



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

NIVEL DE PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, INSTITUTO PARA EL DESARROLLO
INFANTIL, LA MOLINA 2020

Línea de investigación:

Física Médica y Terapias

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciado en Tecnología
Médica con Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Autor (a):

Bendezú Miranda, Sandy Elizabeth

Asesor (a):

Castro Rojas, Miriam Corina

(ORCID: 0000-0003-3547-9026)

Jurado:

Zuzunaga Infantes, Flor de María

Leiva Loayza, Elizabeth Inés

Chero Pisfil, Zoila Santos

Lima - Perú

2021

Referencia:

Bendezú, S. (2021). *Nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años, con trastorno del espectro autista*, Instituto para El Desarrollo Infantil, La Molina 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5555>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

NIVEL DE PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, INSTITUTO PARA EL DESARROLLO
INFANTIL, LA MOLINA 2020

Línea de Investigación: Física Médica y Terapias

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con
Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Autor

Bendezú Miranda, Sandy Elizabeth

Asesora:

Castro Rojas, Miriam Corina

(ORCID: 0000-0003-3547-9026)

JURADO

Zuzunaga Infantes, Flor de María

Leiva Loayza, Elizabeth Inés

Chero Pisfil, Zoila Santos

Lima – Perú

2021

DEDICATORIA

A mis padres Antonio y Salomé; por su amor, sus consejos, su confianza, por enseñarme que con esfuerzo y dedicación siempre podremos construir lo que soñamos. Por ser mi fuente de inspiración, de perseverancia, de sabiduría y de paciencia, los amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, porque cada día bendices mi vida y me permites compartir con mi familia todos mis logros que son resultado de tu ayuda. Gracias a mis padres por ser mi fuente de aprendizaje, gracias a ellos por siempre desear y anhelar lo mejor para mí, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a mis hermanas por su confianza en mí. Por su constante compañía, apoyo no solo físico sino moral y sentimental, y por siempre motivarme a seguir cumpliendo mis metas.

Gracias a mi universidad, por haberme permitido formarme en ella, gracias a mi Asesora, mis Revisores de Tesis, mi Tutora de Internado y todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes por sus significativos aportes para el desarrollo de esta tesis.

Gracias a la vida por este nuevo logro, gracias a todas las personas que me apoyaron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	1
1.1. Descripción y Formulación del Problema	1
1.2. Antecedentes	4
1.3. Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
1.4. Justificación	9
1.5. Hipótesis	10
II. Marco Teórico	11
2.1. Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación	11
III. Método	25
3.1. Tipo de Investigación	25
3.2. Ámbito Temporal y Espacial	25
3.3. Variables	26
3.4. Población y Muestra	28
3.5. Instrumentos	29
3.6. Procedimientos	29

3.7. Análisis de datos	30
3.8. Consideraciones Éticas	30
IV. Resultados	31
V. Discusión de Resultados	37
VI. Conclusiones	40
VII. Recomendaciones	41
VIII. Referencias	42
IX. Anexos	49

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de variables	29
Tabla 2	Características generales de los niños con trastorno de espectro autista	35
Tabla 3	Nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista	35
Tabla 4	Nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista	36
Tabla 5	Nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista	36
Tabla 6	Nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista	37
Tabla 7	Nivel de psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020	37
Tabla 8	Ítems sobre Psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020	38
Tabla 9	Nivel de psicomotricidad según edad en niños con trastorno de espectro autista menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020	40
Tabla 10	Nivel de psicomotricidad según sexo en niños con trastorno de espectro autista menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020	41

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil - La Molina, 2020. El método del estudio fue cuantitativo, de tipo básico, con diseño no experimental, descriptivo, transversal. Se trabajó con 26 niños entre 4 - 11 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil de la sede La Molina del año 2020, teniendo en cuenta los criterios de selección, tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Para el análisis se estimaron frecuencias absolutas y relativas, los resultados obtenidos a nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista es de nivel medio y alto (38.5%), en relación con otras personas es de nivel medio (53.8%), con los objetos, es de nivel medio (38.5%), con el espacio se tiene un nivel medio (46.2%). Evaluación de forma global se tiene que, el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista, es de nivel medio y alto (38.5%). Al final se concluye que el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020 fue medio y alto.

Palabras clave: Psicomotricidad, trastorno del espectro autista, niños.

ABSTRACT

The objective was to determine the level of psychomotor skills in children under the age of 12 with autism spectrum disorder from the Institute for Infant Development - La Molina, 2020. The method of the study was quantitative, of type basic, with design no experimental, transversal, descriptive. We worked with 26 children between 4-11 years old with autism spectrum disorder from the Institute for Child Development at La Molina headquarters in 2020, taking into account the selection criteria. The type of sampling was non-probabilistic for convenience. For the analysis, absolute and relative frequencies were estimated. Among the results, the level of psychomotor skills in relation to their own body in children with autism spectrum disorder is medium and high (38.5%), in relation to other people it is medium level (53.8%), in relation to objects in children are of medium level (38.5%), in relation to space there is a medium level (46.2%). Evaluating globally, the level of psychomotor skills in children under 12 years of age with autism spectrum disorder is medium and high (38.5%). In the end, it is concluded that the level of psychomotor skills in children under 12 years of age with autism spectrum disorder from the Institute for Child Development at La Molina Headquarters in 2020 was medium and high.

Key words: Psychomotor, autism spectrum disorder, children.

I. INTRODUCCIÓN

El actuar de forma rápida a nivel psicomotriz, en la primera infancia es muy importante para optimizar el desarrollo y bienestar de las personas con un Trastorno de Espectro Autista (TEA), por lo que se recomienda el seguimiento del desarrollo infantil en este grupo poblacional. Es necesario que se les ofrezca al niño con TEA y a su familia; información y servicios pertinentes, derivación a especialistas y ayudas prácticas de acuerdo con las necesidades particulares de cada individuo, las intervenciones psicosociales deben estar basadas en la evidencia, como la terapia conductual y los programas de capacitación para los padres y otros cuidadores, permitiendo reducir las dificultades de comunicación y comportamiento social, y teniendo un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de la persona.

Los niños con TEA tienen necesidades asistenciales complejas y requieren una gama de servicios integrados que incluyan la promoción de la salud, la atención, servicios de rehabilitación y la colaboración con otros sectores como el educativo, el laboral y el social, por ello, es necesario evaluar el nivel de psicomotricidad de los niños con TEA, para poder optar por un manejo óptimo y adecuado; es por ello que en la presente investigación se busca determinar el nivel de psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista menores de 12 años en el Instituto para el Desarrollo Infantil (ARIE- La Molina), en el año 2020, proponiendo para ello un estudio de tipo observacional, descriptivo; con una muestra de 26 niños menores de 12 años durante el año 2020; para esto se evalúa la psicomotricidad mediante el análisis de dimensiones como el propio cuerpo, en relación con otras personas, en relación con los objetos, en relación con el espacio.

1.1 Descripción y formulación del problema

Los Trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de afecciones que están diferenciadas por algún grado de variación del comportamiento social, la comunicación y el

lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo, los cuales aparecen en la infancia y persisten hasta la adolescencia y adultez. A nivel mundial se considera que uno de cada 160 niños presenta TEA, con probabilidades de incremento (Organización Mundial de la Salud, 2018); además se estima que aproximadamente el 75% de las personas con TEA también tienen discapacidad intelectual, caracterizándose por limitaciones significativas en las funciones cognitivas y las conductas adaptativas (Vera, 2016).

En países como Estados Unidos, se observa que el autismo es cuatro a cinco veces más común entre los niños que las niñas. Se estima que 1 de 42 niños y 1 de 189 niñas son diagnosticadas con autismo en los Estados Unidos cada año; además, el Trastorno del espectro autista afecta a más de 2 millones de individuos en los Estados Unidos y a más de diez millones a nivel mundial (Williams, 2019). En el Reino Unido el porcentaje de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista, se encuentra en el 1%, siendo más alta en niños que en niñas, encontrándose en un nivel leve (58.3%) y moderado (34.8%), en México, según este estudio, realizado en 2016 se estima que casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 400 mil tienen autismo (Gaceta UNAM, 2019).

Las personas con trastornos del espectro autista tienden a tener déficit de comunicación, responden inapropiadamente durante las conversaciones, malinterpretando las interacciones no verbales y presentan dificultades para construir amistades apropiadas para su edad; igualmente, son exageradamente dependientes de las rutinas, sensibles a los cambios en su entorno; además, presentan deficiencias en el juego simbólico, dificultando el aprendizaje de habilidades motoras. (Crissien et al., 2017, p.119).

En los niños con trastornos del espectro autista, es frecuente evidenciar alteraciones en los hitos del desarrollo motor, hipotonía (bajo tono muscular), rigidez muscular, acinesia (falta o pérdida del movimiento), bradicinesia (lentitud de los movimientos voluntarios asociada a

una disminución de los movimientos automáticos, como el braceo al caminar) e incluso alteraciones en el control de la postura y marcha anómala.

En el Instituto para el Desarrollo Infantil, se tratan casos de niños con espectro autista que presentan diferentes problemas en cuanto a habilidades motoras gruesas, habilidades psicomotoras, entre otros, presentándose en distintos niveles o grados, lo cual es motivo de investigación para el presente estudio. Cabe resaltar que los padres de niños con este trastorno de espectro autista, solicitan una evaluación integral, que permita definir el nivel de psicomotricidad en que se encuentran, para realizar un plan de manejo oportuno y adecuado que mejore su calidad de vida; sin embargo, aún es continuo observar en este grupo poblacional escaso contacto visual, inflexibilidad e irritabilidad a cambios posturales, uso de palabras aisladas, un juego funcional básico poco flexible y de contenido limitado; realidad que solo queda en observación y aún no ha sido objetivizado a través de otras investigaciones, ni ha sido motivo de estudio en la institución, por lo que, se hace necesario realizar un análisis situacional al respecto, con el propósito, de conocer el nivel de psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista y abordarlo de otra manera.

Problema general

¿Cómo es el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil, en el distrito de La Molina en el año 2020?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista?

¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista?

¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista?

¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista?

¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista?

1.2 Antecedentes

Antecedentes internacionales

Crissien, Fonseca, Núñez, Noguera y Sánchez (2017) buscaron identificar las características sensorio-motoras de los niños con trastornos del espectro autista, para ello realizó un estudio descriptivo transversal en 38 niños con trastorno del espectro autista (TEA) que asistían a cuatro centros de rehabilitación; realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando para la evaluación, la batería de Vitor Da Fonseca para niños de 4 a 12 años y la Escala Abreviada del Desarrollo para los niños de 3 años. Entre los resultados se logró evidenciar que la mayoría de la población evaluada pertenece al género masculino (84%), de estrato socioeconómico 1 (60.5%) y con escolaridad (63.1%). En cuanto a la población de tres años obtuvo, un puntaje de alerta en las áreas motriz fina, motriz gruesa, audición- lenguaje y personal social, mediante la escala de Nelson Ortiz, de igual manera se observó, en los niños de 4 a 12 años deficiencias motoras a nivel de praxia fina, praxia global, noción del cuerpo y equilibrio. Y parámetros normales en el factor tonicidad. Concluyendo que los niños y niñas con TEA presentan deficiencia en sus capacidades motrices, lo cual puede afectar el desempeño de actividades.

Enríquez (2016) en Guatemala desarrolló un estudio con la finalidad de describir e identificar las actividades principales que usa un grupo de expertos de la salud mental para mejorar la motricidad gruesa de niños con trastorno del espectro autista, estudio cualitativo, ya

que se describen las actividades más usadas para cada área mencionada con anterioridad. En los resultados se halló que de los sujetos entrevistados se logró describir un elenco de actividades que ayudan a mejorar el desarrollo motriz grueso en esta población. Al evaluar las respuestas se indica no efectuar todas estas actividades a nivel general con estos niños ya que dependen del perfil de cada uno de ellos. Por lo que, se recomienda que se evalúe primero el grado en el cual está el niño para así adecuar las actividades.

Becerra y Ulloa (2016) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar el comportamiento del perfil psicomotor en niños, adolescentes y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista que realizan actividad física de la agrupación AGANAT. estudio de diseño descriptivo que incluyó a 10 sujetos de 5 a 22 años. Los resultados mostraron que los individuos con autismo, 4 presentaron perfiles normales y 6 perfil superior, lo que sugiere que esta muestra tiene una organización psico neurológica normal y un potencial de aprendizaje normal para desarrollar habilidades motrices.

Rodríguez, Gómez, Prieto y Gil (2014) en España estableció un estudio con la finalidad de mostrar la contribución e influencia de la intervención psicomotriz en el desarrollo del lenguaje en aquellos niños con necesidades específicas de apoyo educativo. El programa de intervención psicomotriz se basó en el juego motor y movimiento, esto se aplicó en tres niños de 4 y 5 años que presentan dificultades en el desarrollo del lenguaje. Los resultados indicaron que dicho programa posee efectos positivos en la mejora del lenguaje expresivo y comprensivo; además en la motricidad gruesa y fina. El desarrollo psicomotor es la clave del desarrollo evolutivo, incluso el programa mostrado beneficia la participación de los niños en las sesiones de Logopedia por lo que puede resultar muy útil en entornos extraescolares que trabajan en niños con necesidades específicas de apoyo educativo.

Gómez (2014) en España desarrollo una investigación con la intención de profundizar en este campo tan poco investigado y elaborar una propuesta teórica de trabajo para, por un

lado, mejorar el déficit en esta área, ya que en muchos casos dificulta su vida diaria y por otro, fomentar el ámbito corporal como herramienta para mejorar la interacción social en estas personas. La metodología para la intervención en sí, se nutre principalmente de las técnicas operantes tanto cognitivas, como conductuales y emocionales. Se halló que la actividad física servía como herramienta de aprendizaje para las personas con autismo de manera integral, afectando 64 a aspectos cognitivos, comunicativos, expresivos, sociales y afectivos. Concluyendo en que se considera la actividad física una necesidad para todas las personas y teniendo su utilidad en la función de relación que posee el movimiento en sí mismo y el factor socio motriz que nos aporta.

Álvarez (2014) en Colombia elaboró un estudio con el propósito de brindar una propuesta de evaluación psicomotriz a partir de la perspectiva vivenciada y para ello fue necesaria la creación de un instrumento, el cual, se sometió a juicio de expertos, para validar contenido. Los resultados indicaron que el instrumento ofrece un acercamiento al componente psicomotor desde otra perspectiva, facilitado por la observación en los diferentes contextos y presenta acople entre las cuatro dimensiones: a su propio cuerpo, a los objetos, al espacio y a las otras personas. Concluyeron en que los terapeutas quienes usaron el instrumento, determinaron que era práctico, coherente, sencillo y permitía un buen análisis del niño o la niña, porque se centra en el sujeto de análisis.

Carrasco y Vera (2014) describieron la experiencia vivida en relación al comportamiento de jóvenes con trastorno de espectro autista (TEA). La metodología que se emplea corresponde a una investigación cualitativa fenomenológica descriptiva. Se aplicaron 29 entrevistas semiestructuradas con pauta a 11 informantes seleccionados. Los resultados indicaron que las experiencias vividas en relación al fenómeno en estudio se clasifican en siete grandes contenidos temáticos, como lo son: lenguaje verbal, lenguaje no verbal, reciprocidad emocional, actividades de vida diaria, intereses personales, psicomotricidad y psicomotricistas.

Además, se evidencia escasez de palabras reducidas a respuestas hacia el otro de sí y no. Esta limitación sólo permite una comunicación básica de saludo, principalmente con aquellas personas percibidas como conocidas. En autismo las conversaciones monotemáticas, ideosincráticas, centradas en un tema de interés obsesivo, se percibieron como incoherentes y desorganizados. Concluyendo en que la estructura y organización de la psicomotricidad junto con el perfil de psicomotricista que de acuerdo a los datos entregados han permitido influenciar el comportamiento de jóvenes con TEA.

Antecedentes nacionales

Esteban y Esteban (2018) desarrolló un estudio con el propósito de recopilar y sistematizar informaciones acerca de la importancia que tiene la motricidad fina en la formación integral de los niños. El método usado fue el acopio de las informaciones en las bibliotecas y otros espacios organizadas por otros intelectuales. Se obtuvo entre los resultados que impulsar el desarrollo de la motricidad fina en niños de 5 años de los centros educativos de educación inicial es esencial ya que el movimiento corporal eficiente condiciona la formación integral de los educandos. La información conseguida es una síntesis para reflexionar acerca de la importancia del desarrollo de la motricidad fina en la vida de los niños para fortificar diversas capacidades afectivas, motrices y cognitivas, es el caso del aprendizaje de la lecto escritura y otras habilidades.

Chavesta (2018) efectuó una investigación que tuvo como objetivo establecer el porcentaje de indicadores de autismo en niños de 16 a 30 meses en un centro de fisioterapia y rehabilitación integral. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de diseño no experimental, cuya muestra estuvo conformada por 120 niños, siendo el 63% (75) niños y 37% (45) niñas. En los resultados se evidencia que hay una elevada frecuencia de indicadores TEA en 10 niños (8.3%), siendo el ítem concerniente a no entender lo que la gente dice (84.2%); según edad, se evidencia que conforme avanzan los años hay mayor número de

indicadores. Asimismo, hubo una mayor frecuencia de indicadores de autismo en varones. Concluyendo en que la mayor frecuencia de indicadores de TEA fue de 12 indicadores, presentados en 10 niños (8,3%); de estos indicadores el más frecuente fue el ítem 21 “No entiende lo que la gente dice.”, obtenido en 101 niños (84.2%).

Flores y González (2018) llevó a cabo un estudio para evaluar el nivel de desarrollo del área del lenguaje en niños con trastorno generalizado del desarrollo. Su metodología fue descriptiva de serie de casos y se incluyó como muestra a 30 niños. En los resultados se halló que la mayoría era de sexo masculino (93.3%), con una edad promedio de detección del problema a los 2 años y con precedentes familiares de trastorno de lenguaje (40%) y del desarrollo (10%). Concluyen que solo el 6.7% de niños con trastorno generalizado del desarrollo tenía retraso de lenguaje, el 43.3% debe mejorar y el 40% se encontraba normal.

Lizana (2016) efectuó un trabajo con el propósito de determinar la influencia de la Equinoterapia en el desarrollo psicomotriz en niños con síndrome autistas. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño experimental de nivel pre experimental, que tomó como muestra a 10 niños de 5 años. Se encontró que la Equinoterapia desarrolla significativamente la psicomotricidad en niños de 5 años con autismo ($p=0.000$).

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista.

Conocer el nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista.

Conocer el nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista.

Identificar el nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista.

1.4 Justificación

El uso de técnicas basadas en la evaluación de la psicomotricidad mejora la comunicación gestual y física de los niños con espectro del autismo; por esta razón, la presente investigación buscó evaluar el nivel de psicomotricidad de los niños, analizando el propio cuerpo del paciente, la relación que tiene con otras personas y como se asocia con los objetos de su entorno, todo esto en base al espacio, situación que permite a futuro establecer, a nivel institucional, estrategias que logren reforzar la solución a los déficits encontrados, profundizando el estudio y abordaje en este grupo poblacional. Asimismo, con el trabajo se pudo tener un análisis más real y exacto de la situación de los niños con TEA del Instituto para el Desarrollo Infantil, el cual fue un alcance no solo para optimizar los programas en la institución, sino que la información podría ser utilizada por los profesionales que trabajan en esta institución, quienes estén interesados en profundizar sobre el tema e incluso deseen realizar nuevos estudios al respecto. El impacto de esta propuesta está en generar cambios en los procesos evaluativos, lo cual permita obtener mayor información del paciente, abarcando todas las esferas del desarrollo: motor, sensorial, comunicación, comportamental, etc., y, por otro lado, se les ofrece una evaluación integral a los niños con trastorno del espectro autista y no solo desde el componente físico y motor.

Adicionalmente, se propone recomendar la utilización del instrumento de evaluación de psicomotricidad aplicado en Colombia, el cual puede ser utilizado de forma cotidiana en la población con TEA para el análisis de psicomotricidad, siendo de utilidad para educadores especiales, terapeutas ocupacionales, psicólogos capacitados, médicos pediatras entre otros profesionales encargados de asistir a este grupo poblacional.

1.5 Hipótesis

El estudio por ser descriptivo no amerita la formulación de la hipótesis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación

2.1.1. *Psicomotricidad*

La psicomotricidad tuvo sus inicios desde que fue utilizándose para reeducar algunos aspectos motores; pero “a partir del año 1960 la psicomotricidad aportó la fundamentación teórica del examen psicomotor con la carta de reeducación, así como con una serie de métodos y técnicas de tratamiento de los diversos trastornos motrices” dándole, de esta manera, un enfoque terapéutico (Poca, 2011, p. 85).

El concepto de psicomotricidad está sujeto a distintas formas de interpretación y comprensión, dependiendo del contenido que se le asigne y del contexto en que se utilice. En la actualidad tiene un campo muy amplio de actuación (preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico) (Mendiáras, 2008).

Es la encargada de estudiar la influencia del movimiento en la organización psicológica general, ya que asegura el paso del cuerpo anatómo-fisiológico al cuerpo cognitivo y afectivo (Ecured, 2013, párr.1).

Asimismo, integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio-motrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto psicosocial (Pacheco, 2015).

Se trata de una disciplina que explica que el individuo es una unidad entre sus aspectos corporales (motrices), emocionales y cognitivos, que se encuentran interconectados y no se pueden separar (Ministerio de Educación, 2012).

Se define como la ciencia que estudia la integración entre lo motor, lo psíquico y lo afectivo del ser humano, así como el tratamiento de sus trastornos. Ha evolucionado como disciplina recibiendo influencias de diversas corrientes teóricas de la psicología, la neurofisiología, la psiquiatría y el psicoanálisis, hasta llegar al momento actual (Buenaventura y Bielsa, s.f.).

La educación psicomotriz es el "punto de partida" para el proceso de aprendizaje de los niños. Comúnmente, si su hijo tiene una discapacidad de aprendizaje es el resultado de alguna deficiencia en el desarrollo psicomotor (Camargos, 2016, párr.2).

El niño que presenta el desarrollo psicomotor constituido apenas puede presentar problemas en la escritura, lectura, hacia la gráfica, en la distinción de las letras, en el orden de las sílabas, en el pensamiento abstracto y el análisis gramatical, lógica, entre otros (Camargos, 2016, párr.2).

La psicomotricidad, como estimulación a los movimientos del niño, tiene como objetivo final: motivar la capacidad sensitiva a través de las sensaciones y relaciones entre el cuerpo y el exterior (el otro y las cosas), cultivar la capacidad perceptiva a través del conocimiento de los movimientos y de la respuesta corporal, organizar la capacidad de los movimientos representados o expresados a través de signos, símbolos, planos, y de la utilización de objetos reales e imaginarios, hacer que los niños puedan descubrir y expresar sus capacidades, a través de la acción creativa y la expresión de la emoción, ampliar y valorar la identidad propia y la autoestima dentro de la pluralidad grupal, crear seguridad al expresarse a través de diversas formas como un ser valioso, único e irrepitible, crear una conciencia y un respeto a la presencia y al espacio de los demás (Andalucía, 2012, p.2).

La psicomotricidad vivenciada es uno de los tipos de psicomotricidad más importante, también llamada relacional (Álvarez, 2013).

Se trata de una disciplina que, basándose en la vivencia de lo corporal, lo sensorial y lo relacional, busca mejorar el desarrollo físico, emocional y social del niño. Es un método que ponemos al servicio de los niños y niñas con el fin de favorecer su desarrollo, desde un equilibrio entre estas capacidades sensoriales (sentidos), motrices (movimiento), afectivas (relaciones) e intelectuales (pensamiento) (Viciana, Cano, Chacón y Martínez, 2017).

Además, puede ser una excelente herramienta para los educadores, ya que propicia la interacción del educando con el medio, asocia el movimiento a lo lúdico y logra reforzar los diversos aprendizajes obtenidos en la escuela, haciendo que los procesos formativos sean más creativos, dinámicos y significativos para el alumno (Valdés, 2000).

Por ello surge la inquietud de investigar con más profundidad el tema, ya que es un enfoque renovado de la Psicomotricidad que está siendo estudiado, esto bajo un punto de vista más integral, que merece ser considerada y abordada con más atención (Retamales, Rojas y Eyzaguirre, 2002).

La finalidad de la psicomotricidad vivencial radica en:

- La comunicación: El niño ingresa en contacto con los objetos y los conoce junto a sus compañeros. A partir de ahí irá construyendo su propio “Yo” en comunicación con los demás.
- La creación: Creará historias, situaciones, construirá objetos (que tengan como punto de destino a los otros y a sí mismo) y disfrutará con sus propias producciones. Este proceso le ayudará a descentrarse de sí mismo, permitiendo a los otros entrar en su mundo.
- La operatividad: El niño irá siendo capaz de resolver problemas cada vez más complejos, adquiriendo una capacidad de análisis a partir del descubrimiento de algunas características físicas (longitud, colores, altura, peso, etc.) (Escuela Infantil Aula Futura, 2017).

Existen factores de riesgo en el desarrollo psicomotor en niños, como los mencionados a continuación:

Factores de riesgo neurológico: Peso al nacimiento <1500 g y/o edad gestacional (EG) < 32 semanas, infección congénita intrauterina, apgar < 4 a los 5 minutos y/o pH arterial

umbilical < 7, hijo de madre HIV, drogadicta, alcohólica, microcefalia (PC < 2 DS) (García, 2016, p.86).

Factores de riesgo auditivo: Inmadurez extrema, meningitis, lesión del parénquima cerebral, hiperbilirrubinemia > 25 mg/dl o ET, antecedente familiar de hipoacusia, malformación craneofacial, tratamientos ototóxicos (García, 2016, p.87).

Factores de riesgo visual: Peso al nacimiento < 1250-1500 g., EG < 30-32 semanas, ventilación mecánica prolongada, infecciones congénitas del SNC, patología craneal detectada por ECO/TAC, síndrome malformativo con compromiso visual (García, 2016, p.87).

Factores de riesgo psicosocial: Familia en situación de aislamiento, marginalidad, pobreza, prisión, progenitor adolescente; progenitor con discapacidad intelectual (CI que dificulte entender las instrucciones de cuidado), trastorno mental o emocional importante, progenitor con deficiencia sensorial severa, progenitores con dependencia al alcohol u otras drogas (García, 2016, p.87).

Las principales terapias psicomotoras son:

- Hidroterapia: Este tipo de terapia se caracteriza por realizarse en una piscina con el objeto de que, a través de la estimulación provocada con el agua, el niño se relaje y mejore su relación corporal con el medio (Universidad internacional de Valencia, 2018, párr.1).
- Musicoterapia: En ese caso la estimulación tiene lugar a través de la música y el ritmo, mejorando tanto la verbalización, como también la comunicación no verbal (Universidad internacional de Valencia, 2018, párr.2).
- Yoga: Con la utilización de esta conocida disciplina física y mental originaria de la India, los niños afectados con TEA aprenden a hacer frente al estrés, mejorar la concentración y el autocontrol, así como manejarse en situaciones conflictivas (Universidad internacional de Valencia, 2018, párr.3).

- Juego: La actividad física regular y el juego son fundamentales para el desarrollo físico, psicológico y social, constituyendo una excelente herramienta para estimular tanto la atención como la imitación, así como también el seguimiento de órdenes y la sociabilización (Universidad internacional de Valencia, 2018, párr.4).
- Aprendizaje por imitación: La imitación ya es de por sí un recurso fundamental en niños con desarrollo normal. Además, en los niños con autismo es doblemente útil porque les obliga a poner atención sobre otra persona y lo que está haciendo, ayudándoles de esta forma a romper con su hermetismo (Universidad internacional de Valencia, 2018, párr. 5).

La sala de psicomotricidad debe tener el espacio y los materiales adecuados. Es importante que la sala donde se vaya a realizar las sesiones tenga unas características determinadas para que el niño tenga deseo de moverse y expresarse (Cancelas, 2017).

Entre esas características están: Ser amplia, con espacio para el movimiento de los niños de una clase; con buena temperatura adecuada y acogedora para dar seguridad a los niños; luminosa y confortable; libre de obstáculos que impidan el estar preocupado de otras cosas que no sean los niños. Así mismo, es importante que se cuente con el material adecuado (Cancelas, 2017).

Bravo (2017) menciona que los dispositivos de la sesión son:

- Dispositivo espacial: Se estructura por medio de dos lugares, cada uno con su dominancia expresiva, el primero enfocado a la expresividad motriz se trata de una sala amplia y el segundo a la expresividad plástica, gráfica y al lenguaje posee una sala reducida.
- Expresividad motriz: Está reservado a las actividades de juego motor. Lapierre y Aucouturier, (2004) desarrollaron un modelo de trabajo de gran aceptación en

educación psicomotriz, donde propone, los siguientes juegos: aseguración profunda (para que el niño se centre en sí mismo, sus sensaciones, su tono, su movimiento y sus emociones, siendo estos: juego de destruir, a placer sensorio motor como trepar, saltar, caer, rodar y balancearse, a involucrarse, a esconderse, a ser perseguido, de identificación con el agresor, etc.) y de aseguración superficial (permite expresarse sin temor teniendo en cuenta la realidad exterior y transformarla a placer según sus fantasías, tales como: juego a identificarse).

- **Expresividad Grafica-plástica:** En este lugar los niños pueden construir o dibujar libremente, por ello, la actitud del/la psicomotricista es sobre todo maternante, ya que aporta los materiales necesarios para la construcción, distribuye las hojas o los lápices y sobre todo facilita que cada niño/a hable de la historia del dibujo o de la construcción que está haciendo en lugar de que al final diga solamente qué ha construido o qué ha dibujado.
- **Dispositivo temporal:** Se basa en fases sucesivas que se proponen a los niños para que puedan pasar por diferentes niveles de simbolización, para que puedan sentir placer en un itinerario de maduración psicológica. Este paso favorece el desarrollo de diferentes niveles de simbolización desde la vía corporal hasta el lenguaje. Es un recorrido que ayuda a la distanciaci3n emocional ya que las emociones se van integrando en las imágenes mentales en el proceso de descentraci3n t3nico emocional.

El primer tiempo est3 reservado a la expresividad motriz (proceso de aseguraci3n por medio del juego).

El segundo tiempo para la historia (cuento) que se narra a los/as ni3os/as despu3s de la expresividad motriz y antes de la expresividad pl3stica y gr3fica (proceso de aseguraci3n por medio del lenguaje).

El tercero está dedicado a la expresividad plástica y gráfica: El/la psicomotricista ha de saber emocionar al grupo, seguir izándolo a la vez, antes de pasar con más motivación a la construcción o al dibujo.

El conjunto de la sesión de práctica psicomotriz educativa se completa y se enmarca con un ritual de entrada, al inicio, en el que el/la psicomotricista acoge a los/as niños/as, recuerda las consignas de funcionamiento: la sala es para jugar y en ella no se puede hacer (ni hacerse) daño y con un ritual de salida que cierra la sesión y en el que cada niño/a es identificado/a con su nombre.

2.1.2. Trastorno del espectro autista

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) es un trastorno del desarrollo que causa dificultades con las habilidades sociales, la comunicación y el pensamiento. Las habilidades de los niños autistas pueden ser altas o bajas dependiendo tanto de su nivel de coeficiente intelectual y de su capacidad de comunicación verbal (Atethela, s.f., párr.2).

En España, el CIE 10 clasifica el Autismo, autista (infancia) (infantil) F84.0 como: Atípico (F84.9) y trastorno de espectro (F84.0) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

En cuanto a los criterios para el diagnóstico del Trastorno autista, Palomo (s.f.) señala lo siguiente:

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Los signos del autismo generalmente se reconocen a los 2 o 3 años. Pero, puesto que a veces estos síntomas pueden ser difíciles de percibir, puede llevar más tiempo identificarlo completamente (Atethela, s.f., párr.3).

Se le llama "trastorno de espectro" porque diferentes personas con TEA pueden tener una gran variedad de síntomas distintos. Estas pueden tener problemas para hablar con usted y es posible que no lo miren a los ojos cuando usted les habla. Además, pueden tener intereses limitados y comportamientos repetitivos. Es posible que pasen mucho tiempo ordenando cosas o repitiendo una frase una y otra vez. Parecieran estar en su "propio mundo" (Medline Plus, 2018, párr. 2).

Los sujetos que padecen este trastorno tienden a aislarse debido a la dificultad para relacionarse en un ambiente social, y presentan manifestaciones clínicas tales como alteraciones en el desarrollo y organización del lenguaje, acciones repetitivas, rutinarias y estereotipadas, dificultad en la planeación y cambio de criterio mental o flexibilidad cognitiva. (Talero, et al., 2015, p.247)

El término trastorno en el espectro autista (TEA) incluye trastorno autista (TA), Síndrome de Asperger (SA) y trastornos perturbadores del desarrollo no especificados (TPDNE). La incidencia se ha ido modificando al separar el TA de los déficits cognitivos globales presentes en el retraso mental y con el concepto de "espectro autista", que abarca los distintos grados de severidad (Quijada, 2008, p.86).

El TEA se caracteriza por anomalías en conducta, lenguaje y cognición, asociadas a retraso mental en 70% y a epilepsia en 30% sin otra causa de disfunción cerebral evidente. Esto sugiere un trastorno funcional difuso en la corteza de asociación con respecto de las cortezas primarias sensorial y motora y de la sustancia blanca (Quijada, 2008, p.86).

Con la publicación del DSM5 en el 2013, la clasificación y criterios en el área del autismo quedaron transformadas notablemente a diferencia de las clasificaciones previas (DSM-IV-TR). En el DSM5, los diferentes trastornos del espectro autista involucrados en el DSM IV-TR (trastorno autista, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, entre otros) desaparecen para quedar todos comprendidos en una única nomenclatura de trastornos del espectro del autismo (TEA) (Hervás, Balmaña y Salgado, 2017).

Parte del diagnóstico del DSM5 abarca la adición de grados de severidad (en 3 grados) tanto para las manifestaciones de la comunicación social como de comportamientos restringidos y repetitivos: grado 3 “necesita ayuda muy notable”; grado 2 “necesita ayuda notable”; y grado 1 “necesita ayuda” (Hervás et al., 2017).

Con la nueva clasificación del DSM 5 se pasa de una aproximación categorial del autismo a una conceptualización con perspectiva dimensional. El significado del autismo como un espectro de trastornos de diferente severidad y una conceptualización más dimensional, no es una acotación actual, sino que tiene su origen prácticamente en los inicios de la definición del autismo. Por otro lado, estudios recientes de TEA han evidenciado que, existe una tendencia con la edad a la mejora de sus síntomas y mejor adaptación funcional, aun tratándose de un trastorno crónico y que el retraso de inicio de lenguaje no es una diferencia significativa en la adaptación funcional en la evolución a la edad adulta (Hervás et al., 2017).

Con la nueva clasificación del DSM5, los criterios de inclusión son más específicos y estrictos, conteniendo por ejemplo las alteraciones sensoriales (hipo o hipersensibilidad) dentro

de la dimensión de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas, lo cual reduce la posibilidad de falsos positivos (Hervás et al., 2017).

Actualmente no es posible determinar una causa única que explique la aparición del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), pero sí la fuerte implicación genética en su origen. La gran variabilidad presente en este tipo de trastornos apunta también a la relevancia que puede tener la interacción entre los distintos genes y diferentes factores ambientales en el desarrollo del TEA, pero por el momento, estos elementos no se encuentran claramente identificados, y aún es necesaria mucha investigación al respecto (Confederación Autismo España, 2014, párr.1).

La evidencia científica disponible indica la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales, que hacen más probable que un niño pueda padecer un TEA (Organización Mundial de la Salud, 2018, párr.7).

Los datos epidemiológicos disponibles demuestran de forma concluyente que no hay pruebas de una relación causal entre los TEA y la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Los estudios anteriores que señalaban una relación causal estaban plagados de errores metodológicos (Organización Mundial de la Salud, 2018, párr.8).

Tampoco hay prueba alguna de que otras vacunas infantiles puedan aumentar el riesgo de TEA. Las revisiones de los datos científicos sobre la posible asociación entre el riesgo de TEA y el tiomersal utilizado como conservante o el aluminio empleado como adyuvante en las vacunas inactivadas demuestran de forma concluyente que las vacunas no aumentan dicho riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2018, párr.9).

El diagnóstico de los TEA puede ser difícil de hacer debido a que no existen pruebas médicas, como un análisis de sangre, para diagnosticarlos. Para llegar a un diagnóstico, los médicos observan el comportamiento y el desarrollo del niño (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2014, párr.7).

A veces, los TEA pueden detectarse a los 18 meses de edad o incluso antes. A los 2 años de edad, el diagnóstico realizado por un profesional con experiencia puede considerarse muy confiable. Sin embargo, muchos niños no reciben un diagnóstico final hasta que son mucho más grandes. Este retraso significa que hay niños con TEA que podrían no obtener la ayuda temprana que necesitan (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2014, párr.8).

Los signos y síntomas fundamentales del autismo son: 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 contacto visual y querer estar solos; tener dificultades para comprender sentimientos de otras personas y para hablar de sus sentimientos; preferir que no se los abrace, o abrazar a otras personas solo cuando ellos quieren; parecen no estar conscientes cuando otras les hablan, pero responder a otros sonidos. (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2014, párr. 3) Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social; patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (Autisme, 2016, párr. 2).

El tratamiento de los trastornos del espectro autista debe comenzar lo antes posible después del diagnóstico. El tratamiento temprano es importante porque la atención adecuada puede disminuir las dificultades que tienen las personas al mismo tiempo que les ayuda a aprender nuevas habilidades y aprovechar al máximo sus fortalezas (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018, p.5).

La gran cantidad de problemas que enfrentan las personas con estos trastornos significa que no existe un mejor tratamiento para el espectro autista. Trabajar en estrecha colaboración con un médico o profesional de la salud es importante para encontrar el programa de tratamiento adecuado (Instituto Nacional de Salud Mental, 2018, p.5).

2.1.3. Psicomotricidad en niños con autismo

Los niños con autismo se relacionan de diversas formas con su entorno, tal como se menciona a continuación:

En relación con el espacio, a partir del investimento dinámico del espacio (en horizontal y en altura), se inicia progresivamente la abstracción de éste y de ahí se traspone al plano reducido y abstracto que supone el grafismo. También aparece el espacio sonoro, donde el sonido (con objetos o con la propia voz), va siendo una prolongación del propio yo corporal (Bravo, 2017).

En relación con el tiempo, el tiempo es la duración que separa dos percepciones espaciales sucesivas. Poco a poco, las secuencias van adquiriendo más duración, apareciendo la capacidad de anticipar, de esperar y de organizar su actividad según una cronología (Bravo, 2017).

En relación con otras personas, las áreas afectadas en los niños con autismo se relacionan con déficits de tipo social. Estas áreas forman parte de un “racimo funcional”, que contendría pautas sociales, habilidades simbólicas y el sistema de las emociones, de manera que, si uno de estos ámbitos se afecta, los demás se resienten, por eso, ellos presentan dificultades para la comprensión de uno mismo y los demás como personas, no pueden predecir ni comprender el comportamiento de las personas, sus compañeros los consideran insensibles y fríos, entre otros juzgamientos y comportamientos (Álvarez, 2013).

En relación con los objetos, los niños con autismo se relacionan mejor con los objetos que con los sujetos. Hacen de los objetos algo interno, propios de su mismo cuerpo. No diferencian los objetos inanimados de los animados. No tiene noción de meterse adentro de algo, porque para ellos todo es parte de su organismo. Estos están generados por el sentido del tacto, no son “objetos” en un sentido objetivo, sino que son sentidos como siendo partes del

propio cuerpo, objetos paradójales, desde el punto de vista del psicoanálisis, que se podrían determinar como “objetos subjetivos” (Álvarez, 2013).

Definición de términos (Glosario)

A continuación, se presentan los términos básicos:

Psicomotricidad: Está asociado a diversas facultades sensorio-motrices, emocionales y cognitivas de la persona que le permiten desempeñarse con éxito dentro de un contexto.

Trastorno del espectro autista: Es una afección neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende. Este trastorno incluye lo que se conocía como síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Enfoque: estudio cuantitativo, dado que se realizó mediciones estadísticas.

Tipo: básico, de acuerdo a Carrasco (2013), es considerada como el conjunto de actividades encaminadas a ampliar el conocimiento, respecto a un tema, con objetividad y precisión.

Diseño: El diseño es no experimental (también denominado observacional), Hernández et al (2014) puesto que no hubo manipulación de variables (p. 152), es transversal: ya los datos serán recolectados en un solo momento, mediante una sola medición de cada una de las variables. Hernández et al (2014) “...es como tomar una fotografía de algo que sucede” (p. 154); y descriptivo, se describió los niveles de psicomotricidad de los niños menores de 12 años con espectro autista.

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

Ámbito Temporal: El periodo de estudio fue realizado durante el año 2020.

Ámbito Espacial: El estudio se realizó en el Instituto para el Desarrollo Infantil: ARIE, la cual es una organización restadora de servicios de salud ubicado en la Av. Flora Tristán 194, La Molina, Lima, Perú.

3.3 Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Valores	Instrumento
Nivel de psicomotricidad	Evaluación del desarrollo del niño con TEA de acuerdo al movimiento corporal, la relación con los demás, el control de sus emociones y conocimiento.	Relación a su propio cuerpo	<p>Expresa con gestos corporales.</p> <p>Expresa cuando se enfrenta a situaciones nuevas.</p> <p>Utiliza lenguaje corporal para manifestar sus necesidades.</p> <p>Organiza y dispone sus segmentos corporales.</p> <p>Acepta el contacto físico con otras personas.</p>	Cualitativo	Ordinal	<p>Nunca =0</p> <p>Algunas veces=1</p> <p>Casi siempre=2</p> <p>Siempre=3</p>	Cuestionario de evaluación psicomotriz en niños con TEA
		Relación con otras personas.	<p>Selectivo al relacionarse con los demás.</p> <p>Manifiesta sentimientos de afecto o apatía hacia sus pares.</p> <p>Relaciona “intencional mente” con otras personas.</p>	Cualitativo	Ordinal	<p>Nunca =0</p> <p>Algunas veces=1</p> <p>Casi siempre=2</p> <p>Siempre=3</p>	
		Relación con los objetos	<p>Muestra interés por los objetos.</p> <p>Utiliza intencionalmente los objetos.</p> <p>Realiza algún tipo de juego utilizando los objetos</p> <p>Usa los objetos para relacionarse</p>	Cualitativo	Ordinal	<p>Nunca =0</p> <p>Algunas veces=1</p> <p>Casi siempre=2</p> <p>Siempre=3</p>	

Relación con espacio	el	Aborda de manera intencional y organizada el espacio. Explora con curiosidad los espacios inquietud. Asume y se adapta adecuadamente a diferentes posiciones. Muestra familiaridad en espacios frecuentados.	Cualitativo	Ordinal	Nunca =0 Algunas veces=1 Casi siempre=2 Siempre=3
----------------------------	----	---	-------------	---------	--

Nota. Elaboración propia

3.4 Población y Muestra

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por 30 niños menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil en la sede La Molina en el año 2020. (Proyecciones brindadas por la oficina de matrículas del año 2019).

3.4.2. Muestra

Se trabajó con un total de 26 niños entre 4 a 11 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil del año 2020 en la sede La Molina; cabe mencionar que, se excluyeron del estudio a 4 niños; puesto que, no se cumplió con los criterios de selección. Es importante referir que, dada las circunstancias actuales, solo se trabajó con la cantidad mencionada en el tamaño muestral, ya que no se pudo cumplir con el tiempo estimado de recolección (febrero, marzo y abril 2020).

3.4.3. Unidad de análisis

Niño menor de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil sede La Molina del año 2020.

3.4.4. Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

3.4.5. Criterios de selección

Criterio de inclusión.

- Niños de 4 a 11 años 11 meses 29 días que acudieron de manera regular al instituto.
- Padres de niños que firmaron el consentimiento informado.
- Profesionales que evaluaron y apoyaron en el llenado el cuestionario.

Criterio de exclusión.

- Niños menores de 4 años.
- Padres de niños que no desearon participar de la investigación.
- Niños con TEA y otro trastorno asociado.

3.5 Instrumentos

La técnica a utilizar fue la encuesta, dado que se aplicó una serie de preguntas a los profesionales encargados de realizar las sesiones o talleres con los niños con trastorno autista. El instrumento fue un “Cuestionario de evaluación psicomotriz en niños con TEA”. Este instrumento constó de cuatro dimensiones las cuales son: en relación a su propio cuerpo (4 preguntas), en relación con otras personas (4 preguntas), en relación con los objetos (4 preguntas) y en relación con el espacio (4 preguntas), cada una de las preguntas tendrá como alternativa de respuesta un escalamiento tipo Likert de frecuencia con cuatro valores: nunca =0, algunas veces=1, casi siempre=2 y siempre=3.

La aplicación del instrumento duró aproximadamente entre 10 a 15 minutos. El instrumento fue sometido a juicio de expertos para dar validez de contenido en el estudio de Álvarez L. en el año 2012, aplicado en Barranquilla – Colombia, al indagar el nivel de psicomotricidad en niñas y niños con TEA, la validación tuvo tres pasos, obteniéndose un producto final, en la tercera validación considerándose “Aplicable”.

3.6 Procedimientos

Se procedió a solicitar la aprobación del proyecto por parte de la universidad, quienes emitieron una resolución directoral, lo cual determinó que el tema del proyecto y el título son válidos, y permitió que se realice la ejecución de la tesis. Posteriormente se solicitó los permisos necesarios para poder acceder al instituto y acceder a la población objetivo, buscando evaluarlos y llenar el cuestionario en colaboración con los profesionales.

Se realizó entrega del instrumento de evaluación psicomotriz a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista y la ficha técnica para recolección de información a los profesionales de apoyo terapéutico a niños con TEA en el rango de 4 a 11 años, quienes con la investigadora apoyaron al llenado de la encuesta después del análisis a los niños.

3.7 Análisis de Datos

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.25. Para la evaluación de los datos, se tuvo en cuenta un análisis descriptivo.

Las variables fueron descritas según su naturaleza; las variables categóricas fueron evaluadas mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa y las variables continuas por medio de medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar y rangos intercuartílicos).

3.8 Consideraciones Éticas

En el trabajo se tuvo en cuenta la protección de los participantes, a través de la aplicación de los principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. A continuación, se menciona como se aplicaron los principios bioéticos:

Principio de autonomía: Este principio atribuye a la libre participación del sujeto, es decir, este decide si participa de la investigación, por ello se proporcionó un consentimiento informado para que sepan los detalles del estudio.

Principio de beneficencia: A cada paciente se le explicó sobre los aportes de los resultados del estudio, para sugerir una serie de medidas necesarias para este grupo vulnerable. Asimismo, el estudio fue de beneficio para la institución.

Principio de no maleficencia: Se explicó a cada paciente que su inclusión en la investigación no amerita riesgo a su salud e integridad, los datos fueron anónimos.

Principio de justicia: Todos los participantes fueron tratados con respeto y cordialidad, además se consideró a todos por igual, sin preferencias ni discriminaciones.

IV. RESULTADOS

Tabla 2

Características generales de los niños con trastorno de espectro autista

Características Generales		N	%
	M ± DE (Mín - Máx)	5.5 ± 2.3 (4 - 11) años	
Edad	≤ 5 años	18	69.2%
	> 5 años	8	30.8%
Sexo	Femenino	14	53.8%
	Masculino	12	46.2%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 2 se observa las características generales de niños con trastorno de espectro autista, donde la edad promedio fue 5.5 años, siendo el 69.2% menor o igual a 5 años, además el sexo fue femenino en 53.8%.

Tabla 3

Nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista.

Nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo	N	%
Nivel Bajo	6	23.1%
Nivel Medio	10	38.5%
Nivel Alto	10	38.5%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 3 se observa el nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista, siendo 38.5% de nivel medio y alto, y 23.1% de nivel bajo.

Tabla 4

Nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista

Nivel de psicomotricidad en relación con otras personas	N	%
Nivel Bajo	4	15.4%
Nivel Medio	14	53.8%
Nivel Alto	8	30.8%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 4 se observa el nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista, siendo 53.8% de nivel medio, 30.8% de nivel alto y 15.4% de nivel bajo.

Tabla 5

Nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista

Nivel de psicomotricidad en relación con los objetos	N	%
Nivel Bajo	6	23.1%
Nivel Medio	10	38.5%
Nivel Alto	10	38.5%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 5 se observa el nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista, siendo 38.5% de nivel medio y alto, y 23.1% de nivel bajo.

Tabla 6

Nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista

Nivel de psicomotricidad en relación con el espacio	N	%
Nivel Bajo	6	23.1%
Nivel Medio	12	46.2%
Nivel Alto	8	30.8%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 6 se observa el nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista, siendo 46.2% de nivel medio, 30.8% de nivel alto y 23.1% de nivel bajo.

Tabla 7

Nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020

Nivel de psicomotricidad	N	%
Nivel Bajo	6	23.1%
Nivel Medio	10	38.5%
Nivel Alto	10	38.5%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 7 se observa el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista, siendo 38.5% de nivel medio y alto, y 23.1% de nivel bajo.

Tabla 8

Ítems sobre Psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020

Ítems sobre Psicomotricidad	Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Expresa con sus gestos corporales lo que le gusta o le disgusta.	0	0.0%	6	23.1%	6	23.1%	14	53.8%
Cuando se enfrenta a situaciones nuevas lo expresa con sus actitudes corporales.	0	0.0%	4	15.4%	14	53.8%	8	30.8%
Manifiesta con sus gestos corporales para manifestar sus necesidades y demandas en su vida diaria, por ejemplo: para la alimentación, para el aseo, el abrigo entre otros.	2	7.7%	8	30.8%	8	30.8%	8	30.8%
Organiza sus segmentos corporales y dispone su cuerpo para la ejecución de actividades.	0	0.0%	12	46.2%	10	38.5%	4	15.4%
Acepta el contacto físico con otras personas.	0	0.0%	12	46.2%	8	30.8%	6	23.1%
Es selectivo(a) al relacionarse con los demás.	6	23.1%	6	23.1%	4	15.4%	10	38.5%
Manifiesta sentimientos de afecto y/o disgusto hacia otras personas como sus pares, familiares, profesionales de apoyo terapéutico, entre otros.	0	0.0%	4	15.4%	12	46.2%	10	38.5%
Se relaciona "intencionalmente" con las otras personas con las que comparte espacios. Por ejemplo: los busca para jugar o para comunicarse de alguna manera.	1 0	38.5%	8	30.8%	8	30.8%	0	0.0%
Muestra interés por los objetos que se le muestran alrededor	0	0.0%	8	30.8%	12	46.2%	6	23.1%
Utiliza intencionalmente los objetos teniendo en cuenta su uso.	4	15.4%	16	61.5%	6	23.1%	0	0.0%
Realiza algún tipo de juego utilizando los objetos proporcionados durante las actividades.	2	7.7%	14	53.8%	10	38.5%	0	0.0%
Usa los objetos para relacionarse con sus compañeros.	1 8	69.2%	8	30.8%	0	0.0%	0	0.0%
Se integra de manera intencional y organizada al espacio durante sus actividades para cumplir con el objetivo propuesto.	1 2	46.2%	6	23.1%	8	30.8%	0	0.0%
Explora con curiosidad los espacios por los que se mueve.	0	0.0%	8	30.8%	10	38.5%	8	30.8%
Asume y se adapta a diferentes posiciones y vivencias corporales en el espacio Por ejemplo agacharse, empinarse, entre otros.	0	0.0%	8	30.8%	14	53.8%	4	15.4%
Manifiesta seguridad y dominio en los espacios frecuentados.	0	0.0%	10	38.5%	10	38.5%	6	23.1%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 8 se observa los ítems de psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista, donde:

Respecto a la psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista en relación al propio cuerpo, un 53.8% respondió como siempre a “expresa con sus gestos corporales lo que

le gusta o le disgusta”, un 53.8% contestó como siempre a “cuando se enfrenta a situaciones nuevas lo expresa con sus actitudes corporales”, y 46.2% respondió que algunas veces “organiza sus segmentos corporales y dispone su cuerpo para la ejecución de actividades”

Respecto a la psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista en relación con otras personas, un 46.2% respondió como casi siempre “manifiesta sentimientos de afecto y/o disgusto hacia otras personas como sus pares, familiares, profesionales de apoyo terapéutico, entre otros”, un 46.2% contestó como algunas veces “acepta el contacto físico con otras personas”, y 38.5% respondió que siempre “es selectivo(a) al relacionarse con los demás”.

Respecto a la psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista en relación con los objetos, un 69.2% respondió como nunca “usa los objetos para relacionarse con sus compañeros”, 61.5% respondió como algunas veces “utiliza intencionalmente los objetos teniendo en cuenta su uso”, y un 46.2% contestó como casi siempre “muestra interés por los objetos que se le muestran alrededor”.

Respecto a la psicomotricidad en niños con trastorno de espectro autista en relación con el espacio, un 53.8% respondió como casi siempre “asume y se adapta a diferentes posiciones y vivencias corporales en el espacio Por ejemplo agacharse, empinarse, entre otros”, un 46.2% respondió como nunca “se integra de manera intencional y organizada al espacio durante sus actividades para cumplir con el objetivo propuesto”, y un 38.5% contestó como casi siempre “explora con curiosidad los espacios por los que se mueve.”.

Tabla 9

Nivel de psicomotricidad según edad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020

Nivel de psicomotricidad	Edad			
	≤ 5 años		> 5 años	
	N	%	N	%
Nivel Bajo	6	33.3%	0	0.0%
Nivel Medio	6	33.3%	4	50.0%
Nivel Alto	6	33.3%	4	50.0%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 9 se observa el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista según edad, donde: 50% con un nivel medio y alto de psicomotricidad tuvieron más de 5 años, y 33.3% con nivel medio y alto de psicomotricidad tuvieron menos o igual a 5 años.

Tabla 10

Nivel de psicomotricidad según sexo en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020

Nivel de psicomotricidad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Nivel Bajo	2	14.3%	4	33.3%
Nivel Medio	6	42.9%	4	33.3%
Nivel Alto	6	42.9%	4	33.3%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 10 se observa el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista según sexo, donde: 42.9% con nivel medio y alto de psicomotricidad fueron de sexo femenino, y 33.3% con nivel medio y alto de psicomotricidad fueron de sexo masculino.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La psicomotricidad es una disciplina fundamental que permite la estimulación de movimientos del niño, y que es capaz de generar capacidad sensitiva mediante las sensaciones

y relaciones entre el cuerpo y su exterior. En niños con trastorno espectro autista esta psicomotricidad no deja de ser importante por ello es necesario conocer su nivel.

En este estudio, los niños con trastorno espectro autista tuvieron una edad promedio de 5.5 años, y la mayoría fueron de sexo femenino (53.8%), lo cual difiere del estudio de Crissien et al., (2017) donde la mayoría de los niños con este trastorno pertenecen al género masculino (84%).

El nivel de psicomotricidad de los niños con trastorno espectro autista fue medio y alto en 38.5%; estos resultados sugieren que su desarrollo psicomotor evaluado es promedio. Al respecto Becerra y Ulloa (2016) mencionan en su investigación que los individuos con autismo presentaron comportamiento psicomotor de normales a superior, sugiriendo que los sujetos tienen una organización psico-neurológica normal y un potencial de aprendizaje normal para desarrollar habilidades motrices.

Sobre la psicomotricidad en relación al propio cuerpo, fue de nivel medio y alto, destacando que la mayoría de niños con trastorno de espectro autista expresa con gestos corporales lo que les gusta o les disgusta, o manifiestan ciertas actitudes corporales al enfrentarse a situaciones nuevas. En cambio, Crissien et al., (2017) observaron que los niños de 4 a 12 años tienen deficiencias motoras a nivel de noción del cuerpo.

Respecto a la psicomotricidad en relación con otras personas, fue de nivel medio, resaltando que la mayoría de niños con trastorno de espectro autista manifiestan sentimientos de afecto y/o disgusto hacia sus pares, familiares, profesionales de apoyo terapéutico; sin embargo, pocas veces aceptan el contacto físico con otras personas y siempre es selectivo(a) al relacionarse con los demás, quizá por el temor hacia los demás.

En cuanto a la psicomotricidad en relación con los objetos, fue de nivel medio y alto, destacando que la mayoría de niños con trastorno de espectro autista muestran interés por los

objetos que se le muestran alrededor; sin embargo, no usan los objetos para relacionarse con sus compañeros.

Respecto a la psicomotricidad en relación con el espacio, fue de nivel medio, destacando que la mayoría de niños con trastorno de espectro autista asumen y se adaptan a diferentes posiciones y vivencias corporales en el espacio, además que exploran con curiosidad los espacios por los que se mueve; sin embargo, una parte negativa es que no se integran al espacio durante sus actividades para cumplir con el objetivo propuesto.

Durante el desarrollo de esta investigación dada en la coyuntura actual de pandemia, solo permitió realizar la recolección de una muestra pequeña, además otra limitante fue que uno de los criterios de exclusión no permitía considerar niños con trastorno de espectro autista con otras patologías asociadas.

VI. CONCLUSIONES

- El nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil en la Sede La Molina en el año 2020 fue medio y alto.
- El nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista fue medio y alto.
- El nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista fue medio.
- El nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista fue medio y alto.
- El nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista fue medio.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda capacitar a los fisioterapeutas especialistas sobre el manejo de este instrumento de evaluación psicomotriz a niños y niñas con trastorno del espectro autista desde la perspectiva vivencial, ya que no solo, permitirá analizar al niño la psicomotricidad, sino también que, mediante ella se pueda reevaluar sus objetivos a corto, mediano o largo plazo, y a la par, replantearse nuevas estrategias para beneficio del mismo manejo.
- Implementar y utilizar este instrumento de evaluación psicomotriz vivenciada en niños y niñas autistas, de manera periódica, en todas las sedes de la institución para el desarrollo infantil-Aire, y extrapolarla a otras instituciones que brinden cuidado a este grupo poblacional de niños.
- Los fisioterapeutas u otros profesionales que brinden apoyo terapéutico a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista con base a la intencionalidad investigativa y a los resultados obtenidos, seguir investigando más sobre las nuevas formas de evaluar la psicomotricidad de Acouturier en Perú; adicionalmente, se recomienda, realizar una validación de adaptación psicométrica del instrumento, para poder examinar la validez del instrumento y ser replicado a nivel nacional.

VIII. REFERENCIAS

- Alethela. (s.f.). *Tratamiento del autismo infantil. Método Tomatis*. <http://cort.as/-NN8u>
- Álvarez, L. (2013). Instrumento de psicomotricidad vivenciada para niños y niñas autistas. *Revista U.D.C.A Actualidad y Divulgación Científica*, 16(2), pp. 343 – 350. <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v16n2/v16n2a08.pdf>
- Andalucía, F. (2012). La psicomotricidad infantil. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, (19), pp. 1-8. <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd9214.pdf>
- Aula Futura. (2017). *Psicomotricidad vivenciada – relacional*. <https://www.escuelaaulafutura.com/psicomotricidad-vivenciada-relacional/>
- Autisme. (2016). *El autismo: Definición, síntomas e indicios*. <https://www.autismo.com.es/autismo/que-es-el-autismo.html#>
- Bravo, M. (2017). *Los fantasmas de acción y la practica-psicomotriz por Bernard Aucouturier*. <https://es.slideshare.net/bravomari35/los-fantasmas-de-acciny-la-practicapsicomotriz-por-bernard-aucouturier>
- Becerra, C. y Ulloa, B. (2016). *Perfil Psicomotor en niños, adolescentes y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista que realizan Actividad Física de la Agrupación AGANAT de Talcahuano*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de la Santísima Concepción]. Repositorio Digital de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/1086/Camila%20%20%20Becerra%20%20%20%20Encina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Buenaventura, M. y Bielsa, A. (s.f.). *Psicomotricidad - Reeduación psicomotriz*. http://www.centrelondres94.com/files/psicomotricidad_reeducacion_psicomotriz.pdf
- Camargos, E. y Maciel, R. (2016). La importancia de la psicomotricidad en la educación de los niños. *Rev. Científica multidisciplinaria base de conocimiento*, 1(9), pp. 254-275.

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacion-es/psicomotor-en-la-educacion-y-el-nino>

Cancelas, C. (2017). *¿Qué importante saber sobre una sala de Psicomotricidad?*.

<https://cristinacancelasruiz.wordpress.com/2017/08/21/que-es-importante-saber-sobre-una-sala-de-psicomotricidad/>

Carrasco, O. y Vera, F. (2014). *Psicomotricidad: experiencias vividas por los cuidadores informales, profesores y kinesiólogos sobre el comportamiento de jóvenes con trastorno de espectro autista*. [Tesis de Maestría, Universidad Andrés Bello]. Repositorio de la Universidad Andrés Bello.

http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/4585/a108817_Carrasco_O_Psicomotricidad_experiencias_vividas_2014_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carrasco, S. (2013). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: Editorial San Marcos.

Centro para el control y prevención de enfermedades. (2014). *Información básica sobre el trastorno del espectro autista*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>

Chavesta, L. (2018). *Frecuencia de indicadores de trastorno de espectro autista en niños del Centro Especializado en Fisioterapia y Rehabilitación Integral de San Juan de Lurigancho – Lima*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis Repositorio.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8859/Chavesta_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Confederación Autismo España (2014). *Sobre el TEA*. <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/etimologia>

Crissien E., Fonseca R., Núñez N., Noguera L. y Sánchez L. (2017). Características sensoriomotoras en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Latinoamericana*

de *Hipertensión*, 12(5), pp. 119-124.

<https://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309003.pdf>

Ecured, (2013). *Psicomotricidad*. <https://www.ecured.cu/Psicomotricidad>

Enríquez, M. (2016). *Actividades para mejorar el desarrollo de la motricidad gruesa en niños con trastorno del espectro autista*. [Tesis, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio

Universidad Rafael Landívar.

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Enriquez-Mirsa.pdf>

Escuela Infantil Aula Futura. (2017). *Psicomotricidad vivenciada-relacional*.

<https://www.escuelaaulafutura.com/psicomotricidad-vivenciada-relacional/>

Esteban, L., y Esteban, V. (2018). *Desarrollo de la motricidad fina en niños y niñas de 5 años*

[Tesis, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio de la Universidad Nacional

de Huancavelica.

http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1954/TRABAJO_DE_INVESTIGACION_2018_EDUCACION_20LIZ_20ESTEBAN_20LAVADO_20VICA_20ROSSI_20ESTEBAN_20LAVADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Flores, S. y González, S. (2018). *Evaluación de área del lenguaje léxico semántico en niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo que acuden a un Instituto de Rehabilitación en Lima – 2017*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3944/Evaluacion_FloresCondorStephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

GACETA, UNAM. (2019). *Autismo, reto para la salud pública y para la inclusión*.

Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.gaceta.unam.mx/autismo-reto-para-la-salud-publica-y-para-la-inclusion/>.

García, M. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. *Actualización en Pediatría*, pp. 81-93.

https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf

Gómez, O. (2014). *La motricidad en Tea-Af y SA: Propuesta para la mejora del déficit motor y de la interacción social*. España: Universidad de Valladolid.

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/3817/TFM-G%20199.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*, 6ª ed. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A.

Hervás, A., Balmaña, N. y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA).

Pediatría Integral, XXI(2). <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2018). *Trastornos del espectro autista*.

https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/19-mh-8084s_158870.pdf

Lampert, M. (2018). *Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25819/1/BCN_Politicas_de_apoyo_al_espectro_autista_FINAL.pdf

Lizana, A. (2016). *Efectos de la Equinoterapia en el desarrollo de la psicomotricidad en niños de 5 años con autismo de la Unión TEA Perú -2015*. [Tesis de Maestría, Universidad

César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/6994/Lizana_GAE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medline Plus. (2018). *Trastorno del espectro autista*.

<https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html>

Mendiaras, J. (2008). La Psicomotricidad Educativa: un enfoque natural. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), pp. 199-220.

<https://www.redalyc.org/pdf/274/27414780012.pdf>

Ministerio de Educación. (2012). *Guía de orientación del uso del módulo de materiales de psicomotricidad para niños y niñas de 3 a 5 años*. Perú: Ministerio de Educación.

<http://www.dreapurimac.gob.pe/inicio/images/ARCHIVOS2017/a-educa-inicial/guia-Psicomotricidad-Ciclo-II-2012.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión Modificación Clínica*. España: Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad. <https://bit.ly/2qWo9yB>

Medline Plus. (2020). *Trastorno del espectro autista*.

<https://medlineplus.gov/spanish/autismspectrumdisorder.html#:~:text=El%20trastorno%20del%20espectro%20autista,otros%2C%20se%20comunica%20y%20aprende.>

Organización Mundial de la Salud. (2018) *Trastornos del espectro autista*. OMS: Ginebra.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Pacheco, G. (2015). *Psicomotricidad en Educación Inicial. Algunas consideraciones conceptuales*. Ecuador: Centro Municipal de Educación Inicial CEMEI "Ipiiales".

http://www.runayupay.org/publicaciones/psicomotricidad_nivel_inicial.pdf

Palomo, R. (s.f). *Trastorno del espectro de autismo 299.00 (F84.0)*. Recuperado de

<http://espectroautista.info/dsmiv.html#idm139930993657248>

- Poca, N. (2011). La psicomotricidad y la construcción del espacio. *Rev Inv Scientia*, 1(1), pp. 85-93. <https://url2.cl/estadisticas/yvpRH>
- Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Rev Chil Pediatr*, 79(1), pp. 86-91. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79s1/art13.pdf>
- Retamales F., Rojas R. y Eyzaguirre J. (2002). *Psicomotricidad vivenciada. Propuesta educativa para el trabajo en el aula rural*. https://www.researchgate.net/publication/220004124_Psicomotricidad_vivenciada_Propuesta_educativa_para_el_trabajo_en_el_aula_rural_estudio_cuasi_-_experimental
- Rodríguez T., Gómez, I., Prieto, A. y Gil, P. (2014). La educación psicomotriz en su contribución al desarrollo del lenguaje en niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo. *Revista de Investigación en Logopedia*, 1, pp. 89-106. <http://www.redalyc.org/pdf/3508/350851047005.pdf>
- Talero C., Echeverría C., Sánchez P., Morales G., y Vélez A. (2015). Trastorno del espectro autista y función ejecutiva. *Acta Neurol Colomb*, 31(3), pp. 246-252. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n3/v31n3a04.pdf>
- Universidad Internacional de Valencia (2018). *Las diversas terapias psicomotoras para tratar el autismo*. España: Universidad Nacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/las-diversas-terapias-psicomotoras-para-tratar-el-autismo/>
- Valdés, M. (2000). La psicomotricidad vivenciada como propuesta educativa en el contexto de la reforma educativa chilena. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (37), pp. 47-62. http://aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1223462620.pdf
- Vera, B. (2016). *Día mundial del autismo: Lo que hemos avanzado en la lucha contra este trastorno*. <https://nmas1.org/news/2018/04/02/autismo-total>

- Viciano, V., Cano, L., Chacón, R., y Martínez, A. (2017). Importancia de la motricidad para el desarrollo integral del niño en la etapa de educación infantil. *Revista Digital de Educación Física*, 8(47), pp. 89-105.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6038088>
- Williams, K. (2019). *Trastorno del Espectro Autista*. *Women's Ministries Resources*.
<https://wmresources.org/es/abril-2019-trastorno-del-espectro-autista-mes-del-autismo/>.

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Marco Metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cómo es el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil, en el distrito de La Molina en el año 2020?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil Sede La Molina del año 2020</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar el nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo en niños con trastorno de espectro autista.</p> <p>Conocer el nivel de psicomotricidad en</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>El nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil del año 2020 es regular.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>X: NIVEL DE PSICOMOTRICIDAD</p> <p>X₁: Relación a su propio cuerpo</p> <p>X₂: Relación con otras personas</p> <p>X₃: Relación con los objetos</p> <p>X₄: Relación con el espacio.</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Enfoque cuantitativo (análisis estadístico).</p> <p>Tipo: básico</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>No experimental (No se manipula la variable), de corte transversal (medido en un solo momento), descriptivo (caracteriza a la variable)</p> <p>Población:</p> <p>30 niños menores de 12 años del Instituto para el Desarrollo Infantil del año 2019.</p> <p>Muestra</p> <p>El tipo de muestreo fue no</p>

<p>¿Cómo es el nivel de psicomotricidad en relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista?</p> <p>¿Cuál es el nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista?</p> <p>¿Cómo es el nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista?</p>	<p>relación con otras personas en niños con trastorno de espectro autista.</p> <p>Conocer el nivel de psicomotricidad en relación con los objetos en niños con trastorno de espectro autista.</p> <p>Identificar el nivel de psicomotricidad en relación con el espacio en niños con trastorno de espectro autista</p>			<p>probabilístico por conveniencia.</p> <p>Se trabajó con 26 de niños menores de 12 años con TEA del Instituto para el Desarrollo Infantil en la sede La Molina del año 2020.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumento: Escala de evaluación psicomotriz a niños y niñas con TEA.</p> <p>Análisis de datos: Con la matriz de datos en Excel se pasó al programa IBM SPSS versión 25 que procesó los datos mediante estadística descriptiva, datos que luego se representaron en porcentajes, frecuencias, tablas y figuras.</p>
---	--	--	--	--

Anexo B: Consentimiento Informado

“NIVEL DE PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. INSTITUTO PARA EL DESARROLLO INFANTIL, LA MOLINA 2020”

Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación donde se busca determinar el nivel de psicomotricidad en niños menores de 12 años con trastorno de espectro autista del Instituto para el Desarrollo Infantil Sede La Molina del año 2020. Esta investigación es desarrollada por la Bachiller Sandy Elizabeth Bendezú Miranda, con la finalidad de optar su título profesional de licenciada en Terapia Física y Rehabilitación.

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará su colaboración para el llenado de un instrumento, que será un “Cuestionario de evaluación psicomotriz en niños con TEA”, el cual está conformado por 16 preguntas. Los datos son recolectados por la investigadora.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectó la integridad física de la persona, más puede causar incomodidad por contestar ciertas preguntas; sin embargo, para dar seguridad a los participantes no se consignarán los nombres y apellidos de los mismos. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información importante sobre el tema.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los colaboradores incluidos.

Incentivos:

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, debe de firmar el presente consentimiento; por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con la Bachiller Sandy Elizabeth Bendezú Miranda (investigadora responsable) al número 928179915.

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de asentimiento.

Lima, ____ del mes de _____ del _____.

Nombre y firma del Investigador

DNI _____

Nombre y firma del participante

DNI _____

Anexo C: Ficha de Recolección de Datos

Cuestionario de evaluación psicomotriz en niños con TEA

Nombre:	
Profesión:	
Sexo:	
Fecha de evaluación:	

Nombre:	
Edad:	
Sexo:	
Diagnóstico:	

Presentación

El presente instrumento tiene como objetivo evaluar características del desempeño psicomotor del niño con TEA respecto a la relación con su cuerpo, con las personas, con los objetos y con el espacio desde la perspectiva de la psicomotricidad vivenciada. Para ello usted como evaluador debe responder calificando de cero a tres de acuerdo a la frecuencia con que observa la conducta en el niño y niña. Para la aplicación de este instrumento es necesario conocer con anticipación al niño o niña, esto permitirá identificar las respuestas durante la evaluación. Con este instrumento el niño podrá ser valorado en cualquier contexto en el que se encuentre inmerso, para obtener datos más confiables el evaluador podrá tener en cuenta a los cuidadores y demás profesionales que brinden apoyo terapéutico para ampliar o corroborar la información obtenida.

INSTRUCCIONES DE CALIFICACIÓN

VALORES	INDICADOR
0 = Nunca	Nunca = No cumple
1 = Algunas veces	Algunas veces = El nivel de respuesta está por debajo de lo esperado
2 = Casi siempre	Casi siempre = El nivel de respuesta está muy cercano de lo esperado
3 = Siempre	Siempre = Se cumple consistentemente la respuesta esperada

DIMENSIÓN 1: EN RELACIÓN A SU PROPIO CUERPO	VALORACIONES			
ITEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Expresa con sus gestos corporales lo que le gusta o le disgusta				
2. cuando se enfrenta a situaciones nuevas lo expresa con sus actitudes corporales				
3. Manifiesta con sus gestos corporales para manifestar sus necesidades y demandas en su vida diaria, por ejemplo: para la alimentación, para el aseo, el abrigo entre otros.				
4. Organiza sus segmentos corporales y dispone su cuerpo para la ejecución de actividades.				

DIMENSIÓN 2: EN RELACIÓN CON LAS OTRAS PERSONAS	VALORACIONES			
ITEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Acepta el contacto físico con otras personas				
2. Es selectivo (a) al relacionarse con los demás				
3. Manifiesta sentimientos de afecto y/o disgusto hacia otras personas como sus pares, familiares, profesionales de apoyo terapéutico, entre otros.				
4. Se relaciona “intencionalmente” con otras personas con las que comparte espacios. Por ejemplo: los busca para jugar o para comunicarse de alguna manera.				

DIMENSIÓN 3: EN RELACIÓN CON LOS OBJETOS	VALORACIONES			
ITEMS	Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
1. Muestra interés por los objetos que se le muestran alrededor				
2. Utiliza intencionalmente los objetos teniendo en cuenta su uso.				
3. Realiza algún tipo de juego utilizando los objetos proporcionados durante las actividades				
4. Usa los objetos para relacionarse con sus compañeros				

DIMENSIÓN 4: EN RELACIÓN AL ESPACIO	VALORACIONES			
ITEMS	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Se integra de manera intencional y organizada al espacio durante sus actividades para cumplir con el objetivo propuesto				
2. Explora con curiosidad los espacios por los que se mueve.				
3. Asume y se adapta a diferentes posiciones y vivencias corporales en el espacio Por ejemplo agacharse, empinarse, entre otros.				
4. Manifiesta seguridad y dominio en los espacios frecuentados.				

Observaciones generales:

Anexo D: Tablas Anexo

Tabla anexo 1

Dimensiones de psicomotricidad según edad

Dimensiones de Psicomotricidad		Edad			
		≤ 5 años		> 5 años	
		N	%	N	%
Nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo	Nivel Bajo	4	22.2%	2	25.0%
	Nivel Medio	4	22.2%	6	75.0%
	Nivel Alto	10	55.6%	0	0.0%
Nivel de psicomotricidad en relación con otras personas	Nivel Bajo	2	11.1%	2	25.0%
	Nivel Medio	10	55.6%	4	50.0%
	Nivel Alto	6	33.3%	2	25.0%
Nivel de psicomotricidad en relación con los objetos	Nivel Bajo	6	33.3%	0	0.0%
	Nivel Medio	6	33.3%	4	50.0%
	Nivel Alto	6	33.3%	4	50.0%
Nivel de psicomotricidad en relación con el espacio	Nivel Bajo	4	22.2%	2	25.0%
	Nivel Medio	10	55.6%	2	25.0%
	Nivel Alto	4	22.2%	4	50.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla anexo 2*Dimensiones de psicomotricidad según sexo*

Dimensiones de Psicomotricidad		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		N	%	N	%
Nivel de psicomotricidad en relación al propio cuerpo	Nivel Bajo	2	14.3%	4	33.3%
	Nivel Medio	8	57.1%	2	16.7%
	Nivel Alto	4	28.6%	6	50.0%
Nivel de psicomotricidad en relación con otras personas	Nivel Bajo	4	28.6%	0	0.0%
	Nivel Medio	4	28.6%	10	83.3%
	Nivel Alto	6	42.9%	2	16.7%
Nivel de psicomotricidad en relación con los objetos	Nivel Bajo	2	14.3%	4	33.3%
	Nivel Medio	6	42.9%	4	33.3%
	Nivel Alto	6	42.9%	4	33.3%
Nivel de psicomotricidad en relación con el espacio	Nivel Bajo	4	28.6%	2	16.7%
	Nivel Medio	4	28.6%	8	66.7%
	Nivel Alto	6	42.9%	2	16.7%

Nota. Elaboración propia