

# GUÍA

## DE ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN DE CASUÍSTICAS EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA



PERÚ

Ministerio  
de Educación



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

## GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN DE CASUÍSTICAS EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA-PRITE

**Ministra de Educación:**

Magnet Carmen Márquez Ramirez

**Viceministra de Gestión Pedagógica:**

Miriam Janette Ponce Vértiz

**Directora de la Dirección General de Servicios Educativos  
Especializados:**

Elvira Pacherras Mendives de Severino

**Directora de la Dirección de Educación Básica Especial:**

Ausmenia Valencia Olivera

**Coordinadora de Gestión de Programas y Servicios de la Educación  
Básica Especial e Inclusivas:**

Rocío Linda Colca Almonacid

**Elaboración de contenido:**

Jesús Mitchel Gonzales Ramos

José Carlos Díaz Armijo

Leonor Choquehuanca Flores

Pablo Yerlaqué Gutierrez

**Revisión pedagógica:**

Rocío Colca Almonacid

Carmen Malca Torrejón

Vilma Moya Tello

**Corrección de estilo:**

Raúl Martín Ruiz

**Diseño y diagramación:**

Nancy Marilú Marquez Huerto

Ministerio de Educación  
Calle del Comercio N.º 193, San Borja  
Lima, Perú Teléfono 615-5800  
[www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe)

©Ministerio de Educación - 2023

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción de este material por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

## Introducción

Sin duda, las y los profesionales de los programas de intervención temprana (PRITE) realizan una destacada labor para asegurar el logro de las competencias curriculares de las niñas y los niños menores de tres años con discapacidad o en riesgo de adquirirla. En ese sentido, es preciso señalar que también es una tarea que necesita fortalecerse.

El desempeño de las y los profesionales (tutoras y tutores) está orientado, en primer lugar, a contribuir al bienestar de las niñas, de los niños y de sus familias; para ello, necesitan identificar las características, necesidades y condiciones en las que se encuentran y, a partir de esa información planificar las actividades oportunas y pertinentes en el marco de un ambiente cálido y empático para que se sientan acogidos, comprendidos y queridos, es decir, para que se sientan aceptados.

En segundo lugar, la labor de las tutoras y los tutores, como una acción inherente a la labor educativa, implica la planificación de las actividades que se desarrollarán como parte del Plan Educativo Personalizado (PEP) a través de las sesiones de aprendizaje.

En ese sentido, es importante mencionar que, en ocasiones, hay casos de niñas y niños que, por su condición de discapacidad, presentan ciertas características que ameritan una intervención con mayor nivel de exigencia y transdisciplinariedad. Por tal motivo, en esta guía para la atención de casuísticas de los PRITE se ofrece una variedad de estrategias para las tutoras y los tutores que les facilitará el logro de las competencias de las cuatro áreas del ciclo I del Currículo Nacional de Educación Básica (CNEB), las cuales están acordes a la condición de discapacidad y a la edad de las niñas y los niños.

De esta manera, la presente guía contiene información relevante para la atención de casuísticas específicas de niñas y niños con síndrome de Down, parálisis cerebral (PC), ceguera y trastornos del espectro autista (TEA). Entre otras cosas, en este documento se presentan elementos esenciales para comprender cada caso y para brindar una respuesta educativa pertinente. Además, se brindan orientaciones dirigidas a las familias para su desarrollo en el hogar.

## Guía de orientaciones para la atención de casuísticas en los programas de intervención temprana

Las tutoras y los tutores de la niñez con discapacidad o en riesgo de adquirirla menores de tres años que se atiende en los PRITE requieren especial orientación, en especial cuando se inician en esta modalidad o cuando se enfrentan a casos de niñas y niños que requieren una intervención más compleja y que representan un reto por la severidad de ciertos tipos de discapacidad. Nos referimos, por ejemplo, a niñas y niños con características diferenciadas de PC, TEA, síndrome de Down, ceguera, entre otros.

Por ello, es importante que las tutoras y los tutores, junto con las familias, actúen armónica y coordinadamente para el desarrollo integral de cada niña o niño. Esta es una tarea compartida que requiere un compromiso firme para lograr los objetivos comunes, uno de los cuales es la atención pertinente y de calidad para todas las niñas y los niños.

En los PRITE encontramos ciertas niñas y niños cuya condición de discapacidad reviste mayor complejidad para su atención, lo que exige de las tutoras y los tutores mayor experticia interdisciplinaria. Ante ello, como una estrategia para garantizar que se les atienda con pertinencia, surgió el servicio de apoyo virtual a las tutoras y los tutores de los PRITE, como parte del cual se les ofreció orientación bajo un enfoque transdisciplinario desde la Dirección de Educación Básica Especial (DEBE) del Minedu.

Después de una exhaustiva revisión teórica y de una profunda reflexión de la práctica, se ha elaborado esta guía de orientación para las tutoras y los tutores, la cual también incluye información dirigida a las familias sobre el desarrollo de actividades en casa con la finalidad de que se unifique y fortalezca su ejecución tanto en el PRITE como en el hogar.

De esa manera, se logrará potenciar la plasticidad cerebral distintiva durante los mil primeros días de vida de las niñas y los niños, etapa en la que se produce el triple de conexiones neuronales que en etapas posteriores, las cuales impulsan el desarrollo de las capacidades cognitivas, motoras, de lenguaje y socioemocionales de las niñas y los niños menores de tres años que asisten a los PRITE.

# CAPÍTULO I



## Capítulo I

### 1.1 Síndrome de Down

El síndrome de Down está relacionado con una alteración cromosómica que se produce en el momento de la concepción; es decir, en lugar de tener 46 cromosomas tienen 47 y presentan una triple dosis en el par 21, motivo por el cual se le denomina trisomía 21. El diagnóstico se confirma con un examen de sangre denominado cariotipo y fue descrito en el siglo XIX por el médico inglés John Langdon Down.

Según Nazer y Cifuentes (2011), la incidencia de nacimientos de bebés con síndrome de Down es mayor en Sudamérica que en Europa y Asia. En Chile, por ejemplo, se da una prevalencia de 2,2 nacimientos por cada 1000; asimismo, hay una mayor incidencia de bebés que nacen con síndrome de Down en madres con edad más avanzada al momento del parto.

Esta condición está acompañada de hipotonía o bajo tono muscular (flacidez muscular), lo que se traduce en un retardo en el desarrollo psicomotor que causa que el control de la cabeza, gatear, pararse y caminar se logre más tarde que en otras niñas y niños de su edad. Esto limita la capacidad cognitiva, lo que ocasiona una discapacidad intelectual de grado variable en cada niña o niño; además, pueden presentar enfermedades asociadas como la cardiopatía o el hipotiroidismo, así como problemas respiratorios, visuales y auditivos.

Por las características descritas, la niña o el niño con síndrome de Down demanda la atención de parte de las y los profesionales de la salud en neuropediatría, cardiología, oftalmología, neumología, psicología y tecnología médica (en las especialidades de terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje), así como la intervención de las y los profesionales docentes de educación especial.

### 1.2 Orientaciones para tutoras, tutores y familias

#### 1.2.1 Orientaciones dirigidas a tutoras y tutores para la atención de la casuística en los PRITE

##### CASUÍSTICA

**Edad:** 4 meses

**Diagnóstico (o dx presuntivo):** Síndrome de Down

**Descripción:**

El bebé ingresó al PRITE a los 3 meses de nacido. Nunca había recibido atención terapéutica y solo se mantenía en posición boca arriba. Se observó que tiene deformidad craneal postural. Al hablarle o mostrarle la sonaja, no mantenía el contacto visual y no toleraba la posición boca abajo. Debido a ello, permanecía con ambos puños cerrados.

Actualmente tiene 4 meses y en las sesiones pedagógicas se observa que va mejorando el control de la cabeza y que tolera por segundos la posición boca abajo con el uso de texturas y con la ayuda de la persona adulta significativa. Además, está mejorando el contacto visual a un ángulo aproximado de 40° con el uso de tarjetas visuales (negras y rojas con fondo blanco) y también al cantarle durante sus rutinas en casa con la familia. Tiene pendiente pasar la evaluación médica de oftalmología.

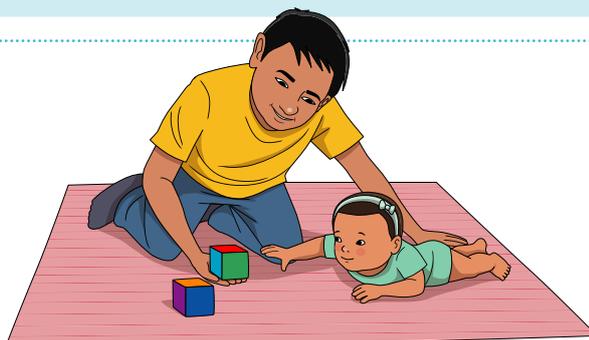
La madre refiere que, por más que lo intenta entretener, el bebé se duerme temprano (6:00 p. m.) y se despierta por la madrugada. Por ello, no tiene una adecuada calidad del sueño, lo que ocasiona que algunas veces amanezca irritado.

**Consulta específica:**

Estrategias y actividades para continuar aportando a su evolución.

**Orientaciones para el caso:**

- Coloca al bebé boca abajo, a 45° respecto del suelo (puedes utilizar una cuña para ello), y genera diferentes actividades que motiven que el bebé gire la cabeza y movilice los miembros superiores.
- Realiza actividades para captar su atención mostrando objetos, juguetes o materiales elaborados en casa que sean coloridos, sonoros y/o con luces, los cuales generen el interés del bebé. Es importante que los objetos representen un contraste respecto al entorno.



- En posición boca arriba, motívalo a llevar ambas manos a la línea media. Canta canciones mientras palmeas y chasqueas para captar su atención.



- Cárgalo en brazos y ayúdalo a coger y soltar objetos o juguetes mediante el juego.
- Emplea música alegre y sonidos intermitentes.
- Bríndale información sensorial táctil diversa empleando semillas grandes, en las cuales pueda sumergir los brazos y los pies.



## 1.2.2 Orientaciones dirigidas a las familias para la atención de la casuística en los PRITE

### Descripción del caso:

Un bebé que actualmente tiene 4 meses con síndrome de Down ingresó al PRITE a los 3 meses. Nunca antes había recibido atención terapéutica y solo se mantenía en la posición boca arriba. Se observó que presenta deformidad craneal postural.

Al hablarle o mostrarle la sonaja, no mantenía el contacto visual y no toleraba la posición boca abajo. Debido a ello, permanecía con ambos puños cerrados.

Actualmente (con 4 meses), en las sesiones pedagógicas se observa que va mejorando el control de cabeza y que tolera por segundos la posición boca abajo con el uso de texturas y con la ayuda de la persona adulta significativa.

Además, viene mejorando el contacto visual a un ángulo aproximado de  $40^\circ$  con el uso de tarjetas visuales (negras y rojas con fondo blanco) y también al cantarle durante sus rutinas en casa con la familia. Tiene pendiente pasar la evaluación de oftalmología.

La madre refiere que, por más que lo intenta entretener, el bebé se duerme temprano (6:00 p. m.) y se despierta por la madrugada. Por ello, no tiene una adecuada calidad del sueño, lo que ocasiona que algunas veces amanezca irritado.

### Consulta específica:

Estrategias y actividades para continuar aportando a su evolución.

### Orientaciones para el caso:

- Coloquen a su bebé boca abajo, inclinado a  $45^\circ$  respecto del piso (pueden utilizar una cuña para ello), y desarrollen diferentes actividades usando sonajas de colores con sonido (giren hacia el lado derecho y luego hacia el lado izquierdo), las cuales lo ayuden a girar la cabeza y a mantener en movimiento los brazos y las manos.
- Atraigan la mirada de su bebé con objetos o juguetes sonoros de color y/o con luces de su agrado e interés.



- En posición boca arriba, motívenlo a llevar ambas manos hacia el pecho (línea media). Cántenle canciones mientras palmean y lo miran a los ojos.
- Carguen en brazos a su bebé y ayúdenlo a coger y soltar objetos o juguetes durante el juego.
- Escuchen con su bebé música alegre y sonidos por tiempos cortos (de forma discontinuada).
- Jueguen con su bebé utilizando semillas grandes que pueda percibir a través de la piel de las diferentes partes del cuerpo, como los hombros, los brazos, las manos, las piernas, los pies, etcétera.



## Capítulo II

Orientaciones con enfoque transdisciplinario para la atención de niñas y niños con parálisis cerebral



## Capítulo II

### 2.1 Parálisis cerebral (PC)

Es una alteración en el sistema nervioso central (SNC) que se produce antes de que la niña o el niño alcance su desarrollo completo. Se manifiesta por la pérdida del control motor, lo que se caracteriza por persistentes dificultades del tono y la postura.

Según Fiuza y Fernández (2014), la PC no se genera por lesiones evolutivas del cerebro, como son las ocasionadas por un tumor o por enfermedades degenerativas; en ese sentido, tampoco se consideran las lesiones del encéfalo (médula espinal) ni los trastornos ocasionados por ese tipo de lesiones después de los 3 años de vida —es decir, el daño del encéfalo se dio antes de los 3 años—.

La PC no se puede curar (es irreversible), pero, si recibe una atención oportuna y pertinente durante los primeros 1000 días de vida — periodo de mayor plasticidad cerebral—, se pueden lograr progresos muy importantes que acercarán a la niña o el niño a un funcionamiento próximo a lo esperado para su edad.

### 2.2 Orientaciones para tutoras, tutores y familias

#### 2.2.1 Orientaciones dirigidas a tutoras y tutores para la atención de la casuística en los PRITE

##### CASUÍSTICA

**Edad:** 15 meses

**Diagnóstico (o dx presuntivo):** Parálisis cerebral

##### Descripción:

El bebé tiene 1 año y 3 meses y presenta parálisis cerebral hipertónica. Hasta el momento solo se observa que sus movimientos son involuntarios. Sí se alimenta bien, aunque consume solo alimentos suaves y blandos, pues presenta dificultades para masticar (por ejemplo, el plátano se lo deben dar bien triturado).

Balbucea, llora y grita. Es capaz de seguir con la mirada y sonríe. Pasa la mayor parte del tiempo con su abuelita, quien está muy atenta a sus necesidades. Sabemos que reconoce a su abuelita porque sonríe al verla.

##### Consulta específica:

Orientaciones para continuar apoyándolo.

### Orientaciones para el caso:

- Es importante que el bebé cuente con los apoyos necesarios para mantener una postura adecuada al permanecer sentado; en ese sentido, procura que mantenga el tronco recto y la cabeza alineada. A partir de esta postura, en la mesa se pueden desarrollar actividades en las que se le guíen los movimientos para explorar objetos.
- Realiza actividades en las que el bebé permanezca de pie (utiliza bloqueadores de rodillas para ello) y esté con el tronco recto y la cabeza alineada.
- Desarrolla actividades con música en las que el bebé mantenga su atención activa. Cántale canciones mientras sigue los objetos con la mirada. Intercambia los roles con la abuela.
- En la medida de lo posible, motiva a que los familiares también interactúen con él durante las actividades y sugiere que en casa lo integren en los momentos que se pasan en familia.
- Presta especial atención a sus expresiones faciales para identificar qué estímulos sensoriales son de su agrado.
- Guía sus movimientos para que explore con semillas de diferentes tamaños, harina, agua, aceite y espuma de afeitar. Lleva a cabo actividades con texturas suaves.
- Durante el desarrollo de sus actividades de la vida diaria (AVD) y de toda actividad, mantén una comunicación constante para que le proporciones confianza y seguridad. Apóyalo a explorar los utensilios, háblale de la actividad que está por ejecutar y permite que huela esos utensilios (jabón, champú, etcétera).
- Motívalo a reconocer las partes del cuerpo. Para ello, ponle adhesivos o ganchos de ropa, colócalo frente a un espejo y luego guíalo para que se los quite.

- Guíalo para que identifique un objeto que deberá seleccionar de entre dos objetos distintos y para que logre ejecutar el movimiento final. Por ejemplo: dile “coge el carrito”, guíalo desplazando su mano hacia las dos opciones de objetos y, finalmente, permite que él mismo complete la elección del objeto que le indicaste.



## 2.2.2 Orientaciones dirigidas a las familias para la atención de la casuística en los PRITE

### Descripción del caso:

El bebé tiene 1 año y 3 meses y presenta parálisis cerebral hipertónica. Hasta el momento solo se observa que sus movimientos son involuntarios. Sí se alimenta bien, aunque consume solo alimentos suaves y blandos, pues presenta dificultades para masticar (por ejemplo, el plátano se lo deben dar bien triturado).

Balbucea, llora y grita. Es capaz de seguir con la mirada y sonríe. Pasa la mayor parte del tiempo con su abuelita, quien está muy atenta a sus necesidades. Sabemos que reconoce a su abuelita porque sonríe al verla.

### Consulta específica:

Orientaciones para continuar apoyándolo.

### Orientaciones para el caso:

- Coloquen almohadas en la espalda de su bebé mientras permanece sentado y procuren que el tronco se mantenga en posición recta y la cabeza alineada.
- Observen con bastante cuidado a su bebé y a sus reacciones de agrado o desagrado al tocar, escuchar o ver los juguetes que le muestran.
- Permitan a su bebé aplastar con ambos manos la masa de harina, la espuma de afeitar, las semillas de frejol, las lentejas u otras semillas.



- Entonen canciones cortas en compañía de su bebé.





- En la medida de lo posible, incorporen a otros integrantes de la familia para que participen en algunas de las actividades, como es la lectura de un cuento.

Conversen con su bebé en todo momento. Por ejemplo: mientras lo bañan, menciónenle los nombres de las partes del cuerpo (cabeza, cara, cuello...) que van tocando, de los útiles de aseo que van usando (jabón, champú...) y de los utensilios y prendas que están empleando al secarlo con la toalla y al vestirlo (aprovechen para que muestre por su nombre cada prenda).



- Muéstrenle a su bebé su juguete preferido, escóndanlo debajo de una tela y motívenlo a que lo descubra. Valoren su esfuerzo cargándolo o abrazándolo.





## Capítulo III

Orientaciones con enfoque transdisciplinario  
para la atención de niñas y niños con ceguera



## Capítulo III

### 3.1 Ceguera

Es la pérdida de las funciones visuales, como son la agudeza visual, el campo visual, la sensibilidad al contraste, la visión cromática y la adaptación a la luz.

La causa principal de la ceguera o baja visión en los bebés es la retinopatía del prematuro, que se manifiesta en las primeras semanas de vida y ocasiona ceguera irreversible.

Este es un grave problema de salud pública a nivel mundial. Por ejemplo, Trejo y Landa (2018) afirman que, en México, de los bebés prematuros que sobreviven con menos de 1500 gramos de peso, se estima que el 70 % (entre 600 y 2000 anualmente) presentan retinopatía del prematuro. Por tanto, cuanto menores son el peso y la edad gestacional, mayor es la incidencia de retinopatía del prematuro. Además, esta ocurrencia es variable de un país a otro, lo que está determinado por el nivel del cuidado perinatal.

Asimismo, existe una variedad de causas de origen hereditario, genético o adquirido que es importante conocer para diseñar una respuesta educativa pertinente. A continuación se describen algunas de estas causas presentes en la edad infantil, tomando en cuenta lo señalado por el Ministerio de Educación de Chile (2007):

- **Estrabismo:** Está relacionado con defectos en la musculatura ocular, por lo que los ojos no se encuentran alineados correctamente. Esto puede repercutir en una disminución de la agudeza visual.
- **Nistagmus (más conocido como nistagmo):** Está relacionado con un movimiento involuntario y repetitivo de uno o de ambos ojos. A las niñas y los niños que presentan esta alteración se les recomienda el uso de una cartulina de color oscura con un hueco rectangular en el centro (tiposcopio) y ubicar el orificio sobre la imagen, palabra o frase para facilitar la lectura; este debe movilizarse a medida que se avanza en la lectura.

Por todo lo mencionado, las tutoras y los tutores deben observar detenidamente a bebés, niñas y niños de alto riesgo durante la evaluación psicopedagógica y solicitar una evaluación complementaria si se observan indicadores de baja visión o ceguera con la finalidad de registrarlo en el informe psicopedagógico.

Los bebés, las niñas y los niños con ceguera requieren atención temprana de los servicios de salud y de los programas de intervención temprana.

## 3.2 Orientaciones para tutoras, tutores y familias

### 3.2.1 Orientaciones dirigidas a tutoras y tutores para la atención de la casuística en los PRITE

#### CASUÍSTICA

**Edad:** 20 meses

**Diagnóstico (o dx presuntivo):** Ceguera congénita (retinopatía de grado 5)

#### Descripción:

La madre refiere que el bebé nació a los 7 meses (premature) y que permaneció 20 días en la incubadora. Es hijo único. Se matriculó en el PRITE este año por primera vez. Se muestra muy desconfiado y reacio a seguir órdenes y muy inseguro cuando participa en las actividades que se proponen. No le gusta llevar a cabo actividades de carácter vestibular. No tolera la intervención de personas que no son de su entorno. No quiere participar en actividades de gateo, arrastre y otras de carácter motriz; se muestra reacio y grita.

#### Consulta específica:

¿Cómo intervenir en el desapego del niño hacia la madre? Actividades o estrategias para mejorar su sociabilidad en actividades motrices.

#### Orientaciones para el caso:

- Desarrolla actividades de anticipación para evitar sorprender al niño. Es importante que mantengas un diálogo constante con él y que le brindes información táctil para la comunicación.
- Procura que se genere un ambiente de apego seguro para el niño. La madre puede verbalizar el nombre de su hijo y acompañar esa acción con un abrazo u otras caricias para que se sienta querido y confiado. Sugiere que actúen todos los integrantes de la familia (mamá, papá, abuelas, abuelos, hermanas, hermanos, tías, tíos...).



- En la sesión pedagógica, se debe procurar que el niño se familiarice con la voz de la tutora o el tutor y con su contacto mientras algún integrante de la familia le sigue hablando o cantando.
- Sugiere a la familia que en casa usen aromatizantes del agrado del niño a fin de emplearlos también en las sesiones pedagógicas, ya que de esa forma los asocia y se siente con más confianza. También puedes sugerir a los integrantes de la familia que cada uno emplee una colonia específica (o una prenda o joya en las manos), de tal manera que le permita al niño identificar a la persona por el olfato o tacto.
- Realiza actividades guiando al integrante de la familia para que motive los movimientos motores. En la medida en que el niño gane confianza, se prolonga el tiempo que se mantiene distanciado del familiar.



- Brinda información vestibular al niño mientras algún integrante de la familia lo carga. Puedes desarrollar actividades que impliquen el cambio de posiciones en una misma actividad (boca abajo, sentado y recogiendo o elevando objetos).
- Sugiere que en casa lo trasladen en los diferentes espacios del hogar y que hagan paseos en coche al parque.

### 3.2.2 Orientaciones dirigidas a las familias para la atención de la casuística en los PRITE

#### Descripción del caso:

El niño tiene 20 meses y presenta ceguera congénita. La madre refiere que nació a los 7 meses (premature) y que permaneció 20 días en la incubadora. Es hijo único. Se matriculó en el PRITE este año por primera vez. Se muestra muy desconfiado y reacio a seguir órdenes y muy inseguro cuando participa en las actividades que se proponen. No le gusta llevar a cabo actividades de carácter vestibular. No tolera la intervención de personas que no son de su entorno. No quiere participar en actividades de gateo, arrastre y otras de carácter motriz; se muestra reacio y grita.

#### Consulta específica:

¿Cómo intervenir en el desapego del niño hacia la madre? Actividades o estrategias para mejorar su sociabilidad en actividades motrices.

#### Orientaciones para el caso:

- Desarrollen actividades de anticipación (música, canciones, aplausos) para evitar sorprender al niño.
- Verbalicen el nombre de su niño mientras lo apoyan con un abrazo y una palmada en la cabecita para que se sienta querido; de esa misma manera deben comunicarse todos los integrantes de la familia.



- Utilicen una colonia personal para que les reconozca por el olor y se familiarice con su voz; de la misma forma deben hacerlo todos los integrantes de la familia.
- Utilicen aromatizantes en casa que sean del agrado del niño para que los asocie con lugares y sienta confianza.
- Realicen movimientos de gateo y arrastre con su niño para que perciba su cuerpo en movimiento.
- Carguen a su niño en brazos y cambien de posición lentamente (boca abajo, sentado, parado...).



- Realicen paseos en coche con su niño cerca del domicilio, especialmente en el parque.



# Capítulo IV

Orientaciones con enfoque transdisciplinario  
para la atención de niñas y niños con  
trastorno del espectro autista



## Capítulo IV

### 4.1 Trastorno del espectro autista (TEA)

El término autista proviene del griego autós, que significa 'uno mismo'. Una persona autista se puede describir como aquella que, al interactuar con otras personas, se muestra opaca, impredecible y mentalmente ausente con respecto a las personas que la rodean. Las capacidades intelectuales, sociales, lingüísticas y otras son variables en cada niña o niño autista.

Existen diversos enfoques y teorías que explican el autismo. Para comenzar, en 1943, Kanner (como se cita en Fiuza y Fernández, 2014) reconoció como rasgo fundamental del síndrome autista la incapacidad para relacionarse con las personas y las situaciones. Luego, en 1981, Wing (como se cita en Fiuza y Fernández, 2014) destacó la presencia de una triada de dificultades comportamentales del autismo relacionadas con la socialización, la comunicación y la imaginación.

Según el DSM-VI (como se cita en Fiuza y Fernández, 2014), los TEA se caracterizan por hacer referencia a un conjunto de trastornos neuropsicológicos que se diferencian por una variedad sintomatológica de tipo social, comunicativo y comportamental. Entre las alteraciones en la comunicación social, es posible observar una marcada afectación de los comportamientos verbales, como la incapacidad para relacionarse con sus iguales, la ausencia de motivación para buscar intereses y objetivos compartidos por otras niñas y niños o la falta de conciencia de la presencia de otras niñas y niños.

Como también se señala en la obra citada (2014), el DSM-V manifiesta que las alteraciones en el lenguaje y en la comunicación afectan tanto a las habilidades verbales como a las no verbales y se manifiestan en forma de serias dificultades para iniciar o mantener una conversación con otras personas. Se evidencia el uso de un lenguaje estereotipado y repetitivo o se percibe incapacidad para comprender órdenes o preguntas sencillas.

Finalmente, en la referida cita (2014) también se indica que el DSM-V explica que las alteraciones en el comportamiento se caracterizan por la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades limitadas y estereotipadas, con una tendencia marcada a instalarse en rutinas o rituales específicos, apego a determinados objetos o realización de movimientos corporales repetitivos (como determinados movimientos con los pies, con las manos o con todo el cuerpo).

<sup>1</sup> La sigla DSM-V hace referencia a la quinta versión (2013) del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, traducido al español como *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

## 4.2 Orientaciones para tutoras, tutores y familias

### 4.2.1 Orientaciones dirigidas a tutoras y tutores para la atención de la casuística en los PRITE

#### CASUÍSTICA

**Edad:** 28 meses

**Diagnóstico (o dx presuntivo):** TEA nivel 1

#### Descripción:

El niño tiene diagnóstico de TEA nivel 1, además de laringomalacia, por lo que hace ciertos ruidos cuando respira. La madre lo llevó al hospital para su tratamiento. Muestra desarrollo psicomotor aproximado de un año. Balbucea algunos sonidos.

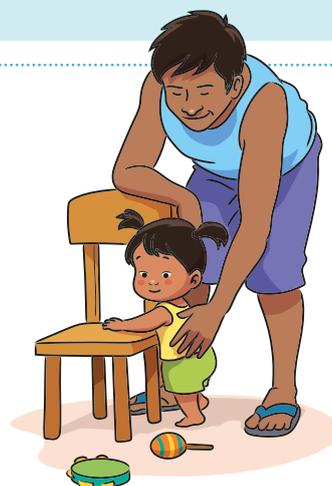
No fija la mirada y muestra una atención casi nula. El papá suele ser quien está más pendiente del tratamiento del niño, debido a que la madre trabaja. Con cierta ayuda, puede caminar (agarrándolo de la manito). Sí puede mantenerse sentado. No presta atención para seguir directivas simples.

#### Consulta específica:

Actividades sugeridas.

#### Orientaciones para el caso:

Fomenta que el niño ejecute actividades que impliquen desplazamientos (subir y bajar escaleras, caminar en un espacio libre, superar obstáculos, subir y bajar rampas y sillas). Debe contar con apoyo y guía constante.



- Emplea estrategias visuales que ayuden al niño en la anticipación frente a las actividades que se van a realizar. Puedes utilizar fichas con imágenes y aplicarlas también para su rutina diaria y para que reconozca a las personas de su entorno familiar.



- Insiste con las AVD referentes a las acciones de vestirse y desvestirse para que logre sacarse los zapatos y los pantalones (ya desabrochados). En la alimentación, ayúdalo a utilizar la cuchara mientras se lleva a la boca lo que más le gusta.
- Es importante que cuentes con el apoyo de la familia para que el niño se involucre en actividades grupales. Motívalo a practicar el saludo y la despedida con los integrantes de la familia y las tutoras y los tutores.
- Propicia actividades que lo ayuden a emitir sonidos. Utiliza canciones cortas y repetitivas y sonidos onomatopéyicos. Promueve respuestas (el sí y el no) a través de los juegos y de la comida, los objetos, los animales o las fotografías de familiares.
- Genera actividades que impliquen acciones como sacar y guardar, en las cuales siempre mantengas una comunicación constante con él. Ayúdalo a identificarse siempre en qué momento de la actividad se encuentra.



## 4.2.2 Orientaciones dirigidas a las familias para la atención de la casuística en los PRITE

### Descripción del caso:

El niño de 28 meses presenta TEA nivel 1, además de laringomalacia, por lo que hace ciertos ruidos cuando respira. La madre lo llevó al hospital para su tratamiento. Muestra desarrollo psicomotor aproximado de un año. Balbucean algunos sonidos.

No fija la mirada y muestra una atención casi nula. El papá suele ser quien está más pendiente del tratamiento del niño, debido a que la madre trabaja. Con algo de ayuda, puede caminar (agarrándolo de la manito). Sí puede mantenerse sentado. No presta atención para seguir directivas simples.

### Consulta específica:

Actividades sugeridas.

### Orientaciones para el caso:

- Apoyen a su niño en el desarrollo de actividades con movimiento, como, por ejemplo, subir y bajar rampas, subir y bajar dos o tres pasos de una escalera, caminar en espacios libres con su apoyo, etcétera.



- Utilicen apoyos con imágenes de acciones que se pueden realizar. Por ejemplo, coloquen imágenes o fotos de las diferentes actividades que se realizarán durante el día e indiquen con anticipación la actividad que va a iniciar.
- Brinden apoyo a su niño cuando lo requiera durante las actividades relacionadas con la alimentación, con vestirse y desvestirse o con el aseo. Cuando adquiera cada habilidad, retírenle el apoyo poco a poco.



- Practiquen el saludo y la despedida junto con su niño; deben ser siempre el modelo que desean para su niño.
- Practiquen canciones cortas que sean del agrado de su niño hasta que se las aprenda. Acompañenlas con sonidos de animales.



- Jueguen con objetos, animales, frutas y alimentos de su agrado y, con cada uno de ellos, pregúntenle si lo quiere: “¿Quieres.....?”. Esperen a que les dé su respuesta afirmativa con un sí. De igual manera, preséntenle aquellos que saben que no son de su agrado y pregúntenle nuevamente si los quiere: “¿Quieres.....?”. Esperen a que les dé su respuesta negativa con un no.
- Coloquen a su niño en una piscina de pelotas y pídanle que guarde una a una las pelotas (hasta 10 unidades) en una caja de colores que hayan puesto cerca de él.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fiuza, M. J., & Fernández, M. P. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del aprendizaje*. Ediciones Pirámide.

Ministerio de Educación de Chile. (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Discapacidad visual*. <https://bit.ly/3IY5zKH>

Nazer, J., & Cifuentes, L. (2011). Estudio epidemiológico global del síndrome de Down. *Revista chilena de pediatría*, 82(2), 105-112. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000200004>

Trejo, N., & Landa, R. (2018). Retinopatía del prematuro: revisión de literatura y serie de casos. *Revista CONAMED 2018*, 23(2), 73-78. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182d.pdf>



Calle Del Comercio 193, San Borja  
Lima, Perú  
Teléfono: (511) 615-5800  
[www.gob.pe/minedu](http://www.gob.pe/minedu)

