

Azul claro

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA



Psicología

La Modificación de Conducta en la Atención
de Problemas de Lenguaje en Personas
Afectadas por el Síndrome de Down

PO 482/90
Ej. 2

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

GARCIA MIRANDA SOCORRO

SAAVEDRA ESQUIVEL CARMEN ESTHER



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES :

A TI, MADRE...

Por haber estado conmigo
en los momentos que por
mi edad eran difíciles,
por tu comprensión,
por tu carácter,
por las cosas bellas
que pase a tu lado,
por los momentos incomprensibles
que viví contigo y que en esos
momentos por mi edad no alcanzaba
a comprender;
madre, mamá, solo me resta decirte:
gracias por ser como fuiste conmigo.

A TI PADRE...

Por ser el ejemplo a seguir,
por tu confianza, entereza,
comprensión, por ser el gran
amigo insustituible por
el tiempo compartido; padre
te agradezco desde aquí,
el ayudarme en todos los
momentos que estuvimos juntos,
que tu partida no signifique
el fin, sino la continuidad
de lo que fuiste y serás,
porque tu seguiras siempre
con nosotros.

A MI HIJA :

Libertad deseas,

Interiormente me sorprendes por la

Luz de tu corazón que

Ilumina tu alma y mi vida, permíteme

Agradecerte, que seas el motivo existente de
mi superación.

No permitas que tus valores los cambien, ten
presente que el

Amor, la sinceridad, bondad, sencillez,
son el ejemplo de nuestros padres.

ESTHER

A MIS HERMANOS :

Antonio : Porque me hubiese gustado poder enfocar este trabajo hacia el vínculo existente entre Tú y lo desconocido para nosotros, para tratar de decirte que la vida solo existe una vez y hay que vivirla conforme a aquello que nosotros sabemos no nos perjudicará, que aunque nos cueste trabajo debemos vivir sin causarnos daño...

Por ser el apoyo, por tu ayuda desinteresada, por tu confianza, te doy las gracias por estar en los momentos que he necesitado de ti.)

Juan : Porque en el momento indicado mostraste tu valor y amor hacia la familia, por permitirme contar con la presencia de la persona a quien más quiero; porque ese amor que mostraste no cambie por ninguna circunstancia.

Fernando : Porque de antemano sabemos que la esencia está en tí, que a pesar del camino recorrido y por recorrer, no cambiará el ser con el que conviví los primeros años de vida.

Lourdes : Por ser la hermana y la amiga, por la ayuda proporcionada, te agradezco tu apoyo, eres una persona con valores que no podías ocultar...

ESTHER

Para Francisco (mi cuñado) : Por ser de las pocas personas
que quedan con los valores
que tú posees, por tu ayuda
proporcionada sin
obligación alguna... Gracias.

Para mis amigos : Por su compañía, ayuda y amistad,
a todos les agradezco los momentos
que estuvimos juntos.

Sin querer ofender a nadie,
quiero en forma particular agradecer
a Yolanda por su amistad, por
estar en la mayoría de los momentos
que he necesitado.

Les agradezco a todas las personas que han estado
de una u otra manera en mi vida.

ESTHER.

Laura Edna : Por su apoyo constante para la realización de este trabajo; que sin conocernos confió en nosotros.

El conocerla dejo en mí un ejemplo de responsabilidad y amor hacia la profesión.

Bernardino M. : Por ser profesor y compañero, por la ayuda incondicional que nos brindo.

Alberto Albarrán: Porque sus comentarios contribuyeron para poder ver finalizado una labor que para mi fue una experiencia grata.

ESTHER .

Con profundo respeto y admiración a mis padres ...

HERMELINDA

Y

LEOPOLDO

En quienes he podido
Respeto, Amor y confianza
Malos momentos ...
Encontrada en su regazo. Una
Lo suficientemente grande para agradecer
Iluminado mi vida, lo que la han engrandecido.
Nacer de estas dos semillas, hermosas plantas que
Dar una nueva planta que
Agradece sus bondades.

Encontrar todo,
Olvidando que existen
Pensando solo en la dicha
Oda a su persona no es
Lo que me han dado, lo que han
Doy gracias a la vida
Otorgaron sus semillas para

¡ LOS QUIERE !

SOCORRO

A Francisco Javier, Ma. del Socorro, Leonardo, Gustavo y Ma. del Pilar, mis hermanos, ¡Gracias por ser como son!.

De manera muy especial a mi amiga y hermana Gloria, que me ha apoyado en los momentos difíciles y ha compartido mis triunfos.

¡ Gracias por lo que me has dado !

A José del Carmen. Por ser mi amigo y mi cuñado.

A Esperanza, mi sobrinita, quien vino a cambiar mi vida y se constituyo precisamente en eso ...

¡ Una esperanza de vida y amor !

A todas las personas que han contribuido a mi felicidad y a la culminación de mis metas.

SOCORRO

Gracias a Laura Edna, quien nos brindó su apoyo y contribuyó con su experiencia al enriquecimiento de este Trabajo.

A Bernardino Martínez y Alberto Albarrán, gracias por sus comentarios en la realización de este trabajo.

A todos mis maestros, de quienes aprendí lo importante que es comprometerse realmente con el trabajo.

¡ A TODOS ELLOS MIL GRACIAS !

SOCORRO.

I N D I C E

CAPITULO I	INTRODUCCION	1
CAPITULO II	DEFINICION	5
	ETIOLOGIA DEL SINDROME DE DOWN	8
	CARACTERISTICAS FISICAS Y CONDUCTUALES	11
	CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS	15
	CARACTERISTICAS CONDUCTUALES	21
	ADAPTACION AL MEDIO	21
	DESARROLLO MOTOR	22
	AUTOCUIDADO	22
	SOCIALIZACION	23
	ASPECTOS EDUCATIVOS	23
	EL LENGUAJE EN EL SINDROME DE DOWN	23
CAPITULO III	LA PSICOLOGIA CONDUCTUAL Y LA EDUCACION ESPECIAL	
	EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGIA CONDUCTUAL EN MEXICO.	26
	AREAS DE INCIDENCIA DE LA PSICOLOGIA CONDUCTUAL.	27
	EVALUACION CONDUCTUAL	28
	TRATAMIENTO CONDUCTUAL	31
CAPITULO IV	LA LABOR DEL PSICOLOGO EN UNA INSTITUCION PARA NIÑOS CON SINDROME DE DOWN.	

	DESCRIPCION DE LA INSTITUCION	34
	LA INSERCIÓN DEL PSICOLOGO EN LA INSTITUCION	36
CAPITULO V	REPORTE DE TRABAJO	
	LA LLEGADA A LA INSTITUCION	40
	DESCRIPCION Y FUNCIONES DESEMPEÑADAS	40
	FORMACION DE GRUPOS	43
	PROGRAMAS	44
	PROCEDIMIENTOS PARTICULARES	48
	RESULTADOS	51
CAPITULO VI	CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS	61
CAPITULO VII	BIBLIOGRAFIA	66
	ANEXOS	69

C A P I T U L O

I

I N T R O D U C C I O N

Con el transcurso del tiempo el psicólogo ha demostrado que no sólo es el aplicador de pruebas que le permiten clasificar al individuo - de acuerdo a los puntajes que obtenía en dichas pruebas poniéndole una etiqueta que lo identificaba como "retrasado mental", "débil mental", "idiotia", etc., que a su vez repercutía en el tratamiento que se daba al sujeto en cuestión. Si el sujeto obtenía un puntaje de CI entre 30 - 50 era considerado como entrenable, se consideraba que no podría aprender a leer pero si se le podía ayudar en el lenguaje, en habilidades de autoayuda y socialización. Los retardados educables (CI de 50 - 75) se consideraba - que podían alcanzar cierto grado de aprendizaje en la lectura y escritura que los ayudaría vocacionalmente. Por último, a sujetos que obtenían puntajes por debajo de 20 se le clasificaba como idiota que era un sujeto in capaz de protegerse de los peligros físicos comunes, necesitaba cuidado, - vigilancia y control para su propia protección y la de los demás (Atkins 1976, Aragón 1983).

† Al paso del tiempo estas concepciones han cambiado puesto que - el uso de pruebas no es del todo confiable dado que suponen una correspon dencia entre los resultados de un sujeto en un test y su comportamiento - en situaciones de la vida diaria. Así, podemos observar que el hecho de - diagnosticar o etiquetar a alguien como retardado mental, es considerarlo ya como un estigma, un ser que va a estar marginado del mundo al cual per tenece y por tanto nunca va a ser igual que los demás (Aragón, 1983).

Es en la década de los 50's cuando surge un grupo de personas - que dan un nuevo enfoque a estas concepciones; éste grupo, apoyado en una serie de investigaciones realizadas con animales y posteriormente extendi das al hombre, dá origen al Análisis Experimental de la Conducta, que fué enriqueciéndose cada vez más hasta dar paso al Análisis Conductual Aplica do que se basa en los principios experimentales que rigen la conducta. †

Este Análisis conductual aplicado, se desarrolla a partir de tres cambios: 1.- en el medio, en forma de acontecimiento u objeto que influye en el organismo (estímulo); 2.- en el organismo, que produce una forma de conducta específica (respuesta) y 3.- un cambio en el medio como producto de esa respuesta (consecuencia).

† El análisis conductual aplicado es objetivo y funcional en tanto que hace referencia a eventos mensurables y cuantificables y evita hacer inferencias sobre los acontecimientos, en primer lugar, y en segunda instancia, procura relacionar una conducta con varios estímulos y fórmula dicha relación en forma de una función, a la cual no basta describirla en cuanto a las observaciones sino que el análisis funcional debe consistir en una manipulación activa de los estímulos y conductas de tal relación (Ribes 1976), estas consideraciones se hacen para que no haya una mala interpretación de los datos que se tengan acerca de la conducta de un sujeto retardado.

Ribes (1976) acerca del retardo nos dice que es un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso. Por su parte Galindo y Cols. (1984) señalan que el retardado es la persona que presenta problemas de comportamiento que consisten en un funcionamiento intelectual que se encuentra por debajo del nivel normal, se presenta problemas de aprendizaje y madurez social, estos problemas se originan durante el desarrollo del individuo. Por otra parte, se dice que el retardo es una desviación en el desarrollo psicológico producto de la alteración más o menos grave de uno o varios de los factores que determinan el desarrollo normal o anormal (Bijou 1975, Galindo — 1984). Como puede verse en el análisis conductual no se habla de retardo mental sino de retardo en el desarrollo y los motivos por los que se dió tal cambio son cuatro y se describen a continuación: 1) Los determinantes biológicos del pasado (factores genéticos, prenatales y perinatales) cuya importancia radica en que pueden producir cambios en el organismo incluso irreversibles lo que afecta al desarrollo ulterior del individuo. †

2) Determinantes biológicos actua (estado nutricional, fatiga, drogas, etc.) es importante conocer estos factores porque pueden estar actuando como factores disposicionales que afectan los estímulos discriminativos y reforzantes. 3) Historia de reforzamiento que es el conjunto de interacciones mantenidas en el pasado entre el organismo y el medio lo que nos puede indicar la carencia de ciertas formas de estimulación reforzante, el reforzamiento de conductas indeseables y la utilización excesiva de estimulación aversiva lo que contribuye en cierto grado al retardo en el desarrollo y, 4) Las condiciones ambientales momentáneas — que son constituidas por la estimulación, la respuesta y la consecuencia que sedá en el momentode la observación. (Ribers, 1976).

Al dejar de hablar de retraso mental se ha dado un paso importante ya que al clasificar al sujeto (idiota, retrasado mental, etc.), de alguna manera se le estaba negando la oportunidad de mejorar su vida en todos los aspectos, desde lo social hasta lo intelectual y este nuevo enfoque no solo beneficia al sujeto sino también a la comunidad y a la disciplina psicológica. se beneficia al sujeto en la medida en que al proporcionarle la atención adecuada adquiere cierta independencia y mejora su interacción con el entorno social, además de lograr cierta solvencia económica al darle adiestramiento laboral y como consecuencia de todo esto una mayor aceptación social. Y no sólo eso, ya que al trabajar con la familia del paciente se proporciona una mayor ayuda al sujeto ya que el trabajo no queda en la diada psicológico-paciente y en un ambiente controlado sino que se amplía al ámbito en que se desenvuelva el individuo.

Al tratar el psicólogo de fomentar una interacción más activa del sujeto retardado con su entorno social particular cumple una función — importante de gran trascendencia social dado que permite al sujeto darse cuenta de que él, es capaz de modificar el medio y visceversa, y con ello el psicólogo participar también en estos cambios sociales como para la disciplina psicológica.

Al elaborar, llevar a cabo y concluir un programa específico se -
obtienen resultados que permiten superarse y de esta manera alcanzar me-
joras, tanto para su desempeño profesional como para el enriquecimiento
teórico y metodológico de nuestra ciencia que a su vez repercute en una
mejor atención a la problemática específica de cada individuo que requie-
ra de sus servicios.

El objetivo del presente reporte es exponer lo que la modificación
de conducta hace en el área de educación especial en un centro que atien-
de personas con Síndrome de Down, los logros que se obtuvieron en un año
de trabajo incidiendo en el área de lenguaje analizándolos cualitativa -
mente, así como proponer algunas alternativas que permitan optimizar los
resultados del programa.

C A P I T U L O

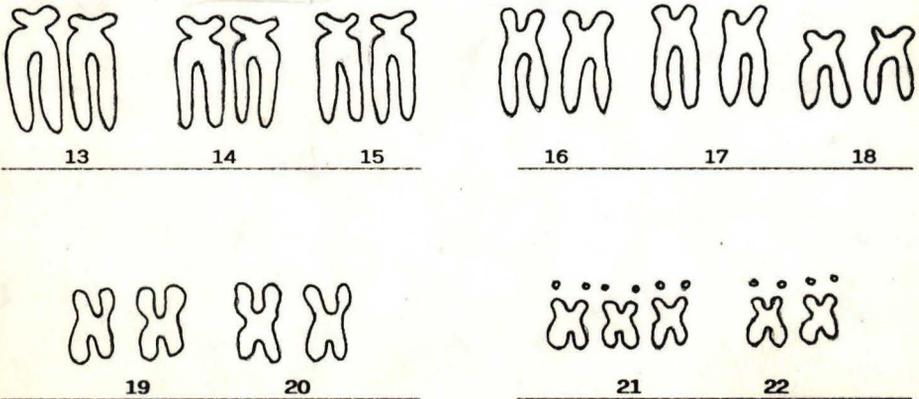
I I

2.1 DEFINICION

El Síndrome de Down es una alteración cromosómica detectable pero no prevenible (al menos en la actualidad) y ha sido denominada con la siguiente terminología: Acromicria Congénita, Amnesia Peristática, Displasia Fetal Generalizada, Anomalia de la Trisonomía 21, Síndrome de la Trisonomía-G 21 y, el término más popular, Mongolismo. (Pérez y Viga de Alva, 1985).

Normalmente hay 46 cromosomas en cada célula arreglados en 23 pares. 22 pares son concernientes a las características físicas tales como altura, peso, constitución, color de ojos y cabellos, etc., y son llamados autosomas. Un par determina al sexo para el organismo, XX para una mujer, y XY para un hombre.

Por conveniencia de identificación en estudio de laboratorio, los cromosomas son arreglados en pares en tamaño decreciente y numerados hasta el 22. Racimos de pares con algunas similitudes son agrupados juntos de la A a la G. La Trisonomía 21 es la más común y se presenta en el 92% de los casos de todas las anomalías cromosómicas; se caracteriza porque en la primera división celular la nueva célula recibe tres cromosomas en el par 21 y otro recibe solo uno; la célula con un único cromosoma muere, mientras que la célula trisómica seguirá multiplicándose y por consiguiente todas las células tendrán el cromosoma 21 adicional; así el producto tendrá una trisonomía 21 total y en consecuencia Síndrome de Down. A ésta condición se le llama no disyunción.

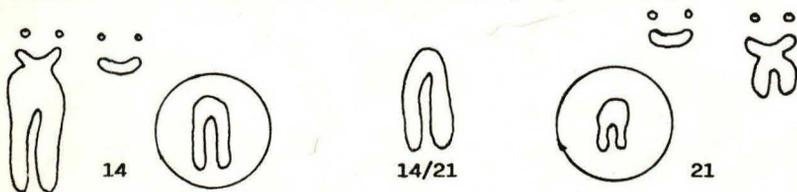


Ahora bien existen otras condiciones genéticas que dan como resultado un tipo afectado con Síndrome de Down; una de ellas es la Traslocación y ésta ocurre aproximadamente en un 4% de los casos (Servicio Internacional de información sobre Subnormales. San Sebastián, España.).

Esta consiste en tener un cromosoma extra número 21 que se ha roto y se ha fijado a otro cromosoma. Uno de los padres puede ser portador de una traslocación sin mostrar ningún síntoma de enfermedad, porque el padre sigue teniendo la cantidad correcta de material genético, aunque parte del mismo esté situada fuera de su lugar normal (traslocado). Los niños normales reciben un solo cromosoma del par 21 de cada padre. Pero un padre con traslocación puede pasarle un cromosoma normal 21 más el cromosoma traslocado 21 dando al niño un exceso de material cromosómico 21.

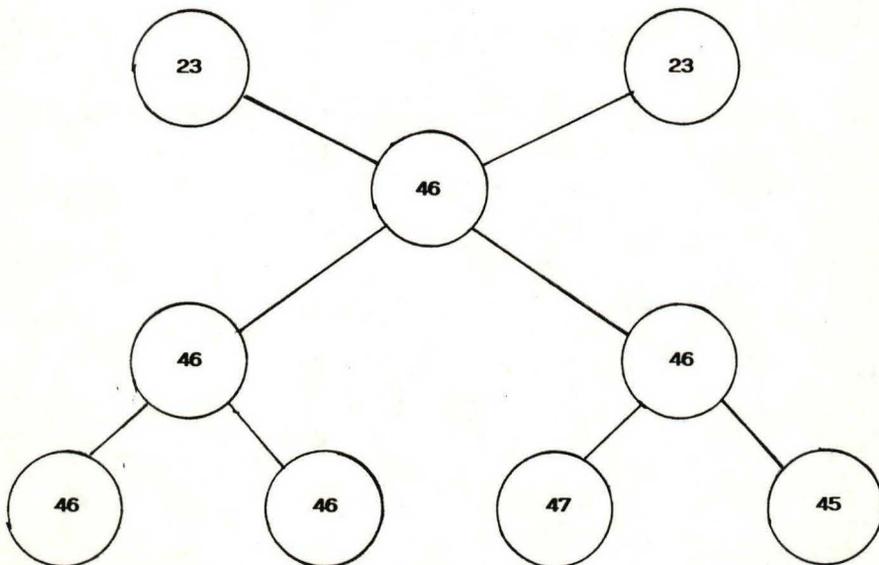
Este cromosoma de traslocación se ha formado por rotura y fijación de algún cromosoma el 21, con pérdida de pequeños trozos. En otras palabras, se produce una traslocación cuando una pieza de un cromosoma se desgaje y se une a otro cromosoma distinto con pérdida de cromósculos.

Se habla también de una traslocación familiar si la madre es portadora de una traslocación que afecta a los cromosomas D/21, (los cromosomas D incluyen los pares 13, 14 y 15), el riesgo de tener un hijo afectado de Síndrome de Down es del 20% aproximadamente. Si el padre es el portador de una traslocación similar, el riesgo por razones desconocidas se reduce al solo 2%. Si como ocurre en casos raros tanto el padre como la madre son portadores de una traslocación 21/21 compensada, el riesgo sube a un 100% (Diagnóstico Prenatal y S.D. Servicio internacional de Información sobre Subnormales San Sebastián, España 1979).



La otra condición genética que provoca el Síndrome de Down es el Mosaico y éste tipo de error es muy raro, y cuando se dá se realiza un recuento de células con diferentes número de cromosomas (46 en algunas y 47 en otras). Se supone que las células dotadas de 45 cromosomas no pueden sobrevivir debido a la pérdida de tantos genes, pero las células restantes, una con 46 y otras con 47 cromosomas, siguen dividiéndose normalmente.

El Mosaico es accidental, no se trasmite de los cromosomas de los padres; se deriva de un error que ocurre no ^{en} la primera división celular del óvulo fecundado, sino en la siguiente o siguientes; es por ésto que el niño con Síndrome de Down Mosaico puede tener algunas de las características del Síndrome, porque solo algunas de sus células tienen un número anormal de cromosomas. El aspecto físico es variable, según sea la proporción de células normales y trisómicas y va desde un individuo aparentemente normal hasta un Síndrome de Down completo.



Con el término etiología nos referimos a todos aquellos eventos que causan o se relacionan con el desorden llamado Síndrome de Down. Al poder conocerlas se podrá actuar de una manera preventiva.

El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down, aumenta con la edad de la madre y es más común después de los 40 años de edad. Existen varias teorías al respecto, pero se maneja con frecuencia el que las mujeres nacen con todos los óvulos necesarios para tener hijos. Cuando la mujer alcanza los 35 años, sus óvulos tienen también 35 años y al igual que muchas personas, empiezan a notar una reducción en ciertas funciones corporales; lo mismo ocurre con los óvulos.

Por otra parte, dado que el óvulo de una mujer de más de 35 años ha estado en su ovario durante tanto tiempo, es probable que el óvulo haya estado expuesto a fuerzas físicas o químicas tales como las radiaciones y éstas hayan podido dañar el material genético del óvulo. (SIIS, 1979).

EDAD DE LA MADRE

MENOS DE 30

AÑOS

30

35

36

37

38

39

40

42

44

46

48

INCIDENCIA DEL SINDROME DE DOWN

MENOS DE UNO EN CADA MIL

NACIMIENTOS

1 de cada 900

1 de cada 400

1 de cada 300

1 de cada 230

1 de cada 180

1 de cada 135

1 de cada 105

1 de cada 60

1 de cada 35

1 de cada 20

1 de cada 12

Workany en 1975 menciona las características y enfermedades que originan que se pueda presentar este desorden:

1. Agotamiento por muchos embarazos
2. Después de un largo periodo de esterilidad
3. Enfermedad de la mucosa uterina
4. Implantación anormal del huevo.
5. Retroflexión uterina.
6. Incremento de la presión.
7. Hipotirodismo.
8. Infantilismo maternal.
9. Preocupaciones maternas.
10. Enfermedades accidentales durante las primeras fases del embarazo.
11. Predisposición maternal genético.
12. Precipitación de factores medioambientales.
13. Deficiencia pituitaria.
14. Deficiencia adrenal.
15. Deficiencia del thymo.
16. Deficiencia conodal.
17. Deficiencia poliglandular.
18. Bloqueo de un sistema de enzimas por un inhibidor, - tales como fluorina en etapa temprana de desarrollo.
19. Daño a la célula germinal o cigoto.
20. Cambios citoplásmicos.
21. Huevos inmaduros.
22. Mutaciones germinales con consideración de cambios cromosómicos.

Algunas condiciones generales del padre y de la madre, también son responsables del riesgo de tener un hijo con Síndrome de Down:

- Alcoholismo.
- Sífilis
- Tuberculosis.
- Psicopatías.

Por lo anterior, las organizaciones de salud se preocupan por dar consejos a los padres para tener un hijo sano e incluso tratan de la planificación familiar y alertando a las madres si:

- a) Tiene más de 35 años.
- b) Ha tenido ya un hijo con Síndrome de Down u otros defectos de nacimiento.
- c) En su familia o en la de su marido han nacido niños con defectos de nacimiento, enfermedades congénitas o deficiencia mental.
- d) Ha tenido dificultades para quedar embarazada o ha sufrido varios abortos.

En caso de afirmar una o varias características anteriores, les recomiendan análisis de sus cromosomas y los de su marido (cariotipos), - para predecir la probabilidad de tener un hijo sano.

En caso de estar la mujer embarazada, se recomienda una amniocentésis, que es una técnica que consiste en obtener una muestra del líquido amniótico mediante la inserción de una aguja en la bolsa amniótica. Las células contenidas en éste líquido son del feto, por lo tanto, muestra sus cromosomas y su dotación genética.

Aun cuando en muchos casos en el nacimiento de niños con Síndrome de Down se han presentado una o varias características anteriores, no podemos dar una respuesta afirmativa de que algunas de las características antes mencionadas sean determinantes, ya que se ha encontrado a mujeres mayores de 30 años en donde su embarazo ha sido normal y el niño no presenta ésta alteración: así como en mujeres más jóvenes sí se ha presentado el caso de Síndrome de Down. También se ha encontrado casos de padres alcohólicos en donde no se ha presentado ningún caso de Síndrome de Down o de otra alteración.

Pero no por esto, se deben dejar a un lado no darles la debida importancia que se merecen estos signos, los cuales se han podido demostrar que son factores de riesgo.

Existen factores físicos que están latentes donde el nacimiento y que al ser observadas ayudan a detectar el Síndrome de Down. Los niños nacen un poco antes del término normal de gestación y de proporciones pequeñas, con ausencia del reflejo del moro o hipotonía muscular.

A continuación, se presenta una lista con las características físicas relevantes del Síndrome de Down. (Smith y Berg, 1978).

LABIOS : Estan secos y agrietados, debido probablemente a que la boca está constantemente abierta y la lengua fuera; otra explicación es que esto es debido a la avitaminosis.

CAVIDAD ORAL: El paladar es más estrecho y corto.

LENGUA : La lengua presenta hipertrofia papilar y fimbriación, aparecen después del nacimiento desconociéndose en qué etapas, así como las causas de sus alteraciones.

DIENTES : Los dientes de leche tardan en salir y tienen una secuencia anormal de erupción. Los dientes permanentes aparecen con más regularidad.

SALIVA : Tiene un alto grade de PH así como un alto concentración de sodio, calcio y bicarbonato; por lo cual se cree que a esto se puede atribuir el que no presenten caries.

VOZ : Su voz es considerada como gutural y timbre bajo; la articulación generalmente es defectuosa, debido tal vez a defectos orgánicos como: paladar alto, obstrucción nasal y cavidad bucal corta.

NARIZ : Presentan aplanamiento del dorso de la nariz, subdesarrollo o ausencia de huesos nasales.

OJOS :

Los ojos presentan palpabres oblicuos y estrechadas - hacia afuera, debido probablemente a la malformación de los huesos nasales, los pliegues epicéntricos suelen - ser bilaterales. En el iris se encuentran ciertas man - chas de color dorado llamadas manchas de Brushfield, - las cuales se utilizan para diagnosticar a los niños - con Síndrome de Down.

El estrabismo, la miopía y las opacidades son muy fre - cuentes, encontrándose 20 veces más que en la población normal.

Surco orbitopalocebral superior

Porción tarsal

Porción orbitaria



(a)

Porción orbitaria



(b)

Pliegue epicántico



(c)

- (a) Ausencia de pliegue epicántico
- (b) Pliegue epicántico en las poblaciones orientales.
- (c) Pliegue epicántico en el Síndrome de Down.

OIDOS : Presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y -
otitis crónica, deformaciones de la cóclea y de los conductos
semicirculares.

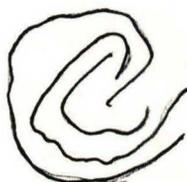
OREJAS : El lóbulo es pequeño y en algunas ocasiones está ausente; sue-
le encontrarse en antihélix prominente y una superposición —
del hélix. La implantación de la oreja es generalmente baja.

Antihélix Hélix Trago



Antitrago

Oreja Normal



Superposición angular
del hélix y el lóbulo
de la oreja pequeño ,
en el Síndrome de Down.



Antihélix prominente y
superposición del hélix.

CUELLO : El cuello es corto y ancho, el occipital es exageradamen
te plano y el crecimiento del pelo empieza muy abajo.



CORAZON : Presentan una alta frecuencia de cardiopatía, las cuales son de diversos tipos:

PULMONES: Las personas con Síndrome de Down son propensas a desarrollar infecciones de las vías respiratorias incluyendo los pulmones, éstos son causa frecuente de muerte.

ABDOMEN : Es prominente, relacionado con la hipotonía de los músculos abdominales que permite la distensión y la hernia umbilical es más frecuente en niños que en adultos.

PIEL : El tegumento parece ser demasiado grande para el esqueleto, se nota sobre todo en las muñecas y en los tobillos; suele ser blanda en los niños, pero también gruesa y seca, las mejillas presentan áreas de enrojecimiento.

3.2 CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS.

NIÑOS : El pene y escroto aparecen mal desarrollados, los testículos en el 50% no están descendiendo en el momento del nacimiento. El tejido adiposo subcutáneo aumenta en las áreas mamarias y en el abdomen. El vello pubiano es recto y sedoso, vello axilar escaso, la barba es ligera y rala, la líbido se encuentra muy disminuída, recuento disminuído de espermatozoides.

NIÑAS : Los labios mayores son redondos y de tamaño exagerado, los labios menores igual, el clítoris agrandado, los ovarios y útero se consideran pequeños, las características sexuales secundarias aparecen tarde y defectuosas, el vello axilar tarda en salir y cae pronto. La menstruación se inicia a edad normal. Las mamas son pequeñas y agrandadas en la madurez con grasa subcutánea excesiva, el tejido glandular es reducido, la aureola indistinta y el pezón pequeño.

GLANDULAS ENDOCRINAS: Hay pocas pruebas de anormalidades morfológicas - en las glándulas endocrinas, aun cuando los clínicos diagnostican disfunción tiroidea e hipofisiaria.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL : El cerebro es pequeño y dobuloso con la parte anterior menos desarrollada. presentan disminución del peso total del cerebro en un 76% de lo normal.

Los hallazgos clínicos en cuanto afección del S.N.C. son - el retardo "mental", hipotonía muscular, la incoordinación y la reducción de las respuestas sensitivas, anormalidades neurológicas relativamente ligeras como pupilas irregulares o con reacción perezosa a la luz, reflejo mandibular vivo e hiperreflexia de los músculos faciales.

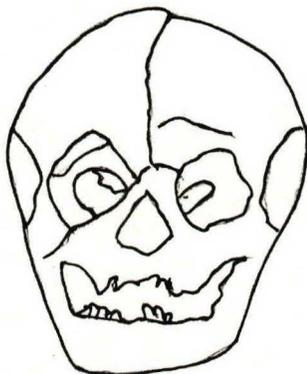
exceso de flexibilidad

RESPUESTAS SENSITIVAS : No hay defecto notable de los órganos sensitivos periféricos, ni de los nervios sensitivos. La sensación defectuosa es resultado del desarrollo detenido o imperfecto de las áreas sensitivas del cerebro y de los centros de comprensión de las impresiones recibidas.

HUESOS Y MUSCULOS: DESARROLLO OSEO:

Presentan perturbación generalizada del crecimiento, estatura notablemente reducida, los centros de osificación son irregulares y frecuentemente retardados.

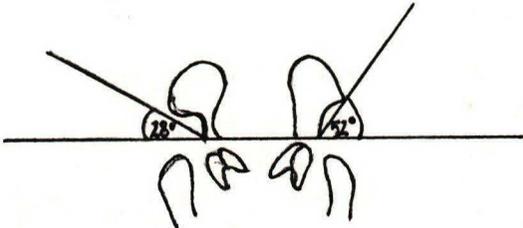
CRANEO : El Síndrome de Down tiene una manifestación clínica importante como la braquicefalia, en la cual hay un aplanamiento del occipicio y un acortamiento del diámetro anteroposterior, más notable en un corte de perfil y la perturbación occipital está reducida o ausente. El diámetro biparietal (anchura) solo está ligeramente reducido - de lo normal. La capacidad craneal está también reducida, delgadez general en los huesos del cráneo, fontanelos grandes y suturas anchas con cierre tardío, el paladar plano, crecimiento limitado de los maxilares superiores y huesos faciales.



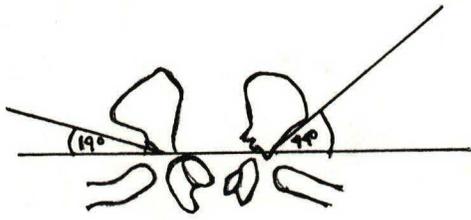
- COLUMNA VERTEBRAL : Las encurvaciones espinales son raras y cuando se presentan son por debilidad muscular, la fusión es incompleta en los arcos de la porción inferior de la columna vertebral, configuración anómala de las vértebras lumbrales, la cual consiste en un aumento del diámetro vertical y una disminución del anteroposterior.

- COSTILLAS : Se ha observado la ausencia de un par de costillas.

- PELVIS Y CADERAS: Los huesos pelvianos muestran aplanamiento de los bordes internos del ilión, ensanchamiento de las alas y del cuerpo iliáco, remos esquiaticos y coxa valga del fémur, curvatura hacia afuera de la parte posterior del ilión.

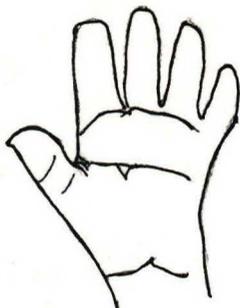


Niño Normal



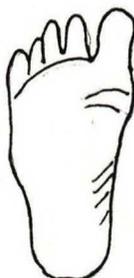
Niño con Síndrome de Down.

MANOS : Las manos son anchas y rechonchas, el dedo meñique está habitualmente encurvado, presentan pliegue transverso - único, que se extiende del margen cubital al cadial de la palma.



ESTATURA: Hay diferencias considerables en la estatura, teniendo en cuenta edad y sexo; son más bajos que lo normal y - la estatura media del adulto varón es de 1.51 centímetros y las mujeres 1.41 centímetros, esto se debe a la influencia de la reducción de la longitud de las extremidades inferiores.

PIES : Los pies son cortos y anchos, presentan pliegue plantar desde la hendidura entre el primer y segundo dedo, un espacio ancho entre estos dedos y acortamiento del cuarto dedo.



SISTEMA MUSCULAR: Presentan una hipotonía generalizada y se manifiesta en el retardo de la capacidad para sentarse, permanecer de pie y caminar; al aumentar la edad la hipotonía se hace inmoderada, la respuesta a los estímulos es deficiente y presentan reflejo del moro escaso.

CARACTERISTICAS CONDUCTUALES Y DE ADAPTACION AL MEDIO

Ya anteriormente se mencionaron las características que describen a una persona con Síndrome de Down en el aspecto físico, así mismo existen en su desarrollo psicológico ciertos aspectos que los hacen diferentes de personas con otro tipo de retardo.

El niño recién nacido con Síndrome de Down, generalmente es considerado como un niño que no se perturba con facilidad y que causa pocas molestias a su madre, pero estos no son más que rasgos de una respuesta reducida a los estímulos externos y una extrema hipotonía. De aquí la necesidad de realizar diagnósticos tempranos para conocer el tipo de daño y tener la posibilidad de ofrecer a los padres una guía precisa que les permita capacitarse para estimular a sus hijos de la mejor forma posible y conseguir que estos niños se adapten a su sociedad. (Plancarte y Rodríguez, 1986).

Se ha confirmado en base a ciertas investigaciones que los niños con Síndrome de Down están mejor adaptados a su ambiente que las personas con otro tipo de retardo. (Moore y Cols, 1968; En Smith y Berg, 1978).

† Es conveniente aclarar que la adaptación al medio implica que una persona inhiba ciertas conductas inadecuadas como agresión, destrucción, hiperactividad, etc., pero de la misma manera debe adquirir otro tipo de repertorio aceptado en su medio social. †

† Para que las personas con Síndrome de Down lleguen a alcanzar esta adaptación ^{o adaptación} ~~al medio~~ es necesario que desde los primeros días de nacido reciban la estimulación adecuada tanto a nivel de la alimentación, como físico y medio ambiental; y considerando su desventaja genética, esta estimulación debe ser bajo la supervisión de especialista, porque de esta manera habrá más elementos que contribuyan a que su desarrollo siga una secuencia que permita la adquisición de las tres conductas consideradas como repertorios básicos, debido a que son el prerrequisito indispensable para el aprendizaje. Estas conductas son atención, imitación y seguimiento de instrucciones. (Galindo y Col, 1983) †

En relación a la atención y seguimiento de instrucciones el trato directo con los niños demuestra que pueden adquirir estas conductas en un 100% dependiendo de éste tipo de aberración y la estimulación que reciban.

DESARROLLO MOTOR :

Tan importante como el entrenamiento en repertorios básicos es la estimulación temprana en el área motora debido a que éstos niños presentan una hipotonía muscular que debe ser contrarrestada con ejercicios practicados inmediatamente después del nacimiento.

Durante el primer año de vida el niño con Síndrome de Down no tiene conductas muy diferentes en comparación con niños normales y esto ha motivado a varios autores para investigar la manera de aprovechar al máximo este tiempo tanto en el área motora y socialización. Por lo tanto, es importante reafirmar que los primeros años son los más determinantes, porque es entonces cuando el ritmo de su progreso es aceleradamente.

En lo que se refiere a las habilidades de motora fina estas se presentan de la misma manera que el desarrollo motor grueso, es decir, con retraso y éste es más o menos severo dependiendo de la presencia de un entrenamiento adecuado.

AUTOCUIDADO :

Con los repertorios de autocuidado sucede algo similar al desarrollo motor, pues se ha visto que éstos son muy parecidos en los niños Down y en los normales durante los primeros meses de vida, pero posteriormente se van desarrollando más lentamente en los niños Down y aunque pueden llegar a comer, vestirse, asearse y cuidarse solos, esto sucede en una edad muy tardía en comparación con los normales. También en este punto hay que prevenir la sobreprotección de la familia, la cual generalmente es la culpable de que un niño Down no logre ser útil así mismo.

2
SOCIALIZACION :

El área de socialización es otro aspecto de gran importancia para la adaptación de los individuos Down a su grupo social. A éste respecto diferentes autores afirman que el desarrollo de estos niños es mayor cuando son criados en su casa que cuando son reclusos en instituciones. Se piensa que esto se debe a la mínima estimulación que allí reciben (Stedman y Richrns, 1964; Smith y Asper, 1978).

En el niño es conveniente considerar las características de tipo-particular, ya que dependiendo del tipo de aberración que sufra, su desarrollo llegará a no más lejos. Así los niños que presentan mosaicismos — tienen mayores posibilidades, ya que se mencionó antes, no todas sus células están afectadas y los casos de traslocación y trisómicos 21 se encuentran completamente dañados .

3
ASPECTOS EDUCATIVOS :

La educación del niño Down debe comenzar lo más inmediatamente posible y de preferencia dirigido en una institución especializada y apoyada con el trabajo en casa. Es importante que se considere más que sus limitaciones, las posibilidades que tendrán para aprovechar al máximo la enseñanza brindada; así es posible que puedan aprender a leer, escribir y la aritmética sencilla, utilizando incluso, aquello que han aprendido.

Para conseguirlo hay que tomar en cuenta varios aspectos de vital importancia como: las características individuales, el apoyo que brindan en la casa, el tiempo que haya recibido una enseñanza especializada y los métodos que se hayan utilizado para ésta.

5
EL LENGUAJE EN EL SINDROME DE DOWN :

Como ya es sabido el lenguaje es el medio de comunicación más evolucionado del ser humano y es de suma importancia.

Con el nos es posible tener una interacción social más estrecha.

Uno de los aspectos que se han encontrado características del niño Down es que la expresión es menor a la comprensión. Comwell, 1974 y Dodd, 1975; en Delgado, Gernández y Maldonado, 1982 mencionan que ésta - diferencia que existe entre estos niveles va disminuyendo cuando incrementa la edad del niño tanto psicológica como cronológica, a lo que argumentan que esto se puede deber a que se van desarrollando con las ciertas habilidades verbales. Encuentran, que la comprensión no logra un nivel alto en cuanto a formación de conceptos, abstracción y habilidades de integración; y que el nivel de expresión verbal no llega a ser muy alto - porque el niño Down la sustituye por gestos, mímica, muecas, ruidos, etc.

Talkington y Hal, 1978; citados en Delgado, Gernández y Maldonado, 1982, basándose en sus investigaciones mencionan, que si a los niños Down se les da un entrenamiento adecuado, su lenguaje expresivo y su nivel de comprensión puede aumentar.

Otro aspecto muy importante a analizar para poder conocer como es que se desarrolla el lenguaje del niño Down, es la estructuración gramatical peculiar que hace de éste; Cheseldine y Mc Conkey, 1979; citados en Delgado, Fernández y Maldonado, 1982, evaluaban el lenguaje espontáneo que presentaban los niños Down, al platicar con sus padres, encontraron que los niños Down esporádicamente llegan a utilizar verbos y que al tener el niño menos desarrollado el lenguaje y un coeficiente intelectual menor, el uso de esta forma gramatical es aún menor.

Algunos investigadores se han ocupado de estudiar la influencia que ejerce la manera de hablar de los padres en el desarrollo del lenguaje de sus hijos Down; ya que se ha encontrado que las madres tienden a - modificar algunos de sus parámetros lingüísticos cuando visten a sus niños, les dan de comer, etc; su habla es más simple, corta, más redundante y lenta, con pausas largas entre oraciones, etc., (Broen, 1973; Snow, 1972; citado en Buiu y Rynder, 1978; y Gunn, Clark y Berry, 1980).

Por lo anterior se puede observar que los padres tienen una -

gran influencia en los avances que tenga el lenguaje del niño por lo que es recomendable la intervención de los padres en el entrenamiento de éste.

Un rasgo que es importante considerar como factor que pueda influir en el desarrollo del lenguaje es aquél relacionado con el sexo. Algunos autores han hecho observaciones en poblaciones de niños Down y se ha encontrado que las niñas tienen más fluides y su lenguaje se desarrolla más rápidamente que el de los niños. Además, los niños tienden a tartamudear más frecuentemente que las niñas. Por otro lado al parecer no hay una diferencia significativa en cuanto a la inteligibilidad del lenguaje entre niños y niñas y esto ilustra el factor de que, aunque existe traslapación entre el grado de inteligibilidad y el lenguaje entre poco fluido éstos no están en perfecta correspondencia. (Evans, 1974; Frase, 1978; y Rosen, 1974; citado en Hyatt y Rolnick, 1974; citados en Delgado, Fernández y Maldonado, 1982).

Como se puede observar, por lo expuesto anteriormente, es de suma importancia el conocer las características conductuales y psicológicas del niño con Síndrome de Down, para que con ello se lleve a cabo un tratamiento acorde a la problemática del niño, no dejando a un lado las características físicas y la importancia que tiene el trabajo del padre con el niño, aunado al trabajo del psicólogo.

C A P I T U L O

I I I

3.1 El Surgimiento de la Psicología conductual en México.

A finales de los años 60's surgió una nueva orientación en la psicología mexicana: la conductual en la Universidad Veracruzana, en Jalapa. Esta nueva orientación extendió pronto su influencia en la UNAM, a todo el país y después, a toda Latinoamérica. Aunque desde sus inicios muchos psicólogos tuvieron un papel significativo en el desarrollo de ésta corriente, el movimiento se centró principalmente en Emilio Ribes (Galindo y Verweg, 1985).

La primera etapa se limitó a la Universidad Veracruzana, de 1965 a 1971. Ahí se estableció por primera vez un plan de estudios con orientación conductual y se fundó el primer centro de educación especial para niños retardados (Ribes y Peralta, 1972). En Jalapa se organizó, en 1971, el primer Simposio Internacional de Modificación de conducta que luego tendría lugar anualmente en diferentes ciudades de Latinoamérica. El llamado grupo Jalapa se mudó a la UNAM en 1971 donde, con otros colegas de orientación conductual ahí establecidos, convirtieron a la Universidad en centro de difusión de la psicología conductual para los países hispanoparlantes. (Galindo y Verweg, 1985).

En 1972 se fundó en la UNAM un laboratorio para el análisis experimental de la conducta, donde se realizan hasta el momento numerosas investigaciones sobre conducta humana y animal.

Por último, debido al desmesurado crecimiento de la población estudiantil en la UNAM y dentro del proceso de modernización de la misma, se funda en 1975 y 1976 dos nuevas sedes universitarias destinadas a las ciencias de la salud, en donde también se forman psicólogos; La Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Iztacala y Zaragoza, respectivamente.

Los psicólogos conductistas aprovechan esta ampliación de la Universidad para aplicar en Iztacala un plan de estudios totalmente orientada hacia el conductismo; esfuerzos semejantes no llegan a consolidarse en Zaragoza. La característica central de éste nuevo programa para la formación de psicólogos es su preocupación para dirigir la psicología hacia las necesidades de la sociedad mexicana. El análisis experimental de la conducta y la modificación de ésta se convierten en la orientación que más influye en la formación de los psicólogos del país. (Galindo y Vorweg, 1985).

3.2 Areas de Incidencia de la Psicología Conductual.

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado y se aplican en la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación.

Los problemas que con las técnicas de modificación de conducta se atacan, son muy variados y entre ellos encontramos: desde las crisis matrimoniales y las adicciones, hasta los casos de neurosis y esquizofrenia en la clínica; desde la organización de guarderías y la estructuración de técnicas de enseñanza hasta el tratamiento de problemas de lenguaje, en la educación; desde el entrenamiento en control de esfíntere y lenguaje hasta el entrenamiento en labores productivas en la educación especial y desde el entrenamiento muscular hasta la enseñanza en el uso de muletas, en la rehabilitación. La meta en esos casos es la aplicación "masiva" de los métodos de modificación hallados, para que sean efectivos a gran escala. (Galindo y Verweg, 1985).

A) Evaluación:

La herencia médica de la psicología aplicada ha traído como consecuencia que por diagnóstico se entienda el poner una etiqueta o un nombre a la persona diagnosticada, sin embargo, el diagnóstico conductual más que un medio de clasificar, es una medida de la ejecución de una persona en un momento dado, medida con la cual pueden compararse cambios producidos por los procedimientos rehabilitativos o terapéuticos. (Galindo y Cols, 1984).

En las dos últimas décadas se ha desarrollado el llamado diagnóstico conductual que se fundamenta en los dos puntos siguientes: primero, un enfoque conductual hacia el estudio del comportamiento humano; segundo, la aplicación en humanos de principios y relaciones funcionales que rigen la conducta de una gran variedad de organismos.

Como característica de un diagnóstico conductual podemos señalar los siguientes:

- 1.- Se elabora con base en la observación directa de la conducta.
- 2.- Su resultado no es una etiqueta, sino un conjunto de cuantificaciones de la conducta y de descripciones de las condiciones en los que se observó ésta.
- 3.- Es confiable, ya que dos o más evaluadores debidamente preparados llegarían a cifras y resultados muy similares.

Como se ha señalado, el diagnóstico desde el punto de vista conductual no consiste en colocar al niño en una categoría de diagnóstico, ni hacer predicciones, ni especular acerca de las interacciones previas. El diagnóstico está orientado a determinar las condiciones que probablemente desarrollarán conductas nuevas y modificar las conductas problema.

Consiste también en averiguar los repertorios pertinentes en términos objetivos y en especificar en forma concreta la clase de programas educacionales que probablemente pudieran corregir el problema. (Bijou y Rayek, 1985).

Kanfer y Saslow, 1965 (citado en Galindo y Cols, 1984) mencionan tres preguntas que el diagnóstico debe intentar responder:

- 1) Cuál patrón conductual específico requiere cambios ya sea en su frecuencia de ocurrencia, en su intensidad, en su duración, o en las condiciones bajo las cuales ocurre.
- 2) Bajo cuales condiciones fué adquirido ese patrón y cuáles factores lo mantienen actualmente.
- 3) Cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en éste individuo.

El diagnóstico siempre incluye un juicio acerca de lo adecuado de los patrones conductuales de una persona. ¿ Con base en qué se hace este juicio?. Se considera que principalmente con base al valor adaptativo y de sobrevivencia que tienen las conductas; ese valor se estima observando la cultura y el ambiente inmediato en los que el sujeto vive. Otra parte importante del diagnóstico es la detección, de lo que se puede llamar relaciones funcionales viciadas, las cuales impiden la adquisición de conductas más adaptativas o deseables. Independientemente de la forma en que la relación se haya establecido, el impedimento se da porque un estímulo que de acuerdo con la cultura, debe producir la respuesta deseable que produce otro incompatible.

La evaluación puede, hacerse en tres momentos y en cada uno de ellos podemos emplear una amplia gama de instrumentos que nos permiten realizar ésto, entre ellos podemos encontrar la entrevista, los inventarios y la observación directa, instrumentos que a continuación se describen.

- A.1) Entrevista: es un medio de comunicación entre el terapeuta y el paciente que es tratado como un ser individual. Tiene dos propósitos: el diagnóstico y la proposición de la terapia. Esta no se enfoca como fuente de pistas para reconstruir la historia del paciente sino como indica-

dor de las condiciones de su situación actual (Bijou y Rayek, 1985). Es necesario aclarar que la entrevista va dirigida a los padres en los casos en que el sujeto sea incapaz de proporcionar información como serían casos de niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo, etc. En esta entrevista se persigue obtener el máximo de información sobre el estado general de salud de la madre y el padre del niño, irregularidades en el embarazo y parto, proceso de desarrollo del niño y estado de salud, conducta anterior y actual del niño.

A.2) Observación Directa: es la observación realizada por un sujeto de la conducta de otro, la cual ha sido previamente definida. Esta puede ser de dos tipos: En un ambiente estructurado o en un ambiente natural. La finalidad de esta observación es captar el comportamiento del individuo en las diferentes áreas de funcionamiento. Esta información es igualmente útil en todos los casos ya que desde la primera observación podemos definir la conducta o conductas que se deseen aumentar, modificar o extinguir.

A.3) Inventarios: es la información proporcionada por un sujeto a través de cuestionarios que el terapeuta establece. En el caso de la educación especial podemos emplear tres tipos de inventarios:

- a) habilidades
- b) conducta social
- c) sobre sus gustos. (Bijou y Rayek, 1985).

De igual forma, es necesario aclarar que estos puedan ser contestados por los padres. En los casos de habilidades del niño y conducta social, es el propio sujeto quien nos da esta información al preparar reactivos que nos permitan evaluar las habilidades que el sujeto posee como lo serían:

motora fina y gruesa, repertorios básicos, actividades académicas o pre-académicas incluso, información que vendría a ser complementada por los padres.

B) TRATAMIENTO:

El tratamiento conductual, en el retardo en el desarrollo, presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tienden a diseñar el ambiente general e individual del sujeto de modo tal que facilite y promueva la adquisición de las conductas que son necesarias para remediar cuando menos parcialmente, dicho retardo (Ribes, 1976). El tratamiento conductual abarca tres áreas fundamentales:

- 1.- Creación de nuevas conductas.
- 2.- Aumento en frecuencia de conductas ya existentes.
- 3.- La supresión de conductas objetables.

Para lograr estos tres objetivos, se vale de una serie de procedimientos como los que se describen a continuación.

B.1) Reforzamiento: cuando el sujeto emite una respuesta correcta, ésta es seguida por una consecuencia positiva y por tanto las posibilidades de que se repita en lo futuro aumentan (reforzamiento positivo). Cuando la emisión de una respuesta produce el fin o la interrupción de una situación aversiva o desagradable, la respuesta se fortalece y es a lo que llamamos reforzamiento negativo (Granell, 1979). Si queremos aumentar la conducta de estudiar en un niño, por ejemplo, podemos decirle "que bien te ves cuando estudias", que "bonito niño tan estudioso" o darle dulces, prometerle y cumplirle que lo llevaremos de paseo, etc. (ref. positivo).

B.2) Moldeamiento: se refiere a reforzamiento de pequeños estadios o aproximaciones a una respuesta terminal esperada. Las respuestas que se asemejan a la respuesta final o incluyen-

componentes de esa respuesta son reforzadas hasta lograr la respuesta terminal (Craighead, y Cols. 1976). Por ejemplo, si deseamos establecer en el sujeto la conducta de hablar o repetir alguna palabra en especial, empezaremos reforzando que el sujeto abra la boca, después reforzaremos que emitiera algún sonido y por último, reforzaremos la emisión del sonido o palabra que hemos programado para su enseñanza.

B.3) Modelamiento: La observación de una acción modelada y cualquier consecuencia para la ejecución puede fortalecerla o inhibir la respuesta en el observador, la conducta de otro sirve entonces como estímulo discriminativo para el observador en la facilitación de la ocurrencia de esa respuesta (Bandura, 1969).

B.4) Extinción: es cuando una respuesta deja de producir consecuencias positivas en el ambiente del sujeto por lo que tiende a disminuir y eventualmente a desaparecer (Granell, 1979). Si por ejemplo, queremos eliminar el berrinche de un niño, si se sospecha que la conducta del sujeto está mantenida por la atención de los adultos, se deja de reforzar inmediatamente cualquier conducta que el niño presente ignorándolo y se vuelve a prestar atención al niño cuando haya pasado el berrinche.

B.5) Castigo : cuando una respuesta es seguida de una consecuencia avergüenza o desagradable, las posibilidades de que en el futuro se repita, disminuyen; por lo tanto, la respuesta se debilita (Granell, 1979). Esta técnica la podemos emplear en la eliminación de conductas de autodestrucción, por ejemplo, si deseamos eliminar en un niño la conducta de golpearse, procederemos como se describe a continuación:

inmediatamente después que el sujeto se golpea, se le da una palmada en la mano con la que se ha golpeado; cada castigo debe ir precedido de un "no" y el nombre del niño en tono alto. Esto debe repetirse cada vez que se presente la conducta problemática y solo debe castigarse al sujeto en el momento en el que se presente la conducta indeseable.

B.6) Economía de fichas: ésta técnica se suele utilizar como una modalidad especial de reforzamiento positivo aunque también se utiliza como una modalidad de castigo negativo (costo de respuestas). Una ficha es un objeto, un bono, etc. que se puede cambiar por cosas materiales o actividades que tienen valor reforzante para el sujeto.

En base a la descripción que se hizo anteriormente sobre los procedimientos de evaluación y las técnicas de tratamiento, se presentaran algunos antecedentes del empleo de estas técnicas en el trabajo con personas afectadas por el Síndrome de Down.

C A P I T U L O

I V

IV. LA LABOR DEL PSICOLOGO EN UNA INSTITUCION PARA NIÑOS
CON SINDROME DE DOWN.

4.1 Descripción de la Institución.

CENTRO DE TERAPIA EDUCATIVA, A.C. (CTUCA).

Aspectos Generales:

En el año de 1984 llegaron por primera vez dos estudiantes de - Psicología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, al Centro de Terapia Educativa, A.C. incursionando como terapeutas de lenguaje, basándose en los principios en el análisis Experimental de la Conducta.

Plancarte y Rodríguez (1986) mencionan que la Institución estaba integrada por padres con hijos afectados por el Síndrome de Down, excusivamente.

La población atendida era de 150 niños aproximadamente, con edades fluctuantes entre cuatro días de nacidos y 25 años los cuales asistieron diariamente a la Institución en un horario de 16 a 19 horas, exceptuando a los lactantes, con quienes se trabajó una vez por semana.

Los alumnos se encontraban divididos en seis grupos de acuerdo al nivel en que se ubicaban; a los niños que aún no caminaban, la terapia era básicamente ejercicios cinencialógicos; en el segundo se localizaban los que iniciaban la marcha independiente y es aquí en donde se comenzó el entrenamiento en auto cuidado; el tercer nivel lo formaban los niños en edad preescolar, principalmente, y el trabajo se realizaba sin ayuda de las madres, continuando con el entrenamiento en autocuidado y formación de conceptos básicos; en el cuarto nivel se ubicaban aquellos niños que iniciaban su actividad académica de pre-escritura, esencialmente, para que el quinto y sexto nivel se implementaran las actividades académicas propiamente dichas, es decir, la lectura, escritura y aritmética.

Además de los grupos ya mencionados, existía un grupo denominado especial, en el cual se integraba a los niños que no poseían los repertorios básicos (atención, imitación y seguimiento de instrucciones), y que

generalmente tenían problemas de conducta, por lo que no podían pertenecer a ningún grupo.

La terapia de lenguaje que ahí se daba, antes de la llegada de las psicólogas, estaba a cargo de una persona que había obtenido sus conocimientos a lo largo de muchos años de trabajo en algunas escuelas de educación especial, por lo que su trabajo era reconocido, aunque no respaldado por ningún documento oficial.

El entrenamiento que recibían los niños, consistía en diez minutos de enseñanza individualizada cada quince días aproximadamente. Durante estas tutorías los niños repetían sílabas primero y palabras después — que la maestra resaltaba; como material de apoyo utilizaba recorte de objetos o animales de las palabras a enseñar; éste material era elaborado por las madres de los niños, las cuales pegaban las figuras en un cuaderno de manera que los niños aprendían a señalar el objeto o animal que la maestra pronunciaba y mostraba.

Como se puede observar era solo asociación objeto-palabra y el repertorio del niño era muy limitado.

El entrenamiento lo recibían alumnos de los siete años en adelante.

Con respecto a los requisitos para admitir a los niños o para avanzar en el trabajo, no existían evaluaciones periódicas de avance, ni criterios para dar de alta a los alumnos; también es importante decir, que niños con retardo profundo no se admitían en esta actividad, pero eso también era a criterio de la maestra.

A continuación se mencionará, la inserción del Psicólogo en la Institución y el trabajo realizado por Plancarte y Rodríguez en el año de 1984.

Algo muy importante q' debe considerarse en el tratamiento del lenguaje en niños con algún tipo de retardo, es que se le debe dar un uso funcional, esto es, no se trata exactamente de entrenar al niño de manera "mecánica" para que repita las palabras ~~de~~ correctamente y, darle su reforzador. Se le debe dar un entrenamiento en el q' fuera ~~de~~ la situación un tanto controlada, pueda extrapolarlo a sus situaciones ~~controladas~~ cotidianas, q' lo q' se le entrena tenga una función para él; y, ^{evita} que saliendo de la sit. de entrena. ~~el niño exti~~ se le extingan las conductas al niño ^{estando ya} en su medio natural.

4.2 La inserción del Psicólogo en la Institución.

La Psicología se encuentra en proceso de desarrollo, aunado a ello es la categorización que se le ha dado al psicólogo como un evaluador o diagnosticador en determinadas áreas, es por ello que la labor del psicólogo se vea en cierta forma obstaculizada, por lo que a él lo toca, con su trabajo, el desvanecer esa falsa conceptualización de su trabajo.

Es importante considerar la refuncionalización del psicólogo, para que su función como profesionista se reconozca y evolucione, ya que se presenta como alternativa a las actividades que él ha venido desarrollando - dentro del marco teórico tradicionalista.

Plancarte y Rodríguez (1986) mencionan, que la refuncionalización, es la modificación o creación de una función; por función, se entiende, la actividad ejercida por un organismo vivo, de tal manera, la refuncionalización del trabajo del psicólogo vendría a ser la modificación o creación de una actividad que el psicólogo realiza. La cual se puede practicar en dos formas :

- Modificando la actividad que realiza el psicólogo en una Institución ya sea cambiando ó ampliando su trabajo.
- Cuando una actividad anteriormente no había sido cubierta por un psicólogo pero que gracias a sus conocimientos puede llevarla a cabo en forma satisfactoria.

No se debe dejar a un lado, la refuncionalización, ya que practicándola es como el psicólogo puede llegar a demostrar cuales son sus alcances y que metas puede lograr con su trabajo, basándose en las necesidades de la sociedad, y no olvidar, que ésta comunidad va evolucionando, lo que hace que el psicólogo vaya aumentando la calidad y cantidad de los servicios que puede ofrecer, lo cual repercutirá en beneficio de la sociedad y para sí mismo, para que valore su labor profesional.

CONCLUSIONES.

A través de este trabajo hemos podido contemplar la importancia q' tiene el leng. en el desarrollo del infante. Asimismo hemos conocido cuales son los factores q' interviene en su desarrollo; y la falta de los factores primordiales - como son la estimulación por parte de la madre y de los adultos q' le rodean, la alimentación, el contexto en q' se desarrolla, etc. - provocan o son causa de q' el niño presente deficiencias en su leng.

Para llevar a cabo estudios sobre el leng., es importante considerar el contexto en q' se desarrolla, también tener en cuenta el medio socioeconómico y por lo tanto el grado de educ. de los padres.

Las diferencias q' se encuentran entre los niños desventajados y aventajados, con respecto a su lenguaje, demuestran q' en su mayoría el status socioeconómico si, obviamente no es determinante - es uno de los factores más importantes en el desarrollo del lenguaje, por lo q' se ha podido observar que los hijos de padres con una educ. más alta tienen más capacidad para hablar, imaginar, platicar, etc.

Plancarte y Rodríguez (1986) mencionan, que su labor en la institución de Educación Especial, fué un ejemplo de refuncionalización, modificando tanto la actividad realizada por los psicólogos hasta ese momento — dentro de ella, el abarcar la terapia de lenguaje; así como modificar la metodología empleada para proporcionar la terapia de lenguaje, en base a los principios del análisis Experimental de la Conducta.

El desarrollo de la terapia que se llevó a cabo en la institución en el año de 1984, fué de la siguiente manera:

El área donde se incidió fué la de lenguaje en donde se tomaron en cuenta dos aspectos:

- 1.- Los frecuentes problemas que en cuanto a lenguaje se observan en personas con Síndrome de Down.
- 2.- Las deficiencias observadas en cuanto al entrenamiento del lenguaje — que se brindaba en la Institución.

También se aclara que la función desempeñada por el psicólogo en esa institución no había sido nunca la de terapeuta de lenguaje.

Tomando en cuenta la actividad que en esa institución realizaba el psicólogo y la forma de llevar a cabo la terapia de lenguaje, la incidencia en dicha área por un profesional de la psicología, mostró una actividad más de las que el psicólogo suele realizar.

Un programa de lenguaje estructurado cuidadosamente significó una verdadera refuncionalización del trabajo del psicólogo en ésta área hasta ahora desconocido en la institución, ya que el programa elaborado, en forma general cumplió con lo que los niños requerían para su entrenamiento.

El objetivo general propuesto fué, el refuncionalizar el trabajo del psicólogo en el Centro de Terapia Educativa, A.C. al emplear los principios del Análisis Conductual Aplicado en el establecimiento, incremento o corrección del lenguaje en niños con Síndrome de Down.

Se trabajó con 36 niños con Síndrome de Down, ambos sexos, con eda

des que fluctuaban entre los 2 y 12 años. Todos pertenecientes a esta Institución. Se formaron cuatro grupos, tomando en cuenta la edad y la problema que presentaba el niño.

La situación en donde se daba la terapia, era un salón vacío, - por lo que se trasladaba a diario mesas y sillas.

El procedimiento que llevaron a cabo; se realizó una pre-evaluación, posteriormente el entrenamiento y finalmente la post-evaluación.

Se realizó un diagnóstico tomando en cuenta las características de los niños, se consideró útil en la medida que brindó la posibilidad de conocer las características que presentaba cada niño en el área de lenguaje.

En cada grupo se trataba de cumplir con su propio objetivo. Los resultados que reportan Plancarte y Rodríguez (1986), fueron, que la implementación de un programa de terapia de lenguaje reportó beneficios para todos los niños, aún cuando para unos haya sido en menor grado que para otros. Así mismo concluyen que el programa propuesto repercutió en el establecimiento de los principios para una posterior adquisición de lenguaje; se corrigieron errores en la articulación, se modificaron algunos patrones erróneos de comunicación y se logró que la mayoría de los alumnos aumentaran su repertorio lingüístico cumpliendo así el objetivo propuesto.

Lo antes mencionado permite pasar a reportar en el siguiente capítulo, el trabajo realizado en la misma institución durante el período - 86 - 87.

C A P I T U L O

V

REPORTE DE TRABAJO.

5.1 La llegada a la Institución.

La llegada a la Institución fué en el mes de septiembre de 1986, fué un tanto imprevista ya que el conocimiento de su existencia fué mediante un volante propagandístico.

Se realizó una entrevista con el Subdirector del centro quien — propuso el trabajo en el área de lenguaje en colaboración con otra Psicóloga, quien se iba a hacer cargo del programa. Se acepto la propuesta y al siguiente día hubo una plática con ella quien proporcionó información sobre lo que se había hecho anteriormente y lo que se planeaba hacer en este año.

De esta manera se inició a trabajar en la elaboración de evaluaciones, material didáctico, diagnóstico de los niños y entrevistas con las madres. Este trabajo se realizo de septiembre a octubre de 1986.

A partir de noviembre se empezó la terapia, la cual finalizó en el mes de junio de 1987. Durante este tiempo se realizaron evaluaciones periódicas (cada 3 meses aproximadamente) a las que se llamaron de avance — las cuales permitieron observar los logros de los niños.

Durante este mismo tiempo, se realizó un trabajo un tanto informal con las madres a quienes se les explicaba la manera en se se trabajaba con los niños para que ellas lo hicieran en casa dejandoles pequeñas tareas.

5.2 Descripción y Funciones Desempeñadas.

Descripción del Puesto:

- 1.- Terapeuta de Lenguaje.
- 2.- Elaboración de programas, elaboración de material, evaluación de los niños, ejecución de la terapia, entrenamiento a madres.
- 3.- Elaboración de material didáctico.
- 4.- El puesto se cubre en un horario de lunes a viernes de 16:00 a 19:00 horas bajo la supervisión de la Coordinadora del programa. El área para el desempeño de la terapia está constituido por dos cubículos - que se encuentran separados del resto de los salones de clase.
- 5.- No se cuenta con incentivos.
- 6.- No hay oportunidad de promoción o ascenso.
- 7.- No se da entrenamiento.
- 8.- Se requiere experiencia y disponibilidad para el trabajo.

A continuación se presenta la descripción de las funciones de -
semeñadas durante el año:

a) Elaboración de programas y evaluaciones.-

Con base en los planteamientos de Galindo y Cols. (1984) se elaboró un diagnóstico que consta de cuatro secciones: en la primera se evaluó - con la ayuda de la madre del niño el repertorio vocal con que cuenta el - niño. En la segunda se evaluaron los repertorios básicos (atención, imitación y seguimiento de instrucciones). En la tercera se evaluó la con - ducta intraverbal (conversación) y la cuarta evaluó la lectura en la que se incluyeron letras, sílabas y palabras cortas. Esta evaluación permitió colocar al niño en el nivel lingüístico más adecuado.

b) Diagnóstico y Evaluación del niño.-

Se practicó el diagnóstico con fines de clasificación, es decir, para colocar al niño en el nivel más adecuado a su problemática (cuando ya se había colocado al niño en un nivel, se aplicó la evaluación de avance - correspondiente a ese nivel para corroborar que su colocación fuera acertada).

Posteriormente, se aplicó al niño la evaluación de avance correspondiente al nivel que había sido asignado y si cumplía el criterio de 80 % de respuestas correctas era promovido a un nivel superior, en tanto que si el porcentaje era menor, permanecía en ese nivel.

c) Aplicación de la terapia al niño.

fué el trabajo directo con los niños, el cual fue diferente dependiendo del grupo que se tratara, en el punto 5.3 se especifican los criterios seguidos para esta clasificación.

- GRUPO 1: En este grupo, los niños realizaron ejercicios orofaciales e identificaron objetos de uso común.
- GRUPO 2: Los niños realizaron ejercicios orofaciales y emisión de palabras formadas por dos sílabas o sílabas solas.
- GRUPO 3: Los niños identificaron y articularon correctamente objetos - cuyo nombre estaba formado por dos sílabas que implicaban sonidos continuos.
- GRUPO 4: Los niños identificaron y articularon correctamente palabras de dos sílabas que implicaban sonidos continuos o explosivos, es decir, sonidos que al ser articulados producen una pequeña explosión o expulsión repentina de aire.
- GRUPO 5: Los niños identificaron, articularon y leyeron palabras de dos sílabas como mínimo que implicaba sonidos continuos o explosivos o que se modificaban en presencia de una vocal.

En el apartado 5.4, correspondiente a programas, se especifican los procedimientos seguidos con cada grupo.

d) Elaboración de material didáctico.

Para llevar a cabo la terapia fué necesario elaborar diferentes materiales de apoyo para lo que se estaba enseñando. De esta manera, se realizaron una serie de láminas con objetos diversos que se pueden agrupar en: (animales, prendas de vestir, frutas, aparatos del hogar, alimentos; estas láminas fueron hechas con cartulina, recortes de revistas o dibujos).

e) Entrenamiento a madres.-

Con la finalidad de que el trabajo fuera más fructífero, se dió un *informal* entrenamiento a los padres para contar con mayor apoyo en la terapia. Es preciso aclarar que este fue de manera informal ya que en la institución pusieron algunos obstáculos para su realización formal, estos fueron en cuanto al tiempo, espacio para llevarlo a cabo y algunos trámites administrativos. Por tal motivo, se optó por hacer que las madres presenciaran la sesión explicándoles el procedimiento general de reforzamiento y la aplicación de contingencias, posteriormente, las madres reforzaban al niño en la sesión y se les dejaba pequeñas tareas para la casa.

5.3 Formación de grupos.

La formación de grupos se hizo en base a dos aspectos principalmente: la edad y la problemática detectada en el diagnóstico. De esta manera quedaron constituidos cinco grupos:

- El primer grupo estaba formado por niños entre dos y cinco años de edad cuyo repertorio lingüístico estaba constituido solo por sonidos no entendibles, con estos niños se trabajaron ejercicios orofaciales e identificación de objetos de uso común.

- El grupo dos estaba formado por niños de 3 a 8 años y su repertorio lingüístico estaba compuesto por emisión de sílabas y palabras cortas. Con ellos, el trabajo realizado fué ejercicios orofaciales y emisión de sílabas o palabras formadas por dos sílabas.

- El tercer grupo estaba formado por niños de 6 y 7 años de edad, su repertorio vocas estaba constituido por la emisión de palabras cortas con inadecuada articulación. El trabajo realizado con este grupo fue identificación y articulación correcta de objetos cuyo nombre estuviera formado por dos sílabas que implicaban sonidos continuos.

- El grupo cuatro estaba constituido por niños de 6 y 7 años de edad cuya problemática principal era la articulación inadecuada. con ellos se trabajó identificación y articulación correcta de objetos cuyo nombre poseía dos sílabas que implicaban sonidos continuos o explosivos.

El quinto grupo estaba formado por niños de 11 a 16 años de edad, su repertorio lingüístico solo se veía afectado por problemas de articulación. Con ellos se trabajó identificación, articulación y lectura de palabras de dos sílabas como mínimo que implicaran sonidos continuos o explosivos o que se modificaran en presencia de una vocal.

5.4 Programas.

En este apartado, se describe, primeramente, el método general-seguido con los grupos, posteriormente, se describirá el procedimiento - específico seguido con cada grupo.

Procedimiento General.

Objetivo general: Aumentar o establecer el lenguaje en personas afectadas por el Síndrome de Down con las aportaciones de la modificación de conducta.

METODO :

Sujetos: 21 niños entre 2 y 16 años de edad afectados por el síndrome de Down que asisten al Centro de Terapia Educativa. Todos ellos - con problemas de lenguaje que van desde emisión de sonidos no - entendibles hasta articulación inadecuada.

Definición de respuestas: a continuación se describe lo que en este trabajo se consideró como respuesta correcta y respuesta incorrecta.

- a) Respuesta correcta: es aquella que corresponde formalmente - en su topografía a un fonema del idioma español en el modelo que es presentado.
- b) Respuesta incorrecta: es aquella en la que la topografía no corresponde a la del modelo presentado.

Material : en la realizaci3n de este trabajo se precis3 del empleo de dos tipos de materiales; los empleados en el diagn3stico (formato-1) y los empleados en la terapia. Los primeros estaban consti-
tuídos por cubos de madera, pijas, tableros para pijas, aros,-
ejes, botes, canicas, lápices.

El material de terapia estaba formado por láminas hechas en --
cartulina con un tama1o de 20 cms. por 30 cms. que contenían -
la figura de diferentes objetos que podían ser dibujados o de
recortes de revistas, podemos agruparlos como sigue:

<u>Alimentos</u>	<u>Ropa</u>	<u>Art. Hogar</u>	<u>Animales</u>	<u>Personas</u>	<u>Objetos div.</u>
Sopa	sueter	televisi3n	le3n	nene	sol
pan	pantal3n	radio	burro	chino	sal
tortilla	camisa	mesa	chango	papá	boca
pera	blusa	cuchillo	pato	mamá	hoja
uvas	falda	cuchara	sapo	nená	pala
leche	vestido	plato	rata	ni1a	lata
agua	calcetines	toalla	-	-	bote
fresa	zapatos	puerta	-	-	goma
-	-	gancho	-	-	vela
-	-	servilleta	-	-	pelo
-	-	jarra	-	-	foto
-	-	-	-	-	tela
-	-	-	-	-	dado
-	-	-	-	-	gota
-	-	-	-	-	bolsa
-	-	-	-	-	peine
-	-	-	-	-	árbol
-	-	-	-	-	cerca

? También se elaboraron un memorama, un domin3 y una lotería. El
memorama fu3 de dos tipos: de palabras y de figuras. Las tarjetas fueron
escritas a mano con marcador negro y en letra de molde, el memorama de fi-
guras fu3 en las mismas medidas y las figuras fueron dibujadas a mano.

El dominó fué hecho en cartulina con medidas de 10 cms. x 15cm. en una parte de la tarjeta figuraba una palabra y en la otra existía una ilustración diferente a la palabra. Las palabras fueron escritas a mano con marcador negro y la ilustración era un recorte de revista.

La lotería se construyó con tarjetas de cartulina de 15cms. x 20cms. en las que se pegaron figuras de colores recortadas de propagandas de una fábrica de juguetes.

Area: cubículo de 2.50 x 2.00 mts. bien iluminado, con dos puertas una de las cuales era totalmente de cristal, una ventana de 1.00 x 1.50mts que teníamos que cubrir con cartulinas porque no tenia cortinas. El mobiliario esta constituido por un escritorio, dos sillas, un librero pequeño, un locker y una maceta. Estaba decorado con motivos infantiles. Fué la misma en todos los grupos.

Procedimiento: este fué en cuatro fases:

Fase 1: Clasificación: se aplicó el diagnóstico (formato 1) que permitió evaluar el nivel lingüístico del niño y colocarlo en el grupo más adecuado a su problemática y edad.

Fase 2: Pre-evaluación: se realizó una evaluación específica del nivel al que se había asignado al niño (formatos 2 a 6) con la finalidad de verificar que el niño estuviera en el grupo adecuado. Si cubría a el 80% de respuestas correctas en esa evaluación era promovido a un nivel superior.

Fase 3: Terapia: fué la atención propiamente dicha que recibió cada grupo y que se especifica más adelante como procedimiento particular. — Los ejercicios orofaciales fueron los mismos para todos los grupos y fueron:

- 1.- abrir y cerrar la boca.
- 2.- meter y sacar la lengua.
- 3.- mover la lengua sobre los labios en forma circular.
- 4.- con la lengua sobre los labios moverla de izquierda a derecha.
- 5.- soplar.
- 6.- con las mejillas infladas sacar el aire con pequeños golpecitos.

- 7.- con la boca cerrada, mover los labios de un lado a otro.
- 8.- meter y sacar el aire por la nariz.
- 9.- meter el aire por la nariz y sacarlo por la boca.

Fase 4 : Evaluacion final: se aplicó nuevamente el instrumento empleado en la pre-evaluación específico de cada grupo.

Nota: es preciso aclarar que se hizo una evaluación intermedia que nos permitió ver la evolución del niño durante la terapia y la ejecución -- nuestra. Esto fué en todos los -- grupos.

Procedimientos Particulares:

Grupo 1.

Objetivo: el niño identificará no verbalmente objetos de uso común ante la instrucción.

Procedimiento: se trabajó con un procedimiento de igualación a la muestra, se usaron dos estímulos de comparación y el estímulo muestra. Se mencionaba al niño el nombre del objeto y después se le decía -- por ejemplo - "dame la mesa" o la figura que se estuviera trabajando. Cada respuesta correcta se reforzaba primaria y socialmente; la duración de la sesión fué de 30 minutos.

En la evaluación se empleo el formato No. 2.

Grupo 2.

Objetivo: el niño emitirá sílabas y formará palabras de dos sílabas ante - la instrucción.

Procedimiento: se iniciaba la sesión con una serie de ejercicios que facilitaban el movimiento de los órganos fonadores para la emisión de las diferentes palabras.

A la terminación de los ejercicios, venía la presentación de las láminas y el modelamiento para la emisión de la palabra. Se presentaba una lámina cada vez y se modelaba la palabra en -- dos sílabas y se le pedía al niño que lo dijera "dí ma-má", cada respuesta correcta era reforzada. La duración de la sesión fué de media hora.

El formato No. 3 fué el empleado en la evaluación de este grupo.

Grupo 3.

Objetivo: el niño identificará y articulará correctamente nombres de objetos formados por dos sílabas que impliquen sonidos continuos.

Procedimiento: la sesión iniciaba con los ejercicios orofaciales por un lapso de 5 minutos. Al concluir los ejercicios, se colocaba el memorama sobre la mesa (el memorama era de figuras impresas) con las figuras hacia arriba, se le daba una al niño y se le pedía que buscara el par, al encontrarla el niño tenía que decir el nombre de la figura y los demás niños debían repetirlo. Cada respuesta correcta era reforzada socialmente y al final de la sesión se daba reforzador primario (dulces). La duración de la sesión fué de 30 minutos.

El formato de evaluación empleado fue el No. 4.

Grupo 4.

Objetivo: el niño identificará y articulará correctamente palabras de dos sílabas que impliquen sonidos continuos o explosivos.

Procedimiento: se iniciaba la sesión con ejercicios orofaciales, los señalados en el procedimiento general. Después de los ejercicios se procedía a mostrar al niño láminas o a jugar dominó. Cuando se mostraron láminas se modelaba como debía ser emitida la palabra y se pedía al niño que el lo hiciera igual. Cuando se jugaba dominó, ya que en una parte había figuras y en la otra palabras, leíamos la palabra y pedíamos al niño que buscara la figura correspondiente, al encontrarla, tenía que repetir el nombre de la figura.

Las respuestas correctas eran reforzadas socialmente y al finalizar la sesión se les daba un dulce.

La duración de la sesión fué de 30 minutos.

El formato de evaluación empleado fué el No. 5.

Grupo 5.

Objetivo: el niño identificará , articulará y leerá palabras de dos sílabas como mínimo que impliquen sonidos continuos o explosivos o que se modifiquen en presencia de una vocal.

Procedimiento: la sesión se iniciaba con ejercicios orofaciales, los ya descritos anteriormente más otros que facilitaban la emisión del fonema "r", que era el que se entrenaba en las sesiones. Posteriormente se jugaba memorama de palabras y dominó. Se explicaba y modelaba cada juego. Cada niño tenía un turno para jugar, elegía una tarjeta, la leía, buscaba el par correspondiente y si era correcta se le daba una ficha y se reforzaba socialmente, después todos los niños repetían la palabra. Al final de la sesión podían cambiar las fichas por una estrella. La sesión duraba 30 min.

El formato de evaluación empleado con este grupo fué el No. 6.

5.5 Resultados.

Los resultados reportados en esta sección fueron tomados de las evaluaciones practicadas a los niños durante el curso. La primera corresponde a la pre-evaluación la cual permitió ver si la clasificación del niño era la adecuada o debía ser promovido a otro grupo. La segunda fue una evaluación intermedia o exploratoria que permitió sondear la evaluación — del niño así como la ejecución de nuestro trabajo y, la última, corresponde a la evaluación final. De acuerdo con esto, las evaluaciones 1 y 3 fueron tomadas como parámetros importantes en el trabajo y la intermedia es solo un auxiliar en la observación de los cambios.

Los resultados son reportados en términos de porcentajes y son — descritos por grupos.

Grupo 1:

Los resultados en este grupo, constituido por cuatro niños de ambos sexos, serán descritos por parejas dado que dos niños asistieron constantemente a la terapia y los otros dos solo asistieron hasta la segunda — evaluación, ya que se presentaron algunos imprevistos en sus familias.

Los sujetos 1 y 2 presentaron cambios notables entre la primera y la tercera evaluación ya que como puede verse en el cuadro 1, el sujeto 1 incrementó su conducta de 60% a 90% en la evaluación final, y el sujeto 2 presentó un aumento importante ya que de 30% que mostró en la primera evaluación ascendió a 85% en la final, es preciso aclarar que hubo un decre — mento en la segunda evaluación debido a que el niño dejó de asistir a la — terapia a causa de una enfermedad.

Por otra parte, los sujetos 3 y 4 que no complementaron la terapia también manifestaron cambios importantes dado que en la primera evaluación el sujeto 3 obtuvo un 10% y en la segunda se notó un claro incremento a 65 %, en tanto que el sujeto 4 en la primera evaluación obtuvo 0% y en la segunda se observó un incremento notable de 55%. (fig. 1).

Con los resultados antes descritos podemos darnos cuenta que la terapia fue de gran relevancia en la identificación de objetos que con el paso del tiempo y la maduración del niño a más de un entrenamiento adecuado, son bases fundamentales para la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Grupo 2:

En el cuadro No. 2 se pueden observar los resultados obtenidos en el grupo 2 que estuvo constituido por cuatro niños. Podemos notar que en tres de ellos los cambios entre la primera y la tercera evaluación fueron notables. El sujeto 5 en la primera evaluación presentó un 16.1% y mostró un notable incremento a 70% en la final. El sujeto 6 del 9.6% que obtuvo en la primera, incrementó a 30% en la final y el sujeto 7 del 0% incrementó a 58%. Del sujeto 8 solo se tienen datos de la primera y la segunda evaluación en donde se notó una constancia de 19.3% en ambas evaluaciones. No se le practicó la tercera evaluación por su fallecimiento. (fig. 2).

Grupo 3:

Este grupo, formado por cuatro niños de ambos sexos mostró cambios importantes. El sujeto 9 manifestó un incremento en su conducta de 56.7% que obtuvo en la primera a 91% en la final. El sujeto 10 mostró un cambio de 35.1% que obtuvo en la primera, a 62.1% en la final. En tanto que el sujeto 11 mostró puntajes de 64.8% en la primera y 89% en la final; por último, el sujeto 12 del 2.7% que obtuvo en la primera evaluación incrementó a 54% en la última evaluación practicada (ver cuadro 3, fig.3).

Los cambios observados a lo largo de la terapia son de gran relevancia para el desarrollo del lenguaje de los niños dado que con entrenamiento y atención adecuada pudimos lograr en ellos niveles altos de ejecución lingüística.

Grupo 4:

Este grupo, constituido por tres niños de ambos sexos, fué casi uniforme en sus resultados ya que los sujetos 13 y 14 en su primera evaluación obtuvieron un 47% de respuestas correctas y en la última incrementaron a 70.5% (cuadro 4). En tanto que el sujeto 15 en la primera evaluación obtuvo 52.9% y en la última incrementó a 94.1%. Como se puede ver en los tres niños hubo cambios notables. (fig. 4).

Grupo 5:

Este grupo estuvo constituido por seis niños de ambos sexos en los que podemos notar que todos empezaron en porcentajes bajos a excepción del sujeto 20—encontrando en todos un notable incremento en relación a la primera y última evaluación. El sujeto 16 del 22.2% que obtuvo en la primera evaluación incrementó a 89.6% en la última; el sujeto 17 del 20.6% incrementó al 51.7%. El sujeto 18 de 17.2% incrementó a 44.8%; el sujeto 19 del 34.9% que obtuvo en la primera evaluación, incrementó a 48.2% en tanto que el sujeto 20 del 62% incrementó a 79.8% en la final. Finalmente, el sujeto 21 de 32.9% que obtuvo en su primera evaluación, incrementó a 55.5% en la evaluación final. (cuadro y fig. 5).

Es claro que con el entrenamiento recibido por los niños, su articulación mejoró notablemente, esto lo pudimos observar al comparar los porcentajes de la primera y la última evaluación. Por otra parte, también en la lectura se vieron avances y cabe aclarar que esto se vió reforzado por las clases que en su grupo recibieron.

CUADRO 1. N S	1 Ev	2Ev	3Ev
1	60%	70%	90%
2	30%	10%	85%
3	10%	65%	
4	0%	55%	

CUADRO II. N S	1 Ev	2Ev	3Ev
5	16.1%	19.3%	70%
6	9.6%	67.7%	80%
7	0%	32.2%	58%
8	19.3%	19.3%	

CUADRO III. N S	1Ev	2Ev	3Ev
9	56.7%	75.6%	91%
10	35.1%	51.3%	62.1%
11	64.8%		89%
12	2.7%	10.8%	54%

Porcentaje total de respuestas correctas.

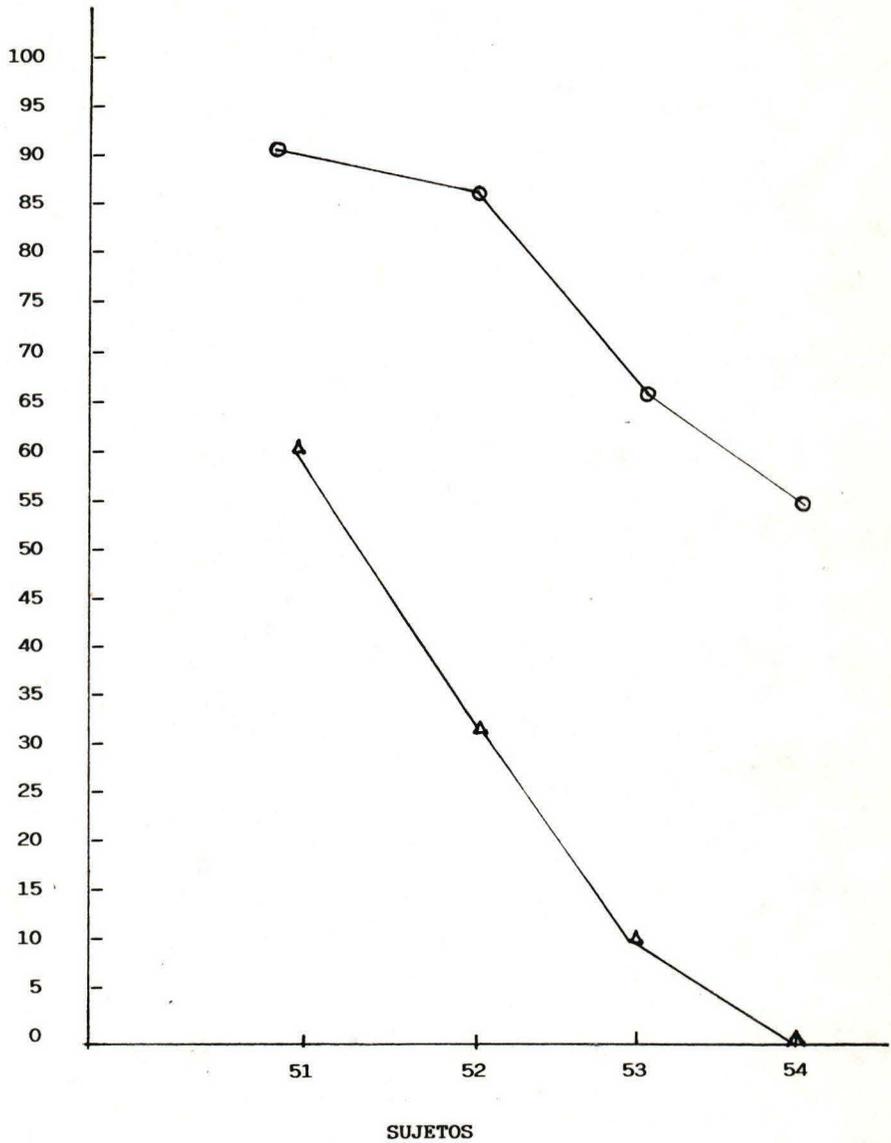
CUADRO	IV	N S	1E	2Ev	3Ev
		13	47%	52.9%	70.5%
		14	47%	64.7%	70.5%
		15	52.9%	70.5%	94.1%

CUADRO	V	N S	1Ev	2Ev	3Ev
		16	22.2%	75.8%	89.6%
		17	20.6%	48.2%	51.7%
		18	17.2%	34.4%	44.8%
		19	34.9%	47.7%	48.2%
		20	62 %	58.6%	79.3%
		21	32.9%	47.5%	55.5%

Porcentaje total de respuestas correctas.

Evaluación Inicial - Δ

Evaluación final - \circ

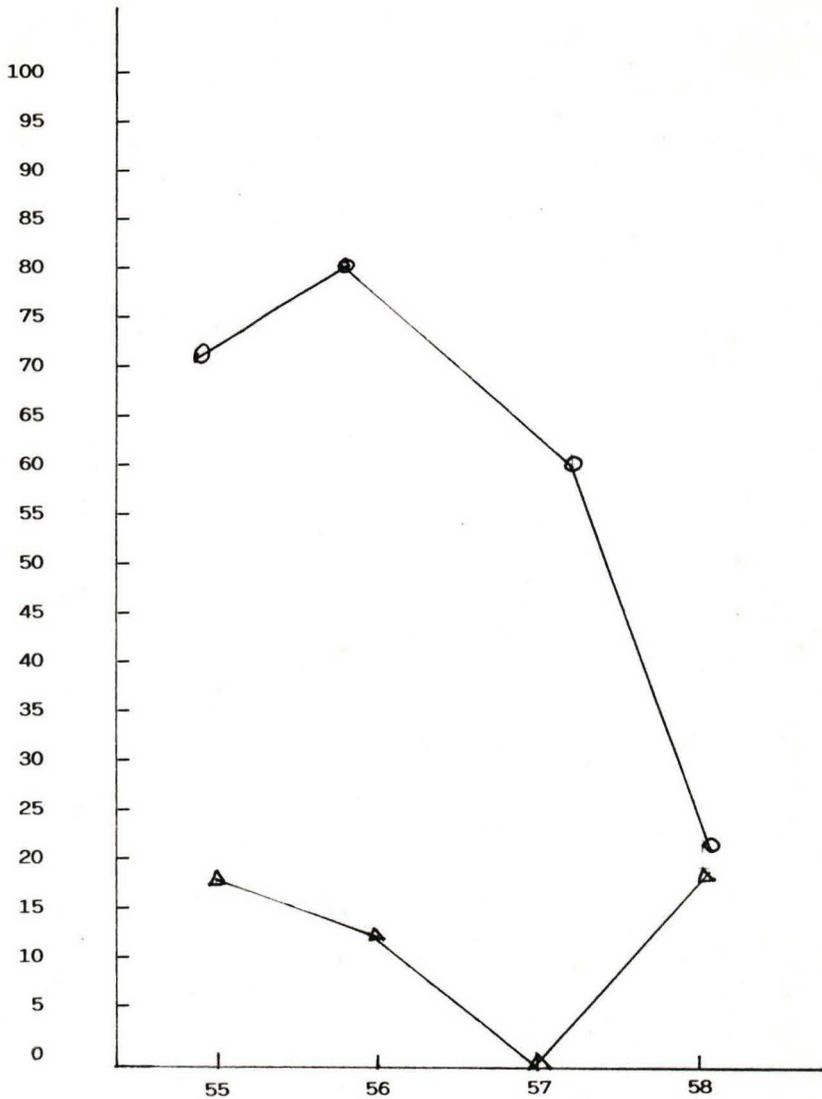


GRAFICA

FIGURA 1; Porcentajes obtenidos por los niños del Grupo 1 en la primera y última evaluación.
Sujetos 3 y 4 el porcentaje que aparece como la evaluación final corresponde a la evaluación intermedia dado no concluyó la terapia.

Evaluación Inicial - Δ

Evaluación final - \circ



SUJETOS

FIGURA 2 : Porcentajes obtenidos por los niños del Grupo 2 en la primera y última evaluación.
Sujeto 8, el porcentaje que aparece como la evaluación final corresponde a la evaluación intermedia dado que no concluyó la terapia.

Evaluación Inicial - Δ

Evaluación final - \circ

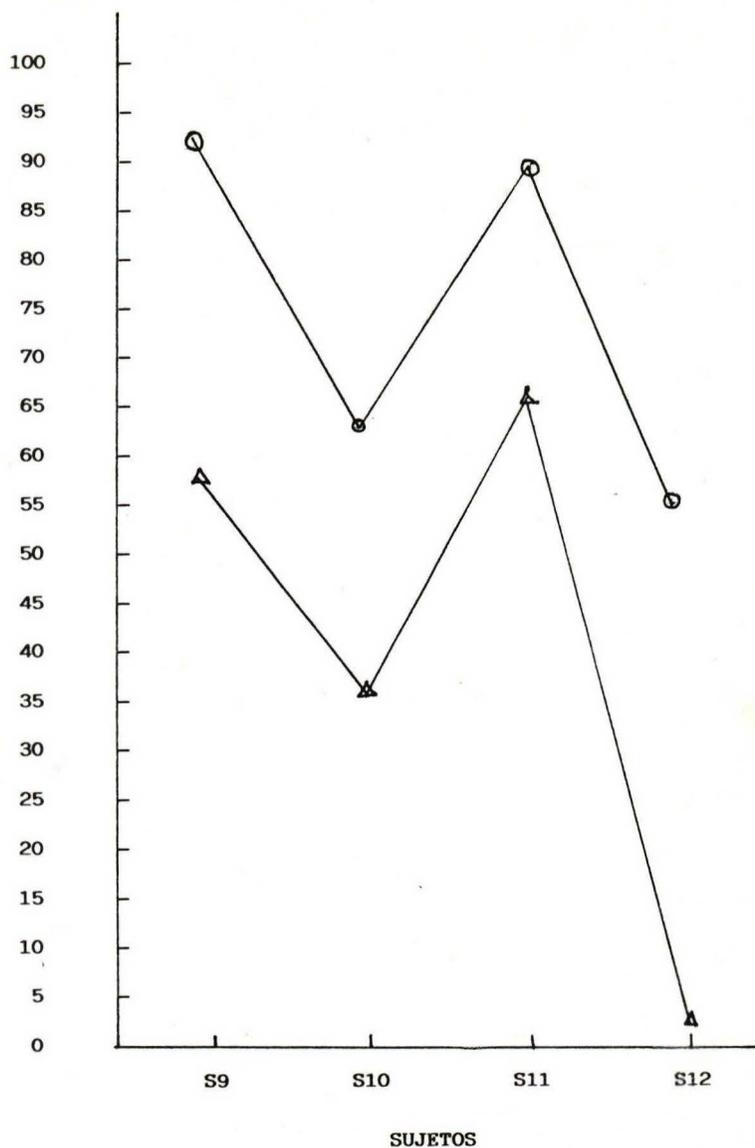


FIGURA 3: Porcentajes obtenidos por los niños del Grupo 3 en la primera y última evaluación.

Evaluación Inicial - Δ

Evaluación final - \circ

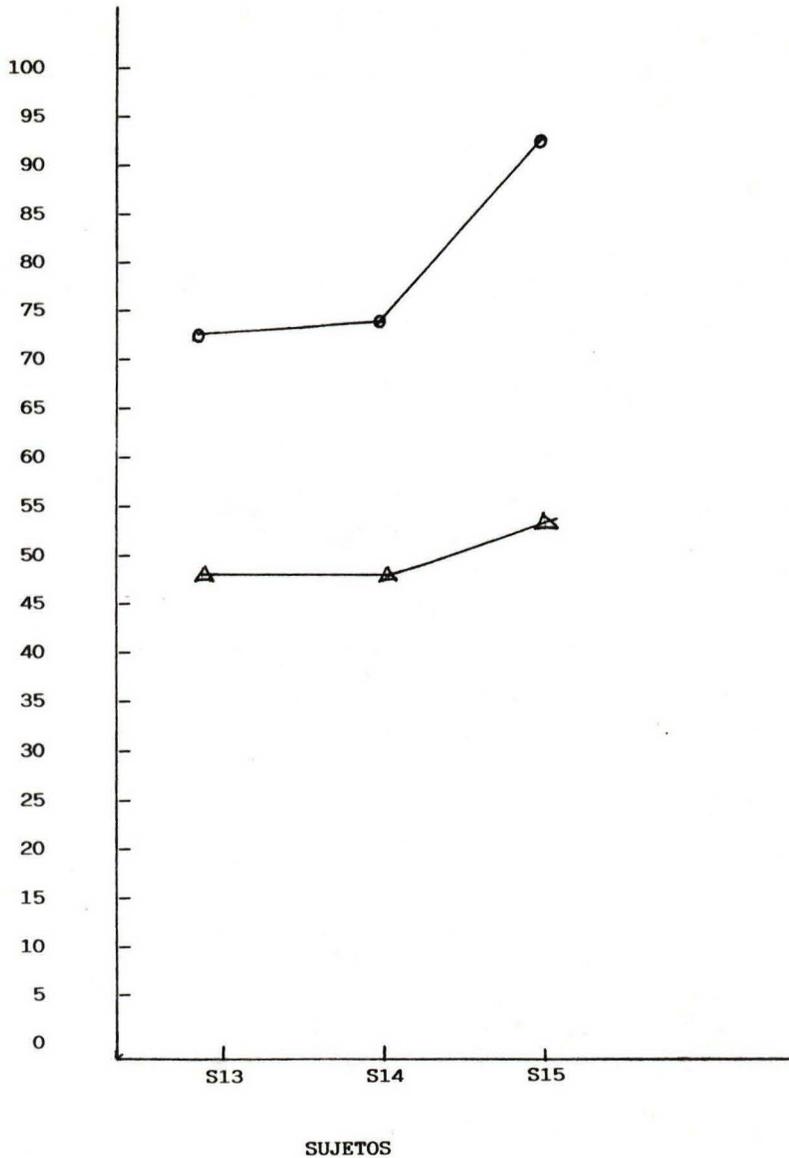


FIGURA 4: Porcentajes obtenidos por los niños del Grupo 4 en la primera y última evaluación.

Evaluación Inicial - ▲

Evaluación final - ○

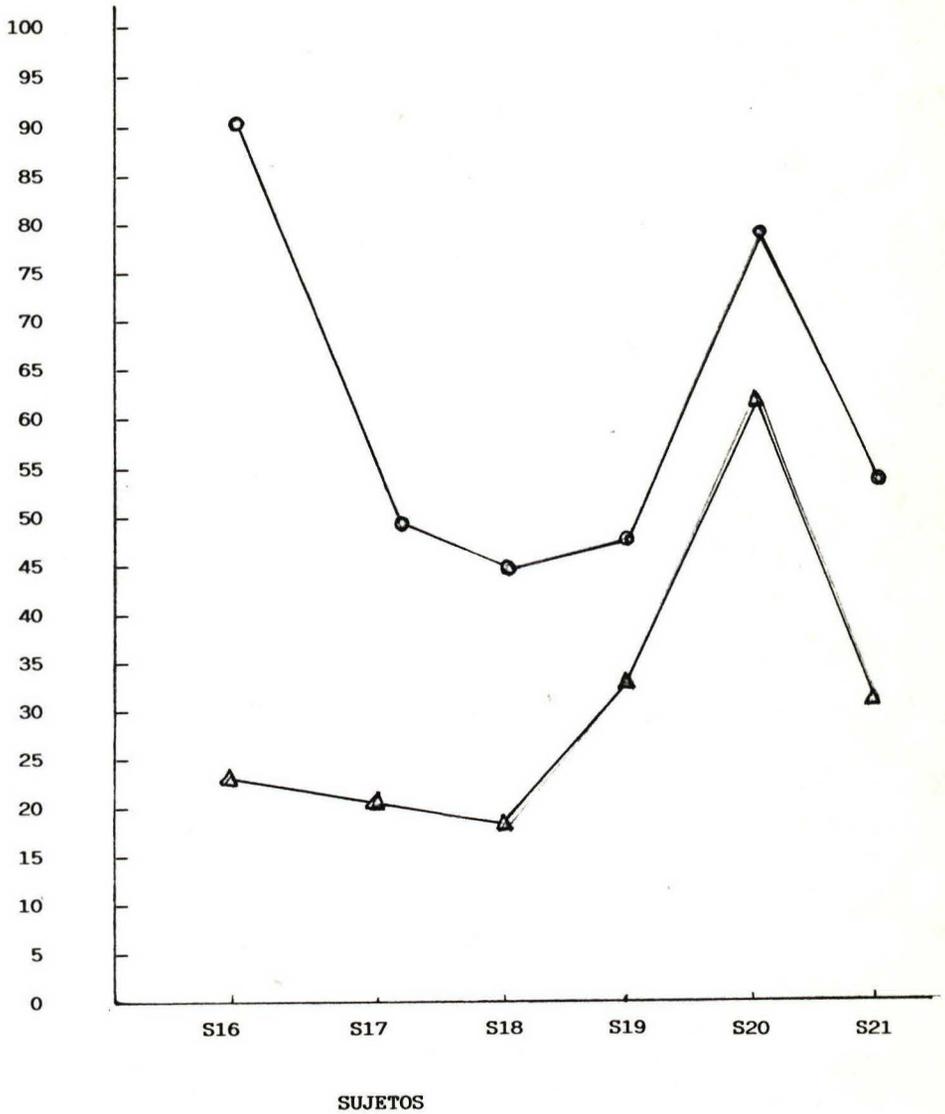


FIGURA 5: Porcentajes obtenidos por los niños del Grupo 5 en la primera y última evaluación.

C A P I T U L O

V I

~~Handwritten scribble~~

Handwritten scribble

Handwritten scribble

CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS.

Con el surgimiento de la psicología conductual, se dió un nuevo enfoque a la psicología y al trabajo que el psicólogo realiza, específicamente en el área de educación especial, que fué el foco central de este trabajo. Podemos resaltar que al no hablar de "deficiencia mental" o "retraso mental", que son términos por demás peyorativos y poco específicos, sino de retardo en el desarrollo y hablar en términos de conductas observables; brindan al psicólogo la oportunidad de demostrar que no es el "loquero" sino una persona capaz de comprometerse realmente con su trabajo y, obviamente, con el paciente, brindándole alternativas para su incorporación al ámbito social y, ¿por qué no?, al laboral.

Es claro que la psicología conductual vino a revolucionar tanto el trabajo como la imagen que del psicólogo se tenía; la categorización que se ha dado del psicólogo como evaluador y diagnosticador, en cierta forma ha obstaculizado su labor, por lo que, a él corresponde, con su trabajo, desvanecer esa falsa conceptualización; y es aquí donde la refuncionalización no debe dejarse de lado ya que practicándola es como el psicólogo puede llegar a demostrar cuales son sus alcances y qué metas puede lograr con su trabajo basándose en las necesidades de la sociedad y no olvidar que esta comunidad va evolucionando, lo que hace que el psicólogo vaya aumentando la calidad y cantidad de sus servicios, lo cual repercutirá en beneficio de la sociedad y de sí mismo.

Durante el desempeño profesional se puede constatar que las concepciones antes vertidas son realmente importantes. En nuestro caso se pudo comprobar que es el trabajo del psicólogo el que convence a la gente y hace que se valore y acepte. Al iniciar nuestro trabajo, aún no se nos habían proporcionado los formatos de evaluación y tuvimos que pedirles a las madres de los niños que fotocopiaran el formato para empezar el trabajo; la mayoría de ellas no respondió positivamente, ya que no quisieron fotocopiar los formatos. Al transcurso del tiempo y al observar los avances que los niños iban logrando en su lenguaje gracias a la terapia, la -

actitud de las madres cambió notoriamente mostrando interés y cooperación en nuestro trabajo.

Otro factor que pudo estar influyendo, creemos, fué el hecho de hacer que las madres participaran también en la terapia contando con nuestra asesoría, aún cuando el entrenamiento que recibieron las madres fué un tanto informal.

Por otra parte, las técnicas de modificación de conducta demostraron su efectividad dado que en los grupos con los que se trabajó obtuvieron porcentajes altos de ejecución, logros que pudieron ser observados gracias al proceso continuo de evaluación que ofrece la psicología conductual.

Aún cuando los resultados fueron satisfactorios, tal vez se hubiera podido lograr más. Algunos factores que se pueden considerar como obstáculos en el desempeño de nuestro trabajo son, en primer lugar, el poco apoyo que por parte de la Institución se recibía como lo fué el hecho de no proporcionar un tiempo y un espacio para la capacitación de las madres, lo que influyó en su desempeño no fuera todo lo bueno que pudiera haber sido, pero que sin embargo, gracias a su interés y entusiasmo se logró lo que se reportó en este trabajo. El factor económico, que de alguna manera fue el generador de otros. No se contaba con el material necesario para llevar a cabo el trabajo terapéutico; lo que en ocasiones limitaba nuestro desempeño, aunque, siempre tratamos de superar estas limitaciones valiéndose del mobiliario con que contaba el cubículo. Tampoco se contaba con el personal suficiente que nos pudiera auxiliar en el traslado de los niños al salón de terapia. Otro obstáculo que observamos fué la poca participación de los profesores de los niños que en ocasiones negaban la salida a los chicos a la hora que correspondía su sesión de terapia argumentando que tenían tareas que hacer o simplemente diciendo que no podían salir.

La interrupción de clases pudo ser también un factor de inter -
vención ya que en muchas ocasiones se vieron suspendidas las labores por la preparación de eventos tanto cívicos como sociales lo que ocasionó que se perdieran sesiones de trabajo terapéutico.

Considerando todos los factores que antes se mencionaron como posibles obstáculos en el éxito de la terapia, a continuación proponemos algunas alternativas que minimicen dichos obstáculos.

A L T E R N A T I V A S

- 1.- Sensibilización al personal docente y administrativo en cuanto a la importancia del trabajo del psicólogo, es decir, proporcionar el máximo de información sobre lo que es el verdadero rol del psicólogo tratando de desvanecer falsos conceptos y prejuicios que pudieran existir en cuanto a nuestras funciones. Algunas maneras que sugerimos para tal efecto son:
 - Preparación de pláticas informativas.
 - Conferencias.
 - Cartulinas que ilustren nuestras funciones.
 - Distribución de volantes y folletos.

- 2.- Capacitación formal a las madres de los niños; realizando un programa que cubra los siguientes aspectos:
 - qué funciones cumple.
 - las características de los niños con Síndrome de Down.
 - las habilidades que poseen y las que pueden llegar a desarrollar.
 - explicación de los principios de modificación de conducta.
 - las técnicas más empleadas y
 - una evaluación que nos permita sondear los conocimientos de las señoras sobre estos temas antes y después del curso.

- 3.- Entrenamiento a los niños por parte de sus compañeros más avanzados. Esto se lograría llevando a cabo la terapia con cada grupo y de manera uniforme con todos los niños, después de tres o cuatro meses de entrenamiento y conociendo bien cada caso, podríamos captar a los niños que avanzan más rápido dentro de cada grupo y posteriormente sería el quien enseñara a sus compañeros menos avanzados.

- 4.- Familiarización del psicólogo con el patrón característico de articulación de las personas afectadas por el Síndrome de Down, esta familiarización

liarización podría darse en dos sentidos: el primero, hacer una -
evaluación al psicólogo que se hará cargo del programa para consta-
tar que posee los conocimientos y habilidades suficientes para el-
desempeño del trabajo con personas afectadas por el Síndrome de -
Down, y brindar una capacitación que nos garantice que el psicólo-
lo va a desempeñar satisfactoriamente su trabajo como terapeuta de
lenguaje, en segundo lugar.

C A P I T U L O

V I I

B I B L I O G R A F I A

- Bandura, A. principles of Behavior Modification. Holt. Rinehart and Winston, Lnc. USA. 1969 Cap. 3 pp. 118 - 121.
- Bijuo, S. y Grimm, J. "Diagnosis y Evaluación en la enseñanza de niños pequeños desventajados" En: S. Bijuo y E. Rayeh Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción. Ed. Trillas, México, 1985. Cap. 24 pp. 363 - 383.
- Craighoad, G; Kaxdin, L. y Mahoney, D. Behavior modification: Principles, Is sues and Aplication. Houghton Mifflin Company, Boston. USA. 1976 Cap. 7 pp. 111-133.
- Delgado, S, Fernández, C. y Maldonado, D. Investigación del patrón característico de problemas de articulación en niños con Síndrome de Down y propuesta en una técnica grupal para su tratamiento. Tesis profesional. UNAM, México, 1982. Cap. 2 pp. 6 - 49.
- Galindo, E.; Bernal, T; Hinojosa, G; Galguera, M; Taracena, E y Padilla, F. Modificación de conducta en la Educacion Especial Diagnóstico y Programas. Ed. Trillas, México, 1984. Cap. 1 pp. 5 - 13.
- Galindo, E. y Vorweg, M. La psicología en México, Revista Ciencia y Desarrollo. Conacyt No. 63 México, 1985. - pp. 29 - 45.

Grabell, E. Control de la hiperactividad mediante técnicas de modificación de conducta. En: Aplicación de Técnicas de modificación de conducta para el control de la hiperactividad en el ambiente natural.

Ed. Trillas, México, 1979.

Gunn, P ; Clark, D y Berry, P. Maternal speed during play with a Dow's Syndrome infant. Mental Retardation. 1980 pp. 15 - 18.

Pérez, R y Viga de Alva, D. El Síndrome de Down y las alternativas de Rehabilitación. México 1987.

Plancarte, C. y Rodríguez, S. La refuncionalización del trabajo del psicólogo en una Institución que atiende a personas afectadas por el Síndrome de Down, incidiendo en el área del lenguaje. Tesis profesional. - UNAM México, 1986.

Ribes, I.E. Técnicas de Modificación de Conducta: Su aplicación en el retardo en el desarrollo. Trillas, México. - 1976. Caps. 1,2. pp 13 - 57.

Ribes, E. y Peralta, J. El desarrollo de programas de entrenamiento y servicio en modificación del comportamiento. Revista Latinoamericana de Psicología. No. 4. México, 1972. pp 335 - 344.

Servicio Internacional de Información sobre subnormales. Datos sobre Síndrome de Down en mujeres mayores de 35 años. San Sebastián, SIIS, 1976, 16.

Smith, D. y Berg, J. Síndrome de Down. Ed. Médica y Técnica - Barcelona, España.

alondra
Stedman y Richrns; Smith y Asper. El niño con Síndrome de Down. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1978.

*

A N E X O S

SECCION II

1. ATENCION.

C O N D U C T A S	NADA	BIEN	RESPUESTA APROXIMADA
1. Busca con la vista un objeto que ha sido retirado de su campo visual.		✓	
2. Durante 2 min. presta atención a música o a un cuento.		✓	
3. Dirige la vista hacia donde oye su nombre.		✓	
4. Extiende las manos hacia un objeto que se le ofrece.		✓	
5. Busca con frecuencia el contacto visual cuando se le atiende.		✓	
6. Mantiene contacto visual durante 30 segundos.		✓	

2. IMITACION a) Motora Gruesa.

1. Levantar un brazo.		✓	
2. Tocar la cabeza.		✓	
3. Coger un objeto que se encuentra frente a él.		✓	
4. Estando sentado, ponerse de pie.		✓	
5. Hacer una sentadilla.		✓	
6. Aplaudir.		✓	

b) Motora Fina.

1. Colocar pijas.		✓	
2. Meter objetos en un recipiente.		✓	
3. Encimar cuatro cubos.		✓	
4. Meter cuatro aros en un eje.		✓	
5. Tocar la punta de la nariz con el dedo índice.		✓	
6. Unir una línea de puntos.	-		

c) CONDUCTA ECOICA.

PALABRAS	NADA	BIEN	RESPUESTA APROXIMADA
Beso	✓	✓	s
Mamá	✓	✓	
Oso	✓		o
Dona	✓	✓	- nono
Dedo	✓		de lo
Feo	✓		fia
Gato	✓		tato
Juan	✓		rau
Casa		✓	
Foco		✓	
Lalo		✓	
Río	✓		lo
Perro	✓		peso
Aro	✓	✓	oo
Queso	✓	✓	
Este	✓		ete
Niño	✓		nido
Sapo	✓		fapo
Llave	✓		lave
Brazo	✓		Boro
Tres	✓		tes
Rasco	✓		raso
Crema	✓		quema
Blanco	✓		calso
Dragón	✓		anión
Clavo	✓		clavo

Chango	✓		chango
Flor	✓		flor
Plato	✓		plato

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

A) Mandos

1. Abre la puerta.		✓	
2. Sacar un lápiz		✓	
3. Levántate (párate).		✓	
4. Siéntate en el suelo.		✓	
5. Dame el cuaderno.		✓	
6. Acerca la silla.		✓	

b) Tactos

1. Donde está tu cabeza?		✓	
2. Donde está la puerta?		✓	
3. Donde está el lápiz?		✓	
4. Donde está el foco?		✓	
5. Cómo se llama esto ? (mesa).		✓	
6. Cómo se llama? (pizarrón).		✓	alón

SECCION IV

LECTURA

A

h	M	C	n	G	q	X	L	S	y	a	z	B	R	E	ñ	j	m	I	O	T	Y	u	k	p	f	v
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

b

ma		be		ri		ga		ju		Cu	
ki		co		di		si		ve		la	
no		pu		se		la		to		ño	

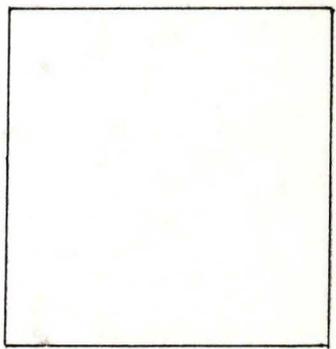
fle	
dra	
bra	

cla	
dru	
pre	

cru	
tri	
plo	

gas	
ten	
pez	
cal	
aro	
olla	
pelo	
foco	
tela	

coco	
todo	
vaso	
tren	
plato	
brazo	
fresa	
grito	
clavo	



FORMATO 2

N I V E L : 1

Nombre del niño: _____

Edad : _____ No. de Expediente: _____

Fecha de examen : _____ Examinador : _____

Grupo : _____

IDENTIFICACION DE OBJETOS DE USO COMUN.

Primera Segunda Tercera Cuarta

Sopa	_____
Mesa	_____
Cuchillo	_____
Sweter	_____
Cuchara	_____
Taza	_____
Puerta	_____
Pelota	_____
Peine	_____
Vestido	_____
Pantalón	_____
Zapatos	_____
Camisa o blusa	_____
Tele	_____
Tortilla	_____
Servilleta	_____
Radio	_____
Cepillo	_____
Calcetines	_____
Toalla	_____

EVALUACION DE AVANCE NIVEL II.

Nombre del niño: _____

Edad : _____ No. de expedientes: _____

Fecha de examen: _____ Examinador: _____

Grupo : _____

EJERCICIOS OROFACIALES .

Primera Segunda Tercera Cuarta

Abrir la boca aproximadamente 2cm.

Abrir la boca y sacar la lengua.

Mover la lengua a la derecha.

Morder el labio inferior con los
dientes superiores.

Inflar las mejillas apretando los
labios, impidiendo que salga el -
aire por la boca.

Dar golpecitos seguidos con los -
dedos en las mejillas para que -
salga el aire.

Mete y sacar el aire por la nariz.

Meter el aire por la nariz y sacarlo
por la boca.

Inflar un globo, metiendo el aire
por la nariz y sacándolo por la boca.

IMITACION DE SILABAS SIMPLES:

Ba
Fo
Di
Je
Ki

Ce

Gu

Ha

Llu

Ne

Se

Ni

Po

Ma

Ra

Ti

Za

Yu

Vo

Que

Lo

Che

FORMATO 4

N I V E L : I I I

Nombre del niño : _____
Edad : _____ No . de expediente: _____
Fécha de examen : _____ Examinador : _____
Grupo : _____ .

ECOICAS

Primera Segunda Tercera Cuarta

Pelo	_____
Vaso	_____
Pato	_____
Uva	_____
Banco	_____
Sala	_____
Leche	_____
Niña	_____
Coche	_____
Boca	_____
Tela	_____
Taco	_____
Cine	_____
Hoja	_____
Cama	_____
Dama	_____
Foto	_____
Goma	_____
Jarra	_____
Lata	_____

TACTOS :

Bolsa _____
Pala _____
Bote _____
Vela _____

Primera Segunda Tercera Cuarta

Rata _____
Reja _____
Mono _____
Pan _____
Pera _____
Lancha _____
León _____
Mano _____

CONCEPTOS ESPACIALES

¿ Qué canica está dentro de la caja ?

¿ Qué lápiz está lejos del cuaderno?

¿ Qué bolsa está abajo de la mesa ?

Dame el lápiz que está en medio

Párate detrás de mi.

N I V E L : IV

Nombre del niño: _____
Edad : _____ No. de expediente : _____
Fecha de examen: _____ Examinador : _____
Grupo : _____

ARTICULACION

Primera Segunda Tercera Cuarta

Barco _____
Sol _____
Pluma _____
Burro _____
Gancho _____
Dado _____
Lápiz _____
Sal _____
Arbol _____
Mango _____
Fresa _____
Chile _____

CONCEPTOS ESPACIALES

¡Pon la canica dentro de la bolsa!
¡Párate junto a la puerta!
¡Coloca el cuaderno lejos del lápiz!
¡Pon la goma sobre tu cabeza!
¡Acércate a mí!

F O R M A T O 6

EVALUACION DE AVANCE NIVEL V.

Nombre del niño: _____

Edad: _____ No. de expediente: _____

Fecha de examen: _____ Examinador: _____

Grupo: _____

ARTICULACION:

PRIMERA SEGUNDA TERCERA CUARTA.

Arete _____

Gorila _____

Guitarra _____

Libro _____

Hombre _____

Cabeza _____

Tortilla _____

Conejo _____

Búo _____

Lucha _____

Galleta _____

Piña _____

LECTURA:

Girasol _____

Manzana _____

Gallina _____

Piñata _____

Naranja _____

Perico _____

Oreja _____

Campana _____

Escoba -----
Botella -----
Calzón -----
Camión -----

EVALUACION DE CONCEPTOS ESPACIALES:

Parate sobre la hoja de papel

Aleja tu silla del escritorio

Lleva el bote de basura fuera
del salón.

Señala la pelota que está en medio

Coloca la pelota abajo de la silla.