



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE EDUCACIÓN FÍSICA

**PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL ENTENDIDO COMO PADRES,  
MADRES Y PROFESIONALES DE APOYO CON RESPECTO A LOS  
BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DE NIÑOS (AS) Y JÓVENES  
DIAGNOSTICADOS CON TEA DE DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS  
EDUCACIONALES DE LAS PROVINCIAS VALPARAÍSO Y MARGA –  
MARGA DURANTE EL AÑO 2016.**

TRABAJO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN  
EDUCACIÓN Y AL TÍTULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

TESISTAS

**SERGIO EDUARDO ANDRADE ROJAS**

**CAMILA JACQUELINE FARIÁS YÁÑEZ**

**GÉNESIS BELÉN MOLINA VALDÉS**

**VÍCTOR HUGO SEPÚLVEDA CONTRERAS**

PROFESOR GUÍA

**JACQUELINE DEL CARMEN PÁEZ HERRERA**

**JUAN GABRIEL HURTADO ALMONACID**

VIÑA DEL MAR, JUNIO DEL 2016

# AGRADECIMIENTOS

Es realmente difícil comenzar un agradecimiento, ya que han sido muchas personas que influyen de una u otra manera en el proceso Universitario. Un proceso que comenzó hace 5 años y en los cuales no me arrepiento para nada, y he podido vivir experiencias inolvidables. Desde el primer momento que ingresé a esta carrera supe que no me había equivocado en la decisión y que estaba en el camino correcto y ahora que estoy en la recta final, a un paso de ser profesional, miro atrás y agradezco a Dios por las decisiones que tomé

En primer lugar, y lo más importante en mi vida, quiero agradecer a mi familia. Nury Valdés y Dante Molina, mis padres, quienes han creído en mí siempre, dándome un ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo, fomentando en mi, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Son el motor que mueve mis días y por quienes quiero ser mejor día a día. En mi corazón solo hay amor y gratitud para ustedes.

A mi Tía Gloria, gracias por su amor, preocupación incondicional y cada consejo. Gracias por apoyarme y por sus constantes oraciones. A mi Tía Flor, Tía Jessica y Tío Rolando, gracias por su preocupación, por estar ahí cuando los he necesitado y por su amor.

Gracias a quienes no están, en especial a mi Tata Pedro, se que desde el cielo me apoyas y estarías muy orgulloso de mi al saber donde me encuentro ahora. Y como no olvidar a mi mami Guille, mi primera alumna.

En segundo lugar, quiero agradecer a mi amor, Paulo Andrade. Me has acompañado más que cualquier otra persona durante todo el proceso de estos 5 años. Fuiste y eres un pilar fundamental para mí estuviste para aconsejarme y apoyarme en mis decisiones, problemas y oportunidades. Gracias por ser mi confidente y compañero. Sin tu ayuda y constantes palabras de aliento, todo esto hubiese sido aún más difícil.

Conocerle ha sido una de las mejores cosas que me ha pasado y espero el poder seguir compartiendo contigo muchos momentos, llenos de alegrías y amor.

En tercer lugar, quiero agradecer a todos mis compañeros (as) y amigos (as) de la carrera, aquellos que compartí años de formación profesional. Un saludo en especial para mi amiga Michelle Farreaut, la michu, gracias por todo, por estar siempre ahí, por apañarme, por aconsejarme, por retarme, etc. Muchas gracias por tu amistad incondicional, por abrirme las puertas de tu hogar y por estar en todo mi proceso Universitario.

Gracias a mi amiga que no es de mi carrera pero me ha entregado una amistad sincera e incondicional, Catalina Verdugo. Estando siempre presente, en las buenas y malas. Palabras de aliento y apoyo en todo este difícil proceso. Risas y más risas. Te quiero hermosa.

Como no agradecer a ellos, al dúo España y Diego, gracias por tantas risas, tantos brindis, tantos momentos alegres, tantas distracciones y por estar siempre ahí. Espero que podamos concretar los viajes.

Como no agradecer a mi Gran equipo PUCV de Baloncesto, gracias por los buenos y malos momentos, gracias por tantas risas, bromas, carretes, juntas, etc. Gracias a ustedes por ser más que compañeras, sino amigas. Por hacer de cada partido una experiencia única y aportar siempre al crecimiento profesional. Siendo todas tan diferentes pero compartiendo una misma pasión por el básquetbol. Gracias por su compañía.

También quiero agradecer a mis compañeros de tesis, Sergio, Víctor y Camila. Gracias por dar lo mejor de ustedes, por llevar este proceso a cabo. Gracias por soportarme y apoyarme en todo momento. Gracias por ser constantes.

Proceso de 5 meses, que recordaremos por siempre en nuestras vidas y que forjó una cohesión entre nosotros que en un principio no era tan fuerte o simplemente no existía.

En especial gracias a mi querida amiga Camila Farías, gracias por tanta locura, por tantas risas, por tantos cahuines, por tantas aventuras, por tantas caipiriñas, jajajaja, por tantas fotos por tantos snapchat jajajaja! Te quiero mucho enana.

Gracias a nuestro profesor guía Juan Hurtado, por ser constante con el trabajo realizado, por su disposición y compromiso. Gracias por confiar en nosotros y tomar la decisión de apoyarnos en esta investigación. Además gracias a mi profesora tutora Jacqueline Páez, ya que cada vez que uno la necesitaba estaba ahí siempre. Gracias por apoyar esta investigación.

Hoy mi corazón se siente agradecido de la vida que me ha tocado vivir, por las personas que han estado en este camino, por las diferentes pruebas que he debido superar, por cada momento de felicidad y de tristeza que he experimentado a lo largo de estos años. Hoy me siento una mujer profesional, y no es tan sólo el cierre de una etapa sino el comienzo de otra.

“RIE, VIVE Y SUEÑA”

GÉNESIS BELÉN MOLINA

En primer lugar dedicaré uno de mis mayores logros a las personas más importantes en mi vida, mi familia, a mi Madre que es la mujer más fuerte, comprensiva y que siempre ha sabido motivarme para salir adelante en cada caída, que me ha enseñado a crecer y saber ser una mujer fuerte, a mi Padre... “Soy la porta voz de un ser humano criado, en la calle, en la pobreza, tiempo de corazón sano... poca comida en la mesa, otra cabeza. En su escala de valores el pone siempre primero, sobre todo la importancia de un corazón entero, bien parado o en la lona hay que ser buena persona, dice aquel que a mí me guía noche a noche y día a día...” y a mis hermanos por estar siempre para cuando yo los necesito, en especial a mi hermano menor Wis, por acompañarme toda mi vida, por estar siempre y ser un pilar fundamental en mi crecimiento por compartir todas las rabias y las alegrías de una vida fuera de casa. Los amo.

En este proceso universitario pasé por muchas etapas, buenas y malas que me han acercado a hermosas personas que nunca desaparecieron de mi vida, ellas son principalmente mis amiguitas hermosas, Carolina Quezada mi conciencia femenina, mi lado opuesto bien complementado. Anita Alegría, que me muestra que todo puede ser mejor la mirada del mundo en perspectiva y que los sueños se cumplen y mi Javierita Rosas, que con su sabiduría me guio más de lo que he podido imaginar en todo este hermoso proceso. A ustedes mujeres hermosas gracias por siempre estar, darse un tiempo y seguir compartiendo locuras, conocimiento y aprendizajes, las re quiero mujeres sabias y llenas de energías positivas.

A esa persona muy especial que estuvo a mi lado en los peores momentos de mi carrera, que me ayudó a levantarme y que siempre está pendiente de mi felicidad. Muchas gracias.

Como olvidar a este grupo de tesistas escogidos con pinzas, un gusto haberlos conocido y haber compartido este proceso, ¡logramos sacar adelante!, con las fortalezas de cada uno. Pero la mejor felicidad encontrar en este camino a una prinss Germen Molina, por todos los momentos vividos, que en un semestre se transformaron en muchos secretos y anécdotas para recordar, Te quiero poto loco.

Para finalizar les doy unas gracias enormes a nuestro profesor guía, Juan Hurtado por ser parte muy activa de esta tesis que nos unió este semestre, y a mi profesora Jacqueline Páez ayudarnos en los puntos claves.

CAMILA FARÍAS YAÑEZ

Muchas sensaciones y emociones me alcanzan en este momento. Intentar hacer un resumen de mi vida universitaria y considerar en él, agradecimientos a las personas que de manera directa o indirecta han hecho mi pasar por la Universidad, un tiempo único, libre, lindo y tan enriquecedor como lo fue; me es sumamente difícil, no obstante puedo reconocer claramente y agradecer primero que todo, a mi familia, mi Padre Sergio, mi Madre Patricia y a mi hermano Jorge, quienes siempre han sido el apoyo más importante en mi vida y me han colmado de amor y fuerza en los momentos que más lo necesité, siendo su último regalo (esta vez desde mi hermano), una hermosa sobrinita que llegó a iluminar nuestras vidas.

Es por eso es que este logro académico es para ellos.

No puedo dejar de reconocer también, el fundamental apoyo que recibí semestre a semestre, año a año, y campeonato tras campeonato; tanto de mi grupo de amigos generado a través de la selección de fútbol PUCV, como de mi entrenador y amigo José “Tato” Alvarado, a quién agradezco profundamente la confianza, la perseverancia y el profesionalismo que inculcó en mí, a través de su práctica fundamentada en el esfuerzo, el trabajo y el amor por lo que se lucha y la confianza en uno mismo y en el del lado. Esto no sería posible sin Usted Profesor.

A mis compañeros de tesis; comentarles que destaco en ellos muchos valores y actitudes nobles, como es el trabajo en equipo, la humildad académica, el compromiso profesional y principalmente el amor por lo que se hace y el respeto y tolerancia a los ritmos de trabajo de cada integrante de nuestro grupo de tesis. Agradezco de corazón, haber sido parte de esta investigación trabajando con ustedes, pues fueron y han sido mis hermanos en este lindo proceso de cierre de mi vida universitaria, y serán a quienes sin duda recordaré por el resto de mi vida.

Finalmente y de importancia trascendental, para mí éxito universitario en esta etapa, fue el aporte de Usted Profesor Juan Hurtado, pues Usted: “con su palabra precisa y cita perfecta” me ordenó, me orientó, graficó de manera perfecta mis ideas desordenadas y enriqueció mis posibilidades académicas y profesionales. Debo reconocer también y no de manera menos importante, el trabajo y apoyo que nos brindó la Profesora Jacqueline Páez cada vez que lo requerimos, con amistad, sin peticiones a cambio y con profundo

compromiso profesional.  
Sin ustedes Profesores no existiría la posibilidad cada vez más viable de convertirme en  
Profesor.

SERGIO ANDRADE ROJAS



Ingrese a La Universidad Católica de Valparaíso el año 2001 con un sueño, ser un deportista destacado y representar a mi casa de estudios. como seleccionado de atletismo di mis mayores esfuerzos por buscar siempre la victoria, manteniendo valores y principios de este deporte. Pedagogía en biología Y pedagogía en química fueron mis primeras carreras las cuales las denomino "El Bachillerato", Gracias a la profesor Carmen Gloria Lazo Jefa de Docencia de Pedagogía del Instituto de Química que me oriento cambiarme a Pedagogía en Educación Física. Ingrese a Educación Física el 2005 donde no logré generar una vinculación con la Escuela ni con mis compañeros, mi personalidad individualista y mis metas personales me hacían detenerme solo en mis metas deportistas. abandonando mis deberes académicos y transitando un proceso muy interrumpido entre los años 2005 y 2016.

Hoy al finalizar este proceso de formación, para profesor de educación física, quiero agradecer a la persona más importante en mi vida y que me motivo a continuar y terminar mis estudios, Juntos hemos construido hermosas experiencias y concretado grandes proyectos, Esa persona es Mariela Mori Morales, Mi pareja durante estos 12 años y que muy pronto estaremos junto a nuestra mayor Bendición , nuestro hijo Máximo Alonso Sepúlveda Mori.

También Agradecer a mis Abuelos David Contreras y María Pascuala Olivares quienes me criaron y dieron el todo el cuidado en mi infancia y me corrigieron con mano dura para no desviar el camino

Agradecer a todas las personas que me inculcaron el hábito del deporte y en especial a todos mis entrenadores que confiaron en mí y entregaron su tiempo para ser un mejor deportista.

VICTOR SEPULVEDA CONTRERAS

# DEDICATORIA

*Dedicamos esta investigación a todas aquellas familias y profesionales que conviven día a día con la realidad Trastorno Espectro Autista.*

# ÍNDICE

## TABLA DE CONTENIDOS

TÍTULOS	CONTENIDOS	PÁG.
Índice de Gráficos		XIX
Índice de Tablas		XIX
Resumen		XXI
Abstract		XXIV
INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO I	<b>MARCO DE REFERENCIA</b>	
	<b>I. DISCAPACIDAD: DESDE LA NORMALIZACIÓN A LA INCLUSIÓN.</b>	7
	1.1. Normalización.	7
	1.2. Integración.	8
	1.3. Inclusión.	9
	1.4. Discapacidad en Chile.	12
	<b>II. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (T.E.A.)</b>	14
	2.1 Antecedentes generales del trastorno generalizado del desarrollo (T.G.D).	14
	2.2 Diagnóstico Trastorno del espectro Autista (T.E.A.)	16
	2.3 Prevalencia del T.E.A.	18
	2.4 Intervención Terapéutica en T.E.A.	21
	2.5 Educación inclusiva.	22
	<b>III. LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL EN NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACION DE TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA.</b>	24
	3.1 El contexto social y autismo.	24
	3.2 Escolarización niños y niñas con T.E.A.	28

	<b>IV. LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN Y PARA LA DIVERSIDAD.</b>	30
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	35
	<b>2.1 Antecedentes del problema.</b>	36
	<b>2.2 Objetivos de la investigación.</b>	38
	2.2.1 Objetivo General.	38
	2.2.2 Objetivos específicos. capitulo	38
	<b>2. 3 Metodología.</b>	39
	2.3.1 Tipo de estudio.	39
	2.3.2 Participantes del estudio.	39
	2.3.3 Variables del estudio.	40
	2.3.4 Instrumento recolección de información.	41
	<b>2. 4 Análisis estadístico.</b>	41
	<b>2. 5 Procedimiento.</b>	41
	<b>CAPÍTULO III</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>3.1 Resultados a partir de tablas de distribución.</b>		43
3.1.1 Percepción sobre la práctica deportiva de padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados con trastorno del espectro autista.		43
3.1.2 Percepción de la práctica deportiva según los profesionales de apoyo que se desempeñan en instituciones que atienden a niños y jóvenes diagnosticados con trastorno del espectro autista.		49
3.1.3 Prácticas deportivas que poseen mayor		

	adherencia por parte de niños y jóvenes diagnosticados con trastorno del espectro autista.	56
	3.1.4 Percepción de padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados con trastorno del espectro autista sobre la práctica deportiva comparada con la percepción de los profesionales del apoyo.	56
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	62
<b>CAPITULO V</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	65
	<b>5.1 Con respecto a los objetivos del estudio.</b>	66
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		68
<b>ANEXOS</b>		79
	Anexo I: Cuestionario utilizado en la investigación.	80
	Anexo II: Validación del instrumento.	84
	Anexo III: Prueba piloto.	92
	Anexo IV: Ajustes del instrumento.	96
	Anexo V: Carta a los establecimientos.	101
	Anexo VI: Cronograma.	102
	Anexo VII: Imagen Excel de tabulación.	102

## INDICE GRÁFICOS

CONTENIDOS	PÁG.
<b>Gráfico 1.</b>	59
<b>Gráfico 2.</b>	60
<b>Gráfico 3.</b>	61
<b>Gráfico 4.</b>	62

## INDICE DE TABLAS

CONTENIDOS	PÁG.
<b>Tabla 1.</b> Distribución de la muestra de acuerdo al rol social y los establecimientos educacionales participantes.	39
<b>Tabla 2.</b> “Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”	45
<b>Tabla 3.</b> “Creo que la práctica deportiva permite”	46
<b>Tabla 4.</b> “Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”	47
<b>Tabla 5.</b> “Considero que la práctica deportiva debe estar presente”	47
<b>Tabla 6.</b> “La práctica deportiva podría provocar”	48
<b>Tabla 7.</b> “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”	48
<b>Tabla 8.</b> “Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”	49

<b>Tabla 9.</b> “¿Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?”	49
<b>Tabla 10.</b> “¿Cuándo se acompaña a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes, observo de él qué?”	50
<b>Tabla 11.</b> “Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva.”	51
<b>Tabla 12.</b> “Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”	52
<b>Tabla 13.</b> “Creo que la práctica deportiva permite”	52
<b>Tabla 14.</b> “Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”	53
<b>Tabla 15.</b> “Considero que la práctica deportiva debe estar presente”	53
<b>Tabla 16.</b> “La realización de prácticas deportivas podrían provocar”	54
<b>Tabla 17.</b> “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”	54
<b>Tabla 18.</b> “Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”	55
<b>Tabla 19.</b> “Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?”	56
<b>Tabla 20.</b> “¿Cuándo se acompaña a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes, observo de él qué?”	56
<b>Tabla 21.</b> Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva.	57
<b>Tabla 22.</b> “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”	57



## **RESUMEN**

PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL ENTENDIDO COMO PADRES,  
MADRES Y PROFESIONALES DE APOYO CON RESPECTO A LOS BENEFICIOS  
DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DE NIÑOS (AS) Y JÓVENES  
DIAGNOSTICADOS CON TEA DE DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS  
EDUCACIONALES DE LAS PROVINCIAS VALPARAÍSO Y MARGA – MARGA  
DURANTE EL AÑO 2016.

## **AUTORES**

**SERGIO EDUARDO ANDRADE ROJAS**

**CAMILA JACQUELINE FARIÁS YÁÑEZ**

**GÉNESIS BELÉN MOLINA VALDÉS**

**VÍCTOR HUGO SEPÚLVEDA CONTRERAS**

## **DIRECTORES DE TESIS**

**JUAN GABRIEL HURTADO ALMONACID**

**JACQUELINE DEL CARMEN PÁEZ HERRERA**

En tiempos modernos se ha logrado difundir una mentalidad inclusiva, es así que la actual política nacional incentiva la participación de las personas con discapacidad, promoviendo la práctica deportiva, física y recreativa. Vislumbrando la igualdad de oportunidades a niños, niñas y jóvenes diagnosticados con Trastorno Espectro Autista logrando su pleno acceso a éstas y a otras manifestaciones que posibilitan su inclusión, a través de las prácticas deportivas. Se considera que a través de la práctica deportiva se puede beneficiar y mejorar aspectos del desarrollo de las personas diagnosticadas con TEA, es así como se entiende a la práctica deportiva como la forma de actividad física que utiliza la motricidad humana como medio de desarrollo integral de las personas, además de ejercer la práctica deportiva un trabajo de capacitación motriz.

Dichos beneficios físicos, que entrega la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes con TEA, también produce efectos en la función cognitiva, social y en las relaciones interpersonales. Dadas las características de las personas diagnosticadas debe implicar siempre el contexto social en el que se encuentre inmerso.

A pesar de todo no existe evidencia de si la práctica deportiva está presente o es considerada como un beneficio para los niños autistas, es por esto que surge el planteamiento de esta investigación.

**Objetivo:** Determinar la percepción del contexto social entendido como padres, madres y profesionales de apoyo con respecto a los beneficios de la práctica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

**Metodología:** El presente estudio se alberga bajo el alero de un paradigma cuantitativo, no experimental, con un diseño de tipo transversal y descriptivo. La población total está constituida por N= 142. Correspondiente a padres, madres y profesionales de apoyo, que pertenecen al contexto social del niño (a) diagnosticado con T.E.A. dichos padres, madres y profesionales de apoyo, pertenecen a diferentes establecimientos del la provincia de Valparaíso. En los meses de marzo a junio de 2016, se utilizó un cuestionario de opinión de tipo escala Likert, con cinco niveles. El análisis de datos se realiza bajo un análisis descriptivo en base a medida de tendencia central y la prueba T de Student, con el sistema estadístico SPSS 20, los cuales se presentan a través de gráficos y tablas. **Resultados:** En una comparación entre las percepciones de padres y profesionales con respecto a la práctica deportiva como mecanismo de inclusión: se observa que los padres (4,41) y profesionales (4,37) . Sobre percepción de padres y madre con TEA en la valoración de la práctica deportiva cabe señalar que: las Dimensiones D5 (4,55) (son los beneficios de la práctica deportiva) y D10 (4,63) (y los elementos a considerar para la práctica deportiva) son las de más alto grado de importancia para padres y madres. Con respecto a las **conclusiones:** podemos observar las similitudes en la valoración positiva que tienen los padres y profesionales de apoyo, hacia la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA. Destacando los beneficios que el deporte entrega para el desarrollo de la salud, como hábitos sociales

y deportivos y por medio del desarrollo de habilidades motrices. **Discusión:** Por otra parte cabe destacar también la importancia de los establecimientos educacionales en su rol para brindar los espacios óptimos, y los profesionales pertinentes, buscando mediante su acción promover la inclusión de los niños y niñas con condición TEA.

**Palabras Claves:** Inclusión, Práctica deportiva, Contexto social, Trastornos espectro autista.

## **SUMMARY**

PERCEPTION OF THE SOCIAL CONTEXT AS UNDERSTOOD BY PARENTS AND SUPPORTIVE PROFESSIONALS IN REGARD TO THE BENEFITS OF SPORT PRACTICES OF CHILDREN AND TEENAGERS WHO HAVE BEEN DIAGNOSED WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD) THROUGHOUT DIFFERENT EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS IN THE VALPARAÍSO AND MARGA-MARGA PROVINCES DURING 2016.

## **AUTHORS**

**SERGIO EDUARDO ANDRADE ROJAS  
CAMILA JACQUELINE FARIÁS YÁÑEZ  
GÉNESIS BELÉN MOLINA VALDÉS  
VÍCTOR HUGO SEPÚLVEDA CONTRERAS**

**THESIS DIRECTORS  
JACQUELINE DEL CARMEN PÁEZ HERRERA  
JUAN GABRIEL HURTADO ALMONACID**

Modern times have allowed for an inclusive mentality to spread. This act of incorporation can be seen in the current national policy which encourages and promotes the participation of disabled individuals in the practice of physical and recreational sporting activities. Promoting equal opportunities to children and teenagers diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) achieves their full access to these and other events, making inclusion possible across the sporting practices. We believe that through sports practice it is possible to benefit and improve aspects of the development of people diagnosed with ASD, as we understand the sport as a form of physical activity that uses human mobility as a means of integral development of individuals in addition to exercising the practice of psychomotive sports training.

These physical and psychological benefits that are delivered through the sporting practices of children and teenagers with ASD also produce effects regarding the

cognitive and social function as well as interpersonal relations. Given the characteristics of the diagnosed, the social context in which they are immersed should always be considered.

In spite of everything, evidence showing the presence of sporting practice or its benefit to autistic children does not exist, it is for that reason that I urge the exposition of this investigation.

**Objective:** Determine the perception of the social context as understood by parents and supportive professionals in regard to the benefits of sport practices of children and teenagers who have been diagnosed with ASD throughout different educational establishments in the Valparaíso and Marga-Marga provinces during 2016.

**Methodology:** The present study is housed under the eaves of a quantitative, not experimental, paradigm with a cross-sectional and descriptive design. The total population is constituted by  $N = 136$ . For parents and support professionals, who belong to the social context of the child diagnosed with ASD, they pertain to different establishments of the Valparaíso province. During the months of March to June 2016, an opinion questionnaire of the Likert scale with five levels was used. The data analysis is performed under a descriptive analysis based on the measurement of central tendency and the T test of the student, with the statistical system SPSS 201 which will appear across graphs and the table of relative frequency.

**Results:** With regard to the conclusions we can observe the similarities in the positive evaluation that the parents and support professionals have towards the sports practice of children and teenagers with ASD. Emphasizing the benefits that sports have on the improvement of health, social and athletic habits through the development of motor skills.

**Discussion:** Moreover it is worth noting the importance of the educational establishments and their role to provide optimal spaces as well as the relevant professionals who favor the inclusion of children with the ASD condition.

**Key Words:** Inclusion, sporting practice, social context, Autism Spectrum Disorder

# **INTRODUCCIÓN**

La actual política nacional para la inclusión social de las personas en situación de discapacidad 2013 – 2020, hace alusión a que “los países deben promover la participación de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural, el recreo, el tiempo libre y los deportes” SENADIS (2013), del mismo modo en este documento establece dentro de sus lineamientos estratégicos, la importancia de promover y fortalecer la participación activa de las personas en situación de discapacidad en actividades deportivas, físicas y recreativas , SENADIS (2013). Es por esta razón se hace indispensable la igualdad de oportunidades, la participación y la no discriminación de los niños, niñas y jóvenes diagnosticados con Trastornos Espectro Autista (en adelante TEA), garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo; y otras manifestaciones que posibiliten su inclusión, tal como lo es la práctica de deportiva.

Se entiende por TEA, Voltas (s/a) un “trastorno del desarrollo que se caracteriza por una triada de alteraciones cualitativas de la interacción social, comunicación y flexibilidad”. Cada uno de los cuales puede ocurrir en diferentes niveles de gravedad. Es por esto que los niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA, sufren diferentes alteraciones ya sea a nivel sensorial, emocional, cognitivo y motoras. Hay que tener en consideración y debemos ser conscientes que a la hora de realizar un tratamiento, el niño, niña o joven que presenta autismo no se va a curar, por lo tanto los diferentes tratamientos están destinados a paliar los síntomas, propiciando así el desarrollo de sus aspectos carentes, para mejorar su calidad de vida.

De esta manera creemos que a través de las prácticas deportivas se puede beneficiar y mejorar ciertos aspectos en desarrollo de los niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA.

Pero, ¿Qué se entiende por práctica deportiva?, según la Ley del deporte 19712 “se entiende por deporte aquella forma de actividad física que utiliza la motricidad humana como medio de desarrollo integral de las personas, y cualquier manifestación educativo-física, general o especial, realizada a través de la participación masiva, orientada a la integración social, al desarrollo comunitario, al cuidado o recuperación de su salud y a la recreación, como así mismo, aquella práctica de las formas de actividad deportiva o

recreacional que utilizan la competición o espectáculo como su medio fundamental de expresión social, y que se organiza bajo condiciones reglamentadas, buscando los máximos estándares de rendimiento”.

Es de conocimiento científico; que la práctica deportiva, dentro de todas sus formas de acción, y en especial a través de su desarrollo en la clase de educación física, se comporta como un medio efectivo de intervención terapéutica para personas en situación de trastornos del espectro autista. Es así como señala Ospina (2009) las prácticas deportivas ejercen un trabajo de capacitación psicomotriz y de adaptación e integración social. En consideración a lo recién expuesto, en el área psicomotriz, la práctica deportiva entrega beneficios, tanto en el control del tono muscular, desarrollo de las nociones del esquema corporal, nociones espacio temporales entre otras, además mediante la práctica deportiva regular se incrementa las posibilidades de acción motriz del niño con TEA disminuyendo de esta forma estereotipias y momentos de desconexión con el entorno (afecciones muy comunes en individuos que presentan este trastorno).

Además de los beneficios físicos y psicológicos que entrega la práctica de actividad física en niños (as) con TEA, también produce efectos en la función cognitiva, social y en las relaciones interpersonales. Tal como expresa Fernández (2011) “la actividad física contribuye a reducir la depresión, mejora el estado de ánimo, la emotividad, la percepción del individuo sobre sí mismo y la autoestima, reduce la ansiedad, y mejora en general las relaciones intra e interpersonales, vital en el TEA.

No obstante, para que esta intervención terapéutica que se señala anteriormente cobre relevancia y sea significativa, dadas las características presentadas en personas diagnosticadas con TEA una intervención terapéutica integral, debe implicar siempre al contexto social (familia, profesionales) en el cual está inserto dicho individuo. Benites (2010) señala lo siguiente: “La familia constituye un elemento crucial en la promoción de la calidad de vida de la persona autista, hay que considerarla como un factor importante en nuestra actuación profesional, por lo que es necesario brindarles apoyo, capacitación, asesoramiento y orientación. En suma un Acompañamiento Intencionado. El apoyo está relacionado con la ayuda de otros miembros de la familia, amigos, profesionales, etc. y con los recursos que la comunidad o el estado puedan prestar a la



persona encargada del cuidado de la persona autista, así como con los servicios que esta persona y su familia puedan necesitar y acceder”. De esta forma tener una funcionalidad familiar normal genera un mayor auto concepto familiar evidenciándose de esta forma la importancia que tiene el núcleo familiar sobre la motivación, el comportamiento y la adquisición de valores por parte de los niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA. Así como señala Ortega (2016): “La familia es la organización social más elemental constituyendo el enclave inicial donde se conforman las pautas del comportamiento y de personalidad de los hijos.” A partir de lo señalado con anterioridad, no existe evidencia en cuanto a si la práctica deportiva diaria de niños/as y jóvenes autistas es una manifestación presente o valorada , por parte de los familiares o apoderados, como tampoco la percepción que tienen los profesionales de apoyo de los centros educativos donde ellos están presente. se desconocen además aquellas ideas o concepciones con respecto a los beneficios que podría generar la práctica deportiva regular. Por estos motivos es que el presente estudio tiene como objetivo general determinar la percepción del contexto social, entendido como padres, madres y profesoras con respecto a los beneficios de la práctica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016; además de identificar las prácticas deportivas más recurrentes en este grupo de personas en situación de discapacidad.

El presente estudio se estructura a base de 5 capítulos, confeccionados de la siguiente manera:

El capítulo I hace referencia a todo el sustento teórico referente a los antecedentes del TEA, evolución de la mirada desde la sociedad a las personas en situación de discapacidad, la influencia del contexto social en niños y niñas en situación de TEA y por último la práctica deportiva en y para la diversidad.

En tanto el capítulo II se enfoca en el diseño de la investigación, dando a conocer los antecedentes del problema, objetivos de la investigación, metodología utilizada, análisis estadístico y procedimiento (confección del instrumento).

El capítulo III se enfoca esencialmente al análisis de los datos extraídos, mostrándolos ordenadamente en distintas tablas.

El capítulo IV va referido a la discusión de los resultados que se produce por los datos recabados, contrastándolos con la bibliografía existente en la actualidad.

El capítulo V va referido a las conclusiones a partir de los objetivos e hipótesis, más la bibliografía.

Finalmente se presentan los anexos diseñados para levantar esta investigación.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO DE REFERENCIA**

## **I. DISCAPACIDAD: DESDE LA NORMALIZACIÓN A LA INCLUSIÓN.**

Una persona en situación de discapacidad engloba muchas aristas, situaciones y circunstancias que debe enfrentar día a día, en teoría se ve sometida/o a resolver en su cotidianidad una serie de “obstáculos”. A consecuencia de dichas dificultades, la mirada a la discapacidad ha evolucionado a partir de los diferentes elementos caracterizadores. En el transcurso del tiempo fueron surgiendo cambios, donde en sus inicios nos encontrábamos con un enfoque que sólo es asociado a personas con retaso mental y que luego fue expandido a todo tipo de trastorno o discapacidad. Esto lleva a cambiar el horizonte y considerar una mirada centrada en el resultado, donde a fines de los años cincuenta, se encontraban con los primeros postulados sobre la normalización. García, C et al (2004) señala que Niels Erik Bank-Mikkelsen es uno de los primeros en escribir sobre dicho tema, postulando sobre la proximidad de los diferentes a lo normal, es así como surge un nuevo principio, el de normalización para personas con discapacidad.

### **1.1 NORMALIZACIÓN:**

Nirje resaltaba el principio de Bank-Mikkelsen re-formulando de la siguiente manera: “Hacer accesibles a los deficientes mentales las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximos como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad”, (B. Nirje, 1969 c.p García et al, 2004). Es el autor anteriormente citado quien se centra primordialmente en el medio para lograr la normalización de las personas en situación de discapacidad. Al extenderse el principio de normalización por Europa, EE.UU y Canadá, emerge W. Wolfensberger quien vuelve a definir dicho principio mirado desde una perspectiva mucho más didáctica: “Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.)” García et al, (2004).

Así mismo en la formulación del principio de normalización, se comienza con un largo camino de revisión conceptual de enfoques a la discapacidad, abriendo un espacio en el medio social el cual ya comienza a verse comprometido con el tema, pero el enfoque primordialmente sigue estando centrado en las personas con discapacidad, quienes son los que deben esforzarse para sentirse parte y pertenecer propiamente tal como un agente más en la sociedad. Con este principio que comienza a surgir nace como repercusión que poco a poco una nueva construcción en el pensar y actuar de las personas que rodean a quienes se encuentran en situación de discapacidad, comprendiendo así esta situación como algo más bien diferente y no negativo. Así mismo es como en las escuelas regulares se comienzan a incorporar a niños en situación de discapacidad.

## **1.2 INTEGRACIÓN:**

Para comenzar a hablar de integración es preciso entender lo que éste término quiere decir conceptualmente; se entiende por Integración al proceso mediante el cual un elemento se incorpora a un sistema previamente estructurado y mayor. Cuando el contexto está vinculado a la discapacidad, la integración corresponde cuando una persona con situación de discapacidad es incluida a un sistema previamente organizado (en este caso, a una institución educacional) pero se le aplican diferentes tratos, evaluaciones, ejercicios entre otros. “La integración está ligada al colectivo de personas con necesidades educativas especiales, y aspira a hacer efectivo el derecho de estas personas a educarse en las escuelas comunes, como cualquier ciudadano, recibiendo las ayudas necesarias para facilitar su proceso educativo y su autonomía” Blanco, (2006).

Por su parte García, C. et al. (2004), hacen alusión al “Informe Warnock” de 1978, el cual plantea por primera vez el principio de la integración en el ámbito escolar, donde se expresa que “todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión”. Entonces son las personas en situación de discapacidad las que deben adoptar y adaptarse a los modelos ya existentes de la institución a la que se incorporan. La idea principal de este principio es lograr un ambiente educacional lo menos restrictivo posible, pero eso dependerá de la posibilidad de adaptación del alumno en cuestión, por lo que se pone en juego la capacidad del

recién integrado de adaptarse a un sistema que no cambie de manera profunda su ambiente y estructura educativa.

Con dicho principio es que se comenzó a hablar de integración social e integración laboral, ya que la integración quedaría entendida como la incorporación de un sujeto diferente a un grupo para formar parte de éste. Llevándolo a la realidad social, quienes se ven incluidos por este nuevo principio son personas en situación de discapacidad, quienes entonces pueden integrarse a un grupo afín.

La integración escolar tiene como fin la incorporación de alumnos con discapacidad, a la educación regular, con el propósito de que el estudiante se desenvuelva en un ambiente sin discriminaciones, tal como señala la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1978): “Todo ser humano tiene el derecho fundamental de acceder a la educación física, la actividad física y el deporte sin discriminación alguna, ya esté ésta basada en criterios étnicos, el sexo, la orientación sexual, el idioma, la religión, la opinión política o de cualquier otra índole, el origen nacional o social, la posición económica o cualquier otro factor.”

Luego de un tiempo, el enfoque de integración comienza recibir críticas, ya que a pesar de que las personas con situación de discapacidad se vean integradas a modelos educativos, de todas maneras siguen estando aisladas en estas instituciones regulares, entonces es que en el sistema de integración comienzan a utilizar las ACI (Adecuaciones curriculares individuales) favoreciendo así la situación particular de cada uno de los estudiantes integrados en escuelas regulares. Siendo éstas las instancias para mejorar la calidad de la educación que recibirá el niño(a) o joven en situación de discapacidad. Con esta modificación, se visualizan los años noventa, desde un enfoque mucho más comprensivo y menos reactivo ante la posibilidad futura de una realidad inclusiva.

### **1.3 INCLUSIÓN:**

El concepto de inclusión ha sido definido y analizado por diversos autores y expertos, como por ejemplo; “Parsons”, quien hace referencia a este concepto como: “la pauta (o complejo de pautas) de acción que permite que los individuos y/o grupos que actúan de acuerdo con ella pasen a ser aceptados con un status más o menos completo de

miembros en un sistema social solidario mayor” Luhmann, (1998). Este concepto se tiende a confundir con el concepto de integración, según Blanco (2006) existe actualmente cierta confusión con el concepto de inclusión, puesto que se está utilizando como sinónimo de integración de personas con situación de discapacidad. Es decir, se está asimilando el movimiento de inclusión con el de integración cuando estos tratan de dos modelos con una visiones y focos distintos.

En el año 1994, se celebró la conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales (NEE) en España, hito conocido como “Declaración de Salamanca”; bajo el lema del “acceso y calidad”, dando el principal hincapié a un cambio sumamente trascendental en los últimos tiempos con referencia a la discapacidad, evidenciándose la evolución conceptual y tangible de los paradigmas anteriormente mencionados, paso de un paradigma a otro, desde la normalización a la inclusión. En esta conferencia se manifiesta el nuevo paradigma y se habla por primera vez sobre inclusión. Según López (2015) en esta conferencia se concluyeron cosas importantes, tales como que toda la juventud del mundo; tenía derecho a la educación, pero no a una educación cualquiera, sino que a una educación de calidad. Y ésta sólo se logra cuando se educan juntos niños y niñas de etnia, de género, de procedencia, de diferentes tipos de religión. En esto consiste, sencillamente, una educación inclusiva.

La inclusión desde entonces ha sido un movimiento fuerte y decidor, el cual ha entrado con potencia a las problemáticas sociales. “El movimiento de la inclusión ha surgido con fuerza en los últimos años para hacer frente a los altos índices de exclusión y discriminación y a las desigualdades educativas presentes en la mayoría de los sistemas educativos del mundo” Blanco, (2006). Se enfoca principalmente en que todas las personas tengan acceso a un determinado objetivo, personal o social, ya sea algo tan cotidiano como el transporte público hasta la oportunidad de recibir educación. “La inclusión está relacionada con el acceso, la participación y logros de todas las personas, con especial énfasis en aquellas que están en riesgo de ser excluidos o marginados” Blanco, (2006).

Entonces “la educación inclusiva entiende la discapacidad como una construcción social y fija su perspectiva en las barreras que se produce la discapacidad” López et al. (2014),

es así como la educación inclusiva re conceptualiza el rol que cumple la escuela, por medio de los cambios profundos en la cultura.

Los elementos diferenciadores entre integración e inclusión según Blanco (2006) se pueden visualizar en variados ámbitos; que estos conceptos abarcan.

- Para comenzar a evidenciar las diferencias de dichos conceptos se comienza con la dirección que éstos le dan a sus focos. La integración tiene un foco más reducido. Se centra principal y únicamente en la personas con necesidades educativas especiales aspirando a ejercer el derecho de estas personas. La inclusión por su parte tiene un foco más amplio. Busca avanzar hacia la educación para todos, entregando una educación de calidad a toda la población.
- La integración busca transformar la educación especial, mientras que la inclusión busca cambiar la cultura, a través de las prácticas de las escuelas para que éstas sean capaces de responder ante la diversidad de las personas.
- La integración fija su modelo de atención de manera individualizada de alumnos o de personas con NEE, en cambio la inclusión fija un modelo más generalizado modificando factores del contexto educativo que limitan la participación de todo el alumnado.
- La integración atribuye las dificultades de adaptación solamente a variables del individuo. La inclusión atribuye las dificultades de adaptación a los entornos educativos, familiares y sociales en el desarrollo.
- Para la integración, el progreso de los alumnos depende solamente de sus características personales, y muy contrariamente para la inclusión el progreso de las personas depende de sus características personales como también del tipo de oportunidades y apoyo que se les brinde.
- En la integración las personas se adaptan al contexto y la enseñanza. En cambio en la inclusión la enseñanza y el contexto se adaptan a las personas.



A modo de síntesis se evidencia una evolución en lo que concierne a la relación existente entre personas en situación de discapacidad y sociedad, y esa evolución se ve claramente reflejada en los cambios de paradigmas. Comenzando con la normalización y llegando actualmente a la inclusión. Se puede afirmar que este avance paradigmático ha sido efectivo y positivo para lo que recientemente nombramos como la relación entre sociedad y personas en situación de discapacidad. Se espera de igual manera que sigan progresando los análisis investigativos y las puestas en práctica respecto a dicho tema para que cada vez las cotidianidades en sociedad sean acciones amigables e igualitarias para todas las personas. Para esto se cree que se debe hacer un cambio en las bases, dichos cambios deben ser estructurales y englobar instancias políticas y decretos vigentes en cada territorio. De esta forma y situándonos en nuestra realidad social, a continuación se abordará el tema referido específicamente en Chile.

#### **1.4 DISCAPACIDAD EN CHILE:**

En Chile, alrededor de la década de los 60, surgen por primera vez antecedentes que hacen referencia a las Necesidades Educativas Especiales. Este movimiento de integración escolar de alumnos en situación de discapacidad, se originó dentro de un contexto que combatía por los derechos humanos, especialmente por aquellas personas que se encontraban en una situación de desventaja, Tenorio (2005). En este contexto se dan a conocer reformas educativas para cubrir la educación de toda la población, principalmente en las edades de escolarización (basado en el principio de normalización).

La década de los 90 es decisiva para Chile respecto al tema ya que “se reglamenta por primera vez la integración de alumnos con necesidades educativas especiales en establecimientos comunes. Conjuntamente con esta iniciativa, se llevan a cabo proyectos de integración individual en escuelas, se publica material de apoyo y promueve el perfeccionamiento docente” Tenorio (2005). Por lo que gracias a este avance se comenzó a trabajar con mayor profundidad en políticas educativas para la integración de los niños (as) con necesidades educativas especiales en escuelas comunes y trabajar en todos los ámbitos adecuados para la integración exitosa de ellos. Es así como se

formula el Decreto N°490/90 de 1990, donde se establecen las normas para implementar los programas de integración escolar, dando a los establecimientos subvenciones especiales por cada alumno con NEE integrado. A la vez se publica el material de apoyo y las capacitaciones a los docente involucrados en el proceso de enseñanza de éstos.

Luego en el año 1998 surgen los decretos supremos N°01/98 y 374/99, donde se introducen al sistema educativo los Programas de Integración Escolar (PIE), los cuales consisten en “estrategias con las que dispone el sistema escolar para su uso, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la educación que se imparte en el establecimiento educacional, favoreciendo en la sala de clases, la participación y el logro de los objetivos de aprendizaje de todos y cada uno de las y los estudiantes, especialmente de aquellos que presentan Necesidades Educativas Especiales, sean estas de carácter permanente o transitorias.” PIE, DS. (2009).

Según el MINEDUC (2013) en el año 2003, se replantea la Educación Especial en Chile, modificando y dando origen en el año 2005 a la Nueva Política de Educación Especial, la cual decidió abordar los siguientes argumentos:

- Ampliar el acceso a la educación regular de estudiantes con necesidades educativas especiales.
- Revisar aspectos curriculares.
- Fortalecer la integración en las escuelas.
- Aumentar el financiamiento y potenciar la participación de los actores escolares.

Frente a este nuevo contexto se da origen a la ley 20.201, en el año 2007. Ley que controla el financiamiento de los sostenedores , dando financiamiento diferenciados entre las Necesidades Educativas Especiales transitorias (NEET) o Necesidades Educativas Especiales permanentes (NEEP). La nueva ley vinculada a la subvención, propone un Decreto N° 170/09 que regula el diagnóstico de los niños ingresados por NEET y NEEP, para designar los beneficios en la subvención. MINEDUC, (2013).

En el 2009 se promulga el Decreto Supremo N° 170 donde se establecen los criterios para la evaluación diagnóstica y los requisitos para obtener recursos. El principal punto de esta política es convertirse en un apoyo para las escuelas, tanto como para los aprendizajes de las o los niños integrados como para el crecimiento institucional, siendo este decreto diferente al Decreto N° 1 en los criterios de diagnósticos ya que se amplían a Necesidades Educativas Especiales Transitorias y Permanentes. Existe un límite a la subvención que se paga a cada escuela por concepto de alumno integrado, siendo dicho límite 5 NEET y 2 NEEP por curso, Mineduc (2013)

Después de dos años de haber ingresado el decreto para su funcionamiento en establecimientos que poseen integración, el ministerio decide evaluar el funcionamiento de este. Es así como en el 2012, el “centro de Innovación de Educación de Fundación Chile” se adjunta el proyecto para el análisis de la implementación del mismo. Entre septiembre del 2012 y junio del 2013 se realizó el estudio que analizó la implementación de los Programas de Integración Escolar en colegios que incorporaron estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias. Mineduc, (2013). Actualmente el país se ve regido por la ley N° 20.845, la cual se publicó en junio del año 2015 por el Ministerio de educación, llevando por nombre: “Ley de inclusión escolar” que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del estado.

## **II. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (T.E.A.)**

### **2.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (T.G.D):**

Dentro de los trastornos del aprendizaje, se encuentran también englobados; los Trastornos Generalizados del Desarrollo (T.G.D.), desde ahora en adelante el T.G.D. Al respecto, Navarro, et al. (2012), señala que “trata de un espectro clínico, de evolución y severidad variable, heterogéneo en su etiología, con aparición de los síntomas en los primeros años de vida, en donde dicha sintomatología se caracteriza por retrasos y

alteraciones cualitativas en el desarrollo de las áreas sociales, cognitivas, y de comunicación”.

En esta clasificación de T.G.D. se categorizan diferentes cuadros clínicos y a pesar que el Autismo se presenta como la forma clínica central y de referencia en los T.G.D; existen otros síndromes similares al Autismo, algunos con muchas semejanzas y otros con diferencias clínicas de evolución y gravedad, y que por si solos encasillan patologías específicas que afectan campos muy diversos, como lo son el retraso mental, esquizofrenia, y los mutismos.

De esta manera, y tal como presentan; Pichot et al, (1995), existen diferentes cuadros categorizados en los T.G.D, algunos muy similares al Autismo, y otros que difieren de este cuadro; tanto en el momento de la aparición de los síntomas, la gravedad del cuadro y el área de desarrollo que afectan; siendo los cuadros más típicos:

\_El Autismo Infantil Atípico o Trastorno General del Desarrollo sin especificación; siendo similar en casi todos los criterios de diagnóstico del Autismo, reside su diferencia con dicho cuadro; en el inicio de la sintomatología, que es posterior a los 3 años de edad.

\_El Síndrome de Rett: con una prevalencia de 5–15 por 100.000 mujeres, es un síndrome descrito solo en mujeres, su causa es desconocida, y presenta síntomas como la desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad, junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y treinta meses de edad).

\_El Trastorno Desintegrativo de la Infancia o Síndrome de Heller: con una prevalencia de 1-4 por 100.000 y con una predominancia de 4/1 en los varones sobre mujeres, es un trastorno que se diferencia del Autismo principalmente por el momento de inicio del cuadro (aparece en niños con evolución normal durante 2 – 4 años), y presenta una

sintomatología “atípica” fundamentalmente en el área conductual de tipo ira, rabietas, y además presenta una evolución regresiva generalizada y grave con presencia de confusión e hiperactividad.

\_El Trastorno Hiperkinético con retraso mental, y movimientos estereotipados: es un cuadro que se diferencia del autismo por 3 puntos fundamentales: Hiperactividad Motora Grave (inquietud motora continua, dificultad para permanecer sentado, cambios de actividad muy rápidos entre otros.), patrones de conductas repetitivos y estereotipados (aleteo de manos constante, repetición excesiva de actividades sin sentido), y Coeficiente Intelectual (C.I.) menor a 50.

\_El Síndrome de Asperger; siendo éste el cuadro clínico que comparte más criterios con el Autismo. Con respecto a este último es importante señalar que su prevalencia se estima entre 5-15 por cada 100.000, con predominancia masculina de 3-4/1 sobre el género femenino, y se caracteriza por ser muy similar al Trastorno Autista excepto que existe una preservación parcial de las habilidades del lenguaje y cognitivas, una mayor inteligencia y por tanto una escasa prevalencia de retraso mental. Las dificultades cualitativas se presentan en el área de interacción social de tipo autista, con profunda falta de empatía, con un repertorio restringido y estereotipado y repetitivo. Se presenta entonces como “un nivel del espectro Autista, del tipo “leve”, es decir; menos severo en la gravedad de su sintomatología”.

## **2.2 DIAGNÓSTICO TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (T.E.A.):**

Dentro de esta clasificación de cuadros clínicos categorizados dentro de los T.G.D. se destacan fundamentalmente los Trastornos del Espectro Autista (TEA)

El autismo es una discapacidad descrita por primera vez en el siglo XX, aunque parece probable, sin embargo, que existiera en épocas anteriores y que los autistas se incluirían y tratarían entre las personas con discapacidad intelectual o con enfermedades mentales graves.

Existe tal variedad en la sintomatología, que se puede decir que cada caso es único, y que a pesar de haber casos en los que los indicadores de que algo no anda bien en el desarrollo cognitivo –social- afectivo del niño, son evidentes; en muchos otros casos el reconocimiento de dicho trastorno se dificulta mucho, debido a la ambigüedad de los signos que presenta el niño (a) autista.

De esta forma, Irarrázaval, et al. (2005), señala que: en el año 1943 el Austriaco Leo Kanner, presenta por primera vez, en su libro; “Trastornos Autistas del Contacto Afectivo”, una descripción de 11 niños, cuyas características comunes son importantes trastornos en 3 áreas diferentes del funcionamiento psíquico:

- Una apreciable perturbación en la reciprocidad de la interacción social, con tendencia al aislamiento, retraimiento o soledad.
- Una notoria alteración en las capacidades comunicativas, con profunda inhibición o ausencia de lenguaje.
- Un repertorio conductual patológico y disruptivo, consistente en estereotipas motoras y afán por conservar inmutable o inalterado el entorno.

Posteriormente, y en complemento a lo descrito por Leo Kanner, en su descripción de los “trastornos autistas del contacto afectivo”, menciona Montero (2009): Lorna Wing, en el año 1979; utilizó por primera vez, el término “Trastorno del Espectro Autista” (TEA), planteando lo que se conoce como “Triada de Wing” donde definió un diagnóstico para los T.E.A. En éste diagnóstico, y como expresaron Rodríguez, et al (2002): “Wing reconoce 4 áreas del desarrollo, que se encuentran afectadas siempre en el niño con TEA, quien presentará sin excepción en su sintomatología:

- Trastorno de reciprocidad social.
- Trastorno de Comunicación verbal y no verbal
- Ausencia de Capacidad Simbólica y conducta imaginativa.
- Patrones repetitivos de actividad e intereses”.

Tales características descritas tanto por “los trastornos Autistas del Contacto Afectivo” de Kanner, como la “Triada” propuesta por Wing se reconocen hasta la actualidad como

parte del diagnóstico del T.E.A, y se hacen parte de la descripción realizada por DSM – IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en donde se define: “los T.E.A, son cuadros diagnósticos derivados de la detección de distorsiones del desarrollo en múltiples áreas psicológicas básicas, como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y del lenguaje. Su diagnóstico efectivo requiere la presencia de alteraciones cualitativas en la interacción y en el lenguaje y la comunicación social”.

De igual manera, a lo descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Pichot (1995); López, et al. (2008), indica que el “El Autismo es un trastorno neurobiológico complejo del desarrollo que dura toda la vida. Es clasificado, a veces, como una discapacidad que comienza, por lo general, antes de los 3 años de vida, causando retrasos o problemas en las diferentes habilidades, los cuales surgen en la infancia y permanecen hasta la edad adulta”.

Por su parte y reafirmando las definiciones levantadas por los diversos autores citados en este texto, complementa; López, et al. (2008), “las últimas investigaciones sobre el T.E.A definen su etiología como multifactorial y sus características principales; como una alteración en la relación social recíproca, en la comunicación, por conductas rígidas e intereses y actividades muy restringidas y estereotipadas. Con frecuencia estos síntomas se acompañan de comportamientos anormales, estereotipas motoras y obsesiones hacia determinados objetos o sucesos, pudiendo aparecer también conductas auto y heteroagresivas”.

### **2.3 PREVALENCIA DEL T.E.A:**

Desde hace más de 50 años existe el interés por conocer cuántas personas podrían tener algún Trastorno del Espectro Autista (T.E.A.). Desde entonces se llevan a cabo estudios epidemiológicos por todo el mundo para intentar dar respuesta a esta pregunta, concentrándose la mayor producción científica en los últimos quince años. Los estudios realizados en este ámbito abarcan trabajos epidemiológicos que dan cuenta tanto de las causas y consecuencias de la prevalencia del TEA a lo largo de la historia, en donde se evidencia claramente un aumento de casos registrados a través del tiempo y específicamente en los últimos años. El primer estudio epidemiológico sobre la

incidencia del autismo en el mundo, realizado por Muñoz, et al. (1999), define; “la prevalencia del Trastorno Autista es de 4,1 por 10.000 personas”. Es importante mencionar, que este estudio, fue llevado a cabo en aquellos años en donde no existía ninguna clasificación internacional consensuada del autismo con criterios diagnósticos definidos, por lo que Lotter utilizó una escala de valoración basada en los síntomas descritos por Leo Kanner en 1943.

La misma escala, 10 años después, fue utilizada en un nuevo estudio epidemiológico, el cual obtuvo resultados similares, detectando también, un aumento en las cifras mundiales del TEA; manifestándose “una prevalencia de 4,8 por 10.000 niños”; Sevilla, et al. (2013).

Más en la actualidad, el mismo estudio recién citado indica; que “existe un importante aumento en la prevalencia del TEA; llegando a reconocer cifras tales como; 10 por cada 10.000 niños nacidos presentan T.E.A, con una prevalencia de hasta 30 por cada 10.000 niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo (T.G.D.)”.

Hoy en día, las cifras de incidencia de TEA en diferentes poblaciones y países, presentan datos en consonancia al aumento de este cuadro a lo largo del tiempo, como es el caso de la ciudad de California en E.E.U.U, en donde tal como expresan Sevilla, et al. (2013). “la incidencia del autismo en California no muestra signos de estancamiento, y actualmente las tasas de personas con TEA superan los 30 por 10.000, cifra que sigue aumentando”.

De igual manera, y continuando esta revisión internacional sobre la incidencia del TEA Ruiz, et al (2010), mencionan que “en la actualidad existe alrededor de un millón de personas en la Unión Europea que presentan T.E.A, con dificultades en la comunicación, la socialización y las respuestas emocionales. Esto representa un 97% de aumento en el diagnóstico de casos entre el año 1992 y 2002. Y las tasas a nivel mundial estiman entre 30-60/10.000”. De esta forma, se entiende a partir de esta revisión internacional realizada a través de la historia; que el Trastorno del Espectro Autista (T.E.A), aparecen en niños(as), en todos los países, de todas las razas y en todas las clases sociales, de manera “aleatoria”. Sin embargo, como indican Ruiz, et al (2010), “en algunas



ocasiones las estadísticas que conocemos sobre el tema parecen mostrar que los cálculos sobre el número de casos de T.E.A. varían considerablemente dependiendo del país, desde 2/10.000 niños en Alemania, hasta 16/10.000 en Japón.

A partir de lo anterior, pareciese ser que no existe una norma absoluta en términos de prevalencia a nivel internacional, o que al menos indiquen que este trastorno tiene mayor índice de aparición en algunos lugares del mundo.

De esta forma; y en lo que refiere a factores que inciden en la detección de T.E.A. y por ende influyen en el aumento de las cifras a lo largo de la historia del número de personas con TEA en el mundo, Sevilla, et al. (2013), mencionan que “desde finales de la década de los 90, han aumentado los estudios epidemiológicos y con ello se constatan incrementos en la incidencia del autismo en niños en edad preescolar (quizá consecuencia de un diagnóstico temprano), y un aumento en las tasas de prevalencia en diferentes edades, alcanzando estas hasta 60 por 10.000 para el autismo”.

Como se expresa anteriormente, las explicaciones para este incremento a través del tiempo en las cifras del T.E.A, son diversas y se pueden deber a cambios existentes en los criterios de diagnósticos, la ampliación del concepto autista con el desarrollo del concepto espectro autista, el aumento de los estudios epidemiológicos, las diferencias metodológicas entre investigaciones, los factores ambientales y/o genéticos; sumado a esto el mayor conocimiento de los padres y profesionales implicados en la detección y diagnóstico del cuadro TEA, es que se entiende y se evidencia un aumento general de los TEA en la población Mundial.

A nivel nacional, los resultados en investigación, indican que al igual que lo que se presenta en el escenario mundial en los últimos años, la evolución del cuadro autista va en aumento, una clara muestra de aquellos es lo que señala Irrázaval et al , (2005): “los portadores de este trastorno, llegan a cifras de hasta 17 por cada 10.000 niños y de 63/10.000 para los T.G.D.”

Se concluye entonces a partir de las cifras recién expuestas, que la prevalencia del TEA en la población mundial en la actualidad; estima en 1 por cada 200 – 250 (40-60 /10.000

niños), cifras que engloban todo el espectro, abarcando desde los casos más leves a los más graves.

#### **2.4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN T.E.A:**

El pronóstico para las personas con TEA, es favorable, puesto que no presentan una patología neurológica concreta o degenerativa tanto cognitiva como motriz, por lo que es fundamental una intervención temprana. Del mismo modo, Zalaquett et al (2015), argumentan; “en la actualidad, el poner un elevado énfasis en la necesidad de una detección temprana e intervención especializada en TEA, está centrado en la “neuroplasticidad”, en cómo la experiencia relacional diseñada para elevar la atención social, la comunicación y el compromiso afectivo puede ir modificando secundariamente el desarrollo y el funcionamiento cerebral que está a la base.” Sumado a lo anterior, los mismos autores recién señalados exponen también; que “la intervención temprana puede alterar la trayectoria del desarrollo cerebral, que está a la base en un TEA. Si consideramos que las interacciones sociales recíprocas facilitan la especialización cortical para información social y lingüística en un menor sin patología del desarrollo a la base, la falta de compromiso social y de comunicación asociado con los TEA podría tener más efectos secundarios negativos en el propio desarrollo cerebral. De esta manera, la intervención temprana puede servir para modificar el curso del TEA a nivel cerebral hacia una trayectoria más adaptativa del desarrollo”. Sumado a lo anterior, es importante destacar que los programas de intervención en el área deben focalizar su atención en ser instancias sistemáticas, intensivas, estructuradas y regulares.

De esta forma, en este contexto de “apoyo externo” hacia el niño (a), se torna de extrema relevancia el rol que adquiere la familia y el contacto que esta establezca con los profesionales de salud en el momento del control del niño. Respecto a esto último, el diagnóstico de T.E.A. supone el inicio de un proceso de asimilación de una nueva y compleja realidad familiar, lo que implica la necesidad de apoyo para ellos por parte de los profesionales implicados en el tratamiento e intervención del niño (a) con TEA; así mismo Scheffer et al, (2011); indica que el tratamiento no sólo consiste en entregar la información necesaria, sino que además este debe consistir en dar un acompañamiento a la familia.

La familia del niño (a) con T.E.A. adquiere un rol fundamental en la intervención terapéutica, posee una incidencia directamente proporcional al desarrollo de sus conductas sociales, así lo expresa Zurita, et al (2016), “la familia cumple funciones de entidad, generando en sus miembros un sentimiento de pertenencia, propiciando el desarrollo de la personalidad, el control de las conductas, y las relaciones sociales principalmente, siendo en la actualidad ésta, su contribución más importante en las personas con TEA”.

Además del rol que cumple la familia como factor de intervención terapéutica en el niño con T.E.A. desarrollando mediante su acción áreas sociales y afectivas en él, también existe otra vía de intervención tan funcional y a la vez complementaria, como es la intervención terapéutica en el niño(a) con T.E.A. a través del trabajo del desarrollo del componente motriz de éste, a partir de la educación física y/o práctica deportiva.

De esta manera, y tal como menciona; Zurita, et al. (2016); “la práctica de actividad física interviene de una manera directa en el auto concepto del niño autista y en sus dimensiones; así las dimensiones de índole psicosocial (emocional, social, académica y familiar)”.

De igual forma expresa, Calleja, et al. (1993); plantean que “la Educación Física como un medio eficaz de intervención terapéutica con personas afectadas por el síndrome autista o psicosis infantiles, y como un elemento imprescindible en el desarrollo de estas personas. Además de capacitarlas a nivel motriz, colabora en la generalización de nociones fundamentales que traspasan los límites de dicho ámbito y confluyen en el ámbito cognitivo, como también incrementa las posibilidades de acción y de entretenimiento del niño, facilitando la disminución de estereotipas y momentos de desconexión con el entorno”.

## **2.5 EDUCACIÓN INCLUSIVA:**

Una intervención terapéutica no sólo debe contemplar la medicación y entrega de pautas para su seguimiento, sino que también debe contemplar instancias en el que el niño (a) pueda ser parte de un sistema, sobre todo un sistema educativo inclusivo, es así como Acedo, (2008), plantea que “el desafío consiste entonces en garantizar, que las escuelas

sean lugares en donde todos los niños(as) y educandos que participen de ésta, sean tratados de manera igualitaria y gocen de las mismas posibilidades de aprendizaje”. Siendo este trabajo tanto del profesor como de todos los actores involucrados en el Sistema Educativo, (además de la participación y apoyo activo de la familia) los que, de ser necesario, deberán transformar dicho contexto, buscando siempre mejorar la calidad de la enseñanza a todos los niveles y en todos los ambientes; con el fin de responder a la diversidad de los educandos. Esta mejora del “escenario educativo” en función de la diversidad que se presenta en el contexto escolar y que debe saber desarrollar el profesor en su accionar, se entiende como “Educación Inclusiva.” De esta forma, y tal como señala Echeita, et al. (2004), la Unesco, (1994), “la estrategia de generar una educación inclusiva; es necesaria para combatir todas las formas de desventaja y discriminación, incluyendo la situación socio económica, el género, la geografía, la etnia, la identidad sexual y las necesidades educativas especiales (N.E.E.)”.

Mediante lo recién propuesto, se entiende entonces; que para ejercer la profesión docente, bajo este concepto de “Educación Inclusiva”, amerita tener claridad sobre ciertos parámetros o criterios de detección de situaciones en donde los alumnos presenten alguna dificultad en el aprendizaje de cualquiera de las áreas de desarrollo y de la misma forma cuales son aquellas instancias que propician la inclusión.

En suma es importante señalar que el Autismo es un cuadro que se manifiesta a muy temprana edad y se mantiene toda la vida, lo que deja en manifiesto la importancia de una intervención temprana y constante en la vida del afectado, en donde la actividad deportiva, y el apoyo de la familia se vuelven factores directamente proporcionales en la mejora de los aspectos en desarrollo del niño afectados por el T.E.A y por ende de su calidad de vida.

Dadas las características del niño(a) autista, una intervención terapéutica temprana y que implique a la familia, favorecerá la minimización de los trastornos emocionales y conductuales que presentan estos individuos y propiciará el desarrollo del lenguaje y de la interacción social de éste con el entorno.

Y por su parte también; la realización de actividades físicas y/o deportivas regladas y sistematizadas, incidirán directamente en el desarrollo y logro de ciertas habilidades

motrices y emocionales correspondientes a su desarrollo según la edad. Todos estos elementos favorecen la modificación de conducta en individuos con T.E.A, como son los elementos terapéuticos dados desde los profesionales de la salud, las intervenciones desde el área familiar y la actividad física, se vuelven entonces imprescindibles para mejorar su estado de salud y, por consiguiente, su bienestar y calidad de vida.

### **III. LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO SOCIAL EN NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACION DE TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA.**

#### **3.1 EL CONTEXTO SOCIAL Y AUTISMO:**

Cuando hablamos de los trastornos del espectro autista (TEA) , no solo nos referimos a la persona que posee una serie de trastornos con una sintomatología común como la dificultad de comunicación o su comportamiento poco adaptativo en general y la dificultad para comprender la realidad en que se vive y por tanto afectan la interacción social desde los primeros años de infancia Baña, (2015) y durante todo el curso vital Frith, (2003). De este modo, el trastorno influye en el desarrollo de la persona que lo posee y el entorno en que ellos viven. Sin embargo, todas las personas con TEA son diferentes, ya que sus características, están determinadas principalmente por el entorno en el que viven, las experiencias que tienen en sus vidas y, sobre todo, por los apoyos que tengan para superar las dificultades de estas experiencias y los modelos educativos a los que estén sujetos Baña, (2015).

En esta premisa, radica la importancia del medio social en que crece y se desarrolla el niño (a) con TEA, los cuales forman parte del sistema social, comunitario, familiar, escolar Baña (2015). El contexto social de un niño diagnosticado con TEA , es aquel grupo de personas que le entregan apoyo de diversas formas al niño y sus padres; ya sean, familiares cercanos, otras familias con el mismo diagnóstico, psicólogos, entre otros profesionales Bohórquez et al, (2007).

Según Baña (2015), el modelo de enfoque de diagnóstico y de intervención sistémico / social, atribuye gran importancia a la familia y a su rol educativo, estimulador, normalizador e inclusivo Es el grupo social primario y de referencia social, donde se adquieren los primeros aprendizajes sociales, proporciona un clima adecuado, lúdico y es el principal referente de valores, actitudes y normas sociales. El papel de la familia en el TEA se hace imprescindible pues su aportación educativa facilita los apoyos, y otorga oportunidades para el desarrollo de las personas más allá de sus alteraciones y dificultades. De este modo el rol de la familia y/o el entorno familiar radica principalmente en; cuidar, velar por su supervivencia, educarlas y formarlas para vivir en la comunidad social.

Para ninguna familia es sencillo abordar la noticia de que su hijo o hija se encuentra con algún tipo de trastorno, de esta forma van surgiendo múltiples sentimientos que son difíciles de controlar, pasando por diversas etapas hasta la aceptación; como son: el estado de shock (miedo , bloqueo y conmoción), de negación ( rabia o ignorar el suceso), reacción (interpretación e intención de comprender la situación) , adaptación y orientación ( acciones a realizar de acuerdo a las necesidades del hijo) Cunningham, et al. (1988); Bohórquez et al, (2007). Asimismo, Gallimore, et. al. (1996) señalan que el proceso de acomodación de la familia al desarrollo del niño/a cómo similar al resto de las familias, de acuerdo a las actitudes y comportamientos familiares adaptativas durante ciclo vital familiar Freixa, (1993); si bien los padres y madres tienen que ser más selectivos a la hora de plantear las actividades para el cuidado de sus hijos/as con Trastorno del Espectro del Autismo y además las rutinas son más complejas, generando situaciones potencialmente estresantes y adicionales que la familia tendrá que enfrentar,

Guralnick (1998). Por otro lado , las familias reaccionan de maneras muy diversas ante la aparición de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo, Heward (2000).

Las familias que poseen un miembro con TEA , necesitan todo el apoyo y el de la sociedad entera para proporcionar el entorno positivo que desean para sus miembros con autismo Tamarit, et al (1995) puesto que el nacimiento de un hijo con Trastorno del Espectro del Autismo provoca siempre, en mayor o menor medida, una crisis familiar, que se caracteriza por un fuerte impacto psicológico y emocional, un proceso de adaptación y redefinición del funcionamiento familiar, cambios en la relación de pareja y la necesidad de ayuda y de asesoramiento Aierbe (2005).

Según Bohórquez et al (2007), los padres tienen la misión de apoyar y participar de diferentes formas en el tratamiento de sus hijos:

- acompañándoles en el proceso.
- felicitándolos por sus logros y animándolos constantemente a continuar.
- proporcionarles oportunidad para practicar en casa lo que está aprendiendo.
- observar la evolución en el comportamiento y comunicárselos a los profesionales.
- tomar decisiones y establecer acuerdos con los profesionales, de aspectos que atiendan las necesidades del hijo(a).
- solicitar los servicios que necesitan.

La participación de los padres y familia es crucial fundamentalmente por las características del trastorno TEA, relación a la complejidad de comunicación, socialización e imaginación Bohórquez et al, (2007) y de gran responsabilidad; enseñan a sus hijos multiplicidad de cosas, los mejores aprendizajes son los que se propician en la vida cotidiana.

Los padres, en la responsabilidad de apoyar y acompañar a los hijos diagnosticados con TEA, a partir de esto se hace primordial que colaboren con el equipo de profesionales que apoyan el aprendizaje de los hijos, de este modo se debe tener una

relación cordial y de comunicación permanente, que influirá positivamente en el logro de los Aierbe (2001)

Bohórquez et al, (2007) recomienda; que los padres deben escuchar la opinión y perspectiva de los profesionales, así se podrá aprender más sobre la condición y evolución del hijo, confiar en que los hijos están en manos de buenos profesionales, los cuales poseen experiencia en el tratamiento, es importante que opinen sobre el proceso y la evolución de hijo o hija para enfocar de mejor manera los aprendizajes, las acciones que se deben realizar en casa para apoyar los aprendizajes, contribuir en los acuerdos de los profesionales, negociar cantidad y tipos de tareas para hacer en casa, de modo que se puedan llevar a cabo, cumplir con la tarea que se han comprometidos los padres y la familia, para ello se requiere paciencia y dedicación para conseguir resultados visibles. Dentro de este ámbito, se le presta especial atención a la intervención temprana ya que, cuanto menor es la edad del niño, más eficaz es la intervención en su familia porque es en las primeras edades cuando se produce un avance importante en el proceso de socialización e individualización y se producen las bases básicas para ello. También, muchos de los problemas detectados en la infancia, requieren de un tratamiento preventivo en el que los distintos servicios coordinen esfuerzos y atiendan simultáneamente a las necesidades de los niños/as y sus familias Baña (2015) .

El diagnóstico precoz de TEA, se realiza generalmente entre los 24 y 36 meses, aunque los padres empiezan a observar los síntomas y a expresar su preocupación entre los 18 y 24 meses, es muy favorable en el tratamiento de los niños y niñas Cabanyes, et al (2004). De este modo una vez que los padres y familiares asumen la nueva condición de su hijo (a) , se debe pedir apoyo profesional y buscar redes de apoyo para empezar el tratamiento y conseguir mejores resultados, que otros tratamientos más tardíos Bohórquez et al, (2007)

Además, se debe contemplar una la facilitación de una planificación educativa, las previsiones de ayudas familiares y asistenciales, el manejo del estrés familiar y la puesta en marcha de una adecuada atención médica y psicoeducativa, Howlin et al. (1997)



### **3.2 ESCOLARIZACIÓN NIÑOS Y NIÑAS CON TEA:**

Todas las personas con trastorno espectro autista necesitan de escolarización. Para esto se debe considerar que las capacidades y necesidades son distintas, por lo que requieren una adaptación ajustadas a sus necesidades de aprendizaje, Bohórquez et al, (2007).

La Educación infantil escolarizada se inicia normalmente a los 3 años, siendo obligatorio que a los 6 años, todos los niños y niñas con TEA estén insertos en el ámbito, Bohórquez et al, (2007). Se puede iniciar la escolarización en instituciones educativas no especializadas, sin embargo se debe considerar que es fundamental que estos establecimientos cuenten con un curriculum objetivo y un equipo profesional capacitado y diferenciado. De esta forma, los padres tendrán los insumos necesarios para ir evaluando la evolución y el desarrollo de los aprendizajes en estos primeros años y luego tomar la decisión, con respecto al establecimiento educacional.

Según Bohórquez et al, (2007) para elegir el establecimiento educacional, se hace fundamental evaluar en el niño o niña con TEA , la capacidad intelectual , la capacidad de expresión , comunicación, comprensión con el entorno, comportamientos de conductas autoagresivas o que impliquen daño a otros, por otra parte se hace indispensable considerar que no hay un establecimiento con todos los requerimientos para un niño y niña diagnosticado con TEA, por lo que el apoyo en el hogar se hace indispensable.

Otro elemento importante durante la escolarización, guarda relación con la determinación de las experiencias y oportunidades que se le proporcionan mediante el aprendizaje escolar; es así como verdaderas oportunidades de inclusión escolar, en la cual se pueda implicar a todos los alumnos/as del entorno educativo; la posibilidad de realizar una mirada proyectiva hacia la transición a la vida adulta, la cual incluya herramientas para una formación que le permitan desenvolverse de manera autónoma, y finalmente fijar objetivos de tipo personal y social; cuyas tareas para el logro de los objetivos, le permitan un desarrollo personal, fruto de las interacciones exitosas con el medio; todo lo anterior deben ser algunos de los propósitos de la inclusión escolar; de tal manera que en la escuela se aprende a vivir con los demás en situaciones igualitarias los

demás aprenden a aceptar la diferencia como un elemento que facilita el progreso de la sociedad, la riqueza y contribución del diferente.

Por otro lado, el principio de normalización según Mesibov (1990) es una forma de implementar estrategias que valoren y acepten a las personas con trastornos, que no las estigmaticen, que promuevan el desarrollo propio y consideren el potencial de los educadores y propone un enfoque basado en las necesidades individuales de las personas, proporcionar a las personas diferentes socialmente, la dignidad completa que les corresponde como derecho propio Perrin, et al.(1985). Para Alba (1994) el concepto de normalización debe entenderse como la utilización de determinados recursos para que cada persona pueda llevar una vida autónoma e independiente como miembro de esta sociedad.

En este sentido, se deben realizar actividades que además de la rehabilitación, impliquen el contexto social de la persona con TEA, que permitan su recuperación, recreación, reinención y/o readaptación, Baña (2015).

En TEA, existe controversia y algunas críticas con respecto de cómo se ha usado el principio de normalización, entendido como la utilización de medios, culturalmente normativos posibles, para establecer y/o mantener conductas y características personales que son tan culturalmente normativas, como posibles Wolfensberger (1972). Traído al ámbito educativo, en el contexto de la escolarización; ya que en muchos casos es simplista y criticado al concebir que las capacidades de las personas son homogéneas-aceptables y considera que las de niños con TEA están devaluadas. Se piensa que el simple hecho niño con TEA esté en contacto con otras personas, estas lo aceptarán, Baña (2015).

Desde esta perspectiva y considerando la importancia del entorno – relación y persona con TEA, en el ámbito educativo, es que surge el principio de inclusión, que viene a transformar el ámbito educativo, el cual debe ser capaz de valorar la diversidad de forma que cada persona pueda ser respetada y aceptada, independientemente, de sus condiciones personales, sociales o culturales, Verdugo, et al. (2008) por otra parte las

acciones escolares promueven la dignidad de la personas, superar la discriminación y compensan el aprendizaje y participación de todo el alumnado, Echeita et al. (2010).

#### **IV. LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN Y PARA LA DIVERSIDAD.**

Según la Ley del Deporte en Chile 19712, en el artículo 1° señala “Para los efectos de esta ley, se entiende por deporte aquella forma de actividad física que utiliza la motricidad humana como medio de desarrollo integral de las personas, y cualquier manifestación educativo-física, general o especial, realizada a través de la participación masiva, orientada a la integración social, al desarrollo comunitario, al cuidado o recuperación de su salud y a la recreación, como asimismo, aquella práctica de las formas de actividad deportiva o recreacional que utilizan la competición o espectáculo como su medio fundamental de expresión social, y que se organiza bajo condiciones reglamentadas, buscando los máximos estándares de rendimiento”.

La práctica deportiva, ya sea cualquier manifestación de actividad física y/o la realización de la clase de Educación Física, poseen un alto potencial inclusivo, no sólo en atención a las personas en situación de discapacidad que participan de estas instancias, sino que también por aquellas personas sin discapacidad que constantemente interactúan con ellas en las diferentes instancias de práctica. Es por esto, que por ejemplo una clase de Educación Física inclusiva, debe estar basada en un enfoque educativo inclusivo, que según UNESCO, (2015) debe tener las siguientes características: “Un enfoque inclusivo del desarrollo curricular debe incorporar una flexibilidad que permita ajustarlo a las diferentes necesidades, asegurar que todo el mundo se beneficia de una educación de un nivel de calidad comúnmente acordado y que dé al profesor la libertad de adaptar sus métodos de trabajo para alcanzar el máximo impacto y relevancia en el contexto específico de su clase.” A partir de lo anterior, es que en la actualidad es necesario que la Educación Física se base en la inclusión y en la participación de todos los alumnos, con el fin de que todos desarrollen el gusto por la práctica deportiva y la adquisición de adecuados hábitos de vida saludable, los cuales se mantendrán a lo largo de la vida.

Bajo esta idea, se hace necesario señalar que la práctica de deporte o actividad física son manifestaciones motrices que deben ser practicadas por todos los actores de la población. Es a partir de este contexto, que niños (as) y jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), deben tener acceso regular a las clases de Educación Física, la cual sin duda pueda favorecer el desarrollo de las conductas motrices, sin olvidar los aspectos expresivos, sociales, cognitivos, comunicativos y afectivos. Es decir, una educación basada en la concepción integral de la persona cuyo objetivo es la búsqueda del autoconocimiento y una mayor adaptación al entorno físico y social; Gómez (2008)

Es así como, señala Gómez (2008) “se ha comprobado que el ejercicio físico en niños diagnosticados con TEA, se asocia positivamente con el funcionamiento intelectual y el auto concepto (y que practicado de manera continua y repetida conforma una herramienta terapéutica para el manejo de la conducta”. Asimismo, existen diferentes autores que reafirman los beneficios del deporte en personas con Trastorno Espectro Autista, es así como señala Río citado por Gómez (2008) con respecto a la práctica deportiva “... es importante para mantenerse en un buen estado de salud, evitando la obesidad infantil, favorecer una mayor autonomía personal, adquirir adecuada evolución motriz y sobre todo favorece la socialización”.

Actualmente, la actividad física establece uno de los vínculos más importantes entre el ámbito educativo y la motivación del alumno, lo que hace esta afinidad por las actividades lúdico –deportivas pueda convertirse en un elemento educador de valores bastantes interesantes, Villena citado por Gómez (2008). Es por esta razón, que la práctica de deportes por parte de personas con autismo y más concretamente la clase de Educación Física, entendiendo esta asignatura como la educación que se centra en el desarrollo de las conductas motrices, sin olvidar los aspectos cognitivos, comunicativos, expresivos, sociales y afectivos, son esenciales para el desarrollo de las personas, Gómez (2008). Por su parte, Biasatti citado por Gómez (2008) realiza una observación sobre el funcionamiento de las clases de Educación Física señalando que: “se debe estudiar delicadamente los casos particulares y áreas donde un niño con autismo es beneficiado al compartir actividades con niños de aula común.

Por su parte, Río citado por Gómez (2008) señala que: “el juego motor es un instrumento trascendental de aprendizaje que se puede aprovechar como recurso para incidir más profundamente en la formación de la persona, con el objetivo de enriquecer cualitativa y cuantitativamente la motricidad del niño o niña. Por su parte Charman y Stone citado por Gómez (2008) “Debido a que el juego, es a todos los efectos, la principal actividad social en la vida de los niños, es la esencia misma de su cultura de grupo”. A través del juego, los niños aprenden por medio de la practica nuevas capacidades que favorecen su desarrollo en un entorno social, además el juego es una herramienta el cual el niño (a) puede sociabilizar con sus compañeros, Gallego (2012), indica “las relaciones con los compañeros se establece un proceso recíproco que contribuye sustancialmente al desarrollo cognitivo y social de los niños, y a la eficacia con la cual funcionarán en el futuro como adultos. De hecho, el mejor precursor en la infancia es la adaptación adulta no es la escuela primaria o el comportamiento en clase, sino, más bien la habilidad con que el niño se relaciona con otros”.

Es por esto que no debemos olvidar que el juego envuelve toda la vida del niño (a), es un medio de aprendizaje espontáneo y de ejercitación de hábitos, tanto intelectuales, físicos, sociales y morales.

Es así como, Fernández citado por Gómez (2008) señala que desde la asignatura de Educación Física se puede: “Fomentar la igualdad social y educativa en las actividades físico – deportivas. Promover, mediante el deporte, la inclusión de todas las personas sin discriminación, asegurando la orientación educativa y el respeto a la diferencia. Conocer, comprender y practicar como tratar a personas con limitaciones funcionales. Tomar conciencia acerca de los beneficios que puede aportar a la sociedad la integración y normalización de la vida de las personas con limitaciones funcionales, valorando la práctica de actividades físicos – deportivas como vía de integración social”.

Pese a lo mencionado anteriormente, el trabajo en el ámbito corporal en personas con TEA no debe centrarse únicamente en el aspecto físico, sino que además debe abarcar otros aspectos, tales como; rutinas de conducta, normas de comportamiento, respeto por los materiales, utilización de espacios, salud corporal, entre otros (Gómez 2008). De tal forma conseguir un complemento, tanto en el ámbito físico, como en lo valórico, con el

fin de favorecer las relaciones sociales de los niños y niñas con TEA. Esto cobra relevancia, ya que más allá de los aspectos de la motricidad humana que se pueden ver favorecidos por la práctica deportiva, son otros los elementos que se potencian, es decir la educación a través de la práctica deportiva.

Por otra parte, debido a las características específicas de estos jóvenes con TEA, las modalidades deportivas ideales para iniciarlos en la práctica del deporte son las de tipo dual y las individuales; Pan y Frey, citado por Gómez (2008); por su parte Berkeley, citado por Gómez (2008) nos indica que “las particularidades del síndrome y el constante cambio de claves en la práctica de los deportes en grupo, hace que el aprendizaje de las normas de estos, aunque posible, sea muy difícil, pese a lo cual existen estudios que muestran resultados”.

Desde otra perspectiva, existen investigaciones sobre cómo mejorar las relaciones sociales de las personas con autismo, Biasatti citado por Roque (2014) indica que “el mejor método para conseguir este objetivo es crear grupos donde los niños con autismo se relacionen con niños con desarrollo típico”. En cambio Luque Parra y Luque Rojas “se centran en la acción tutorial para favorecer la inclusión y las relaciones sociales”.

López Gómez y García Álvarez citado por Gallego (2012) señala que una de las mejores herramientas para trabajar con niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA es “el aprendizaje del juego cooperativo, lúdico o de roles, basado en el uso de modelos y de pares a través del contacto social, ayuda a expresar secuencias mecánicas y reglas. Su principal finalidad es la paulatina interacción social espontánea, por lo que debe realizarse en un ambiente estructurado, natural y con un alto grado de funcionalidad y pragmatismo y siempre bajo la supervisión del tutor del niño. Las estrategias desarrolladas a través del juego, pueden a su vez, servir de modelo para la adquisición y la puesta en marcha en distintas habilidades funcionales, tanto a nivel social, como afectivo e, incluso, comunicativo”.

Pese a esto lo más importante es tener en cuenta los intereses y habilidades de los niños y niñas a la hora de escoger un deporte, con el fin de que el niño (a) se sienta cómodo y seguro, ya que son aspectos fundamentales en el diario vivir.

Es imprescindible poseer una gran capacidad de anticipación y realizar el trabajo en un ambiente altamente predecible, de esta forma Vega citado por Gómez, (2008) señala lo siguiente: “debemos ser muy ordenados, aportar seguridad y ser capaces de controlar todas las variables que se nos puedan presentar dando respuesta, al mismo tiempo, a posibles inseguridades y dudas de nuestros alumnos”. Los ambientes en los que mejor se desenvuelven estos niños son aquellos que están estructurados y que contienen actividades con un principio y un fin, porque si bien hay que tener en cuenta que tienen dificultad con las tareas motrices, no es este su principal problema a la hora de realizar ejercicios físicos. De igual forma, Rivière citado por Roque (2014) indican que: “Las dificultades de anticipación conducen a una percepción caótica y fragmentaria de la realidad, por esta razón es necesario proporcionar a los niños autistas ambientes estructurados y predecibles, y contextos directivos de aprendizaje, lo cual se hace aún más necesario en los casos en que el autismo es más grave o se acompaña de retraso severo”. Es así además como postula el Método TEACCH (1970) que “el ambiente del aula debe estar estructurado y organizado y, de este modo, se obtienen mejores resultados con el niño autista”.

Considerando lo anteriormente expuesto, es que se visualiza en los recorridos motrices, una de las mejores opciones para organizar el trabajo con niños (as) diagnosticados con TEA, esto siempre y cuando se realice un entrenamiento adecuado en el que se trabaje de forma explícita el aprendizaje de la espera, el turno, la colaboración, la flexibilidad de las reglas, el respeto de turno de la actividad propia y del compañero, entre otros; de tal forma que la estructura le ayuda a buscar indicios que den respuesta a que donde, cuando y como realizar cada actividad.

En suma, la práctica deportiva realizada por niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA, demanda de los profesionales de la actividad física, una organización de la clase que les permita a los niños participar progresivamente de manera autónoma, y a la vez esta práctica deportiva traerá consigo una serie de beneficios, tanto a nivel físico, salud, valórico y social.

**CAPÍTULO II**  
**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**



## 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Una escuela para todas y para todos es una escuela donde todos y todas tienen cabida indistintamente de sus características y sus dificultades y ritmos de aprendizaje. Ríos (2009). A partir de lo anterior queda en evidencia la importancia de contextos educativos inclusivos en el cuál, niños y niñas en situación de discapacidad, cualquiera sea, tengan la oportunidad de vivenciar experiencias vinculadas a la estimulación de los distintos canales de desarrollo, tales como: motrices, cognitivos, afectivos y sociales. Esta estimulación de la cual habla Ríos, no sólo depende de la escuela, sino que también de la familia. Es así como, toda acción de estimulación debe ser colaborativa, teniendo objetivos comunes para el permanente desarrollo, de tal manera Suárez, (2015) señala que: “Tanto la familia como la escuela están destinadas a entenderse y colaborar hacia una meta común, que será el desarrollo integral de los niños. Cuanto más positivas sean las relaciones entre ambos, mejor será la calidad de la educación impartida en las escuelas y en los hogares familiares.” A partir de lo anterior, queda en evidencia la importancia del contexto social de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA en cuanto al éxito de los programas educativos. Una de las instancias en las cuales, tanto la escuela como la familia, eventualmente podrían favorecer el desarrollo, es la práctica de la actividad física, el deporte y la Educación Física en general; son estas instancias donde todos los actores pueden participar de manera activa, colaborativa e inclusiva en el proceso educativo, por tanto un programa que incluya la práctica deportiva, se hace esencial para favorecer la inclusión. En un estudio de Hernández, (2016), se indica que “el 63.4% de los familiares encuestados refieren que los niños o adolescentes con trastornos del espectro autista no participan en las actividades sociales de la comunidad, lo que fue ratificado en las entrevistas a los padres, que refieren poco entendimiento de la población, algunas evidencias de rechazo y hasta miedo por parte de otros niños.” De tal modo favorecer actividades sociales como lo son la práctica deportiva, tanto a partir de las acciones motrices implicadas o de las interacciones sociales entre los participantes, es una oportunidad para la inclusión de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA.

Además, diversos autores confirman que la práctica de actividad física en su amplio abanico de acción, contemplan no solo el desarrollo de las capacidades vinculadas a la variable de la condición física, sino que también propician el desarrollo de habilidades afectivas comunicativas y sociales. Del mismo modo Hernández, (s/a) indica que “las finalidades que tiene la inclusión para este alumnado con N.E.E. en primer lugar resalta la importancia de la actividad física y por ende, de practicar la actividad física mediante los comportamientos inclusivos, en segundo lugar, la práctica del ejercicio físico facilita la condición física, las habilidades motrices y mejora la autoestima y, en tercer lugar, la interacción social positiva favorece las relaciones del alumnado con y sin discapacidad en las clases regulares de educación física”. Esto es sumamente relevante, ya que más allá del desarrollo de los aspectos motrices por medio de la práctica deportiva, también se favorece la interacción social de estos niños (as) y jóvenes; no sólo favorece la participación en estas instancias sino que permitiría que otros actores del contexto social disminuyan las barreras y aumenten los apoyos para una verdadera inclusión.

Sumado a lo anterior, un estudio realizado por Raquel et al (2012) indica que “los padres son capaces de aprender y aplicar de manera adecuada diversas estrategias educativas con las que potencian el desarrollo de sus hijos y garantizan la generalización de sus aprendizajes”. Así también Fuentes (2006) la participación de los padres y referentes afectivos y/o cuidadores, se han identificado como un factor fundamental para el éxito. La familia debe coordinarse con el profesorado y los diversos profesionales de apoyo para participar en la determinación de objetivos y sistemas que se van a utilizar.

Los antecedentes antes mencionados indican la importancia de la familia en el desarrollo de niños y niñas en situación de discapacidad y como estos deben ser participantes activos en todas aquellas instancias en las cuales se desarrollan sus hijos(as), ya sea en instancias formales de educación, como en otras situaciones como son la práctica deportiva.

A partir de la exposición de todos los antecedentes antes mencionados, es que surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la valoración del contexto social entendido como padres, madres y profesoras de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA sobre de la práctica deportiva?
2. ¿Cuáles son las prácticas deportivas mayormente realizadas por niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA?

## **2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la percepción del contexto social entendido como padres, madres y profesionales de apoyo con respecto a los beneficios de la práctica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

### **2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar la percepción de padres y madres sobre los beneficios de la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

Identificar la percepción de profesionales de apoyo sobre los beneficios de la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

Determinar las prácticas deportivas que poseen mayor adherencia por parte de niños y jóvenes diagnosticados con TEA, de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

Comparar la percepción que tienen padres y madres con la percepción de los profesionales de apoyo, con respecto a los beneficios de la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA. de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

## **2.3 METODOLOGÍA.**

### **2.3.1 TIPO DE ESTUDIO:**

El presente estudio se alberga bajo el alero de un paradigma cuantitativo, a su vez es un estudio no experimental, que según Kerlinger y Lee citado por Henández y Fernández, (2006): “la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos”. Con respecto al diseño de la investigación, es de tipo transversal y descriptivo. Transversal porque los datos se recolectan en un solo momento Hernández y Fernández, (2006); por otro lado, es de tipo descriptivo, ya que estudia la naturaleza de la variables en condiciones naturales.

### **2.3.2 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:**

La población corresponde a todos los padres, madres, apoderados y profesores de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA, que viven en las provincias de Valparaíso (Viña del Mar y Valparaíso) y Marga Marga (Comunas de Quilpué y Villa Alemana). La muestra es no probabilística ya que la elección de los elementos no responde de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández, 1998). A su vez, está constituida por un N=142, el cual corresponde a padres, madres y profesionales de apoyo (Educadoras diferencial, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos en Educación Diferencial y Fonoaudiólogos) que son parte del contexto social de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA y que aceptaron participar de este estudio. A su vez, estos padres y profesionales de apoyo, pertenecen a diferentes establecimientos de la provincia de Valparaíso entre los cuales se pueden señalar: Centro de Desarrollo, Centro de Recursos Altavida y Centro Educación Especial Bellavista y de la provincia de Marga

Marga, dentro de los cuales se encuentran: Escuela Especial Germina y Centro Comunicame.

La distribución de la muestra se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Distribución de la muestra de acuerdo al rol social y los establecimientos educacionales participantes.

	Centro de Desarrollo	Germina	Altavida	Centro de Educación Especial Bellavista	Comunicame	Total
Padres	6		3	4	9	22
Madres	13	9	11	20	37	90
Técnicos en Educación Diferencial	5		1		2	8
Terapeutas Educativas	2	1	2		2	7
Profesoras Educación Diferencial	2	3	2		4	11
Fonoaudiólogos	1		1		2	4

### 2.3.3 VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables del estudio son las siguientes:

- I) Variables independientes
  - Padres, madres y profesionales de apoyo (Educadoras diferencial, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos en Educación Diferencial y Fonoaudiólogos.)
  
- II) Variables dependientes:

- Percepción sobre la práctica deportiva.

### **2.3.4 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El instrumento utilizado en esta ocasión es un cuestionario de opinión, de tipo escala Likert, el cual considera 10 dimensiones y 4 afirmaciones para cada una de ellas. Estas dimensiones y afirmaciones fueron elaboradas a partir de los beneficios de la práctica deportiva, tanto en niños y jóvenes diagnosticados con TEA como en sus familias, el tipo de práctica realizada y las expectativas de la misma. El rigor científico del procedimiento utilizado, se resguarda a través del juicio de expertos y de la aplicación de una prueba piloto.

### **2.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La técnica de análisis de datos, se realizará bajo un análisis descriptivo en base a medida de tendencia central y la prueba de T de Student, con el sistema estadístico SPSS 20. Los resultados se presentarán bajo la iconografía de gráficos y tablas, los cuales permitirán una mejor visualización de los resultados.

Los resultados obtenidos permitirán relevar la práctica deportiva en aquellas instituciones educativas que desarrollan su quehacer profesional con niños (as) y jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

### **2.5 PROCEDIMIENTO**

- 1.- Elaboración del instrumento para recolección de datos.

En esta etapa se realizó una revisión de la literatura para levantar los tópicos correspondientes del instrumento. A partir de esta revisión se levantaron diez dimensiones. Posteriormente con la información recolectada se diseñó un Cuestionario tipo Likert con cinco niveles de acuerdo.

## 2.- Validación del instrumento vía Juicio de expertos (ver anexo II)

Luego de levantar el instrumento denominado “Cuestionario sobre percepción de la práctica deportiva en niños y jóvenes con TEA” se procedió a realizar su posterior validez, la que se realizó en base a la literatura y consulta a profesionales y expertos en el área siguiendo principalmente una validez de contenido, en relación a todos los elementos de la variable que determina el Cuestionario (Barbanti, 2000; León & Montero 2002).

Esta validación a juicio de expertos se realizó en función de que reunieran las siguientes características:

- Grado Académico
- Formación Profesional en la Disciplina
- Académico Universitario

Una vez analizado por los expertos se logró determinar que la Objetividad inter-observadores (n=3), muestran un coeficiente de determinación de 100%.

## 3.- Validación del instrumento vía aplicación prueba piloto.

Para determinar tanto los criterios primarios de la validez instrumental, la objetividad y la confiabilidad, así como el de la situación experimental, en primer lugar se aplicó el test a padres y apoderados de un colegio particular de la V región, con un total de 30 apoderados tanto damas como varones. Se registraron los datos en una planilla de registro electrónica Excel de doble entrada.

Los resultados obtenidos de los 30 padres, permitieron indicar una reproducibilidad de 0,92, lo cual muestra una alta consistencia.

## 4.- Ajuste del instrumento, de acuerdo al juicio de expertos y prueba piloto (ver anexo IV)

Luego del análisis de los expertos se procedió a ajustar el Cuestionario en función de redacción y ortografía y a partir de la prueba piloto se logró mejorar en relación a los tiempos de la ejecución, materiales necesarios y ambiente adecuado.

5.- Contacto con los establecimientos educacionales para ser invitados a participar de este estudio.

Una vez levantado y validado el cuestionario se procedió hacer contacto con los centros educativos bajo carta a su dirección (apéndice V), con la intencionalidad de dar a conocer los objetivos de esta investigación y la solicitud de participar con la comunidad en el levantamiento de la información.

6. Se coordina visitas a los establecimientos con el fin de concretar días para la aplicación del instrumento.

Luego de aceptar la invitación de participación se establecieron las reuniones con las autoridades para presentar el plan de implementación. (ver anexo VI).

7.- Aplicación del instrumento.

Luego de las diferentes reuniones con la comunidad participantes se procedió a aplicar el cuestionario de tipo presencial a los docentes y personal de apoyo del establecimiento educativo. En relación a la aplicación del cuestionario para los padres y madres, este se les entregó mediante formato carta, a través de las profesoras del establecimiento.

8.- Presentación de los resultados.

Una vez aplicado el instrumento se procede a presentarlos a partir de tablas y gráficos.

9.- Análisis de los resultados y comparación con estudios anteriores.

Una vez reunido los resultados de esta investigación y la constante revisión de la literatura en relación a la temática estudiada se procedió a dialogar con otros aportes de diferentes investigadores en el área.

10.- Elaboración de las conclusiones.



Luego de analizar nuestros datos, reflexionar con otros antecedentes se procede a presentar las principales conclusiones en función de los objetivos que presenta el estudio.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

### 3.1 RESULTADOS A PARTIR DE TABLAS DE DISTRIBUCIÓN:

Este capítulo se estructura en función de dos grandes componentes de análisis de resultado. En el primero, se presentan los datos descriptivamente a través de tablas de distribución de datos agrupados en datos estadísticos de medidas de tendencia central, mientras que el segundo momento de presentación de los resultados es apoyado por representaciones gráficas. Del mismo modo inicialmente se presentan los resultados correspondientes a las respuestas presentadas por madres y padres de niños y jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista con respecto a los beneficios de la práctica deportiva que sus hijos realizan. Los resultados que a continuación se señalan corresponden a 112 padres y madres de diferentes establecimientos educacionales de las provincias de Valparaíso y Marga – Marga en la Región de Valparaíso.

#### 3.1.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DEPORTIVA DE PADRES Y MADRES DE NIÑOS Y JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:

Con respecto a los resultados de la Dimensión 1: **“Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”** visualizados en la Tabla N° 2, se puede observar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00001	112	1,00	5,00	4,6518	,76770
VAR00002	112	1,00	5,00	4,2679	1,04823
VAR00003	112	1,00	5,00	4,3929	,98965
VAR00004	112	1,00	5,00	4,6696	,75203
N válido (por lista)	112				

Tabla 2: “Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”

En relación a los antecedentes presentados en la Tabla N° 2, la variable que posee la mayor aceptación por parte de los encuestados es la que hace alusión a que “a través de la práctica de deportiva se adquieren hábitos y rutinas”, esto con 4.66 puntos, sumado a esto la afirmación “se divierte en el transcurso de la práctica”, también es considerada

dentro de las mayores preferencias (4.65) no advirtiéndose una gran diferencia entre ambas. En tanto la que obtuvo una menor puntuación es de 4.26, la cual hace alusión a que “hace nuevas amistades y su grupo de amigos se fortalece”.

Por su parte en la tabla N°3 se pueden visualizar los resultados correspondientes a la Dimensión 2, que hace mención a **“Creo que la práctica deportiva permite”**:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00005	112	1,00	5,00	4,8304	,65607
VAR00006	112	2,00	5,00	4,6429	,72107
VAR00007	112	1,00	5,00	4,5893	,90597
VAR00008	112	1,00	5,00	4,3482	1,07141
N válido (por lista)	112				

Tabla N° 3: “Creo que la práctica deportiva permite”

La afirmación “aprender nuevas habilidades motrices”, representada en la variable N° 5, es la que presenta mayor puntaje (4.83), mientras tanto la variable N° 8 de “acceder a otras instancias de participación comunitaria (competición y/o eventos masivos)” es la que presenta una menor inclinación por parte de los encuestados. Por otra parte no se observan grandes diferencias entre las afirmaciones “interactuar con sus pares y adultos” y “conocer sus capacidades y dificultades”, habiendo una diferencia de 0.06 puntos entre ambas afirmaciones.

Con respecto a la Dimensión 3 **“Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”**, que está representada en la Tabla N° 4, se puede visualizar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00009	112	1,00	5,00	4,5804	,79001
VAR00010	112	1,00	5,00	4,3750	1,01453
VAR00011	112	1,00	5,00	4,1607	1,08681
VAR00012	112	1,00	5,00	4,5536	,87857
N válido (por lista)	112				

Tabla N°4: “Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”

La variable N°9 correspondiente a “propicia el desarrollo de conductas sociales a través del trabajo colaborativo” (4.58) es la que posee la puntuación más alta, en tanto la variable N° 12: “aumenta las posibilidades de comunicación social con las personas que le rodean” es la que posee menor puntaje (4.55).

Con respecto a la Dimensión 4, representada en la Tabla N° 5, la cual se refiere a Motivos que consideran padres y madres para que la práctica deportiva se encuentre presente en programas de intervención se puede señalar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00013	112	1,00	5,00	4,8482	,64668
VAR00014	112	1,00	5,00	4,7679	,75911
VAR00015	112	1,00	5,00	4,7143	,74045
VAR00016	112	1,00	5,00	4,6607	,89597
N válido (por lista)	112				

Tabla N°5: “Considero que la práctica deportiva debe estar presente”

La variable N° 13 sobre “Considero que mejora la salud” es la que posee una puntuación más alta (4.84), mientras tanto la variable N° 14 “Disminuye su estrés” y la variable N°

15 “Le ayuda a desarrollar virtudes individuales (disciplina, responsabilidad y respeto de turnos)”); poseen 4.76 y 4.71 puntos respectivamente, no apreciándose mayores diferencias.

Para la Dimensión 5 **“La práctica deportiva podría provocar”** cuyos resultados se pueden apreciar en la Tabla N° 6

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00017	112	1,00	5,00	2,3839	1,23934
VAR00018	112	1,00	5,00	1,7589	1,07591
VAR00019	112	1,00	5,00	2,1518	1,21707
VAR00020	112	1,00	5,00	2,3839	1,29619
N válido (por lista)	112				

Tabla N°6 “La práctica deportiva podría provocar”

En las variables N° 17 y N° 20, que hacen alusión a “lesiones reiterativas” y “poca tolerancia a la frustración”, se pueden observar los mayores puntajes, 2.38 para ambas variables. En tanto para la variable N° 18 “conductas violentas”, se puede apreciar el menor puntaje: 1.75.

En cuanto a la Dimensión 6: **“Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”**, se puede observar en la Tabla N° 7:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00021	112	1,00	5,00	3,3661	1,35564
VAR00022	112	1,00	5,00	3,8482	1,23178
VAR00023	112	1,00	5,00	3,4732	1,25174
VAR00024	112	1,00	5,00	3,3839	1,28922
VAR00025	112	1,00	5,00	3,5804	1,29196
N válido (por lista)	112				

Tabla N°7: “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”

Con respecto a esta dimensión el mayor puntaje se puede apreciar en la variable N° 22 que corresponde a: “Los juegos libres entre amigos (la pinta, la escondida, la cuerda, entre otras)” con 3.84, en segundo lugar de las preferencias se ubica la variable N° 25 que se refiere a “Danzas regladas (tradicionales, religiosas) y bailes libres (baile entretenido, secuencia de pasos de baile a partir de ritmos conocidos)” con 3.58 puntos.

La Tabla N° 8 que refleja los resultados de la Dimensión 7, la cual se refiere al **“Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”**, se puede observar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00026	112	1,00	5,00	3,6071	1,42915
VAR00027	112	1,00	5,00	4,1339	1,11900
VAR00028	112	1,00	5,00	4,4911	,89034
VAR00029	112	1,00	5,00	3,4286	1,37359
N válido (por lista)	112				

Tabla N° 8: “Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”

Es el “centro educacional al que asiste a clases (escuela, instituto, liceo)”, la variable con mayor puntaje (4.49), mientras tanto la variable correspondiente a “Centro deportivo formal (club deportivo, gimnasio local, centro de rehabilitación) es la que presenta el puntaje más bajo en esta dimensión, 3.42.

En la Dimensión 8 relacionada a: **¿Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?** se puede apreciar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00030	112	1,00	5,00	4,2857	1,13446
VAR00031	112	1,00	5,00	3,9554	1,21097
VAR00032	112	1,00	5,00	3,0804	1,38290
VAR00033	112	2,00	5,00	4,4464	,81472
N válido (por lista)	112				

Tabla N° 9 ¿Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?

La variable con mayor puntaje es la N° 33 (4.44), la cual hace alusión a "Su entorno escolar (Profesor de Educación Física, compañeros de curso y/o escuela)", en tanto la segunda variable con un mayor puntaje es la N° 30 (4.28) la cual alude a señala " Su figura Materna y/o Paterna (ambos o alguno de los padres)." Otro resultado a destacar es que la variable que presenta menor puntaje (3.08) es la que se refiere a que el niño o joven diagnosticado con TEA prefiere realizar práctica deportiva con los amigos de confianza o amigos de la familia.

Sobre la dimensión N° 9 que indica: **"Cuando acompañamos a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes observo de él qué"**, se puede observar en la tabla N° 10 lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00034	112	1,00	5,00	4,5804	,83438
VAR00035	112	1,00	5,00	4,3661	,97718
VAR00036	112	1,00	5,00	4,2946	1,04527
VAR00037	112	1,00	5,00	4,4196	,87650
N válido (por lista)	112				

Tabla N° 9 ¿Cuándo se acompaña a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes, observo de él qué?

En esta dimensión se observa que la variable N° 34, es la que obtiene mayor puntaje (4.58), la cual hace alusión a "Se siente feliz y apoyado". También se desprende que



gran parte de los encuestados se inclina por la variable N° 37 (4.41), la cual señala " Se mantiene estable emocionalmente y disminuyen los episodios de crisis".

En cuanto a la Dimensión N° 10: **“Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva”**, se puede observar en la Tabla N°11

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00038	112	1,00	5,00	4,5357	,81571
VAR00039	112	1,00	5,00	4,5357	,86918
VAR00040	112	1,00	5,00	4,7054	,67967
VAR00041	112	1,00	5,00	4,6071	,83134
N válido (por lista)	112				

Tabla N° 11 Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva.

La afirmación “El espacio físico, como elemento de seguridad y desarrollo de la práctica deportiva.” representada en la variable N° 40, es la que presenta mayor puntaje (4.70), mientras tanto las variables N° 38 y 39 de “La organización familiar, como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva” y " La comunicación familiar como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva" respectivamente, presentan menor grado de acuerdo por parte de los encuestados con un puntaje equivalente de 4.53.

### **3.1.2 PERCEPCIÓN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA SEGÚN LOS PROFESIONALES DE APOYO QUE SE DESEMPEÑAN EN INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A NIÑOS Y JÓVENES DIGANOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:**

A continuación se presentan los principales resultados sobre la percepción de la práctica deportiva de aquellos profesionales de apoyo (Psicólogos, Profesoras de Educación Diferencial, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos en Educación Diferencial) que participan en los procesos educativos de niños y jóvenes diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista.

Con respecto a los resultados de la Dimensión 1: **“Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”** visualizados en la Tabla N° 12, se puede observar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00001	30	1,00	5,00	4,3667	1,12903
VAR00002	30	1,00	5,00	4,5333	1,07425
VAR00003	30	1,00	5,00	4,2000	1,21485
VAR00004	30	1,00	5,00	4,6000	1,03724
N válido (por lista)	30				

Tabla 12: “Me agrada que el niño/a participe de la práctica deportiva”

En relación a los antecedentes presentados en la Tabla N° 12, la variable que posee el mayor grado de acuerdo por parte de los profesionales es la variable número N° 4 que hace alusión a: “a través de la práctica de deportiva se adquieren hábitos y rutinas”, con 4.60. También se observa que para los profesionales de apoyo la afirmación “Hace nuevas amistades y su grupo de amigos se fortalece.” (Variable N°2) es considerada dentro de las mayores preferencias (4.53). En tanto la que obtuvo una menor puntuación (4.20) es la variable N° 3 la cual hace alusión a “Tiene la posibilidad de conocer otros lugares”.

Por su parte en la tabla N° 13 se pueden visualizar los resultados correspondientes a la Dimensión 2, que hace mención a **“Creo que la práctica deportiva permite”**:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00005	30	1,00	5,00	4,5667	1,13512
VAR00006	30	1,00	5,00	4,5333	1,07425
VAR00007	30	1,00	5,00	4,3000	1,23596
VAR00008	30	1,00	5,00	4,1000	1,34805
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 13: “Creo que la práctica deportiva permite”

La afirmación “aprender nuevas habilidades motrices”, representada en la variable N° 5, y la afirmación " Interactuar con sus pares y adulto." (Variable N° 6) obtienen los mayores puntajes con 4.56 y 4.53, respectivamente. Mientras tanto la variable N° 8 de “acceder a otras instancias de participación comunitaria (competición y/o eventos masivos)” es la que presenta una menor inclinación por parte de los Profesionales.

Con respecto a la Dimensión 3 **“Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”**, que está representada en la Tabla N° 14, se puede visualizar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00009	30	1,00	5,00	4,4667	1,10589
VAR00010	30	1,00	5,00	4,2667	1,25762
VAR00011	30	1,00	5,00	4,3667	1,06620
VAR00012	30	1,00	5,00	4,4333	,97143
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 14: “Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión social de niños y jóvenes”

La variable N°9 correspondiente a “propicia el desarrollo de conductas sociales a través del trabajo colaborativo” (4.46) es la que posee la puntuación más alta, en tanto la variable N° 12 que se refiere a “aumenta las posibilidades de comunicación social con las personas que le rodean” posee un puntaje de 4.43, existiendo una diferencia entre ambas de 0.03 puntos.

Con respecto a la Dimensión 4, representada en la Tabla N° 15, la cual se refiere a Motivos que consideran padres y madres para que la práctica deportiva se encuentre presente en programas de intervención, se puede señalar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00013	30	1,00	5,00	4,4667	1,10589
VAR00014	30	1,00	5,00	4,2667	1,25762
VAR00015	30	1,00	5,00	4,3667	1,06620
VAR00016	30	1,00	5,00	4,4333	,97143
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 15: “Considero que la práctica deportiva debe estar presente”

La variable N° 13 sobre “Considero que mejora la salud” y la variable N° 16 "Aumenta sus posibilidades de comunicación social con las personas que lo rodean." son las que poseen la puntuación más alta con 4.46 y 4,43, respectivamente. Mientras tanto la variable N° 14 “Disminuye su estrés” es la variable con menor puntaje (4.26).

Para la Dimensión 5 **“la realización de prácticas deportivas podrían provocar”** cuyos resultados se pueden apreciar en la Tabla N° 16:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00017	30	1,00	5,00	4,7667	,89763
VAR00018	30	1,00	5,00	4,5333	,97320
VAR00019	30	1,00	5,00	4,6333	,92786
VAR00020	30	1,00	5,00	4,3000	1,14921
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 16: “la realización de prácticas deportivas podrían provocar”

La variable N° 17 que hacen alusión a “lesiones reiterativas” es la que obtiene mayor puntaje (4.76), mientras que la variable N° 20, “poca tolerancia a la frustración”, obtiene el menor puntaje (4.30) de esta dimensión.

En cuanto a la Dimensión 6: **“Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”**, se puede observar en la Tabla N° 17:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00021	30	1,00	5,00	3,4667	1,35782
VAR00022	30	1,00	5,00	3,6000	1,32873
VAR00023	30	1,00	5,00	3,2333	1,52414
VAR00024	30	1,00	5,00	3,4000	1,22051
VAR00025	30	1,00	5,00	3,8667	1,33218
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 17: “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”

Con respecto a esta dimensión, la variable N° 25 que se refiere a “Danzas regladas (tradicionales, religiosas) y bailes libres (baile entretenido, secuencia de pasos de baile a partir de ritmos conocidos)” es la que obtiene mayor puntuación (3.86). Mientras que la variable N° 22 que señala " Juegos libres entre amigos. (la pinta, escondida, a la cuerda etc.)", es la que obtiene menor puntaje ( 3.23). Se puede observar también, que no existen mayores diferencias entre la variable N°21 relacionada a “Juegos individuales libres (con juguetes, especialmente imaginativos) con la variable N°24 Actividades deportivas de tipo cíclicos (ciclismo, atletismo)”; con una diferencia de sólo 0.06 puntos.

La Tabla N° 18 que refleja los resultados de la Dimensión 7, la cual se refiere al **“Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”**, se puede observar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00026	30	1,00	5,00	2,5667	1,30472
VAR00027	30	1,00	5,00	3,8000	1,09545
VAR00028	30	1,00	5,00	4,3333	1,12444
VAR00029	30	1,00	5,00	3,5333	1,25212
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 18 “Lugar que prefiere el niño y joven para realizar actividades deportivas”

En esta dimensión para los profesionales de apoyo la variable con mayor puntaje (4.33), es la N° 28 que hace referencia a “centro educacional al que asiste a clases (escuela, instituto, liceo)”, mientras tanto la variable N° 26, correspondiente a "Su casa (dentro de su casa, en presencia de su familia evidencia algún grado de desacuerdo por parte de los profesionales, con un puntaje de 2.56.

En la Dimensión 8 relacionada a; **¿Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?** se puede apreciar lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00030	30	1,00	5,00	3,7667	1,16511
VAR00031	30	1,00	5,00	3,7667	1,04000
VAR00032	30	1,00	5,00	3,8667	1,13664
VAR00033	30	1,00	5,00	4,3333	1,15470
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 19 ¿Con quién prefiere realizar práctica deportiva el niño(a) y jóvenes?

La variable con mayor puntaje es la N° 33 (4.33), la cual hace alusión a que prefiere realizar práctica deportiva con: "Su entorno escolar (Profesor de Educación Física, compañeros de curso y/o escuela)", mientras que para las variables restantes no se aprecian grandes diferencias.

Sobre la dimensión N° 9 que indica: "**Cuando acompañamos a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes observo de él qué**" se puede observar en la tabla N° 20 lo siguiente:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00034	30	1,00	5,00	4,3667	1,15917
VAR00035	30	1,00	5,00	4,5000	1,10641
VAR00036	30	1,00	5,00	4,4667	1,13664
VAR00037	30	1,00	5,00	3,9333	1,17248
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 20 “cuando se acompaña a la práctica deportiva a nuestros niños, (as) jóvenes, observo de él qué”

En esta dimensión se observa que la variable N° 35, es la que obtiene mayor puntaje (4.50), la cual hace alusión a "Se integra de mejor forma en la práctica". También se observa que los profesionales presentan menor grado de acuerdo para la variable N° 37 la cual señala " Se mantiene estable emocionalmente y disminuyen los episodios de crisis", obteniendo un puntaje de 3,93.

En cuanto a la Dimensión N° 10: **“Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva”**, se puede observar en la Tabla N °21

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00038	30	1,00	5,00	4,5667	1,04000
VAR00039	30	1,00	5,00	4,5667	,97143
VAR00040	30	1,00	5,00	4,7667	,81720
VAR00041	30	1,00	5,00	4,7000	,91539
N válido (por lista)	30				

Tabla N° 21 “Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña realice la práctica deportiva”

Para la afirmación “El espacio físico, como elemento de seguridad y desarrollo de la práctica deportiva.” representada en la variable N° 40, es la que presenta mayor puntaje (4.76), mientras tanto las variables N° 38 y 39 de “La organización familiar, como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva” y " La comunicación familiar como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva" respectivamente, presentan menor grado de acuerdo por parte de los profesionales con un puntaje equivalente de 4.56

### 3.1.3 PRÁCTICAS DEPORTIVAS QUE POSEEN MAYOR ADHERENCIA POR PARTE DE NIÑOS Y JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Con respecto a los resultados que permiten visualizar la práctica deportiva con mayor grado de adherencia en niños y jóvenes diagnosticados con Trastorno del espectro Autista, en la tabla N°22 se pueden apreciar los siguientes resultados:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00021	2	3,36	3,46	3,4100	,07071
VAR00022	2	3,60	3,84	3,7200	,16971
VAR00023	2	3,23	3,47	3,3500	,16971
VAR00024	2	3,38	3,40	3,3900	,01414
VAR00025	2	3,58	3,86	3,7200	,19799
N válido (por lista)	2				

Tabla N° 22 “Las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia niños y jóvenes son del tipo”

Las prácticas deportivas con mayor nivel de aceptación por los encuestados (padres/madres y profesionales de apoyo) son las relacionadas a las actividades recreativas; como lo son los Juegos Libres entre amigos (pintas o escondidas) que se representan en la variable N° 22 y también las relacionadas con danzas regladas o Libres (folclóricas o de secuencia de paso) representada en la variables N° 25, Ambas Afirmaciones con un puntaje similar de 3.72

### 3.1.4 PERCEPCIÓN DE PADRES Y MADRES DE NIÑOS Y JÓVENES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SOBRE LA PRÁCTICA DEPORTIVA COMPARADA CON LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL APOYO.

La tabla N°23 permite visualizar los resultados que poseen tanto padres/madres como los profesionales de apoyo que trabajan en las instituciones que aceptaron participar del estudio.



	Profesionales	Padres
Media	4,3725	4,4150
N	4	4
Desviación estándar	,21562	,19365

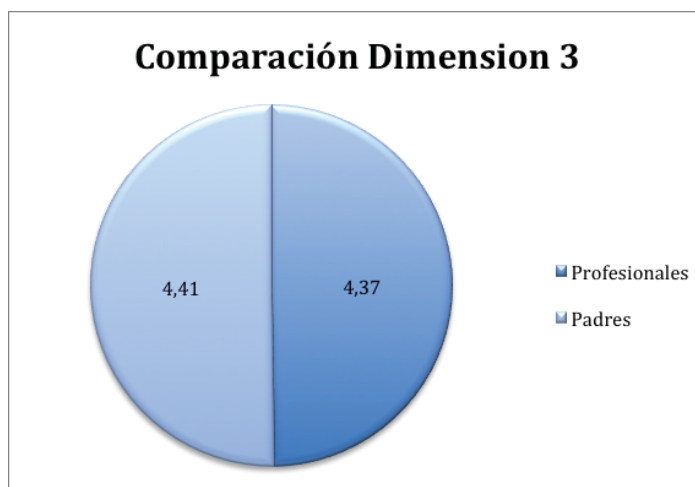
Tabla N° 23 “Percepción sobre la práctica deportiva de padres/madres comparada con la percepción sobre la práctica deportiva de los profesionales de apoyo.”

A partir de lo anterior, se puede observar que no se aprecian grandes diferencias entre la percepción sobre la práctica deportiva que poseen ambos grupos, encontrándose entonces con una diferencia de 0.04 puntos; donde son los padres/madres quienes dan una mayor valoración, 4.41 por sobre los 4.37 puntos de los profesionales de apoyo.

Un segundo momento de presentación de los resultados se realizará a partir de gráficos, es así como se pueden visualizar los siguientes resultados:

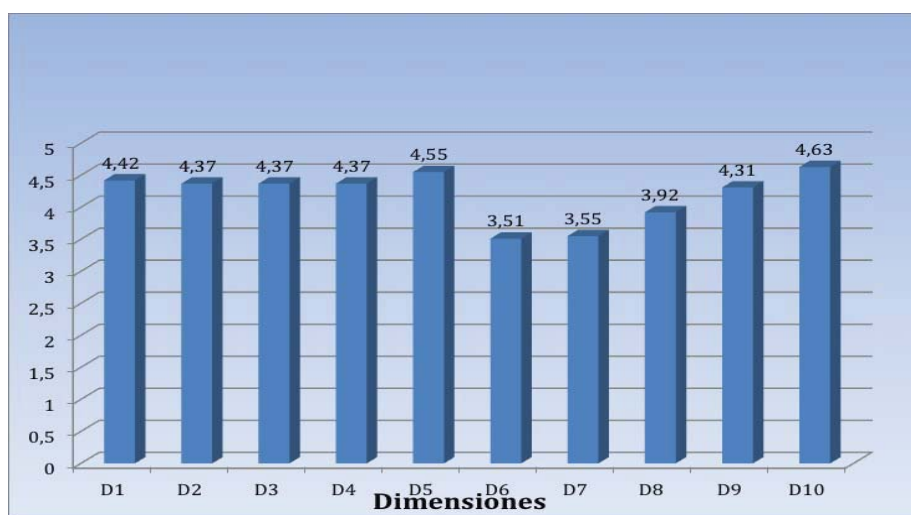
Con respecto a la percepción de padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados con TEA, comparada con la percepción de los profesionales de apoyo que trabajan con ellos, en relación a si la práctica deportiva favorece la inclusión social de los niños (a) y jóvenes con este trastorno, se puede apreciar en el gráfico N° 1, que no hubo diferencias significativas entre los grados de acuerdo por parte de ambos grupos de apoyo, de manera que el nivel de acuerdo en ambos grupos mencionados fue en muy alto grado de aceptación, ya que se obtuvieron cifras promedio de 4,41 para los Padres y Madres y un promedio de 4,37 para los Profesionales de Apoyo.

### GRÁFICO N°1:



De esta forma se puede apreciar una fuerte similitud para ambos grupos de estudio, en relación al grado de acuerdo positivo que manifiestan, a través de éste estudio con respecto al rol que cumple la práctica deportiva favoreciendo la inclusión social de los niños (a) y jóvenes diagnosticados con TEA.

### GRÁFICO N° 2:



Por su parte el Gráfico N° 2 indica los resultados sobre la percepción de los padres y madres sobre los beneficios de la práctica deportiva, es así como se puede apreciar de manera general que no hubo grandes diferencias entre los puntajes de cada una de las dimensiones.

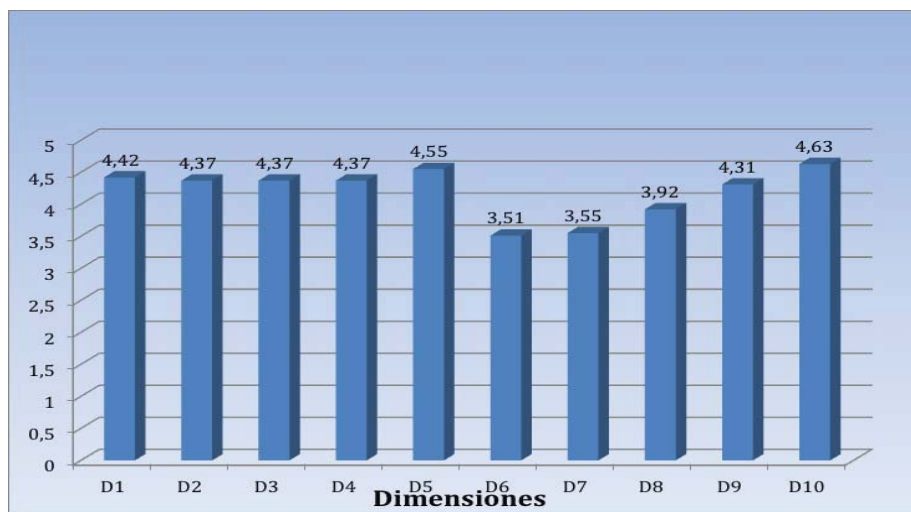
No obstante a esto, se puede estimar que las dimensiones 2, 4 y 10 (en donde se cuestionan: la propiedad de la práctica deportiva para desarrollar aspectos motrices, cognitivos y sociales; para desarrollar también aspectos físicos y mentales, como también valores y virtudes y en donde se considera el rol de la familia como elemento

facilitador de la práctica deportiva respectivamente); presentan el mayor grado de acuerdo por parte de los padres de los niños(as) con TEA, manifestando un valor promedio en cifra de 4,64; en dónde 5 es la cifra de acuerdo en mayor grado.

Significativo también es, por otra parte, el valor obtenido en la dimensión 5; dimensión que hace alusión a la realización de prácticas deportivas como causa de lesiones y/o conductas agresivas en los niños(as) diagnosticados con TEA; ya que se puede afirmar a través de lo expuesto en el gráfico, que ésta fue la dimensión que presentó mayor desacuerdo por parte de los padres de los evaluados, de manera que el promedio de respuesta para esta dimensión; graficó un valor de 2,16; considerando que 1, es el valor en mayor grado de desacuerdo con el cuestionamiento.

Finalmente cabe destacar también que para las dimensiones 6, 7 y 8 referentes a: mediante qué tipo de actividades deportivas, en qué lugar y con quién, el niño(a) diagnosticado con TEA presenta mayor adherencia a la práctica deportiva; se obtuvieron valores promedios de 3, 80 muy cercano al valor 3.0 que corresponde al grado de indecisión ante las aseveraciones en cuestión.

### GRÁFICO N° 3:



El gráfico N° 3 permite visualizar los resultados con respecto a la percepción de los profesionales de apoyo que trabajan con el niño(a) diagnosticado con TEA, sobre los beneficios de la práctica deportiva, a pesar de poder apreciar de manera general que no

hubo grandes diferencias entre los puntajes de cada una de las dimensiones, existen 2 dimensiones destacables en relación a sus resultados.

De esta forma se puede inferir que la dimensión 10, en donde se consideran el rol de la familia, y el conocimiento de los elementos de seguridad y de los estados del niño(a) como elementos facilitadores de la práctica deportiva; presenta el índice de mayor Acuerdo por parte de los profesionales de apoyo, expresando una cifra de 4,63.

Y en segundo lugar en mayor grado de Acuerdo, se encuentra la dimensión 5; referente a la realización de prácticas deportivas como causa de lesiones y/o conductas agresivas en los niños(as) diagnosticados con TEA, presentando la cifra de 4,55; situación que insta a una discusión aparte.

Cabe destacar también en este gráfico; que las dimensiones 1, 2, 3 y 4; que expresan los beneficios que entrega a la salud en general (motriz, social afectiva), la práctica deportiva y el papel Inclusivo que juega ésta en el desarrollo de los niños con TEA; varían en una cifra de 0, 5 de acuerdo; es decir su grado de acuerdo con la dimensión además de ser muy alto en grado de aceptación, es despreciable en su diferencia entre ellos, expresando un grado de acuerdo equivalente en dichas dimensiones por parte de los profesionales de apoyo de los niños con TEA.

#### GRÁFICO N ° 4:



En tanto el gráfico N° 4 muestra los principales resultados sobre las prácticas deportivas a las que presenta mayor adherencia el niño(a) diagnosticado con TEA. Aquí se puede

apreciar, que hubo diferencias entre los grados de acuerdo por parte de los padres, en relación al tipo o tipos de actividades deportivas a las que se hacen parte con mayor frecuencia sus hijos(as).

De esta forma se puede evidenciar de manera clara, que las Actividades deportivas de Juegos libres entre amigos como la pinta, la escondida, la cuerda entre otros; y las Danzas regladas; tradicionales, religiosas, como también bailes libres (baile entretenido, secuencias de pasos de baile a partir de ritmos conocidos) respectivamente; son las prácticas deportivas en las que los padres y familiares del niño diagnosticado con TEA, expresan tener un mayor grado de acuerdo, entre sí, en relación a la práctica deportiva que mayor adherencia presenta su hijo(a) TEA, concretando de manera idéntica para ambos tipos de actividades físicas, un valor de 3,72 de cifra absoluta.

Valores menores referentes al grado de acuerdo de los padres y familiares con respecto a las prácticas deportivas a las que presenta mayor adherencia los niños(as) diagnosticados TEA; presentaron las actividades del tipo 1, (Juegos individuales libres), siendo 3.41 de grado de acuerdo, menores cifras expresaron las Actividades deportivas del tipo 4, es decir A cíclicas (fútbol, básquetbol, deportes colectivos) con un 3,39 de cifra de grado de acuerdo y finalmente y en menor grado de acuerdo, las actividades deportivas del tipo Cíclicos (ciclismo, atletismo) con un 3,35 de nivel de acuerdo como promedio.

**CAPÍTULO IV**  
**DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

A continuación se presentarán los resultados recopilados y presentados en el capítulo anterior, esto con el objeto de poder dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio. Del mismo modo, se contrastará con resultados de investigaciones similares, esto a pesar de la poca existencia de información empírica y bibliográfica referente a este mismo tema en nuestro país, transformando dichos resultados en un aporte importante en la temática dada la escasa información a nivel nacional.

A partir de lo anterior, se puede señalar que tanto padres y madres, como los profesionales que se desempeñan en instituciones que participan de la educación de niños y jóvenes diagnosticados con TEA, asignan importancia a la práctica deportiva, cabe señalar que la práctica deportiva, en cualquiera de sus manifestaciones y específicamente en el ámbito de la discapacidad, trae consigo una serie de beneficios tales como asociatividad, relaciones afectivas y mejora del autoconcepto. A pesar de estos beneficios que conlleva la práctica deportiva, en Hernández et al (2016) se señala que el 63.4% de los familiares de niños y jóvenes afirma que estos no participan de actividades sociales, principalmente por temor al rechazo a sus hijos, miedo a otros niños entre otros. Del mismo modo, indican en un 64.3% no recibir ningún apoyo por parte de las instituciones encargadas de levantar propuestas en el área del deporte y la recreación. Esto es sumamente relevante, ya que al menos a nivel país, la Política Nacional sobre inclusión de las personas con discapacidad, declara dentro de sus puntos que el deporte, la recreación y el esparcimiento, como un derecho fundamental en la vida de las personas en situación de discapacidad.

Por otra parte, cabe señalar que ambos grupos (padres/madres y profesionales de apoyo) consideran relevante la práctica deportiva por las posibilidades de inclusión social que esta conlleva. De éste modo, coincide con un estudio realizado por Gutiérrez y Pertegaz, (2006) en el cual se indica que jóvenes (con y sin discapacidad) de entre 30 a 36 años valoran la práctica deportiva por la afectividad social que esta involucra. Sin embargo a esto, según Goodwin citado por Hernández (s/a) señala que los estudiantes en situación de discapacidad que participan de práctica deportiva, le otorgan poca relevancia a la inclusión cuando no participan o se les otorga roles secundarios. Esto indica que la práctica deportiva será efectivamente enriquecedora, cuando niños y

jóvenes en una situación de discapacidad, son parte de la tarea y participan bajo las mismas condiciones.

Con respecto al tipo de adherencia o preferencias de la práctica deportiva en niños y jóvenes autistas, los resultados del presente estudio señalan que tanto los padres como las madres reconocen que sus hijo (as) se inclinan mayormente por aquellas manifestaciones motrices que demandan del juego libre y la danza, en tanto los profesionales de apoyo coinciden con ambas preferencias. Estos resultados se contraponen con lo expuesto por Frutos y Méndez (s/a), quienes señalan que los deportes individuales y de carácter cíclico son los mayormente recomendados para niños y jóvenes autistas. Ambos autores, además destacan que la práctica deportiva reglada y sistemática influye directamente en la salud y calidad de vida. Esto es una nueva arista sobre la práctica deportiva en niños y jóvenes autistas, principalmente por los resultados de este estudio, los cuales indican que tanto padres/madres como los profesionales de apoyo dan una mayor valoración a los aspectos de interacción social que la práctica deportiva le permite a este grupo de jóvenes.

Finalmente señalar que la práctica deportiva, para los participantes de este estudio, posee alta valoración, principalmente desde el punto de vista de los beneficios asociados a quienes participan de aquella; los cuales van desde las posibilidades de socialización hasta la adquisición de nuevas habilidades. Sin embargo, en un estudio realizado por Ruiz et al (2015), determinaron que los niños con TEA destinan la ocupación de su tiempo libre a las actividades vinculadas a los videojuegos y el computador. Esto sin duda, refuerza la importancia de la práctica deportiva en esta población, la que contribuiría a combatir el sedentarismo en esta población.



**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES**

### **5.1 CON RESPECTO A LOS OBJETIVOS DE ESTUDIOS:**

Con respecto al Objetivo Específico, es decir; a la identificación de la percepción de padres y madres sobre los beneficios de la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA; se puede señalar que existe una valoración positiva por parte de dichos apoderados, en relación a los beneficios que conlleva la práctica deportiva para desarrollar por una parte aspectos motrices, cognitivos y sociales; como también valores y virtudes en niños (as) y jóvenes que presenten dicho trastorno. Además se evidencia una valoración significativa del rol de la familia como elemento facilitador de la práctica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA. A pesar de que la diferencia es ínfima, existe por parte de padres y madres de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA, una mayor valoración de la práctica deportiva en relación a los profesionales de apoyo. (Se obtuvo cifras promedio de 4,41 para los Padres y Madres y un promedio de 4,37 para los Profesionales de Apoyo).

Referidas al objetivo específico 2, los profesionales de apoyo dentro de la valoración que le otorgan a la práctica deportiva, consideran que ésta propicia la adquisición de hábitos y rutinas, aprendizajes de habilidades motrices, mejoras en su salud y fomentando el desarrollo de conductas sociales, a través del trabajo colaborativo. Destacan también la importancia del carácter lúdico de las actividades, juegos al aire libre y danzas regladas de carácter folclórico.

Dos aspectos relevantes se levantan del análisis de la información obtenida desde los profesionales de apoyo con respecto a la valoración que le otorgan a la práctica deportiva; y son por una parte; la importancia del rol que cumple el establecimiento educacional lo que se explicita en la participación del docente de educación física como promotor de las actividades deportivas y por otro lado la relevancia de contar con un espacio físico apropiado para la práctica deportiva.

En relación al objetivo específico 3, referido a las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia los niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA, se puede afirmar que, si hubo diferencias entre los grados de acuerdo por parte de los padres, en relación al tipo o tipos de actividades deportivas a las que se hacen parte con mayor frecuencia su hijos(as).

Es así que se puede evidenciar tras el análisis de la información obtenida desde padres y madres de niños(as) diagnosticados con TEA; que las actividades deportivas de tipo: juegos libres entre amigos como la pinta, la escondida, la cuerda entre otros; y las Danzas regladas; tradicionales, religiosas, como también bailes libres (baile entretenido, secuencias de pasos de baile a partir de ritmos conocidos) respectivamente; son las prácticas deportivas en las que presentan mayor adherencia los niños(as) y jóvenes diagnosticados con este trastorno generalizado del desarrollo, concretando de manera idéntica para ambos tipos de actividades físicas, un valor de 3,72 de cifra absoluta.

No obstante; los juegos individuales libres, actividades deportivas acíclicas (fútbol, básquetbol, deportes colectivos) y las actividades deportivas del tipo cíclicas (ciclismo, atletismo) presentan una valoración menor por parte de los padres y familiares, con respecto a las prácticas deportivas a las que presenta mayor adherencia los niños(as) diagnosticados TEA, manifestando cifras de: 3.41 de grado de acuerdo, 3,39 y 3,35 de nivel de acuerdo entre apoderados, respectivamente.

Referidas al objetivo específico 4, es decir; sobre la comparación de la percepción que tienen padres y madres con la percepción de los profesionales de apoyo, con respecto a los beneficios que otorga la práctica deportiva en niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA; se puede señalar que existe una similitud idéntica en las afirmaciones entre ambos grupos de estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Acedo, Clementina. (2008). Perspectivas. Revista Trimestral de Educación Comparada. Paris. Marzo, 2008. Vol. XXXVII. <https://scholar.google.cl/scholar?hl=es&q=Acedo%2C+C.+%282008%29.+Educaci%C3%B3n+Inclusiva.+Perspectivas%2C+38%281%29&btnG=&lr=> (Consulta 17 de Abril 2016).

Aierbe, Ana. (2001). Familia e intervención precoz. Orientaciones para la intervención del psicopedagogo. En B. Del Rincón Igea, Presente y futuro del trabajo psicopedagógico. Barcelona.

Aierbe, Ana. (2005). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo. Ediciones Aljibe y Giné, C. Málaga.

Alba, Carmen. (1994). Utilización didáctica de recursos tecnológicos como respuesta a la diversidad. En Juana María Sancho (coord.), Para una tecnología educativa. Editorial Horsorobi. Barcelona.

Baña, Manoael. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. Rev. Cienc. Psicol. vol.9 no.2 Montevideo nov. pp. 323 – 336.

Benítez, Luis. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. Escuela profesional de psicología. Perú. Vol. 24 En: [http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU\\_24\\_1\\_autismo-familia-y-calidad-de-vida.pdf](http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_24_1_autismo-familia-y-calidad-de-vida.pdf) (Consultado 16 de Junio, 2016).

Benson Schaeffer (2008). El trabajo de la motricidad en la clase de educación física con niños autistas a través de la adaptación del lenguaje. Revista iberoamericana de educación. España. Enero, 2008. N° 46, pp. 175-192. En: <http://rieoei.org/rie46a09.htm> (Consulta 27 de Abril, 2016).

Blanco g, Rosa. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. Vol. 4, No. 3, pp. 1-15. En: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660828/REICE\\_4\\_3\\_1.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660828/REICE_4_3_1.pdf?sequence=1) (Consultado 11 de Abril, 2016).

Bohórquez, Diana- Alonso, José- Canal, Ricardo- Martín, M<sup>a</sup> Victoria. (2007). Un niño con autismo en la familia: Guía básica para una familia que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija. Ministerio del trabajo y asuntos sociales. Secretaría de estados de servicios sociales familias y discapacidad. Universidad de Salamanca. Capítulo 1,3 y 4.

Cabenyes-Truffino J. -Garcia Villamisar D. (2004). Identificación Y Diagnostico Precoz de los trastornos del espectro autista. rev. neurol, Departamento de Neurología. Clínica Salvia. Madrid. b Asociación Nuevo Horizonte. Las Rozas, Madrid. c Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica I. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. ; 39 (1): 81-90.

Calleja de frutos, Carlos; Giménez, Antonio. (1993). La educación física con autistas y psicóticos. Octubre 1993. En:[https://www.researchgate.net/publication/236340266\\_La\\_Educacion\\_Fisica\\_con\\_autistas\\_y\\_psicoticos](https://www.researchgate.net/publication/236340266_La_Educacion_Fisica_con_autistas_y_psicoticos) . (Consultado 28 de Mayo, 2016)

Cunningham, Cliff.- Davis, Hilton. (1988). Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. Madrid: Siglo XXI y Ministerio de Educación y Ciencia.

Dr. D. López M, Miguel. Medidas de atención a la diversidad en el actual marco legal vigente. Impacto previsible en el sistema educativo a partir del próximo curso. TE monográfico, Madrid. Noviembre, 2015. En: [http://www.fe.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub161524\\_Especial\\_Atencion\\_a\\_la\\_Diversidad\\_Noviembre\\_2015.pdf](http://www.fe.ccoo.es/comunes/recursos/1/pub161524_Especial_Atencion_a_la_Diversidad_Noviembre_2015.pdf) (Consultado 5 de Junio, 2016).

Echeita, G. (2010). Alejandra L. S. o el dilema de la inclusión educativa en España. En, P. Arnaiz, M<sup>a</sup> D. Hurtado y F. J. Soto (Coords.) 25 años de Integración Escolar en España. Tecnologías e inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario. (pp. 1- 13) Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

Echeita, Gerardo & Verdugo, Miguel. (2004). La declaración de Salamanca sobre necesidades educativas especiales 10 años después: Valoración y prospectiva. Salamanca, Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Vol. 36 n<sup>o</sup> 213.

Educativas Especiales Transitorias (NEET), documento resumen del estudio. Centro de Innovación en Educación Fundación Chile, Chile. En: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201402101720120.ResumenEstudioImplementacionPIE2013.pdf> (Consultado 15 de Abril 2016).

Fernández, Jorge. (2011). La actividad físico-deportiva como base para la integración en el área de educación física: autistas. EmàsF Revista digital de educación física. Enero – Febrero 2011. n<sup>o</sup> 8.

Freixa, Montse. (1993). Familia y Deficiencia mental. Salamanca: Amarú.

Frith, Uta. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 358, 459–473. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693139/pdf/12689373.pdf> (Consultado 7 de mayo, 2016).

Frutos, Carlos y Méndez, Antonio. (s/a). La Educación Física con autistas y psicóticos. En: <https://www.researchgate.net/profile>. (Consultado 29 de junio 2016).

Gallego María (2012). Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria. Salamanca.

Gallimore, R., Coost, J., Weisner, T. S., Gamier, H. E. y Guthrie, D. (1996) Family Responses to children with Early Developmental Delays II: Accommodation Intensity and

Activity in Early and Middle Childhood. *American Journal on Mental Retardation*, 101(3), 215-232

García, Carlos. E., & Sánchez, Alicia. S. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73. En: [http://salonvirtual.upel.edu.ve/pluginfile.php/58071/mod\\_resource/content/1/VISION%20Y%20MODELOS%20CONCEPTUALES%20DE%20LA%20DISCAPACIDAD.pdf](http://salonvirtual.upel.edu.ve/pluginfile.php/58071/mod_resource/content/1/VISION%20Y%20MODELOS%20CONCEPTUALES%20DE%20LA%20DISCAPACIDAD.pdf)

(Consultado 11 de Abril, 2016).

Gómez Manuel - Valero Alfonso - Peñalver Ismael y Velasco Mercedes. (2008). El trabajo de la motricidad en la clase de educación física con niños autistas a través de la adaptaciones del lenguaje benson shaeffer. *Revista Iberoamericana de educación*. En <http://rieoei.org/rie46a09.htm> (Consultado 05 de Mayo 2016).

Guralnick, Michael. (1997). *The effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, Pub.Co.

Guralnick, Michael. (1998). The effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, p.p 319–345.

Hernández, Javier. (s/a). Educación Física e Inclusión educativa. <http://www.ub.edu/Vcongresinternacionaleducacionfisica/userfiles/file/MesasRedondas/MR3JavierHernandez.pdf>.

Hernández, Omar; Risquet, Damaris; Hernández, Odalys; León, Mabel; Pérez, Addys Y Ballate, Damarys. (2016). La intersectorialidad en la atención a niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. *Revista acta médica/ Vol. 10 N° 2, 8- 16*. En: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>.

Hernández, Roberto (1998). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill: México.

Heward, William. (2000). *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial*. Editorial Prentice Hall. Madrid.

Howlin, Patricia (1997). Prognosis in autism: do specialist treatments affect longterm outcome? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 55-72. En:



[http://www.cnhd.org/Docs/Identificacion\\_y\\_diag\\_precoz\\_de\\_TEA.pdf](http://www.cnhd.org/Docs/Identificacion_y_diag_precoz_de_TEA.pdf) (Consultado 07 de mayo, 2016).

Irarrázabal, María Elisa- Brokering- Walter- Murillo Gustavo (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. Revista chilena de neuro-psiquiatría, Santiago. Marzo, 2005. Vol 43(1), pp. 51-60. En: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000100007&script=sci_arttext) (Consulta 29 de Abril, 2016).

López, Manuel; Velero, Alfonso; López, Ismael ; Velasco da Silva, Mercedes. (2008).

López, Verónica - Julio, Cristina - Morales, Macarena - Rojas, Carolina - Pérez, María Victoria. (2014). Barreras culturales para la inclusion: politicas y practicas de integracion en chile. Revista de Educación, N°363. Enero-Abril 2014, pp. 256-281.

Luhmann, Niklas. (1998). Complejidad y Modernidad: de la unidad a la diferencia. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN. Edición y traducción de Josetxo Beriain y José María García Blanco. Editorial: Trotta. Madrid. En: <http://www.cholonautas.edu.pe/2012/wcontent/uploads/2012/04/56bibliodesae.pdf>

Mesibov, Gary. (1990). Normalisation and its relevance today. Journal of Autism and Developmental Disorder, 20, 379-390. En: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212015000300009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009). (Consultado 07 mayo, 2016).

MINEDUC. (2013). Análisis de la Implementación de los Programas de Integración Escolar (PIE) en Establecimientos que han incorporado Estudiantes con Necesidades.

Ministerio de educacion. (2009). Programa de integración escolar PIE Decreto Supremo No 170 de 2009, manual de orientaciones y apoyo a la gestión (Directores y Sostenedores); Chile. En: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201405071255480.ManualOrientacionesPIE.pdf> (Consultado 11 de Abril 2016).

Ministerio de Educación. (2015). Preguntas y respuestas frecuentes implementación programa de integración escolar 2015. Gobierno de Chile, Chile. En: <http://portales.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201504061119140.PreguntasFrecuentesPIECompleto.pdf> (Consultado 15 de Abril 2016).

Ministerio del interior; Subsecretaria del interior. Ley del Deporte, 19.712 En: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=181636> (consultado 15 de Junio, 2016).

Ministerio del interior. (2001). Ley del deporte. En [https://www.leychile.cl/Consulta/m/norma\\_plana?org=&idNorma=181636](https://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=&idNorma=181636) (consultado 04 de Mayo 2016).

Montero, Marco. (2009). El síndrome de Asperger y su clasificación. Revista Educación, 33(1), 183-186.

Navarro-Pardo, Esperanza - Meléndez, Juan Carlos – Sales, Alicia – Sancemi, Maria Dolores. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Revista Anual de Psicología, Valencia. Enero, 2012. Vol. 24, n° 3, pp. 377-383. En: <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/9586/9331> (Consulta 21 de Abril, 2016).

Ortega, F; Sánchez, M; González, J; Fernández, S & Cortes, A. (2016). Auto concepto, actividad física y familia: Análisis de un modelo de ecuaciones estructurales. Revista de psicología del deporte. Vol.25, n° 1. Pp. 97- 104.

Ospina, J; Aguinaga, L; Russi, L; García, L (2009). Aproximación conceptual a la actividad física adaptada (AFA). Borradores de investigación: serie documentos rehabilitación y desarrollo humano. Marzo. N° 41.

Perrin, B - Nirje, B. (1985). Setting the record straight: a critique of some frequent misconceptions of the normalization principle. *Australia and New Zealand Journal of*

*Developmental Disabilities*, 11(2), 69-74. En:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212015000300009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009).  
(Consultado 07 de mayo, 2016).

Pichot, Pierre, Aliño, Juan j. López-ibor; Miyar, Manuel Valdés. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Editorial Masson, SA Primera Edición.

Pichot, Pierre; López, Juan; Liño, Ibor; Valdes, Manuel. (1995). DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Raquel, Pascual; Llorente María; Martos, Juan; Rodríguez, Luis y Olmo, Laura. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista y después de su participación en un programa de formación. *Revista Neurología*, N° 54, 73 – 80.

Ríos, Merche. (2009). La inclusión en el área de Educación Física en España. Análisis de las barreras para la participación y aprendizaje. En revista *ágora para la Educación Física y el deporte*. N°9, 83- 114.

Rodriguez, A; Rodriguez, M. (2002). Diagnóstico clínico del autismo. *Revista de Neurología*. Málaga, Febrero, 2002. Vol. 34(1), pp. 72-77. En:  
<http://www.neurologia.com/pdf/web/34s1/ms10072.pdf> (Consulta 27 de Abril, 2016).

Roque Tamara. (2014). Como potenciar las relaciones sociales de los niños autistas, a través de la práctica deportiva y de sus juegos. Trabajo fin de grado, grado en maestro de educación infantil. Universidad de Zaragoza, Facultad de educación, Departamento: psicología y sociología.

Ruiz, Ascensión & Rojas, Daniel. (2010). El éxito del esfuerzo. El trabajo colaborativo:(estudio de casos). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha

Ruiz, Diana; Salinero, Juan; González, Cristina; Lledó, María; Gracia, Teresa; Theirs, Cecilia. (2015). Descripción de la práctica de Actividad Física, habilidades motrices y composición corporal en niños y jóvenes despierto autista. Diferencias por sexo. Revista Retos 28, 61 - 65.

SENADIS. (2013). Política nacional para la inclusión de las personas con discapacidad. SENADIS: chile.

Sevilla, Maria del Sol; Escandell, Maria Olga; Castro, José. (2013). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. International Journal of Developmental and Educational Psychology, familia y educación: aspectos positivos, España, Vol.1. nº1. pp: 746-768.

Suárez, Eva. (2015). Relación centro escolar-familia en casos de niños con Trastorno del Espectro del Autismo. Tesis para optar para el grado de Master de intervención e Investigación Socio educativa. Universidad de Oviedo. Facultad de Formación del profesorado y educación. En: [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31506/3/TFM\\_Eva%20Suárez%20Rico.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31506/3/TFM_Eva%20Suárez%20Rico.pdf).

Tamarit, Javier. Equipo CEPRI. (1995). Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado. En VVAA: La Atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes Gobierno de Navarra, Dpto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud. Madrid. En: [http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2012/02/conductas\\_desafiantes-1.pdf](http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2012/02/conductas_desafiantes-1.pdf). (Consultado 07 de mayo, 2016).

Tenorio, Solange. (2005). La integración escolar en Chile: perspectiva de los docentes sobre su implementación. REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. Vol. 3, No. 1. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1137957>. (Consultado 5 de Junio, 2016)

UNESCO. (1978). Carta Internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte. En: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13150&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) (Consultado 17 de Abril 2016).

UNESCO. (2015). Educación física de calidad. Francia: ediciones UNESCO.

Verdugo, Miguel Ángel - Rodríguez, Alba. (2008). Valoración de la inclusión educativa desde diferentes perspectivas. *Siglo Cero*, 39(4), 5-25. En: [www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc\\_download/358-.htm](http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/358-.htm). (Consultado 10 de mayo, 2016).

Voltas, Andrea. (s/a). El trastorno del espectro autista: Cambio de paradigma diagnóstico. Trabajo fin de master Psicología clínica infanto/ juvenil. ISEP -Instituto Superior de Estudios Psicológicos. En: <http://docplayer.es/3575569-Andrea-voltas-couto-trabajo-fin-de-master-psicologia-clinica-infanto-juvenil-isep-instituto-superior-de-estudios-psicologicos.html> (Consultado 15 de Junio, 2016).

Wolfensberger, Wolf. (1972). The principle of Normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation. En: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1252&context=gladnetcollect>.(Consultado 10 de mayo, 2016).

Zalaquett, Daniela; **Schönstedt , Marianne; Angeli, Milagros; Herrera, Claudia; Moyano, Andrea. (2015).** Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*. Santiago. Abril, 2015. Vol. 86(2), pp. 126-131. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062015000200011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062015000200011&script=sci_arttext&tlng=pt) (Consulta 02 de Mayo, 2016).

Zurita, Félix; Castro, Manuel; Alvaro, José; Rodríguez, Sonia;Perez, Antonio. (2016). Autoconcepto, Actividad física y Familia: Análisis de un modelo de ecuaciones

estructurales. Revista de psicología del deporte, España. Vol.25, nº1. Pp.97-104. En:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2351/235143645013.pdf> (Consultado 28 de Mayo, 2016)

**ANEXOS**

## ANEXO I

### CUESTIONARIO UTILIZADO EN LA INVESTIGACIÓN

#### INTRODUCCION

El cuestionario que se presenta a continuación tiene por objetivo conocer lo que piensan los estudiantes de enseñanza básica acerca de la práctica deportiva en varios aspectos. Este cuestionario se diseñó en base a una serie de pensamientos, ideas y afirmaciones de alumnos que cursan enseñanza básica, respecto de la práctica deportiva de competición.

Para las siguientes preguntas, te solicitamos que puedas indicar tu grado de acuerdo frente a cada una de las afirmaciones que encontrarás en el cuestionario. Te aconsejamos que leas con atención cada una de las afirmaciones, de manera que tus respuestas reflejen de la mejor manera posible lo que piensas frente al tema. Marca cada una de tus respuestas colocando una **X** en el casillero que está debajo del grado de acuerdo que tienes con la afirmación que analizas.

La escala que te ayudará a señalar tu grado de acuerdo con cada una de las preguntas es la siguiente:

- 1= totalmente en desacuerdo. (TED)
- 2= algo en desacuerdo. (AD)
- 3= indeciso. (I)
- 4= algo de acuerdo. (ADA)
- 5= totalmente de acuerdo. (TDA)

Por favor, da respuesta a cada una de las preguntas. (Afirmaciones)

EJEMPLO:

1.- <b>Me agrada participar en prácticas deportivas de competición porque:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
1.1- Me divierto participando con mis compañeros.	1	2	3	<del>4</del>	5
1.2- Puedo participar con la selección de mi colegio.	1	2	<del>3</del>	4	5
1.3- Me siento superior a mis compañeros.	<del>1</del>	2	3	4	5



1.4- Es la ocasión para faltar a clases.	1	2	3	<del>4</del>	5
--	---	---	---	--------------	---

### CUESTIONARIO

<b>1.- Me agrada participar en prácticas deportivas de competición porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
1.1- Me divierto participando en campeonatos deportivos.	1	2	3	4	5
1.2- Hago nuevas amistades y mi grupo de amigos se fortalece.	1	2	3	4	5
1.3- Tengo la posibilidad de salir y conocer otros lugares.	1	2	3	4	5
1.4- Es la ocasión para faltar a clases.	1	2	3	4	5
<b>2.- Creo que la práctica deportiva permite:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
2.1- Aprender y conocer nuevas técnicas deportivas.	1	2	3	4	5
2.2- Comparar con otros niños lo que he aprendido con los profesores.	1	2	3	4	5
2.3- Conocer mis capacidades y dificultades.	1	2	3	4	5
2.4- Que participen sólo los mejores.	1	2	3	4	5
<b>3.- El apoyo que los alumnos dicen tener para la práctica deportiva.</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
3.1- Siento que mis padres me apoyan en mi práctica deportiva.	1	2	3	4	5
3.2- Mis compañeros valoran que compita por mi colegio.	1	2	3	4	5
3.3- Pienso que mi colegio no le da importancia al deporte.	1	2	3	4	5
3.4- A mis profesores de Educación Física no les interesa que compitamos con otros colegios.	1	2	3	4	5
<b>4.- Participo en campeonatos deportivos porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
4.1- Puedo representar a mi colegio.	1	2	3	4	5
4.2- Tengo la posibilidad de obtener un premio.	1	2	3	4	5
4.3- Puedo mejorar mi condición física y salud.	1	2	3	4	5
4.4- Porque soy competitivo y me interesa ganar.	1	2	3	4	5
<b>5.- Lo que esperan los alumnos de la práctica deportiva.</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
5.1- Que participen varios colegios.	1	2	3	4	5

5.2- Que se respeten las reglas.	1	2	3	4	5
5.3- Que se participe en varios deportes.	1	2	3	4	5
5.4- Que los campeonatos sean más seguidos.	1	2	3	4	5

<b>6.- Importancia de los padres en la práctica deportiva del alumno.</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
6.1- Mis padres son un apoyo constante en mi práctica deportiva.	1	2	3	4	5
6.2- De no ser por mis padres yo no practicaría ningún deporte.	1	2	3	4	5
6.3- Cuando mis padres van a ver mi práctica deportiva siento que mi desempeño aumenta.	1	2	3	4	5
6.4- Algunas veces mis padres piensan que la práctica deportiva es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5
<b>7.- Practico deporte porque tengo las siguientes aspiraciones:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
7.1- Iniciar una carrera como deportista profesional.	1	2	3	4	5
7.2- Superarme en cada una de mis prácticas deportivas.	1	2	3	4	5
7.3- Sentirme mejor físicamente.	1	2	3	4	5
7.4- Divertirme y ser mejor persona.	1	2	3	4	5
<b>8.- Elementos motivacionales del entorno.</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
8.1- Tengo uno o más ídolos en el deporte.	1	2	3	4	5
8.2- En mi familia hay varios deportistas.	1	2	3	4	5
8.3- Gran parte de mis amigos practica deporte.	1	2	3	4	5
8.4- Me gusta ver algunos campeonatos deportivos por televisión.	1	2	3	4	5

**INDICA LAS RAZONES QUE CREES TENER PARA PRACTICAR O NO PRACTICAR DEPORTE**

**1) Practico deportes porque:**

**2) No practico deportes porque:**

## ANEXO II

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Viña del Mar, 13 Mayo 2016

SEÑORA  
PIA PEREZ

De nuestra especial consideración:

Por medio de la presente, y con especial agrado nos dirigimos a usted con la finalidad de presentarnos como Estudiantes de Trabajo de título de la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Por lo anterior, es que deseamos solicitar a usted, pueda someter a valoración de juicio de expertos el cuestionario de opinión que utilizaremos para determinar la valoración de padres, madres o tutor responsable y profesora jefe, sobre la práctica deportiva de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA. Este cuestionario tiene como propósito "Determinar la importancia que otorga el contexto social a la practica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA en las provincias de Valparaíso y Marga Marga durante el año 2016."

Dicho instrumento está compuesto por diez dimensiones con cuatro afirmaciones cada uno, el cual se diseñó en base a una serie de pensamientos, ideas y concepciones respecto a la práctica deportiva en niños y jóvenes diagnosticados con TEA.

En virtud de los antecedentes antes mencionados, es que solicito a usted que pueda aceptar nuestra petición y colaborar con nuestro proyecto final; validando el instrumento que se aplicará en diferentes establecimientos educacionales.

Para efectuar la validación del instrumento, usted deberá leer cuidadosamente cada dimensión con sus respectivas afirmaciones, en donde deben señalar la pertinencia de cada una de ellas. Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Desde ya agradecemos a usted la atención dispensada a esta petición, le saludamos con la mayor cordialidad.

Grupos tesistas  
Seminario de título  
*Sergio Andrade; Camila Farias*  
*Genesis Molina; Victor Sepulveda*

ESCUELA DE EDUCACION FÍSICA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALPARAISO  
**CUESTIONARIO**

**INTRODUCCION**

El cuestionario que se presenta a continuación tiene por objetivo determinar la importancia que otorga el contexto social a la práctica deportiva de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA. Este cuestionario se diseñó en base a una serie de pensamientos, ideas y afirmaciones que padres, apoderados y profesores consideran respecto a la práctica deportiva.

Para las siguientes preguntas, le solicitamos pueda indicar su grado de acuerdo frente a cada una de las afirmaciones que encontrará en el cuestionario. Le aconsejamos lea con atención cada una de las afirmaciones, de manera que sus respuestas reflejen de la mejor manera posible lo que piensa frente al tema. Marque cada una de sus respuestas colocando una **X** en el casillero que está debajo del grado de acuerdo que tiene con la afirmación que analiza.

Esta escala que le ayudará a señalar su grado de acuerdo con cada una de las preguntas es la siguiente:

- 1= totalmente en desacuerdo. (TED)
- 2= algo en desacuerdo. (AD)
- 3= indeciso. (I)
- 4= algo de acuerdo. (ADA)
- 5= totalmente de acuerdo. (TDA)

Por favor, de respuesta a cada una de las preguntas. (Afirmaciones)

EJEMPLO:

	TED	AD	I	ADA	TDA
	1	2	3	<del>4</del>	5
	1	2	<del>3</del>	4	5
	<del>1</del>	2	3	4	5
	1	2	3	<del>4</del>	5

## CUESTIONARIO DE OPINIÓN

<b>1.- Me agrada que el niño, niña y joven diagnosticado con TEA participe de la práctica deportiva porque:</b>	CRITERIOS			
	E	B	M	X
1.1- Se divierte en el transcurso de la práctica.				
1.2- Hace nuevas amistades y su grupo de amigos se fortalece.				
1.3- Tiene la posibilidad de conocer otros lugares.				
1.4- Adquiere hábitos y rutinas.				
OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:				

<b>2.- Creo que la práctica deportiva permite:</b>	CRITERIOS			
	E	B	M	X
2.1- Aprender nuevas habilidades motrices.				
2.2- Interactuar con sus pares y adulto.				
2.3- Conocer sus capacidades y dificultades.				
2.4- Acceder a otras instancias de participación (competición y/o eventos masivos).				
OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:				

3.- Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión de los niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA porque:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
3.1- propicia el desarrollo de conductas sociales, a través del trabajo colaborativo.				
3.2-- Favorece su participación en un grupo, sin ser discriminado por su condición.				
3.3-No presenta conductas disruptivas (mordiscos, llantos, auto-lesiones).				
3.4- Aumenta sus posibilidades de comunicación con las personas que lo rodean				
OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES Y AFIRMACIONES:				

4.- Considero que la práctica deportiva en los niños(as) y jóvenes con TEA debe estar presente porque:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
4.1- Mejora su salud.				
4.2- Disminuye su estrés.				
4.3- Le ayuda a desarrollar virtudes individuales (disciplina, responsabilidad, respeto de turno).				
4.4 aprende a utilizar de manera correcta el material didáctico (cuerdas, balones, vallas).				
OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES Y AFIRMACIONES:				

<b>5.- La realización de prácticas deportivas podrían provocar</b>	<b>CRITERIOS</b>			
	<b>E</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>X</b>
5.1- Lesiones reiterativas.	2	3	4	5
5.2- Conductas violentas.	2	3	4	5
5.3- Aumento en la ansiedad.	2	3	4	5
5.4- Poca tolerancia a la frustración.	2	3	4	5
<b>OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:</b>				

<b>6.-Las prácticas deportivas en las que presenta mayor adherencia el niño (a) y jóvenes diagnosticados con TEA son del tipo:</b>	<b>CRITERIOS</b>			
	<b>E</b>	<b>B</b>	<b>M</b>	<b>X</b>
6.1- Juegos individuales libres. (con juguetes, especialmente imaginativos)	2	3	4	5
6.2- Juegos libres entre amigos. (la pinta, escondida, a la cuerda etc.)	2	3	4	5
6.3- Actividades deportivas del tipo Cíclicos (ciclismo, atletismo)	2	3	4	5
6.4- Actividades deportivas A cíclicas (fútbol, basquetbol, deportes colectivos)	2	3	4	5
6.5- Danzas regladas (tradicionales, religiosas) y bailes libres (baile entretenido, secuencias de pasos de baile a partir de ritmos conocidos)	2	3	4	5
<b>OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:</b>				



7. Que lugar prefiere el niño(a), adolescente diagnosticado con TEA; para realizar actividades deportivas:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
7.1- Su casa (dentro de su casa, en presencia de su familia)	2	3	4	5
7.2- En el entorno cercano a su hogar (plaza de su barrio, calles de su barrio, bosques cercanos)	2	3	4	5
7.3- en el Centro Educacional al que asiste a clases. (Escuela, Instituto, Liceo)	2	3	4	5
7.4- En un centro deportivo formal (club deportivo, gimnasio local, centro de rehabilitación)	2	3	4	5
OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:				

8.- Con quien prefiere realizar prácticas deportivas, el niño(a) adolescente diagnosticado con TEA:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
8.1- Su figura Paterna (ambos o alguno de los padres)				
8.2- Algún familiar cercano; como hermano(a), tío, abuelo (a)				
8.3- Amigos de Confianza (del barrio, o amigos de la familia).				
8.4- Su entorno Escolar (Profesor de Educación Física, compañeros de curso y/o escuela).				
OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:				

9. Cuando acompañamos a la práctica deportiva a nuestros niños y niñas observo de él, que:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
9.1- Se siente apoyado y feliz.				
9.2- Se integra de mejor forma en la práctica.				
9.3- Cuando lo acompañamos, vemos que esta con mas disposición a participar.				
9.4- Se mantiene estable emocionalmente y disminuyen los episodios de crisis.				
OBSERVACIONES DE LA DINCIONES Y AFIRMACIONES:				

10.- Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña con TEA realice la práctica deportiva:	CRITERIOS			
	E	B	M	X
10.1- La organización familiar, como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.				
10.2- La comunicación Familiar como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.				
10.3- El espacio físico, como elemento de seguridad y desarrollo de la práctica deportiva.				
10.4- Información relevante sobre aspectos del comportamiento del niño o niña con TEA, y los actores involucrados a la hora de la práctica deportiva.				
OBSERVACIONES DE LA DIMENSIONES Y AFIRMACIONES:				

**¿Cuáles son las Razones que usted considera relevantes para que su hijo o hija, Alumno o Alumna con TEA, Practique Actividad deportiva o No practique Actividad Deportiva.?**

**1) Razones por las cuales Realiza Actividad Deportiva:**

**2) Razones por las cuales no Realiza Actividad Deportiva:**

OBSERVACIONES DE PREGUNTA ABIERTA

**ANEXO III**  
**PRUEBA PILOTO**  
**CUESTIONARIO UTILIZADO EN LA INVESTIGACIÓN**

**INTRODUCCION**

El cuestionario que se presenta a continuación tiene por objetivo determinar la importancia que otorga el contexto social a la práctica deportiva de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA. Este cuestionario se diseñó en base a una serie de pensamientos, ideas y afirmaciones que padres, apoderados y profesores consideran respecto a la práctica deportiva.

Para las siguientes preguntas, le solicitamos pueda indicar su grado de acuerdo frente a cada una de las afirmaciones que encontrará en el cuestionario. Le aconsejamos lea con atención cada una de las afirmaciones, de manera que sus respuestas reflejen de la mejor manera posible lo que piensa frente al tema. Marque cada una de sus respuestas colocando una **X** en el casillero que está debajo del grado de acuerdo que tiene con la afirmación que analiza.

Esta escala que le ayudará a señalar su grado de acuerdo con cada una de las preguntas es la siguiente:

- 1= totalmente en desacuerdo. (TED)
- 2= algo en desacuerdo. (AD)
- 3= indeciso. (I)
- 4= algo de acuerdo. (ADA)
- 5= totalmente de acuerdo. (TDA)

Por favor, de respuesta a cada una de las preguntas. (Afirmaciones)

EJEMPLO:

Me agrada ir al cine por:	TED	AD	I	ADA	TDA
Puedo ver la película de estreno	1	2	3	<del>4</del>	5
Puedo ir acompañado de algún amigo (a)	1	2	<del>3</del>	4	5
Puedo escuchar mejor sonido	<del>1</del>	2	3	4	5
Me gusta comer cabritas	1	2	3	<del>4</del>	5

## CUESTIONARIO DE OPINIÓN

<b>1.- Me agrada que el niño, niña y joven diagnosticado con TEA participe de la práctica deportiva porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
1.1- Se divierte en el transcurso de la práctica.	1	2	3	4	5
1.2- Hace nuevas amistades y su grupo de amigos se fortalece.	1	2	3	4	5
1.3- Tiene la posibilidad de conocer otros lugares.	1	2	3	4	5
1.4- Adquiere hábitos y rutinas.	1	2	3	4	5
<b>2.- Creo que la práctica deportiva permite:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
2.1- Aprender nuevas habilidades motrices.	1	2	3	4	5
2.2- Interactuar con sus pares y adulto.	1	2	3	4	5
2.3- Conocer sus capacidades y dificultades.	1	2	3	4	5
2.4- Acceder a otras instancias de participación (competición y/o eventos masivos).	1	2	3	4	5
<b>3.- Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión de los niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
3.1- propicia el desarrollo de conductas sociales, a través del trabajo colaborativo.	1	2	3	4	5
3.2-- Favorece su participación en un grupo, sin ser discriminado por su condición.	1	2	3	4	5
3.3-No presenta conductas disruptivas (mordiscos, llantos, auto-lesiones).	1	2	3	4	5
3.4- Aumenta sus posibilidades de comunicación con las personas que lo rodean	1	2	3	4	5
<b>4.- Considero que la práctica deportiva en los niños(as) y jóvenes con TEA debe estar presente porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
4.1- Mejora su salud.	1	2	3	4	5
4.2- Disminuye su estrés.	1	2	3	4	5
4.3- Le ayuda a desarrollar virtudes individuales (disciplina, responsabilidad, respeto de turno).	1	2	3	4	5
4.4 aprende a utilizar de manera correcta el material didáctico (cuerdas, balones, vallas).	1	2	3	4	5
<b>5.- La realización de prácticas deportivas podrían provocar:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
5.1- Lesiones reiterativas.	1	2	3	4	5
5.2- Conductas violentas.	1	2	3	4	5
5.3- Aumento en la ansiedad.	1	2	3	4	5
5.4- Poca tolerancia a la frustración.	1	2	3	4	5
<b>6.-Las prácticas deportivas en las que presenta mayor adherencia el niño (a) y jóvenes diagnosticados con TEA son del tipo:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>

6.1- Juegos individuales libres. (con juguetes, especialmente imaginativos)	1	2	3	4	5
6.2- Juegos libres entre amigos. (la pinta, escondida, a la cuerda etc.)	1	2	3	4	5
6.3- Actividades deportivas del tipo Cíclicos (ciclismo, atletismo)	1	2	3	4	5
6.4- Actividades deportivas A cíclicas (fútbol, basquetbol, deportes colectivos)	1	2	3	4	5
6.5- Danzas regladas (tradicionales, religiosas) y bailes libres (baile entretenido, secuencias de pasos de baile a partir de ritmos conocidos)	1	2	3	4	5
<b>7. Que lugar prefiere el niño(a), adolescente diagnosticado con TEA; para realizar actividades deportivas:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
7.1- Su casa (dentro de su casa, en presencia de su familia)	1	2	3	4	5
7.2- En el entorno cercano a su hogar (plaza de su barrio, calles de su barrio, bosques cercanos)	1	2	3	4	5
7.3- en el Centro Educacional al que asiste a clases. (Escuela, Instituto, Liceo)	1	2	3	4	5
7.4- En un centro deportivo formal (club deportivo, gimnasio local, centro de rehabilitación)	1	2	3	4	5
<b>8.- Con quien prefiere realizar prácticas deportivas, el niño(a) adolescente diagnosticado con TEA:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
8.1- Su figura Paterna (ambos o alguno de los padres)	1	2	3	4	5
8.2- Algún familiar cercano; como hermano(a), tío, abuelo (a)	1	2	3	4	5
8.3- Amigos de Confianza (del barrio, o amigos de la familia).	1	2	3	4	5
8.4- Su entorno Escolar (Profesor de Educación Física, compañeros de curso y/o escuela).	1	2	3	4	5
<b>6. Cuando acompañamos a la práctica deportiva a nuestros niños y niñas observo de él, que:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
6.1- Se siente apoyado y feliz.	1	2	3	4	5
6.2- Se integra de mejor forma en la práctica.	1	2	3	4	5
6.3- Cuando lo acompañamos, vemos que esta con mas disposición a participar.	1	2	3	4	5
6.4- Se mantiene estable emocionalmente y disminuyen los episodios de crisis.	1	2	3	4	5
<b>7.- Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña con TEA realice la práctica deportiva:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
7.1- La organización familiar, como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5
7.2- La comunicación Familiar como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5

7.3- El espacio físico, como elemento de seguridad y desarrollo de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5
7.4- Información relevante sobre aspectos del comportamiento del niño o niña con TEA, y los actores involucrados a la hora de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5

**¿Cuáles son las Razones que usted considera relevantes para que su hijo o hija, Alumno o Alumna con TEA, Practique Actividad deportiva o No practique Actividad Deportiva.**

**1) Razones por las cuales Realiza Actividad Deportiva:**

**2) Razones por las cuales no Realiza Actividad Deportiva:**

## ANEXO IV

### AJUSTE DEL INSTRUMENTO

#### INTRODUCCION

El cuestionario que se presenta a continuación tiene por objetivo determinar la percepción del contexto social (madres, padres y profesionales de los establecimientos educacionales) con respecto a la práctica deportiva de niños, niñas y jóvenes diagnosticados con TEA. Este cuestionario se diseñó en base a una serie de pensamientos, ideas y afirmaciones que padres, apoderados y profesores consideran respecto a la práctica deportiva.

En primer lugar, solicitamos completar la información, que hace alusión a datos generales de quienes responden. A continuación, le solicitamos pueda indicar su grado de acuerdo frente a cada una de las afirmaciones que encontrará en el cuestionario. Le aconsejamos lea con atención cada una de las afirmaciones, de manera que sus respuestas reflejen de la mejor manera posible lo que piensa frente al tema. Marque cada una de sus respuestas colocando una **X** en el casillero que está debajo del grado de acuerdo que tiene con la afirmación que analiza.

Esta escala que le ayudará a señalar su grado de acuerdo con cada una de las preguntas es la siguiente:

- 1= totalmente en desacuerdo. (TED)
- 2= algo en desacuerdo. (AD)
- 3= indeciso. (I)
- 4= algo de acuerdo. (ADA)
- 5= totalmente de acuerdo. (TDA)

Por favor, de respuesta a cada una de las preguntas. (Afirmaciones)

EJEMPLO:

Me agrada ir al cine por:	TED	AD	I	ADA	TDA
Puedo ver la película de estreno	1	2	3	<del>4</del>	5
Puedo ir acompañado de algún amigo (a)	1	2	<del>3</del>	4	5
Puedo escuchar mejor sonido	<del>1</del>	2	3	4	5
Me gusta comer cabritas	1	2	3	<del>4</del>	5



## INFORMACIÓN GENERAL

1. Establecimiento educacional:

-----

2. Comuna:

-----

3. Marque con una X su rol en el contexto social:

Madre

Padre

Educadora Diferencial

Psicóloga (o)

Profesor (a) de Educación Física

Fonoaudióloga (o)

Terapeuta Ocupacional

Otro (señalar)

\_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE OPINIÓN:

**¿Cuáles son las Razones que usted considera relevantes para que su hijo o hija, Alumno o Alumna, Practique Actividad deportiva o No practique Actividad Deportiva.**

**3) Razones por las cuales Realiza Actividad Deportiva:**

**4) Razones por las cuales no Realiza Actividad Deportiva:**

<b>1.- Me agrada que el niño, niña y joven diagnosticado con TEA participe de la práctica deportiva porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
1.1- Se divierte en el transcurso de la práctica.	1	2	3	4	5
1.2- Hace nuevas amistades y su grupo de amigos se fortalece.	1	2	3	4	5
1.3- Tiene la posibilidad de conocer otros lugares.	1	2	3	4	5
1.4- Adquiere hábitos y rutinas.	1	2	3	4	5
<b>2.- Creo que la práctica deportiva permite:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
2.1- Aprender nuevas habilidades motrices.	1	2	3	4	5
2.2- Interactuar con sus pares y adulto.	1	2	3	4	5
2.3- Conocer sus capacidades y dificultades.	1	2	3	4	5

2.4- Acceder a otras instancias de participación (competición y/o eventos masivos).	1	2	3	4	5
<b>3.- Creo que la práctica deportiva favorece la inclusión de los niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
3.1- propicia el desarrollo de conductas sociales, atreves del trabajo colaborativo.	1	2	3	4	5
3.2-- Favorece su participación en un grupo, sin ser discriminado por su condición.	1	2	3	4	5
3.3-No presenta conductas disruptivas (mordiscos, llantos, auto-lesiones).	1	2	3	4	5
3.4- Aumenta sus posibilidades de comunicación con las personas que lo rodean	1	2	3	4	5
<b>4.- Considero que la práctica deportiva en los niños(as) y jóvenes con TEA debe estar presente porque:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
4.1- Mejora su salud.	1	2	3	4	5
4.2- Disminuye su estrés.	1	2	3	4	5
4.3- Le ayuda a desarrollar virtudes individuales (disciplina, responsabilidad, respeto de turno).	1	2	3	4	5
4.4 aprende a utilizar de manera correcta el material didáctico (cuerdas, balones, vallas).	1	2	3	4	5
<b>5.- La realización de prácticas deportivas podrían provocar:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
5.1- Lesiones reiterativas.	1	2	3	4	5
5.2- Conductas violentas.	1	2	3	4	5
5.3- Aumento en la ansiedad.	1	2	3	4	5
5.4- Poca tolerancia a la frustración.	1	2	3	4	5
<b>6.-Las prácticas deportivas en las que presenta mayor adherencia el niño (a) y jóvenes diagnosticados con TEA son del tipo:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
6.1- Juegos individuales libres. (con juguetes, especialmente imaginativos)	1	2	3	4	5
6.2- Juegos libres entre amigos. (la pinta, escondida, a la cuerda etc.)	1	2	3	4	5
6.3- Actividades deportivas del tipo Cíclicos (ciclismo, atletismo)	1	2	3	4	5
6.4- Actividades deportivas A cíclicas (fútbol, basquetbol, deportes colectivos)	1	2	3	4	5
6.5- Danzas regladas (tradicionales, religiosas) y bailes libres (baile entretenido, secuencias de pasos de baile a partir de ritmos conocidos)	1	2	3	4	5
<b>7. Que lugar prefiere el niño(a), adolescente diagnosticado con TEA; para realizar actividades deportivas:</b>	<b>TED</b>	<b>AD</b>	<b>I</b>	<b>ADA</b>	<b>TDA</b>
7.1- Su casa (dentro de su casa, en presencia de su familia)	1	2	3	4	5
7.2- En el entorno cercano a su hogar (plaza de su barrio,	1	2	3	4	5

calles de su barrio, bosques cercanos)					
7.3- en el Centro Educacional al que asiste a clases. (Escuela, Instituto, Liceo)	1	2	3	4	5
7.4- En un centro deportivo formal (club deportivo, gimnasio local, centro de rehabilitación)	1	2	3	4	5
<b>8.- Con quien prefiere realizar prácticas deportivas, el niño(a) adolescente diagnosticado con TEA:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
8.1- Su figura Paterna (ambos o alguno de los padres)	1	2	3	4	5
8.2- Algún familiar cercano; como hermano(a), tío, abuelo (a)	1	2	3	4	5
8.3- Amigos de Confianza (del barrio, o amigos de la familia).	1	2	3	4	5
8.4- Su entorno Escolar (Profesor de Educación Física, compañeros de curso y/o escuela).	1	2	3	4	5
<b>6. Cuando acompañamos a la práctica deportiva a nuestros niños y niñas observo de él, que:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
6.1- Se siente apoyado y feliz.	1	2	3	4	5
6.2- Se integra de mejor forma en la práctica.	1	2	3	4	5
6.3- Cuando lo acompañamos, vemos que esta con mas disposición a participar.	1	2	3	4	5
6.4- Se mantiene estable emocionalmente y disminuyen los episodios de crisis.	1	2	3	4	5
<b>7.- Los elementos a considerar para que nuestro niño y niña con TEA realice la práctica deportiva:</b>	TED	AD	I	ADA	TDA
7.1- La organización familiar, como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5
7.2- La comunicación Familiar como elemento facilitador para el buen funcionamiento de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5
7.3- El espacio físico, como elemento de seguridad y desarrollo de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5
7.4- Información relevante sobre aspectos del comportamiento del niño o niña con TEA, y los actores involucrados a la hora de la práctica deportiva.	1	2	3	4	5

## ANEXO V

### CARTA A LOS ESTABLECIMIENTOS

Viña del Mar, 25 de Mayo 2016

SEÑOR (A)  
DIRECTORA  
COLEGIO

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, y con especial agrado nos dirigimos a usted con la finalidad de presentarnos; Somos estudiantes de la Escuela de Educación Física de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y estamos realizando nuestro trabajo de Titulo, el cual tiene como Objetivo General; Determinar la percepción del contexto social entendido como padres, madres y profesoras con respecto a los beneficios de la práctica deportiva de niños (as) y jóvenes diagnosticados con TEA de diferentes establecimientos educacionales de las provincias Valparaíso y Marga – Marga durante el año 2016.

A partir de lo anterior , solicitamos a usted la autorización para la aplicación de una encuesta, la cual está dirigida a profesores , profesoras y apoderados, con la finalidad de levantar información relevante sobre la práctica deportiva de sus hijos e hijas y o alumnos.

Por lo anterior, para nosotros como estudiantes tesistas, es de suma importancia que la comunidad de su establecimiento pueda abrirnos las puertas y brindarnos su colaboración, que nos permita acercarnos a la realidad y necesidades vinculantes de la especificidad del tema.

Desde ya agradezco a usted la atención dispensada a esta petición, le saluda con la mayor cordialidad:

Génesis Molina  
Camila Farías  
Sergio Andrade  
Víctor Sepúlveda

Estudiantes Escuela Educación Física.

## ANEXO VI

### CALENDARIO DE VISITA EN A LOS ESTABLECIMIENTOS

CENTROS EDUCATIVOS	FECHAS
Centro de desarrollo	26 de Mayo
Germina	26 de Mayo
Altavida	26 de Mayo
Centro de educación especial bellavista	30 de Mayo
Comunícame	31 de Mayo

## ANEXO VII

### IMAGEN EXCEL DE TABULACIÓN

The image shows a screenshot of an Excel spreadsheet with a complex tabular structure. The spreadsheet is color-coded by column, with various colors including blue, green, yellow, red, grey, brown, light blue, light green, pink, orange, and purple. A tooltip is visible at the top left, containing the text: "Escribir un nombre para un rango de celdas o elegir un rango en la lista". The spreadsheet appears to be a detailed data table or a complex form, with many columns and rows, likely representing a large dataset or a detailed report.