamental para aquellas mamás que lograron el control de esfínteres en sus hijos , los cuales asistieron al aula roja.

La cuarta hipótesis indica que de acuerdo al resultado la importancia de la realización de esta área ha sido reforzada por Martin(2014) que citando a García, Fernández y Fidalgo (2003), quienes desarrollan los tipos de juego. Siendo, dentro de la evaluación de Pikler la principal manera de poder determinar que un niño menor de 3 años desarrolle la parte de intelectual, a través del juego. Minedu (2010), descripción a través de la escala de Pikler, la importancia de la espontaneidad en el juego, permitiendo al niño o niña lograr actividades de imitación de manera espontánea la cual se vé reflejada en el juego de roles.

En cuanto a nuestra última y quinta hipótesis, siendo una de las áreas que presentan evidentes déficits los niños y niñas con TEA, indicar que Cortez, Donadio, Sueyras (2003), exponen la evolución del lenguaje, la cual hace factible trabajar a la tutora del aula roja del Prite Antares la evolución del mismo con los niños y niñas, estableciendo con los padres, actividades que permitieran desarrollar un lenguaje Comprensivo en primera instancia que permitiera el contacto entre familias- niño(a), para luego desarrollar un lenguaje expresivo y la emisión posteriormente de la articulación de palabras, que se lograron a través del desarrollo del juego espontáneo y la capacidad que presentaron las familias de poder involucrarse en el desarrollo de aquellas áreas que Artiaga (1999) explico cómo trastornos que presentaban los niños con TEA.

V. Conclusiones

Primera: La intervención temprana influye favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, siendo que del 0% de niños que caminaban 3 metros, sin tropezar frente a los obstáculos de la prueba, existe un 83.33% de niños que lograron completar la actividad luego de la implementación de acciones dando prioridad al desarrollo motor grueso y la ejecución de las actividades planteadas para el hogar. Asimismo, el 66.67% de niños lograron caminar portando objetos que impedían ver el suelo esto debido al planteamiento de juegos en donde se favorecía el traslado de pelotas bobath, Cajas con peso, etc. , ya que sin la intervención la observación de la conducta se manifestó en un 0.0%, pues lo niños y niñas no eran capaces de avanzar con objetos con pesos sin lanzarlos luego de realizar dos pasos. Además, se observa que el 66.67% de niños, lograron caminar sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella mediante la intervención con juegos de equilibrios al inicio con el apoyo de las mamás y luego retirando el apoyo, este resultado de logro no se completó en un 100% cuando no hubo intervención. También es importante mencionar que se observó la conducta de subir las escaleras 1 sin intervención en un 66.67%, y al existir una intervención esto logró ser satisfactorio en el 100% de los niños y niñas. Por último, se observa que ningún niño o niña logró subir las escaleras 2 sin intervención, mientras que al existir una intervención esta conducta se manifestó en el 66.67% de los niños y niñas, buscando realizar la actividad repetidas veces con apoyo de las mamás y luego sin apoyo de las mismas. Siendo que el valor obtenido P- value fue de 0.026 ; en consecuencia la relación obtenida en el pretes y el pos tes es significativa. puesto que $p < 0.05$

Segunda: La intervención temprana influye favorablemente en las actividades de cuidado en los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P 2018. Donde se logró alcanzar una adecuada masticación en un 100% de los niños, gracias a la intervención,

ya que sin ella sólo el 33.33% lograron realizarlo normalmente. Además, la intervención permitió que el 50% de los niños lograran comer solo con cuchara, mientras que sin intervención esto sólo se daba en el 16.67% de los niños. Asimismo, se logró que el comer solo y sin ensuciarse pueda ser alcanzado por el 16.67% de los niños gracias a la intervención, ya que sin ella el 100% de los alumnos no lograba a realizarlo. Es importante resaltar que sacarse algunas ropas y también sacarse los zapatos se efectuó en el 100% de los niños mediante la intervención, mientras que sin ella esto se daba en un 33.33% y 50.00% respectivamente. Además, la actividad de lavarse las manos con poca ayuda alcanzó el logro en un 83.33% a través de la intervención, esta misma actividad sin la intervención alcanzaba un 0.0%. Desbotonarse y cepillarse los dientes no se observó en los niños sin la intervención y con la intervención. Siendo que el valor obtenido P- value fue de 0.027 ; en consecuencia la relación obtenida en el pretes y el pos tes es significativa. puesto que $p < 0.05$.

Tercera: La intervención temprana influye favorablemente el control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P 2018 que el 83.33% de los niños avisan cuando su pañal está sucio y se sientan en el bacín mientras lo mira, cuando existe una intervención, mientras que estas actividades no se manifiestan (0.0%) sin la intervención. Asimismo, se evidencia que el 50.0% y el 16.67% de los niños permanecen sentados solo en el bacín y atrasan la micción respectivamente mediante la intervención, esto no se observa en ninguna de las actividades sin la intervención. Además, la actitud del niño de controlar durante la vigilia no se observa (0.0%) sin intervención y con intervención. Siendo que el valor obtenido P- value fue de 0.041 ; en consecuencia la relación obtenida en el pretes y el pos tes es significativa. puesto que $p < 0.05$

Cuarta :La intervención temprana influye favorablemente en el desarrollo intelectual, coordinación óculo manual y juego en los niños de dos años con trastorno de

espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P 2018, siendo que el 100% de los niños logran construir mediante la intervención, mientras que esto sólo se efectuaba en un 16.67% sin la intervención. Además, el 50% de los niños logran participar tanto en juego de roles II como en organizar juego de roles mediante la intervención, ya que esto no se efectuaba (0.0%) sin intervención. Además, el proceso de participar en juego de roles I, y en participar en juego de roles III, se efectuó en un 83.33% y en un 16.67% respectivamente a través de la intervención, ya que esto se realizaba en un 16.67% y en un 0.0% sin la intervención respectivamente. Siendo que el valor obtenido P- value fue de 0.027 ; en consecuencia la relación obtenida en el pretes y el pos tes es significativa. puesto que $p < 0.05$

Quinta : La intervención temprana influye favorablemente en la vocalización de dos años con trastorno de espectro autismo (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P, que el 83.3% de los niños logran utilizar palabras o fragmento de palabras mediante la intervención, ya que el mismo se realizaba solo en un 33.33% sin la intervención. Además, se aprecia que un 50.00% de los niños lograron utilizar frase de dos palabras mediante la intervención, ya que sin ésta no existía realización de la conducta (0.0%). También se observa que un 83.33% logra ejecutar consignas verbales mediante la intervención, siendo esta realizada sólo en un 33.33% sin la intervención. Asimismo, se observa que utilizar frases desarrolladas, utilizar frases completas y hablar correctamente no se observó (0.0%) sin intervención y con intervención. Siendo que el valor obtenido P- value fue de 0.041 ; en consecuencia la relación obtenida en el pretes y el pos tes es significativa. puesto que $p < 0.05$

VI. Recomendaciones

Habiendo concluido la presente tesis, se considera proponer lo siguiente:

- Primero:** Mejorar el proceso de detección, unificando los instrumentos para evaluar para la detección precoz el TEA, y de esta forma poder triangular la información que se genere en relación a los resultados entre el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y CONADIS con el objetivo de brindar una atención oportuna y eficaz al niño y su familia.
- Segundo:** Crear una comisión permanente que permita la capacitación y orientación de los profesionales en las postas médicas a cargo de los controles de niño sano a fin de mejorar, evaluar, detectar y orientar, a los padres a cargo de la atención del niño de la presencia de características del TEA a temprana edad.
- Tercero:** Establecer un protocolo eficiente en la atención del niño con TEA, pues si bien, en el Perú, el TEA es diagnosticado por un psicólogo o neuro psicólogo, son estos los que esperan una edad avanzada para realizar un diagnóstico concluyente, desorientando en algunos casos a la familia. Esto no permite que la intervención temprana cumpla su objetivo, proponiendo solo a los padres una intervención terapéutica, en donde el papel de la familia se ve disminuido a un simple receptor de recomendaciones y no protagonista activo del proceso de intervención del niño, el cual como se ha probado en esta investigación es fundamental para la obtención de logros significativos.
- Cuarto:** Profundizar en el trabajo emocional a las familias y fortalecimiento de un apego adecuado hacia los niños, que permitan evitar la sobre protección o la exposición de los niños a situaciones que los lleven a mostrar mayores inseguridades en el momento del trabajo en la intervención temprana.

VIII. Referencias

- Alexandra, K (2003) *Análisis de las vocalizaciones tempranas: Su patrón evolutivo y su función determinante en la emergencia de la palabra.* (Tesis doctorado)
Universidad Complutense, España
- Araceli, M. , Martínez, E., Moriana,J., Luque B. y Alós, F., (2015) La atención temprana en los trastornos del espectro autismo (TEA) *Psicología Educativa.* 21 (1) 55-63
- Artiaga, J, (1999) El lenguaje en los trastornos autistas. *REV NEUROL* 28 (2) 118- 123
recuperado de:
<http://espectroautista.info/ficheros/bibliograf%C3%ADa/artigas1999lta.pdf>
- Arphi, Y; Sánchez, C y Vásquez, K (2017), *Relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y Nivel de estrés en padres con hijos autistas.* (Tesis de grado)
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Asperger, H (1944) "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten.* 117 (2) 76 -136
- Biquerra, R (1989) *Métodos de investigación educativa guía práctica* . España: CEAC
- Bogdashina, O (2007). *Percepción sensorial en el autismo y síndrome de Asperger.*
España: ONG Autismo Ávila.
- Campos, C. (2007). *Trastorno del espectro autista.* México: Manual Moderno. S.A
- Cànal, R; García, P; Santos, J; Bueno, G y Posada, M.(2014) Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 58 (1) 12 -37

- Carrasco, S. (2006) *Metodología de investigación científica pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: San Marcos
- Castellanos, C (2014) *La inclusión educativa de un niño con trastorno del espectro autista. El caso de Israel*. (Tesis de grado) Universidad Pedagógica Nacional
- Cobos, P (2007), *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones* Colección “ojos solares” Madrid: Piramide Grupo Anaya S.A.
- Congreso de la República (2015) *Ley de protección de las personas con trastorno del espectro Autista (TEA)*. Recuperado de <file:///C:/Users/patty/Downloads/Ley%2030150.pdf>
- Cortez, M; D´onadio, M, Sueyras, M (2003) *Estimulándolo a hablar. Serie: Formando los genios del mañana*. Perú: Sociedad geografía de Lima
- Coto, R (2017) Autismo infantil. El estado de la cuestión, *Rev Ciencias sociales* 116 (2) 169-180
- Chamorro , L (2012) *El apego. Su importancia para el pediatra*. *Rev Pediatr.* (Asunción), 39 (3)
- Dávila, R (2006) *Desarrollo integral del niño y niña menor de dos años*. Recuperado de <https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Recursos%20%20Estudios%20e%20Investigaciones/Attachments/15/8.%20Desarrollo%20integral%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%20dos%20a%C3%B1os.pdf>
- Dickinson, *Control de esfínteres en autismo*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/18009298/helvia/sitio/upload/Control_de_esfinteres2.pdf

Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Autismo (2009) *Trastornos graves del desarrollo*. E.O.E.P Murcia. Recuperado de : goo.gl/VENC8w.

Estivill, E (2014) *Duérmete, niño*. Penguin Random House. Bogotá: Grupo Editorial S.A.S.

Falk, Judit, (2009) *Los fundamentos de una verdadera autonomía*. *Revista electrónica Dialnet* 116 (1) 22-31 recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/226859>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT),(2000) *El libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Forment-Dasca, C (2017) Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista: Denver y SCERTS. *Rev Neurol.* 64 (1) 533-537 www.neurologia.com

Fomasi, P y Travaglini, J (2016) *La pedagógica de Pikler – Loczy de educación infantil*. España: Presentación

García, P., Posada de la Paz, M., Martín, M., Santos, J., Bueno, G., Canal, R. (2015) La detección e intervención tempranas en menores con trastorno del espectro autista. Publicado en Siglo Cero: *Revista sobre discapacidad Intelectual*. 46 (2) 31-55 <http://dx.doi.org/10.14201/scero20154623155>

Gassier, J (1996) *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. España: Masson

González, L; López, K; Navarro, D; Negrón, L; Flores, L; Rodríguez, R; Martínez, M y Sabrá, A (2005) *Características endoscópicas , histológicas e inmunológicas*

de la mucosa digestiva en niños autistas con síntomas gastrointestinales. Segundo Premio Trabajo Científico. LI Congreso Nacional de Pediatría 2005. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367935532005>

Gonzales, E (2014) Enfoques de intervención para niños con trastornos del espectro autista: últimos avances. *Rev. digit. EOS Perú.* Vol. 5(1).

Gómez, M (2005) Apego. Estrategias para la prevención primaria del maltrato infantil. *Acta Pediatr. Mex* 26 (6)

Gonzales, P y Anicama, J (2017). *Resiliencia y bienestar psicológico en madres de hijos con trastorno del espectro autista de un centro de educación básica especial de lima sur* (Tesis de grado) Universidad Autónoma del Perú.

González, L; López, K; Navarro, D; Negrón, L; Flores, L; Rodríguez, R Martínez, M y Sabrá, A(2005) *Características endoscópicas, histológicas e inmunológicas. Mucosa digestiva en autistas con síntomas gastrointestinales.* Recuperado de <http://www.svpediatricia.org/repositorio/publicaciones/2006/69Enero-Marzo.pdf>

Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro blanco de la atención temprana* España: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P (2014). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill

- Herranz, L.(2016). *Estimulación multisensorial con TEA: una propuesta de intervención basada en experimentos científicos en Educación Infantil* (Tesis de grado) Universidad de Valladolid
- Huamantuma, L (2017). *Bienestar psicológico y calidad de vida familiar en padres de niños con autismo de los cebs de la ciudad de Arequipa* (Tesis de grado) Universidad Nacional de San Agustín, Perú
- Hidalgo, D. (2016). *Propiedades psicométricas del cuestionario modificado de autismo en la infancia (m-chat) en dos instituciones educativas para un diagnóstico precoz de autismo* (Tesis de grado) Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
- Ibern Prieto, N. (2014) *Propuesta de intervención para la libertad de desarrollo motor en la primera infancia a partir del método pikler-Loczy* (Tesis de Maestría) Universidad Internacional de la Rioja, Perú
- Inge, P. y Jaquet, T (2016) Cuidados corporales de acuerdo con los principios de Pikler *Revista latinoamericana de educación infantil*. 5 (3)
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*. 2, (217250).
- Martín, C. (2014). *Propuesta de intervención en el juego con personas con autismo en el aula de educación infantil*. (Tesis de grado) Universidad de Valladolid, España
- Ministerio de Educación: Dirección básica de Educación Especial (2010) *Orientaciones para el desarrollo psicomotriz del niño con necesidades educativas especiales*. Impreso en Punto y Grafía S.A.C. Lima – Perú.

Ministerio de Educación: Dirección básica de Educación Especial (2013) *Guía para la organización y funcionamiento de los programas de intervención temprana*. Perú: Minedu

Ministerio de Salud. (2007). *Ministerio de Salud impulsa atención integral para personas con autismo*. Lima: Autor. Recuperado de <https://bit.ly/2BNbpPU>

Ministerio de Educación (2010). *Programa curricular de educación inicial*. Recuperado de <http://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/programa-curricular-educacion-inicial.pdf>

Moya, N. (2014) *Los profesionales de la atención temprana*. (Tesis de maestría) Universidad de Almería, Alemania.

Mulas F, Ros-Cervera G, Millá G, Etchepareborda C, Abad L, Téllez de Meneses M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*; 50 (3): 77-84.

Océano Médica (2017). *¿Puede realizarse un diagnóstico temprano del autismo con un software?*. Recuperado de <https://oceanomedicina.com/>

Orellana, C. (2007) *Cambios conductuales en niños con autismo: Lo que deben explorar los médicos*. Recuperado de <https://autismodiario.org/2017/03/27/cambios-conductuales-ninos-autismo-lo-deben-explorar-los-medicos/>

Organización de estados Iberoamericanos OEI (2010), F. *Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años*. Revista Iberoamericana de Educación. 55(1) 9 - 11

Organización mundial de la salud ONUM (2017). *Autismo. Espectro autista*. Recuperado de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_autismo_espectro_autista.pdf

Orellana, C. (2017). Trastornos del lenguaje. *Revista pediatría integral*. 23 (1)

PANAACEA · *Son – Rise* (2011). Domingo Repetto 1145, CP B1640EMQ, Buenos Aires Recuperado de : <https://www.panaacea.org/espectro-autista/intervencion/listado/son-rise/>

Palomino, R. (2017). *Autismo Teorías explicativas actuales*. Publicado Editorial Alianza, Madrid.

Palomo, R. (2017). DSM – 5 . la nueva clasificación de los TEA. Recuperado de <http://apacu.info/wp-content/uploads/2014/10/Nueva-clasificaci%C3%B3n-DSMV.pdf>

Paul, D. (s/f), *Control de esfínteres en autismo*. Recuperado de la pagina www.autism99.org.

Román, A. (2017). *¿Puede realizarse un diagnóstico temprano del autismo con un software?*. Recuperado de <https://oceanomedicina.com.ar/noticias/puede-realizarse-un-diagnostico-temprano-del-autismo-con-un-software/>

Rosselli, M; Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Manual moderno,

Sparrow, C. (2017). *Capacidades de gestión del centro de desarrollo, estimulación y rehabilitación integral 8cedri) para la atención de problemas en niños de 4 y 5 años de edad con dificultades de lenguaje, comunicación y conducta* (Tesis de maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú

- Sánchez, M; Martínez, E; Moriana, J; Luque, B y Alós, F (2015). La atención temprana en los trastornos de espectro autismo (TEA). *Psicología educativa* 21 (1) 55-63
- Vara, A (2015). *Siete pasos para una tesis exitosa*. Lima: Universidad San Martín de Porres. Perú.
- Veiga, M. (2005). *Estimulación del Lenguaje en Educación Infantil, Estrategias de actuación ante los Trastornos Detectados en el Aula*. España: Ideas propias
- Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum. A Guide for Parents and Professionals* Constable and Company Limited. USA: Jessica Kingsley publisher
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, N° 11
- Zalaquett, D. Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C. y Moyano, A. (2015) Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastorno de espectro autismo. *Sociedad Chilena de Pediatría*. Revista Elsevier 86, (1) 126 -131 recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

ANEXO

ANEXO A

Matriz de consistència

Título: La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) PRITE Antares S.M.P. 2018

Autor: Carmen Rosa Cortez Pautrat

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores					
<p>Problema General: ¿Qué efecto produce la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares de S.M.P. 2018?</p> <p>Problemas Específicos: Problema específico I ¿Qué efectos produce la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P.?</p> <p>Problema específico II ¿Qué efectos produce la intervención temprana en las actividades durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que</p>	<p>Objetivo general: Determinar, el impacto de la intervención temprana en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) del Prite Antares de S.M.P.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivos específicos I Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.</p> <p>Objetivos específicos II Determinar el impacto de la intervención temprana en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) al Prite Antares.</p>	<p>Hipótesis general: La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo integral de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hipótesis específicas I La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo motor de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p> <p>Hipótesis específicas II La intervención temprana impacta favorablemente en las actitudes durante los cuidados de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p> <p>Hipótesis específicas III La intervención temprana impacta favorablemente en el control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que al PRITE</p>	Variable 1: : El desarrollo integral					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos	
			El desarrollo motor	A. Camina con destreza B. Sube la escalera.	Del 1 - 3 Del 4 - 5	0= No se observa la conducta 1= Se observa la conducta	Escaso =1 Mediano = 2 - 3 Bueno = 4 Excelente = 5	
			Las actitudes durante los cuidados	A. Mastica Come B. Participa y colabora en baño y vestimenta	De 1 Del 3 al 4 De 4 al 9			Escaso =1 - 2 Mediano = 3 - 5 Bueno = 6 - 8 Excelente = 9
El control de esfínteres	A. Hábitos de higiene B. Control de esfínteres	Del 1 al 3 Del 4 al 5	1= Se observa la conducta	Escaso = 1 Mediano = 2 - 3 Bueno = 4 Excelente = 5				
El desarrollo intelectual	A. Coordinación visual B. Juegos de Roles	De 1 Del 2 al 5			Escaso =1 Mediano = 2 - 3 Bueno = 4 Excelente = 5			
La vocalización y palabras	A. Uso de sílabas o palabras. B. Uso de frases C. Habla D. Ejecución de consignas	De 1 Del 2 al 4 De 5 De 6		Escaso =0 - 2 Mediano = 3 - 4 Bueno = 5 Excelente = 6				

<p>asisten al Prite Antares S.M.P.?</p> <p>Problema específico III ¿Qué efectos produce la intervención temprana en el control de esfínteres los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P.?</p> <p>Problema específico IV ¿Qué efectos produce la intervención temprana en el desarrollo intelectual y coordinación óculo manual de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P.?</p> <p>Problema específico V ¿Qué efectos produce la intervención temprana en el la vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares S.M.P.?</p>	<p>Objetivos específicos III</p> <p>Determinar el impacto de la intervención temprana en el control de esfínteres de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares</p> <p>Objetivos específicos IV</p> <p>Determinar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo intelectual y coordinación óculo manual de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p> <p>Objetivos específicos V</p> <p>Determinar el impacto de la intervención temprana en la vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al Prite Antares.</p>	<p>Antares.</p> <p>Hipótesis específicas IV</p> <p>La intervención temprana impacta favorablemente en el desarrollo intelectual y coordinación óculo manual de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p> <p>Hipótesis específicas V</p> <p>La intervención temprana impacta favorablemente en la vocalización y palabras de los niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares.</p>					

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Lista de Cotejo

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de Evaluación: _____

Personas responsable: _____

Peso: _____ Talla: _____

DIMENSIONES	ITEMS	SI	NO
DESARROLLO MOTOR	05. Sube la escalera II		
	04. Sube la escalera I		
	03. Camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella		
	02. Portando objetos que impiden ver el suelo		
	01. Camina 3 metros, sin tropezar con obstáculos		
ACTIVIDADES DE CUIDADO	09. Se cepilla los dientes		
	08. Se saca los zapatos		
	07. Se desabotona		
	06. Se pone algunas ropas		
	05. Se lava las manos		
	04. Se saca algunas ropas		
	03. Come solo y sin ensuciarse		
	02. Come solo con la cuchara		
01. Mastica normalmente			
ESFINTERES	05. Controla durante la vigilia		
	04. Atrasa la micción		
	03. Permanece sentado solo en el bacín		
	02. se sienta en el bacín mientras lo mira		
	01. Avisa cuando esta su pañal sucio		
DESARROLLO INTERACTUAL COORDINACION	05. Organiza un juego de roles		
	04. Participa en juego de roles II		
	03. Participa en juego de roles II		
	02. Participa juegos de roles I		
	01. Construye		
VOCALIZACIÓN	06. Ejecute consignas verbales		
	05. Habla correctamente		
	04. Utiliza frases completas		
	03. Utiliza frases desarrolladas		
	02. Utiliza frases de dos palabras		
	01. Utiliza palabras o fragmentos de palabras		



FICHAS COMPLEMENTARIAS



FICHA INTEGRAL DE DESARROLLO

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Talla actual: _____ Peso actual: _____ Hemoglobina al ingreso: _____

N° Carnet de CONADIS: _____ DNI del niño(a): _____

N° de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre hermanos _____

Domicilio: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Inscripción: ___/___/___ Tutora (a): _____

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: _____ N°
de Celular: _____ N° de Hijos en su compromiso actual: _____

N° 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: _____

N° de Celular: _____ N° de Hijos en su compromiso actual: _____

N° de hijos de otros compromisos: _____

Número de embarazos: _____ Número de hijos vivos: _____

Número de hijos muertos: _____ Causa: _____

Números de abortos: _____ Causa: _____

2.3. DATOS DE EMERGENCIA

En caso de emergencia llamar a los siguientes familiares

Teléfono de emergencia familia materna: _____ Nombre: _____

Teléfono de emergencia familia paterna: _____ Nombre: _____

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	Edad	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 con amalgamas/retiro					
Consumo de tabaco					

Enfermedades crónicas de ambos padres					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

OTROS: _____

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.			

6.2. NATALES:

NATALES	CARACTERÍSTICAS			OBSERVACIONES
Duración del embarazo	Termino 37-42 semanas	Pre Termino (-) 37 semanas	Post Termino (+) 42 semanas	
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				
Perímetro 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)			
Anomalía 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: _____

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 golpear 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. COMO ES SU LA RELACIÓN CON LOS ABUELOS DEL NIÑO(A):

8.6. COMO ES SU RELACIÓN CON LOS TÍOS DEL NIÑO (A):

8.7. 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: _____
-
-

8.8. 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			
	Internet			
Tipo de vivienda:	Unifamiliar			
	Multifamiliar			
	Alquilada			
	Propia			
	Departamento			
	Vecindad / Quinta			
	Casa habitación			
N° de habitaciones	Dormitorios			
	Cocina			
	Sala - comedor			
	Baños			

8.9. 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: _____

Se mantiene sentado solo: _____

A qué edad gateó: _____

Se puso de pie con ayuda: _____

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) ¿Come solo? (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 :

Desayuno: _____ que le dan: _____ Hora: _____

Merienda _____ que le dan: _____ Hora: _____

Almuerzo _____ que le dan: _____ Hora: _____

Lonche: _____ que le dan: _____ Hora: _____

Cena _____ que le dan: _____ Hora: _____

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, ¿Cuántos 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: _____

Cuando está dormido el niño:

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

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:



EXPERIENCIAS SENSORIALES

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha de evaluación: _____

Tutora: _____ Apoderado: _____

Para reconocer la presencia de híper o hipo sensibilidad en un niño es importante identificar señales, conductas y/o actitudes que se mencionan en la presente ficha; estas señales serán un indicador de las actividades que debemos sugerir para el trabajo con su niño:

VISIÓN					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Evita los lugares de luces intensas/ brillantes / destellante.			Permanece mucho tiempo observando luces		
Le desagrada la oscuridad.			Frota sus ojos con frecuencia.		
Rechaza juguetes con luces.			Realiza movimientos de mano/objetos muy cerca a sus ojos.		
Apaga frecuentemente las luces de casa.			Le agradan los objetos de colores brillantes		
			Observa por largos periodos objetos/ partículas muy pequeñas.		
			Se acerca mucho a la pantalla del televisor/ tablet/ celular u otros para ver sus dibujos/ videos.		

Observaciones: Explorar respecto al control motor visual (fijación, seguimientos, agudeza visual, estrabismo, nistagmus.)

AUDICIÓN					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Se tapa o golpea los oídos con frecuencia.			Gusta el sonido al golpear los juguetes/ objetos u otros.		
Despierta al mínimo sonido.			Disfruta de espacio con bulla y ruido (mercados, avenidas, fiestas).		
Se asusta o rechaza algunos sonidos.			Le gustan juguetes o juegos que vibren.		
Evita que las personas conversen.			Frecuentemente juega haciendo bulla y ruidos.		
Rechaza corte de cabello.			Gusta volumen alto de aparatos electrónicos.		
Evade los sonidos y los ruidos			Se fija en algún tipo de sonido (bolsas, aplausos, etc.).		
Le desagrada fiestas, centros comerciales, mercados u otros.			Repite constantemente sonidos/ música de su agrado.		
Le asusta el sonido de la aspiradora, licuadora, etc.			Gusta tocar instrumentos musicales.		

En lugares con bulla, prefiere cantar o tararear canciones.			Golpea oídos con frecuencia.		
---	--	--	------------------------------	--	--

TÁCTIL					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Rechaza que lo abracen, acaricien o rocen.			Usa varias prendas de vestir.		
Poco tolerante a usar ropa nueva.			Disfruta permanecer echado sobre el piso.		
Poco tolerante a las etiquetas de la ropa.			Desviste con frecuencia sus prendas.		
Rechaza el recorte de cabello.			Gusta caminar descalzo.		
No le gusta lavarse cabello.			Poco tolerante al uso de calzado.		
Temor al lavar su rostro.			Abraza fuertemente (personas, peluches, etc)		
Rechaza el recorte de uñas.			Busca que lo toquen y acaricien.		
Desagrada peinarse.			Se golpea asimismo con frecuencia		
Poco tolerante a los cambios de temperatura			Explora frecuentemente heridas de su cuerpo		
Rechaza alimentos de textura grumosa.			Escasa reacción al dolor		
Evita lugares donde hay mucha gente.			Escasa reacción a la temperatura.		
Camina en punta de pies.			Acaricia juguetes, personas, objetos.		

OLFATO					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Rechaza las colonias, talcos, cremas u otros similares.			Explora con el olfato (personas, objetos, comidas. etc.).		
Se tapa la nariz frente a ciertos alimentos y comidas.			Gusta que le apliquen colonia.		
Se incomoda en ciertos lugares (grifo, panadería, fábricas).			Gusta de permanecer en espacios, lugares y ambientes con olores intensos (ambientadores, desinfectantes, leña, etc.)		
			Pasa y/o permanece en lugares de olores desagradables (basura, desagüe, etc.) sin mostrar rechazo.		

GUSTO					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Rechaza ciertos alimentos.			Consumo todo tipo de alimentos.		
Prueba alimentos usando su lengua.			Explora con la boca juguetes, objetos y otros.		
Tiene arcadas al probar ciertos alimentos.			Gusta alimentos de sabores intensos (ácidos, agrios, amargo)		
Vomita algunos alimentos (inmediatamente después de probarlos o deglutirlos).			Prueba sustancias u objetos no comestibles (jabón, cremas, tierra, etc.).		
Come siempre lo mismo.			Regresa comida (que ya deglutió) y la juega en la boca.		
Prefiere los purés y papillas.			Come alimentos duros.		
Rechaza alimentos ácidos.			Come alimentos de textura grumosa (avena, menestras, mazamoras).		
Rechaza alimentos agridulces.			Ingiere jugos espesos.		

PROPIOCEPCIÓN					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Agarra los objetos débilmente.			Sostiene fuertemente los objetos.		
Parece débil.			Muerde objetos, personas u otros.		
Se cae con frecuencia.			Golpea objetos unos con otros.		
Dificultad para abotonar, recoger y guardar monedas, subir cierres, atar pasadores.			Gusta golpear partes de su cuerpo con alguna superficie.		
Es torpe para algunas actividades.			Se mueve permanentemente.		
Se echa sobre la mesa mientras realiza alguna actividad (comer, pintar, escribir)			Gusta de juegos bruscos, toscos que involucren contacto.		
Se apoya sobre las paredes, muebles o personas (parece cansado).			Mantiene siempre algún objeto en la mano.		
			Gusta cama saltarina.		
			Gusta pellizcar objetos / personas.		
			Gusta abrazar fuertemente.		
			Siempre busca estar con objetos en la mano		
			Mueve sus brazos y/o manos (aleteo).		

VESTIBULAR					
HIPERSENSIBILIDAD	SI	NO	HIPOSENSIBILIDAD	SI	NO
Miedo al movimiento inesperado de su cuerpo			Disfruta de juegos mecánicos y de parque.		
Mareo o vómito al viajar en auto, ómnibus, trenes u otros.			Se mueve permanentemente.		
Sudoración en situaciones que involucren movimiento.			Es tolerante a girar sin llegar a marearse.		
Dificultad para desplazarse por superficies desiguales o inestables			Se mece o balancea frecuentemente.		
Temor a juegos de parque o mecánicos.			Se balancea continuamente hacia adelante y atrás.		
Disgusto al subir a ascensores y/o escaleras eléctricas.			Disfruta de viajar en autos, tren, ómnibus u otros.		
Evita actividades de equilibrio y/o saltar.			Trepa a diferentes superficies y alturas.		
			Gusta de actividades de equilibrio.		
			Gusta de actividades de salto.		

OBSERVACIONES: _____



FICHA DE 1 VISITA DOMICILIARIA

Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___

I.- DATOS GENERALES DEL NIÑO(A)

Nombres y Apellidos del niño o niña: _____

Dirección: _____

Referencias de vivienda: _____ Teléfono: _____

Responsable del niño (a): _____ Tutora: _____

II.- CARACTERÍSTICAS GENERALES

Tipo de familia

Familia nuclear: () Familia compuesta : () Familia nuclear reconstituida: ()

Familia extensa: () Familia unipersonal : () Nuclear biparental : ()

Nuclear simple: () Nuclear monoparental: ()

Nº de Habitantes:

Nº de adultos: _____ Nº de niños (< 6 años): _____ Nº de adolescentes (12 – 18 años): _____

Responsable de Decisiones en casa:

Respecto al niño (a) : Madre () Padre () Abuelos () Otros (especificar): _____

Respecto al hogar : Madre () Padre () Abuelos () Otros (especificar): _____

Características de la visita:

Atención esperada () Familia ausente () Vivienda Deshabitada ()

Visita rechazada () Dirección incorrecta ()

En caso otra situación especificar: _____

Personas presentes durante la visita:

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	TIEMPO DE INTERACCIÓN CON EL NIÑO (A)

III. ASPECTO SOCIOECONÓMICO (Registre y marque con una X)

1. Tipo de Vivienda		2. La vivienda en que reside actualmente			3. Condiciones de la vivienda	
Casa		Propia	SI	NO	Excelentes	
Departamento		Si está en Alquiler:				Buenas
Otro		¿Cuánto el pago mensual?				Regulares
¿Cuál?:	Otro					Deficientes
4. Material de la Construcción		5. Material de los Pisos			6. Material de las paredes	
Ladrillo		Tierra				Ladrillo o Bloque
Bloque		Tableta				Tarrajeo y pintura
Adobe		Madera				Sin tarrajeo y pintura
Madera		Vinisol				Otro
Lámina		Cemento				¿Cuál?
Cartón		Baldosa				
Tela Asfáltica		Otro				
Prefabricado		¿Cuál?				
Otro		¿Cuál?				
¿Cuál?		Limpieza de los pisos: Buena () Regular () Mala ()			Maltratada y pintada con: Plumón () Crayolas () otros ()	

7. Distribución Espacial de la Vivienda											
Nº de Cocinas		Nº de Baños		No. Cuartos		Nº de patios		Nº de comedores			
Nº de habitaciones		Sala	SI	NO	Bibliotecas	SI	NO	Garaje	SI	NO	

8. Tipo de combustible que se usa para cocinar											
Gas Natural		Gas propano		Electricidad		Otros		¿Cuál?			
9. Formas del servicio de Agua											
Acueducto		Alcantarillado		Estanque		Tanque propio		Otro		¿Cuál?	
10. Servicios de la vivienda											
Luz		Agua		Teléfono fijo		Internet		Cable			
Teléfono celular:				Prepago		Postpago		Plan de datos			

11. Electrodomésticos de la casa:									
Cocina	SI	NO	¿Cuántos?		Ducha eléctrica	SI	NO	¿Cuántos?	
Computado	SI	NO	¿Cuántos?		Tablet	SI	NO	¿Cuántos?	
Microondas	SI	NO	¿Cuántos?		Refrigerador	SI	NO	¿Cuántos?	
Lavadora	SI	NO	¿Cuántos?		Televisor	SI	NO	¿Cuántos?	
Equipo de sonido	SI	NO	¿Cuántos?		Otro		¿Cuál?		

12. Medio de transporte									
Vehículo propio	SI	NO	Moto		Bicicleta		Otro		¿Cuántos?
Modelo					Año				
Medio de transporte que utiliza usualmente para ir al PRITE			Público		Privado		Otro		¿Cuál?
Cantidad de transporte utilizado para llegar al PRITE									

13. Respecto a Ingresos Percibidos										
¿La familia deja de satisfacer algunas necesidades básicas para cubrir el pago de vivienda?								SI	NO	
¿La familia deja de satisfacer algunas necesidades básicas para cubrir gastos de terapias?								SI	NO	
¿Cuál?	alimentación	vestido	salud	esparcimiento	¿Algún miembro de la familia realiza actividad laboral o tiene ingresos no especificados anteriormente? (Venta de productos por catálogos, limpieza de casa, etc.)					
¿La situación económica del hogar es?								SI	NO	
Muy buena	Buena	Regular	Deficiente						SI	NO

14. Respecto al uso de redes de apoyo y soporte comunitario		
Algún miembro de la familia asume cargo dirigenal en la comunidad.	SI	NO
La familia hace uso de vaso de leche.	SI	NO
La familia hace uso de comedor popular.	SI	NO
La familia hace uso de programa municipal.	SI	NO
La familia participa de actividades de alguna iglesia.	SI	NO
La familia registro al niño(a) en OMAPED de su distrito.	SI	NO
La familia registro al niño(a) en CONADIS.	SI	NO
El niño (a) se encuentra registrado en alguna asociación de personas con discapacidad.	SI	NO
La familia cuenta con un CEBE en su jurisdicción.	SI	NO
La familia cuenta con instituciones educativas públicas (primaria/ secundaria en su jurisdicción)	SI	NO
La familia cuenta con CETPRO en su jurisdicción.	SI	NO
La familia cuenta con una posta o centro de salud en su jurisdicción.	SI	NO
La familia cuenta con programa CUNA MAS / PRONOI en su jurisdicción.	SI	NO
El niño(a) participa del programa cuna mas/ PRONOI	SI	NO

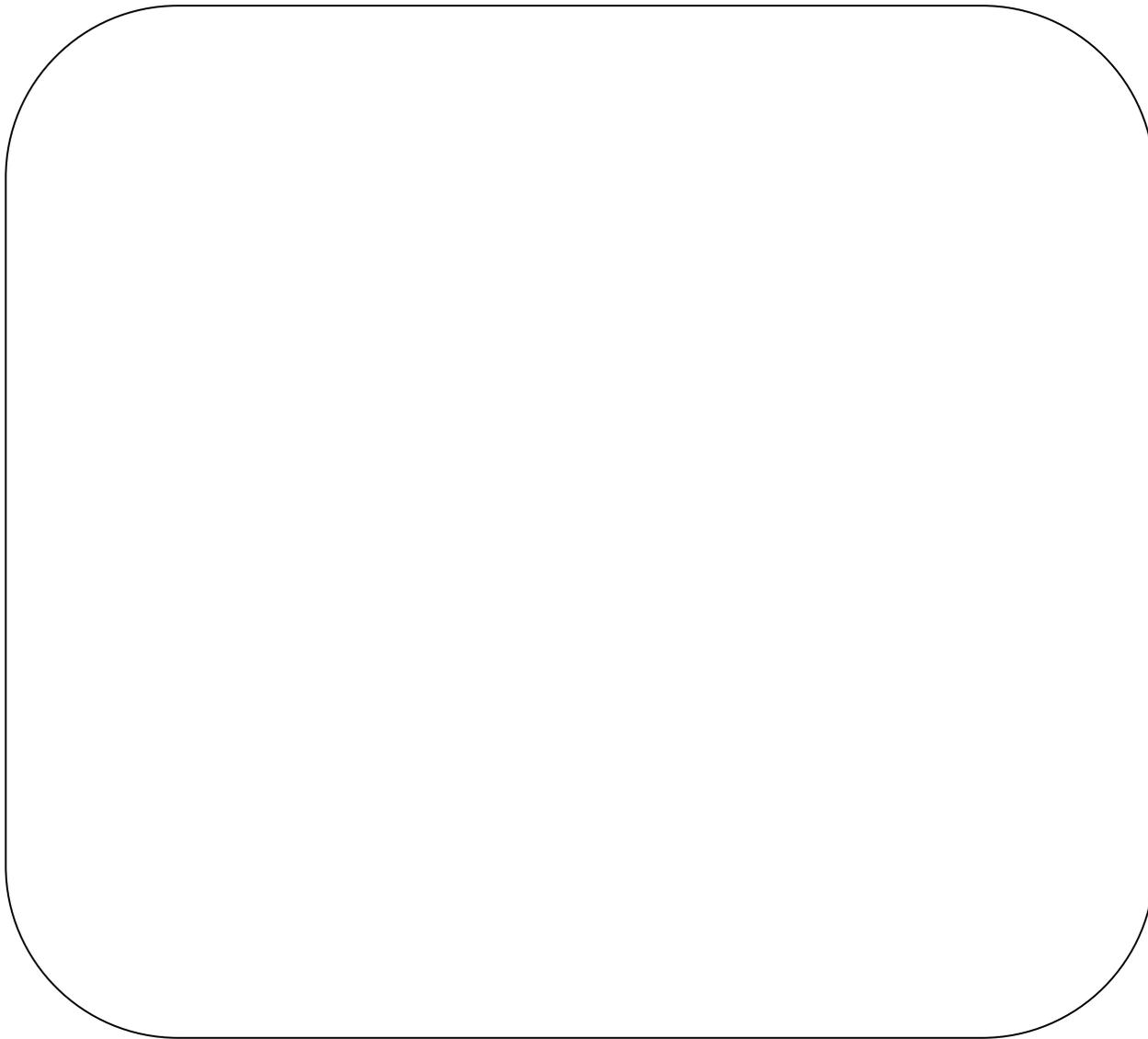
Observaciones:

IV. CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO (A) (Registre y marque con una X)

Cuenta con juguetes adecuados para la edad.	SI	NO
Cuenta con material de estimulación	SI	NO
Cuenta con libros y/o cuentos infantiles.	SI	NO
Se observa el espacio desordenado.	SI	NO
Se observa el espacio en condiciones poco salubres.	SI	NO
El niño (a) duerme en su cama o cuna (solo).	SI	NO
Existe peligro de accidente en el interior del hogar.	SI	NO
Existe un espacio destinado para el juego del niño.	SI	NO
Existe un espacio ideal para el consumo de alimentos del niño(a).	SI	NO
Existen otras personas que asumen los cuidados en ausencia de padres.	SI	NO
El niño(a) juega con otros niños(as) en casa.	SI	NO
El niño(a) juega con frecuencia en el parque.	SI	NO

Observaciones:

V. DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS DONDE NIÑO(A) SE DESARROLLA (Dibuje la distribución donde tiene acceso la familia nuclear)



V. RECOMENDACIONES Y ACUERDOS CON LA FAMILIA

Firma del Tutor

Firma de representante de la Familia



TEST ESTILO DE APRENDIZAJE

(MODELO PNL)

INSTRUCCIONES: Elige una opción con la que más te identificas cada una de las preguntas márcala con una X

1. ¿Cuál de las siguientes actividades disfrutas más?
 - a) Escuchar música
 - b) Ver películas
 - c) Bailar con buena música.

2. ¿Qué programa de televisión prefieres?
 - a) Reportajes de descubrimientos y lugares
 - b) Cómic y de entretenimiento
 - c) Noticias del mundo

3. Cuando conversas con otra persona, tú:
 - a) La escuchas atentamente
 - b) La observas
 - c) Tiendes a tocarla

4. Si pudieras adquirir uno de los siguientes artículos, ¿cuál elegirías?
 - a) Un jacuzzi
 - b) Un estéreo
 - c) Un televisor

5. ¿Qué prefieres hacer un sábado por la tarde?
 - a) Quedarte en casa
 - b) Ir a un concierto
 - c) Ir al cine

6. ¿Qué tipo de exámenes se te facilitan más?
 - a) Examen oral
 - b) Examen escrito
 - c) Examen de opción múltiple

7. ¿Cómo te orientas más fácilmente?
 - a) Mediante el uso de un mapa
 - b) Pidiendo indicaciones
 - c) A través de la intuición

8. ¿En qué prefieres ocupar tu tiempo en un lugar de descanso?
 - a) Pensar
 - b) Caminar por los alrededores
 - c) Descansar

9. ¿Qué te halaga más?
 - a) Que te digan que tienes buen aspecto
 - b) Que te digan que tienes un trato muy agradable
 - c) Que te digan que tienes una conversación interesante

10. ¿Cuál de estos ambientes te atrae más?
 - a) Uno en el que se sienta un clima agradable
 - b) Uno en el que se escuchen las olas del mar
 - c) Uno con una hermosa vista al océano

11. ¿De qué manera se te facilita aprender algo?
 - a) Repitiendo en voz alta
 - b) Escribiéndolo varias veces
 - c) Relacionándolo con algo divertido

12. ¿A qué evento preferirías asistir?
- A una reunión social
 - A una exposición de arte
 - A una conferencia
13. ¿De qué manera te formas una opinión de otras personas?
- Por la sinceridad en su voz
 - Por la forma de estrecharte la mano
 - Por su aspecto
14. ¿Cómo te consideras?
- Atlético
 - Intelectual
 - Sociable
15. ¿Qué tipo de películas te gustan más?
- Clásicas
 - De acción
 - De amor
16. ¿Cómo prefieres mantenerte en contacto con otra persona?
- por correo electrónico
 - Tomando un café juntos
 - Por teléfono
17. ¿Cuál de las siguientes frases se identifican más contigo?
- Me gusta que mi coche se sienta bien al conducirlo
 - Percibo hasta el más ligero ruido que hace mi coche
 - Es importante que mi coche esté limpio por fuera y por dentro
18. ¿Cómo prefieres pasar el tiempo con tu novia o novio?
- Conversando
 - Acariciándose
 - Mirando algo juntos
19. Si no encuentras las llaves en una bolsa
- La buscas mirando
 - Sacudes la bolsa para oír el ruido
 - Buscas al tacto
20. Cuando tratas de recordar algo, ¿cómo lo haces?
- A través de imágenes
 - A través de emociones
 - A través de sonidos
21. Si tuvieras dinero, ¿qué harías?
- Comprar una casa
 - Viajar y conocer el mundo
 - Adquirir un estudio de grabación
22. ¿Con qué frase te identificas más?
- Reconozco a las personas por su voz
 - No recuerdo el aspecto de la gente
 - Recuerdo el aspecto de alguien, pero no su nombre
23. Si tuvieras que quedarte en una isla desierta, ¿qué preferirías llevar contigo?
- Algunos buenos libros
 - Un radio portátil de alta frecuencia
 - Golosinas y comida enlatada
24. ¿Cuál de los siguientes entretenimientos prefieres?
- Tocar un instrumento musical
 - Sacar fotografías

c) Actividades manuales

25. ¿Cómo es tu forma de vestir?

a) Impecable

b) Informal

c) Muy informal

26. ¿Qué es lo que más te gusta de una fogata nocturna?

a) El calor del fuego y los bombones asados

b) El sonido del fuego quemando la leña

c) Mirar el fuego y las estrellas

27. ¿Cómo se te facilita entender algo?

a) Cuando te lo explican verbalmente

b) Cuando utilizan medios visuales

c) Cuando se realiza a través de alguna actividad

28. ¿Por qué te distingues?

a) Por tener una gran intuición

b) Por ser un buen conversador

c) Por ser un buen observador

29. ¿Qué es lo que más disfrutas de un amanecer?

a) La emoción de vivir un nuevo día

b) Las tonalidades del cielo

c) El canto de las aves

30. Si pudieras elegir ¿qué preferirías ser?

a) Un gran médico

b) Un gran músico

c) Un gran pintor

31. Cuando eliges tu ropa, ¿qué es lo más importante para ti?

a) Que sea adecuada

b) Que luzca bien

c) Que sea cómoda

32. ¿Qué es lo que más disfrutas de una habitación?

a) Que sea silenciosa

b) Que sea confortable

c) Que esté limpia y ordenada

33. ¿Qué es más sexy para ti?

a) Una iluminación tenue

b) El perfume

c) Cierta tipo de música

34. ¿A qué tipo de espectáculo preferirías asistir?

a) A un concierto de música

b) A un espectáculo de magia

c) A una muestra gastronómica

35. ¿Qué te atrae más de una persona?

a) Su trato y forma de ser

b) Su aspecto físico

c) Su conversación

36. Cuando vas de compras, ¿en dónde pasas mucho tiempo?

a) En una librería

b) En una perfumería

c) En una tienda de discos

37. ¿Cuáles tu idea de una noche romántica?

a) A la luz de las velas

- b) Con música romántica
- c) Bailando tranquilamente

38. ¿Qué es lo que más disfrutas de viajar?

- a) Conocer personas y hacer nuevos amigos
- b) Conocer lugares nuevos
- c) Aprender sobre otras costumbres

39. Cuando estás en la ciudad, ¿qué es lo que más hechas de menos del campo?

- a) El aire limpio y refrescante
- b) Los paisajes
- c) La tranquilidad

40. Si te ofrecieran uno de los siguientes empleos, ¿cuál elegirías?

- a) Director de una estación de radio
- b) Director de un club deportivo
- c) Director de una revista

Referencia: De la Parra Paz, Eric, Herencia de vida para tus hijos. Crecimiento integral con técnicas PNL, Ed. Grijalbo, México, 2004, págs. 88-95 1
00 DGB/DCA/12-2004

RESULTADOS

Nombres y Apellidos: _____ Grado de Instrucción: _____
 Edad: _____ Aula: _____ Fecha de ejecución: _____

Marca la respuesta que elegiste para cada una de las preguntas y al final suma verticalmente la cantidad de marcas por columna.

N° DE PREGUNTAS	VISUAL	AUDITIVO	CINESTÉSICO
1.	B	A	C
2.	A	C	B
3.	B	A	C
4.	C	B	A
5.	C	B	A
6.	B	A	C
7.	A	B	C
8.	B	A	C
9.	A	C	B
10.	C	B	A
11.	B	A	C
12.	B	C	A
13.	C	A	B
14.	A	B	C
15.	B	A	C
16.	A	C	B
17.	C	B	A
18.	C	A	B
19.	A	B	C
20.	A	C	B
21.	B	C	A
22.	C	A	B
23.	A	B	C
24.	B	A	C
25.	A	B	C
26.	C	B	A
27.	B	A	C
28.	C	B	A
29.	B	C	A
30.	C	B	A
31.	B	A	C
32.	C	A	B
33.	A	C	B
34.	B	A	C
35.	B	C	A
36.	A	C	B
37.	A	B	C
38.	B	C	A
39.	B	C	A
40.	C	A	B

El total te permite identificar qué canal perceptual es predominante, según el número de respuestas que elegiste en el cuestionario.

CUADROS DE ANALISIS

	VISUAL	AUDITIVO	CINESTÉSICO
CONDUCTA	Organizado, ordenado, observador y tranquilo. Preocupado por su aspecto. Voz aguda, barbilla levantada. Se le ven las emociones en la cara.	Habla solo, se distrae fácilmente. Mueve los labios al leer. Facilidad de palabra, no le preocupa especialmente su aspecto. Monopoliza la conversación. Le gusta la música. Modula el tono y timbre de voz. Expresa sus emociones verbales.	Responde a las muestras físicas de cariño, le gusta tocarlo todo, se mueve y gesticula mucho. Sale bien arreglado de casa pero en seguida se arruga porque no para. Tono de voz más bajo, porque habla alto como la barbilla hacia abajo. Expresa sus emociones con movimiento
APRENDIZAJE	Aprende lo que ve, Necesita una visión detallada y saber a dónde va. Le cuesta recordar lo que oye.	Aprendo lo que oye, a base de repetirse a si mismo paso a paso todo el proceso. Si se olvida de un solo paso se pierde. No tiene una visión global.	Aprende lo que experimenta directamente, aquellos que involucre movimiento. Le cuesta comprender lo que no puede poner en práctica.

Sugerencia de Actividades adaptadas cada estilo.

VISUAL	AUDITIVO	CINESTÉSICO
Ver, mirar, imaginar, leer, películas, libros, videos, mapas, carteles, diagramas, fotos, caricaturas, diapositivas, pinturas, exposiciones, tarjetas, telescopios, microscopios, bocetos.	Escucha, oír, cantar, ritmo, debates, discusiones, citas, audio, lecturas, hablar en público, telefonar, grupos pequeños, entrevista.	Tocar, mover, sentir, trabajo de campo, pintar, dibujar, bailar, laboratorio, hacer cosas, mostrar, reparar cosas.



SESIÓN



PROPOSITO Y EVIDENCIAS DEL APRENDIZAJE

COMPETENCIA:	DESEMPEÑO:	EVIDENCIAS 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– para explorar con su cuerpo e interactuar con el entorno: corre, sube y baja escalones alternando los pies, salta desde pequeñas alturas, experimenta con su cuerpo el equilibrio y desequilibrio, hace giros, trepa y se desliza por pequeñas pendientes con seguridad.	Sube las escaleras con apoyo mientras juega a alcanzar a mamá las frutas de tela.
CAPACIDADES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Comprende su cuerpo. • Se expresa corporalmente 		

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

¿Qué necesitamos hacer antes de la sesión?	Recursos y/o Materiales
<p>Colocar en una cestas al lado de la silla donde estará mamá para que decepcione las frutas de tela ahí.</p> <p>Estas frutas tendrán diferentes texturas y peso.</p> <p>Se colocará la escalera de 6 peldaños de madera pegada a la pared para que el niño y niña se pueda apoyar.</p> <p>Mamá estará en la parte de arriba de la escalera con un mandil de vendedora del mercado esperando que le traigan las frutas.</p> <p>La tutora estará a 10 pasos de la escalera con el cajón de futas y será ella la que le dará fruta por fruta al niño o niña para que le pueda entregar a mamá</p>	<p>2 Cestas de plástico, 10 frutas de tela con diferentes pesos, escalera de madera de 6 pasos, música de fondo, mandil para mamá, silla para mamá y tutora., pasadizo de la casa roja.</p>

MOMENTOS DE LA SESIÓN

	MOMENTOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES	
INICIO	Saludo	Besos (X) Abrazos (X) Canción () Otros:	1'		
	Ubicación en el lugar de trabajo	Piso () Mesa () Otros: Pasadizo del Aula Roja	1'		
		Ambiente I Ambiente II Ambiente III Arenero Pasto Artificial Jardines			
	Recojo de saberes previos	Adulto significativo y niño/a ejecutan las actividades sugeridas SI X NO	4'		
		Otros: Mamá caminará con el o ella hacia la escalera y se observará como sube la escalera			
	Propósito de la sesión	Tutor/a, explica el propósito de la sesión al adulto significativo del niño o niña.	5'		
Visual (X) Audio (X) Otros:					
Motivación	Canción		3'		
	Juguete	X			Frutas de tela con diferentes texturas
	Otros: Mamá disfrazada de vendedora del mercado				
DESARROLLO	Actitud del adulto significativo durante la sesión	El niño o niña será llevado por la madre hacia la tutora y luego de pedirle una fruta, se lo dará y niño caminará por el pasadizo en compañía de la tutora y madre hacia la escalera. Estando ahí, la madre subirá al final y se sentará, la tutora cogerá al niño o niña y colocando su manos a la pared, lo invitara o la invitará a que suba a la escalera apoyándose en la pared, la fruta será entonces llevada por el niño o niña con la mano opuesta. Si el niño subiera agarrado con las dos manos, se le pondrá la fruta, dentro del polo para que pueda trasportarla mientras sube. Estando arriba el niño o niña le dará fruta a la mama y esta luego de abrazarlo y darle las gracias lo invitará a que baje y le traiga otra. En las primeras tres frutas, la tutora acompañará al niño hasta la escaler, apoyándolo para subir, a partir de la cuarta, la madre irá motivando al niño desde su posición vidualmente y mostrando la cesta donde tendrá que colocar el niño o niña la fruta. La actividad concluirá cuando el niño o niña hayan dejado todas las frutas en la cesta....	20'		
	Contacto visual (X)				
	Comunicación oral (X)				
	Contacto físico afectivo (X) Otros:				
CIERRE	Evaluación y retroalimentación de lo trabajado	¿Cuál de las actividades le gusto más?, ¿Por qué es importante la actividad que realizamos con el niño?, ¿Por qué hemos utilizado estos materiales?, ¿Qué dudas te quedaron?, ¿Cómo podrías trabajar esta actividad en casa?	5'		
		Adulto significativo			
		Comprendió (X) Necesito refuerzo () No comprendió ()			
	Conclusión	Se llegó al propósito Si X No Porque:	4'		
Entrega de hoja de tareas para casa y despedida	Se les pedirá a las mamás que lleven a niños a casa de familiares el fin de semana que cuenten con escaleras e inviten a los niños a subir los escalones apoyándose de las barandas o paredes.	2'			

EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	Niño I		Niño II		Niño III		Niño IV		Niño V		Niño VI	
Sube las escaleras con apoyo mientras juega a alcanza a mamá las frutas de tela.	Participo del juego y mostro agrado y seguridad para subir apoyado		En tres oportunidad, camino evitando la escalera.		Tuvo que ser apoyado y acompañado toda la actividad		Logro subir sin problemas apoyandose		Logro subir pero no acepto llevar la fruta, esta le fue alcanzada		No subió la escalera solo llego al tercer escalon	
	Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre	
	Mamá nerviosa trato de ayudarlo aún cuando no lo requería		Mamá motivo de manera oral durante toda la actividad a la niña		Madre justificaba que no lograba subir		Madre apoyo el trabajo de manera verbal y fisicamente		Mamá se mostraba molesto por que no llevó la fruta y no reforzó físicamente al niño		Mamá se mostró triste y se tuvo que trabajar el apoyo emocional a la madre para realizar el trabajo en casa	
	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro

Observaciones:

Sobre la Ejecución (1)

Sobre la Reprogramación (2)

Sobre las Tareas (3)

Sobre la familia (4)

Otros (5)

.....

.....

.....

.....

* Solo en caso de que el niño o niña falte a la sesión programada.

** Incluir las actitudes del niño, niña y sus familias

SESIÓN

Nombre de la Sesión:

PROPOSITO Y EVIDENCIAS DEL APRENDIZAJE

COMPETENCIA:	DESEMPEÑO:	EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE
Indaga mediante métodos científicos para construir sus conocimientos	Explora desde su iniciativa los hechos que ocurren en su entorno. Explora y hace uso de los objetos que están a su alcance, según sus características, para resolver problemas cotidianos, y experimenta con sus propiedades; descubre los efectos que sus acciones producen sobre ellos.	Jugando con diferentes tipos de embace logra trasladar semillas de un embace al otro utilizando un cucharon y/o una cuchara.
CAPACIDADES:		
Genera y registra datos o información		

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

¿Qué necesitamos hacer antes de la sesión?	Recursos y/o Materiales
Buscar diferentes tipos de embaces (tamaños y formas), cucharón de sopa, cucharas de diferentes tamaños. Se trabajará sobre una sábana. Previamente se ha trabajado el traslado de semillas con la mano.	Ambiente de trabajo en el piso antialérgico, con una sábana extendida, valdes pequeños, tinas, frascos de mermelada, vasos descartables, semillas (lenteja, pallares y garbanzos). Cucharones de plástico , cucharas con adaptaciones (mangos gruesos y envueltos con corrugado, corospun y lija de agua. Se le colocarán a los chicos botones, chapas de botella y bolitas de colores para que llame la atención para sacar.

MOMENTOS DE LA SESIÓN

		MOMENTOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES													
INICIO	Saludo	Besos () Otros:	Abrazos (X) Canción ()	1'														
	Ubicación en el lugar de trabajo	Piso (X) Mesa () Otros:		1'														
	Recojo de saberes previos	Adulto significativo y niño/a ejecutan las actividades sugeridas Otros:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Ambiente I</td> <td>x</td> <td>Ambiente II</td> <td></td> <td>Ambiente III</td> <td></td> <td>Arenero</td> <td></td> <td>Pasto Artificial</td> <td></td> <td>Jardines</td> <td></td> </tr> </table>	Ambiente I	x	Ambiente II		Ambiente III		Arenero		Pasto Artificial		Jardines		SI NO	4'	
	Ambiente I	x	Ambiente II		Ambiente III		Arenero		Pasto Artificial		Jardines							
Propósito de la sesión	Tutor/a, explica el propósito de la sesión al adulto significativo del niño o niña. Visual () Audio () Otros: Se le explica las actividades junto con la tutora			5'														

	Madre reforzará en casa		Mamá reforzará en casa		Mamá reforzará en casa		Se le propuso a la mamá iniciar con otros elementos en casa, agua a la hora del baño, esponja		Madre reforzó en casa		Madre reforzará en casa	
	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro

Observaciones:

Sobre la Ejecución (1)

Sobre la Reprogramación (2)

Sobre las Tareas (3)

Sobre la familia (4)

Otros (5)

.....

.....

.....

.....



SESIÓN 03

Nombre de la Sesión:

PROPOSITO Y EVIDENCIAS DEL APRENDIZAJE

COMPETENCIA:	DESEMPEÑO:	EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE
Construye su identidad	Toma la iniciativa para realizar actividades cotidianas de juego y algunas acciones de cuidado personal de acuerdo con sus intereses y posibilidades motrices, muestra alegría y orgullo por hacerlo. Solicita la ayuda del adulto cuando lo necesita.	Afianza su autonomía en el momento de comer usando la cuchara sin ayuda
CAPACIDADES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Se valora a sí mismo. • Autorregula sus emociones 		

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

¿Qué necesitamos hacer antes de la sesión?	Recursos y/o Materiales
Madre y padre hará una escrito donde describirá a la tutora la forma como el niño o niña ingiere los alimentos en casa. Lugar, horas y proporción. Se trabajará en base a las acciones que realiza el niño o niña en el hogar con la familia.	Mesa para comer, utensilios (cuchara), plato de comida pequeño para el niño, platos para madre y docente, porción pequeña de alimento sólido para el niño (a) , porción de alimentos sólidos para los adultos., babero para el niño (a).

MOMENTOS DE LA SESIÓN

	MOMENTOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES	
INICIO	Saludo	Besos (X) Abrazos () Canción () Otros:	1'		
	Ubicación en el lugar de trabajo	Piso () Mesa (X) Otros:	1'		
		Ambiente I Ambiente II Ambiente III X Arenero Pasto Artificial Jardines			
	Recojo de saberes previos	Adulto significativo y niño/a ejecutan las actividades sugeridas	SI NO	4'	
		Otros:			
	Propósito de la sesión	Tutor/a, explica el propósito de la sesión al adulto significativo del niño o niña.		5'	
Visual () Audio (X) Otros:					
Motivación	Canción	X Los alimentos y música instrumental	3'	Se buscará música instrumental para escuchar mientras ingiere alimentos (sin video)	
	Juguete				
	Otros:				
DESARROLLO	Actitud del adulto significativo durante la sesión	Se le llevará al niño (a) hacia los servicios higiénicos para que se laven la manos previo a comer. Mamá o papá sentará al niño (a) en la silla, le irá describiendo lo que estará sirviendo. El niño (a) esperará a que madre o padre le sirva los alimentos de la tutora, de ella y luego del niño(a) esto ayudará a trabajar la tolerancia. Mamá o papá pondrá una porción pequeña en el plato, el niño (a) comerá al lado de papá y de mamá. Madre o padre al igual que la tutora irán probando los alimentos, invitando a que el niño (a) quiera probarlos, estos deben ser cocidos y en trozos pequeños. Se le facilitará una cuchara, que cuente con peso y textura para poder asegurarnos que lo pueda coger. Madre/Padre y Tutora modelarán como debe llevar los alimentos con la cuchara a la boca. El niño (a) irán imitando esta acción, siendo reforzado con palabras de afecto cada bocado que logra realizar.	20'		
	Contacto visual () Comunicación oral (X) Contacto físico afectivo (X) Otros:				
CIERRE	Evaluación y retroalimentación de lo trabajado	¿Cuál de las actividades le gusto más?, ¿Por qué es importante la actividad que realizamos con el niño?, ¿Por qué hemos utilizado estos materiales?, ¿Qué dudas te quedaron?, ¿Cómo podrías trabajar esta actividad en casa?	5'		
		Adulto significativo			
		Comprendió () Necesito refuerzo (X) No comprendió ()			
	Conclusión	Se llegó al propósito Si No Porque:	4'		
	Entrega de hoja de tareas para casa y despedida	Se realizara en la hoja las explicaciones y sugerencias de las acciones a reforzar en la actividad en casa.	2'		

Evaluación

EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	Niño I		Niño II		Niño III		Niño IV		Niño V		Niño VI	
Afianza su autonomía en el momento de comer usando la cuchara sin ayuda	Niño esperó que la madre le acercara los alimentos a la boca, el observar la muestra del adulto significativo (mamá y tutora) le ayudo para imitar.		El niño rechazó en primer instante coger la cuchara que le había traído la madre, al darle la cuchara con peso y textura, agarro la misma y empezó a llevarse los alimentos a la boca con algo de torpeza		El niño buscó comer en un primer momento con la mano, al ver al padre comer con los cubiertos, los cogió llevándose a la boca la cuchara, logrando. Busco usar el tenedor para pinchar la papa sancochada.		El niño comió con la cuchara sin problemas, llevaba sin problemas la cuchara a la boca.		La niña comió con tranquilidad con la cuchara		No cogió la cuchara, se le proporcionó una con mayor texturas (lija de agua en el mango) así con un mango liso, sin embargo el niño prefiere comer con la mano. Sin embargo cuando mamá le da apoyo cogiéndolo su mano con la cuchara, muestra agrado al llevarse los alimentos a la boca	
	Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre	
	Madre se mostró ansiosa, buscaba llevarle la cuchara a la boca, aun cuando el niño presentó iniciativa para comer con la cuchara.		Se le reforzó a mamá el trabajo a realizar en casa, se logró a		Papá se mostró preocupado cuando el niño rechazó la cuchara, hasta que dio el ejemplo y vio que el niño lograba imitarlo.		Mamá comió tranquila al lado del niño mientras el niño imitaba lo que hacia.		Mamá indica que ha empezado a comer sola desde hace 2 semanas viendo al hermano mayor.		Mamá se mostró angustiada, luego de darle la muestra de como apoyar al niño, logró que el niño realice la actividad con agrado	
	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro

Observaciones:

*Sobre la Ejecución (1)**Sobre la Reprogramación (2)**Sobre las Tareas (3)**Sobre la familia (4)**Otros (5)*



Nombre de la Sesión:

SESIÓN



PROPOSITO Y EVIDENCIAS DEL APRENDIZAJE

COMPETENCIA:	DESEMPEÑO:	EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE
Se desenvuelve de manera autónoma a través de su motricidad	Manifiesta sus sensaciones y necesidades corporales al mencionarlas en diferentes situaciones de interacción, juego y cuidado cotidiano	Participa en la dinámica de la hora de ir a dormir y busca manifestar sus sensaciones ante la petición de las madres o padre.
CAPACIDADES:		
<ul style="list-style-type: none"> Comprende su cuerpo. Se expresa corporalmente 		

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

¿Qué necesitamos hacer antes de la sesión?	Recursos y/o Materiales
Preparar el ambiente para que el niño tenga a su alcance una muñeca, una manta y una cajita, a fin de poder insitarlo a que juegue con el muñeco para hacerlo dormir... colocar música instrumental para la hora del sueño... de igual manera, en una caja fuera de su mirada, una almohada y su mantita para dormir.	Mantita personal, almohada pequeña, muñeca de trapo, mantita, cajita decorada como cama para la muñeca. Hoja de registro para dormir.

MOMENTOS DE LA SESIÓN

	MOMENTOS	ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES
INICIO	Saludo	Besos () Abrazos (X) Canción () Otros:	1'	
	Ubicación en el lugar de trabajo	Piso (X) Mesa () Otros: Ambiente I Ambiente II x Ambiente III Arenero Pasto Artificial Jardines	1'	
	Recojo de saberes previos	Adulto significativo y niño/a ejecutan las actividades sugeridas Otros: El padre deberá traer la hoja de actividades diarias para poder trabajar con ello	SI NO 4'	
	Propósito de la sesión	Tutor/a, explica el propósito de la sesión al adulto significativo del niño o niña.		

		Visual ()	Audio (X)	Otros:	5'		
	Motivación	Canción			3'		
		Juguete	X	Tendremos una muñeca y haremos que la muñeca quiera dormir, con su manta y su caja			
		Otros:					
DESARROLLO	Actitud del adulto significativo durante la sesión	Se mostrara una muñeca con la cual jugaremos con la mamá o papá a hacerla dormir, invitaremos al niño para que juegue con el padre y la tutora, esto hará que quiera cogerla, se mostrará la caja que estará decorado como cama y pondremos a la muñeca en la cama. De igual manera sacaremos la almohada del niño y haciendo de la madre coloque en la parte del ambiente donde se encuentra la cama del niño, se buscará que se acurruque con ella y se le irá orientando a la madre o padre las técnicas para hacerlo dormir, mientras el niño busca realizar la actividad.				20'	
	Contacto visual (X)	Se le facilitará a al adulto significativo una hoja donde tendrá que registrar todas las actividades que realiza la familia y el niño en toda una semana. Dicha hoja permitirá a la tutora analizar con la madre y el padre (buscar una reunión juntos) poder analizar la manera como se están creando rutinas al niño. Siendo que la mayoría de los niños del aula roja, no presentan rutinas adecuadas de sueño, es lo primero que se trabajará con el grupo de padres. Dando las siguientes recomendaciones en el momento de la intervención: El niño (a) debe tener una siesta de 30 minutos, la cual no puede darse a partir de las 4:00 pm El niño (a) debe tener una cama, cuna, hamaca para que pueda dormir solo (a). Establecer el horario de dormir a las 7:00 pm. Para hacerlo dormir, la madre o acompañante no debe echarse con el niño (a) en la cama, sino sentarse al lado de su cama con una silla.					
	Comunicación oral ()						
	Contacto físico afectivo ()						
Otros:							
CIERRE	Evaluación y retroalimentación de lo trabajado	¿Cuál de las actividades le gusto más?, ¿Por qué es importante la actividad que realizamos con el niño?, ¿Por qué hemos utilizado estos materiales?, ¿Qué dudas te quedaron?, ¿Cómo podrías trabajar esta actividad en casa?				5'	
		Adulto significativo					
		Comprendió ()	Necesito refuerzo (X)	No comprendió ()			
	Conclusión	Se llegó al propósito	Si	No	Porque:	4'	
	Entrega de hoja de tareas para casa y despedida	Se entrega la hoja de rutinas y se revisará luego las indicaciones que han realizado				2'	

Evaluación

EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE	Niño I	Niño II	Niño III	Niño IV	Niño V	Niño VI
Participa en la dinámica de la hora	Duerme en la tarde 2 horas y en la noche a la 1 am con los padres pues a esa hora le da	Duerme en su cama a partir de las 10:00 pm, con mucha dificultad. Duerme en	Hace siesta toda la tarde y se levanta a las 6:00 pm y luego consigue el sueño a la	No hace siesta, sin embargo no tiene horario fijo para dormir, puede hacerlo a las 11:00 a las 12:00 como en	Tiene su cama y duerme a las 9:00 pm, sin embargo todas las noches le permiten que se pase a la	Duerme en su cama, pero mamá indica que dos veces a la semana se despierta a las 3:00 am a

de ir a dormir y busca manifestar sus sensaciones ante la petición de las madres o padre.	sueño. Duerme en la misma cama de los padres. Lacta para dormir		la misma cama con los padres. Se despierta 2 veces.		1:00 am. Duerme con los papás. Duerme hasta las 11:00 am Lacta para dormir		otras ocasiones a las 8:00, duerme con ambos padres, no tiene hora para despertarse.		cama de los padres y se queda dormido hasta las 9:00 am.		jugar o a cantar, y le tiene que prender la tv. Lacta para dormir.	
	Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre		Padre/ madre	
	Se mostro muy angustiada para hacer los cambios.		Madre se muestra muy ansiosa		Madre indica que el niño tiene que esperar al papá llegar de trabajo y eso no sabe como cambiarlo		Mamá se mostro calmada y se planearon las estrategias de como hacer los cambios		Madre indica que es el padre el que permite que el niño se quede en la cama para dormir con ellos.		Si no se le permite jugar o cantar en la noche, la niña grita y esta en una casa alquilada, Se buscará estrategias para mejorar la conducta ce la niña.	
Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	Logro	No logro	

Observaciones:

Sobre la Ejecución (1)

Sobre la Reprogramación (2)

Sobre las Tareas (3)

Sobre la familia (4)

Otros (5)

Se observó que la totalidad de los niños no cuentan con horarios ni rutinas de sueño ni de alimentación adecuada tomando en cuenta su edad cronológica. Llevándolos a dormir en horario poco pertinentes en los niños, muchos de ellos inician actividades fuera del hogar a las 7:00 pm (ir de compra a super mercados, llevarlo a lugares de comida rápida para que jueguen en piscinas de pelota a partir de las 6:00 pm, etc.) , en su totalidad duermen con ambos padres y se despiertan todas las noches, los padres prenden televisores o en algunos casos les dan de comer en la madrugada. Las madres deben acostarse con ellos para que los chicos puedan dormir. En las tardes las siestas son prolongadas , esto les permite a las mamás descansar o realizar otras actividades, la mayoría hacen siestas en los coches o los correles. Existen niños que lactan para dormir o cuando lloran por alguna frustración .

HOJA DE REGISTRO DE LA SEMANA

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							

Otros horarios

: _____

HOJA DE HORARIOS PARA CREAR HABITOS AL NIÑO Y FAMILIA

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7:00	DESPERTARSE Y ASEO						
8:00	TOMA DE DESAYUNO EN EL COMEDOR DE LA CASA						
9:00							
10:00							
10:30	FRUTA DE MEDIA MAÑANA						
11:00							
12:00							
1:00	ALMUERZO						
2:00	SIESTA						
2:30							
3:00							
4:00	FRUTA DE MEDIA TARDE						
4:30							
5:00							
6:00	CENA						
7:00							
7:30	HORA DE DORMIR						

Otros horarios : _____

Esta hoja con horas establecidas para alimentación y sueño es importante, esto para lograr que primero se logre establecer hábitos en la alimentación y el sueño. Con la familia se irán llenando los demás horarios considerando momentos de juego, asistencia al PRITE y en otros centros, visitas a la familia y actividades dentro de casa.



Antes de iniciar la intervención

Luego de la intervención



Actividades de independencia

Independencia en el baño



ANEXO
DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE
MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: Concepción Eduvigés Moreno Chávez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS 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 y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) PRITE Antares S.M.P. 2018 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.



Cortez Pautrat, Carmen Rosa
DNI 09630624

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable:

Desarrollo integral: La Organización Panamericana de la Salud, (OPS. 2000. P.13) , indica que el Desarrollo integral: “se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive”.

Dimensiones de las variables

Dimensión 1 Desarrollo Motor : Prieto (2014, p.9), Cita a Chokler (2009) que refiere : “ El desarrollo motor se produce de forma espontánea mediante su actitud autónoma en función de la maduración orgánica y nerviosa”.

Dimensión 2 Actitud durante los cuidados : Fomasi y Travaglini (2016, p. 67), citan a Pikler con el siguiente concepto: “Por cuidados se entiende en general el conjunto de la atención del niño ya se centre en lo que el adulto proporciona al niño, o en el cuidado corporal o cualquier otra actividad; bajo este término está también incluida la observación. Aquí se trata de cuidados corporales por ejemplo comidas y baño.”

Dimensión 3 Esfínteres : E.O.E.P. (2009, p.1) , indican que “Se entiende por control de esfínteres el proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos relacionados con la micción y la defecación que tiene lugar durante la infancia”.

Dimensión 4 Desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego

El niño, en las primeras etapas de su vida, por naturaleza, aprende a través de la exploración, de diferentes objetos con todo su cuerpo. Es pues que esta manipulación permite al niño a crear de manera vivencial conceptos. Los conocimientos adquiridos a través de esta exploración, permite que reconozca no solo su cuerpo, sino también las diferentes dimensiones

y superficies en las que se desenvuelve. Esta posibilidad de organización de movimiento y concepto, permitirá al niño adquirir independencia (Falk, 2009 p1- 5). En la independencia la coordinación óculo manual, permite al niño realizar acciones como el juego, así como manipulaciones sincronizadas entre sus ojos y sus manos. Es en el momento que el niño domina esta sincronización que se puede decir que ha adquirido una destreza cognitiva compleja, que le permitirá la realización de acciones precisas y organizativas en el proceso lúdico y escolar. Movimientos en las que complementa paralelamente la información que le da sus ojos (percepción visual del espacio) para dirigir la trayectoria de sus manos.

Dimensión 4 Desarrollo de la Vocalización y palabra

López (2003 p, 251) , analiza de manera meticulosa el desarrollo de lenguaje en el ser humano, dando los siguientes aportes,” (...) indica A partir de los resultados obtenidos podemos apreciar que el proceso de adquisición de la palabra, del que hemos sido testigos, consiste en muchos procesos de aprendizaje paralelos y hasta cierto punto independientes, que en un momento dado del desarrollo confluyen para producir la emergencia de una estructura de un nivel de complejidad superior: la palabra. (...)Por otro lado, la relación continua entre las vocalizaciones y las primeras palabras, indica que **las vocalizaciones son precursores de la adquisición del lenguaje**. Esto significa que a través de su análisis sistemático en investigaciones futuras se podría llegar a evaluar el proceso de adquisición del lenguaje, antes de la aparición de las primeras formas lingüísticas.”

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Desarrollo del Niño hasta los 14 meses

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
1. Desarrollo Motor	A. Camina con destreza B. Sube la escalera	Del 1 - 3 Del 4 - 5	Escaso =1 Mediano = 2 - 3 Bueno = 4 Excelente = 5
2. Actitud durante los cuidados	A. Mastica Come B. Participa y colabora en baño y vestimenta	De 1 Del 3 al 4 De 4 al 9	Escaso =1 - 2 Mediano = 3 -5 Bueno = 6 - 8 Excelente = 9
3. Esfínteres	A. Hábitos de higiene B. Control de esfínteres	Del 1 al 3 Del 4 al 5	Escaso = 1 Mediano =2 -3 Bueno = 4 Excelente = 5
4. Desarrollo Intelectual, coordinación óculo manual y juego	A. Coordinación visual B. Juegos de Roles	De 1 Del 2 al 5	Escaso =1 Mediano = 2 -3 Bueno = 4 Excelente = 5
5. Vocalización y palabra	A . Uso de silabas o palabras. B. Uso de frases C. Habla D. Ejecución de consignas	De 1 Del 2 al 4 De 5 De 6	Escaso =0 - 2 Mediano = 3 -4 Bueno = 5 Excelente = 6

Fuente: Elaboración propia.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO
 HASTA 24 MESES, FICHA DE OBSERVACIÓN, ADAPTADA DE ESCALA DE PICKLER (DIGEBE, 2010, pp.117-138)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		OBSERVACIONES
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Camina 3 metros, sin trompear con obstáculos	X		X		X		
2	Camina portando objetos que impiden ver el suelo.	X		X		X		
3	Camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella.	X		X		X		
4	Sube la escalera I	X		X		X		
5	Sube la escalera II	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2	Si		Si		Si		
6	Mastica normalmente	X		X		X		
7	Come solo con la cuchara	X		X		X		
8	Come solo y sin ensuciarse	X		X		X		
9	Se saca algunas ropas	X		X		X		
10	Se lava las manos	X		X		X		
11	Se pone algunas ropas	X		X		X		
12	Se desabotona	X		X		X		
13	Se saca los zapatos	X		X		X		
14	Se cepilla los dientes	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	Si		Si		Si		
15	Avisa cuando esta su pañal sucio	X		X		X		
16	Se sienta en el bacín mientras lo mira	X		X		X		
17	Permanece sentado solo en el bacín	X		X		X		
18	Atrasa la micción	X		X		X		
19	Controla durante la vigilia	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4	Si		Si		Si		
20	Construye	X		X		X		
21	Participa en juegos de roles I	X		X		X		
22	Participa en Juegos de roles II	X		X		X		
23	Participa en juegos de roles II	X		X		X		
24	Organizar un juego de roles	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5	Si		Si		Si		
25	Utiliza palabras o fragmento de palabras	X		X		X		
26	Utilizar frases de dos palabras	X		X		X		
27	Utilizar frases desarrolladas	X		X		X		
28	Utilizar frases completas	X		X		X		
29	Habla correctamente	X		X		X		
30	Ejecuta consignas verbales	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

26 de Marzo del 2018

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** 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

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: María Victoria Moreno Chávez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS 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 y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) PRITE Antares S.M.P. 2018 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.



Cortez Pautrat, Carmen Rosa
DNI 09630624

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable:

Desarrollo integral: La Organización Panamericana de la Salud, (OPS. 2000. P.13) , indica que el Desarrollo integral: “se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive”.

Dimensiones de las variables

Dimensión 1 Desarrollo Motor : Prieto (2014, p.9), Cita a Chokler (2009) que refiere : “ El desarrollo motor se produce de forma espontánea mediante su actitud autónoma en función de la maduración orgánica y nerviosa”.

Dimensión 2 Actitud durante los cuidados : Fomasi y Travaglini (2016, p. 67), citan a Pikler con el siguiente concepto: “Por cuidados se entiende en general el conjunto de la atención del niño ya se centre en lo que el adulto proporciona al niño, o en el cuidado corporal o cualquier otra actividad; bajo este término está también incluida la observación. Aquí se trata de cuidados corporales por ejemplo comidas y baño.”

Dimensión 3 Esfínteres : E.O.E.P. (2009, p.1) , indican que “Se entiende por control de esfínteres el proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos relacionados con la micción y la defecación que tiene lugar durante la infancia”.

Dimensión 4 Desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego

El niño, en las primeras etapas de su vida, por naturaleza, aprende a través de la exploración, de diferentes objetos con todo su cuerpo. Es pues que esta manipulación permite al niño a crear de manera vivencial conceptos. Los conocimientos adquiridos a través de esta exploración, permite que reconozca no solo su cuerpo, sino también las diferentes dimensiones

y superficies en las que se desenvuelve. Esta posibilidad de organización de movimiento y concepto, permitirá al niño adquirir independencia (Falk, 2009 p1- 5). En la independencia la coordinación óculo manual, permite al niño realizar acciones como el juego, así como manipulaciones sincronizadas entre sus ojos y sus manos. Es en el momento que el niño domina esta sincronización que se puede decir que ha adquirido una destreza cognitiva compleja, que le permitirá la realización de acciones precisas y organizativas en el proceso lúdico y escolar. Movimientos en las que complementa paralelamente la información que le da sus ojos (percepción visual del espacio) para dirigir la trayectoria de sus manos.

Dimensión 4 Desarrollo de la Vocalización y palabra

López (2003 p, 251) , analiza de manera meticulosa el desarrollo de lenguaje en el ser humano, dando los siguientes aportes,” (...) indica A partir de los resultados obtenidos podemos apreciar que el proceso de adquisición de la palabra, del que hemos sido testigos, consiste en muchos procesos de aprendizaje paralelos y hasta cierto punto independientes, que en un momento dado del desarrollo confluyen para producir la emergencia de una estructura de un nivel de complejidad superior: la palabra. (...)Por otro lado, la relación continua entre las vocalizaciones y las primeras palabras, indica que **las vocalizaciones son precursores de la adquisición del lenguaje**. Esto significa que a través de su análisis sistemático en investigaciones futuras se podría llegar a evaluar el proceso de adquisición del lenguaje, antes de la aparición de las primeras formas lingüísticas.”

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO
HASTA 24 MESES, FICHA DE OBSERVACIÓN, ADAPTADA DE ESCALA DE PICKLER (DIGEBE, 2010, pp.117-138)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		OBSERVACIONES
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Camina 3 metros, sin trompear con obstáculos	X		X		X		
2	Camina portando objetos que impiden ver el suelo.	X		X		X		
3	Camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella.	X		X		X		
4	Sube la escalera I	X		X		X		
5	Sube la escalera II	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2	Si		Si		Si		
6	Mastica normalmente	X		X		X		
7	Come solo con la cuchara	X		X		X		
8	Come solo y sin ensuciarse	X		X		X		
9	Se saca algunas ropas	X		X		X		
10	Se lava las manos	X		X		X		
11	Se pone algunas ropas	X		X		X		
12	Se desabotona	X		X		X		
13	Se saca los zapatos	X		X		X		
14	Se cepilla los dientes	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	Si		Si		Si		
15	Avisa cuando esta su pañal sucio	X		X		X		
16	Se sienta en el bañín mientras lo mira	X		X		X		
17	Permanece sentado solo en el bañín	X		X		X		
18	Atrasa la micción	X		X		X		
19	Controla durante la vigilia	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4	Si		Si		Si		
20	Construye	X		X		X		
21	Participa en juegos de roles I	X		X		X		
22	Participa en Juegos de roles II	X		X		X		
23	Participa en juegos de roles II	X		X		X		
24	Organizar un juego de roles	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5	Si		Si		Si		
25	Utiliza palabras o fragmento de palabras	X		X		X		
26	Utilizar frases de dos palabras	X		X		X		
27	Utilizar frases desarrolladas	X		X		X		
28	Utilizar frases completas	X		X		X		
29	Habla correctamente	X		X		X		
30	Ejecuta consignas verbales	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 María Victoria Moreno Chávez

DNI:29653669

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

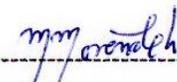
26 de Marzo del 2018

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 María Victoria Moreno Chávez

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita: Xavier Fuentes Ávila

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS 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 y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) PRITE Antares S.M.P. 2018 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.



Cortez Pautrat, Carmen Rosa
DNI 09630624

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable:

Desarrollo integral: La Organización Panamericana de la Salud, (OPS. 2000. P.13) , indica que el Desarrollo integral: “se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive”.

Dimensiones de las variables

Dimensión 1 Desarrollo Motor : Prieto (2014, p.9), Cita a Chokler (2009) que refiere : “ El desarrollo motor se produce de forma espontánea mediante su actitud autónoma en función de la maduración orgánica y nerviosa”.

Dimensión 2 Actitud durante los cuidados : Fomasi y Travaglini (2016, p. 67), citan a Pikler con el siguiente concepto: “Por cuidados se entiende en general el conjunto de la atención del niño ya se centre en lo que el adulto proporciona al niño, o en el cuidado corporal o cualquier otra actividad; bajo este término está también incluida la observación. Aquí se trata de cuidados corporales por ejemplo comidas y baño.”

Dimensión 3 Esfínteres : E.O.E.P. (2009, p.1) , indican que “Se entiende por control de esfínteres el proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos relacionados con la micción y la defecación que tiene lugar durante la infancia”.

Dimensión 4 Desarrollo intelectual a través de la coordinación óculo manual y juego

El niño, en las primeras etapas de su vida, por naturaleza, aprende a través de la exploración, de diferentes objetos con todo su cuerpo. Es pues que esta manipulación permite al niño a crear de manera vivencial conceptos. Los conocimientos adquiridos a través de esta exploración, permite que reconozca no solo su cuerpo, sino también las diferentes dimensiones

y superficies en las que se desenvuelve. Esta posibilidad de organización de movimiento y concepto, permitirá al niño adquirir independencia (Falk, 2009 p1- 5). En la independencia la coordinación óculo manual, permite al niño realizar acciones como el juego, así como manipulaciones sincronizadas entre sus ojos y sus manos. Es en el momento que el niño domina esta sincronización que se puede decir que ha adquirido una destreza cognitiva compleja, que le permitirá la realización de acciones precisas y organizativas en el proceso lúdico y escolar. Movimientos en las que complementa paralelamente la información que le da sus ojos (percepción visual del espacio) para dirigir la trayectoria de sus manos.

Dimensión 4 Desarrollo de la Vocalización y palabra

López (2003 p, 251) , analiza de manera meticulosa el desarrollo de lenguaje en el ser humano, dando los siguientes aportes,” (...) indica A partir de los resultados obtenidos podemos apreciar que el proceso de adquisición de la palabra, del que hemos sido testigos, consiste en muchos procesos de aprendizaje paralelos y hasta cierto punto independientes, que en un momento dado del desarrollo confluyen para producir la emergencia de una estructura de un nivel de complejidad superior: la palabra. (...)Por otro lado, la relación continua entre las vocalizaciones y las primeras palabras, indica que **las vocalizaciones son precursores de la adquisición del lenguaje**. Esto significa que a través de su análisis sistemático en investigaciones futuras se podría llegar a evaluar el proceso de adquisición del lenguaje, antes de la aparición de las primeras formas lingüísticas.”

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO
HASTA 24 MESES, FICHA DE OBSERVACIÓN, ADAPTADA DE ESCALA DE PICKLER (DIGEBE, 2010, pp.117-138)**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		OBSERVACIONES
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Camina 3 metros, sin trompear con obstáculos	X		X		X		
2	Camina portando objetos que impiden ver el suelo.	X		X		X		
3	Camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella.	X		X		X		
4	Sube la escalera I	X		X		X		
5	Sube la escalera II	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2	Si		Si		Si		
6	Mastica normalmente	X		X		X		
7	Come solo con la cuchara	X		X		X		
8	Come solo y sin ensuciarse	X		X		X		
9	Se saca algunas ropas	X		X		X		
10	Se lava las manos	X		X		X		
11	Se pone algunas ropas	X		X		X		
12	Se desabotona	X		X		X		
13	Se saca los zapatos	X		X		X		
14	Se cepilla los dientes	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	Si		Si		Si		
15	Avisa cuando esta su pañal sucio	X		X		X		
16	Se sienta en el bacín mientras lo mira	X		X		X		
17	Permanece sentado solo en el bacín	X		X		X		
18	Atrasa la micción	X		X		X		
19	Controla durante la vigilia	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4	Si		Si		Si		
20	Construye	X		X		X		
21	Participa en juegos de roles I	X		X		X		
22	Participa en Juegos de roles II	X		X		X		
23	Participa en juegos de roles II	X		X		X		
24	Organizar un juego de roles	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5	Si		Si		Si		
25	Utiliza palabras o fragmento de palabras	X		X		X		
26	Utilizar frases de dos palabras	X		X		X		
27	Utilizar frases desarrolladas	X		X		X		
28	Utilizar frases completas	X		X		X		
29	Habla correctamente	X		X		X		
30	Ejecuta consignas verbales	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

26 de Marzo del 2018

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** 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



Xavier Fuentes Ávila

SALIDA

		DESARROLLO MOTOR					ACTIVIDADES DE CUIDADO							ESFINTERES				DESARROLLO INTERCETUAL COORDINACION OCULO MANUAL Y JUEGO					VOCALIZACIÓN							
		camina 3 metros, sin tropesar con obstaculos	portando objetos que impiden ver el suelo	camina sobre cinta de 10 cm sin salirse de ella.	Sube la escalera I	Sube la escalera II	Mastica normalmente	Come solo con la cuchara	Come solo y sin ensuciar	Se saca algunas ropas	Se lava las manos	Se pone algunas ropas	Se desabotona	Se saca los zapatos	Se cepilla los dientes	Avisa cuando esta su pañal sucio	se sienta en el bacin mientras lo mira	Permanece sentado solo en el bacin	Atraza la micción	Controla durante la vigilia	Construye	Participa juegos de roles I	Participa en juego de roles II	Participa en juego de roles II	Organiza un juego de roles	Utiliza palabras o fragmentos de palabras	Utiliza frases de dos palabras	Utiliza frases desarrolladas	Utiliza frases completas	Habla correctamente
1	NIÑO I	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
2	NIÑO II	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
3	NIÑO III	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
4	NIÑO IV	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	NIÑO V	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
6	NIÑO VI	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1

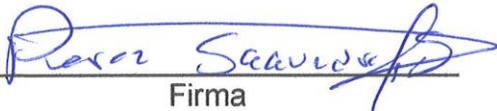


Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

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 y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares S.M.P. 2018”** de la estudiante **Cortez Pautrat, Carmen Rosa**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18% verificable en el reporte de originalidad de programa Turnitin.

La suscrita 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, 06 de Agosto del 2019


Firma
Pérez Saavedra, Segundo Sigifredo
DNI: 25691951

back studio La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares S.M.P. 2018 273 de 273



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAestría EN EDUCACIÓN INFANTIL Y NEUROEDUCACIÓN

La intervención temprana y su impacto en el desarrollo integral del grupo de niños de dos años con trastorno de espectro autista (TEA) que asisten al PRITE Antares S.M.P. 2018

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

AUTOR:

B^g Carmen Rosa Cortez Pautrat

ASESOR:

Dr. Segundo Sigifredo Pérez Saavedra

SECCIÓN:

Educación e idiomas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Atención integral del Infante, niño y adolescente

LIMA - PERÚ

Resumen de coincidencias

18 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver Fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	Entregado a Universidad...	4 %
2	repositorio.uv.edu.pe	2 %
3	pt.scribd.com	1 %
4	tesis.com	1 %
5	Entregado a Universidad...	1 %
6	docufago.es	1 %
7	Entregado a Universidad...	1 %
8	www.pantallas.org	<1 %
9	obrasmedicas.com.ar	<1 %
10	tesis.tcu.una.py	<1 %
11	Entregado a Universidad...	<1 %

de 106 Número de palabras: 29560 Text-only Report High Resolution Activado





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

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

CORTEZ PAUTRAT, CARMEN ROSA.

D.N.I. : 09630624

Domicilio : JR. LOS CHASQUIS 7225 URB. EL TREGOL.

Teléfono : Fijo : 6225708 Móvil : 984793764

E-mail : carmencortezpautrat@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA

Mención: EDUCACIÓN INFANTIL Y NEUROEDUCACIÓN

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

CORTEZ PAUTRAT, CARMEN ROSA.

Título de la tesis:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO

INTEGRAL DEL GRUPO DE NIÑOS DE DOS AÑOS CON TRASTORNO DE

ESPECTRO AUTISTA (TEA) QUE ASISTEN AL PRITE ANTARES S.M.P. 2018

Año de publicación : 2019

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

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte,
a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 16.07.19



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:

CARMEN ROSA CORTES PAUTRAT

INFORME TITULADO:

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SU IMPACTO EN EL

DESARROLLO INTEGRAL DEL GRUPO DE NIÑOS DE DOS

AÑOS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) QUE ASISTEN
AN PRITE ANTARES S.M.P. 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN EDUCACIÓN INFANTIL Y NEUROEDUCACIÓN

SUSTENTADO EN FECHA: 23 DE OCTUBRE DE 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORÍA



[Handwritten Signature]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN