



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL**

**Implementación de un programa de intervención psicológica
para integración de niños con síndrome de Asperger, en la
ciudad de Quito, 2013**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Terán Ochoa, Jaime Alberto, Ps.

DIRECTORA: Nora Angelita Buele Maldonado, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO, QUITO

AÑO 2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Dr. (a)

Nora Angelita Buele Maldonado

DIRECTOR(A) DE TESIS

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA INTEGRACIÓN DE NIÑOS CON SINDROME DE ASPERGER, EN LA CIUDAD DE QUITO, 2013" realizado por Terán Ochoa Jaime Alberto, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre de 2013

Dra. Nora Angelita Buele Maldonado

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo Terán Ochoa, Jaime Alberto declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría: “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA INTEGRACIÓN DE NIÑOS CON SINDROME DE ASPERGER, EN LA CIUDAD DE QUITO, 2013”, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Buele Maldonado, Norita, director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) dela Universidad”

f.

Autor Terán Ochoa, Jaime Alberto

Cédula: 1707993562

DEDICATORIA

A TODOS LOS NIÑOS....
QUE ME AYUDARON
A CONOCER LO DIFÍCIL DE SER DIFERENTE

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios eje de mi vida

Milenna, Daniela y Doménica por su apoyo y tolerancia

A mis padres por su amor y ejemplo de superación

A Paco, Romeo, Teo, Nandi y Rocco por estar siempre junto a mí

Jaime Alberto Terán Ochoa

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
TABLA DE CUADROS.....	viii
TABLA DE GRÁFICOS.....	viii
TABLA DE ILUSTRACIONES.....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	9
General.....	9
Específicos.....	9
CAPITULO I MARCO TEÓRICO.....	10
Marco Institucional.....	11
1.1. Aspectos Físicos y Geográficos.....	11
1.2. Dinámica Poblacional	11
1.3. Centro Terapéutico Voces	12
1.4. Misión Institucional	14
1.5. Visión Institucional.....	14
1.6. Organización Administrativa	14
1.7. Condiciones Geofísicas del Centro Terapéutico Voces	15
1.8. Políticas de la Institución	16
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL.....	18
2.1. Síndrome de Asperger.....	18
2.2. Servicios de salud y sus modelos administrativos	23
CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO	29
Marco lógico.....	30
Diseño de Resultados	37
Presentación (tablas y gráficos)	38
Análisis general de resultados.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	47
Anexo A. Declaración de consentimiento informado	48
Anexo B. HISTORIA DEL DESARROLLO INTEGRAL.....	49

Anexo C. C.A.R.S.	52
Anexo D. Valoración infantil	58
Anexo E. Reporte de evolución	61
Anexo F. Reporte de Evolución TIP - VOCES.....	64
Anexo G. Reporte de evolución por áreas.....	66
Anexo H. Taller de integración preescolar T.I.P.	68
Anexo I. Plan de autoayuda	71
Anexo J. Planificación de actividades semanales individual.....	72
Anexo K. Programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS)	73
Anexo L. Programación de asesorías familiares TIP / enero – junio 2013.....	75
Anexo M. Programación de salidas supervisadas TIP – voces 2013.....	75
Anexo N. Dinámicas grupales infantiles TIP – voces 2013.....	76

TABLA DE CUADROS

Cuadro No. 1 Especialidades del Centro Terapéutico VOCES	13
Cuadro No. 2 Perfil Epidemiológico Centro Voces	13
Cuadro No. 3	17
Cuadro No. 4 Análisis de Involucrados	30
Cuadro No. 5 Matriz de marco lógico	32
Cuadro No. 6. Cronograma de actividades semanales para los niños del TIP –VOCES..	39
Cuadro No. 7 Número de niños en el programa de integración, promedio de edad (4,23 años), promedio de no inclusión o rechazo en escolarización (1,33) asistencia promedio de 111,93 sobre un total de 120 días laborados y el porcentaje de inclusión escolar fue del 67 % (10 de 15 niños escolarizados)	44

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Puntajes brutos de los 15 participantes en situación test (línea azul) evaluación inicial y (línea roja) evaluación final.....	38
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Pirámide Poblacional Ecuador Censo 2010	12
Ilustración 2. Árbol de Problemas	31
Ilustración 3. Árbol de Objetivos.....	31

RESUMEN

El programa de intervención psicopedagógica para la integración de niños con Síndrome de Asperger, se lo realizó en la ciudad de Quito, con 15 niños, en edad pre-escolar y que su integración escolar se ha visto limitada o requiere de intervención para lograr su escolarización.

El programa de intervención **TIP** (**T**aller de **I**ntegración **P**sicopedagógica), fue realizado en el Centro Terapéutico VOCES, en la ciudad de Quito durante los meses de Enero a Junio del 2013. En él participaron profesionales en Psicología Infantil, Terapia de Lenguaje, Maestras Parvularias, Neuropsicología, Psico-rehabilitadoras, Terapistas Cognitivo – Conductuales, Fisioterapistas entre otros, en coordinación con los padres de los niños y algunas entidades educativas privadas.

Los resultados fueron favorables, lográndose altos índices de efectividad (10 de 15 / 67%), medido por la aceptación de las entidades educativas para con los niños con Síndrome de Asperger, el Centro Terapéutico VOCES, en la actualidad incorporó como un programa permanente al **TIP** ayudando a niños con Síndrome de Asperger y sus familias, proporcionando una integración educativa y social, que permitirá un mejor futuro para los niños y la sociedad.

Palabras claves: Síndrome de Asperger, Taller, Integración, Psicopedagógica, Intervención.

ABSTRACT

Psychoeducational intervention program for the integration of children with Asperger Syndrome was done in Quito city with 15 pre-schooled children whom presented limited school integration or requirement of aid to achieve a normal schooling.

The TIP intervention program (Taller de Intervención Psicopedagógica), took place at the therapeutic center VOCES during the months between January and June 2013 in Quito city. It was attended by professionals in Child Psychology, Speech Therapy, Master preschool, Neuropsychology, Psycho-rehabilitative, Therapists Cognitive - Behavioral, Physical Therapists and others, in coordination with parents of children and some private educational institutions.

The results were favorable, achieving high rates of effectiveness (10 to 15/67%) measured by the acceptance of educational institutions for children with Asperger Syndrome, now days Therapeutic Center VOCES, incorporated TIP as a permanent program to help and support children with Asperger Syndrome and their families. providing educational and social integration, that will allow a better future for children and society.

Keywords: Asperger syndrome, workshop, integration, counselling, intervention.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico cada vez mayor de niños con Síndrome de Asperger en nuestro país y en términos generales una población mayoritariamente sin acceso a los servicios y recursos sanitarios, por un marcado desequilibrio en la distribución de recursos, que se manifiesta con graves deficiencias de cobertura y calidad de los programas de diagnóstico y atención de salud, agravada esta situación por falta de datos estadísticos actualizados para Latinoamérica y por lo tanto para el Ecuador. El Síndrome de Asperger, demanda la importancia de contar con modernos sistemas y programas de salud, producto de lo cual se amplíen las redes de servicios, con una mayor y mejor cobertura para los niños con SA, en donde las poblaciones riesgo sean los primeros beneficiarios de estas estrategias y los niños, con Síndrome de Asperger, en particular accedan a ayudas profesionales y técnicas que garanticen su atención e inclusión social y educativa.

En 1944, el Dr. Hans Asperger, un pediatra austríaco, describió a 4 niños con algunas de las características del autismo, como deficiencias para la comunicación social, pero con una inteligencia normal.

Sus observaciones fueron ignoradas en buena parte hasta que, en 1981, la Dra. Lorna Wing también comunicó varios casos de niños con inteligencia normal y problemas sociales similares y acuñó el término Síndrome de Asperger (SA) para diferenciar estos niños de aquéllos con Autismo Clásico según lo descrito por el Dr. Leo Kanner en 1943.

No obstante, recién en 1994 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría reconoció formalmente el Síndrome de Asperger (SA) como una subcategoría definida dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo y publicó los criterios clínicos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV).

Los niños con Síndrome de Asperger tienen una inteligencia normal, pero escasa interacción social y emocional. Sus patrones del habla son raros y la entonación al hablar es monocorde. Les resulta difícil interpretar las expresiones de la cara y entablar relaciones con sus compañeros apropiadas para la edad.

Se obsesionan por temas poco usuales y tienen conductas repetitivas. Debido a su modo pedante al hablar, los niños con SA suelen ser considerados como “Maestritos” o “Sabelotodo”, les cuesta mucho manejar las exigencias sociales de la escuela o el trabajo y, a menudo, son el blanco de las bromas.

Desde un punto de vista epidemiológico, la prevalencia del SA ha estado históricamente condicionada a los criterios diagnósticos, aunque todos los estudios apuntan una prevalencia aproximada de 2,6-4,8/1.000, con una frecuencia tres a cinco veces superior en varones respecto a mujeres.

El SA parece mostrar una incidencia claramente superior al autismo, habiéndose señalado frecuencias hasta cinco veces más elevadas.

Sin embargo, más de la mitad de los casos alcanzan la edad adulta sin diagnóstico

La realidad actual de la falta de centros especializados para el apoyo y tratamiento de los pacientes (niños) con Síndrome de Asperger, será superada con la acción conjunta y efectiva, en constante evaluación y respuesta a las necesidades cambiantes de la población dentro de un contexto propio de cada región, provincia o ciudad, en la cual este programa se constituye en una aproximación inicial con un enfoque distinto a los pocos existentes y que de seguro aportará una opción de ayuda, es factible en la medida en que las condiciones, experiencia, nivel profesional, infraestructura del Centro Terapéutico VOCES permiten el diseño, desarrollo, implementación con una visión fundamentada en las necesidades planteadas por la población en riesgo y la ausencia o poca oferta de la red de servicios existentes.

El TIP (Taller de Integración Psicopedagógico) es un programa de intervención y tratamiento del SA, que implementa un abordaje psico-educativo individual y multimodal, dirigido al propio paciente y a la familia, así como intervenciones psicofarmacológicas adecuadas, mejorando sus discapacidades y potenciando sus capacidades para compensar e incluir la educación y el asesoramiento a la familia y a la escuela. Este programa logró la integración de niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger, con una mejor inclusión social y escolar a través de la adquisición de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y aprendizaje además de adquirir habilidades adaptativas y de autosuficiencia para fomentar la comprensión en los niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA).

PROBLEMATIZACIÓN

La situación de la salud en nuestro país se encuentra en pleno proceso de desarrollo y cambio, aún distante de convertirse en una realidad, presenta índices que reflejan un subdesarrollo con alta presencia de niveles de pobreza, desnutrición infantil y elevadas tasas de morbi-mortalidad infantil, además de condiciones sanitarias deficientes con pocos y limitados recursos educativos y de acceso a una mejor calidad de vida, en particular en las zonas rurales.

La participación social, coherente, solidaria y permanente es un mecanismo activo que proporciona continuidad de los programas de atención y servicios orientados a la consecución de los objetivos tales como, la integración e inclusión social y escolar de los niños con Síndrome de Asperger, para lo cual es necesario tener accesibilidad justa a los servicios, con coberturas adecuadas y calidad aceptables en la atención de salud, a través de programas de intervención diseñados e implementados para cubrir las necesidades específicas de esta población en riesgo, en donde pueden adquirir rutinas y habilidades sociales, destrezas comunicativas funcionales, además de aceptación y comprensión social por medio del aprendizaje de habilidades adaptativas y de autosuficiencia para un mejor porvenir individual, familiar y de la sociedad misma.

Por lo tanto se hace imprescindible plantear diversos planes de entrenamiento y capacitación, como parte de las nuevas formas organizativas y de gestión, en donde se incluyan aspectos relacionados con la formación de programas especializados con nuevos conceptos y prácticas en salud necesarias para la integración e inclusión de estos niños.

Del mismo modo, el síndrome de Asperger puede también causar problemas en la interacción social normal con los padres, ya que los niños no responden a los patrones típicos de socialización. Las dificultades para interpretar las sutiles pistas de la comunicación no verbal pueden llevar al paciente a conflictos frecuentes e incluso a ser ignorado en sus necesidades básicas. El niño con Asperger con frecuencia se siente confundido porque no es capaz de comprender en qué se equivoca o por qué razón es rechazado por los demás.

El resultado suele derivar en problemas de ansiedad, depresión, conductas obsesivas y agravamiento de conductas inapropiadas, con el consecuente aislamiento social, los afectados suelen ser víctimas de marginación y acoso escolar por sus compañeros, por lo que esta circunstancia dificulta su integración social futura y su avance en la escolarización.

Si bien las condiciones de salud y educación en Quito, y los niveles socioeconómicos de la población motivo de demanda de atención, permite en cierta medida cubrir estas necesidades, es evidente que la salud mental, en general, todavía es un “mito”, los centros de atención para este tipo de pacientes son muy pocos y en condiciones no necesariamente adecuadas no es menos cierto que, por la misma razón las entidades educativas no son suficientes y menos todavía capacitadas para recibir e incluir a niños con (SA), lo cual produce una demanda de atención por parte de estos niños y sus familias que inician una búsqueda desesperada de profesionales, centros de atención especializada y centros educativos.

Los modelos educativos y el trabajo aislado de instituciones principalmente del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación, hacen que las instituciones educativas fiscales, algunas municipales y muy pocas particulares acepten y tengan los medios y conocimientos adecuados para la integración de niños con (SA).

Las entidades sanitarias sean para diagnóstico o tratamiento son escasas y se ven limitadas a las entidades fiscales o municipales de orden "educación especial" y muy pocas a fundaciones o centros privados que por costos son limitados para la mayoría de la población. Los sistemas de aseguramiento de salud públicos y privados no contemplan en muchas ocasiones coberturas para estas patologías, lo cual se convierte en un limitante más de éste diagnóstico.

El presente *PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA INTEGRACIÓN DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ASPERGER*, se lo implementó en la ciudad de Quito, en el periodo de Enero a Junio del 2013.

La inclusión de niños con Asperger es prácticamente imposible sin las ayudas pertinentes En el siglo XXI ya no se pueden pensar estas problemáticas como individuales (atribuidas solamente a un alumno) sino que se impone la tarea de re-contextualizar el problema en términos de sistemas sociales complejos. Los diversos modos de abordar las diferencias han cambiado notablemente en las últimas décadas. Desde un enfoque obsoleto basado en la “deficiencia” o la “patologización”, a las posteriores propuestas acerca de las Necesidades Educativas Especiales y la integración, hasta las actuales propuestas de inclusión educativa y una escuela para todos que disminuya las barreras al aprendizaje y la participación.

JUSTIFICACIÓN

Realizar un Programa de Intervención Psicopedagógico (TIP) para niños con Síndrome de Asperger sirve para cumplir con una función integradora de servicios y programas destinados a la calidad total en salud, se trata de convertir esta tarea en mecanismos de capacitación permanente y asesoría a los pacientes, sus familias y los centros educativos que apoyen este programa, con profesionalismo y de forma coordinada entre profesionales y profesores con el objetivo común de dar una respuesta de calidad para los niños con Síndrome de Asperger y sus familias.

El TIP propone un modelo de acción tutorial con una característica intrínseca a la psicoeducación multimodal, haciendo que esta se convierta en una formación individualizada e integral del niño con SA, dejando de ser una mera instrucción. Las funciones que desarrolla el TIP tienen como objetivo y finalidad básica desarrollar y potenciar las capacidades básicas de los niños con SA y sus familias, a través del aprendizaje de los contenidos curriculares de la etapa, de los procesos de socialización e integración en la comunidad educativa y de los procesos de orientación.

Es un medio por el cual se puede conseguir una mejor vinculación entre terapeutas, pacientes y su familia, y, entre grupos de niños y familias, y por supuesto, permite atender adecuada y satisfactoriamente las diferencias, diversidad y trastornos de la población sensible y necesitada de atención. Pero la implementación de programas de intervención para niños con SA, requiere planificar en distintos niveles de actuación, y que en cada uno de ellos intervengan los distintos profesionales especialistas, educadores y familiares correspondientes quienes deberán responsabilizarse de su tarea.

Es importante aprender con respecto a las características o condiciones que experimentan las personas con Síndrome de Asperger, lo cuales dificultan el desenvolvimiento de ellos en su entorno ya que se ven afectados en la comunicación con las demás personas, debido a un trastorno generalizado del desarrollo que compromete la coordinación motora y su interacción social.

Se considera que el Síndrome de Asperger afecta de 3 a 7 por cada 1000 niños, entre 7 y 16 años de edad. Las cifras no son exactas, pero se reconoce que es un trastorno que afecta más frecuentemente a los niños que a las niñas, por lo que es esencial estudiar este contenido para tener conocimiento de las destrezas sociales y conductuales del síndrome de asperger, es decir las técnicas que se deben llevar a cabo para brindar un mejoramiento en los individuos con este síndrome

El ser humano es un ser complejo, compuesto de multitud de influencias biológicas y ambientales, por lo cual, nuestra función debe abarcar toda esa complejidad, teniendo en cuenta todo el sistema relacional del individuo y respetando a cada uno como es, aprender a saber responder a las necesidades de nuestros pacientes a partir del conocimiento objetivo de sus circunstancias personales e individuales.

OBJETIVOS

General

- Integrar a los niños con Diagnóstico de Síndrome de Asperger mediante la implementación de un programa de intervención psicológica para lograr una mejor inclusión social y escolar

Específicos

- Diseñar un programa de intervención para niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA)
- Desarrollar habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión en los niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA)
- Generar habilidades adaptativas y de autosuficiencia para niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA)


CAPITULO I MARCO TEÓRICO

Marco Institucional

1.1. Aspectos Físicos y Geográficos

Capital:	Quito
Ubicación:	Centro norte de la Provincia de Pichincha
Superficie:	4204 km ²
Altitud:	Entre 2400 a 4500 msnm

San Francisco de Quito, es la ciudad capital de la República del Ecuador¹ y también de la provincia de Pichincha, es la segunda ciudad más grande y poblada del Ecuador. Además es cabecera cantonal o distrital del Distrito Metropolitano de Quito.

Está ubicada sobre la hoya de Guayllabamba en las laderas orientales del estrato volcán activo Pichincha, en la parte occidental de los Andes. Se encuentra aproximadamente en las coordenadas  0°13'23"S78°30'45"O y su altitud promedio es de 2800 msnm. La ciudad está dividida en 32 parroquias, las cuales se subdividen en barrios.

1.2. Dinámica Poblacional

Quito es la segunda ciudad más poblada de Ecuador (después de Guayaquil), con 2.239.191 habitantes en el último censo ecuatoriano, conducido el 28 de noviembre del 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En otros datos, el área administrativa urbana existe 1'607.734 habitantes.

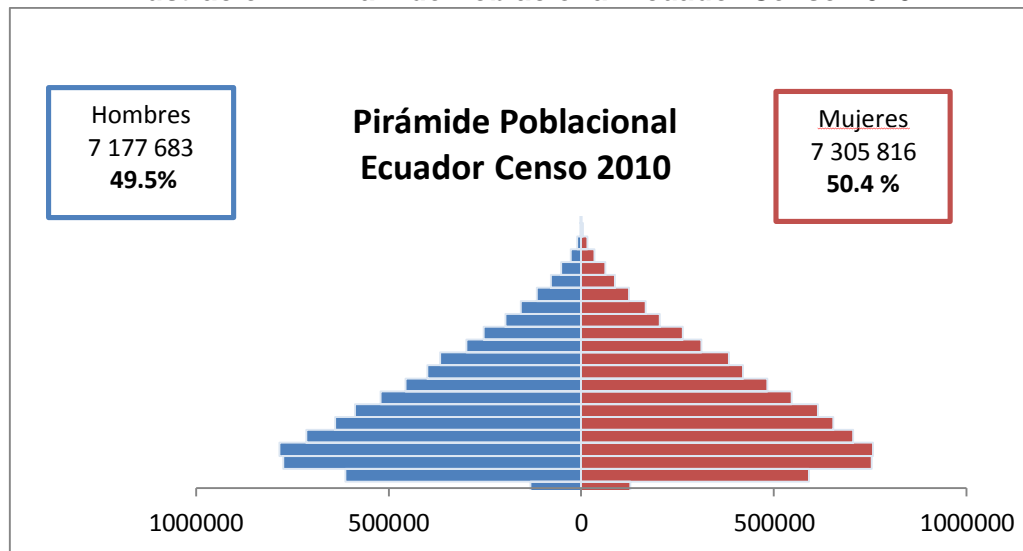
Aunque para datos reales de población de la ciudad que se obtiene con la aglomeración urbana o la Conurbación de Quito, notablemente visible por las localidades suburbanas de la ciudad, esto es considerando incluso las parroquias de Conocoto, Amaguaña, Cumbaya, Nayón, Zambiza, Llano Chico, Calderón, Pomasqui, San Antonio, Tumbaco, Guangopolo, Puembo, Alangasi, La Merced y Sangolquí dan una población real de la ciudad de Quito en 2'325.043 habitantes.

Quito es la segunda ciudad más poblada de Ecuador (después de Guayaquil),

La mayoría de la población (64%) vive en zonas urbanas, con una densidad poblacional de 52,3 habitantes por km².

La población étnica de la ciudad es marcado por un aspecto diverso, por el hecho de las diversas etnias que conviven en la misma ciudad, mayormente conviven personas de raza mestiza junto a la blanca e indígena entre otras.

Ilustración 1. Pirámide Poblacional Ecuador Censo 2010



Fuente: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2010

1.3. Centro Terapéutico Voces

INSTITUCIÓN: CENTRO TERAPÉUTICO VOCES
CIUDAD: QUITO
CANTON: QUITO
PROVINCIA: PICHINCHA
DIRECCIÓN: La Isla N30-18 y Cuero y Caicedo

El Centro Terapéutico VOCES, es un centro de atención por parte de profesionales en Terapia de Lenguaje, Psicopedagogía y Psicología Clínica capacitados para la atención de niños y adolescentes, en el cual se considera que todos los aspectos del desarrollo están interrelacionados y que por lo tanto cualquier alteración o deficiencia en una área puede afectar a otra, de lo cual se deduce la importancia de una detección temprana oportuna, para iniciar un tratamiento, que incluyen planes de rehabilitación concebidos como procesos individualizados para cada necesidad específica de cada caso, proporcionando alternativas de tratamiento, efectivas y actualizadas.

El Centro Voces, inicia actividades hace 8 años, en la ciudad de Quito, con 5 Terapistas de Lenguaje, con una especialidad de atención exclusivamente para niños con dificultades o problemas de lenguaje, su personal para esa entonces venia de laborar en centro de lenguaje para niños deficientes auditivos, con un promedio de 6 años de experiencia profesional.

Sus pacientes con una edad entre 3 y 6 años de edad, tanto hombres como mujeres, recibían atención individual en sesiones de 60 minutos, con una frecuencia semana de 2 a 3 sesiones de terapia.

En los años posteriores, su crecimiento constante y la demanda de complementar con otras especialidades según las necesidades de la población del sector norte de la ciudad de Quito mayoritariamente, incidieron en la apertura de nuevas especialidades dentro de las cuales se incorporaron; psicopedagogía, psicología clínica, fisioterapia y psicología ocupacional respectivamente.

En la actualidad laboran 20 profesionales en dos locales; principal en Quito y sucursal en Cumbayá que atienden a 120 pacientes promedio mensual en las siguientes especialidades

Cuadro No. 1 Especialidades del Centro Terapéutico VOCES

Screening de Lenguaje en niños	Trastornos Emocionales	Terapia de Lenguaje	Psicopedagogía
Screening Auditivo Infantil	Terapia de Pareja	Síndrome de Asperger	Integración Escolar
Audiometría – Impedanciometría	Depresión	Autismo de Alto Funcionamiento	Psicología Clínica Infantil
Déficit de Atención y Concentración	Psicología Clínica para Adolescentes y Adultos	Disfemia o Tartamudez	Anorexia y Bulimia
Dislexia, Disgrafía, Discalculia	Asesoría para padres	Terapia de Voz	Terapia Cognitiva – Conductual

Fuente: Centro Terapéutico Voces
Realizado por: Ps. Jaime Terán

Durante el año 2011 – 2012 en el centro Voces el perfil epidemiológico es el siguiente:

Cuadro No. 2 Perfil Epidemiológico Centro Voces

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CENTRO VOCES 2011 - 2012			
	Patología	Frecuencia	%
1	Dislalias	86	26,30

2	Trastornos de aprendizaje	85	25,99
3	Retraso del lenguaje	61	18,65
4	Trastorno de atención y concentración	22	6,73
5	Trastornos Emocionales	21	6,42
6	Síndrome de Asperger	18	5,50
7	Trastornos de Conducta	16	4,89
8	Déficit Comprensivo	12	3,67
9	Disfemia o Tartamudez	3	0,92
10	Trastornos de Voz	3	0,92

Fuente: Centro Terapéutico VOCES

Elaborado por: Ps. Jaime Terán O.

1.4. Misión Institucional

Proporcionar y promover la salud integral de los niños y sus familias, integrando modelos terapéuticos profesionales, asesoría personal y familiar, por acción de un trabajo interinstitucional con los centros educativos, instituciones estatales, municipales y particulares; favoreciendo la elaboración de mecanismos terapéuticos incluyentes con la participación multidisciplinaria bajo los principios de eficiencia, responsabilidad, compromiso, honestidad para con nuestros pacientes y sus familias.

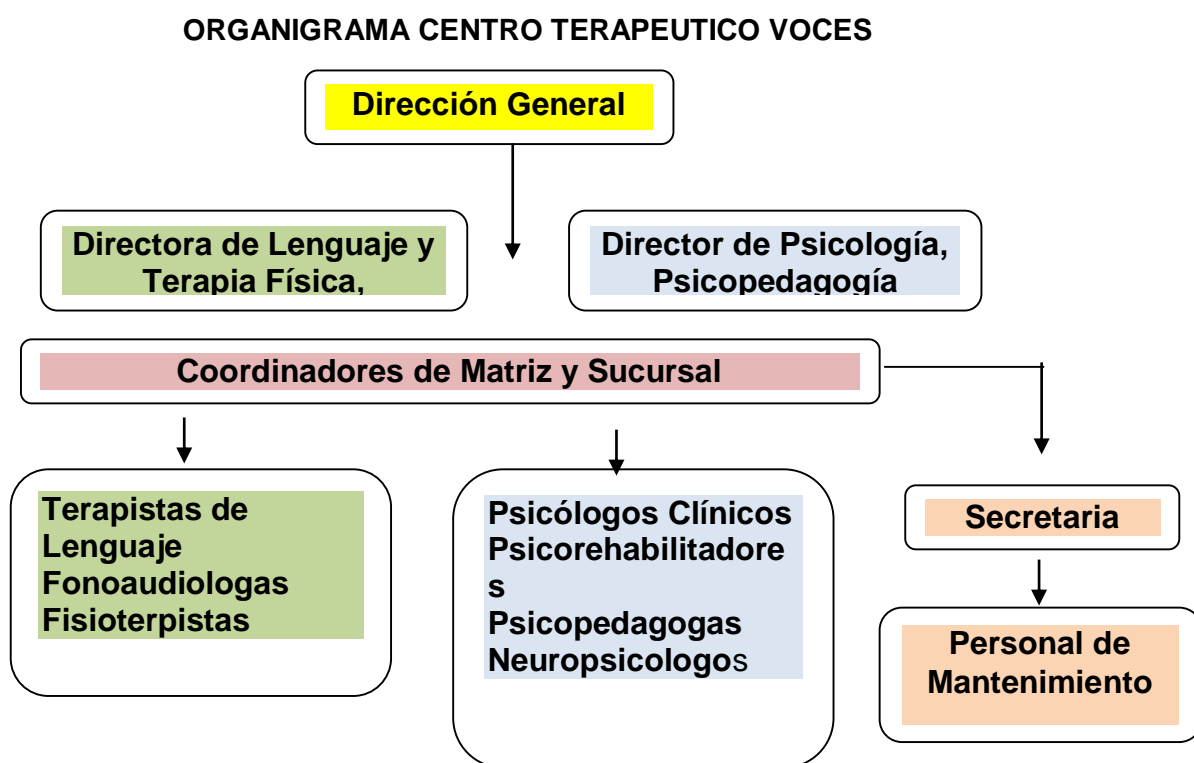
1.5. Visión Institucional

El Centro Terapéutico VOCES conformado por profesionales altamente capacitados, con experiencia y compromiso social, responsabilidad y solidaridad para con las familias ecuatorianas y en particular con los niños, ofrecerá programas de rehabilitación multidisciplinarios integrales individualizados para la rehabilitación de las dificultades de Terapia de Lenguaje, Psicología Clínica Infantil y de adultos, Neuropsicología Infantil, Psicopedagogía y Terapia Física, garantizando la posibilidad de recibir atención profesional personalizada con técnicas actualizadas y modernas, con plena convicción de que el desarrollo integral de la salud de los niños, sus familias y la sociedad ecuatoriana, debe ser armónico y fundamental para el futuro, mediante la participación activa del Centro y la comunidad para mejorar la calidad de vida, su inserción social, su aprendizaje y su desarrollo.

1.6. Organización Administrativa

El Centro Voces se encuentra organizado por un modelo administrativo de orientación vertical, que al momento está en proceso de cambio a una administración horizontal por departamentos, se estructura a través de una Dirección General, y de áreas donde destacan Lenguaje, Fonoaudiología y Terapia Física por un lado y por otro Psicología, Psicopedagogía, Psicorehabilitación y Neuropsicología. A esto se suma un departamento administrativo formado por coordinadores de los locales que tienen a su cargo la secretaria general y personal auxiliar y de mantenimiento.

Esta organización se grafica a continuación según el organigrama detallado a continuación:



1.7. Condiciones Geofísicas del Centro Terapéutico Voces

El Centro Terapéutico Voces se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, Cantón Quito, Barrio Las Casas, tiene una superficie de construcción de 360 m², con una edificación de aproximadamente 25 años de construcción, en el cual las instalaciones constan de la siguiente distribución:

- Subsuelo: con un amplio espacio que se emplea como gimnasio, tiene salida a un patio trasero y al garaje con capacidad para un auto.
- Piso 1: se encuentran 6 cubículos de atención (consultorios), acompañados de una sala de espera, dispone de una entrada principal y acceso al patio de juegos infantiles
- Piso 2: se encuentran 6 cubículos de atención (consultorios) y áreas administrativas

Las instalaciones disponen únicamente de energía eléctrica y agua potable con 4 baterías sanitarias completas.

El centro terapéutico Voces se encuentra en un área con uso de suelo residencial y está rodeada de casas familiares, condominios y negocios de servicios.



1.8. Políticas de la Institución

el CENTRO TERAPEUTICO VOCES propone una variedad de técnicas y métodos que se usan para ayudar a niños y adolescentes que experimentan dificultades con su lenguaje, emociones, comportamiento destrezas cognitivas, psicomotoras, de aprendizaje entre otras, para lo cual presenta programas de tratamiento individuales y sistemáticos con óptimos resultados

Entre los lineamientos terapéuticos están:

- Enfoque Auditivo-oral en la intervención de deficiencia auditiva y retrasos del lenguaje.
- Enfoque ecológico y referencial en el tratamiento de trastornos de la articulación.
- Enfoque Conductual ABA y Sistema Pecs en el tratamiento para niños autistas.
- Terapia Racional Emotiva - Cognitivo-Conductual en el tratamiento Psicoterapéutico.
- Integración sensorio-motriz en terapia física.
- Evaluación y Terapia neuropsicológica

El Centro Terapéutico VOCES en la actualidad atiende a 120 pacientes mensuales promedio en sesiones estructuradas de 60 minutos para cada paciente con una frecuencia promedio de 2 veces por semana.

Los horarios de atención en Quito inician a las 9:00 a.m. hasta las 8:00 p.m. con mayor afluencia a partir de las 2:30 p.m. hasta el cierre, mientras que en Cumbayá la atención se concentra por las tardes a partir de las 2:30 hasta las 20:30 p.m. Los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.

Los precios actuales son:

Cuadro No. 3

ESPECIALIDAD	2 horas por semana	3 horas por semana	8 horas por mes	12 horas por mes
Terapia de Lenguaje	\$30,00	\$45,00	\$120,00	\$180,00
Psicopedagogía	\$30,00	\$45,00	\$120,00	\$180,00
Psicología Infantil	\$30,00	\$45,00	\$120,00	\$180,00
Psicología Clínica	\$40,00	\$60,00	\$160,00	\$240,00
Neuropsicología	\$34,00	\$51,00	\$136,00	\$204,00

Fuente: Centro Terapéutico VOCES

Elaborado por: Ps. Jaime Terán O.

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL

2.1. Síndrome de Asperger

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, en particular aquellas relacionadas con las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Se incluyen dentro de estos trastornos; el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el **Síndrome de Asperger (SA)** y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. (*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 4th ed., Washington, DC: 1994*).

La existencia de varios sistemas de diagnóstico, va a tener implicaciones importantes para el campo de la clínica y el ámbito de la investigación (Volkmar y Klin, 2000), en donde, la variabilidad de los sistemas de clasificación da lugar a un alto nivel de inconsistencia entre los centros médicos, respecto de la identificación y diagnóstico del síndrome de Asperger.

El estudio de Volkmar aporta evidencia empírica sobre la existencia de un número específico de variables clínicas discriminativas entre el síndrome de Asperger, el autismo y la categoría más ambigua de TGD o Trastornos Generalizados del Desarrollo. (*Martín Borreguero, Pilar. El síndrome de Asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?. Alianza Editorial, S.A., Madrid 2004*)

Gracias al mítico estudio epidemiológico de Wing y Gould del año 79, en el que se analizaron las dificultades de relación de los 35.000 niños en Camberwell (Londres), en edades inferiores a los 15 años, hoy sabemos que los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se distribuyen a lo largo de un continuo de afectación en el que se pueden encuadrar desde las presentaciones clínicas más sutiles hasta los cuadros de mayor afectación.

Las personas que presentan severas dificultades sociales tienen también dificultades con la ficción y la imaginación, con la comunicación y el lenguaje y con la flexibilidad mental y comportamental.

El concepto de espectro autista alude y engloba una serie de dimensiones alteradas en mayor o menor medida, siendo un concepto multidimensional (más que una categoría aislada o hegemónica), en el que se pueden encuadrar muchos cuadros sintomáticos, con independencia de que esos cuadros se sitúen dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) o no.

En consecuencia dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) estarían ubicados los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Estos trastornos se caracterizan a su vez por la presencia de una alteración cualitativa en el desarrollo de tres áreas funcionales conocidas como la Triada de Wing. (*Wing y Gold (1979) Severe impariments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiolgy and classification. Journal of Autism and Develpmental Disorders, 9, 11-29*)

- ✓ La capacidad de la relación social
- ✓ La competencia de comunicación y lenguaje
- ✓ A flexibilidad mental y comportamental

De este modo, los términos “alteración” y “cualitativa” adquieren una especial relevancia, puesto que enfatizan que en estos trastornos del desarrollo se ha desviado y sigue un camino cualitativamente (y no cuantitativamente) diferente, es como nos diría Riviere “una trágica desviación del desarrollo humano” (Riviere, 2001).

Este es un factor esencial para establecer un diagnóstico diferencial con respecto a otros cuadros clínicos de aparición en la infancia, dado que los niños y niñas con TGD no siguen en esas tres áreas un patrón evolutivo prototípico, lo que en ocasiones ofrece la imagen de un desarrollo disarmónico el que se observan y simultanean picos de gran habilidad con grandes déficits y dificultades que son independientes de los niveles intelectuales. (*Riviere, A y Martos J., (comp).(2001).Autismo: Comprensión y explicación actual. Madrid: APNA-INMERSO*).

La forma y el grado en que estén alteradas una, dos o las tres áreas de la Triada de Wing y el patrón de aparición del trastorno determinarán el diagnóstico diferencial, el síndrome de Asperger, por tanto, quedaría enmarcado dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. (*González, A. (2009). El Síndrome de Asperger: Guía para mejorar la convivencia escolar dirigida a familiares, profesores y compañeros. España: COFÁS*)

El síndrome de Asperger es, posiblemente, uno de los trastornos del desarrollo más enigmáticos y paradójicos, ya que resulta desconcertante que, de un lado, mantiene la inteligencia “fría o impersonal” (Riviere, 2001) dentro del rango de la normalidad (Cociente intelectual igual o superior a 70) y, de otro lado, conlleva grandes dificultades en el ámbito de la inteligencia interpersonal o social.

De esta forma, y aunque la intensidad de la sintomatología es más leve que en los cuadros de autismo clásicos o prototípicos, la dificultad nuclear para ajustarse a las normas inherentes a las situaciones sociales (Church, Alisanski y Amanullah, 2000) despierta, en innumerables ocasiones, una gran perplejidad.

Baron Cohen (1995) denominó a esta dificultad como “ceguera mental”, para interpretar lo social, de forma más dramática o atenuada, en todos los cuadros del espectro autista.

Riviere describió cualitativamente las características que con frecuencia aparecen en las personas con síndrome de Asperger.

- ✓ Trastorno cualitativo de la relación
- ✓ Inflexibilidad mental y comportamental
- ✓ Problemas de habla y lenguaje
- ✓ Alteraciones de la expresión emocional y motora
- ✓ Capacidad normal de “inteligencia impersonal”.

Las personas con síndrome de Asperger tienen una forma particular de procesar la información que define su estilo cognitivo, en donde sobresalen entre otras características el **pensamiento visual**, es por esto que autores como (Smith-Mylles, 1998, Peeters 2008, Atwood, 2000, 2002) han destinado una gran parte de su labor profesional para realzar la importancia que para un pensador visual tienen los apoyos visuales (pictogramas, fotografías, lenguaje escrito, etc.).

La **teoría de la mente**, concepto extraído de un texto de primatología (Premack y Woodruff, 1978), lo utilizó Baron-Cohen (1989), para describir un déficit específico en las personas con autismo, denominado Teoría de la Mente (ToM), o falsa creencia, con lo que se explicaba la dificultad que tiene las personas con autismo para interpretar intencionalmente la conducta (Riviere y Nuñez, 1996), hoy sabemos que las personas con espectro autista tienen dificultades para atribuir estados mentales (conocimientos, deseos, creencias e intenciones) a los demás, y, en consecuencia, tienen dificultades para anticipar, comprender o manipular la conducta de los otros a partir de esos estados mentales atribuidos.

Este déficit explica algunos de los rasgos más característicos de los TGD como:

- ✓ La opacidad de la conducta ajena; imprevisibilidad
- ✓ La dificultad para relacionarse con los iguales
- ✓ La falta de sensibilidad a las señales sociales

- ✓ La falta de reciprocidad emocional
- ✓ La dificultad para entender intenciones ajenas
- ✓ La dificultad para emitir emisiones declarativas
- ✓ Las limitaciones lingüístico pragmáticas
- ✓ La ingenuidad
- ✓ Las escasas muestras de empatía y los comentarios inadecuados
- ✓ La pobre comprensión emocional

(Valdez, D. La teoría de la mente y sus alteraciones en el espectro autista. En los TGD una aproximación desde la práctica. Colección de materiales de apoyo al profesorado. Consejería de Educación. Junta de Andalucía)

El **déficit de la coherencia central**, término que lo desarrollo Happé en 1994 para referirse a la forma que tienen las personas con SA de procesar la información de un modo centrado en los detalles a costa de una configuración global y de un significado contextualizado *(Happé, F, 1998, Introducción al autismo. Ed.: Alianza Editorial.)*

El **déficit en la cognición social**, Fiske y Taylor 1984, definieron el concepto de Cognición Social como “el estudio de cómo la persona da sentido a lo que hacen los demás y a lo que hace uno mismo”, esta cognición social genera esquemas interconectados que nos permiten saber cómo actuar “por defecto”, proporcionándonos información acerca de lo que es importante para cada situación.

El **déficit en las funciones ejecutivas**, asociadas a los lóbulos frontales (Ozonoff, Pennington y Rogers, 1991), no permite el monitoreo de los procesos que dirigen las acciones para lograr propósitos marcados que requieren distintos procesos cognitivos de alto nivel. *(De la Iglesia y Olivar, 2007)*. Previsiblemente este déficit afecta a la capacidad para solucionar problemas, puesto que le cuesta generar soluciones.

Desde 1993, el síndrome de Asperger constituye una categoría de diagnóstico independiente y ubicado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (World Health Organization, 1993). A pesar de su reconocimiento oficial e inclusión en los manuales internacionales de clasificación psiquiátrica, el síndrome de Asperger continúa teniendo un estatus nosológico dudoso y poco claro. Asimismo, su independencia y diferenciación cualitativa, no solo cuantitativa, con respecto a la condición del autismo es un tema todavía no resuelto de forma conclusiva por los investigadores clínicos.

La incertidumbre existente acerca de la validez del Síndrome de Asperger como categoría diagnóstica independiente del autismo y el desacuerdo entre los investigadores y profesionales clínicos sobre la aplicación de los criterios diagnósticos establecidos en los manuales oficiales de clasificación psiquiátrica son aspectos claramente desconcertantes para las familias, terapeutas y profesionales de la educación cuyas prioridades son proporcionar al niño o al adulto afectados apoyo y ayuda inmediatos así como unos servicios de intervención eficaces.

También debemos recordar que cada individuo con síndrome de Asperger tiene una personalidad única moldeada por experiencias vitales individuales (como el resto de las personas). Como en el caso del autismo, el Síndrome de Asperger es el resultado de un problema orgánico y no de la educación que se ha recibido. Al contrario que las personas con autismo, las que padecen síndrome de Asperger tienen menos problemas con el desarrollo del lenguaje y son menos propensas a tener dificultades adicionales de aprendizaje.

El síndrome de Asperger se manifiesta de diferente forma en cada individuo pero todos tienen en común las dificultades para la interacción social, alteraciones de los patrones de comunicación verbal y no-verbal, intereses restringidos, inflexibilidad cognitiva y comportamental, dificultades para la abstracción de conceptos, coherencia central débil en beneficio del procesamiento de los detalles, interpretación literal del lenguaje, dificultades en las funciones ejecutivas y de planificación, la interpretación de los sentimientos y emociones ajenos y propios.

2.2. Servicios de salud y sus modelos administrativos

- ✓ **REALIDAD NACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA NECESIDADES ESPECIALES:** (<http://sumakkawsay.tieneblog.net/wp-content/uploads/2011/03/EducacionEspecial.pdf>)

Si partimos del hecho que según el informe sobre Desarrollo Humano realizado en nuestro país (2001) en el cual se menciona a 4 componentes básicos, tales como equidad, sustentabilidad, productividad y empoderamiento y tomando como fundamento el informe del PNUD (2006) en donde se mencionan 4 capacidades “vivir una vida larga y saludable, disponer de educación, tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida digno, y participar en la vida de la comunidad”.

Se puede concluir que teóricamente este plan de desarrollo humano es coherente acorde con las condiciones y necesidades de nuestro país y del contexto regional y mundial, al cual no se contrapone, pero sin embargo de esto, en la práctica es donde las diferencias son notorias y evidentes, por más que el plan implica **equidad**, en la realidad no se cumple y es una característica de lucha social y política marcada por ofrecimientos pero no por cumplimientos, **sustentabilidad y productividad**, que si bien se ha mejorado, todavía la inversión en el recurso humano es bajo y en algunos casos inexistente, que marca diferencias en los distintos ámbitos, como muestra de ello, el área de la educación, y **empoderamiento**, en el cual es aún más evidente el paternalismo, centralismo y dependencia desde el estado y la ausencia de participación ciudadana, que hoy se encuentra en proceso de prueba y evaluación, marcada por una rígida y dominante posición política.

Es evidente que estos cambios sugieren la implementación de un modelo de atención acorde con esta nueva perspectiva, que sea coherente con los cambios propuestos y supere las limitaciones de modelos pasados. Este modelo no se pueden concebir sin agrupar estrategias modernas e integradoras de la salud con programas de desarrollo técnico y administrativos eficaces y eficientes, que constituyan redes de atención progresivas, en los cuales, el recurso humano es fundamental, lo cual implica capacitación y formación continua, en conjunto con la acción interinstitucional coordinada y la participación de la sociedad activamente.

Es necesario que este modelo se encuentre orientado a priorizar los problemas, para optimizar recursos con una jerarquización funcional, en la que la suficiencia o insuficiencia tecnológica de cada nivel de atención determine una capacidad resolutive práctica específica, dentro de una escala organizativa funcional de los ámbitos técnico-administrativos de la red de servicios de salud.

La realidad actual de la salud, será superada con la acción conjunta y efectiva, en constante evaluación y respuesta a las necesidades cambiantes de la población dentro de un contexto propio de cada región, provincia o ciudad, para lo cual se requiere de instituciones profesionales orientadas para la prestación de servicios de salud con objetivos claros y factibles que guarden relación con ese modelo de desarrollo que la población y la sociedad necesitan.

Las necesidades por parte de los pacientes y sus familiares, y una demanda cada vez mayor de participación dentro de los procesos terapéuticos hacen que esta sea una muy

buena oportunidad de establecer, en forma organizada y coherente actividades de ayuda a los pacientes con una visión integradora e incluyente.

De acuerdo a los últimos datos estadísticos que arroja la investigación "Situación actual de los Discapitados en el Ecuador", se conoce que:

El 13,2% (1'600.000) de personas tienen algún tipo de discapacidad, de los cuales el 76.2 % no asiste a ningún instituto de educación; de las personas que asisten el 58.8% se encuentran en Educación Regular.

El 6.1% son niños y niñas con necesidades educativas especiales, que no reciben ningún apoyo a pesar de estar aparentemente integrados a Educación Regular.

El 37.9 % de la población con discapacidad, no ha terminado ningún nivel de instrucción lo que significa que el nivel de analfabetismo es del 56.8% en esta población.

Hasta el momento tan solo el 4% de la población en edad escolar, con necesidades educativas especiales, tiene acceso a los servicios de educación especial.

De la población educativa de 5 a 18 años, se calcula que el 2.2 % tienen características de superdotación.

Pese a todos los esfuerzos por parte de entidades estatales o privadas, el nivel de cobertura y acceso por parte de la población con niños y niñas con necesidades educativas especiales que necesitan apoyo terapéutico para mantener o acceder a escolarización regular es insuficiente, con marcado desequilibrio entre las ciudades importantes, frente a una casi inexistente cobertura en ciudades de segundo y tercer orden en provincias.

Frente a esta realidad es que es necesario la implementación de programas modernos y coherentes con la problemática, ajustados a la realidad local, regional y nacional con propuestas de alternativas de apoyo en servicios de salud para esta población necesitada.

✓ **MODELOS ADMINISTRATIVOS Y TECNICOS PROFESIONALES**

Es dentro de esta situación que los modelos administrativos y técnicos profesionales deberán orientarse aplicando, no solamente modelos teóricos de administración en salud modernos, sino adaptados o creados para la realidad de nuestra sociedad y sus necesidades particulares.

Estos modelos en donde se destacan en particular como base:

- **El enfoque de Katz y Kahn:** que desarrollan un modelo de organizaciones más amplio y complejo, basados en la teoría de los sistemas, de acuerdo con este modelo, la organización presenta las siguientes características:
 - ✓ Importación-transformación-exportación de energía.
 - ✓ Los sistemas son ciclos de eventos.
 - ✓ Entropía negativa
 - ✓ Información como insumo, retroalimentación negativa y proceso de codificación
 - ✓ Estado estable y homeostasis dinámica:
 - ✓ Diferenciación
 - ✓ Equifinalidad
 - ✓ Límites o fronteras

- **El enfoque de Tavistock: sistema sociotécnico:**
Las organizaciones cumplen una doble función:
 1. **Técnica:** (relacionada con la coordinación del trabajo y la ejecución de las tareas con la ayuda de la tecnología disponible)
 2. **Social:** (que se refiere a la manera de interrelacionar a las personas, al modo de hacerlas trabajar juntas).

El **sistema técnico** depende de los requerimientos típicos de las tareas que la organización ejecuta, los cuales cambian de acuerdo con la empresa y están determinados por la especialización y por las habilidades exigidas. La tecnología determina casi siempre las características de las personas que la organización necesita. El sistema técnico no puede verse aisladamente, pues es el responsable de la eficiencia potencial de la organización.

Para operar el sistema técnico, se necesita un **sistema social** compuesto de personas que se relacionan o interactúan profundamente. Ninguno de ellos puede

mirarse de manera aislada, sino con el contexto de la organización total. Además de considerarse como un sistema abierto en constante interacción con su ambiente, la organización también se ve como un sistema sociotécnico estructurado.

El **sistema sociotécnico** lo constituyen tres subsistemas principales:

- **Sistema técnico o de tareas**, que incluye el flujo de trabajo, la tecnología involucrada, los desempeños que la tarea exige y algunas otras variables tecnológicas.

- **Sistema gerencial**, que implica la estructura organizacional, las políticas, los procedimientos y las reglas, el sistema de recompensas y el modo como se toman las decisiones y otros elementos proyectados para facilitar los procesos administrativos.

- **Sistema social**, que se relaciona en primer lugar con la cultura organizacional, con los valores y las normas y con el nivel motivacional.

Tomando como pilares básicos estos modelos, es que se fundamenta la creación de modelos de administración de servicios de salud, con unidades técnico administrativas de apoyo psicoterapéutico para familias y niños con necesidades especiales, orientadas a incrementar progresivamente los servicios de atención educativa en salud.

Deberán estar orientados a fortalecer y orientar técnicamente los programas que atienden a las diferentes discapacidades dando prioridad a la discapacidad cognitiva para promover el cambio de concepciones y representaciones sociales, para desarrollar actitudes positivas hacia los niños con necesidades educativas especiales y sus familias.

Para esto es necesario estrategias terapéuticas con esquemas de tratamientos individualizados y profesionales con amplia experiencia capacitados en la atención de niños, adolescentes y adultos, en donde se conciba el desarrollo de los niños como un proceso armónico y fundamental, con recursos elementales para la comunicación como pilar primario para el proceso evolutivo y una inserción social exitosa.

Para lo cual es importante promover el intercambio de recursos entre los centros a través de sistemas de redes y mejorar la difusión de los recursos didácticos (especialmente en Nuevas Tecnologías) con políticas de elaboración y adaptación de materiales.

Los recursos deben de ser adecuados para todos los profesionales y con dotación presupuestaria suficiente para su mantenimiento, para así poder implementar centros y equipos de orientación y capacitación de profesionales que permitan una atención individualizada de las demandas crecientes de intervenciones.

Para este modelo es necesario desarrollar una voluntad política de mejorar significativamente la atención a la diversidad con financiación plurianual adecuada a las necesidades, en donde la capacitación a profesionales y disponer de instalaciones suficientes y accesibles con recursos materiales adecuados, sean accesibles a toda la población, con una visión de organizar mejor el funcionamiento y organización global de la atención a la diversidad.

Todo centro terapéutico multidisciplinario debe incluir programas de capacitación, charlas, conferencias y talleres con temáticas de acuerdo a las necesidades de la población objetivo y/o necesidades de la sociedad, donde además se dará a conocer los servicios, beneficios, actualizaciones y demás información inherente a las actividades del Centro Terapéutico.

También se requiere coordinar actividades de programaciones planificadas o invitaciones a medios de comunicación para una audiencia selectiva objetivo, sin descartar los medios de información multimedia, internet y redes sociales.

Programar cursos de actualización, talleres, y conferencias académicas con especialistas y mantener una red de comunicación interactiva para ayuda multidisciplinaria.

Un programa eficaz de tratamiento edifica sobre los intereses del cliente, ofrece un programa predecible, enseña tareas como una serie de pasos simples, involucra activamente en actividades altamente estructuradas, y brinda refuerzo de comportamiento regular

CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO

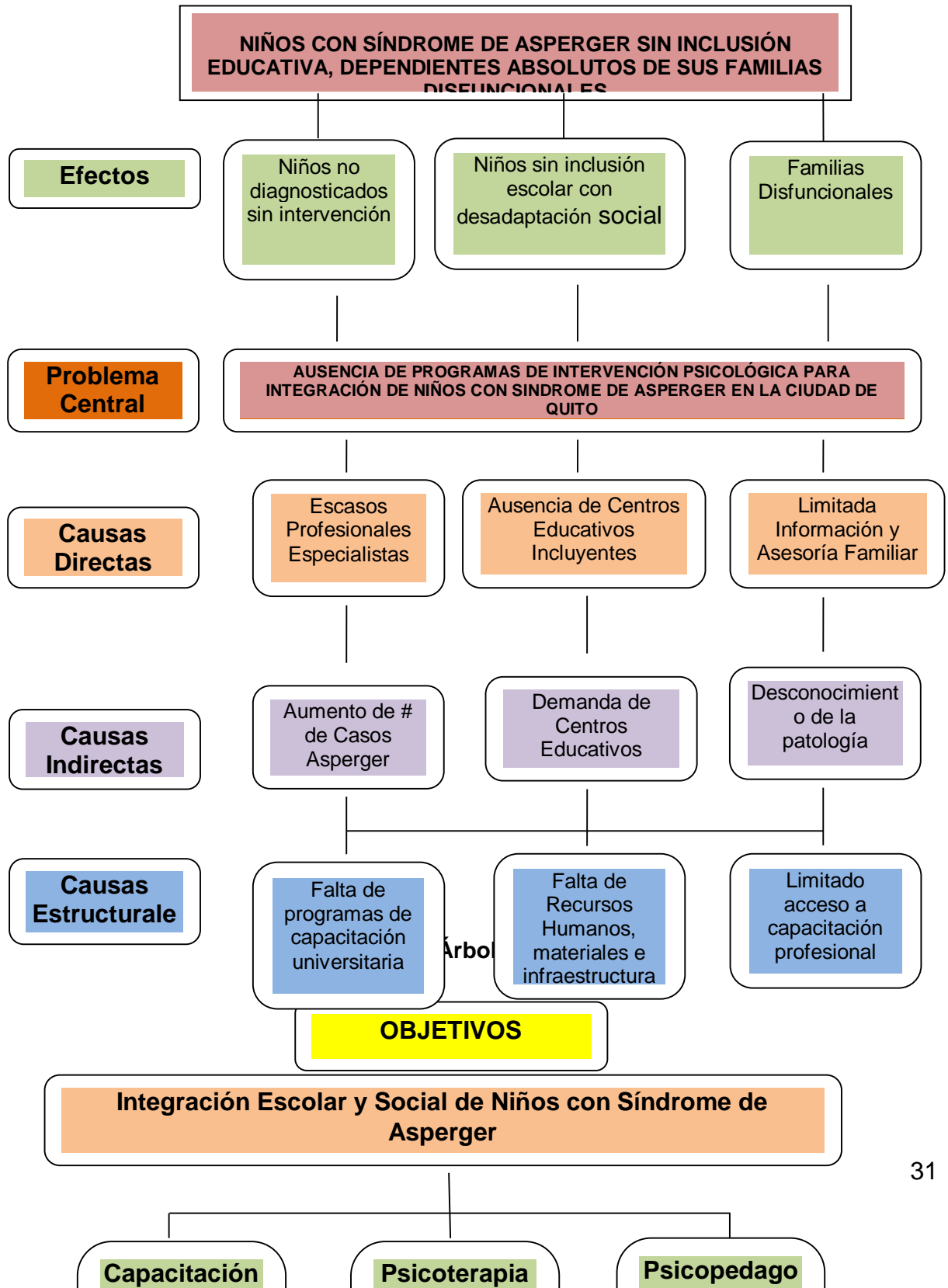
Marco lógico

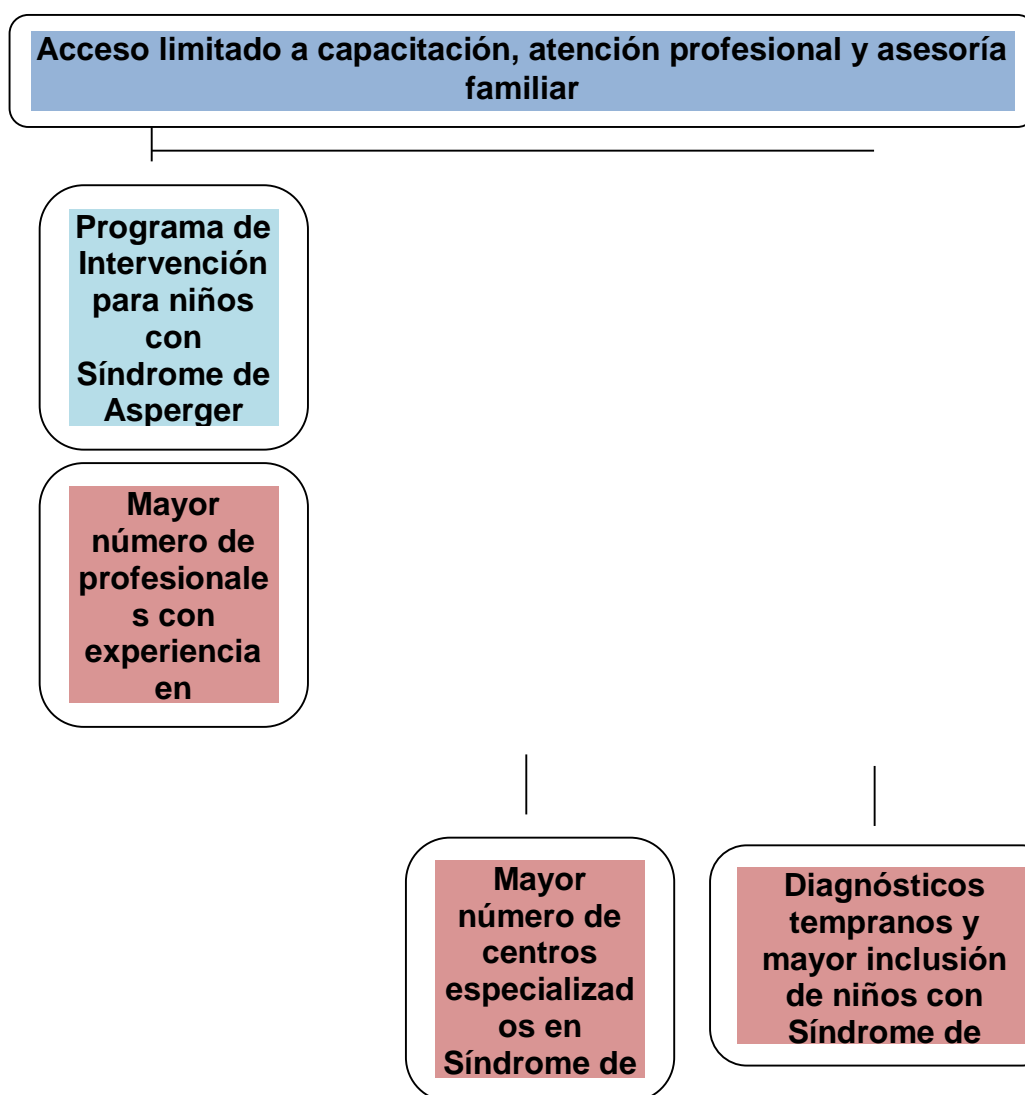
Cuadro No. 4 Análisis de Involucrados

Grupos y/o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas Percibidos
<p>Pacientes diagnosticados con S.A</p> <p>Familiares de los pacientes con S.A.</p>	<p>Mejorar la inclusión social y escolar</p> <p>Acceso a mejores recursos diagnósticos y terapéuticos para el S.A.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Materiales <p>Mandatos:</p> <p>Título VII. Régimen del Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad. Sección segunda. Salud. Arts. 358-366. Art. 44-46</p>	<p>No se ha implementado un programa de diagnóstico y tratamiento para niños con S.A., y sus familias.</p> <p>Docentes, estudiantes y padres de familia sin conocimientos del Síndrome de Asperger.</p> <p>Falta de asesoría familiar percibida por los familiares</p>
<p>Profesionales del Centro Terapéutico Voces de la ciudad de Quito</p>	<p>Mejorar sus conocimientos sobre el S.A.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Materiales <p>Mandatos:</p> <p>Título VII. Régimen del Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad. Sección segunda. Salud. Arts. 358-366. Art. 44-46</p>	<p>Falta de Profesionales capacitados</p> <p>Desconocimiento o falta de especialización en diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Asperger</p>
<p>Maestrante</p>	<p>Elaboración e implementación de un programa de intervención psicopedagógica para la integración de niños con Síndrome de</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Materiales - Económicos <p>Mandatos:</p> <p>Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo</p>	<p>Falta de espacios de capacitación profesional</p> <p>Poco interés de las entidades sanitarias responsables de la promoción de la</p>

	Asperger	de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.- Del proyecto de fin de carrera	salud.
--	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------

Ilustración 2. Árbol de Problemas





Cuadro No. 5 Matriz de marco lógico

Jerarquía de Objetivos	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
FIN Contribuir para una mejor calidad	Mayor # de Diagnósticos Tempranos e	Número de niños incluidos con niveles	Participación de profesionales del área

de vida de los niños con SA, a través de un proceso de inclusión escolar y social	intervenciones adecuadas en niños con SA	satisfactorios de adaptación social y educativa. Mayor número de intervenciones terapéuticas.	
PROPOSITO Implementación de un programa de intervención psicopedagógica para niños con SA.	Informes de Evaluación, Evolución y Diagnóstico de niños con SA, con puntuaciones favorables (80%) para la inclusión escolar y social, hasta junio del 2013	Evaluaciones formales directas e indirectas del programa TIP.	Grupos de profesionales participantes del Centro Terapéutico Voces
RESULTADOS 1 Programa de intervención psicopedagógica para niños con Síndrome de Asperger diseñado e implementado	A junio del 2013 el 100% del plan ejecutándose	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de evaluación de los niños con S.A - Reportes de terapeutas del programa TIP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades y profesionales del Centro Terapéutico Voces. - Infraestructura y reactivos del Centro Terapéutico Voces
2. Programa de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger	A junio del 2013, disminución de 15 Familias disfuncionales	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de procesos de terapia, dentro de las dinámicas y, asesorías familiares. - Reportes de control de asesorías familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades y profesionales del Centro Terapéutico Voces. - Familias de los niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger

3. Inclusión escolar y social de 15 niños con Síndrome de Asperger	A junio del 2013, 15 niños con Síndrome de Asperger en condiciones de inclusión escolar y social idóneas.	<ul style="list-style-type: none"> - Informes de evaluación de los niños con S.A - Reportes de terapistas del programa TIP 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales del Centro Terapéutico Voces - Autoridades y familiares de los niños con Síndrome de Asperger.
Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
<p>R1 Programa de intervención psicopedagógica para niños con Síndrome de Asperger diseñado e implementado. El programa cumple con las expectativas y objetivos planteados según el Indicador, 100% de cumplimiento.</p>			
<p>A1: Evaluar a los niños en condiciones de participar en el programa TIP y posibles variaciones que se puedan incluir dentro del programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades del Centro Voces - Autor del Proyecto 	Enero 30 del 2013	<p>Consentimiento informado</p> <p>Materiales Educativos Informáticos</p> <p>Escala C.A.R.S. (anexo 3)</p> <p>Informe de evolución (anexo 5)</p>
<p>A2: Programación de actividades individuales, grupales y familiares para la Intervención para niños con Síndrome de Asperger</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades del Centro Voces - Autor del Proyecto 	Febrero 5 del 2013	<p>Materiales oficina Informáticos</p> <p>Plan de programación de actividades semanales individual (anexo 10)</p>

<p>R2 Programa de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger Para febrero del 2013, el programa se inicia con el fundamento descrito en los objetivos del programa, alcanzándose el 100% de efectividad según lo previsto.</p>			
<p>A1: Diseño del programa de destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autor del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Febrero 15 del 2013 	<p>Materiales oficina Informáticos</p> <p>Programa de habilidades sociales (anexo 11)</p>
<p>A2: Ejecución del Programa de habilidades y rutinas sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autor del proyecto - Terapeutas del Centro Terapéutico Voces 	<ul style="list-style-type: none"> - Febrero 15 del 2013 	<p>Materiales Educativos Informáticos</p> <p>Informes de evolución (anexos 5, 6 y 7)</p>
<p>A3: Programación de asesorías y apoyo familiar para familias de niños con Síndrome de Asperger</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autor del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Febrero 30 del 2013 	<p>Materiales oficina Informáticos</p> <p>Programación de asesorías familiares (anexo 12)</p> <p>Informe de evolución (anexos 5, 6 y 7)</p>
<p>R3 Inclusión escolar y social de 15 niños con Síndrome de Asperger El programa de inclusión social y escolar para los 15 niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger, cumplió con las expectativas (10 de 15 / 67%)</p>			
<p>A1: Salidas guiadas y supervisadas a centro comerciales y lugares de interacción social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Terapeutas del Centro Voces - Autor del Proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 de Marzo al 31 de Mayo del 2013 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte terrestre (buseta) - Personal de apoyo - Programación de salidas (Anexo 13)

<p>A2: Implementación de actividades y terapia grupales para niños con Síndrome de Asperger y sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autor del Proyecto - Terapeutas del Centro Voces 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 de Marzo al 31 de Mayo del 2013 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educativos - Informáticos - Oficina <p>Dinámica Grupal (Anexo 14)</p>
<p>A3: Elaboración de informe de evolución y evaluación para entidades educativas incluyentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autor del Proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 de junio del 2013 	<p>Materiales oficina Informáticos</p> <p>Informe para entidades educativas (Anexo 7)</p>

Diseño de Resultados

RE1. Programa de intervención psicopedagógica para niños con Síndrome de Asperger diseñado e implementado

A1: Evaluar a los niños en condiciones de participar en el programa TIP y posibles variaciones que se puedan incluir dentro del programa

Para el cumplimiento de esta actividad, en enero del 2013 se procedió a evaluar a los niños, para confirmar en algunos casos el diagnóstico de Síndrome de Asperger, y en otros diagnosticar a aquellos que no tenían un diagnóstico previo o habían sido remitidos al centro Voces para evaluación.

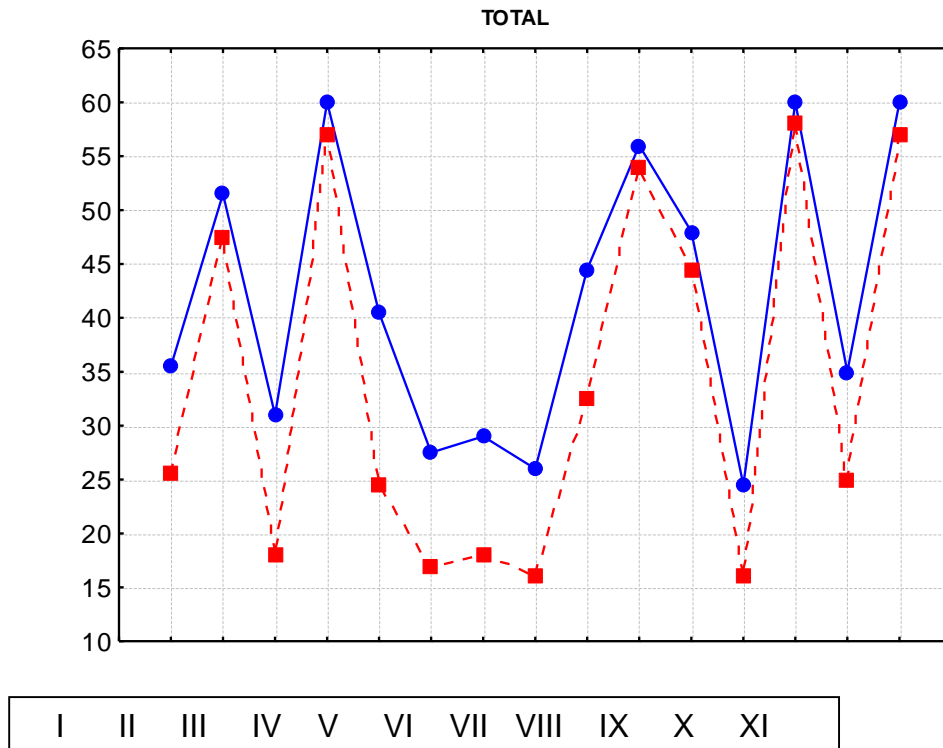
La administración de la escala CARS fue realizada de manera individual, contando con la autorización de los padres, mediante consentimiento informado, la aplicación del CARS abarcó el tiempo destinado a una sesión.

En la misma, el niño fue observado y valorado en los 15 ítems; luego esta información fue complementada con otros datos extraídos de diversas fuentes: entrevistas realizada a los padres, registro de la historia clínica del niño y la información brindada por otros terapeutas.

La media de edad fue de 4,23, con un rango de edad de 3 a 6 años, luego se procedió a realizar un análisis cuantitativo, se complementó este análisis con un estudio cualitativo y el estudio de cada caso.

Presentación (tablas y gráficos)

Gráfico 1. Puntajes brutos de los 15 participantes en situación test (línea azul) evaluación inicial y (línea roja) evaluación final



Realizado por: Jaime Terán

Interpretación de resultados: ESCALA CARS.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	T
T1	35	52	31	60	40	28	30	25	44	55	47	25	60	35	60	41.8
T2	25	48	17	58	25	17	17	15	33	54	45	15	58	25	57	33.9
Dif	-10	-6	-	-2	-	-9	-13	-10	-	-1	-2	-10	-2	-10	-3	7.9
			14		15				11							

T1= evaluación inicial **T2= evaluación final** **Dif: diferencia de puntuaciones** **T= puntuación total**

Realizado por: Jaime Terán

ITEMS DE LA ESCALA C.A.R.S.

I	Relación con la gente	IX	Uso del gusto, olfato y tacto
II	Imitación	X	Miedos y nerviosismos
III	Respuesta emocional	XI	Comunicación oral
IV	Uso de su cuerpo	XII	Comunicación no verbal

V	Objetos	XIII	Nivel de actividad
VI	Adaptación al cambio	XIV	Nivel y coherencia del lenguaje intelectual
VII	Respuesta visual	XV	Impresión general
VIII	Respuesta auditiva		

Realizado por: Jaime Terán

Las puntuaciones en la Escala C.A.R.S. en la evaluación inicial reflejo un promedio de 41,8 lo cual implica autismo severo, mientras que en la evaluación final después del TIP, la puntuación promedio de 33,9 refleja la categoría de autismo moderado, con lo cual se evidencia una mejoría en la sintomatología de los TEA, después de la intervención en el programa TIP, Taller de integración psicopedagógica.

A2: Programación de actividades individuales, grupales y familiares para la Intervención para niños con Síndrome de Asperger

La programación de actividades del TIP se lo planifico teniendo como base los resultados de la escala CARS, según el siguiente formato modelo, con variaciones individuales para cada caso, las asesorías familiares se realizaron, siguiendo un orden alfabético y según las necesidades para cada caso, el diseño del programa se cumplió en un 100%, en tanto que el cumplimiento se lo realizo de menos a más, llegando a un 95% en su ejecución.

Cuadro No 6. Cronograma de actividades semanales para los niños del TIP –VOCES

PROGRAMACION SEMANAL TIP - VOCES

Niño(a): NN

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 a 9:15	Inicio	Inicio	Inicio	Inicio	Inicio
9:15 a 10:00	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva
10:00 a 10:45	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje
10:45 a 11:00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
11:00 a 11:30	RECROO	RECROO	RECROO	RECROO	RECROO
11:30 a 12:15	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje	Motricidad
12:15 a 12:30	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida

Realizado por: Jaime Terán / Centro Voces

R2 Programa de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger

A1: Diseño y ejecución, destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger

El programa de destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social se lo realizo, según los objetivos principales del programa, de acuerdo a las dificultades de los niños con S.A. (Anexo 11)

Los objetivos principales del programa son:

1. “Enseñar” habilidades sociales y emocionales
2. Superar el conflicto entre las habilidades sociales y la honestidad
3. Apreciar y valorar su honestidad como un gran atributo
4. Identificar los puntos ciegos, es decir, lo que entiende y lo que no
5. Proporcionar claves de comunicación no verbal y lenguaje corporal
6. Normal sociales, teóricas y prácticas
7. Desarrollar consciencia contextual
8. Lenguaje social que supere la interpretación literal
9. Aprender a evidenciar y debatir
10. Usar el feedback para ayudarle a llenar el hueco de empatía

Resultados: escala CARS Item (1) relación con la gente de puntuación inicial 35 en evaluación inicial se redujo a 25 en evaluación final e ítem (6) adaptación al cambio de 28 a 17.

A2: : Ejecución del Programa de habilidades y rutinas sociales

Este programa fue diseñado como parte de un proceso de ayuda especializada para niños pre - escolares con Síndrome de Asperger y necesidades individualizadas de atención, que requieren tratamiento intensivo para aportar soluciones particulares o específicas, tomando en cuenta sus propias capacidades y evolución.

1. El objetivo principal del programa (Anexo 11) es lograr que los niños obtengan mejores destrezas en lenguaje, comportamiento y socialización, para luego ser incluidos en la escolaridad regular con habilidades que les permitan un mejor desempeño.

2. Luego de realizar la valoración y pasado el periodo de adaptación, se realizaron planes individuales (Anexo10) tomando en cuenta debilidades y fortalezas priorizando las áreas en las que los niños requieren mayor estimulación. Recibieron diariamente: terapia del lenguaje, terapia de comportamiento, desarrollo cognitivo, motricidad fina y gruesa (musicoterapia), como parte del programa de habilidades y rutinas sociales.
3. Con el objetivo de fortalecer la socialización, una vez cada 3 semanas los niños tienen salidas pedagógicas durante las cuales acuden con personal extra para su cuidado. (Anexo 11)
4. El horario de asistencia al Taller es de 9:00 am a 12:30 pm, de lunes a viernes, los mismos que fueron distribuidos según cronograma de actividades (anexo 10).
5. La entrega de reportes de evolución se realizó en forma individual cada tres meses, en donde los padres recibieron además asesoría con respecto al manejo conductual y apoyo al programa de sus hijos. (Anexos 5, 6 y 7)

La ejecución se la implementó en febrero del 2013, según el cronograma establecido.

A3: Programación de asesorías y apoyo familiar para familias de niños con Síndrome de Asperger

Se logró una mejor adaptación familiar a los diagnósticos y sus procesos de terapia fortaleciendo la socialización como parte del proceso de asesoría familiar dentro del programa de integración psicopedagógica TIP, estas asesorías incluyeron salidas pedagógicas durante las cuales fueron guiados por terapeutas capacitados.

Las asesorías familiares se realizaron con una frecuencia de 3 por cada familia, durante el período de Enero – Junio 2013, además de la entrega de reportes (ver anexo12). Cumpliéndose con lo programado en un 80%, debido a algunas inasistencias de las familiares a citas programadas que no incidieron mayoritariamente en el balance general, esta programación se la realizó como parte del programa de de destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social

R3 Inclusión escolar y social de 15 niños con Síndrome de Asperger

A1: Salidas guiadas y supervisadas a centros comerciales y lugares de interacción social

Como parte del programa de inclusión social y escolar, y siguiendo la planificación establecida, del 1 de marzo al 31 de mayo del 2013, se realizaron 3 salidas pedagógicas, planificadas y estructuradas, para apoyo de las habilidades sociales, que permitan una mejoría en las destrezas y aptitudes de los niños, para mejorar las posibilidades de inclusión social y escolar, lográndose este objetivo en un 80%, según lo planificado. (Anexo 13)

Lámina No 2. Salida pedagógica al Zoológico (Guayllabamba)



A2: Implementación de actividades y terapia grupales para niños con Síndrome de Asperger y sus familias

El grupo de habilidades sociales se constituye en un espacio de aprendizaje y de ensayo ecológico para la persona con Síndrome de Asperger, en donde el entrenamiento en habilidades sociales conlleva beneficios sociales, psicológicos y físicos para la persona con Síndrome de Asperger y le permite tener un comportamiento socialmente adaptado.

El grupo de entrenamiento como estrategia terapéutica le permite al niño alcanzar aprendizajes, en relación a las habilidades sociales carentes, de calidad y generalizables a los diversos ámbitos, que si lo hiciera de forma individual.

Los resultados obtenidos mostraron que los niños coincidían en los siguientes aspectos que reportaron mejorías cualitativas: (Anexo 14)

- Escuchar activamente las conversaciones
- Comprender y seguir instrucciones
- Preguntar e informar cuando se ha finalizado la tarea
- Manifiestar autocontrol de impulsos y emociones
- Pedir- ofrecer ayuda
- Expresar correctamente deseos y dificultades
- Iniciar, mantener y finalizar una conversación adecuadamente
- Tomar decisiones, priorizar tareas
- Manejar correctamente diversos contextos sociales

Lámina No 3: Fotografía de sesión grupal TIP-VOCES



A3: Elaboración de informe de evolución y evaluación para entidades educativas incluyentes

Los resultados fueron favorables, lográndose altos índices de efectividad (10 de 15 / 67%), medido por la puntuación de los niños con Síndrome de Asperger. (indicador: Mayor # de Diagnósticos Tempranos e intervenciones adecuadas en niños con SA / Número de niños incluidos con niveles satisfactorios de adaptación social y educativa) por acción de las siguientes actividades:

Se logró que los niños obtengan mejores destrezas en lenguaje, comportamiento, destrezas motrices, socialización y autosuficiencia para luego ser incluidos en la escolaridad regular con habilidades que les permitan un mejor desempeño, que reportaron en las evaluaciones formales directas e indirectas del programa TIP. (Indicador: Número de niños incluidos con niveles satisfactorios de adaptación social y educativa) actividades: (Anexo 7)

Cuadro No. 7 Número de niños en el programa de integración, promedio de edad (4,23 años), promedio de no inclusión o rechazo en escolarización (1,33) asistencia promedio de 111,93 sobre un total de 120 días laborados y el porcentaje de inclusión escolar fue del 67 % (10 de 15 niños escolarizados)

No	Edad	No Inclusión	Asistencia	Inclusión
1	3,5	1	117	0
2	4	2	115	1
3	3,8	1	112	1
4	4,5	1	100	1
5	4,2	1	117	1
6	3,4	1	114	0
7	5,1	2	112	1
8	3,6	1	116	0
9	4,2	1	114	1
10	3,9	1	98	1
11	3,7	1	112	0
12	5,6	2	118	1
13	4,8	2	113	1
14	5,2	2	115	1
15	3,9	1	106	0
Pr.	4,23	1,33	111,93	10
				67%

Realizado por: Jaime Terán

El programa de inclusión social y escolar para los 15 niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger, cumplió con las expectativas (10 de 15 / 67%) con aceptación en instituciones educativas incluyentes y familias con mejor dinámica funcional y adaptativa que mejoraron la adhesión y comprensión del diagnóstico de base y su proyección en el futuro. (Según reporte verbal de los padres)

Análisis general de resultados

El programa de intervención psicopedagógico TIP y el cambio del modelo administrativo implementados en el Centro Terapéutico VOCES, en la ciudad de Quito en el período de Enero a Junio del 2013, diseñados para la integración social y educativa de niños con Síndrome de Asperger y de manera complementaria, una mejor dinámica familiar, se cumplió de acuerdo a lo programado, con un 65% de efectividad para la integración educativa y social (10/15 niños con S.A.).

El programa incluyó evaluaciones individuales de los niños en condiciones de participar en el programa TIP a través de entrevistas individuales y familiares y posibles variaciones que

se puedan incluir dentro de la programación de actividades individuales, grupales y familiares para la Intervención para niños con Síndrome de Asperger

Se aplicó la escala C.A.R.S. para confirmar el diagnóstico de base, que permitió posteriormente la programación de actividades terapéuticas individuales, y diseñar y ejecutar el programa de destrezas de comunicación y fomento de la comprensión social en los niños con Síndrome de Asperger, mejorando sus habilidades y rutinas sociales.

De la misma manera el programa de asesorías y apoyo familiar, se aplicó 3 por cada familia dentro del período de Enero a Junio del 2013, cumpliéndose en la programación y expectativas en un 80%, coordinado con las actividades de campo como las salidas guiadas y supervisadas a centros comerciales y lugares de interacción social

Como parte de la implementación del TIP (Taller de Integración Psicopedagógico) se Implementaron actividades y terapia grupales, con resultados favorables que en conjunto con las actividades programadas para los objetivos planteados, evidencian una efectividad del 90%, con resultados complementarios en la capacitación de los profesionales que intervinieron en el programa, que permiten proyectar mejor resultados en programas futuros.

El programa apoya el cumplimiento de la integración de niños con Síndrome de Asperger y por consiguiente una mejor dinámica familiar mediante la aplicación del programa Taller de Integración Psicopedagógico (TIP) como base importante que permitió la integración de 10 niños con Síndrome de Asperger, con evidente mejoría en la dinámica familiar, con una clara proyección de mejoría en la calidad de vida individual y familiar, así como también una mejor preparación para los profesionales y para la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) Washington, DC: (1994)*
2. *Attwood, Tony. El Síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Buenos Aires 2002.*
3. *Baker, J. Social skills training for students with Asperger Síndrome. Shawnee Mission, KS: Autism Asperger Publishing Company. (2003)*
4. *De la Iglesia Gutierrez, Olivar Parra Sixto., Autismo y Síndrome de Asperger., Guía para educadores y familiares., CEPE, S.L., Madrid España (2008).*
5. *González. N. A., El Síndrome de Asperger, Guía para mejorar la convivencia escolar dirigida a familiares, profesores y compañeros., CEPE, S.L., Madrid España, (2009)*
6. *Hall, Kenneth. Soy un niño con síndrome de Asperger. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Buenos Aires 2003.*
7. *Martín Borreguero, Pilar. El síndrome de Asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?. Alianza Editorial, S.A., Madrid 2004.*
8. *Moore, S.T. Friendo for me: A social skills program for children with Asperger Síndrome. Shawnee Mission, KS: Autism Asperger Publishing Company (2002)*
9. *Myles, B.S., & Simpson, R.L. Asperger Syndrome: A guide for educators and parents. Austin, TX: Pro-Ed. (1998)*
10. *Valdez. D., Necesidades Educativas Especiales en trastornos del desarrollo, Aique Grupo Editor S.A., Buenos Aires (2009)*
11. *Valdez D. Autismo, del diagnóstico al tratamiento., Editorial Paidos., Buenos Aires Argentina (2011)*
12. *Willey. L.H., Pretending to be a normal: Living with Asperger's Syndrome. London: Jessica Kingsley Publishers. (1999)*
13. *Internet: www.autismo.org. Acceso: Quito, 2011-06-02*
14. *Internet: www.biopsicologia.net. Acceso: Quito, 2011-06-10*

ANEXOS

Anexo A. Declaración de consentimiento informado

Doy mi consentimiento informado para la participación del menor a mi tutela en este programa de intervención psicológica para integración de niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger. Consiento la publicación de los resultados del estudio siempre que la información sea anónima y disfrazada de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en la investigación, todos los datos recogidos de mi participación sólo estarán identificados por un número.

1. He sido informado de que la participación del menor a mi tutela en esta investigación implicará una evaluación a través de la prueba CARS, sobre la cual he sido previamente informado.
2. He sido informado de que el propósito general de este programa es la inclusión escolar y social, así como la capacitación, asesoría familiar, adquisición de habilidades y rutinas sociales, destrezas de comunicación y fomento de comprensión social, aprendizaje y adquisición de habilidades adaptativas y de autosuficiencia para los niños con diagnóstico de Síndrome de Asperger.
3. He sido informado de que mi participación en esta investigación no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Esta opinión se basa en una serie de investigaciones relativamente amplia en las que individuos resuelven problemas de una naturaleza similar.
4. He sido informado de que no hay procedimientos “engañosos” en esta investigación. Todos los procedimientos son lo que parecen.
5. He sido informado de que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos de este estudio cuando haya acabado la sesión experimental.
6. He sido informado de que soy libre de retirarme de la investigación en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

(tutor 1)

(tutor 2)

(Fecha)

Anexo B. HISTORIA DEL DESARROLLO INTEGRAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos: _____
Nombres: _____
F. Nac.: _____ Lugar: _____
Edad: _____
Dirección: _____ Tel.: _____
Representante: _____ Diagnóstico: _____
Médico tratante: _____ Tel.: _____

DATOS GENERALES

Alergias: _____ Tipo de sangre: _____
Medicamentos anteriores: _____
Medicamentos actuales: _____
Exámenes realizados: _____
Medicina alternativa: _____
Terapias complementarias: _____

DATOS FAMILIARES

Nombres del Padre: _____ Edad _____
Estado civil: _____ Profesión: _____
Lugar de trabajo: _____ Tel.: _____
Horario: _____
Nombres de la madre: _____ Edad _____
Estado civil: _____ Profesión: _____
Lugar de trabajo: _____ Tel.: _____
Horario: _____

HERMANOS

Nombre	Edad	Escolaridad / institución
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Con quién pasa más tiempo el niño/a: _____

DESARROLLO POS NATAL

Tipo de nac.: _____ Edad gesta.: _____ Talla: _____
Peso: _____ Apgar: _____ Dificultades: _____
Cuales: _____
Sentarse: _____ Gateo: _____ Marcha: _____
Balbuceo: _____ Primeras palabras: _____

DESCANSO

Con quién duerme: _____ Horario: _____

Comparte la habitación: _____

El sueño es tranquilo: _____ Interrumpe el sueño: _____

Hace siesta: _____ Cuánto Tiempo: _____

EDAD ACTUAL

Alimentación:

Necesita ayuda para comer: _____

Tiene dificultades para comer ciertos alimentos: _____

Bebe líquidos de un vaso: _____

Manejo la cuchara y/o cubierto: _____

Se distrae cuando come: _____

Aseo

Controla esfínteres en el di: _____ Noche: _____

Avisa para ir al baño: _____ Se asea solo: _____

Se lava las manos: _____ Se cepilla los dientes: _____

Se lava la cara: _____ Usa la toalla: _____

Ayuda al bañarse: _____ Se cambia de ropa solo: _____

Orden

Ordena sus juguetes: _____ Cuida sus pertenencias: _____

Hábitos

Por cuánto tiempo mira televisión: _____

Que programas mira: _____

Cómo reacciona cuando se apaga la televisión _____

Con quién juega: _____

A que le gusta jugar: _____

Donde juega: _____ Por cuanto tiempo: _____

Actividades extra curriculares

Actividades	Lugar	Horario	Responsable
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Qué actividades realiza en familia: _____

Cómo describiría a su hijo: _____

Nota: Favor adjuntar copia de los últimos exámenes médicos realizados.

Anexo C. C.A.R.S.

Escala para la evaluación de niños autistas.

Eric Schopler, Ph. D., Robert J. Reichler, M.D. y Barbara Rothen Renner, Ph.D.

Nombre: _____

Sexo: _____

Domicilio: _____

Fecha de evaluación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad cronológica: _____

Nombre de la Madre: _____

Edad: _____

Estudios/Profesión: _____

Nombre del Padre: _____

Edad: _____

Estudios/Profesión: _____

Hermanos: _____

Evaluador: _____

No autista _____ moderado _____ autista _____

Puntaje Total _____

Observaciones: _____

I. RELACIÓN CON LA GENTE

1. No evidencia dificultad o anormalidad en las relaciones con la gente. La conducta del niño es apropiada para su edad. Se puede observar una cierta timidez, irritabilidad o enojo cuando se le dice que es lo que tiene que hacer.
2. Algunas anormalidades en la relación con la gente. El niño puede: evitar mirar a los ojos, evitar a los adultos directamente o irritarse si se lo fuerza a la interacción, ser excesivamente tímido, no responder a los adultos al igual que los otros niños o ser más dependiente de los padres que el resto de los niños.
3. Mediana anormalidad en las relaciones con la gente. El niño, por momentos, muestra aislamiento (parece no darse cuenta de la presencia de los demás). Se necesitan intentos persistentes para poder lograr la atención del niño por algún tiempo. El contacto que el niño inicia es mínimo.
4. Severas anormalidades en las relaciones con la gente. Está claramente "aislado" ignorando lo que el adulto hace. Casi nunca inicia el contacto. Sólo con mucha persistencia se logra algún tipo de atención.

Observaciones: _____

II. IMITACIÓN

1. Imitación normal. El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos apropiados a su nivel.
2. Leves anormalidades en la imitación. El niño imita conductas simples como un aplauso o, en las mayoría de las veces, un sonido verbal. Ocasionalmente imita sólo después de un estímulo (en forma inmediata o tiempo después)
3. Medianas Anormalidades en la imitación. El niño imita sólo parte del tiempo y requiere mucha persistencia y ayuda del adulto. Frecuentemente imita con un cierto retraso.
4. Severas anormalidades en la imitación. Nunca o casi nunca imita sonidos, palabras, o movimientos de un adulto.

Observaciones: _____

III. RESPUESTA EMOCIONAL

1. Respuestas emocionales apropiadas para su edad y situación. El niño muestra el apropiado tipo y grado de respuesta emocional, como en un cambio en su postura, expresión facial y modo.
2. Respuesta emocional con leves anormalidades. El niño ocasionalmente reacciona en forma inadecuada al estímulo. Esas reacciones, a veces, no están relacionadas con objetos o hechos que lo rodean
3. Medianas anormalidades en su respuesta emocional. El niño muestra reacciones emocionales claramente inadecuadas. Sus reacciones pueden ser un poco inhibidas o excesivas y no relacionadas con la situación; puede hacer muecas, reír, o volverse rígido aunque no haya situaciones que lo justifiquen.
4. Severas anormalidades en su respuesta emocional. Respuestas raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño alcanza un cierto ánimo, es muy difícil modificarlo. Inversamente, el niño puede llegar a reaccionar muy mal si las cosas no cambian como tal vez él espere.

Observaciones: _____

IV. USO DE SU CUERPO

1. Uso de su cuerpo apropiado a su edad. El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación de cualquier chico de su misma edad.
2. Leves anormalidades en el uso del cuerpo. Algunas cosas llamativas, tales como: movimientos repetitivos, coordinación pobre, movimientos inusuales o bien los comunes pero sin soltura.
3. Medianas anormalidades en el uso del cuerpo. Conductas claramente extrañas o inusuales para un niño de esa edad; movimientos y posturas de dedos y cuerpo peculiares, mirar fijamente o tirar de su cuerpo, autoagresión, rocking, giros, movimientos rápido de los dedos, o marcha en puntas de pie.
4. Severas anormalidades en el uso del cuerpo. Movimientos posturas extraños, intensos y/o frecuentes, que persisten aunque se trate de distraer al niño o proponerle otros juegos o tareas.

Observaciones: _____

V. OBJETOS

1. Apropiado uso o interés en juguetes y otros objetos. El niño muestra un interés por los juguetes y otros objetos apropiado para su nivel y un uso de ellos también apropiado.
2. Levemente inapropiado interés o uso de juguetes y otros objetos. Puede mostrar un interés raro en un juguete o jugar con ellos de manera inapropiada (arrojándolos, chupándolos, etc.).
3. Medianamente inapropiado interés o uso de juguetes y otros objetos. El niño puede mostrar un pequeño interés en juguetes u otros objetos, o usar un juguete o algún otro objeto de una manera extraña. El niño puede centrar su mirada en una parte insignificante de un juguete, quedarse fascinado con el reflejo de la luz en el, mover repetitivamente alguna parte del mismo, o jugar siempre con uno solo.
4. Completamente inapropiado interés o uso de juguete y otros objetos. el niño puede engancharse en una misma conducta en forma insistente, repetida e intensamente, de la cual es muy difícil distraerlo.

Observaciones: _____

VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO

1. Respuesta al cambio apropiada para su edad. Mientras el niño es advertido de sus cambios de rutina, él acepta esos cambios sin reacciones inadecuadas.
2. Levemente anormal adaptación al cambio. Cuando un adulto trata de cambiarle la tarea, el niño puede continuar con la misma actividad o usando los mismos materiales.
3. Medianamente anormal adaptación al cambio. El niño resiste activamente a los cambios de rutina, intenta continuar con la misma actividad, y es muy difícil distraerlo. Puede mostrarse molesto o triste cuando una rutina ya establecida es alterada.
4. Severas anormalidades en la adaptación al cambio. Muestra muchas reacciones al cambio. Si hay un cambio forzado, puede volverse extremadamente molesto o no cooperador y responder con rabietas.

Observaciones: _____

VII. RESPUESTA VISUAL

1. Respuesta visual apropiada para su edad. La conducta visual del niño es normal y apropiada para su edad. La visión es utilizada junto con los otros sentidos como un camino para explorar nuevos objetos.
2. Respuesta visual levemente anormal. El niño debe ser ocasionalmente exigido a mirar un objeto. El niño puede estar más interesado en mirar a espejos o luces que en investigar. Puede ocasionalmente fijar la vista en el espacio, también puede evitar mirar a la gente a los ojos.
3. Respuesta visual medianamente anormal. El niño debe ser exigido a mirar lo que él está haciendo. Puede fijar la vista en el espacio, no mirar de frente, mirar objetos desde un rincón o junto a sus ojos.
4. Severas anormalidades en su respuesta visual. El niño evita mirar a la gente o ciertos objetos y puede mostrar formas extremas de las particularidades descriptas con anterioridad.

Observaciones: _____

VIII. RESPUESTA AUDITIVA

1. Respuesta auditiva apropiada para su edad. La conducta auditiva del niño es normal y apropiada para su edad. La combina junto con los otros sentidos.
2. Leves anormalidades en su respuesta auditiva. Pueden haber algunas ausencias de respuesta, o una leve hiperreacción a ciertos sonidos. La respuesta a los sonidos puede estar retardada, y pueden necesitar repetición para atraer la atención del niño. El niño puede ser distraído por sonidos extraños.
3. Mediana anormalidad en su respuesta auditiva. La respuesta a los sonidos del niño varía; a menudo ignora los sonidos que se hacen con poca frecuencia, y puede asustarse o taparse los oídos cuando escucha un sonido común (aspiradora, licuadora, motores, bocinas, etc.)
4. Severas anormalidades en su respuesta sonora. El niño es hiperreactivo o hiporreactivo a sonidos de grado extremadamente marcado e indiferente a los sonidos comunes, aún la voz humana.

Observaciones: _____

IX. USO DEL GUSTO, OLFATO Y TACTO Y RESPUESTA

1. Normal uso y respuesta al gusto, olfato y tacto. El niño explora los nuevos objetos apropiadamente para su edad, generalmente por los ojos principalmente. Utiliza el gusto y olfato cuando es apropiado. Ante dolores menores, el niño expresa disconformidad sin hiperreaccionar.
2. Levemente anormal respuesta y uso del gusto, olfato y tacto. El niño se sigue llevándose objetos a la boca; puede oler o probar objetos no comestibles; puede ignorar o hiperreaccionar a dolores suaves.
3. Medianas anormalidades en el uso y respuesta al gusto, olfato y tacto. El niño puede estar algo preocupado en tocar, oler, o probar objetos o gente. También puede hiperreaccionar o hiporreaccionar.
4. Severas anormalidades en el uso y respuesta al gusto, olfato y tacto. El niño está preocupado en oler, probar, o sentir los objetos por la sensación misma que por explorar o utilidad de los objetos. Puede ignorar completamente el dolor o reaccionar demasiado ante una pequeña frustración.

Observaciones: _____

X. MIEDOS Y NERVIOSISMOS

1. Miedos y nerviosismos normales. La conducta del niño es apropiada para la situación y la edad.
2. Miedos y nerviosismos levemente anormales. Ocasionalmente el niño demuestra mucho o muy poco miedo comparado con un niño en la misma situación y de la misma edad.
3. Miedos y nerviosismos medianamente anormales. El niño muestra un poco más o un poco menos de miedo comparado inclusive con un niño menor que él en una situación similar.
4. Miedos y nerviosismos severamente anormales. Los miedos persisten aunque se repitan las experiencias con objetos o hechos inofensivos. Es muy difícil calmar o confortar al niño. No obstante, no muestra una respuesta apropiada ante riesgos que otros chicos de la misma edad pueden evitar.

Observaciones: _____

XI. COMUNICACIÓN ORAL

1. Comunicación oral apropiada a la edad y situación.
2. Comunicación oral levemente anormal. El lenguaje muestra un retardo total. La mayor parte del lenguaje tiene sentido; no obstante, pueden aparecer algunas ecolalias o inversión pronominal. Ocasionalmente utiliza algunas palabras peculiares o un lenguaje propio.
3. Medianas anormalidades en la comunicación oral. El lenguaje puede estar ausente. Cuando se presenta, puede ser una mezcla de lenguaje con sentido y una jerga propia, ecolalia, o inversión de pronombres. Se observa excesiva preocupación con un tema particular o un preguntar constante.
4. Severas anormalidades en la comunicación oral. No utiliza Diálogo con sentido. El niño puede hacer chillidos, sonidos raros. Ruidos complejos aproximados a diálogos, o puede mostrar persistencia, caprichos utilizando algunas palabras o frases.

Observaciones: _____

XII. COMUNICACIÓN NO-VERBAL

1. Uso de la comunicación no-verbal apropiada a la edad y situación.
2. Levemente anormal uso de la comunicación no-verbal. Uso inmaduro de la comunicación no-verbal; señala vagamente o trata de alcanzar lo que desea por sí mismo. En la misma situación, un niño de la misma edad podría señalar o realizar un gesto más específico para conseguir lo que desea.
3. Medianas anormalidades en el uso de la comunicación no-verbal. El niño está generalmente imposibilitado de expresar sus necesidades o deseos no-verbalmente, y no puede comprender la comunicación no-verbal de los demás.
4. Severas anormalidades en el uso de la comunicación. El niño utiliza sólo caprichos o gestos extraños que aparentemente no tienen sentido, y no muestra conocimiento de los significados asociados con los gestos o las expresiones de los demás.

Observaciones: _____

XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD

1. Nivel de actividad apropiado para su edad y circunstancia. El niño no es ni más activo ni menos activo que un niño normal de la misma edad y en una situación similar.
2. Levemente anormal nivel de actividad. El niño puede estar algo inquieto o algo vago y con movimientos lentos. El nivel de actividad del niño interfiere sólo un poco en su desempeño.
3. Nivel de actividad medianamente anormal. Puede ser un poco activo y difícil para calmarse. Puede ser demasiado activo y dormirse con dificultad. Inversamente, puede ser demasiado pasivo.
4. Severas anomalías en el nivel de actividad. Puede ser extremadamente activo o extremadamente pasivo. O pasar de un estado extremo a otro.

Observaciones: _____

XIV. NIVEL Y COHERENCIA DEL LENGUAJE INTELECTUAL

1. Inteligencia normal y razonablemente coherente a través de distintas áreas. La inteligencia del niño es la apropiada para su edad y no posee ninguna habilidad intelectual inusual.
2. Levemente anormal funcionamiento intelectual. El niño no es astuto como los niños de su misma edad; regularmente las habilidades aparecen igualmente retardadas a través de todas las áreas.
3. Funcionamiento intelectual medianamente anormal. En general, no es listo como el resto de los niños de su misma edad; Sin embargo, puede funcionar casi normalmente en una o más áreas intelectuales.
4. Funcionamiento intelectual severamente anormal. Mientras que el niño generalmente no es astuto como los niños de su misma edad, puede funcionar inclusive mejor que los niños normales de su misma edad en una o más áreas.

Observaciones: _____

XV. IMPRESIÓN GENERAL

1. No autista. El niño no muestra ninguno de los síntomas característicos del autismo.
2. Levemente autista. El niño sólo muestra pocos síntomas o un bajo grado de autismo
3. Medianamente autista. El niño muestra un cierto número de síntomas o un autismo moderado
4. Completamente autista. El niño muestra muchos síntomas o un grado extremo de autismo.

Puntaje: 15 - 29 No Autista
 30 - 60 Autista
 30 - 36.5 Autismo suave a moderado,
 37 Igual o mayores Autismo Severo.

Anexo D. Valoración infantil

Información Confidencial

Datos de identificación

Edad : 3 años 7 meses

Fecha de nacimiento :3 de Enero de 2008

Número de hermanos :2, siendo mellizos

Escolaridad :Asiste a la guardería

Motivo de consulta

Los padres de N.N. solicitan esta evaluación, para determinar qué sucede con el niño, y ver cómo enfocan la terapia que creen su hijo necesita

Datos importantes de la historia de vida

En el mes de Enero, fue retirado de la guardería El Pinar para que pueda tener un proceso terapéutico más continuo y sostenido, que permita su integración escolar y social adecuado.

Ingresa conjuntamente con su hermano al mencionado centro infantil, pero presenta dificultades en su proceso de comunicación a través de la palabra, no miraba a los ojos, y no podía interactuar con los otros niños, por lo que le remiten a donde el neuropediatra, quien le recomienda hacer exámenes.

Se menciona en esa ocasión que el niño podría tener algún trastorno ligado con el espectro autista; poco tiempo después y al segundo llamado de la guardería, en la que les menciona que el niño no tiene progresos, el pediatra, recomienda que asista al centro Voces.

De su vida personal se conoce que es producto de un embarazo gemelar normal, habiendo nacido casi a las 36 semanas, por parto normal, pero con demora en la respiración. El abgar fue 8-9. Estuvo un día en termocuna.

De pequeño era un niño algo irritable, cuando la madre le cantaba. Tuvo estimulación temprana desde los tres meses de edad hasta los dos años 8 meses. Allí fue la primera vez que mencionan que presenta dificultad en la interacción con los otros.

Su desarrollo psicomotriz fue normal. Lenguaje inicia desarrollo, pero luego no progresa, situación que no preocupa a los padres, ya que su hermano empieza a hablar a los dos años y medio. Tiene control esfinteriano diurno, pero todavía en la noche usa pañal. Tiene dificultad de alimentación, ya que no acepta todos los alimentos.

En el mes de mayo fue operado de adenoides y le intuban. Desde allí el niño ha mejorado notablemente no solo en su carácter sino en general en todo.

Se menciona que la madre percibe alguna diferencia con su hermano, al año y medio, pero nada que sea demasiado preocupante.

Viven los dos padres, con los hijos y una tía abuela materna. En la actualidad tan solo el padre trabaja. La madre no está trabajando. Lo hizo el primer año y medio, y luego una temporada más. Viven en el mismo edificio de la familia paterna, por lo que hay una fuerte relación con éstos. Un tío paterno del niño que estudia psicología menciona preocupaciones relativas con N.

Cuando tienen la última reunión en Voces, los padres se preocupan profundamente, porque ellos creían que se trataba de un problema de lenguaje, y allí les hablan que ha mejorado en algo, pero que persiste la dificultad, que no solo hace referencia a lenguaje, por lo que aceptan se le haga la presente evaluación, ya que quieren saber qué deben esperar de los

progresos, luego de que habían tenido la creencia de que tan solo se trataba de un trastorno de lenguaje que se resolvería sin mayores problemas y en un tiempo más bien corto.

Datos obtenidos del trabajo realizado:

Debido a los datos que se registran en la entrevista con los padres, se procede a iniciar la evaluación, observando al niño en el Centro Voces, luego en casa, y se trabaja observándolo en dos ocasiones con su madre en la consulta privada.

Los resultados obtenidos de esta evaluación, son los siguientes:

Se pudo observar que el niño reacciona muy irritable y sin querer trabajar, al inicio de la evaluación. Luego se tranquiliza y trabaja acorde a lo esperado. Se observa que el niño tiene dificultad evidente en el manejo del lenguaje, tanto comprensivo como expresivo.

Cuando es hora de la colación, nuevamente el niño se pone irritable, y no quiere comer aquello que de casa le mandaron, intentando una de las terapistas hacer que el niño acepte el alimento. A la final, el niño casi no se alimentó.

Cuando salen a la recreación, no se relacionó con ninguno de los niños, ni siquiera cuando salió su hermano que estaba asistiendo a un curso de verano para fortalecer su lenguaje y dicción. Corría y observaba, y ni siquiera tuvo un juego paralelo. No se observa interacción ni con niños ni con las terapistas.

Observación en la casa

Cuando se le observa en casa, se puede evidenciar una diferencia en el comportamiento, interés y desarrollo de los dos hermanos. N. tiene un juego simbólico, tampoco se observan obsesiones, pero su "juego" es más bien manipular juguetes. No logra estar integrado a la actividad que la madre quiere hacer con los dos niños, porque rápidamente pierde el interés y va a otro sitio, en donde a ratos salta, mueve sus manitos, pero no juega o realiza una actividad específica. Esto sucede con varias actividades que se intentaron tener con el niño. El uso del lenguaje es más que limitado. Se hace comprender con actitudes o señalando. Puede pronunciar alguna que otra palabra o frase corta, pero no la utiliza como intercambio o comunicación.

Al momento que les ofrecieron galletas, el niño comió varias sin hacer ningún berrinche y de manera espontánea, situación que sucedió también con un vaso de leche. Se observa continuamente que no sigue las instrucciones, a lo cual la madre o el padre no insisten para no molestar al niño. Con la tía, quien las cuida, no tuvo ningún tipo de relación.

Con su hermano, tampoco interactúan, en ningún juego, ni situación.

Datos obtenidos con el trabajo individual

Fue difícil trabajar con el niño directamente, porque no tiene casi lenguaje, no se relaciona con la evaluadora, y se cansa con mucha facilidad ; además no sigue instrucciones, parecería más porque no las entiende, pero también porque no logra sentirse atraído por ninguna actividad o juguete del consultorio.

El niño dice algunas palabras, no saluda ni se despide, no mira de frente. Frente a negativas o falta de comprensión de lo que debía hacer, la madre no insiste, para no molestarlo o irritarlo. Ésta sigue mucho la corriente de lo que ella cree que el niño quiere hacer.

En las dos sesiones que asiste al consultorio se puede observar que Vicente es un niño diestro, que puede embonar y ensartar sin dificultad. Que presenta dificultad para coser, que no reconoce los colores, que puede ejecutar rompecabezas para su edad, con ayuda, y que

su nivel de desarrollo de lenguaje alcanza un C.I. de funcionalidad de 55, equivalente a una edad de 1 año y diez meses de edad, siendo su edad cronológica de 3 años 7 meses.

CONCLUSIONES

Luego de haberlo observado en diferentes situaciones y ambientes, y con los resultados de la única prueba que se pudo aplicar, se podría concluir que N.N. es un niño que presenta síntomas de un trastorno generalizado de desarrollo tipo (trastorno de Asperger). Esto hace que su comprensión, expresión e interrelación con los otros se encuentre sesgada.

Por ello, se hacen las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones

1. Requiere ser incluido cuanto antes en un programa terapéutico intensivo que el permita acceder a las diferentes terapias y que su terapia se la encamine a la dificultad especificada en las conclusiones.
2. Se recomienda que debido al manejo más bien laxo que el niño tiene en casa, el proceso de estimulación y aprendizaje, se lo haga con más tino, evitando que el niño se irrite y moleste, adoptando comportamientos más bien ansiosos. Esto hace referencia a la terapia y al proceso de aceptación de la alimentación.
3. Se recomienda que se estimule a N.N. para su inter-relación social y juego, especialmente en los momentos de recreación y que comparte con los otros niños.
4. Se recomienda que los padres sean sostenidos y asesorados en Voces, para que el manejo tanto en casa como en el Centro sea congruente.

Atentamente

Anexo E. Reporte de evolución

Nombre: N.N.
Edad: 4 años
Fecha actual: Marzo del 2013

ANTECEDENTES

NN recibe apoyo logopédico, conductual y psicopedagógico en el Centro VOCES, al cual asiste regularmente desde el mes de Enero del 2013. Durante este periodo de tiempo se ha trabajado en las actividades descritas a continuación.

PARTICIPACIÓN – TURNOS DE INTEVERVECIÓN – ATENCIÓN.

Atención: Los tiempos de atención de N.N hacia actividades dirigidas son breves (pocos segundos), no lográndose completar las actividades y siendo necesaria la intervención directa y constante del adulto para culminar tareas (dichos trabajos deben ser muy llamativos y de corta duración).

Aún no existe un contacto visual significativo con el adulto ó interlocutor, ni una firme necesidad de requerir ayuda de segundas personas a sus requerimientos, por lo que el trabajo se centró en crear en el niño la necesidad de explorar y utilizar los recursos de su entorno con actividades de:

1. Senso-percepciones.
 - Destrezas visuales: fijar-seguir el objeto que se mueve dentro de su campo visual.
Observación.- Es importante resaltar que N.N. ante situaciones rutinarias ó cotidianas responde acertadamente (no en todas las ocasiones) ante la presentación de determinados objetos dándoles acertadamente su nombre, sin embargo, es importante el refuerzo que se da en esta área para eliminar los “falsos positivos” que se puedan obtener de estas respuestas.
2. Destrezas auditivas: Reaccionar ante situaciones de ausencia-presencia de sonidos, localización y búsqueda de la fuente sonora e identificación de la misma.
Observaciones.- N.N. es capaz de responder (ocasionalmente) ante la presentación de un determinado sonido u onomatopeya asignándole el nombre correspondiente, incluso, eventualmente reconoce la voz de su padre en contexto abierto (se toma la voz de su padre como referencia pues es él con quien hay mayor contacto con la profesional del área), sin embargo es importante fortalecer e incrementar los recursos del niño en esta área.

Turnos de Intervención y Participación: Como ya se mencionó en los ítems anteriores, no hay en el niño una necesidad constante por solicitar la ayuda del adulto (se resalta sin embargo que en alimentación el niño pide sus alimentos espontáneamente), por lo que el trabajo se centró en establecer normas básicas de participación como:

1. Trabajos en los que haya más de un niño, N.N. trabajaba con dos niños más en una de las sesiones, ellos eran una gran fuente de estímulo para él, pues lo motivaban a integrarse a juegos e incluso respetar turnos.
2. Seguir órdenes sencillas NO- SI- DAME- VAMOS.
Observaciones.- Es importante continuar trabajando en la adecuada integración y participación del niño a grupos, exponiéndole a situaciones colectivas que permitan establecer algunas competencias básicas de sociabilización.

ALIMENTACIÓN.

NN no tiene problemas oro-faciales, ni de praxias buco-faciales, que impidan un adecuado proceso alimenticio. El trabajo se centró principalmente en establecer normas básicas de alimentación como:

1. Tolerar e integrar diversidad de alimentos a su dieta.
2. Ocupar un sitio específico a la hora de la comida.

Observaciones.- Es importante determinar que alimentos pueden ser asimilados correctamente por el niño (conversación con padres) y lograr un compromiso de cooperación para que se sigan las normas establecidas en la escuela también en casa.

LENGUAJE COMPRENSIVO – EXPRESIVO.

Lenguaje Expresivo: NN posee un vocabulario extenso de palabras que las combina y forma pequeñas frases funcionales, se encuentran dentro de los siguientes campos semánticos:

- Animales *
- Prendas de vestir *
- Medios de transporte*
- Alimentos*
- Juguetes*

*Elementos comunes y de fácil reconocimiento.

Observaciones.- No se evidencian mayores problemas a nivel léxico fonológico, morfosintácticos del niño (requiere una nueva evaluación para detallar estas áreas), no así en el área semántica-pragmática descrita a continuación.

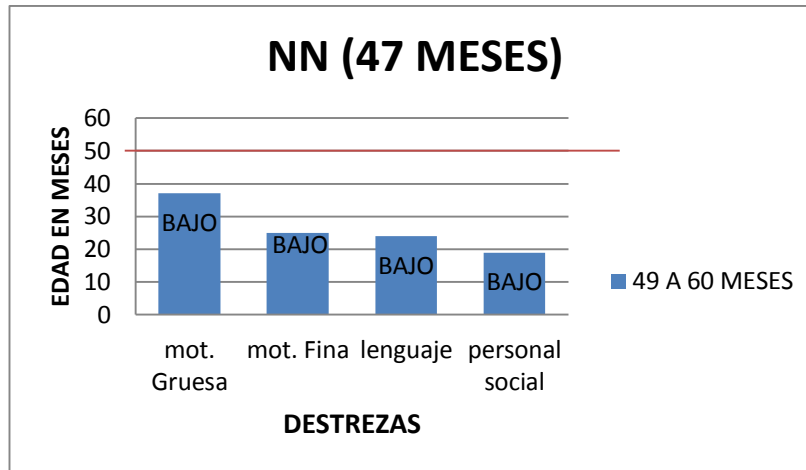
Lenguaje Comprensivo:

Semántica: Existen respuestas inconstante y aún no hay una secuencia lógica ni contextual en el lenguaje narrativo. Respuestas inexactas ante preguntas informativas: ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?

Pragmática: Está incrementando su participación oral para dirigir su comportamiento y el de los demás a pesar de que aún se escuchan ecolalias les está dando un uso correcto en ciertas situaciones.

Observaciones.- El trabajo estuvo enfocado en fortalecer las habilidades comunicativas del niño, se empezó por el cumplimiento de órdenes verbales simples como: DAME-VAMOS-NO, expresiones usadas contextualmente como: DAME-HOLA-SI-PIPI ó POPO, respuestas simples a preguntas como: ¿Quién? ¿Dónde?.

ESCALA DE DESARROLLO DE NELSON ORTIZ



- El test de Nelson Ortiz nos permite medir en forma general los aspectos del desarrollo básicos de acuerdo a su edad.
- NN presenta una edad aproximada de 37 meses en su motricidad gruesa, 25 meses en su motricidad fina, su lenguaje – audición es de 24 meses y el aspecto personal social es de 19 meses.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es importante señalar los avances obtenidos por NN, se ha conseguido establecer un lazo niño-adulto bastante satisfactorio, el niño se muestra más participativo (parcialmente, se toma en referencia la etapa inicial) en cada sesión.
- Durante este período de trabajo se ha conseguido que Héctor identifique y se “adueñe” del medio en el que se desarrollan sus actividades terapéuticas, busca establecer contacto mediante actividades o frases repetitivas por lo que se ha iniciado la redirección mediante modelamiento sobre otras estrategias sociales.
- En lo que respecta al proceso de alimentación se han alcanzado avances importantes, se mantiene sentado, acepta con mayor facilidad alimentos diferentes y come con agrado.
- Se ha establecido un tiempo mínimo de atención para ello se ha utilizado el sistema audio visual, por lo que es necesario el continuar reforzando constantemente a fin de lograr ampliar su span de atención.
- Se recomienda continuar con un proceso de apoyo multidisciplinario que desarrolle y fortalezca las habilidades sociales y comunicativas del niño.
- Continuar su exposición constante a diferentes situaciones verbales y sociales enriquecedoras.

Anexo F. Reporte de Evolución TIP - VOCES

Nombres: _____

Período: _____

<u>EJE DE DESARROLLO PERSONAL</u>	<u>EJE DE DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO</u>	<u>EJE DE EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN CREATIVA</u>
IDENTIDAD Y AUTONOMÍA	LÓGICO MATEMÁTICO	EXPRESIÓN ORAL Y ESCRITA
Recuerda hecho inmediatos	Relaciona figuras geométricas	Presta atención a lo que se dice
Comprende y cumple ordenes	Distingue nociones espaciales	Usa lenguaje para satisfacer sus necesidades
Señala partes del cuerpo	Arriba/Abajo	Utiliza plurales
Se viste y desviste solo	Adentro/Afuera	Utiliza pronombre mío, tuyo
Dice su nombre	Distingue sensopercepciones	Repite canciones pequeñas
Actúa con independencia	Frío/Caliente	Reconoce laminas de cuentos
Identifica sus pertenencias	Dulce/Salado	EXPRESIÓN CORPORAL
Expresa sus necesidades	Suave/Duro	
Come solo	Arma rompecabezas de 8 piezas	Camina con seguridad
Se comporta en la mesa	Identifica nociones temporales	Sube y baja escaleras
DESARROLLO FÍSICO	Día/Noche	Brinca con los dos pies juntos
	MUNDO SOCIAL Y CULTURAL	Imita posturas corporales
Bebe líquidos solo		
Sostiene la cuchara con firmeza	Identifica espacios y materiales	Se detiene rápidamente
Demuestra noción de peligro	Se relaciona con personas de su entorno	EXPRESIÓN LÚDICA
Se lava las manos	Cuida los materiales de la clase	
Se lava los dientes	Demuestra cariño a sus compañeros	Se interesa en juegos de construcción
DESARROLLO SOCIAL	Demuestra cariño a su maestra	Juega recogiendo objetos
	Practica hábitos de orden e higiene	Participa en juegos
Demuestra aceptación o	Gusta de juegos tradicionales	

rechazo					
Comparte material y juguetes		Se integra con otros niños			EXPRESIÓN MUSICAL
Espera y guarda turnos				Realiza sonidos con objetos	
Respeto reglas				Imita sonidos de animales	
Saluda y se despide				Canta	
Juega con sus compañeros				EXPRESIÓN PLÁSTICA	
Participa con interés				Modela y pega libremente	
				Garabatea	
			Pinta con los dedos		
			Arruga y rasga libremente		

No
N
En
D
Alcanzado
A

Alcanzado
desarrollo

Anexo G. Reporte de evolución por áreas

NOMBRE: NN

FECHA: 21 de Junio del 2013

La niña NN se encuentra integrada dentro del Taller de Integración Psicopedagógica (TIP) que funciona en el centro VOCES desde el mes de ENERO del 2013.

El objetivo principal de su asistencia al taller es prepararla para una inserción escolar más provechosa a futuro. La niña asiste en horario de 9 a 12:30 de lunes a viernes, recibe estimulación de lenguaje, T. conductual (que es su área más deficitaria) y destrezas motoras finas -gruesas, sociales y cognitivas; mediante un programa diseñado específicamente acorde a su necesidad. Además asiste a psicopedagogía 2 veces por semana durante las tardes.

El sistema de trabajo del TIP es en esquema 1 a 1, con momentos de sociabilización con otros niños durante lunch, recreo y actividades grupales (salidas, fiestas, etc)

Durante esta primera etapa el rendimiento obtenido así como las áreas estimuladas son:

AREA: Lenguaje

En este periodo de asistencia ha mejorado su lenguaje espontáneo con el uso frecuente de fórmulas sociales apropiadas dentro de situaciones concretas, por ejemplo: saludo – despedida, por favor- gracias, pedir antes de obtener algo o para hacer algo. Se ha apoyado el establecer situaciones de causa-efecto, estados de ánimo, razonamiento lógico, establecer porqué ante determinadas acciones, permanece mayor tiempo concentrada en una actividad verbal y los periodos de atención compartida se han incrementado.

AREA: Cognitiva-Conductual

En un inicio presentó bajo nivel de tolerancia a las negaciones, actitud posesiva, agresividad física y verbal hacia los demás, interés exagerado por las cosas que ocurren a su alrededor (preguntas constantes tales como qué pasó, está enferma, por qué está enferma) repetía insistentemente un tema específico lo que repercutía en su interacción con los demás y aumentaba sus niveles de frustración y enojo cuando no se cumplen sus demandas.

Se lo ha manejado mediante las siguientes estrategias:

Uso de frases claves para pedir las cosas como por ejemplo: No me has pedido!, esto permite que la niña detenga su comportamiento, siempre y cuando este aún no haya escalado en intensidad.

Presentar a NN opciones de comportamiento, por ejemplo deseas hacer esto y comportarte de esta manera o hacemos esto y te comportas de esta otra manera.

Modelamiento de tono de voz evitando tonos posesivos o que indiquen jerarquía Anticipar los cambios que se van a realizar y dejando claro (pero sin el uso de jerarquía) el tipo de comportamiento que esperamos de ella.

AREA: Psicomotricidad y Psicopedagogía

Se ha trabajado todas las destrezas de motricidad fina, con apoyo especial en uso del lápiz, orientación de sus trazos y hábitos de trabajo. Se ha conseguido que demuestre importancia y satisfacción por hacer mejor sus trabajos corrigiendo algunos de sus errores en forma espontánea.

En la primera etapa se pretende estimular todas las funciones básicas para prepararla para el proceso de iniciación de pre lectura y pre escritura

Observación:

NN ha mejorado en todas las áreas estimuladas pero aún persisten altos niveles de irritabilidad, comportamientos agresivos, baja tolerancia a la frustración y atención dispersa; lo que no le permitió una inserción escolar exitosa en etapas anteriores, ahora las condiciones son mejores pero se debe tomar en cuenta que el trabajo individual y especializado permite un mayor control de sus comportamientos.

Atentamente,

Ps. Jaime Terán
Autor del programa

Msc. Milenna Villegas
Directora Centro Voces

Anexo H. Taller de integración preescolar T.I.P.

TEST PARA NIÑOS DE CUATRO, CINCO Y SEIS AÑOS DE RASGOS RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD

Padre: _____

Madre: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____

Fecha: _____

Marca con una cruz en el lugar correspondiente, según consideres verdadero o falso para describir el comportamiento que tu hijo tiene habitualmente

1. Cuando comienza una actividad enseguida está deseando terminarla
____ V ____ F
2. No soporta que lo interrumpan cuando esta realizando alguna actividad
____ V ____ F
3. Cuando para arreglar algo hay que esperar, normalmente renuncia a ello
____ V ____ F
4. No soporta los juegos en los que la manipulación dura demasiado tiempo
____ V ____ F
5. Suele medir las cosas mas por el tiempo que por el espacio
____ V ____ F
6. No soporta que lo hagan esperar
____ V ____ F
7. Se enfada cuando tenemos que hacer cola, por ejemplo en la puerta del cine
____ V ____ F
8. Se pone nervioso si se tarda un poco en poner la comida cuando está sentado a la mesa
____ V ____ F
9. Pregunta a menudo cuánto tiempo falta para que suceda algo determinado
____ V ____ F
10. Normalmente protesta y recuerda lo que podría estar haciendo en lugar de esperar
____ V ____ F
11. Abandona una actividad si dura demasiado
____ V ____ F
12. Ante dos posibilidades elige siempre la opción más corta
____ V ____ F
13. A menudo no termina aquello que empieza
____ V ____ F
14. Normalmente quiere ser siempre el primero de la fila
____ V ____ F
15. Se enfada mucho si alguien quiere ponerse delante de él en una cola
____ V ____ F

PARA NECESIDADES POSTERIORES, QUE TEMAS LE GUSTARIA CONOCER?

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

ES TU HIJO UN NIÑO SOCIABLE?

1. Cuando acudes con tu hijo a una fiesta de cumpleaños:

- a. Suele tener disputas con otros niños
- b. Lo pasa bien, habla con todos los niños y hace siempre nuevos amigos.
- c. Se aburre. No participa en las actividades

2. En su relación con otros niños:

- a. No suele llevarse bien
- b. Hace buenos amigos
- c. En genera, se aburre

3. Si le propones ir a algún lugar donde habrá muchos niños

- a. Piensa que no lo va a pasar bien
- b. Le parece una buena idea
- c. Lo evita

4. Lo que más le gusta a tu hijo es:

- a. Realizar actividades en solitario
- b. Compartir su tiempo con otros niños
- c. Estar con dos o tres niños como máximo

5. Cuando se trata de conocer a chicos nuevos

- a. No le resulta difícil, pero no le gusta jugar con ellos.
- b. Siempre le gusta
- c. Le da pereza al principio pero luego se alegra

6. En la escuela:

- a. Según él, los otros chicos siempre le crean problemas
- b. Se hace amigo de todos
- c. Pasa totalmente desapercibido

7. Tu hijo normalmente piensa:

- a. Que los otros niños son malos y le hacen trastadas de todo tipo.
- b. Que los otros niños son buenos y que se portan muy bien con él
- c. Que hay algunos niños buenos, pero pocos.

8. En una conversación de tu hijo con otros chicos:

- a. No deja que hablen los otros
- b. Escucha a los demás con atención
- c. Generalmente, prefiere escuchar a los demás antes que dar su opinión

¿ Qué conductas desearía que su niño cambie en esta área?

.....

.....

.....

.....

¿ ES TU HIJO UN NIÑO AGRESIVO?

1. Si un adulto le regaña:

- a. Ni contesta, le da igual
- b. Se defiende rápidamente atacando

_____ c. Se enfada bastante pero no dice nada

2. Si se le rompe uno de sus juguetes preferidos:

_____ a. Insulta a todos los que están a su alrededor

_____ b. Se desespera y se pone triste

_____ c. Se queda callado

3. Las discusiones con sus hermanos son:

_____ a. Escasa, tranquilas y de poca importancia en general.

_____ b. Horribles, con gritos, agresiones físicas y sin que falten bastantes insultos

_____ c. Se pasan tras ellas varias horas sin dirigirse la palabra.

4. Si entre sus amigos surge una pelea:

_____ a. No se mete para nada

_____ b. Siempre que puede huye de las peleas

_____ c. Suele meterse y gritar más que ninguno

5. Si tuviera que definir el carácter de su hijo, en líneas generales, diría que es:

_____ a. Apacible y tranquilo

_____ b. Exigente y tenaz

_____ c. Educado y sociable

6. Cuando está muy enfadado:

_____ a. Nunca llega a estar enfadado realmente

_____ b. Se desborda, en ese momento sería capaz de hacer cualquier cosa

_____ c. Mucho ruido y pocas nueces

7. Cuando otro niño comete un error y le afecta a él de un modo directo:

_____ a. Lo critica bastante y le pide encarecidamente que arregle la situación.

_____ b. Arregla la situación él mismo

_____ c. Busca la solución con el otro niño en conjunto

¿ Qué conductas desearía que su niño cambie en esta área?

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

Anexo I. Plan de autoayuda

NOMBRE DEL NIÑO: NN

1. Promover un buen desenvolvimiento al momento de comer

- Sentarse bien
- Comer solo
- Agradecer terminados los alimentos

2. Correcta utilización de los útiles de aseo personal

- Cepillarse bien muelas y dientes
- Secarse bien las manos
- Limpiarse bien luego de la deposición

3. Preparar la ropa del día siguiente con él y dejar que se vista solo

4. Estar pendiente de los útiles que lleva en la mochila

- Revisar si tiene tarea

5. Claves sociales

- Saludar y despedirse de papá y mamá diciendo:
Buenos días-tardes-noches papá
Buenos días-tardes-noches mamá
- Utilizar: por favor y gracias para pedir algo

Anexo J. Planificación de actividades semanales individual

PROGRAMACION SEMANAL TIP - VOCES

Niño(a): NN

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 a 9:15	Inicio	Inicio	Inicio	Inicio	Inicio
9:15 a 10:00	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva
10:00 a 10:45	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje
10:45 a 11:00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
11:00 a 11:30	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO
11:30 a 12:15	Motricidad	Terapia Social y Cognitiva	Terapia Social y Cognitiva	Terapia de Lenguaje	Motricidad
12:15 a 12:30	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida	Preparación Salida

Anexo K. Programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Las habilidades sociales se aprenden, y el entrenamiento en las mismas es una estrategia de enseñanza que incluye técnicas conductuales y cognitivas para que la persona adquiera los comportamientos sociales carentes o modifique aquellos inadecuados (Monjas Casares, 1993).

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) implica:

- Enseñar las conductas específicas, que la persona debe practicar para integrar a su repertorio conductual.
 - Disminuir la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.
 - Reestructuración cognitiva, por ejemplo, de las creencias de la persona.
 - Solución de situaciones problemáticas.
- a las características del EHS:

Se basa en el modelo de competencia, ello implica:

- Énfasis en los aspectos positivos.
- Consideración en un todo integral: persona- problema- entorno.
- Papel activo del paciente.
- Se considera también la prevención.
- Importancia de las variables cognitivas.

ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL O GRUPAL

El EHS puede hacerse en dos formatos:

1. **Individual:** relación terapeuta- paciente en el marco de una sesión de una hora de duración, que se utiliza con pacientes con graves déficit sociales.
2. **Grupal:** la cantidad de personas que intervienen (terapeuta, co-terapeuta, y hasta 7 pacientes, que es el número más adecuado) y la duración de la sesión (máximo 2 horas).

TIPOS DE SESIONES GRUPALES

Los encuentros grupales pueden distinguirse por dos tipos principales de sesiones:

1. **Sesión Típica:** es aquella que se desarrolla comúnmente, y que puede constar de un momento de socialización (saludo diario) entre los niños del TIP, con la intervención de los terapeutas, antes del inicio de las actividades programadas.

Posteriormente se puede plantear una actividad semi-estructurada y un momento de actividad lúdica. Por último se hace la despedida, realizando una síntesis de lo trabajado. Dentro de este tipo de sesión, cabe mencionar la sesión inicial o primera del grupo donde se realiza la presentación de cada integrante y de las terapeutas y se explica la finalidad del grupo, todo esto puede ir acompañado de juegos.

2. **Sesiones especiales:** pueden ser de cuatro tipos:

a. **Cumpleaños:** se festeja el cumpleaños de alguno de los integrantes del grupo.

Previamente se trabaja sobre esa temática y se realiza la división de tareas para ese momento. El día del agasajo se plantea un momento de socialización con conversación y actividades lúdicas, para luego realizar el festejo propiamente dicho, con la participación de todos los niños, los terapeutas y familiares del niño festejado

b. **Eventos especiales:** comprenden el bautismo del grupo, es decir ponerle un nombre al mismo y confeccionar el cartel identificador; el nacimiento de un hermano; la muerte de algún ser querido; el cambio de escuela; mudanzas. Todas estas temáticas son trabajadas en conjunto niños, terapeutas y familia.

c. **Salidas o paseos:** este tipo de sesión implica un trabajo y preparación anterior tanto del grupo como del profesional, ya que se trabajara fuera del Centro Terapéutico, lo que conlleva tomar ciertas precauciones. Las salidas son pensadas para favorecer la generalización de lo aprendido en el entrenamiento. Luego del paseo se realiza una evaluación junto al grupo

d. **Despedida o cierre:** se realizan actividades con el objetivo de evaluar lo realizado a lo largo del día, semana, mes.

La enseñanza se fundamenta en el modelo cognitivo conductual y en la teoría del aprendizaje social de Bandura, por tanto esta característica se relaciona directamente con la siguiente:

- El objetivo es que la persona adquiera conductas adaptativas.
- Para lograr lo mencionado anteriormente, se utilizan procedimientos y técnicas flexibles, pudiéndose emplear con distintas personas y situaciones

Anexo L. Programación de asesorías familiares TIP / enero – junio 2013

ENERO	4 Familia 1	11 Familia 2	18 Familia 3	25 Asesoría Grupal
FEBRERO	1 Familia 5	8 Familia 6	15 Familia 7	22 Familia 8
MARZO	8 Familia 9	15 Familia 10	22 Familia 11	29 Asesoría Grupal
ABRIL	5 Familia 12	12 Familia 13	19 Familia 14	26 Familia 15
MAYO	10 Familias 1 y 2	17 Familias 3 y 4	24 Familias 5 y 6	31 Familias 7 y 8
JUNIO	8 Familias 9 y 10	15 Familias 11 y 12	22 Familias 13, 14 y 15	29 Asesoría Grupal

Ver anexo 8: Reporte de TALLER DE INTEGRACION PREESCOLAR T.I.P. / TEST PARA NIÑOS DE CUATRO, CINCO Y SEIS AÑOS DE RASGOS RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD, realizado a los padres en cada asesoría familiar individual, de acuerdo al cronograma antes mencionado.

Anexo M. Programación de salidas supervisadas TIP – voces 2013

Febrero 21	Zoologico: Coordinador: J. Terán Supervisoras: Ps. Martha Vaca Ps. Diana Burbano de Lara
Abril 18	Supermercado: Coordinador: J. Terán Supervisoras: Ps. Martha Vaca Msc. Paulina Terán
Junio 21	Parque de la Mujer: Coordinador J. Terán Supervisoras: Ps. Martha Vaca T.L. Fatima Trujillo

Anexo N. Dinámicas grupales infantiles TIP – voces 2013

✓ Dinámica 1: Peces y Pescadores

Juegos Infantiles	
Peces y Pescadores	
Edades de los participantes: Todas	Autor: chicosygrandes.com
<p>Se busca un lugar limitado y se separan a los niños en “peces” y “pescadores” (siempre muchos más peces que pescadores). A una distancia del recinto se dibuja una línea que marca la “orilla” desde donde salen los pescadores. Estos últimos entran gritando al “mar” y deben pescar el máximo número de peces volviendo a la orilla antes de quedarse sin aliento, es decir, antes de dejar de gritar. Si un pez es atrapado y llevado a la orilla se convierte en pescador; y si un pescador se queda sin aliento antes de llegar a la orilla se convierte en pez. El juego termina cuando no queda ningún pez.</p> <p>Es ideal para jugar en una pista de fútbol o de baloncesto, o cualquier otro recinto.</p>	

✓ Dinámica 2: Pato, Pato, Ganso

Juegos Infantiles	
Pato, Pato, Ganso	
Edades de los participantes: Todas	Autor: chicosygrandes.com
<p>El monitor y los niños se ponen todos en círculo, uno se la liga. Éste va dando vueltas por detrás y dando un golpecito suave en la cabeza dice “pato”, pero cuando sea “ganso”, el que estaba sentado tiene que pillar al otro antes de que se siente. Si se sienta entonces el otro se la liga, pero si le coge se la vuelve a ligar.</p>	

✓ Dinámica 3: Juegos con Globos

Juegos Infantiles	
Juegos con Globos	
Edades de los participantes: Todas	Autor: chicosygrandes.com
<p>1- Se separan los niños en dos equipos y se le da a cada uno un globo. Colocados en fila sentados un equipo enfrente del otro. Cuando el monitor diga “ya” el primer jugador de cada equipo infla, ata y explota el globo con el culo. Hasta que no lo haya explotado no puede empezar el siguiente. Gana el equipo que explote antes todos los globos.</p> <p>2- Se hacen dos equipos y se le da a cada jugador un globo que debe inflar y atárselo al tobillo. Se colocan en un espacio amplio y hay que intentar explotar los globos de los jugadores del equipo contrario sin que exploten el tuyo. Al que le exploten el globo se queda inmóvil y ya no puede explotar ningún globo.</p>	