



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**APOYO TERAPÉUTICO EN EL AREA DE  
LENGUAJE PARA NIÑOS Y  
NIÑAS CON DISCAPACIDAD MODERADA.**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**OLIVIA VÁZQUEZ TORRES**



**ASESORES: LIC. CLARA BEJAR NAVA**

**LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA**

**LIC. JULIA CHIMAL PABLO.**

**LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA. EDO. DE MÉXICO. 2004.**



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.

*Agradezco a todos los que directa o indirectamente están involucrados en la realización de esta tesis. A aquellos que fueron motivo de inspiración, a quienes la supervisaron y a los que siempre me apoyaron y confiaron en que lo lograría.*

*GRACIAS.*

## **Oración de un niño diferente.**

Acéptame como soy, en razón de justicia y no de piedad.

Libérame de la ignorancia y la dependencia por tu deber de cuidado.

Transfórmame en un ser útil porque no quiero vivir de limosnas.

Pon en mis labios la luz de una sonrisa y no la sonrisa triste del miedo.

Ayúdame a no ser una carga para mis padres logrando mi integración social.

Reflexiona; mi comienzo fue igual al tuyo.

Sabe que las ilusiones que acompañaron mi nacer fueron las mismas que soñaron tus padres.

Despierta con tu afecto mi fuerza contra la agresividad que avasalla.

Mírame: soy un ser humano como tú.

anónimo(niño).



## INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Capitulo I Instituciones asistenciales para menores con discapacidad.

1.1. Educación especial en México.....	1
1.2. Situación actual.....	7
1.3. Programa de atención a niños y niñas con discapacidad moderada.....	10

Capítulo II. Discapacidad.

2.1. Definiciones de discapacidad.....	18
2.2. Tipos de discapacidad.....	24

Capítulo III. Papel del psicólogo en la Educación Especial.

3.1. Niveles de intervención.....	29
-----------------------------------	----

3.2. Equipo multidisciplinario.....	36
3.3. Desprofesionalización.....	38

#### Capitulo IV. Practica profesional en el área de Lenguaje.

4.1.Desarrollo del lenguaje en menores.....	42
4.2. Labor desempeñada en la guardería.....	44
4.2.1.Equipo multidisciplinario.....	46
4.2.2.Terapia de lenguaje.....	48
4.2.3.revisión de un caso.....	50

Conclusiones.....	55
-------------------	----

Referencias Bibliográficas.....	71
---------------------------------	----

## RESUMEN

La discapacidad o el nacimiento de un niño con discapacidad se ha venido incrementando en los últimas décadas; no es privativo de raza, religión y posición social, de ahí que la población que puede verse afectada por ésta, tiende a ser muy amplia y se requiere de muchos esfuerzos para ayudar a la rehabilitación e integración de estas personas.

El diagnóstico y la rehabilitación siempre ha estado a cargo de los médicos, quienes se encargan de la salud del paciente y en algunos casos de salvarle la vida; por otro lado la educación y la calidad de vida de estos niños ha recaído en otros profesionales que se han ocupado de buscar alternativas para la integración social de estas personas, entre ellos el psicólogo.

La inserción del psicólogo en el campo de la Educación Especial ha sido posible gracias a sus conocimientos sobre conducta y desarrollo humano; y es en la práctica profesional donde se establece y enriquece la capacidad profesional del psicólogo. Gracias a estos conocimientos el psicólogo tiene la capacidad para desempeñarse en otros puestos, tales como maestro de grupo o terapeuta de lenguaje.

El desempeño del Psicólogo en Instituciones de Educación Especial le demanda que este en constante actualización para cubrir las necesidades que dicha población requiere; además de que tenga conocimientos de otras áreas afines, situación que salva gracias a la formación que tiene y a la capacidad de investigación que le permite indagar y dar nuevas alternativas de solución a los problemas que se enfrenta.

Esta capacidad le permite desarrollarse en puestos afines, en mi caso particular como terapeuta de lenguaje, en un principio la labor no fue fácil, sin embargo con la práctica y con la constante actualización en dicha área me ha permitido estar a la altura de cualquier otro terapeuta de lenguaje y sobre todo dar solución y atención a la población que atiende la Guardería Felices hacia el Futuro. Estoy consiente de las limitaciones en mi desempeño, ya que mi formación no es la de una terapeuta pero también se que las puedo solventar con la constante actualización y en el ejercicio de la práctica junto a otros profesionales.



## INTRODUCCION

Los avances tecnológicos de la medicina, en los últimos años, han permitido la sobrevivencia de aquellos pequeños que nacen con algún factor de riesgo o una patología discapacitante; sin embargo poco se ha hecho para mejorar su calidad de vida en los aspectos social, asistencial, recreativo y educativo.

Los padres de estos pequeños se enfrentan a una realidad difícil en la que se conjunta la ignorancia, el rechazo y la desinformación acerca del padecimiento de su hijo, como deben tratarlo y los lugares en donde lo pueden atender.

En México existe una gama de centros públicos y privados que son insuficientes para cubrir la demanda existente. O los costos de colegiaturas son inaccesibles para la mayoría de la población con discapacidad.

La presencia de un hijo con discapacidad involucra no solo a un grupo de médicos especializados, sino a varios profesionales de diversas áreas que en conjunto estructuran un programa de rehabilitación, encaminado a proporcionarle una mejor calidad de vida al paciente. Además de que la familia se vuelve coparticipe pues es la encargada de llevar a cabo dicho programa, dentro del hogar en el desarrollo de la rutina diaria.

En un sentido más amplio también la sociedad se ve involucrada; se debe concientizar ante la diversidad y es quien finalmente permitirá la integración de los individuos.

Así como también, los profesionales del área de salud y educación que están involucrados en la rehabilitación de estas personas.

El presente reporte habla del papel del psicólogo en la Educación Especial, específicamente en el área de lenguaje.

El primer capítulo presenta un esbozo de lo que ha sido la Educación Especial en México. Como ha cambiando el enfoque, de ser una escolaridad selectiva para ciegos y sordos hasta nuestros días que se maneja una educación integradora. Y como parte de esta concepción integradora la intervención desde etapas tempranas.

El segundo capítulo se refiere a la discapacidad y a la utilización de términos universales para referirnos a las personas con una discapacidad.

El tercer capítulo se refiere al papel del psicólogo dentro de la educación especial su quehacer dentro de los equipos multidisciplinarios y la importancia del trabajo con los paraprofesionales.

El cuarto capítulo habla de la labor del psicólogo dentro del área de lenguaje, las herramientas que le proporciona su formación y las habilidades que posee que le facilitan su desempeño y mantenerse en un nivel de competencia.

# **CAPITULO I. INSTITUCIONES ASISTENCIALES PARA MENORES CON DISCAPACIDAD.**

Aún cuando los programas de población han ampliado su cobertura en referencia al control de la natalidad, el impacto de estos en los países en desarrollo todavía es bajo, por lo que día a día la población infantil se incrementa y con ello aumenta también el número de niños y niñas que nacen con alguna patología discapacitante o que secundario a una enfermedad o accidente presentan algún tipo de discapacidad.

Los avances tecnológicos de la medicina han permitido lograr la sobrevivencia de estos pequeños, sin embargo poco se ha hecho para mejorar su calidad de vida en los aspectos social, asistencial, recreativo y educativo.

Por otro lado el modelo educativo se ha transformado de ser asistencial, a un modelo terapéutico y realmente pedagógico, que sin embargo esta en proceso de reconstrucción para servir mejor a los niños con necesidades especiales.

## **1.1. Educación Especial en México.**

La educación especial en México ha transitado por distintos modelos conceptuales y organizativos que han definido la forma y modo de ofrecer la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales. El modelo educativo se ha transformado, de ser asistencial, a un modelo terapéutico y

realmente pedagógico que está proceso de construcción para servir mejor a los menores con necesidades educativas especiales.

La historia de la educación especial en México es la historia misma de la exclusión y el rechazo. El punto de partida en común, es al momento de la oficialización de los servicios para los discapacitados, que en un primer momento eran de dos clases: ciegos y sordos. Hablamos del periodo presidencial de Benito Juárez, periodo en que es importante señalar se introduce la filosofía positivista en México. Con la adopción de esta nueva filosofía, señala Peón, 1991(citado en Paredes y Sosa, 1998) la educación se concibe como un instrumento del Estado, quedando como encargado de adaptar la filosofía de Comte a las condiciones mexicanas, Gabino Barreda; como resultado de esto se expide la Ley General de Instrucción Pública (1867), donde se declara a la escuela *básica, universal, gratuita y obligatoria*.

Con la Reforma, siendo presidente de México Don Benito Juárez, solo encontramos preocupación por dar educación a los sordos en primera instancia y luego a los ciegos, en nuestros días contamos con programas desde estimulación temprana hasta los de capacidades sobresalientes.

Como punto alternativo de inicio se toma el nacimiento u oficialización de la denominada Instrucción Pública dependiente del estado, es decir con el movimiento libertario. Se constituyen a partir de ese momento las bases para la conformación del gran sistema educativo con todas sus vertientes e intereses, o la consolidación como un efecto retardado de los ideales de igualdad y fraternidad de la revolución francesa. (Paredes y Sosa,1998).

Como señala Solana (1982), al ser nombrado José Vasconcelos rector de la Universidad Nacional el 1º de Julio de 1920, se convirtió en el abanderado de la idea de crear una secretaria federal de Educación Pública. El 8 de Febrero de 1921 se inició en la Cámara de Diputados la discusión de la reforma constitucional necesaria para fundar la Secretaría de Educación Pública, aprobándose por unanimidad entre Senadores y Diputados y siendo promulgada por el presidente Álvaro Obregón el 29 de Septiembre de 1921.

Algunos años después, en 1824, se aprueba la primera constitución política que en su artículo 50 ordena promover la "Ilustración". Primeramente como *instrucción*, posteriormente como *ilustración* y, hasta 1921 *Educación Pública*.

En 1833, Valentín Gómez Farias con el nombre de Reforma Liberal, da a conocer una serie de decretos y disposiciones encaminadas a organizar las instituciones políticas del país, entre estas se encuentra la creación de la Dirección General de Instrucción Pública para el distrito y territorios federales.

En 1867 con Gabino Barreda a cargo de la instrucción básica se genera la Ley General de Instrucción Pública, donde se declara a la escuela básica, universal, gratuita y obligatoria; es también el momento en que oficialmente se crea la Escuela para Ciegos; dos años después (1869) aparece la segunda Ley Orgánica sobre Educación en donde se implanta en los estudios profesionales la carrera de profesor de Instrucción de Sordomudos, sentándose el precedente de la exclusión ya mencionada; esto les permitiría al mismo tiempo tener un lugar privilegiado dentro de la Educación Especial.

Los primeros intereses en sujetos deficientes mentales, Síndrome de Down, entre otros, en edad escolar son de índole particular a fines del siglo XIX. Con Justo Sierra comienza una reestructura en materia educativa en varios niveles. Finalmente en 1908, en el Congreso Nacional de Instrucción Pública habla sobre la necesidad de crear una institución dedicada a niños deficientes, en la que permanecerán hasta corregir sus deficiencias, para posteriormente integrarlos a la escuela regular.

Es en el periodo presidencial de Victoriano Huerta cuando de forma particular el Doctor Oftalmólogo José de Jesús González con sus propios recursos funda una escuela para débiles mentales en León Guanajuato (1914). En el periodo presidencial de Venustiano Carranza en 1917, comienza a regir la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala en el ramo educativo que esta será laica, obligatoria y dependerá de los Estados.

En 1935 el doctor Solís Quiroga plantea al ministro de Educación Pública la institucionalización de la Educación Especial, dando como resultado la inclusión en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes por parte del Estado. Es así como se crea el Instituto Médico Pedagógico conocido como Parque Lira, destinado a la educación de los débiles mentales; este centro fue muy importante debido a su plan educativo, sus estudios de selección, diagnóstico y tratamiento psicopedagógico y médico.

En 1938 se funda la Clínica de la Conducta y la Ortolalia y el Instituto Nacional de Pedagogía.

En 1943 se crea la Escuela de Formación de Maestros Especialistas en la educación de anormales mentales y de menores infractores, a cargo del doctor Solís Quiroga.

En 1949 se inicia en el Distrito Federal la atención de personas con impedimentos físicos por secuelas de poliomielitis; este se da con la Fundación de la Central Pedagógica Infonavit, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1951 se funda el Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (privada) para atender a niños con estos problemas. Se crea el Instituto Nacional de Foniatría, los centros de rehabilitación 2 y 8 para adolescentes y adultos débiles auditivos y sordos, así como la clínica de Ortolalia.

En 1952, dentro del terreno de la deficiencia mental se crea la Dirección General de Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad, pero una vez más es la medicina la encargada de crear un centro de especialización para los discapacitados.

En los albores de los años sesenta se presentan una gran cantidad de sucesos que marcarán definitivamente el rumbo de la educación de los pequeños grupos que lentamente han sido relegados de la escuela regular; uno de ellos es la tercera reunión del Consejo Interamericano Cultural (OEA) estipulando en su resolución IX que "niñez y juventud inadapta da física y mentalmente impedida" debe recibir ayuda técnica; otro hecho relevante es que siendo Secretario de educación Jaime Torres Bodet, se crea la oficina de

Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e investigaciones Científicas.

Esta oficina se aboca a la atención temprana de deficientes mentales, dando como resultado la creación de escuelas primarias de perfeccionamiento, utilizando este termino para denominar a estos niños. Para 1962 existían algunas escuelas particulares que atendían a deficientes mentales profundos con mínimas posibilidades educativas.

En ese mismo año se inaugura en Veracruz una escuela para niños con Problemas de Aprendizaje. Dando paso a la categoría más reciente dentro de la Educación Especial. Sin embargo comenta la Dra. Klingler (2000), es hasta 1996 cuando se consideran dentro de las necesidades educativas especiales los problemas de aptitudes sobresalientes y autismo.

En 1993, señala Klingler (2000), se reformo el articulo 3º. de la constitución mexicana y entro en vigor la nueva Ley General de Educación. Es la primera vez que en México se aprobaba una ley que comprometía al gobierno a promover una educación equitativa para todos los niños.

Aunque hasta 1993 se reforma el articulo 3º., en México se había empezado a formular una política sobre la integración educativa desde 1980, como lo señala Colli Peón, 1999 (citado en Klingler, 2000), cuando la Dirección General de Educación Especial (DGEE) difundió sus líneas en el documento "Bases para una Política de Educación Especial", indicando la normalización e integración como los principios que dirigirían la política educativa.



Sin embargo, solo hasta la creación del Programa para la Modernización Educativa 1989-1994, y la Declaración de Salamanca, se vio un fuerte esfuerzo para implementar la integración educativa. En 1990, señala Kiingler (2000) la DGEE creó, como estrategia para efectuar la integración , Centros de Orientación e Integración (COIE), que se encargarían de poner en práctica la integración. Tres años después desaparecieron por que no cumplieron su objetivo.

Tomando en cuenta lo anterior y la Declaración de Salamanca de 1994, del derecho de Educación para Todos, la Educación Especial dio inicio al proceso de integración educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales a la escuela regular, considerando que se beneficiaría de la convivencia con sus compañeros.

## **1.2. Situación Actual.**

El impacto del movimiento de los Derechos Humanos alcanza a los “especiales” y discapacitados en los países europeos y del norte del nuestro, cuyo proyecto se conoce como de Integración.

En la Conferencia celebrada en Salamanca, España; en 1994, sobre Necesidades Educativas Especiales se reafirma el compromiso con la Educación para Todos, reconociendo la necesidad de impartir enseñanza a todos los niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de la educación.

Dentro de la misma Conferencia también se proclama que todos los niños y niñas tienen derecho a recibir una educación, y que cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propios y que deben ser tomados en cuenta por las escuelas para diseñar y elaborar los planes educativos; además de que las escuelas deben incorporar a las personas con necesidades educativas especiales.

También se apela los gobiernos a dar la más alta prioridad política y presupuestaria al mejoramiento de sus sistemas educativos para que puedan incluir a las escuelas a todos los niños y niñas independientemente de sus diferencias e individualidades. Y a adoptar con carácter de ley o como política el principio de educación integradora.

Como resultado de lo anterior, en el año escolar 1994-1995, se puso en marcha el programa para la Modernización de la Educación, que incluye reglas para la administración de servicios para niños con necesidades especiales, y comenzó a funcionar la integración activa (Programa para la Modernización Educativa, p.60) citado en Morales 1998.

Se experimenta un proceso de reforma que ha abarcado los principales campos de acción de la política educativa. Todas estas acciones han tenido como objeto mejorar la calidad de la educación, entendida, en términos prácticos, como el logro de los propósitos educativos fundamentales del nivel educativo.

La medida más necesaria para conseguir cambios radicales fue cambiar la mentalidad de los especialistas encargados de administrar el programa.

Las Escuelas de Educación Especial se han convertido en Centro de Atención Múltiple (CAM). Actualmente se atiende a los niños que no se han integrado debido a que sus trastornos son más severos y en consecuencia, sus necesidades especiales son mayores. En estos centro se ubica tanto a niños preescolares como a los de primaria y secundaria. Sin embargo se espera que algunos de ellos en alguna etapa de su escolaridad se puedan integrar a escuelas regulares.

Los equipos que funcionaron antes para los Grupos integrados se reorientaron y ahora se llaman Unidades de Servicio y Atención a la Educación Regular (USAER). Por consiguiente no solo atienden a los alumnos que no adquieren la lengua escrita en primero de primaria, sino a los alumnos de primaria que presentan dificultades en el aprendizaje escolar. Orientan, además, a los maestros regulares en cuanto a la enseñanza a niños sobresalientes, quienes también forman parte del grupo de estudiantes con necesidades educativas especiales.

Por otra parte, los especialistas que atendieron a los niños preescolares en Centros Psicopedagógicos (CAPEP), ahora, en algunos casos entran al salón de clases y trabajan con la maestra regular, ayudándole con algunos niños que necesitan algún ajuste en el currículum.

El resultado es que ahora se conceptualiza al niño con discapacidad como una persona que necesita un ajuste en el currículum regular, pero no como un individuo con problemas que le impiden acceder a las oportunidades disponibles para los ciudadanos del país.

Gómez Palacios y cols. (1984) destacan tres etapas que no se señalan por años sino por circunstancias cualitativas y son:

En una primera etapa, los servicios que se dan están a cargo de instituciones autónomas que funcionan como internados, cuyo enfoque terapéutico es el médico, así la educación se considera como una forma de curación en donde se necesita apartar al sujeto para rehabilitarlo a través de programas.

En la segunda etapa se difunde la idea de que estos niños requieren de atención especial dentro de las escuelas regulares, para así romper la segregación, aunque no con esto se evita que se puedan aislar dentro de la propia escuela.

Y en la tercera etapa, se empieza a atender a los niños con NEE en grupos regulares ( en países desarrollados se da en los años setenta)

### **1.3. Programa de Atención a niños y niñas con Discapacidad Moderada.**

Gracias al Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las personas con Discapacidad (Mayo,1995) y con la participación de diversas instituciones publicas, privadas y de salud se contempla el acceso de los niños con discapacidad a instancias que promuevan su desarrollo integral e impulsen un proceso educativo que les permita incorporarse a la

escuela regular con los apoyos necesarios cuando esto sea posible, y de no ser así mantener escuelas especializadas en donde puedan acceder a la atención y rehabilitación requerida.

Organizaciones de salud, seguridad y asistencia social han desarrollado programas de prevención de la discapacidad, a través de toda la infraestructura con que cuenta el sector salud. Los reglamentos para la prestación de servicios de las Estancias para el Bienestar y desarrollo infantil de las instituciones públicas y privadas, impedían en general, de manera indiscriminada, el acceso de los menores con discapacidad a dichos centros; medida de exclusión que hasta hoy sé esta transformando.

Solidario a estos propósitos, el IMSS dispuso brindar en el marco de una estrategia piloto y bajo la modalidad de subrogación, el servicio de guardería infantil a niños con discapacidades moderadas, desde los 43 días de nacidos y hasta los 4 años de edad cronológica.

Para su implantación, la dirección de prestaciones económicas y sociales, por conducto de la coordinación de guarderías, realizo una investigación documental y de campo a diferentes instituciones publicas y privadas que atienden a niños con discapacidad, con el fin de conocer su organización, funcionamiento y experiencia. El estudio aporto elementos técnicos y metodológicos suficientes para la puesta en marcha de la guardería piloto.

Al termino de la investigación y con este sustento técnico, se elaboro el documento normativo denominado “Lineamientos generales y específicos para la atención integral de niños y niñas con discapacidad”, en el cual se plantearon

las bases para la organización y funcionamiento de la guardería piloto, única en su género a nivel nacional, mismas que orientaron las acciones educativo-asistenciales y de apoyo terapéutico para estos niños.

En el mes de Mayo de 1996, se dio inicio a las actividades de la guardería piloto. Después de 4 años de funcionamiento y de la evaluación realizada al proyecto se establece la normatividad actual dando paso al documento “Normas de operación del servicio educativo y de apoyo terapéutico para la atención de niños y niñas con discapacidad moderada”.

La guardería surge con el propósito de brindar atención educativa y de apoyo terapéutico a menores con discapacidades moderadas físicas, sensoriales e intelectuales, con la finalidad de favorecer la adaptación social y potenciar sus capacidades, bajo una perspectiva integral.

Deben tomarse como base de las actividades pedagógicas del programa educativo que se aplica en las guarderías del sistema vecinal comunitario adecuarse a las características, necesidades y nivel de desarrollo de cada menor; según la discapacidad que presente.

Para su adecuación se deben considerar los siguientes aspectos:

- El programa educativo, se basa en la teoría constructivista la cual considera que el niño y la niña aprenden mejor interactuando con los objetos; para los menores con discapacidad prevalece el mismo principio, sin embargo el tiempo de aprendizaje será mayor, esta

condición plantea la necesidad de disponer de una gran cantidad de actividades variadas y dosificadas, que amplían la gama de experiencias de acuerdo al grado y tipo de necesidad.

- Realización de actividades de estimulación temprana con los niños y niñas de los primeros grupos y gradualmente se introducían contenidos temáticos de acuerdo al nivel de maduración.
- La utilización del material debe ser congruente con la realidad del ambiente para propiciar una adecuada interacción con el medio lo cual beneficiara su proceso de integración desarrollando conductas de autocuidado y socialización.
- La programación de actividades será grupal o individual, acorde tanto a las necesidades, posibilidades y la maduración, como a las características individuales.

Las funciones de los servicios de administración, nutrición, fomento de la salud y pedagogía son las mismas que se establecen para las guarderías del esquema vecinal comunitario con variaciones acorde a cada una de las discapacidades.

Las funciones del servicio educativo y de apoyo terapéutico se describen a continuación:

- Proporcionar al niño y la niña atención educativa y de apoyo terapéutico con la finalidad de brindarles experiencias que los enriquezcan física, emocional e intelectualmente, para favorecer su proceso de integración social.
  
- Llevar a cabo el proceso de evaluación a los menores con discapacidad, el cual incluye la aplicación de una escala de desarrollo y la evaluación de destrezas y habilidades; con el resultado obtenido se establece el plan de trabajo terapéutico, el cual está conformado por las metas de desarrollo, y sus respectivas adaptaciones curriculares.
  
- Brindar atención integral a través de todas las actividades de estimulación múltiple temprana y de apoyo terapéutico.
  
- Orientar al personal educativo y a los padres de familia en la realización de las actividades de apoyo terapéutico, tanto en la guardería como en el hogar.
  
- Vigilar el cumplimiento a las instrucciones médicas, educativas y de terapia.

Dentro de la guardería todos los niños y niñas con discapacidad deben enfrentarse a un proceso de adaptación-integración, por lo que requieren de apoyos efectivos y prolongados, para lograr dicha integración.



Los objetivos básicos de la integración son:

- a. Proporcionar habilidades de autoayuda.
- b. Favorecer la formación de hábitos.
- c. Propiciar la interacción social.
- d. Promover la independencia y seguridad.

La integración del niño o niña con discapacidad obedece al principio de equidad y se inicia desde el primer día de su estancia en la guardería, al evaluarse las potencialidades que posee, las cuales podrán facilitar el proceso de integración al ámbito social que representa la guardería.

Las condiciones necesarias que un niño o niña con discapacidad debe tener para iniciar su integración parcial al área uno son valoradas de acuerdo a su desarrollo y se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Cierta dominancia sobre las actividades motoras y de autoayuda (desplazamiento y autocuidado).
- Comprensión de ordenes sencillas.
- Capacidad de establecer algún tipo de comunicación.

El proceso de integración se realiza en tres etapas:

A) Integración Inicial:- Se realiza mediante actividades sociales y de convivencia, como los cumpleaños, festivales y eventos especiales,

brindándoles la oportunidad de socializar y establecer vínculos afectivos entre los niños y niñas de ambas áreas.

B) Integración parcial.- Los menores con discapacidad asisten durante el turno matutino dos horas a la sala de atención del área 1 más acorde a su desarrollo, y participan en las actividades que ahí se realizan, sin embargo se requiere de un apoyo afectivo por parte del personal que favorezca la integración.

C) Integración definitiva.- Cuando el niño o niña con discapacidad responde favorablemente a la integración parcial, se evalúa la posibilidad de establecer una integración definitiva al área 1.

Los menores que se integran generalmente lo hacen en la sala correspondiente al desempeño de sus habilidades, sin embargo siguen recibiendo el apoyo de terapia por parte de las especialistas.

No todos los niños y niñas con discapacidad logran una integración total, algunos solo logran adaptarse a espacios que les proporcionen condiciones facilitadoras, por lo tanto tienen una expectativa de integración limitada a ciertas situaciones sociales.

Detrás de la integración de los niños con discapacidad está un fundamento importante, el de aprender a “desarrollar la cultura de la diversidad”, las necesidad de que el respeto la tolerancia y la libertad sean las bases de construcción de una nueva sociedad. Con uso del nuevo concepto de

“discapacidad” se está validando la diferencia y en consecuencia integrando a los segregados.

Por otro lado, hablar de “discapacidad” implica un compromiso social y la equiparación de oportunidades, además de la participación y apoyo de diversas disciplinas que se involucren en la problemática y poder ofrecer alternativas más integrales a los discapacitados.

## **CAPITULO II. DISCAPACIDAD.**

### **2.1. Definiciones de Discapacidad.**

El retardo en el desarrollo ha existido desde la más remota antigüedad, aunque no identificado como tal. Como señala Domínguez (1996) en nuestro siglo ha habido un avance grande de conocimientos con respecto al desarrollo infantil; destacando teóricos de diversas tendencias como Freud, Watson, Gesell, Piaget y Terman fundadores de diversas corrientes de pensamiento que han conducido a enfoques, planteamientos y conceptualizaciones diferentes y enriquecedoras del conocimiento científico. Tal como menciona Verdugo (1995, citado en García y Cols. 2000), el enfoque actual es más humanista, ya que si se busca lograr la integración de estas personas, es necesario que desaparezcan las etiquetas y clasificaciones.

El retardo en el desarrollo es un problema en el que inciden factores biológicos y sociales. La forma en que estos elementos determinantes interactúan no es siempre del todo clara y, por consiguiente, es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos en la presentación del retardo o discapacidad.

Tradicionalmente se ha clasificado a los retardados en tres categorías: educables, entrenables y de custodia; clasificación basada, en gran medida en la identificación directa o inferida del daño o disfunciones biológicas que presuntamente afectan la posibilidad de desarrollo.

En este marco de constantes avances y discusiones se ubica el manejo actual de los niños con alguna discapacidad, aún cuando en el campo de la psicología hay constantes cambios y aportaciones especialmente en lo referente a influencias socioculturales y ambientales, en el campo de la medicina se siguen usando algunos conceptos de hace años y se tienen dificultades para ubicar los cambios conceptuales de la psicología.

Domínguez (1996) señala que los avances en la medicina, de los últimos años, se ubican predominantemente en lo referente a conocimientos básicos y recursos de diagnóstico, que pocas veces se traducen en recursos de tratamiento. Aunque se ha avanzado mucho en el conocimiento de los procesos de desarrollo normal, la identificación de las causas orgánicas de la discapacidad, los mecanismos de acción y su tratamiento han avanzado con lentitud, si se les compara con el avance logrado en otras áreas de la medicina y la biología.

La literatura médica plantea muy variadas aproximaciones al problema a través del enfoque taxonómico, es un hecho que no hay dos clasificaciones iguales, pues algunas se hacen en función de los síntomas dominantes, por el aparato o sistema afectado primariamente. En todo caso hay dos tendencias muy generalizadas, a partir de las cuales es posible profundizar en el tema, que consiste en:

- a. establecer la definición del problema
- b. establecer una clasificación del mismo

Domínguez (1996 ) presenta una clasificación resumida de las patologías más comunes que producen daño neurológico, y como consecuencia de este , alguna discapacidad.

#### CAUSAS DE RETARDO EN EL DESARROLLO:

<b>CAUSAS ENDOGENAS</b>
HEREDITARIAS: Microcefalia familiar CROMOSÓMICAS: En autónomas En cromosomas sexuales ALTERACIONES METABÓLICAS: carbohidratos aminoácidos lípidos
PRENATALES: Fármacos Infecciones Alteraciones endocrinas Prematurez PERINATALES: Trauma obstétrico Sufrimiento fetal Patología infecciosa Trastornos hematológicos POSTNATALES: Patología infecciosa Vacunas Parásitos Traumatismos

En nuestro medio predominan la patología perinatal y las enfermedades infecciosas, condicionadas por la pobreza, los bajos niveles de información popular, la poca disponibilidad de recursos asistenciales adecuados y el casi nulo control prenatal.

La tipología de las deficiencias descrita por INE (Instituto Nacional de Estadística de España) (citado en Jiménez, 1999) señala los siguientes grupos:

*Psíquicas:*

Retraso mental

Enfermedades mentales

Otras deficiencias psíquicas

*Sensoriales:*

Audición

Visual

Lenguaje

Otras deficiencias sensoriales

*Físicas:*

Aparato circulatorio

Aparato respiratorio

Aparato digestivo

Aparato genitourinario

Aparato nervioso

Aparto locomotor

Endocrino-metabólicas:

Mixta: Parálisis cerebral

Cuando hablamos del ser humano, debemos entenderlo como una unidad “biopsicosocial” su naturaleza presenta esa triple condición, basta para ello ver como define la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término SALUD:

“Estado de bienestar biológico, psíquico y social”.

La falta de salud, la patología, la deficiencia puede provenir de cualquiera de las tres dimensiones que podríamos diferenciar:

- a) Deficiencias predominantemente fisiológicas: Las deficiencias motóricas, las deficiencias sensoriales (visuales y auditivas) y otras deficiencias de carácter orgánico.
- b) Deficiencias predominantemente psicológicas: Aquí entrarían la Deficiencia Intelectual, los trastornos de personalidad y los trastornos de conducta.



- c) Deficiencias predominantemente socioculturales: Pobreza, marginación, déficit económicos, sociales y culturales.

Verdugo (1995, citado por García y Cols. 2000) y Jiménez (1999) mencionan que la Organización Mundial de la Salud en un esfuerzo particular por conformar La Clasificación Internacional de las Deficiencias, las Discapacidades y Minusvalías, en 1980 publicó un documento en el que se plantea una nueva aproximación conceptual y se habla de tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía; señala que una **Deficiencia**, dentro de la experiencia de la salud, es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. **Discapacidad**, es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera habitual para un ser humano. **Minusvalía**, es la situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de discapacidad, que limita el desempeño de un rol en función de su edad, sexo factores, sociales y culturales.

Gracias a los esfuerzos conjuntos de las personas con discapacidad, los profesionales que las atienden y a algunos sectores de la sociedad, se han podido cambiar la terminología utilizada para referirse a estas personas. En lugar de utilizar términos peyorativos como “idiotas”, “imbécil”, “invalido”, se trata de utilizar términos emocionalmente menos negativos, se les ha llamado “personas excepcionales”, sin embargo el problema no estriba únicamente en eliminar la carga negativa de la terminología sino también el modo de pensar y de sentir que refleja.

Pero además la terminología refleja otros prejuicios sociales pues implica que estas personas están “enfermas”. García y Cols. (2000) Señala que considerarlas como enfermas puede resultar muy cómodo puesto que la enfermedad es un atributo que está dentro, que es inherente a ellas y la sociedad no se responsabiliza de ello. Quién tiene que ayudarlos en todo caso es el sistema de salud, el médico es quién prescribirá un tratamiento que se aplicará a estas personas.

La otra parte , la más importante, es que la sociedad cambie de actitud ante estas personas, es decir, que deje de considerarlas como “anormales”. El cambio de actitud no es meramente terminológico, es necesario modificar los valores subyacentes a estas expresiones. Cualquier término utilizado para referirse a esta población alcanza connotaciones negativas por el uso que de él se hace, más que por la significación que tenía previamente.

En el ámbito educativo se ha empezado a emplear el concepto necesidades educativas especiales para referirse a los apoyos adicionales que algunos niños con o sin discapacidad precisan para acceder al currículo.

## **2.2. Tipos de Discapacidad.**

Con los avances de la medicina en los últimos años muchos pacientes que antes fallecían ahora tienen la oportunidad de seguir viviendo, pero quedan afectados seriamente en una o varias de sus áreas de desarrollo, por lo cual su capacidad de adaptación futura se ve afectada.

Algunas de las patologías de mayor incidencia en nuestro país son las siguientes:

#### PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI).

García (1999) señala que el término fue introducido por el Doctor Little, en el siglo pasado, quien la definió como “ un desorden motor aparecido antes de los 3 años de edad debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere el desarrollo del cerebro.

Esta afectación en la motricidad, es la causa más frecuente de discapacidad en los niños.

Las lesiones cerebrales pueden ser muy variadas más o menos extensas y graves y se manifiestan en algunos de estos síntomas:

- Trastornos del tono motor
- Alteraciones sensoriales: auditivas y/o visuales
- Trastornos del lenguaje
- Retraso Intelectual

El grado de afección es muy diverso, desde una grave e invalidante tetraparesia hasta lo que se ha denominado lesión cerebral mínima, déficit de atención y un trastorno motor apenas perceptible.

### **Clasificación según la topografía:**

Parálisis completa:

- Tetraplejías
- Paraplejías
- Hemiplejías
- Diplejías
- Monoplejías

### **Clasificación según el principal trastorno motor:**

Lesión de la vía piramidal:

- Espasticidad: exceso del tono muscular.
- Hipotonía: disminución del tono muscular.
- Flacidez: disminución del tono muscular.

Lesión extrapiramidal:

- Atétosis: movimientos incoordinados.

**Lesión cerebelosa:**

- Ataxia: marcha titubeante.

**DEFICIENCIA MENTAL O DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Se ha considerado a la Deficiencia Mental como el resultado de diversos factores, siendo estos fundamentalmente factores hereditarios, fisiológicos, sociales y culturales.

Zigler citado en Fernández (1993) señala que existen dos posturas acerca de retraso mental, una de las cuales defiende la existencia de una afección orgánica o estructural como causa del retraso, cuya afección puede consistir, en una alteración de los procesos inhibitorios, un defecto de los procesos de saciación cortical, o un déficit en la memoria de la memoria inmediata.

La otra corriente, atribuye el menor rendimiento intelectual y social del niño a una falta de motivación y de estímulos ambientales adecuados para un correcto aprendizaje.

La clasificación etiológica del Retraso Mental según la OMS citado en Fernández (1993) se presenta en el siguiente cuadro:

I. FACTORES QUE ACTÚAN ANTES DE LA CONCEPCIÓN		
1.1 Genético	1.1.1. un solo gen	
	1.1.2. varios factores	
	1.1.3. factores cromosomáticos	
II. FACTORES PRENATALES		
2.1. Infecciones, virosis, parásitosis		
2.2. Factores químicos		
2.3. Factores nutricionales		
2.4. Factores físicos		
2.5. Factores inmunológicos		
2.6. Trastornos endocrinos de la madre		
2.7. Alteraciones de la placenta		
2.8. Hipoxia intrauterina		
2.9. Otros factores		
III. FACTORES PERINATALES.		
3.1 Asfixia	3.2 Lesión en el parto	3.3 Prematuridad
IV. FACTORES POSTNATALES.		
4.1 Infecciones	4.2 Traumatismos	
4.3 Factores químicos	4.4 Factores nutricionales	
4.5 Privación de distintos tipos : sensorial, social.		
V. CAUSAS DESCONOCIDAS		

Tomado de Fernández, 1993.

La presencia de un niño afectado es la triste confesión y prueba del fracaso de la medicina, pero también de todo un sistema de atención a la salud que deja desprotegidos a grandes grupos de la población; pero es ese mismo niño, por el hecho de estar vivo y tener la capacidad de aprender, por muy limitada que sea, la esperanza de un futuro promisorio donde la ciencia nos provea de mejores recursos para la atención integral del paciente.

# **CAPITULO III . PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL.**

## **3.1. Niveles de Intervención.**

Al interno de la psicología se ofrecen diferentes puntos de vista para la intervención y, aunque siempre se hace énfasis en la intervención multidisciplinaria, muchas veces esto se queda a nivel declarativo.

Mares (1996) considera que uno de los aspectos relevantes del trabajo del psicólogo es la desprofesionalización, entendida como un proceso mediante el cual los profesionales y los no profesionales conjugan sus esfuerzos y conocimientos para entender su realidad, transformarla y servirse de ella.

El incluir al no profesional, posibilita conocer y resolver adecuadamente el problema, ya que cuenta con el conocimiento necesario del desarrollo del problema, de los elementos propios del contexto y de la forma como estos se relacionan. Esto es posible solo con la participación del no profesional dentro del proceso de trabajo.

Una de las finalidades de toda la disciplina práctica es la prevención de los problemas particulares a los que se enfrenta en su quehacer cotidiano.

Según Sarason (1990), al respecto de la prevención dice: “A la prevención le corresponde tomar las medidas necesarias para impedir un trastorno y hacer esfuerzos para limitar su impacto en la vida de un individuo. En este sentido la prevención y el tratamiento son ideas íntimamente relacionadas y ambas comparten el concepto de la vulnerabilidad. La vulnerabilidad surge cuando las características tanto de un individuo como de una sociedad son insuficientes para que éste pueda manejar las características de una situación”. (p. 536).

Por otro lado, Caplan (1985) define como prevención al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden ser utilizados para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia de una problemática en una comunidad (prevención primaria), a si mismo la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan ante tal problema (prevención secundaria), y el deterioro que pueda resultar de aquellos problemas (prevención terciaria).

El principal interés del cuerpo de conocimientos aplicados a la prevención está en la comprensión de la naturaleza y de las manifestaciones que provoca la problemática en la población que se haya visto afectada por ésta. De igual modo, se enfoca en el tratamiento y en la rehabilitación de los afectados por dicho problema.

Un programa de prevención primaria debe tender a identificar las influencias perjudiciales , las fuerzas ambientales que ayuden a los individuos a resistirlas. El objetivo de un programa comunitario de prevención primaria es el amplio grupo intermediario compuesto por individuos en los cuales el equilibrio de fuerzas no está netamente inclinado en una dirección específica u otra, y que



encontrarían una forma sana de resolver los problemas de la vida si se redujeran en cierta medida o si se les brindara una ayuda adicional.

Dentro del modelo conceptual de prevención tenemos que en su concepto comunitario implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos en una población durante cierto periodo contrastando las consecuencias perniciosas antes de que tenga acción de producir algún problema. No se trata de evitar que tenga problemas un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de modo que aunque algunos puedan ser afectados el número sea reducido. (Caplan, 1985).

Según Sarason (1990): “El objetivo de la prevención es dar un diagnóstico y tratamiento de los trastornos tan pronto como sea posible” (p. 513).

Para Caplan (1985) la prevención secundaria busca reducir el dominio del trastorno acortando la duración de un número suficiente de casos establecidos. Esto se logra por medio de:

- 1) El diagnóstico precoz mediante la estimulación de la conducta precoz y la reducción de las barreras administrativas que demoran la investigación diagnóstica, mediante mejores métodos de diagnóstico de los casos precoces y por medio de programas de búsqueda de afectados en la población.
- 2) Por el tratamiento efectivo.- Se analizan los problemas de la provisión de una gama de métodos de tratamiento, de manera tal que cada caso

pueda tratarse en la forma más efectiva, así como la necesidad de elegir objetivos terapéuticos asequibles sin esfuerzo indebido, con el objeto de evitar las listas de espera y lograr que pueda disminuirse el tiempo que implica el tratamiento de un número de casos suficientemente grande como para tener importancia comunitaria.

Prevención secundaria es el nombre que los especialistas en Salud Pública dan a los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo.

El dominio es la proporción de casos probados del trastorno entre la población en riesgo, en cierto momento o periodo de tiempo. Los casos probados, los nuevos como los ya existentes. La población en riesgo incluye a todos los miembros de la comunidad que podrían sufrir el trastorno.

La prevención secundaria se refiere a aquellas medidas o acciones realizadas para obtener una detección temprana de un trastorno (diagnóstico), así como la aplicación oportuna de un tratamiento encaminado a reducir las consecuencias de un trastorno.

Como ya vimos la prevención secundaria logra su objetivo mediante el tratamiento precoz y eficaz en gran escala de los individuos alterados para reducir la duración de su desadaptación. La Prevención Terciaria actúa mediante la rehabilitación en gran escala de los pacientes para devolverles la funcionalidad dentro de un sistema tan pronto como sea posible.

Para Caplan (1985) en la prevención terciaria se procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a conductas desadaptadas e incluye a las otras dos formas de prevención.

Sarason (1990) señala que la prevención terciaria requiere que se proporcione rehabilitación y socialización. El objetivo de la prevención terciaria es reducir la incapacidad que puede resultar de un determinado trastorno o evento.

El término “prevención”, con respecto al problema del retardo en el desarrollo, puede entenderse en dos niveles:

- a) impedir la ocurrencia del problema
- b) impedir la agudización del problema ya presente.

La tarea de la prevención, por lo general, se caracteriza por implicar un conjunto de medidas y programas con la finalidad de atacar las condiciones que provocan el problema.

En nuestro país, las tareas de prevención con respecto del problema del retardo en el desarrollo por lo general se han visto reducidas a simples campañas informativas y de atención, que en su mayoría carecen de operatividad y funcionalidad dentro del contexto social.

Para Casado (1999), la prevención significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y

sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Los programas deben tener como objetivo esencial el diagnóstico lo más precoz posible para poder realizar una atención temprana (prevención secundaria). La eficacia de un programa de control de poblaciones de alto riesgo se puede concretar en relación inversa al tiempo que se tarda entre la aparición de la “semiología” de alarma o sintomatología del proceso y el tiempo que se tarda en iniciar la intervención y/o tratamiento.

Prevención de tipo médico:

- consejo genético
- diagnóstico prenatal y atención obstétrica
- detección de errores congénitos del metabolismo
- prevención peri-natal e infantil
- prevención de deficiencias asociadas a enfermedades no transmisibles.

Prevención de tipo ambiental:

- prevención de riesgos domésticos e infantiles
- prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- prevención de accidentes de tráfico
- prevención de agresiones medioambientales

Prevención mediante la educación en salud de la población.

Prevención en las intervenciones de carácter sanitario.

Cabada (1999) señala que la idea de prevención que maneja el Programa de Acción Mundial incluye dos fases de actuación: la anterior a la aparición de las deficiencias y la posterior a ella. La primera se instrumenta mediante acciones que tienen muy distintos objetos de aplicación, responde a estrategias diversas y se aplica en varios momentos de los procesos biológicos, el consejo genético se imparte en los casos más favorables, antes de la concepción, estas acciones “encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias” responde a la idea clásica de prevención. Por el contrario no puede decirse lo mismo de las medidas destinadas a “impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas o sociales negativas” ya que esto se logra mediante los procesos de rehabilitación y de equiparamiento de oportunidades, estos procesos tienen identidad propia.

El campo de la medicina tiene una seria responsabilidad al respecto; especialmente importante es entender que la solución no radica en construir centros hospitalarios costosos y cada vez más especializados, sino en lograr una mayor calidad de preparación y atención profesionales, y adquirir un compromiso de conciencia social para tratar de elevar los niveles de educación higiénica popular, y difundir al máximo conocimientos y habilidades que permitan prevenir las enfermedades, llevando esos conocimientos hasta las comunidades más lejanas.

### **3.2. Equipo Multidisciplinario.**

Al interno de la psicología se ofrecen diferentes puntos de vista para la intervención y, aunque siempre se hace énfasis en la intervención multidisciplinaria, muchas veces esto se queda a nivel declarativo.

Ribes (1980, citado en Mares, 1996) define a la interdisciplina como la actividad científica en donde diferentes disciplinas se integran para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y de conocimientos. Esto implica la formulación de un nuevo objeto teórico, así como la reintegración y reordenamiento de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas.

El principio de integración exige que las actuaciones globales de las atenciones médicas, pedagógicas, psicológicas y sociales sean presentadas al deficiente en el manejo general de los servicios. Para una mejor eficacia de esta medida es primordial la atención y la asistencia en el estadio temprano de su vida y en la forma más natural posible.

La sectorización consiste en poner bajo la responsabilidad de un equipo multiprofesional las acciones preventivas y de tratamiento de la población con discapacidad.

Los servicios deben apoyarse y responder a los condicionamientos multiprofesionales que exige en cada caso el proceso completo de la atención, apoyo y rehabilitación.

La pluralidad de las funciones comporta una pluralidad de profesiones. Esta composición multiprofesional y su funcionalidad interdisciplinaria hace que los equipos sectoriales aparezcan como el único instrumento adecuado, capaz de aportar la solución satisfactoria a los problemas que la coordinación de los servicios diversos imponen por la diversidad de población.

Los equipos multiprofesionales vienen a suponer, pues, el sustento del principio de normalización, y actuando sectorialmente la eficacia de la Educación Especial; representan el mejor soporte válido de la integración escolar, la orientación y formación profesional y la integración social de los discapacitados.

La prioridad en los equipos multiprofesionales es que están orientados educativamente. Esto no quiere decir que los otros componentes no sean importantes, sino todo lo contrario, pero el deber del equipo es asegurar a los padres y a la sociedad que se está suministrando la atención y educación apropiadas; usando el término educación en un contexto amplio.

Cabada (1999) menciona algunas ventajas de los equipos multiprofesionales.

1. Los equipos multiprofesionales aparecen como una fórmula de paliar las injusticias provenientes del hecho geográfico por la concentración o dispersión de todas las profesiones y personas del sector en materia de educación, asistencia, la población.
2. Los equipos multiprofesionales facilitan las condiciones para que se impliquen sanidad y trabajo en una única acción.

3. Los equipos multiprofesionales son la fórmula eficaz para establecer un fuerte puente entre los sistemas educativos, sanitario, social y laboral y los semi-sistemas existentes entre ambos.
4. Los equipos son el resorte más adecuado de asegurar una mayor, mejor y más adecuada forma de integración de los deficientes en su medio ambiente.
5. Los equipos pueden ofrecer más, mejor y más rápidas respuestas, ya que pueden detectar de forma inmediata, por la interrelación que guarda con un sector de la población.

El enfoque integral de la educación, particularmente de la Educación Especial, supone la convergencia de una pluralidad de funciones. La pluralidad de funciones a su vez comporta la pluralidad de profesiones, haciendo de la educación especial un proceso múltiple y complejo, por lo que ningún profesional puede llevarlo sólo, ni realizarlo unilateralmente.

La educación integral sólo es posible a través de equipos multiprofesionales que considerando y valorando al niño dentro de su propio entorno natural sean capaces de procurar la valoración, orientación, establecimiento de un programa individual y seguimiento integrado.

### **3.3. Desprofesionalización.**

Otro de los aspectos que indiscutiblemente debe considerarse en el trabajo del psicólogo es la desprofesionalización, entendida como un proceso



mediante el cual los profesionales conjugan sus esfuerzos y conocimientos para entender su realidad, transformarla y servirse al máximo de ello. El incluir al no profesional, sea cual sea, posibilita el conocer y resolver adecuadamente el problema, ya que se cuenta con el conocimiento cotidiano del problema, de los elementos propios del contexto y de la forma como éstos se relacionan, así como la delimitación del mismo. Esto sólo es posible con la participación del no profesional dentro del proceso del trabajo.

El psicólogo está inserto en una estructura que de una u otra manera ha asignado diversas funciones a cada uno de los diferentes grupos que la componen; por lo tanto, es obvio que el trabajo del psicólogo es neutral, desde la perspectiva de su utilidad social.

Ribes y Talento (1978, citado en Mares, 1996) señalan que la desprofesionalización “significa socializar el conocimiento profesional, transfiriéndolo a sectores de la población marginados de la posibilidad de acceder a él y a su empleo; representa una ruptura de la división social del trabajo.

El tratamiento individualizado tiene un costo elevado, porque requiere de un profesionalista que se aboque a los problemas específicos del niño, con cierto grado de participación por parte de los padres. Al tratamiento individual sólo tienen acceso familias económicamente solventes que pueden pagar los costos de tal servicio.

Las instituciones o centros de Educación Especial tienen relativamente más posibilidades de llevar a cabo la tarea de desprofesionalización. En este

sentido, la práctica de la desprofesionalización queda reducida a realizar programas de entrenamiento a para y no profesionales, en los cuales el entrenamiento se dirige a modificar o a desarrollar habilidades de manejo de contingencias, ejemplos de estos comportamientos son los hábitos alimenticios, la educación continua a los padres, etc.

Resulta eficaz el entrenamiento a miembros de la misma comunidad (paraprofesionales), debido a que existe gran similitud entre éstos y los individuos de dicha comunidad, en donde se desenvuelven en un contexto específico y esto permite la facilidad de que exista una mayor concientización de la problemática que impere en dicha comunidad. Sin embargo, recordemos que hay casos que deben ser tratados directamente por profesionales.

No obstante en la mayoría de los casos se da un cambio de “actitud” (o llámese sensibilización o desensibilización) con lo cual se sientan las bases para mejorar la ocurrencia o las consecuencias de un problema

## **CAPITULO IV. PRÁCTICA PROFESIONAL EN EL ÁREA DE LENGUAJE.**

Para el profesional egresado, el desempeño de un puesto implica enfrentarse a la gran diversidad de problemáticas que presenta la población a la que atiende, esta diversidad se vuelve más compleja cuando los individuos presentan alguna discapacidad.

Desafortunadamente al egresar no se tiene el conocimiento de todas las problemáticas y mucho menos de la solución a estas. Sin embargo se cuenta con una herramienta útil para el desempeño del puesto; esta es la habilidad de investigación documental que le ofrece al profesional la posibilidad de conocer acerca de un problema específico y plantear las alternativas de solución.

Otra ayuda importante es el apoyo y asesoría de otros profesionales ya sea de su misma profesión o de otras afines; en el manejo de una problemática en particular o que alternativas pudieran funcionarle. Además de la experiencia que adquiere con la práctica, y con la observación de otros profesionales, sus “pacientes” y su medio ambiente. Y no debemos pasar por alto lo importante que es la actualización dentro del campo en el que nos desarrollamos profesionalmente.

No obstante todas estas herramientas, dar la atención adecuada y oportuna a la población demandante no es tarea fácil; se presentan problemas concretos que exigen una solución específica. Y en ocasiones un puesto nos exige dar solución a trastornos específicos, caso concreto del desarrollo del lenguaje, y es aquí donde hablo particularmente de mi experiencia dentro de la Educación Especial.

En una Institución donde laboré, la Psicóloga tenía asignada la terapia de lenguaje para todos los alumnos, comprendiendo edades de 0 a 34 años y con diversas discapacidades y grados de afectación. El reto en ese momento era conocer cada una de las diferentes discapacidades y así poder establecer e implementar un programa de trabajo, de acuerdo a las características de desarrollo y habilidades lingüísticas adquiridas. La tarea no fue fácil, pero gracias a la investigación documental y a la asesoría de otros terapeutas se logro establecer un programa.

Posteriormente me incorpore a la Guardería “Felices hacia el Futuro”, para dar apoyo terapéutico en el área de lenguaje a niños y niñas con discapacidad; las edades de los pequeños son desde los 3 meses hasta los 4 años. El trabajo con estos pequeños es dar una intervención temprana para potenciar sus habilidades y lograr un desarrollo óptimo para que puedan acceder a la escolarización, ya sea regular o de Educación Especial.

#### **4.1. Desarrollo del Lenguaje en menores.**

Para fundamentar la adquisición del lenguaje existen varias corrientes, pero dos de ellas son predominantes, la primera de ellas es la que destaca como precursor Vigostki y presenta al lenguaje como una adquisición socio histórica, tanto en la filo-génesis como en la ontogénesis, con base en la actividad cerebral interactuando con el medio. La segunda expuesta por Cohomsky, habla de una adquisición del lenguaje genéticamente determinada (innatismo) basado en la similitud, en la aparición del lenguaje en todas las lenguas y concede menor importancia al medio.

Machado (1979) menciona que la habilidad para comunicarse es una combinación especial de los rasgos heredados y la influencia del ambiente. Lenguaje se refiere a un sistema de comunicación de ideas o sentimientos a través de los sonidos, signos, señales y gestos. El niño aprende usando sus sentidos: vista, oído, tacto, olfato y gusto. Cada percepción (el acto de recibir impresiones a través de los sentidos) es almacenado en su mente, sirviendo como base para un futuro lenguaje oral y escrito.

El desarrollo del lenguaje en el niño implica que el niño deba adquirir un conocimiento cada vez mayor de la fonología (sonidos del lenguaje y sus combinaciones), sintaxis (forma y funcionamiento de las palabras dentro de un contexto) y semántica (significados de palabras y expresiones), de su medio lingüístico y la habilidad para el uso del lenguaje en el contexto, es decir la pragmática. (Arango,2002).

El desarrollo del lenguaje presenta dos etapas: la pre-lingüística y lingüística:

ETAPA PRELINGÜÍSTICA se inicia en el momento del nacimiento, con el primer llanto del niño, durante el primer mes de vida aparecen otras vocalizaciones y una sensibilidad especial hacia la voz humana, a esta temprana edad se pueden distinguir variaciones en el llanto del bebé, en el segundo mes de vida aparece el juego vocal en el que aparecen las vocalizaciones donde se repiten sonidos y se van agregando cada vez más. En esta etapa es muy importante la participación auditiva, ya que le permite la modulación de estos sonidos.

ETAPA LINGÜÍSTICA: Se inicia alrededor de los doce meses, con la aparición de la primeras palabras y concluye alrededor de 5-6 años que es un hablante de su lengua. Los estímulos externos tanto auditivos, visuales y motores van siendo sustituidos por una señal verbal, dando la adquisición del lenguaje.

Hacia los catorce meses aparecen la fusión de dos palabras, que se conoce como palabra frase, con superposiciones de sílabas y después aparece la palabra yuxtapuesta, donde se repite una palabra y la otra varía. Poco a poco mejora progresivamente en la pronunciación, uso y función de las palabras hasta que articula tres palabras en una oración con significado y uso coherente. Inicia el uso de nexivos entre los dos y tres años.

## **4.2. Labor Desempeñada en la Guardería .**

Como integrante del equipo multiprofesional que labora en la Guardería “Felices hacia el Futuro” es mi labor desempeñar actividades de tipo administrativo, trabajo terapéutico, planeación de las reuniones de “escuela para padres”, aplicación de la evaluación periódica a los niños (proyecto Oregon) y asesoramiento a las asistentes educativas para el trabajo con los niños y niñas.

Cada uno de los pequeños cuenta con un expediente, donde se detalla su historia clínica; sus notas de evolución, el registro de sus evaluaciones del proyecto Oregon y sus programas de terapia, desde su ingreso a la institución hasta su egreso de la misma. Dichas notas de evolución y aplicación de las evaluaciones son tarea del equipo de especialistas.

Dentro del trabajo terapéutico se realizan terapias individuales, cada uno de los pequeños tiene un programa individual establecido en base a la evaluación inicial, realizada al ingresar a la guardería y que se va modificando conforme se cubren los objetivos planteados. También se realizan terapias grupales y de psicomotricidad que favorecen la socialización y la adquisición de reglas y normas.

La aplicación de las evaluaciones periódicas (proyecto Oregon) permite conocer los avances en el desarrollo del menor y las habilidades adquiridas, los cuales son informados a los padres de familia. Se lleva a cabo un plan de trabajo individual basado en la “adaptación curricular” elaborada a partir de la evaluación del Oregon. Cada cuatro meses se plantean nuevos objetivos en

cada una de las siguientes áreas: cognitivo, lenguaje, autoayuda, socialización, motor fino y motor grueso.

La “escuela para padres” es un espacio que propicia la interacción entre los padres de los pequeños que asisten a la guardería, se exponen temas de interés general; ocasionalmente se invita a ponentes de diferentes instituciones o si no el equipo de especialistas prepara y expone algún tema.

Como integrante del grupo de especialistas y en conjunto con la coordinadora del área se toman decisiones, se exponen propuestas sobre el manejo y necesidades de los pequeños en las actividades diarias como alimentación, traslado, higiene, vestido y desvestido; propiciando y favoreciendo al mismo tiempo la autonomía.

Por otro lado, por mi formación de base (Psicóloga) en ausencia de mi jefa inmediata (Coordinadora de área 2), realizo actividades de selección de personal; aplicación de pruebas psicométricas y entrevista de selección. También hago entrevistas a padres de niños con discapacidad que solicitan el ingreso a la Institución.



#### **4.2.1. Equipo Multidisciplinario.**

La atención adecuada al niño con discapacidad y a su familia no es tarea médica, ni psicológica, ni educacional independiente, sino que al tratarse de una combinación de déficits del desarrollo, el niño necesita de todas aquellas especialidades actuando en estrecha colaboración.

Se hace precisa la creación de equipos multidisciplinarios que incluyan, además de psicólogos, médicos y educadores a diversas personas especializadas en las áreas de terapia física, rehabilitación, de lenguaje y asistencia social.

Para el funcionamiento del área 2 para niños y niñas con discapacidad, de acuerdo a lo establecido por el programa del IMSS; el programa educativo y terapéutico esta a cargo del equipo de especialistas.

Las especificaciones del personal de apoyo terapéutico y coordinadora se detallan a continuación:

Psicóloga: Coordinadora de área 2; responsable directa del personal y las actividades asistenciales, educativas y terapéuticas del área; proporciona apoyo y orientación a padres de familia en el proceso de aceptación de la discapacidad de su hijo; supervisión del plan de trabajo individual para cada niño.

Especialistas: psicólogas, pedagogas y maestras de educación especial, quienes desempeñan los puestos de terapeutas de lenguaje, estimulación temprana y aprendizaje.

Terapeuta físico: terapeuta físico, terapeuta ocupacional y médico en rehabilitación.

Las especialistas deben tener las siguientes habilidades: Capacidad de análisis y síntesis, manejo de lenguaje, iniciativa, organización en el trabajo, buenas relaciones humanas, trabajo en equipo, creatividad y receptividad ante las necesidades del niño. Así como las siguientes actitudes: ajuste emocional, actitud y estímulo para superar limitaciones y dificultades, tolerancia a las diferencias individuales y flexibilidad ante las circunstancias cotidianas.

Cada una de las anteriores realiza terapias de manera individual, con el propósito de implementar habilidades en los niños para optimizar su desarrollo, cada una enfocada a su especialidad.

También se trabaja con las Asistentes Educativas dando apoyo y ofreciendo estrategias para el trabajo con los pequeños, de acuerdo a sus características y discapacidad.

Como se mencionaba anteriormente atender y rehabilitar a una persona con discapacidad no es tarea de un solo profesional o una sola disciplina, es necesaria la participación de profesionales de salud y educación que puedan

involucrarse y contribuir a la optimización de las potencialidades de los menores.

Desde el punto de vista educativo, se requiere la participación de un equipo para-profesional para enfrentarse a la tarea de diseñar ambientes y situaciones estimulantes en etapas tempranas del desarrollo, que impidan el deterioro progresivo del potencial físico.

#### **4.2.2. Terapia de Lenguaje.**

Es importante señalar que en el área 2, para niños con discapacidad se proporciona apoyo terapéutico a los menores en las áreas de: Estimulación Temprana, Aprendizaje, Lenguaje y Terapia Física. Además de proporcionar la atención asistencial- educativa, cabe aclarar que no funciona como centro de terapia.

En el área de lenguaje, que es el tema del presente reporte; se da seguimiento al programa que tienen algunos pequeños de su terapeuta particular, para aquellos que no lo tienen se formula un plan estableciendo objetivos para el trabajo individual. Estos objetivos se establecen en base a la evaluación de su desarrollo. Se pretende desarrollar las siguientes habilidades:

- alimentación (succión, masticación y deglución).
- atención y seguimiento de instrucciones.

- expresión oral y gestual.

Se requiere de una evaluación inicial para conocer el repertorio con que cuenta el pequeño y de ahí partir para la implementación de un programa individual que lo lleve poco a poco a la adquisición de nuevas habilidades.

Para los pequeños menores de un año, y para los que tienen problemas de deglución; se realizan masajes orales y faciales para ayudar a los procesos de deglución de los líquidos y la saliva y para la masticación de alimentos más sólidos.

Con todos los niños se inicia lo mas pronto posible con la imitación de gestos y posturas sencillas frente al espejo, así como la identificación de su imagen y la identificación de su esquema corporal. También se trabaja la imitación e identificación de los sonidos onomatopéyicos.

Se trabajan y se evalúan los procesos de atención por medio del seguimiento de instrucciones sencillas y progresivamente se aumenta la complejidad de las mismas. Por consiguiente la comprensión semántica, sintáctica y pragmática constantemente se esta evaluando y entrenando.

Se realizan ejercicios de lengua, soplo y respiración para ejercitar el aparato fono-articulador; además de ejercicios específicos para la emisión de algún fonema en particular para mejorar la articulación.

#### **4.2.3. Revisión de un caso.**

Cabe señalar que en el área 2 de niños y niñas con discapacidad se aceptan diversas discapacidades en sus grados moderado y leve. Las únicas discapacidades que no son aceptadas son autismo e hiperactividad.

A todos los pequeños al ingresar a la Institución se les valora en su desarrollo para saber las habilidades que tiene y así poder asignarlo a una sala de atención. Son 4 salas (Grupo 1, 2, 3 y 4) las que conforman el Área 2, con una capacidad cada una de 12 niños. Los niños y niñas con discapacidad son asignados a su grupo por nivel de desarrollo y no por edad cronológica.

En cada sala los menores están atendidos por asistentes educativas quienes se encargan de lo asistencial y pedagógico y el grupo de especialistas se encarga de lo terapéutico. Además de las evaluaciones periódicas que se le realizan a cada niño; de manera particular cada especialista evalúa los avances de los pequeños en el área de su especialidad. Y al egresar de la Guardería al cumplimiento de los 4 años, se les entrega un informe final donde se especifican sus logros en cada una de las siguientes áreas: Cognitivo, Lenguaje, Auto-ayuda, Social, Motora fina y gruesa.

A continuación se plantea el caso de un pequeño que estuvo en la guardería más de dos años, que tuvo pocos logros pero significativos y esto le permitió incorporarse a una escolarización.

Nombre: Julio César González Ramos.

Fecha de nacimiento: 06 de Agosto de 1998.

Fecha de ingreso: 18 de Octubre de 1999.

Fecha de egreso: 15 de Agosto de 2002.

Diagnóstico: Sx. de West.

Nivel de desarrollo al ingresar: Al ingresar contaba con una edad cronológica de 1 año 5 meses. Se mantenía sentado sin apoyo; en posición decúbito ventral había apoyo en antebrazos y extensión de tronco, lo cual le permitía movimientos libres de cabeza; no realizaba cambios posturales de manera autónoma; tenía reacciones de defensa.

Alcanzaba, manipulaba y exploraba los objetos con la boca tomándolos con prensión palmar. Seguía a personas y objetos en movimiento que se encontraban dentro de su campo visual.

Emitía algunos sonidos, identificaba la fuente sonora y respondía a su nombre.

Masticaba alimentos sólidos y tomaba líquidos en biberón, requería ser asistido para la alimentación.

Nivel de desarrollo al egresar: El menor adquirió conceptos de espacialidad (arriba-abajo, afuera-adentro, lejos-cerca) con objetos y su cuerpo. Discrimina

las diferencias y semejanzas de objetos y dibujos que le permiten realizar el apareo a partir de una muestra por tamaño y forma.

Identifica el género de sus compañeros (niño-niña-nenas-) y el suyo.

Su vocabulario comprende 10 palabras utilizadas en contextos adecuados en relación objeto-nombre, y sigue emitiendo silabeos y vocalizaciones espontáneas de manera frecuente durante sus juegos o para dirigirse a otras personas. Recurre a la expresión verbal, gestual y corporal para expresar necesidades, expresar sentimientos.

Es evidente que su nivel de comprensión es amplio pues atiende y responde por su nombre, señala e identifica objetos y dibujos de su entorno cuando se le solicita, responde a preguntas utilizando respuestas sencillas de “sí” y “no” con la cabeza. Presta atención a lo que ocurre en su entorno, como actividades de rimas, canciones, lectura de cuentos y juegos dirigidos por el adulto.

Señala partes de su esquema corporal cuando se le solicita. Dice sus edad con los dedos. Ejecuta ordenes sencillas.

Logró la independencia en la alimentación, utilizando la cuchara y tenedor, toma líquidos en vaso y con popote. El vestido y desvestido lo realiza cuando la ropa esta desabrochada. Las actividades de aseo personal las realiza de con la indicación y supervisión del adulto. El control de esfínteres esta en proceso de

consolidarse ya que cuando otra persona lo lleva orina y defeca y ocasionalmente con señas indica su necesidad de ir al baño.

Se traslada con marcha independiente, salta en su lugar y se sube y traslada en rodados de juguete. Puede librar obstáculos, sube y baja escaleras alternando los pies, auxiliado por el adulto o utilizando el pasamanos.

Ejecuta acciones óculo-motoras con cierta precisión como: enhebrar cuentas grandes, ensartar argollas, golpear palitos con un martillo, colocar pijas, construir torres con bloques, dar vueltas una a una las páginas de un libro y verter líquidos de un recipiente a otro.

Realiza garabateo con la crayola, marca líneas tenues verticales y horizontales, toma el lápiz con pinza inferior.

Los avances presentados por Julio fueron pocos sin embargo muy significativos por el síndrome que tiene. Solo se logro su integración parcial con niños regulares del área 1 y se canalizo a una escuela de Educación Especial para que le brindara la atención que el requiere.

Sus avances en cuanto a lenguaje fueron mas notorios en su comprensión que a nivel de expresión oral; sin embargo comparado con la pobre intención comunicativa que tenía cuando llego a la que actualmente presenta se observa una mayor interacción con las personas que conoce y con el mundo que le rodea.



Por otro lado el nivel de independencia que alcanzo le permitirá adquirir otras habilidades y desenvolverse en otros ámbitos además del familiar.

## **DISCUSIÓN O CONCLUSIONES.**

En la década de los ochenta, la constitución del campo de la Educación especial estaba en auge. A sólo diez años de su creación oficial en México, había generado una cobertura casi a nivel nacional.

Las necesidades de este nuevo campo de especialización exigieron la conformación de especialidades, maestrías, diplomados, etc., es decir la creación y proliferación de espacios de formación de maestros y expertos en las cada vez mayores divisiones, clasificaciones y tipificaciones que se fueron configurando en el área. Contrario a lo esperado con estas medidas lejos de resolver la problemática para la que fueron constituidas, produjeron un estallido vertiginoso de especialidades, con el consabido incremento de la demanda para cada una de ellas.

Lo anterior no solo afectó al campo de la Educación Especial, sino que el campo de la educación regular fue incrementando las filas de la Educación Especial al ir “evaluando” con mayor especificidad a sus alumnos regulares.

Por otro lado, el impacto del movimiento de los Derechos Humanos alcanzó a los “especiales” y discapacitados en los países europeos y del norte de nuestro país cuyo proyecto se conoce como el de Integración.

El sistema educativo mexicano, a partir de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica en Mayo de 1992, experimenta un proceso de reforma que ha abarcado los principales campos de

acción de la política educativa. El primer paso para realizar estos cambios es reconocer que la integración no constituye un acto caritativo, sino un esfuerzo para generar las condiciones que permitan que los niños aprendan de acuerdo con sus potencialidades.

La palabra integración es, pues, una expresión cara a las tradiciones discursivas de la educación, al punto de que opera como un modelo estético: junto al equilibrio, desarrollo, armonía, convivencia, forma el acorde hegemónico de la sensibilidad pedagógica frente a los discursos. Sensibilidad que se vuelve mucho más opaca frente a las contradicciones de las prácticas.

Desde hace algunos años la noción de integración ha recibido energías nuevas, provenientes de las mas diversas fuentes.

El modelo educativo se ha transformado, de ser asistencial, a un modelo terapéutico y realmente pedagógico que esta en proceso de reconstrucción para servir mejor a los niños con necesidades educativas especiales.

La reestructuración del, programa educativo de la SEP, con el concepto e integración aún se encuentra en proceso de desarrollo, pero no ha logrado la cobertura necesaria y sobre todo no cubre las expectativas de los padres.

El Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las personas con Discapacidad, con la participación de diversas instituciones públicas, privadas y asistenciales contempla el acceso de los niños con

discapacidad a instancias que promuevan su desarrollo integral e impulsen un proceso educativo.

Se sugiere primordialmente realizar actividades de Estimulación Temprana y de acuerdo al nivel de maduración introducir contenidos temáticos que les permita incorporarse a la educación regular con los apoyos necesarios cuando esto sea posible, y de no ser así mantener instituciones especializadas en donde puedan acceder a la atención y rehabilitación requerida.

Los reglamentos para la prestación de servicios de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil de las instituciones públicas y privadas, impedían en general, de manera indiscriminada, el acceso de los menores con discapacidad a dichos centros, medida de exclusión que hasta hoy se está transformando.

Los programas de Estimulación Temprana tienen auge en las últimas dos décadas, la importancia y los resultados favorables de la intervención en etapas tempranas del desarrollo no ha sido documentada, pero la experiencia personal y las investigaciones recientes del Sistema Nervioso (Plasticidad Cerebral) nos señala que estos programas tienen una eficacia.

La intervención en etapas tempranas del desarrollo plantea una ayuda indispensable en el posterior desarrollo de una persona con discapacidad. Es aquí donde entra el término de Intervención Temprana, se pretende la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales. Esta orientada en una doble vertiente: asistencial y

preventiva, englobando en ambos casos a todos aquellos denominados de alto riesgo.

Con este nuevo enfoque de la Intervención Temprana se tiene una concepción de atención integral, es decir, cubrir todas las áreas de desarrollo de un individuo y la meta es la integración social.

No debemos de cometer los errores del pasado, dejar a los niños a la deriva y que el tiempo de la solución. Para no tener adultos con Discapacidad olvidados, dependientes o de custodia.

La reconceptualización de las personas con discapacidad no es solo un problema de vocablos, representa una nueva forma de asumir responsabilidades hacia este grupo de población que durante años ha sido segregada de políticas públicas, educacionales y laborales, discriminados también por la comunidad y, en menor grado por la familia. El termino discapacidad implica, por consiguiente, desarrollar la cultura de la diversidad.

La persona con discapacidad tiene restricciones en sus facultades y limitaciones para desarrollar actividades, pero tal condición no debe limitar el ejercicio pleno de los derechos que posee como ser humano. No obstante, la dificultad del discapacitado para ejercer sus derechos depende de que los individuos, las instituciones públicas y privadas y la sociedad en su conjunto, en su relación e interacción con él, le garanticen un marco de dignidad, respeto y equidad que merece, para garantizar el pleno acceso a las oportunidades y su incorporación futura a la sociedad.

México tiene una larga historia de búsqueda en cuanto a la forma de atender a sus ciudadanos menos afortunados. Sin embargo, la política de atención siempre tendió a aislar y/o entrenar, en algunos casos en algún oficio. Sólo en los últimos años, motivados por el ímpetu de algunos organismos internacionales, y buscando ser coherentes con los procesos de cambio en otros países, las personas con necesidades y los profesionistas del campo han empezado a luchar para que todos los ciudadanos (con alguna discapacidad) de México tengan las mismas oportunidades de educación y empleo, sin tomar en cuenta su posición de clase, género, etc.

La utilización de un nuevo concepto para referirse a los discapacitados conlleva como consecuencia una responsabilidad para los gobiernos, las empresas, escuelas y familias, dado que se está asumiendo la necesidad de integrar a los diferentes. Integrarse se relaciona con legislar a nivel nacional, estatal y municipal para crear las condiciones que permitan la incorporación de los individuos discapacitados a todos los espacios de la vida social; no basta con rehabilitar a nivel físico a las personas, pues la integración es una consecuencia social.

El término discapacidad fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua aproximadamente hace 10 años, dado que conceptos tales como minusválido, inválido o incapacitado tendían a ser discriminatorios o excluyentes. La idea detrás del uso del término discapacitado tiene el objetivo de integrar para lograr el desarrollo y la mejor autonomía posible de una persona.

Los investigadores y profesionales también tienen que asumir la responsabilidad frente a los discapacitados. Hasta ahora la mayor parte de los

estudios realizados, parten de una perspectiva psicológica o médica, indispensable pero no suficiente. Es necesario que profesionales de otras disciplinas planteen propuestas, estudios y respuestas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los discapacitados.

Y que lo hagan con conocimiento de causa, es indispensable que todos los profesionales involucrados en la educación y rehabilitación de las personas con discapacidad conozcan acerca de las diferentes patologías y tipos de discapacidad para poder estructurar un plan de trabajo individual y eficiente con miras a la integración de esas personas con discapacidad.

Hasta hace poco tiempo la medicina era la encargada de estructurar los programas de rehabilitación, y es parte fundamental, pero la parte educativa y social debe estar a cargo de otros profesionales.

Con la aparición del concepto discapacitado se sustituyen las actitudes de segregación por otras de integración. Detrás de la integración de los niños discapacitados esta un fundamento importante, el de aprender a desarrollar la cultura de la diversidad. Como sociedad tenemos que aprender a vivir con la diferencia. Los discapacitados son diferentes, pero esa diferencia no los debe condenar a vivir segregados, ni olvidados, tenemos que aprender a vivir con ellos.

En nuestro país, las tareas de prevención con respecto al problema del retardo en el desarrollo por lo general se han visto reducidas a simples campañas informativas y de atención, que en su mayoría carecen de operatividad y funcionalidad dentro del contexto social, puesto que es evidente

que no basta con difundir entre la población las causas que originan cierto problema para asegurar que éste deje de presentarse.

El sector médico sigue hablando de recursos de diagnóstico, pero pocos se atreven a involucrarse en el tratamiento y solo a unos cuantos les interesa conocer los procesos de desarrollo del niño.

La incidencia de enfermedades crónicas en nuestro país y su incremento en la última década, requiere de nuestra atención para poder prevenir y, en la medida posible, reducir la agudización de tales padecimientos y de algunas problemáticas que traen consigo.

La pobreza y los bajos niveles de información son factores que siguen influyendo en los altos índices de Discapacidad. En general, se observa una fuerte asociación de determinadas variables socioeconómicas y ambientales con el riesgo de padecer discapacidades, de manera que las personas con menor nivel cultural, miembros de familias bastante numerosas y que viven en zonas muy contaminadas concentran índices de riesgo superiores al resto de la población.

Desgraciadamente la incidencia de discapacidades nos ha rebasado y las campañas de prevención sobre control de la natalidad y control de embarazo no han dado los resultados esperados; y pese a que es más cara la prevención secundaria y terciaria el presupuesto asignado para la prevención primaria sigue siendo tema de discusión.



Actualmente están proliferando métodos de control prenatal que desgraciadamente no están al alcance de todas las personas por los altos costos que estos representan. Pero gracias al avance tecnológico muchos embarazos de alto riesgo pueden tener una mejor atención y disminuir el número de nacimientos con alguna alteración discapacitante o en caso contrario preparar a la familia para el nacimiento de un hijo con discapacidad y así poder reducir el impacto que este provoca en la familia.

En el país existe un alto índice de desconocimiento de las diferentes discapacidades, incluso dentro del campo de la medicina y de Educación Especial. No nos interesamos en conocer acerca de ellas hasta que alguien cercano a nosotros padece alguna discapacidad o nos enfrentamos directamente con un caso en particular.

La obligación y quehacer cotidiano del profesional que esta inmerso en el campo de la salud y de la educación es conocer acerca de las problemáticas que atiende y estar actualizado para detectarlas en el momento que estas se presenten. Y una vez detectadas ofrecer alternativas de solución.

Actuar y prevenir en etapas tempranas, esa es la función de la prevención secundaria, actuar antes de que un trastorno tenga un impacto mayor en la vida de un individuo. La prevención terciaria busca dar rehabilitación y socialización para la integración a la sociedad lo antes posible.

Al interno de la Psicología se ofrecen diferentes puntos de vista para la intervención y, aunque siempre se hace énfasis en la intervención multidisciplinaria, muchas veces esto se queda a nivel declarativo.

Tradicionalmente, existe confusión metodológica, diversidad de variables consideradas y diferentes niveles de medición lo cual contribuye a que el campo parezca confuso y contradictorio.

En lo referente a la educación especial, la formación académica del Psicólogo, en la FES Iztacala, se plantea dos objetivos fundamentales: 1) poner a los estudiantes en contacto con la realidad social, dotándolos de herramientas necesarias para resolver problemas de rehabilitación, además de 2) proporcionar un servicio de asistencia social destinado principalmente a la rehabilitación de niños con un retardo en el desarrollo.

El primer objetivo se cumple enseñando al estudiante a evaluar el retardo, a diseñar programas de rehabilitación en actividades de la vida diaria, a redactar y analizar informes de trabajo, así como a entrenar a los familiares de los pequeños. El segundo objetivo, por su parte, se conduce de dos formas: a) participando directamente en el diseño y aplicación de los programas de rehabilitación; b) entrenando a terceros (familiares, maestros o paraprofesionales) en el bosquejo y conducción de los programas, entrenándolos para la aplicación de esos programas. Colocándolo con esto ante diferentes casos de rehabilitación y por ende desde su formación académica entra en contacto con la realidad laboral.

El tener un servicio social dentro del plan curricular ofrece varios beneficios como: enfrentarse a problemas reales y tener que formular soluciones adecuadas para esos problemas con la ventaja que se cuenta de la asesoría y vigilancia de un tutor. Se adquiere desde ese momento una responsabilidad y compromiso con el individuo "paciente", gracias al reforzamiento de la conciencia social que se fomenta en el joven. Y por último; al terminar su

carrera ya tendrá algo de experiencia por lo menos en un área, y será más breve se periodo de adaptación al campo de trabajo.

Las practicas dentro de educación especial permite relacionarse con los padres y conocer las dificultades que enfrentan para la aceptación de un hijo con discapacidad, asesorarlos en cuanto al manejo que pudieran darles y como manejar en casa un programa de rehabilitación.

La formación como Psicóloga con un plan de estudios modular y de investigación me proporciono herramientas y elementos determinantes para mi desempeño laboral. Una de esas herramientas, la más importante en mi opinión es la investigación documental; el tener la capacidad para buscar, analizar y sintetizar información acerca de un tema en particular. Además de hacer uso del conocimiento adquirido se estará acostumbrado a documentarse y a fundamentar la solución de un problema; aunque la misma experiencia profesional le ira generando nuevas técnicas para abordar problemas, debido a que el funcionamiento de una técnica es relativo.

Además de una formación autodidacta para analizar e investigar, donde se aprende por autorregulación sin estar dependiente de un profesor, fomentando así la formación activa del egresado.

Es verdad que el Psicólogo en el campo de la Educación Especial desempeña una gran cantidad de labores, estas funciones dependen de las necesidades de la Institución y más específicamente de la población que atiende. Su injerencia en este campo laboral es demandada más que otros profesionales, brindándonos entre líneas la confianza de que el papel

desempeñado busca solucionar problemáticas actuales, y que se realice esta actividad no solo con entusiasmo, sino también con capacidad.

La búsqueda de información, metodologías y técnicas que apoyarán mi labor en Terapia de Lenguaje, así he aprendido a modificar, adaptar e inclusive crear metodologías simples a través de la estructuración y organización de procesos que permitan la enseñanza de diferentes conductas que van desde la expresión o imitación gestual hasta la estructuración de un lenguaje oral.

Estos son algunos de los elementos que me proporciono mi formación, herramientas que son útiles para el desempeño laboral. Sin ser una terapeuta de lenguaje he podido cubrir las necesidades de la población que se atiende en la guardería y poder ofrecer un apoyo terapéutico en el área de lenguaje.

La conceptualización del individuo como un ser biopsicosocial plantea la necesidad de tener la apertura para aceptar que varias disciplinas tienen que intervenir en el bienestar de una persona así como la aceptación de un trabajo multidisciplinario.

Dentro de la Guardería se brinda prevención a nivel secundario y terciario. Se brinda detección y atención a los casos denominados de alto riesgo, sin ninguna alteración física o mental, son niños de Área 1 (área regular) que presentan un retraso en su desarrollo. También se interviene en etapas tempranas del desarrollo con los niños y niñas con discapacidad para reducir los efectos que ésta pudiera tener.

Además se da la rehabilitación a los pequeños para que puedan tener una adaptación social con sus capacidades. Y posteriormente integrarse a la sociedad como una persona con Necesidades Educativas.

La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo, proporcionándole así sus propios medios de vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Dentro de la Institución Felices hacia el Futuro gracias al programa de atención asistencial-educativo y de apoyo terapéutico es posible atender a los menores de manera integral. Dentro de la rutina diaria y las horas de alimentación se implementan las hábitos de higiene personal , así como actividades de cortesía; el programa educativo es secuencial y graduado de tal forma que conforme el menor cambia de grupo se manejan contenidos temáticos y actividades de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Otro aspecto importante de este programa es la atención por parte de un equipo de especialistas en aprendizaje, estimulación temprana, lenguaje y terapeuta físico que atienden de manera individual a niños y niñas para apoyar cada una de las áreas de desarrollo y estructurar un programa individual de terapia y las adecuaciones curriculares pertinentes.

La atención multidisciplinaria es el eje rector del programa de área 2; ya que todos los acuerdos, modificaciones en el programa de terapia, integración

parcial o definitiva de los pequeños, se realiza en consenso. Cada una expone, desde el punto de vista de su especialidad, lo que considera más conveniente para los menores.

El trabajo dentro de un equipo multidisciplinario no es nada fácil, hay que sortear varios contratiempos, como los egos personales y profesionales, respeto apertura para la opinión de otros profesionales, etc.

Sin embargo las ventajas del trabajo en equipo son notorias y el beneficio para los pequeños es mayor. El trabajo multidisciplinario permite el aprendizaje de todas las personas (profesionistas) involucradas en la educación especial; la aportación de cada una de acuerdo a su especialidad y lograr una atención integral; el seguimiento y evaluación de los avances de cada caso en particular y en cada una de las áreas.

Por otro lado la existencia de un equipo multidisciplinario hace factible la trasmisión de sus conocimientos no solo de manera interdisciplinaria, sino también a través de la desprofesionalización. Las asistentes educativas son las que pasan la mayor parte del tiempo con los menores con discapacidad; y son las responsables de la atención asistencial (cambio de ropa, pañales y alimentación) y de llevar a cabo el programa pedagógico (actividades de estimulación temprana y curriculares) por lo que son asesoradas por las especialistas acerca de cómo pueden trabajar con los pequeños y que actividades realizar para la adquisición de habilidades y conceptos.

La existencia de este programa de atención a menores con discapacidad cubre las necesidades de padres y menores, proporciona la equiparación de

oportunidades, ya que desde etapas tempranas los menores tienen la oportunidad de integrarse a otros ámbitos sociales y favorece el desarrollo integral y la potenciación de sus capacidades para continuar con una escolarización cualquiera que ésta sea.

La interdisciplina, la multidisciplina, la desprofesionalización y la prevención son aspectos que, de considerarse en el trabajo del psicólogo, posibilitarán la ubicación y el desarrollo social de nuestra disciplina en su quehacer práctico y analítico.

La diversidad de población es algo con lo que se enfrenta el recién egresado. La imperiosidad de una alternativa de respuesta lo lleva a echar mano de la investigación sobre el problema en cuestión y después hacer uso de su creatividad para estructurar un programa de intervención.

Incidir en áreas afines a la Psicología, caso específico la terapia de lenguaje requirió de un arduo trabajo de investigación acerca de los procesos y mecanismos del habla. Conocer el desarrollo del niño no es suficiente para saber los procesos de adquisición del lenguaje y por otro lado el manejo de aquellos pequeños que presentan alteraciones en el aparato fono-articulador requiere un conocimiento y manejo de la cavidad oral.

Realizar el servicio social dentro de la CUSI en el área de Educación especial fue crucial para la inclinación hacia esta área, los elementos de apoyo que me proporciono son los siguientes:

Conocimiento del duelo de los padres cuando nace un hijo con discapacidad, esto te permite tener una visión del grado de aceptación o rechazo que tiene el padre hacia la discapacidad de su hijo. El manejo de la aceptación permite un mayor avance en el proceso de la rehabilitación ya que los padres y la familia en su conjunto son la base del trabajo terapéutico.

La importancia de la escuela para padres, ya que la asesoría y conocimiento acerca de la discapacidad que presenta su hijo permite que sea más fácil la aceptación.

El conocimiento del desarrollo del niño normal permite tener una referencia para poder detectar retrasos en el desarrollo; además sirve como guía para conocer las etapas secuenciales que todo niño, con o sin discapacidad, debe presentar dentro de su desarrollo motor, sensorial, cognitivo y de lenguaje. El objetivo es lograr que el menor logre superar esos rezagos dentro de sus posibilidades para llegar a un desarrollo integral.

El conocimiento de algunos reflejos patológicos permite la detección oportuna y temprana de signos de alarma para la canalización de los menores con un especialista.

La estructuración de un programa de intervención con objetivos bien definidos tomando en cuenta las potencialidades de cada individuo, auxiliándose de técnicas de modificación de conducta.



En el plano profesional me satisface ser parte del programa de atención a niños con discapacidad moderada, donde he podido comprobar que la intervención temprana reduce los efectos que una alteración neurológica, sensorial, motora o intelectual que presenta un niño con discapacidad. No en todos los casos se logra la integración o un desarrollo “óptimo” sin embargo cualquier logro por parte de los menores es una satisfacción para los padres y para el personal que ahí labora.

Así mismo la participación dentro de este programa como terapeuta de lenguaje me deja, por un lado, un cierto cúmulo de información respecto a los procesos de la adquisición del lenguaje y por otro la satisfacción profesional de haber cumplido como terapeuta de lenguaje en la rehabilitación de los niños y niñas con discapacidad.

Estoy consciente de que mi trabajo tiene ciertas limitaciones, pero no dudo que día a día puedan ser solventadas con la actualización e investigación documental, además de la experiencia misma.

En un plano más personal este trabajo me deja una satisfacción personal; pues en cada gesto, palabra y logro de los pequeños se brindan nuevos alicientes para seguir con mi labor. Ver crecer a todos y cada uno de los pequeños que ingresan a la Guardería es una lección de vida. Siempre habrá nuevas generaciones por las que hay que luchar y estar mejor preparados para brindarles una mejor alternativa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabada, A. J. M. (1994) La educación especial. Situación actual y expectativas. En: Gisbert, A. J., Mardomingo, S. M. J., Sánchez, M. M. E., Solís, M. R., Claramunt, L. F., Toledo, G. M. & Valverde, M. J. (Ed.). Educación Especial. Bogotá, Colombia.: Cincel.

Caplan, G. (1985). Principios de Psiquiatría Preventiva. Psicopatología y Psicósomática. Barcelona, España.

Casado, P. D. (1999). La prevención de deficiencias en España. En: Real patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía. (Ed.). Curso sobre Prevención de deficiencias. Madrid, España.: Autor.

Domínguez, D. M. (1996). Aspectos médicos en la atención de niños con retardo en el desarrollo. En: Galguera, I. (Ed.). El retardo en el desarrollo. México.

Fernández, G. M. G. (1993). Teoría y análisis de la integración Madrid, España.: Escuela española.

García, A. A. (2002). Adquisición y Desarrollo del lenguaje. En: Intervención temprana en el niño con factores de riesgo y Daño neurológico estructurado. México.: UNAM.

García, P. A. (1999). Niños y niñas con Parálisis Cerebral. España.: Narcea.

García, C. I., Escalante, H. I., Escandón, M. Ma. C., Fernández, T. L. G., Mustri, D. A. & Puga, V. I. (2000). La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias. México.: SEP.

Gómez -Palacio (1984). Integración escolar de niños repetidores. México.: SEP.

IMSS. Prestaciones y servicios (2000). Normas de operación del servicio educativo y de apoyo terapéutico para la atención de niños y niñas con discapacidad moderada. México.: IMSS.

Jiménez, L. A. ( 1999) Concepto, tipología y prevalencia en España de las deficiencias. En: Real patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalía. (Ed.). Curso sobre Prevención de deficiencias. Madrid, España.: Autor.

Klingler, K. C. (2000). Educación Especial en México. En: Shea, T. M., Bauer, A. M. (Ed.). Educación Especial un enfoque ecológico. México, D.F. : Mac Graw Hill.

Machado, J. M. (1979). La experiencia infantil y el lenguaje. México.: Diana.

Mares, M. A.(1996). Aspectos a considerar en el trabajo del psicólogo ante el problema del retardo en el desarrollo. En: Galguera, I. (Ed.). El retardo en el desarrollo. México.

Paredes, M. M. Y. y Sosa, S. J. (Ed.)(1998). Sujeto, Educación especial e integración. México.: UNAM.

Salamanca (1994). Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las necesidades educativas especiales y marco de acción. Salamanca, España. Autor.

Sarason, G.I. (1990). Psicología Anormal. México, D. F.: Trillas.

SEP (1999). Ley Nueva General de Educación. México.: Pac.

Solana, F. (1982). Tan lejos como llegue la educación. México, D. F.: Fondo de Cultura económica.