



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO ENLAZANDO MUNDOS EN PADRES DE
FAMILIA PARA MEJORAR EL DESARROLLO SOCIAL DE NIÑOS CON TRASTORNOS
DEL ESPECTRO AUTISTA/CEBE 014 LA SAGRADA FAMILIA MAGDALENA DEL MAR
– LIMA – PERÚ – DICIEMBRE 2018

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Prudencio Vilcas, Junior Abel Alonso

ASESORA:

Dra. Bello Vidal, Catalina

JURADO:

Mg. Espinoza Cueva, María Magdalena

Mg. Marcos Santos, Hilda Lita

Mg. Quispe Ruffner, Rita Yolanda

Mg. Atuncar Tasayco, Urbano Mauro

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado, como todo lo que realizo, a mis padres, hermanas y ahijado, quien fue la inspiración para desarrollar este tema, ellos son y serán el motor y motivo para realizar todas las metas que aún me faltan lograr.

Agradecimiento

Agradezco a mis padres Lucy y Abel, por todo lo que me han dado, por ser mi motivo para siempre querer ser mejor persona y dar todo de mí en las cosas que hago y recalcar me que nadie está por encima de mí y que yo no estoy por encima de nadie.

A mis hermanas Fiorella e Ivonne, por apoyarme y soportar mi carácter que puede llegar a ser tan difícil.

A mis sobrinos Angeles, Adrián y Andree, por tomarme como ejemplo en muchos ámbitos.

A mi tía Teresa y su familia por apoyarme en muchos sentidos y estar pendiente del avance de mis estudios.

A mi ahijado Ricardo Bullón, por ser la persona que saca lo mejor de mí, por demostrarme que los estereotipos pueden ser cambiados y por brindarme un amor tan puro y sincero.

Al señor Carlos Bullón, porque simplemente no hubiera llegado hasta donde estoy si no fuera por él.

A mi enamorada Angie, por darme su apoyo incondicional en el último tramo de la carrera.

A la Dra. Catalina Bello por asesorarme desde el momento en el que concebí la idea de esta investigación.

A las licenciadas de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal que me han enseñado tanto y han fortalecido mi amor por esta bella carrera que es enfermería y a todas las licenciadas con las que me ha tocado en las prácticas hospitalarias desde enfermería básica hasta mi internado.

Estoy muy agradecido a todos y cada uno de las personas que he nombrado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Descripción y formulación del problema.....	12
1.2 Antecedentes.....	12
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Justificación.....	16
1.5 Hipótesis.....	17
II. MARCO TEORICO.....	18
2.1 bases teóricas sobre el tema de investigación.....	18
III. MÉTODO.....	33
3.1 Tipo de investigación.....	33
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	33
3.3 Variables.....	33
3.4 Población y muestra.....	33
3.5 Instrumento.....	34
3.6 Procedimientos.....	34
3.7 Análisis de datos.....	34
IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII. RECOMENDACIONES.....	48

VIII.	REFERENCIAS.....	49
IX.	ANEXOS.....	51

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Pruebas de normalidad.....	35
Tabla 2: Media de puntaje total sobre el desarrollo social de niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia obtenido por el instrumento antes y después de aplicar el programa educativo Enlazando Mundos.....	35
Figura 1: Gráfica de columnas agrupadas mostrando los niveles de desarrollo social de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia, antes y después de aplicar el programa educativo Enlazando Mundos.....	36
Figura 2: Gráfica circular 3D señalando la cantidad de niños con TEA del CEBE 014 La sagrada Familia e indicando el sexo mostrando los porcentajes.....	37
Figura 3: Gráfica circular 3D señalando los tipos de TEA de los niños(as) del CEBE 014 La Sagrada Familia más predominantes y mostrando los porcentajes.....	38
Figura 4: Gráfica de columnas agrupadas mostrando los niveles de estudio de ambos padres de cada niño(a) con TEA del CEBE 014 La sagrada Familia.....	39
Figura 5: Gráfica circular 3D señalando las ocupaciones de las madres de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia y mostrando los porcentajes.....	40
Tabla 3: Media de edad de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.....	40
Tabla 4: Media de edad por género de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.....	41
Tabla 5: Nivel de desarrollo social por género de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.....	41
Tabla 6: Nivel de desarrollo social por diagnóstico médico de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.....	42

Tabla 7: Nivel de desarrollo social por ocupación de las madres de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.....	43
Tabla 8: Ítems del cuestionario creado con un grado de significancia con más relevancia.....	43

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Instrumento.....	51
Anexo B: Consentimiento informado.....	54
Anexo C: Programa Educativo “Enlazando Mundos”.....	55

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la eficacia del programa educativo dirigido a padres Enlazando Mundos, para mejorar el desarrollo social de los niños(as) con Trastorno del Espectro Autista del CEBE 014 La Sagrada Familia. Se trata de un trabajo de investigación de tipo cuasi experimental, longitudinal y prospectivo, llevado a cabo en el Centro de Educación Básica Especial 014 La Sagrada Familia Magdalena del Mar – Lima – Perú – Diciembre 2018, con una muestra de 20 padres de niños(as) con Trastorno del Espectro Autista. Se utilizó de instrumento un cuestionario desarrollado a base de los objetivos del estudio, que se ejecutó al inicio (pre test) y al final (post test) del programa educativo, con adición de preguntas sobre las Necesidades Humanas Fundamentales de la teoría de Virginia Henderson y la Interacción padre – hijo de Kathryn Barnard, el Alfa de Cronbach fue de 0,730. Obteniendo como resultados que la media obtenida al aplicar el pre-test fue de 120,95 puntos y en el post-test de 136,5 demostrando la eficacia del programa educativo, la población fue del 75% de sexo masculino y 25% femenino; el 65% de la población tiene Síndrome Autista, 25% Síndrome de Asperger y 10% Trastorno Profundo del Desarrollo; los niños(as) con Síndrome de Asperger obtuvieron el nivel más alto de desarrollo social, según el programa, antes del pre-test.

Palabras clave: Autismo, síndrome de Asperger, Trastorno profundo del desarrollo, desarrollo social, enfermería, Virginia Henderson, Kathryn Barnard, programa educativo.

Abstract

The present research work has as a general objective to determine the effectiveness of the educational program aimed at parents Enlazando Mundos, to improve the social development of children with Autism Spectrum Disorder CEBE 014 La Sagrada Familia. This is a research work of a quasi-experimental, longitudinal and prospective type, carried out at the Special Basic Education Center 014 La Sagrada Familia Magdalena del Mar - Lima - Peru - December 2018, with a sample of 20 parents of children (as) with Autism Spectrum Disorder. A questionnaire developed based on the objectives of the study, which was carried out at the beginning (pretest) and at the end (post test) of the educational program, with questions on the Fundamental Human Needs of the theory of Virginia Henderson, was used. and the parent-child interaction of Kathryn Barnard, Cronbach's Alpha was 0.730. Obtaining as results that the average obtained when applying the pre-test was 120.95 points and in the 136.5 post-test demonstrating the effectiveness of the educational program, the population was 75% male and 25% female; 65% of the population has Autistic Syndrome, 25% Asperger's Syndrome and 10% Deep Developmental Disorder; Children with Asperger's Syndrome obtained the highest level of social development, according to the program, before the pre-test.

Key words: Autism, Asperger's syndrome, Deep developmental disorder, social development, nursing, Virginia Henderson, Kathryn Barnard, educational program.

I) **Introducción**

De acuerdo con la DSM 5 (2014) la “definición de Trastorno del Espectro Autista se aplica para referirse a diferentes discapacidades como son: Síndrome Autista, Trastorno Profundo del Desarrollo, Síndrome de Asperger”.

López (2010) afirma que: “El desarrollo social significa la adquisición de la capacidad para comportarse de conformidad con las expectativas sociales”.

José, M. (2016) relaciona el desarrollo social y el TEA y menciona que: “Los niños con TEA tienen pocas respuestas de estímulo hacia los niños, no buscan compartir experiencias con los demás. Tienen poca comunicación verbal y no verbal para buscar la interacción con otros, puede que si se comunican con los demás no usen la gesticulación y que tenga una expresión emocional ausente...”.

La profesión de enfermería abarca el cuidado integral de las personas, teniendo como paradigmas: el niño con TEA, la familia y comunidad. La salud, que para la disciplina enfermera es el estado de bienestar que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería. El entorno, que hace referencia a las condiciones internas y externas y a las circunstancias e influencias que afectan al desarrollo y la conducta de la persona o de los grupos y por último, el cuidado, que es el conjunto de actividades, características y atributos del profesional que proporciona el cuidado, fundamentado en el conocimiento científico, se aborda de manera específica en la Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson.

1.1. Descripción y formulación del problema

Los niños(as) con trastorno del espectro autista (TEA) tienen como una de sus características el aislamiento social, aislamiento que para la mayoría de los padres es difícil de tratar y más aún si no se cuenta con una guía o pautas que puedan tomar como referencia.

La profesión de enfermería se basa en el cuidado y prevención de la salud que se ejerce en las personas que necesitan de apoyo para satisfacer sus necesidades básicas así como las que pueden satisfacerlas por sí solos.

Estas premisas conllevan a la formulación del siguiente problema:

¿El programa educativo Enlazando Mundos ([EM] 2018) es eficaz para mejorar el desarrollo social de los niños(as) con TEA del Centro de Educación Básica Especial (CEBE) 014 La Sagrada Familia?

El presente trabajo trata sobre los conocimientos, actitudes y conductas que los padres de niños con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia adquirieron mediante la participación del programa educativo EM.

Lo que conllevó a mejorar el desarrollo social de los niños(as) con TEA participantes del programa, demostrando la eficacia del mismo.

1.2. Antecedentes

Myers y Johnson (2007) señalan que “el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la alteración de la interacción social, la comunicación verbal como no verbal y del comportamiento restringido y repetitivo”.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría ([AAP] 2013) en su publicación *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* señala que:

El Autismo es un trastorno neurobiológico muy complejo y forma parte de lo que se conoce como Espectro Autista. Hoy se utiliza la palabra Autismo para referirse a diferentes discapacidades como son: Síndrome Autista, Trastorno Profundo del Desarrollo, Síndrome de Asperger, y aunque hay algunas diferencias entre estos trastornos, ellos son muy similares y aquellos que los sufren, experimentan muchas de las mismas dificultades durante su vida. Actualmente el autismo aparece aislado o en conjunto con otros trastornos que afectan a la función cerebral, y por eso se ha tomado el término Trastornos del Espectro Autista donde se incluyen desde Trastornos de Déficit de Atención hasta el Autismo.

En el DSM-5 (2013) también se afirma que:

El trastorno autista está definido como la identificación de distorsiones del desarrollo en múltiples psicológicas básicas como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y de lenguaje, ... Los criterios para diagnosticar el trastorno autista se requieren de la presencia de alteraciones en la interacción y en la comunicación social incluyendo tres grandes categorías: relaciones sociales recíprocas anormales, alteraciones de la comunicación y del juego imaginativo, limitación de la gama de actividades e intereses.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2014) define el Autismo como.

Un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia durante los primeros treinta meses de vida en donde las respuestas a estímulos auditivos y visuales son anormales y hay dificultad en la comprensión del lenguaje hablado, existe el deterioro del uso social del lenguaje y de los gestos y donde la inteligencia puede hallarse severamente disminuida, ser normal o estar por encima de los niveles ordinarios.

El Ministerio de Salud ([MINSAL] 2013) considera a un niño con TEA “basándose en su comportamiento e historial de desarrollo. Así, sus primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y permanecen por toda la vida. Se caracteriza por sus dificultades en utilizar el lenguaje, por su falta de reciprocidad personal, acompañado de movimientos o comportamientos repetitivos o estereotipados”.

El MINSAL (2013) elaboró la Guía Para la Atención Educativa para Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista – TEA, que está dirigido tanto para docentes de educación especial como de educación estándar, brindándoles conocimientos y estrategias metodológicas que les permitan innovar, optimizar y complementar su práctica educativa de acorde a las necesidades individuales de los estudiantes con TEA en participación comprometida con la familia.

La profesión de enfermería abarca el cuidado integral de las personas, teniendo como paradigmas: el niño con TEA, la familia y comunidad. La salud, que para la disciplina enfermera es el estado de bienestar que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería. El entorno, que hace referencia a las condiciones internas y externas y a las circunstancias e influencias que afectan al desarrollo y la conducta de la persona o de los grupos y por último, el cuidado, que es el conjunto de actividades,

características y atributos del profesional que proporciona el cuidado, fundamentado en el conocimiento científico, se aborda de manera específica en la Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson.

Los antecedentes más significativos para este trabajo son los modelos de enfermería de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas fundamentales y el Modelo de interacción padre – hijo de Kathryn Barnard.

Estos modelos teóricos de enfermería en conjunto fueron la base para la creación del programa educativo Enlazando Mundos, que ayuda a generar aportes para la elaboración de cuidados que pueden ser aprendidos por los padres de familia y cuidadores de niños(as) TEA y ejecutados en el hogar en el cuidado diario del niño(a) para mejorar su desarrollo social.

1.3. Objetivos

- Objetivo general:

- Determinar la eficacia del programa educativo dirigido a padres Enlazando Mundos, para mejorar el desarrollo social de los niños(as) con Trastorno del Espectro Autista del CEBE 014 La Sagrada Familia.

- Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de desarrollo social actual del niño(a) con Trastorno del Espectro Autista del CEBE 014 La Sagrada Familia mediante la aplicación del pre test.
- Desarrollar conocimientos, actitudes y conductas en los padres de los niños(as) con Trastorno del Espectro Autista del CEBE 014 La Sagrada Familia, mediante la participación del programa educativo Enlazando Mundos.

- Determinar el nivel de desarrollo social del niño(a) con Trastorno del Espectro Autista del CEBE 014 La Sagrada Familia luego de aplicar el programa educativo Enlazando Mundos, mediante la aplicación del post test.

1.4. Justificación

Los modelos teóricos de enfermería principalmente se basan en el cuidado de las personas, tratando de mejorar el estado de salud (físico, mental y social). El TEA al afectar el neurodesarrollo produce una alteración de la integración social, el comportamiento y la comunicación. El modelo teórico de Kathryn Barnard se enfoca en la importancia de la interacción padre e hijo y como esta se debe amoldar según las necesidades individuales de ambos.

Un niño(a) con TEA tiene las mismas necesidades básicas que un niño(a) sin TEA, solo que no pueden satisfacerlas de la misma manera. La labor primordial de los profesionales de enfermería es la satisfacción de las necesidades básicas humanas, como se menciona en la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas humanas.

La comprobación de la eficacia del programa educativo EM, puede ayudar a los padres de familia de niños con TEA a conocer la manera de satisfacer sus necesidades fundamentales que no pueden satisfacer por ellos mismos debido a su condición, también a fortalecer su interrelación padre e hijo, lo que conllevaría a una mejoría de su desarrollo social.

1.5. Hipótesis

Existirá una diferencia significativa entre el puntaje total obtenido con el instrumento creado antes de aplicar el programa Enlazando Mundos (pre-test) y el puntaje total obtenido luego de aplicar el programa (post-test). Lo que indicaría la eficacia del programa.

H_0 = No hay diferencia significativa en las medias del puntaje total obtenido con el instrumento creado, antes y después de aplicado el programa Enlazando Mundos.

H_1 = Hay una diferencia significativa en las medias del puntaje total obtenido con el instrumento creado, antes y después de aplicado el programa Enlazando Mundos.

II) Marco teórico

2.1. BASES

Trastorno del Espectro Autista

De acuerdo con la DSM 5 (2014) la “definición de Trastorno del Espectro Autista se aplica para referirse a diferentes discapacidades como son: Síndrome Autista, Trastorno Profundo del Desarrollo, Síndrome de Asperger”.

Park *et al.* (2016) mencionan que:

La palabra «autismo» fue utilizada por primera vez en 1912 por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler, en un artículo publicado en el *American Journal of Insanity*, refiriéndose a un sinónimo de la esquizofrenia. Lo construyó a partir del griego *αὐτός* (*autos*) que significa «uno mismo».

En 1938, el médico austríaco Hans Asperger utilizó la terminología de Bleuler usando «autístico» en el sentido moderno para describir en psicología infantil a niños que no compartían con sus pares, no comprendían los términos «cortesía» o «respeto» y presentaban además hábitos y movimientos estereotipados. Denominó el cuadro «psicopatía autística». El uso médico moderno del término autismo no ocurrió hasta 1943, cuando Leo Kanner, del Hospital Johns Hopkins, estudió a un grupo de once niños que tenían «una inhabilidad innata para lograr el usual y biológicamente natural contacto afectivo con la gente» e introdujo la caracterización autismo infantil temprano. Hans Asperger y Leo Kanner son considerados los diseñadores del estudio moderno del autismo.

El Instituto de Salud Carlos III (2004) habla sobre el autismo lo siguiente:

Llamamos autismo (o TGD o TEA) a un conjunto de características, de comportamientos observables, que pueden o no venir asociados con otro trastorno conocido. Así, si una persona tiene una enfermedad determinada, como la Fragilidad X o la Esclerosis Tuberosa, y tiene los síntomas de autismo, recibirá ambos diagnósticos. Es importante valorar formalmente el nivel de desarrollo o de capacidad intelectual, comunicativa y adaptativa de la persona en la que se está realizando un diagnóstico. De esta manera, conociendo sus niveles, se está en condiciones de juzgar con perspectiva la presencia de posibles síntomas de autismo. Cuando se ven discrepancias entre la edad mental general y el desarrollo socio-comunicativo y la posible tendencia a las rutinas, y aparecen diferencias cualitativas, características del autismo, se podrá establecer el doble diagnóstico de discapacidad intelectual (antiguamente denominada retraso mental) y autismo (o TGD o TEA). El diagnóstico de discapacidad intelectual no debería hacerse antes de los cinco años, empleándose generalmente en este tiempo previo el término de Retraso Global del Desarrollo. Muchos autores mantienen la limitada validez que tiene el hacer el doble diagnóstico de Discapacidad Intelectual y TGD si la persona no supera un cociente intelectual de más de 20 puntos, ya que la presentación clínica y las necesidades reales de la persona estarán básicamente determinadas por su discapacidad intelectual. También hay que hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos graves del desarrollo del lenguaje (disfasias), en los que la sintomatología puede inicialmente coincidir y el diagnóstico firme ha de retrasarse hasta conocer la respuesta al tratamiento; ya que en dichos trastornos se comprueba una mejoría

llamativa de las competencias sociales y de la comunicación. Existen otros trastornos, descritos por algunos autores, que no están reconocidos en los manuales clasificatorios oficiales y que en ocasiones parecen solaparse con los TGD o constituir formas precoces de otras enfermedades: el trastorno múltiple y complejo del desarrollo (que sería una forma precoz de la esquizofrenia de inicio en la infancia); el trastorno esquizoide de personalidad de inicio en la infancia (que se solaparía con formas completas o parciales del trastorno de Asperger) o el Síndrome del Hemisferio Derecho (que también compartiría características con el trastorno de Asperger). Cabría destacar que existen muchas formas incompletas de autismo, que se deben codificar en el apartado TGD NE de los sistemas de clasificación, anticipándose que contaremos con futuros sistemas que permitirán diferenciar mejor este amplio subgrupo. En todo caso, el diagnóstico clínico es fundamental para el avance del conocimiento, pero a la hora de establecer un programa personalizado de apoyo es al menos tan importante el determinar sus necesidades de salud, educativas, culturales y sociales. Estos son los elementos que individualizan a la persona dentro del variado espectro de estos trastornos y son los que finalmente determinan el plan individualizado a seguir (p.6).

Desarrollo Social

López (2010) afirma que:

El desarrollo social significa la adquisición de la capacidad para comportarse de conformidad con las expectativas sociales. El socializarse incluye tres procesos que, aunque están separados y son distintos se encuentran estrechamente interrelacionados,

de tal modo que el fracaso en cualquiera de ellos hará que se reduzca el nivel de socialización de la persona. Estos tres procesos son: personas sociales en contraposición a las asociales, puntos esenciales como las oportunidades de socialización, la comunicación con los demás, tener un tema o idea en común con los demás y por último la motivación que tengan para socializar; además de la influencia de los grupos sociales. Relativamente pocas personas, ya sean niños o adultos, logran el éxito total en esos tres procesos. Sin embargo, la mayoría desea obtener la aprobación social y, por ende, se conforman a las expectativas del grupo. Por ejemplo, lo hacen así al aprender a utilizar fachadas para cubrir pensamientos y sentimientos que se consideran inaceptables. Aprenden a no parecer aburridos, aun cuando lo estén, a no hablar sobre temas prohibidos en presencia de quienes lo desapruében y a no mostrar placer cuando sufre alguien que les desagrada. Hay una distinta clasificación para una persona dentro de la sociedad:

Personas sociales: Son aquellas cuya conducta refleja el éxito en los tres procesos de socialización. Como resultado de ello, encajan en el grupo con el que se identifican y los aceptan como miembros.

Personas gregarias: Son las que ansían la presencia de otras y se sienten solitarias cuando se quedan solas. Simplemente se satisfacen con estar con otros, sea cual sea la naturaleza de sus contactos.

Personas no sociales: Son aquellas cuya conducta no refleja el éxito de los tres procesos que caracterizan a una persona social.

Personas asociales: Son personas no sociales que ignoran lo que espera el grupo social y, como resultado de ella, se conducen de un modo que no satisface las expectativas de

dicho grupo. Debido a esto, no las aceptan y se ven forzadas a pasarse gran parte de su tiempo a solas.

Personas antisociales: Son las no sociales, que saben lo que el grupo espera de ellas; pero que, por sus actitudes antagónicas hacia las personas, violan las costumbres y las normas del grupo. Como resultado de ello, se les desdeña o se les rechaza.

Desarrollo social en niños(as) con TEA

José, M. (2016) relaciona el desarrollo social y el TEA y menciona que:

Los niños con TEA tienen pocas respuestas de estímulo hacia los niños, no buscan compartir experiencias con los demás. Tienen poca comunicación verbal y no verbal para buscar la interacción con otros, puede que si se comunican con los demás no usen la gesticulación y que tenga una expresión emocional ausente. Además, prestan menos atención a las manifestaciones emocionales de los demás por lo que al no darles importancia la comunicación afectiva se verá gravemente perjudicada. Esto aún será más problemático al no mostrar empatía por los demás o a no saber compartir las emociones con los demás.

La mayoría de niños con autismo muestran diferencias en la comprensión emocional, porque cada niño es un mundo y no se puede generalizar a todos por igual. Los niños con autismo no suelen mostrar empatía con el rostro de las personas y tienen dificultad en las relaciones sociales, juegan de manera aislada con actividades de auto estimulación en lugar de compartir su tiempo con otros.

Los niños con autismo parece que están “en su propio mundo” donde son incapaces de comunicarse o interactuar con los demás con éxito. Pueden tener dificultad para desarrollar habilidades del lenguaje y la comprensión de lo que los demás les dicen. También tienen dificultades para comunicarse a través del lenguaje no verbal, y es que todo lo que tenga que ver con el lenguaje se verá afectado, aunque la capacidad de comunicarse varía dependiendo de su desarrollo intelectual y social. Pero hay que remarcar que algunos niños con autismo son incapaces de hablar, pero en cambio otros pueden tener un vocabulario muy rico y ser capaces de hablar temas específicos de forma asombrosa.

Pero en la mayoría de ocasiones el problema no está en el vocabulario si no en la forma de utilizarlo con otras personas. Los problemas de significado y ritmo en las frases pueden ser lo que más les dificulte para tener una conversación exitosa. Además, al no comprender los matices vocales y el lenguaje corporal de las otras personas no podrán establecer un vínculo adecuado.

Virginia Henderson

Arena, Arias, Beltrán, e Izaguirre (2012) realizan una detallada biografía de Virginia Henderson:

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Después, acepto un puesto de enfermera en el *Henry Street Visiting Nursing Service* de Nueva York.

En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en *Norfolk Protestant Hospital* de Virginia.

Entro al *Teacher College* de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora y donde posteriormente realizo un master.

En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del *Strong Memorial Hospital* de Rochester, Nueva York.

En 1953 ingresa a la universidad de Yale donde apporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

- 1°.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- 5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
- 8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el

entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Henderson establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería: Asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, o a una muerte serena, actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.

Kathryn Barnard

Collado (2012) habla de la vida de Barnard y define su modelo teórico de la siguiente manera:

Nació el 16 de abril de 1938 en Omaha, Nebraska. En 1956, se inscribió en un programa de enfermería de la Universidad de Nebraska y se graduó en 1960. En junio de 1962 consiguió un certificado de *Advance Graduate Specialization in Nursing Education*. En 1969 fue galardonada con el *Lucille Perry Leone Award* por su destacada contribución

en la formación enfermera. En 1971 es elegida directora de proyecto de un estudio para desarrollar un método para la valoración enfermera de niños.

En 1972 logró el doctorado en Ecología del desarrollo precoz de la infancia en la Universidad de Washington y también es profesora adjunta de psicología de la Universidad de Washington. Desde 1979 hasta la actualidad es la investigadora principal del *Nursing Child Assessment Satellite Training Project* (NCAST).

Elementos principales: Un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa.

1. Claridad de los mensajes del niño (características del niño): Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.

2. Respuesta del niño al cuidador (características del niño): Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta.

Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.

3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre): Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños.

4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre): Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar, han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.

5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre): La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación.

Fuentes teóricas: Barnard cita a varios teóricos enfermeros como:

Florence Nightingale: El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos

Virginia Henderson: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila,

Martha Rogers: El objetivo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Florence Blake: Creencias y valores.

Barnard menciona el *Neal Nursing Construct*, que tiene cuatro expresiones de Salud y Enfermedad: Conocimiento, Sensación, Movimiento, Afiliación.

Metaparadigmas:

Cuidado de Enfermería: En 1966, Barnard definió la enfermería como un proceso mediante el cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia. Este proceso puede ser educativo, terapéutico o de restablecimiento; implica la facilitación del cambio, más probablemente un cambio en el entorno. Quince años más tarde, en el discurso inicial dirigido a la *First International Nursing Research Conference*, definió la enfermería como: el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud. En el contexto de cuidado centrado en la familia, el papel es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que promuevan “el crecimiento y el desarrollo de los miembros familiares.

Persona: Cuando Barnard describe a una persona o a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción en la que ambas partes del dúo aportan

cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción. Este término incluye a los bebés, a los niños y a los adultos.

Salud: La salud es un estado dinámico del ser en el que el potencial de desarrollo y el potencial conductual de un individuo se realizan hasta el mayor número posible. La salud se observa como un continuo que va de la enfermedad al bienestar. Cada ser posee fuerzas y limitaciones que proceden de la interacción de los factores ambientales y hereditarios. El dominio relativo de las fuerzas y limitaciones determinan el lugar del individuo en el continuo bienestar – enfermedad. Durante periodos de enfermedad, traumas o discapacidades, puede que un individuo o una familia requieran distintos grados de asistencia personal para afrontar el problema manifiesto, con el plan de tratamiento elaborado para aliviar el problema, o las secuelas. Durante los periodos de bienestar, puede que un individuo o una familia necesiten diferentes tipos de ayuda para obtener información con respecto a asuntos de salud, para recibir una pauta anticipada y un consejo terapéutico para resolver a los problemas o para desempeñar prácticas de salud corrientes cuando se enfrenten a un problema de salud progresivo o crónico.

Entorno: El entorno es un aspecto esencial de la teoría de Barnard. Básicamente el entorno incluye todas las experiencias con las que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles. El entorno incluye: recursos sociales y financieros, otras personas y una adecuación del hogar y la comunidad, así como todas las cualidades que afectan también al cuidador.

Afirmaciones teóricas: La teoría de Barnard se basa en las siguientes afirmaciones teóricas, igualmente en la evidencia de investigación científica:

Identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando la intervención sea más eficaz.

Factores socio-ambientales: pobreza, consumismo, violencia, industrialización.

Interacción del cuidado – niño y experiencias en curso y de las expectativas del dúo.

Todos los cuidadores adultos aportan al cuidado.

La interacción entre los niños y los cuidadores, modifican la conducta del otro.

Proceso de adaptación del cuidador al bebé.

Promover el aprendizaje; responder y elaborar las conductas iniciadas en el niño y probar nuevas cosas por parte del niño.

Promover aprendizaje del entorno temprano y positivo, que incluya una relación de educación.

Valorar el entorno social del niño.

Valorar el entorno físico: Crear un entorno seguro, alegre y acogedor donde el niño/a pueda satisfacer sus necesidades básicas y donde potenciamos su evolución física, afectiva y social, para conseguir un desarrollo armónico y completo.

III) Método

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio de Investigación es de tipo cuasi experimental puesto que no hubo aleatorización de los participantes, de tipo longitudinal ya que se evaluó a las mismas personas por un período de tiempo y de tipo prospectivo porque los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de Investigación se realizó en el CEBE 014 La Sagrada Familia en Magdalena del Mar – Lima – Perú en diciembre del 2018

3.3. Variables

- Variable independiente: Eficacia del programa educativo
- Variable dependiente: Desarrollo social de los niños con Trastorno del Espectro

Autista

3.4. Población y muestra

La población comprendió 20 padres de familia de niños con Trastorno del Espectro Autista.

Muestra: La muestra comprende el total de la población.

3.5. Instrumentos

El instrumento utilizado es el cuestionario desarrollado a base de los objetivos del estudio, que se ejecutó al inicio y al final del programa, se sometió la validez y la confiabilidad a un juicio de expertos, se eligió docentes que tuvieran la especialidad y el grado de maestro y experiencia en investigación, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,730 siendo este resultado aceptable.

3.6. Procedimientos

Proceso de recolección:

- Se coordinó la autorización con las autoridades del CEBE 014 La Sagrada Familia para las facilidades del proyecto y se presentó el mismo.
- Se coordinó con los padres de familia para fijar día y hora para la aplicación del instrumento y del programa educativo EM.

Proceso de aplicación:

- Se aplicó un pre test para saber el nivel de desarrollo social en el que se encontraban los niños(as) con TEA del CEBE La Sagrada Familia.
- Se aplicó el programa Enlazando Mundos con los padres de familia en 5 sesiones, realizando 1 sesión por semana.
- Se aplicó un post test al finalizar la última sesión para saber si hubo una variación en el nivel de desarrollo social de los niños(as) con TEA del CEBE La Sagrada Familia.

3.7. Análisis de datos

Los datos fueron vaciados a la base de datos del SPSS versión 23.0 y los resultados se analizaron utilizando y aplicando la estadística descriptiva y las pruebas paramétricas y no paramétricas.

IV) Resultados

Tabla 1

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Resultado Pre test	,151	20	,200	,960	20	,536
Resultado Post test	,154	20	,200	,940	20	,240

Nota: Se elige la prueba de Shapiro-Wilk al ser una población de 20 padres de familia.

Los criterios para determinar la Normalidad son:

P-valor $\geq \alpha$ Aceptar H_0 = Los datos provienen de una distribución normal.

P-valor $< \alpha$ Aceptar H_1 = Los datos NO provienen de una distribución normal.

$\alpha = 0,05$

Tabla 2

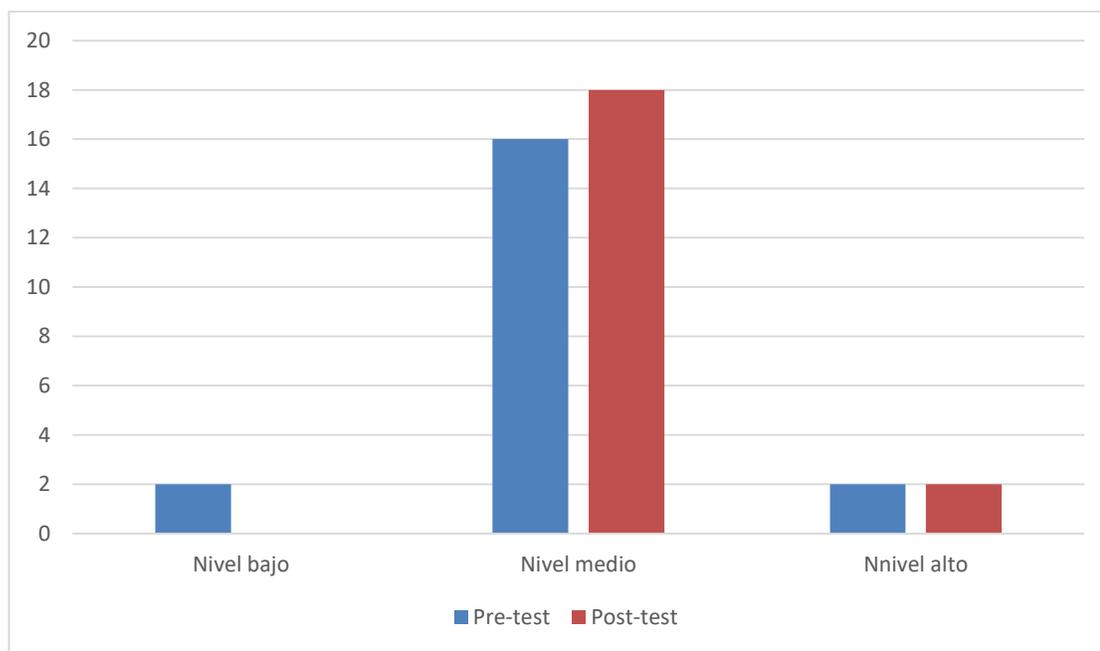
Media de puntaje total sobre el desarrollo social de niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia obtenido por el instrumento antes y después de aplicar el programa educativo Enlazando Mundos.

Resultado	Media	Sig.
Pre test	120,95	,200*
Post test	136,55	,200*

Nota: Los criterios de evaluación son por ítem a partir de la pregunta 12:

Nunca= 0 puntos. Casi nunca= 1 punto. Pocas veces= 2 puntos. Algunas veces= 3 puntos. Siempre= 4 puntos.

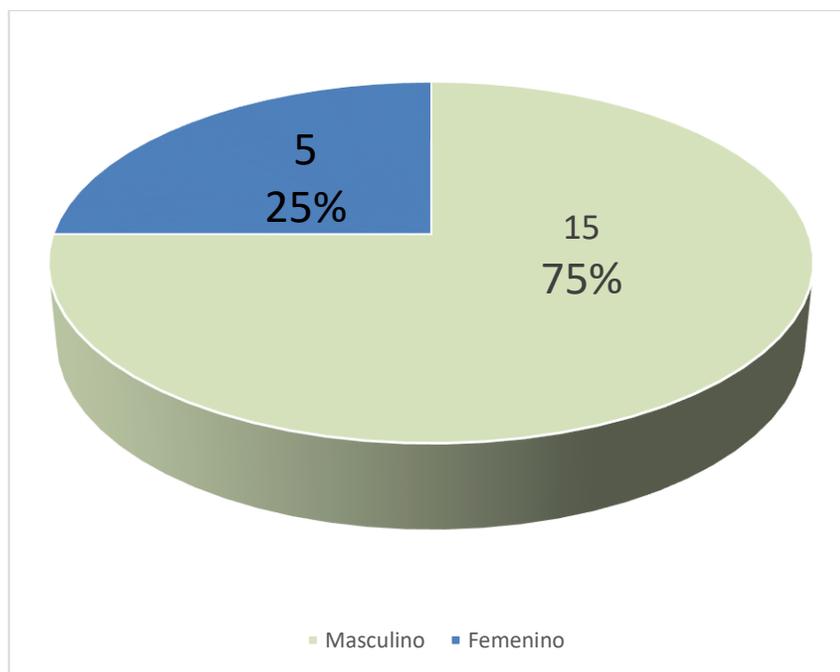
Figura 1. Gráfica de columnas agrupadas mostrando los niveles de desarrollo social de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia, antes y después de aplicar el programa educativo Enlazando Mundos.



Nota: Teniendo como rangos:

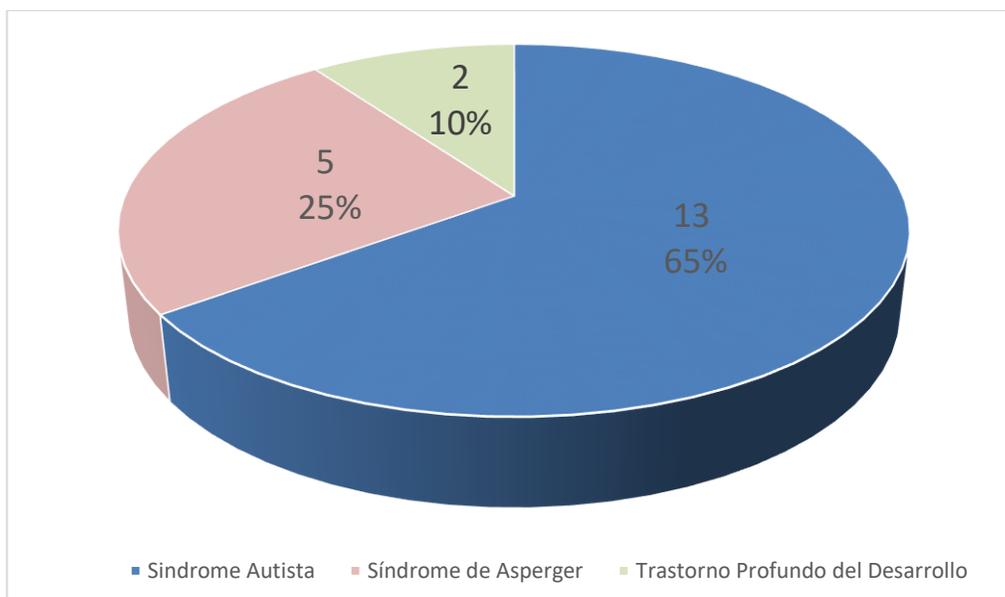
- 0 puntos – 97 puntos= Nivel bajo.
- 98 puntos – 153 puntos= Nivel medio.
- 154 puntos – 168 puntos= Nivel alto.

Figura 2. Gráfica circular 3D señalando la cantidad de niños con TEA del CEBE 014 La sagrada Familia e indicando el sexo mostrando los porcentajes.



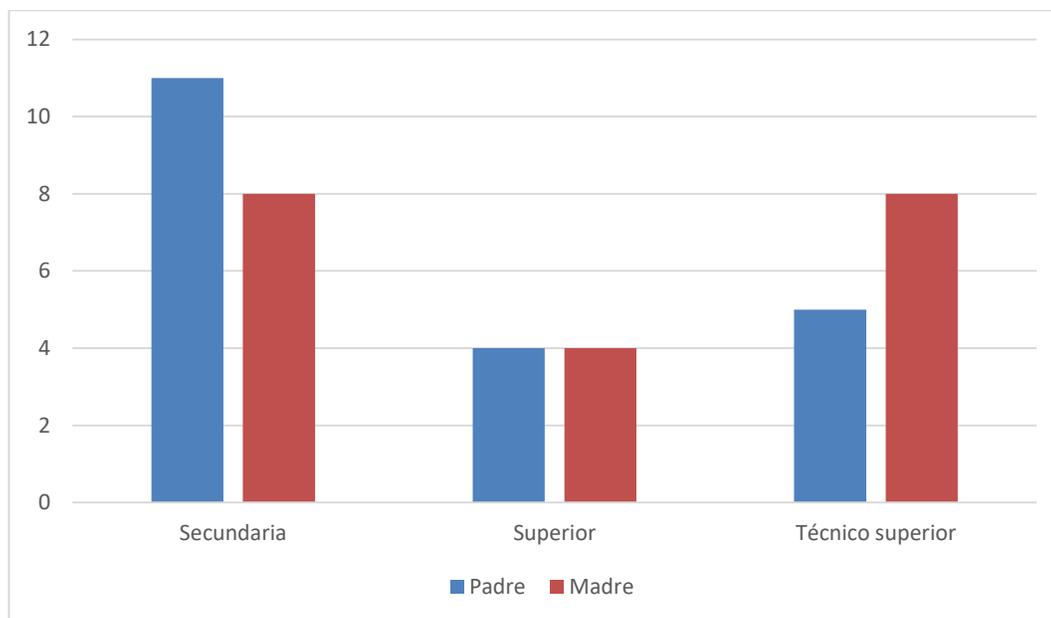
Nota: El sexo masculino es el más predominante de la muestra del trabajo de investigación.

Figura 3. Gráfica circular 3D señalando los tipos de TEA de los niños(as) del CEBE 014 La Sagrada Familia más predominantes y mostrando los porcentajes.



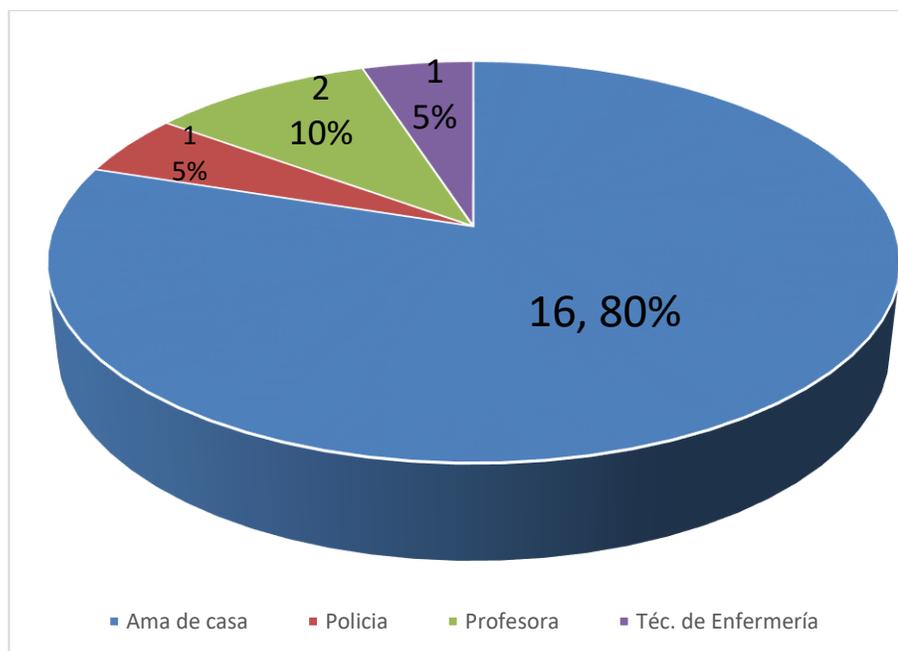
Nota: El síndrome autista es el de mayor porcentaje de la muestra del trabajo de investigación.

Figura 4. Gráfica de columnas agrupadas mostrando los niveles de estudio de ambos padres de cada niño(a) con TEA del CEBE 014 La sagrada Familia.



Nota: El nivel de estudio de mayor prevalencia de los padres de niños con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia, es el de nivel secundaria y el nivel educativo de las madres, es secundaria y técnico superior con la misma cantidad.

Figura 5. Gráfica circular 3D señalando las ocupaciones de las madres de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia y mostrando los porcentajes.



Nota: La ocupación de las madres con mayor porcentaje es ama de casa.

Tabla 3

Media de edad de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.

Media	N	Desviación estándar
9,80	20	2,308

Nota: Media de edad de los 20 niños(as) con TEA, siendo la mínima edad 6 años y la máxima de 14 años.

Tabla 4

Media de edad por género de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia

Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Masculino	15	9,87	2,475	,639
Femenino	5	9,60	1,949	,872

Nota: Media de edad de los niños(as) con TEA separados por sexo. Siendo la mínima edad del sexo masculino de 6 años y la máxima de 14 años; y del sexo femenino la mínima de 8 años y la máxima de 13 años.

Tabla 5

Nivel de desarrollo social por género de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.

Sexo	Pre-test			Total	Post-test			Total
	Bajo	Medio	Alto		Bajo	Medio	Alto	
Masculino	2	11	2	15	0	13	2	15
Femenino	0	5	0	5	0	5	0	5
Total	2	16	2	20	0	18	2	20

Nota: Datos cruzados entre el sexo y el puntaje obtenido por los niños(as) antes (pre-test) y después (post-test) de aplicar el programa Enlazando Mundos.

Tabla 6

Nivel de desarrollo social por diagnóstico médico de los niños(as) con TEA del CEBE

014 La Sagrada Familia

Diagnóstico médico	Pre-test			Total	Post-test			Total
	Bajo	Medio	Alto		Bajo	Medio	Alto	
Síndrome Autista	2	11	0	13	0	13	0	13
Síndrome de Asperger	0	3	2	5	0	3	2	5
Trastorno Profundo del Desarrollo	0	2	0	2	0	2	0	2
Total	2	16	2	20	0	18	2	20

Nota: Datos cruzados entre el tipo de diagnóstico médico de los niños(as) y el puntaje obtenido antes y después de aplicar el programa Enlazando Mundos.

Tabla 7

*Nivel de desarrollo social por ocupación de las madres de los niños(as) con TEA del
CEBE 014 La Sagrada Familia*

Ocupación de la madre	Pre-test				Total	Post-test			
	Bajo	Medio	Alto	Total		Bajo	Medio	Alto	Total
Ama de casa	2	13	1	16	0	15	1	16	
Policía	0	1	0	1	0	1	0	1	
Profesora	0	2	0	2	0	2	0	2	
Téc. de enfermería	0	0	1	1	0	0	1	1	
Total	2	16	2	20	0	18	2	20	

Nota: Datos cruzados entre la ocupación que ejercen las madres y el puntaje obtenido antes (pre-test) y después (post-test) de aplicar el programa Enlazando Mundos.

Tabla 8

Ítems del cuestionario creado con un grado de significancia con más relevancia

N°	PREGUNTA	SIGNIFICANCIA (P)
12	¿El niño(a) come en el mismo lugar y a la misma hora con el resto de la familia?	0,000
14	¿El niño(a) toma líquidos solo?	0.000
15	¿El niño(a) avisa cuando necesita ir al baño?	0,000
16	¿El niño(a) orina solo?	0,008
17	¿El niño(a) realiza sus deposiciones solo?	0,046
19	¿El niño(a) duerme toda la noche sin interrupciones?	0,001

25	¿El niño(a) se baña solo?	0,005
26	¿El niño(a) realiza la higiene bucal solo?	0,005
33	¿El niño(a) en la calle se mantiene al lado de su acompañante?	0,046
34	¿El niño(a) responde a una orden que se le dé?	0,000
35	¿El niño(a) indica cuando necesita algo?	0,003
37	¿El niño(a) ayuda en la limpieza del hogar?	0,001
38	¿El niño(a) acompaña a realizar compras?	0,000
39	¿El niño(a) ayuda a la preparación de comidas?	0,003
40	¿El niño(a) participa de los juegos realizados por la familia?	0,000
42	¿El niño(a) va a parques recreativos?	0,003
45	¿El niño(a) acompaña en las visitas a los vecinos?	0,000
47	¿El niño(a) practica lo aprendido en el CEBE en casa?	0,001
49	¿El niño(a) busca a los padres cuando algo le pasa?	0,025

Nota: Ítems del cuestionario realizado que obtuvieron un grado de significancia $<0,05$ al ser sometido a una Prueba de Homogeneidad Marginal al comparar el pre-test y post-test, los demás ítems sacaron un grado de significancia $>0,05$.

V) **Discusión de resultados**

➤ Los resultados obtenidos durante la ejecución del presente trabajo de investigación demuestran que entre la media del puntaje total obtenido mediante el pre test, realizado antes de aplicar el programa educativo EM, y después de aplicar el programa existe una diferencia significativa y también, que existe una distribución normal en ambos momentos.

➤ Al aplicar el pre-test se encontró niños(as) con un nivel de desarrollo social bajo, según los estándares propuestos en el programa EM, y al aplicar el post-test solo se encontró niños(as) en los niveles medio y alto del desarrollo social.

➤ La población en niños(as) fue de 75% de sexo masculino y 25% femenino, siendo datos que cumplen lo señalado por la OMS en el 2014 sobre la incidencia en el sexo de niños(as) con TEA, siendo el sexo masculino el de mayor incidencia.

➤ La edad media de los niños(as) con TEA participantes del programa se encontraba en un rango donde la manera de satisfacer sus necesidades y afianzar el vínculo con su cuidador más cercano, era la más viable para la investigación.

➤ El tipo de TEA con mayor prevalencia que se encontró en la población es el del Síndrome Autista, en segundo lugar el Síndrome de Asperger y en menor porcentaje el Trastorno Profundo del Desarrollo. Siendo los niños(as) con Síndrome de Asperger los que poseían el nivel más alto de desarrollo social según los estándares del programa EM; y los niños(as) con Síndrome Autista los que poseían el nivel más bajo de desarrollo social. Sin embargo los niños(as) con Síndrome Autista tuvieron un aumento más significativo en sus puntajes totales finales.

➤ Los niveles educativos de los padres en mayoría, eran de nivel secundario y el de las madres de nivel superior o técnico superior. Sin embargo la mayor ocupación de las

madres es el de amas de casa de manera íntegra, demostrando la dedicación que necesita la crianza de niños(as) con TEA.

➤ Los ítems del cuestionario realizado en esta investigación que tuvieron un grado de significancia de importancia fueron los que trataban sobre las necesidades fundamentales de alimentación, eliminación, descansar y dormir, mantener la higiene corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones, trabajar de forma que permita sentirse realizado, participar en todas las formas de recreación y ocio-, y estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud establecidas en la teoría de Virginia Henderson y mencionada por Arena, Arias, Beltrán, e Izaguirre en Junio del 2012. Así como los elementos principales de la teoría de Kathryn Barnard que establece Collado en octubre del 2012.

VI) Conclusiones

➤ Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la evaluación realizada antes y después de aplicar el programa educativo EM, se concluye que se rechaza la hipótesis nula, lo que conlleva a afirmar que el programa educativo EM dirigido a padres, es eficaz para mejorar el desarrollo social de los niños(as) con TEA del CEBE 014 La Sagrada Familia.

➤ Los niños(as) con TEA pueden llegar a mejorar su desarrollo social, además si el cuidador más cercano recibe algún tipo de capacitación, el proceso puede llegar a ser más rápido.

➤ Para que un niño(a) con TEA mejore su desarrollo social, necesita que el cuidador más cercano se dedique plenamente a su cuidado y atención, lo que, en la mayoría de casos, conlleva a renunciar su propio estilo de vida.

VII) Recomendaciones

➤ Si se desea aplicar el programa EM en una nueva investigación, se recomienda que sea realizada en padres de niño(as) con TEA que no asistan a un centro educativo, nacional o particular, o que no sean asistentes regulares a estos para poder analizar de manera más exacta el alcance que pueda lograr el programa. Ya que los niños(as) que participaron en la presente investigación eran estudiantes regulares de un CEBE, lo que significa que ya estaban siendo encarrilados en mejorar su desarrollo social. para poder analizar de manera más exacta el alcance que pueda lograr el programa.

➤ También aumentar el número de sesiones educativas, ampliando temas que considere no se pudieron haber tocado en esta investigación.

VIII) REFERENCIAS

Arena, L., Arias, J., Beltrán, S. e Izaguirre, M. (Junio, 2012). *Virginia Henderson*. Recuperado de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España. Editorial Médica Panamericana.

Collado, Y. (Octubre, 2012). *El modelo de Kathryn Barnard aplicándolo a pediatría*. Recuperado de <http://enferpedia2tria.blogspot.pe/>.

Instituto de Salud Carlos III (2004). *Trastorno del Espectro Autista*. Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, p.6.

José, M. (Marzo, 2016). *El autismo y el desarrollo social*. Recuperado de <https://www.etapainfantil.com/autismo-desarrollo-social>.

López, C. (Octubre, 2010). *Significado del desarrollo social*. Recuperado de <https://psicoinfantil.wordpress.com/2010/10/17/significado-del-desarrollo-social/>.

Myers S. y Johnson C. (2007). «*Management of children with autism spectrum disorders*». *Pediatrics* **120** (5): 1162-82.

Ministerio de Educación de la República del Perú. (2013). *Guía Para la Atención Educativa para Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista – TEA*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Resolución de la OMS sobre los trastornos del espectro autista*. Ginebra. Resolución WHA67.8, pág. 13.

Park, Hye Ran., Lee, Jae Meen., Moon, Hyo Eun., Lee, Dong Soo., Kim, Bung-Nyun y Kim, Jinhyun (Febrero, 2016). *Una revisión corta del entendimiento actual de los desórdenes de espectro autista*. Korean Society for Brain and Neural Science 25 (1): 1-13. Corea.

Prudencio, A. (2018). *Enlazando Mundos*. Lima – Perú.

IX) ANEXOS

Anexo A: Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "HIPOLITO UNANUE"****ESCUELA DE ENFERMERÍA****ENCUESTA SOBRE EL DESARROLLO SOCIAL DE LOS NIÑOS(AS) CON TRASTORNO DEL ESPECTRO
AUTISTA**

La siguiente encuesta tiene como objetivo recolectar información sobre el desarrollo social del niño(a) con Trastorno del Espectro Autista.

Lea detenidamente las preguntas, marque las respuestas que considere correctas y llene los espacios en blanco.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del Padre/Madre:

2. Distrito de residencia:

3. Nombre del hijo(a):

4. Sexo del hijo(a): (M) (F) 5. Edad del hijo(a):

6. Diagnóstico médico:

7. Tipo de vivienda: (PROPIA) (ALQUILADA)

8. Nivel educativo del Padre:

(SIN ESTUDIOS) (PRIMARIA) (SECUNDARIA) (SUPERIOR) (TÉCNICO SUPERIOR)

1. Nivel educativo de la Madre:

(SIN ESTUDIOS) (PRIMARIA) (SECUNDARIA) (SUPERIOR) (TÉCNICO SUPERIOR)

10. Ocupación del Padre:

11. Ocupación de la Madre:

II. NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES (V. HENDERSON)

N°	PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
12	¿El niño(a) come en el mismo lugar y a la misma hora con el resto de la familia?					
13	¿El niño(a) come solo?					
14	¿El niño(a) toma líquidos solo?					
15	¿El niño(a) avisa cuando necesita ir al baño?					
16	¿El niño(a) orina solo?					
17	¿El niño(a) realiza sus deposiciones solo?					
18	¿El niño(a) se mueve por toda la casa?					
19	¿El niño(a) duerme toda la noche sin interrupciones?					
20	¿El niño(a) solo duerme en su cama?					
21	¿El niño(a) se viste solo?					
22	¿El niño(a) escoge su ropa?					
23	¿El niño(a) usa la ropa adecuada según el clima?					
24	¿El niño(a) usa la ropa adecuada según el lugar donde se encuentre?					
25	¿El niño(a) se baña solo?					
26	¿El niño(a) realiza la higiene bucal solo?					
27	¿El niño(a) se lava las manos antes de comer?					
28	¿El niño(a) evita los enchufes?					
29	¿El niño(a) evita cuchillos, tijeras u otros cortantes?					
30	¿El niño(a) sopla su comida cuando está caliente?					
31	¿El niño(a) tiene precaución con las escaleras?					
32	¿El niño(a) tiene precaución al cruzar la calle?					
33	¿El niño(a) en la calle se mantiene al lado de su acompañante?					
34	¿El niño(a) responde a una orden que se le dé?					
35	¿El niño(a) indica cuando necesita algo?					
36	¿El niño(a) acude a reuniones de índole religioso?					
37	¿El niño(a) ayuda en la limpieza del hogar?					
38	¿El niño(a) acompaña a realizar compras?					
39	¿El niño(a) ayuda a la preparación de comidas?					
40	¿El niño(a) participa de los juegos realizados por la familia?					
41	¿El niño(a) acude a reuniones familiares?					
42	¿El niño(a) va a parques recreativos?					
43	¿Cuándo la familia va a un restaurante, viaje, etc.; el niño(a) va también?					
44	¿El niño(a) acude a cumpleaños de otros niños de su edad?					
45	¿El niño(a) acompaña en las visitas a vecinos?					

46	¿El niño(a) asiste al CEBE?					
47	¿El niño(a) practica lo aprendido en el CEBE en casa?					
48	¿Cuándo el niño(a) tiene una conducta inadecuada usted trabaja para mejorarla?					

III. INTERACCIÓN PADRE – HIJO (K. BARNARD)

N°	PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
49	¿El niño(a) busca a los padres cuando algo le pasa?					
50	¿El niño(a) tolera muestras de afecto de parte de los padres?					
51	¿Usted sabe reconocer cuando algo le pasa a su hijo(a)?					
52	¿Usted sabe como actuar en esos casos?					
53	¿Usted le dedica un tiempo exclusivo para relacionarse con el niño(a)?					

Anexo B: Consentimiento informado

AUTORIZACIÓN

Yo:

Identificado(a) con DNI N°: Padre/Madre/Apoderado(a) de:

.....

Doy mi autorización para participar en el programa educativo de enfermería dirigido a padres de niños con Trastorno del Espectro Autista “Enlazando Mundos”. Después de haber sido informado(a) sobre de lo que consta el programa, los temas a tratar, las actividades a realizar y los posibles beneficios que se pueden lograr a la finalización del programa.

Acepto colaborar con el ejecutor del programa, a realizar todas las actividades que se me indiquen y a asistir a todas las sesiones educativas programadas.

.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE/APODERADO(A)

ENLAZANDO MUNDOS

Anexo C: Programa Educativo "Enlazando Mundos"

PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA DIRIGIDO A PADRES Y/O
CUIDADORES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

JUNIOR ABEL ALONSO PRUDENCIO VILCAS

LIMA – PERÚ

2018

INDICE

1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	58
2.	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	60
2.1.	OBJETIVO GENERAL	60
2.2.	OBJETIVO ESPECÍFICO	61
3.	DESARROLLO DEL PROGRAMA	61
3.1.	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	61
3.2.	ACTIVIDADES A REALIZAR	64
3.2.1.1.	SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	64
1ª SESIÓN:	¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	64
2ª SESIÓN:	ENFERMERÍA – NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON	68
3º SESIÓN:	RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS CON TEA BASADAS EN LA TEORÍA DE LAS NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON	72
4ª SESIÓN:	TEORÍA DE INTERACCIÓN PADRE – HIJO DE KATHRYN BARNARD	77
5º SESIÓN:	AFIRMACIONES TEÓRICAS DE KATHRYN BARNARD ACOPLADAS A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS CON TEA	80
4.	PREVISIÓN DE RECURSOS	82

4.1. RECURSOS HUMANOS	82
4.2. RECURSOS MATERIALES	83
4.3. RECURSOS FINANCIEROS	83
5. EVALUACIÓN	83
5.1. EVALUACIÓN INICIAL	84
5.2. EVALUACIÓN FINAL	84
6. BIBLIOGRAFÍA	85
7. ANEXOS	87

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA:

Myers y Johnson (2007) señalan que “el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la alteración de la interacción social, la comunicación verbal como no verbal y del comportamiento restringido y repetitivo”.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría ([AAP] 2013) en su publicación *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* señala que:

El Autismo es un trastorno neurobiológico muy complejo y forma parte de lo que se conoce como Espectro Autista. Hoy se utiliza la palabra Autismo para referirse a diferentes discapacidades como son: Síndrome Autista, Trastorno Profundo del Desarrollo, Síndrome de Asperger, y aunque hay algunas diferencias entre estos trastornos, ellos son muy similares y aquellos que los sufren, experimentan muchas de las mismas dificultades durante su vida. Actualmente el autismo aparece aislado o en conjunto con otros trastornos que afectan a la función cerebral, y por eso se ha tomado el término Trastornos del Espectro Autista donde se incluyen desde Trastornos de Déficit de Atención hasta el Autismo.

En el DSM-5 (2013) también se afirma que:

El trastorno autista está definido como la identificación de distorsiones del desarrollo en múltiples psicológicas básicas como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y de lenguaje, ... Los criterios para diagnosticar el trastorno autista se requieren de la presencia de alteraciones en la interacción y en la comunicación social incluyendo

tres grandes categorías: relaciones sociales recíprocas anormales, alteraciones de la comunicación y del juego imaginativo, limitación de la gama de actividades e intereses.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2014) define el Autismo como.

Un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia durante los primeros treinta meses de vida en donde las respuestas a estímulos auditivos y visuales son anormales y hay dificultad en la comprensión del lenguaje hablado, existe el deterioro del uso social del lenguaje y de los gestos y donde la inteligencia puede hallarse severamente disminuida, ser normal o estar por encima de los niveles ordinarios.

El Ministerio de Salud ([MINSA] 2013) considera a un niño con TEA “basándose en su comportamiento e historial de desarrollo. Así, sus primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y permanecen por toda la vida. Se caracteriza por sus dificultades en utilizar el lenguaje, por su falta de reciprocidad personal, acompañado de movimientos o comportamientos repetitivos o estereotipados”.

El MINSA (2013) elaboró la Guía Para la Atención Educativa para Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista – TEA, que está dirigido tanto para docentes de educación especial como de educación estándar, brindándoles conocimientos y estrategias metodológicas que les permitan innovar, optimizar y complementar su práctica educativa de acorde a las necesidades individuales de los estudiantes con TEA en participación comprometida con la familia.

La profesión de enfermería abarca el cuidado integral de las personas, teniendo como paradigmas: el niño con TEA, la familia y comunidad. La salud, que para la disciplina enfermera es el estado de bienestar que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería. El entorno, que hace referencia a las condiciones internas y externas y a las circunstancias e influencias que afectan al desarrollo y la conducta de la persona o de los grupos y por último, el cuidado, que es el conjunto de actividades, características y atributos del profesional que proporciona el cuidado, fundamentado en el conocimiento científico, se aborda de manera específica en la Teoría de la Necesidades Humanas de Virginia Henderson.

Los antecedentes más significativos para la elaboración de este programa son los modelos de enfermería de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas fundamentales y el Modelo de interacción padre – hijo de Kathryn Barnard.

Estos modelos teóricos de enfermería en conjunto fueron la base para la creación del programa educativo Enlazando Mundos, que ayuda a generar aportes para la elaboración de cuidados que pueden ser aprendidos por los padres de familia y cuidadores de niños(as) TEA y ejecutados en el hogar en el cuidado diario del niño(a) para mejorar su desarrollo social.

2. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

- Desarrollar conocimientos, actitudes y conductas de los padres y/o cuidadores basadas en modelos teóricos de enfermería para mejorar el desarrollo social del niño(a) con Trastorno del Espectro Autista.

2.2 Objetivos Específicos:

- Definir el Trastorno del Espectro Autista.
- Especificar los síndromes y trastornos que conforman el Trastorno del Espectro Autista.
- Identificar los signos y síntomas específicos del Trastorno del Espectro Autista.
- Definir el modelo teórico de las Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson.
- Explicar la importancia de cada una de las Necesidades Humanas Fundamentales y la manera de cómo ayudar a satisfacerlas.
- Definir el modelo teórico de la Interacción Padre – Hijo de Kathryn Barnard.
- Explicar la relevancia para el desarrollo social la interacción que debe existir entre los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno del Espectro Autista.

3. DESARROLLO DEL PROGRAMA

3.1 Características Metodológicas:

La metodología a emplear por el ejecutor del presente programa es participativa y significativa, pretende que todos los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista participen y aprendan de una forma activa.

El ejecutor del programa planteará la exposición del tema con la exposición de los contenidos, en todo momento se permite la participación de los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista.

La exposición de los contenidos se realizará con los medios audiovisuales, explicando el ejecutor del programa parte de los conceptos. Se facilitará el diálogo para que en él puedan participar todos los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista, para que ellos puedan aportar todas sus ideas y opiniones acerca de los temas expuestos.

También se les dará a cada padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista un folleto educativo, en él aparecen de forma resumida todos los contenidos educativos del presente programa, para que dispongan material de consulta ante cualquier duda en su hogar.

Las estrategias educativas que se van a emplear en el presente programa van a ser Educación para la Salud tanto de forma individual como grupal.

Intervención Individual: Es una forma de educación muy eficaz ya que la persona recibe el máximo contenido educativo y la intervención educativa mínima consiste en explicar de forma comprensible los temas expuestos. La educación individual siempre es necesaria en cualquier programa de Educación para la Salud.

Intervención Grupal: La eficacia de la educación en grupo está relacionada no sólo con la capacidad pedagógica del ejecutor del programa sino también con la socialización de experiencias y las aportaciones de los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista. Es conveniente la preparación previa de los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista sobre el tema para conseguir una dinámica de grupo positiva. Por ello la mayoría de las

intervenciones del programa serán grupales y principalmente se utilizará la charla para exponer los contenidos educativos.

También se usaran diferentes fundamentos pedagógicos insertados en la propia metodología didáctica del presente Programa de Educación para la Salud, como:

- **La Motivación:** Se debe de crear y propiciar situaciones que conecten con los intereses y expectativas de los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista, y siempre partiendo de sus experiencias previas.

- **Explicitación de los esquemas previos:** Como único camino para construir, mejorar, ampliar o rectificar las estructuras cognitivas para el aprendizaje significativo. Para ello se debe de facilitar las concepciones previas y nuevas.

- **Fomentar la zona de desarrollo potencial:** Es decir, la distancia entre el desarrollo real y el potencial, a través del campo de intervención didáctica del ejecutor del programa para ampliar el desarrollo potencial partiendo del real. Para ello se debe de mostrar contenidos y tareas nuevas partiendo de las concepciones previas, presentando una dificultad superior a lo que los padres y/o cuidadores de niños con Trastorno de Espectro Autista ya resuelven solos.

- **Promover la funcionalidad del aprendizaje:** Se debe de aplicar y transferir a otras situaciones o contextos distintos los contenidos que se han aprendido (Dueñas y Brines, 2010)

3.2 Actividades a realizar:

3.2.1 Sesiones de Educación para la Salud:

1ª Sesión Educativa: ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista?

Objetivos:

- Definir el Trastorno del Espectro Autista.
- Explicar los trastornos que se clasifican como Trastornos del Espectro Autista.
- Determinar como se identifica un niño(a) con Trastorno del Espectro Autista.
- Explicar cual es el tratamiento para el Trastorno del Espectro Autista.
- Mencionar algunos mitos sobre el Trastorno del Espectro Autista.

Actividades:

- Realizar lluvia de ideas con los padres y/o cuidadores sobre los puntos a tratar.
- Exponer los temas.

Temporalización:

- ✓ 45 minutos de duración.

Contenido Educativo:

a. Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo que provoca problemas sociales, de comunicación y conductuales significativos. El TEA se presenta en varones 4 veces más que en mujeres. A menudo, no hay indicios en el aspecto de los niños con TEA que los diferencien de otros niños, pero es posible que los niños con TEA se comuniquen, interactúen, se comporten y aprendan de maneras distintas a los niños sin

TEA. Las destrezas de aprendizaje, pensamiento y resolución de problemas de los niños con TEA pueden variar; hay desde niños con muy altos niveles de capacidad (dotados(as) en ciertas áreas como música, pintura, tecnología, etc.) y niños que tienen muchas dificultades. Algunos necesitan mucha ayuda en la vida diaria, mientras que otros necesitan menos.

b. Trastornos que se incluyen en el Trastorno del Espectro Autista

Actualmente, el diagnóstico de TEA incluye muchas afecciones que solían diagnosticarse por separado e incluyen: el trastorno autista, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera y el síndrome de Asperger.

c. Signos del Trastorno del Espectro Autista

Los niños con TEA a menudo tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. Muchos niños con TEA también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas.

Los niños con TEA podrían presentar las siguientes características:

- ✓ No señalar los objetos para demostrar su interés (por ejemplo, no señalar un avión que pasa volando).
- ✓ No mirar los objetos cuando otra persona los señala.
- ✓ Tener dificultad para relacionarse con los demás o no manifestar ningún interés por otras personas.
- ✓ Evitar el contacto visual y querer estar solos.

- ✓ Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para expresar sus propios sentimientos.
- ✓ Preferir que no se los abrace, o abrazar a otras personas solo cuando ellos quieren.
- ✓ Parecer no estar conscientes cuando otras personas les hablan pero responder a otros sonidos.
- ✓ Estar muy interesados en las personas pero no saber cómo hablar, jugar ni relacionarse con ellas.
- ✓ Repetir o imitar palabras o frases que se les dicen, o bien, repetir palabras o frases en lugar del lenguaje normal.
- ✓ No jugar juegos de simulación (por ejemplo, no jugar a “darle de comer” a un muñeco).
- ✓ Repetir acciones una y otra vez.
- ✓ Tener dificultades para adaptarse cuando hay un cambio en la rutina.

d. Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista

El Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC (2014) señala que no existe un tratamiento específico para el TEA. Solo se usan fármacos para regularizar la conducta del niño(a), cuando esta es muy descontrolada. Lo que si se recomienda son las terapias para ayudar al niño(a) a hablar, caminar e interactuar con los demás.

e. Mitos sobre niños con Trastorno del Espectro Autista

- ✓ “El TEA es un problema psicológico”. El TEA está ligado al neurodesarrollo.

- ✓ “La causa está en la familia y en su entorno”. El niño(a) con TEA nace con esa condición, no la adquiere en su entorno.
- ✓ “La causa está en la vacunación”. La causa definitiva del TEA no se conoce, puede haber muchos factores distintos que hagan que un niño(a) tenga más probabilidades de tener TEA, incluidos factores ambientales, biológicos y genéticos.
- ✓ “Los niños con TEA no pueden comunicarse”. Existen varias maneras en la que los niños con TEA pueden llegar a expresar sus necesidades.
- ✓ “Los niños con TEA no son cariñosos y no les gusta el contacto”. Esto es completamente falso, un niño(a) con TEA puede llegar a entablar una relación muy cercana con una persona que le brinde seguridad, afecto y cuidados según sus necesidades.
- ✓ “Los niños con TEA tienen talentos fuera de lo común”. No todos los niños con TEA pueden llegar a sobresalir en diferentes actividades, los más comunes son los que tienen el Síndrome de Asperger.
- ✓ “El TEA viene acompañado de una discapacidad intelectual”. Existen varios niños con TEA que poseen un coeficiente intelectual elevado.
- ✓ “Los niños con TEA no pueden ir a colegios normales”. Cuando el niño(a) posee un TEA moderado y ha llevado varios tipos de terapia, puede integrarse a un sistema educativo regular.
- ✓ “Los niños con TEA son muy agresivos”. Son pocos los niños con TEA que sean agresivos, lo común es que pueden llegar a irritarse si afectan su rutina, pero si hay agresividad se debe recurrir al médico para iniciar el tratamiento con medicamentos que estabilicen su conducta.

- ✓ “Sólo puede haber un caso de TEA en la familia”. Al no tener la causa principal del TEA hay posibilidad de que exista más de un caso en la familia.

Clima a crear en la sesión:

- ✓ Mantener una actitud empática, tranquila.
- ✓ Favorecer el que los padres y/o cuidadores realicen preguntas.
- ✓ Establecer un clima de confianza facilitando la participación de los padres y/o cuidadores.

2ª Sesión Educativa: Enfermería - Teoría de las Necesidades Humanas Fundamentales

(Virginia Henderson)

Objetivos:

- Definir la enfermería.
- Definir la teoría de las Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson.
- Mencionar las 14 Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson.

Actividades:

- Realizar lluvia de ideas con los padres y/o cuidadores sobre los puntos a tratar.
- Exponer los temas.

Temporalización:

- ✓ 45 minutos de duración.

Contenido Educativo:**a. Enfermería**

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2017) la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

b. Necesidades Humanas Fundamentales – Virginia Henderson

Arena, Beltrán e Izaguirre (2012) señalan que para Virginia Henderson, enfermera estadounidense, la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Henderson establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de satisfacer sus necesidades fundamentales:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

c. Las 14 Necesidades Humanas Fundamentales

1°.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. (Arena, Beltrán e Izaguirre, 2012).

Clima a crear en la sesión:

- ✓ Mantener una actitud empática, tranquila.
- ✓ Favorecer el que los padres y/o cuidadores realicen preguntas.
- ✓ Establecer un clima de confianza facilitando la participación de los padres y/o cuidadores.

3ª Sesión Educativa: Recomendaciones para el cuidado de niños con TEA basadas en la Teoría de las Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson.

Objetivos:

- Demostrar como poder aplicar las Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson en los niños con Trastorno del Espectro Autista.

Actividades:

- Realizar lluvia de ideas con los padres y/o cuidadores sobre los puntos a tratar.
- Exponer las recomendaciones.

Temporalización:

- ✓ 45 minutos de duración.

Contenido Educativo:

a. La Teoría de las Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson aplicada en los niños con Trastorno del Espectro Autista

Para poder mejorar el desarrollo de los niños con TEA se deben seguir las siguientes recomendaciones por cada necesidad fundamental:

NECESIDAD HUMANA FUNDAMENTAL		RECOMENDACIONES
1	Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.	✓ No hay recomendaciones específicas para esta

		necesidad para poder aplicar en este programa.
2	Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño(a) debe comer en el mismo lugar y a la misma hora que el resto de la familia. ✓ El niño(a) no debe comer solo. ✓ El niño(a) debe de tomar líquidos sin derramar y por sí mismo.
3	Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño(a) no debe de usar pañal. ✓ El niño(a) debe avisar cuando necesite ir a los servicios higiénicos. ✓ El niño(a) debe usar correctamente los servicios higiénicos.
4	Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño(a) no debe de tener zonas restringidas en la casa, salvo que lo sean por su propia seguridad.

	permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.	
5	Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.	<input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe dormir sólo por las noches y de corrido. <input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe dormir en su propia cama.
6	Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.	<input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe vestirse solo. <input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe elegir la ropa que va a usar.
7	Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.	<input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe elegir el tipo de ropa según la temporada y el lugar donde se va a encontrar.
8	Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.	<input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe realizar su aseo personal solo (baño, lavado de dientes, lavado de manos).
9	Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.	<input checked="" type="checkbox"/> El niño(a) debe evitar las circunstancias de peligro del hogar (enchufes,

		<p>escaleras, cuchillos, cocina, aguas calientes, etc.).</p> <p>✓ El niño(a) no debe de infringirse daño el mismo.</p> <p>✓ El niño(a) debe de evitar los peligros de la calle (autos, pistas, caminar solo, etc.).</p>
10	<p>Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.</p>	<p>✓ El niño(a) debe obedecer las órdenes que le den sus padres y/o cuidador.</p> <p>✓ El niño(a) debe indicar cuando necesite algo. De forma verbal o con gestos.</p>
11	<p>Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.</p>	<p>✓ El niño(a) debe ser partícipe activo de la religión (estar bautizado, asistir a reuniones) que profesen los padres y/o cuidador.</p>
12	<p>Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su</p>	<p>✓ El niño(a) debe ayudar en tareas del hogar (limpieza, cocina, etc.).</p>

	sentido creador y utilizar su potencial al máximo.	✓ El niño(a) debe realizar compras con supervisión.
13	Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.	<p>✓ El niño(a) debe participar en las actividades recreativas en el hogar de la familia.</p> <p>✓ El niño(a) debe asistir a las reuniones familiares.</p> <p>✓ El niño(a) debe acompañar a la familia cada vez que esta sale a un restaurante, parque, etc.</p> <p>✓ El niño(a) debe asistir a lugares con niños de su edad.</p> <p>✓ El niño(a) debe mantener una relación activa con sus vecinos.</p>
14	Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.	✓ El niño(a) debe asistir continuamente a su centro de estudios.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño(a) debe reforzar en el hogar lo aprendido en su centro de estudios. ✓ El niño(a) debe realizar actividades educativas a parte de su centro educativo.
--	--	--

Si el niño(a) no puede realizar dichas actividades los padres y/o el cuidador deben de apoyarlo(a) gradualmente hasta que logre realizarlas por sí mismo(a).

Clima a crear en la sesión:

- ✓ Mantener una actitud empática, tranquila.
- ✓ Favorecer el que los padres y/o cuidadores realicen preguntas.
- ✓ Establecer un clima de confianza facilitando la participación de los padres y/o cuidadores.

4ª Sesión Educativa: Teoría de la Interacción Padre- Hijo de Kathryn Barnard

Objetivos:

- Definir la teoría de la Interacción Padre- Hijo de Kathryn Barnard.
- Explicar los elementos principales de la interacción padre- hijo.

Actividades:

- Realizar lluvia de ideas con los padres y/o cuidadores sobre los puntos a tratar.
- Exponer los temas.

Temporalización:

- ✓ 45 minutos de duración.

Contenido Educativo:**a. Teoría de la Interacción Padre- Hijo de Kathryn Barnard**

Kathryn Barnard, enfermera estadounidense, en su obra se centró principalmente en la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo (Collado, 2012).

b. Elementos Principales para la Interacción Padre- Hijo

Para Barnard, para conseguir una buena interacción entre los padres e hijos se deben tener presente los siguientes elementos:

1. Claridad de los mensajes del niño: Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud.
2. Respuesta del niño al cuidador: Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envían las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.
3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños: Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la

sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus hijos.

4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño: Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.

5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional: La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación (Collado, 2012).

Clima a crear en la sesión:

- ✓ Mantener una actitud empática, tranquila.
- ✓ Favorecer el que los padres y/o cuidadores realicen preguntas.
- ✓ Establecer un clima de confianza facilitando la participación de los padres y/o cuidadores.

5ª Sesión Educativa: Afirmaciones teóricas de Kathryn Barnard acopladas a las necesidades de los niños con TEA

Objetivos:

- Mencionar las afirmaciones teóricas de Kathryn Barnard.
- Explicar como aplicar las afirmaciones teóricas de Kathryn Barnard a las necesidades de los niños con TEA.

Actividades:

- Realizar lluvia de ideas con los padres y/o cuidadores sobre los puntos a tratar.
- Exponer los temas.

Temporalización:

- ✓ 45 minutos de duración.

Contenido Educativo:

a. Afirmaciones Teóricas

Collado (2012) señala que la teoría de Barnard se basa en las siguientes afirmaciones teóricas:

- ✓ Identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando la intervención sea más eficaz. Para detectar tempranamente conductas violentas y auto agresivas.
- ✓ Factores socio ambientales (situación económica, consumismo, violencia, carga laboral).
- ✓ Interacción del cuidado – niño(a) y experiencias en curso y de las expectativas del dúo.

- ✓ Todos los cuidadores adultos aportan al cuidado. Todo adulto que mantiene una relación con el niño(a) influyen en su cuidado.
- ✓ La interacción entre los niños y los cuidadores, modifican la conducta del otro.
- ✓ Proceso de adaptación del cuidador al niño(a). Todo niño(a) es un mundo distinto y son los padres y/o cuidadores los que se deben de adaptar a los niños y no viceversa.
- ✓ Promover el aprendizaje; responder y elaborar las conductas iniciadas en el niño(a) y probar nuevas cosas por parte del niño(a).
- ✓ Promover aprendizaje del entorno temprano y positivo, que incluya una relación de educación.
- ✓ Valorar el entorno social del niño(a).
- ✓ Valorar el entorno físico (crear un entorno seguro, alegre y acogedor donde el niño(a) pueda satisfacer sus necesidades básicas y donde potenciamos su evolución física, afectiva y social, para conseguir un desarrollo armónico y completo).

Dichas afirmaciones teóricas se acoplan a las necesidades de los niños con TEA.

Clima a crear en la sesión:

- ✓ Mantener una actitud empática, tranquila.
- ✓ Favorecer el que los padres y/o cuidadores realicen preguntas.
- ✓ Establecer un clima de confianza facilitando la participación de los padres y/o cuidadores.

4. PREVISIÓN DE RECURSOS

Para llevar a cabo la realización de este programa es necesario la utilización de recursos de forma eficiente y eficaz.

Los recursos humanos hace referencia a todos los profesionales que se van a implicar en la realización de este programa.

Los recursos materiales son los instrumentos necesarios para realizar el programa e instalaciones.

Los recursos financieros hacen referencia a la aportación económica y presupuestos para llevar a cabo el presente programa.

4.1 Recursos humanos:

Ejecutor del programa: Sus funciones se basan en:

- Elaboración y puesta en marcha de estrategias para la captación de la población.
- Organiza y lleva a cabo las sesiones educativas.
- Registra y evalúa los datos obtenidos del programa.
- Seguimiento y control de los participantes.
- Derivación a otro profesional si precisa.
- Valorar los recursos disponibles.
- Comprobar si los padres y/o cuidador han adquirido los conocimientos y habilidades propuestos.

4.2 Recursos materiales:

- Instalaciones: aulas para llevar a cabo el programa.
- Medios audiovisuales: retroproyector, pantalla de proyección, pizarra.
- Mobiliario: mesas, sillas, computador portátil.

4.3 Recursos financieros:

- Recursos propios del ejecutor del programa.

5. EVALUACION

La evaluación del presente programa se orienta fundamentalmente a la mejora del desarrollo del niño(a) con Trastorno del Espectro Autista. La evaluación parte desde el inicio del programa hasta el final del mismo.

Para ello se realizará una evaluación inicial, y otra final. Teniendo en cuenta los siguientes criterios de evaluación:

- Por ítem a partir de la pregunta 12:
 - Nunca= 0 puntos.
 - Casi nunca= 1 punto.
 - Pocas veces= 2 puntos.
 - Algunas veces= 3 puntos.
 - Siempre= 4 puntos.
- Por puntaje total obtenido al aplicar el instrumento:
 - 0 puntos – 97 puntos= Nivel bajo.
 - 98 puntos – 153 puntos= Nivel medio.

- 154 puntos – 168 puntos= Nivel alto.

5.1 Evaluación inicial:

Esta evaluación inicial se realizará a través de un pre test (Anexo 1) donde se abordará múltiples cuestiones relacionadas con el trastorno del espectro autista y se obtendrá un puntaje para establecer el nivel de desarrollo social en el que se encuentra el niño(a) antes de aplicar el programa.

5.2 Evaluación Final:

Se realizará con el pos test (Anexo 1) que permitirá determinar si se han conseguido o no, y hasta qué punto, los objetivos previstos en este programa. Pretende recoger información relevante que permita averiguar la validez del proceso escogido en el presente programa. Todos los datos obtenidos en este tipo de evaluación servirá para detectar necesidades de situaciones concretas que necesiten el diseño específico de intervención, de esta manera se estará avanzando en adecuar el programa a las realidades concretas.

6. REFERENCIAS

Arena L., Arias J., Beltrán S. e Izaguirre M. (Junio, 2012). Virginia Henderson. Recuperado de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/virginia-henderson.html>.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España. Editorial Médica Panamericana.

Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC. (Septiembre, 2014) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>.

Cisneros F. (Agosto, 2002). Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería. Universidad del Cauca Programa de Enfermería. Popayan – Colombia.

Collado Y. (Octubre, 2012). El modelo de Kathryn Barnard aplicándolo a pediatría. Recuperado de <http://enferpedia2tria.blogspot.pe/>.

Dueñas J. y Brines, M. (2010). Programa de Educación para la Salud para Pacientes Asmáticos. Jaén – Perú.

Myers S. y Johnson C. (2007). «*Management of children with autism spectrum disorders*». *Pediatrics* **120** (5): 1162-82.

Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2017). Temas de Salud. Enfermería. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.

Rochon A. (1997). Educación para la Salud: Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson.

15	¿El niño(a) avisa cuando necesita ir al baño?					
16	¿El niño(a) orina solo?					
17	¿El niño(a) realiza sus deposiciones solo?					
18	¿El niño(a) se mueve por toda la casa?					
19	¿El niño(a) duerme toda la noche sin interrupciones?					
20	¿El niño(a) solo duerme en su cama?					
21	¿El niño(a) se viste solo?					
22	¿El niño(a) escoge su ropa?					
23	¿El niño(a) usa la ropa adecuada según el clima?					
24	¿El niño(a) usa la ropa adecuada según el lugar donde se encuentre?					
25	¿El niño(a) se baña solo?					
26	¿El niño(a) realiza la higiene bucal solo?					
27	¿El niño(a) se lava las manos antes de comer?					
28	¿El niño(a) evita los enchufes?					
29	¿El niño(a) evita cuchillos, tijeras u otros cortantes?					
30	¿El niño(a) sopla su comida cuando está caliente?					
31	¿El niño(a) tiene precaución con las escaleras?					
32	¿El niño(a) tiene precaución al cruzar la calle?					
33	¿El niño(a) en la calle se mantiene al lado de su acompañante?					
34	¿El niño(a) responde a una orden que se le dé?					
35	¿El niño(a) indica cuando necesita algo?					
36	¿El niño(a) acude a reuniones de índole religioso?					
37	¿El niño(a) ayuda en la limpieza del hogar?					
38	¿El niño(a) acompaña a realizar compras?					
39	¿El niño(a) ayuda a la preparación de comidas?					
40	¿El niño(a) participa de los juegos realizados por la familia?					
41	¿El niño(a) acude a reuniones familiares?					
42	¿El niño(a) va a parques recreativos?					
43	¿Cuándo la familia va a un restaurante, viaje, etc.; el niño(a) va también?					
44	¿El niño(a) acude a cumpleaños de otros niños de su edad?					
45	¿El niño(a) acompaña en las visitas a vecinos?					
46	¿El niño(a) asiste al CEBE?					
47	¿El niño(a) practica lo aprendido en el CEBE en casa?					
48	¿Cuándo el niño(a) tiene una conducta inadecuada usted trabaja para mejorarla?					

III. INTERACCIÓN PADRE – HIJO (K. BARNARD)

N°	PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
49	¿El niño(a) busca a los padres cuando algo le pasa?					
50	¿El niño(a) tolera muestras de afecto de parte de los padres?					
51	¿Usted sabe reconocer cuando algo le pasa a su hijo(a)?					
52	¿Usted sabe como actuar en esos casos?					
53	¿Usted le dedica un tiempo exclusivo para relacionarse con el niño(a)?					

ANEXO N° 2**AUTORIZACIÓN**

Yo:

Identificado(a) con DNI N°: Padre/Madre/Apoderado(a) de:

.....

Doy mi autorización para participar en el programa educativo de enfermería dirigido a padres de niños con Trastorno del Espectro Autista “Enlazando Mundos”. Después de haber sido informado(a) sobre de lo que consta el programa, los temas a tratar, las actividades a realizar y los posibles beneficios que se pueden lograr a la finalización del programa.

Acepto colaborar con el ejecutor del programa, a realizar todas las actividades que se me indiquen y a asistir a todas las sesiones educativas programadas.

.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE/APODERADO(A)