



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Estimulación Temprana para fomentar habilidades
integrales del desarrollo en personas con
necesidades Educativas Especiales:
Estudio de un caso”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Laura Patricia Islas Reynaga
Carloren Machuca Ibarra

Director: Mtro. **Angel Corchado Vargas**

Dictaminadores: Lic. **María Cecilia Guzmán Rodríguez**

Lic. **María Esther Rodríguez de la Rosa**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2012



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 el ser tan afortunada, ya que tengo una familia maravillosa que me apoya y está conmigo en todo momento. Tengo unos padres excelentes a los que amo y debo todo lo que soy.

A mis mejores amigas

La vida me regaló un ángel que aparentemente posee siglos de experiencia y sabiduría, para que la llamara mamá y agradezco cada segundo desde que la conocí porque no hago más que admirarla y aspirar a ser como ella ha sido con nosotros. A Guille, tía Elo y tía Mari porque han estado en todos mis momentos importantes, cada una a su manera, pero siempre han sido comprensivas, excelentes escuchas, consejeras y amigas. Las amo.

A mi Héctor, a Julio y esos angelitos que la vida me ha mandado y de los que he aprendido tanto.

A Mónica y Angel

Por ser mis maestros y guías en lo profesional, aprecio y agradezco con todo mi corazón las enseñanzas que me han brindado, así como el poder contar con su amistad.

Laura Patricia Islas Reynaga

Gracias Mami
Gracias Amiga Lau
Gracias Maestro Angel

Carloren M. I.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I Aspectos generales de la Educación Especial	6
1.1 Definición de educación especial	6
1.2 Antecedentes históricos de la Educación Especial	9
1.2.1 Antecedentes Mundiales	10
1.2.2 Antecedentes en México	15
1.3 Personas con necesidades educativas especiales	18
1.3.1 Síndrome de Down (S.D.)	19
1.3.2 Parálisis cerebral	24
1.3.3 Autismo	28
1.3.4 Retraso mental	32
1.3.5 Retraso sociocultural	37
1.3.6 Trastornos del lenguaje	41
1.3.7 Trastornos de audición	46
1.3.8 Ceguera	54
1.3.9 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	71
1.3.10 Problemas Específicos de aprendizaje	81
1.3.11 Sobredotados	84
1.4 Áreas de intervención en Educación Especial	89
1.4.1 Papel del psicólogo en Educación Especial	93
Capítulo II La Estimulación Temprana como parte de la Educación Especial	97
2.1 Definición de la Estimulación Temprana	98
2.2 Antecedentes de la Estimulación Temprana	102
2.3 La estimulación temprana en la Educación Especial	104

Capítulo III Intervención en la Estimulación Temprana	106
3.1 Áreas de intervención en la Estimulación Temprana	107
3.2 Formas de evaluación para dar Estimulación Temprana	109
3.3 Tipos de Programas de Estimulación Temprana	109
3.4 Multidisciplinas que intervienen en la Estimulación Temprana	111
Historia Clínica	113
Resultados de la Evaluación	130
Conclusiones de la Evaluación	139
Línea base I	140
Programa de intervención	148
Técnicas de Modificación de Conducta	170
Resultados Cualitativos y Cuantitativos	175
Línea base II	195
Post Evaluación	207
Discusión	215
Conclusiones	217
Propuesta de seguimiento	219
Bibliografía	221

RESUMEN

Se realizó un programa de Estimulación temprana para una niña considerada de alto riesgo que tenía 2 años 5 meses de edad. Por medio de los resultados que arrojó la evaluación hecha con el Inventario de habilidades básicas, se planteó como objetivo que al finalizar la intervención, Estela mejorara su capacidad de discriminación, comunicación, socialización así como también su motricidad fina y gruesa. Para el cumplimiento de dicho objetivo se abordaron los diez repertorios en los que se encontraba más rezagada. Al finalizar el programa de intervención, se alcanzó un 100% en la ejecución de 9 de las conductas trabajadas.

INTRODUCCIÓN

Las Necesidades Educativas Especiales (NEE), aluden a las características que presentan algunas personas con respecto al aprendizaje, para el que tienen ciertas dificultades y cuyo abordaje requiere medidas educativas específicas que puedan cubrir dichas carencias; dicho de otra forma, existe una NEE cuando alguna de las características personales del individuo afecta en medida su aprendizaje y se hacen precisos medios extraordinarios de acceso al currículo y/o condiciones de aprendizaje adaptadas.

La importancia de ayudar a estas personas se vio reflejada cuando en 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 3 de diciembre como Día Internacional de las Personas con Discapacidad, con el fin de sensibilizar a la opinión pública respecto a la integración de estas personas en todos los aspectos de la vida política, social, económica y cultural de las naciones.

Al año 2010, las cifras indican que en México 5.7 millones de personas padecen alguna discapacidad, cifra que equivale a 5.1% de la población total en el país; las entidades federativas con mayor proporción de personas con discapacidad son Zacatecas y Yucatán, seguidas por Michoacán, Nayarit, Colima y Oaxaca, todas con proporción superior a la observada en la media nacional (5.1%). Las entidades con menor proporción de personas con discapacidad son Chiapas, Quintana Roo, Baja California y Nuevo León. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI).

El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 incluyó por primera vez la identificación de personas con alguna discapacidad. De acuerdo con sus resultados existen en el país 191, 541 personas de 4 a 14 años de edad con alguna discapacidad. Se encontró en el registro de menores con discapacidad, que más de 2, 700, 000 niños tienen algún signo de discapacidad en el país, de los cuales 2, 121, 000 recibirán algún tipo de servicio educativo, mientras que 600 000 no asistirán a ninguno y el 58% de las personas con discapacidad tienen limitaciones para moverse, seguido de las

discapacidades para ver, oír, trastornos mentales, del habla o de comunicación, así como las limitantes para el autocuidado personal.

Un niño o niña necesita una educación especial cuando presenta alguna dificultad en el aprendizaje y ésta requiera una medida pedagógica, académica y formativa específica, de acuerdo a sus necesidades.

Los síndromes o dificultades que se abordarán en este documento, se clasifican de la siguiente manera:

- Síndrome de Down
- Parálisis cerebral
- Autismo
- Retraso Mental
- Retraso Sociocultural
- Trastorno de aprendizaje
- Trastorno del lenguaje
- Disminución auditiva
- Disminución visual
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Sobredotados

Cabe destacar que en el primer capítulo se explicará detalladamente cada una de las dificultades antes mencionadas, especificando definición, características, evaluación, tratamiento, áreas de intervención; con el fin de esclarecer el objetivo principal de la Educación Especial, puntualizando en las personas que por motivos biológicos, genéticos, accidentales, entre otros, requieren cierto tipo de atención y cuidados especiales.

De igual forma se considera importante incluir en dicho capítulo las áreas de intervención en la Educación Especial, debido a que cuando un niño padece alguna dificultad, es conveniente desarrollar habilidades para enriquecer y mejorar su repertorio básico, fomentando seguridad, estabilidad e independencia en la vida del infante; el papel del psicólogo en esta tarea es

fundamental, dado que un profesional y especialista en el tema, ofrece contención a la familia, facilita el avance y tratamiento de estos casos.

Debido a que el desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.

La Atención Temprana, desde los principios científicos sobre los que se fundamenta: Pediatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Lingüística, etc., tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social (Grupo de atención Temprana, 2000).

Continuando con el contenido de los apartados posteriores, se estima necesario referir que en el segundo capítulo, se hace alusión a dicha atención Temprana, profundizando en las características de ésta y en la importancia de considerarla como parte de la Educación Especial, puesto que al brindar dicha estimulación a niños de “alto riesgo” es posible prevenir trastornos, alteraciones, impedimentos o dificultades en su desarrollo. Se entiende por niños de alto riesgo, aquellos que por dificultades durante el embarazo o el parto, se encuentran propensos a manifestar en su crecimiento desajustes; provocando, déficits, afectaciones físicas, sensoriales, lesiones neurológicas, entre otros.

Cuando se detecta que un niño se encuentra en situación de riesgo, es conveniente llevar a cabo una intervención temprana, en donde se atiendan las necesidades, que pueden ser de carácter físico, biológico, cognitivo, emocional y/o social, es decir, si se identifica riesgo en el desarrollo del infante, se pueden prever ciertas dificultades y mejorar el bienestar en su infancia.

Por todo lo anterior es fundamental incluir a la Estimulación Temprana en la Educación Especial, porque es una manera de evitar que un niño sufra las consecuencias de un inadecuado crecimiento o bien mejorar el resultado de las capacidades, habilidades, aptitudes que en un futuro desarrollará.

Dentro del tercer capítulo se exponen los tipos de intervención que se realizan en la Estimulación Temprana, se dividen en prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria, cada una de éstas tiene la finalidad de proporcionar las herramientas precisas que procuren una mejora en la vida del niño, de evitar condiciones desfavorables para éste y disminuir el riesgo de enfermedad que pueda provocar su entorno. De igual forma en este capítulo se aborda las áreas de intervención, las formas de evaluación y colaboración multidisciplinaria que se da en la Estimulación Temprana.

Finalmente, en el cuarto capítulo se encuentra el expediente del caso clínico que se abordó; este programa de intervención se realizó enfocado en la Estimulación Temprana; en él se explica la historia clínica de la paciente, el motivo principal de la consulta, también se menciona cómo se realizó la evaluación, el tratamiento y los resultados que éste arrojó, por consiguiente el análisis, la discusión, la conclusión y una sugerencia sobre intervenciones futuras.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

En México se han realizado esfuerzos importantes por determinar la cifra exacta de la población en edad escolar que presenta alguna discapacidad para conocer la demanda real de atención de los servicios de educación especial; sin embargo tener acceso a esta información resulta complicado. No obstante, se encontró en el registro de menores con discapacidad, que más de 2, 700, 000 niños tienen algún signo de discapacidad en el país, de los cuales 2, 121, 000 recibirán algún tipo de servicio educativo, mientras que 600 000 no asistirán a ninguno. El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 incluyó por primera vez la identificación de personas con alguna discapacidad. De acuerdo con sus resultados existen en el país 191, 541 personas de 4 a 14 años de edad con alguna discapacidad. Al año 2010, las cifras indican que son 5, 739, 270 las personas que tienen algún tipo de discapacidad, lo que representa 5.1% de la población total. Por tal razón se torna necesario conocer qué es la Educación Especial, cuáles son sus antecedentes históricos, las personas que tienen necesidades Educativas Especiales, las áreas de intervención y el papel del psicólogo en la Educación Especial, por lo que a continuación se abordarán dichos temas.

1.3 Definición de educación especial

Suárez (2006) refiere que el término de Educación Especial (E.E) ha cambiado a través de los años, pasando de ser una educación adaptada de la Educación General, a una educación específica en la que la integración y la atención a la diversidad de los educandos son las principales cuestiones.

El término E. E. se había utilizado para designar a un tipo de educación diferente a la ordinaria, que iba por un camino paralelo a la educación general; de tal forma que el niño al que se le diagnosticaba una deficiencia,

discapacidad o minusvalía, era enviado a la unidad o centro específico. De ésta manera la E.E iba dirigida a aquellos alumnos que tenían un cierto déficit que les hacía ser bastante diferentes del resto de los alumnos considerados como normales.

Para Taylor y Sternberg (citados en Castanedo, 2001) la E.E. consiste en ofrecer instrucción que haya sido diseñada específicamente para cubrir las Necesidades Educativas de alumnos excepcionales. Dicha educación implica crear el ambiente físico apropiado para cada uno de ellos, los procedimientos y el contenido de la enseñanza, el uso del material psicopedagógico y el equipo pedagógico.

En la segunda mitad del siglo XX el concepto de E.E. empezó a cambiar y los autores lo explicaron de distintas maneras. Heward (1998), menciona que la E.E puede definirse desde diferentes puntos de vista, como el legal, administrativo y sociológico. Si se toma en cuenta la primera perspectiva, es claro que debe centrarse en las implicaciones legales que llevan a informar a los padres de los alumnos discapacitados acerca de sus derechos y ayudarlos a elegir los programas más adecuados para sus hijos. En cuanto al área administrativa, la E.E se entiende como una parte del sistema educativo ordinario que requiere una relación entre profesores y alumnos que tiene fórmulas especiales para determinar los contenidos concretos que se han de enseñar de acuerdo con el tipo específico de discapacidad. Desde la perspectiva sociológica o política la E.E es el resultado de la movilización de la sociedad civil, la cual hizo una demostración del cambio de actitudes hacia las personas con discapacidad que se ha producido en la sociedad.

Estas aproximaciones tienen aspectos muy válidos y cada una de ellas juega un papel muy importante, tanto en la definición de la Educación Especial, como en la forma en la que se aplica. Sin embargo ninguna de dichas definiciones capta la auténtica esencia de la E.E, por lo que a continuación se abordará el concepto de Necesidades Educativas Especiales (N.E.E) con la finalidad de conciliar ambos conceptos para tener una idea más clara de lo que se está refiriendo.

Boggino y De la Vega (2006), consideran que el concepto de NEE ha permitido distinguir entre dos condiciones por las cuales un niño requiere dicha atención especial.

1.- Está relacionada con la población infantil que presenta algún trastorno originado por cuestiones genéticas, neurológicas, psicológicas, motoras y/o metabólicas. Por ejemplo: niños con Parálisis Cerebral, Síndrome de Down, disminución visual, disminución auditiva, retardo mental.

2.- Se refiere a problemas transitorios en el aprendizaje, que por razones pedagógicas, psicológicas, sociales o culturales puede presentar un niño a lo largo de su historia escolar. Algunas de estas problemáticas son: estilos de crianza inadecuados, retardo en el lenguaje, duelo, separación de padres.

Por su parte, Suárez (2006) dice que se cree que un niño o niña necesita una educación especial si tiene alguna dificultad en el aprendizaje que requiera una medida educativa especial. Este nuevo concepto (NEE) desplaza el centro de atención desde el individuo, considerado como portador o paciente de un trastorno, hacia la intervención educativa, en la que el sujeto es una de las partes implicadas. Las N.E.E surgen como consecuencia de la no adaptación del alumno al ritmo y tipo de aprendizaje del grupo del que pertenece.

Así mismo Santucci de Mina (2005) hace una definición de las N.E.E centrándose en las personas cuyo desarrollo evolutivo, sensorial, del lenguaje, dificultades para el aprendizaje y de ajuste social, interfiere con su independencia personal, su integración educativa, laboral, social y con el medio en que vive.

De esta manera, destaca la importancia de considerar a las N.E.E como una herramienta esencial en el desarrollo del niño y cree que las finalidades más significativas de dicho concepto son las siguientes:

- Lograr un máximo desarrollo de las capacidades; con el objetivo de generar en el infante, de acuerdo a sus posibilidades, una independencia como individuo.

- Integrar la personalidad global del niño, con la finalidad de resaltar sus habilidades para que estas potencialicen su desarrollo.
- Preparar al sujeto para su participación en la vida social; dependiendo de sus capacidades, se considera adecuado brindar las herramientas necesarias para el aprendizaje de un oficio que le permita ser independiente.

Frola (2005) concuerda con los autores mencionados respecto a que el niño con NEE es aquel que por razones físicas, psicológicas y/o sociales requiere apoyo para interactuar con su medio. En cuanto al área educativa menciona la necesidad de adecuaciones curriculares y estrategias pedagógicas acordes con su dificultad para acceder al currículum básico; sin embargo ella hace una aportación de suma importancia al mencionar que el concepto es relativo, temporal y dependiente del entorno, ya que cualquier persona en un momento dado puede presentar NEE y puede o no tener discapacidad. De igual manera puede haber menores con alguna discapacidad pero acceden adecuadamente al currículum básico, es decir, no tienen necesidades educativas, solamente tienen necesidades especiales, por ejemplo para desplazarse en el plantel.

Por tanto, las N.E.E aluden a las características que presentan algunas personas con respecto al aprendizaje, para el que tienen ciertas dificultades y cuyo abordaje requiere medidas educativas especiales que puedan cumplir con sus necesidades; dicho de otra forma, existe una N.E.E cuando alguna de las características personales del alumno afecta en medida su aprendizaje y se hacen precisos medios extraordinarios de acceso al currículo y/o condiciones de aprendizaje adaptadas.

1.4 Antecedentes históricos de la Educación Especial

Palomino y Torres (2002) mencionan que en el siglo V a. C. Hipócrates habla de la anormalidad como una enfermedad y Paracelso en su obra “de generatione stultorum” se refiere a los subnormales, hace alusión a su inocencia y la relaciona con los enfermos mentales. En el siglo IX y X a.C se encontraron informes de órdenes religiosas y escritos de el filósofo Plutarco, en donde se refiere a la ley de Licuaro sobre costumbres de la sociedad espartana

donde señala que los individuos con alguna deficiencia eran considerados como seres que no merecían vivir; por esta razón, eran arrojados por el monte Taijeto en Esparta, o por la roca Tarpeia en Roma. Así es como se construye un concepto de anormalidad y defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta a la persecución por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos, Guevara y cols. (2008).

Durante la Edad Media, la iglesia condenó el infanticidio, pero por el otro lado alentó la idea de atribuir a causas sobrenaturales las anormalidades que padecían las personas. Se les consideraba poseídas por el demonio y otros espíritus infernales, sometiéndolas a prácticas exorcistas (Bautista, 1993).

En el siglo XV se funda la primera institución dedicada exclusivamente a la asistencia a enfermos mentales creado por Fray Gilabert Jofre en Valencia en la que recoge a modo de asilo, a huérfanos e inocentes. Posteriormente en el siglo XVII y XVIII, los deficientes mentales eran ingresados en orfanatos, manicomios, prisiones y otros tipos de instituciones estatales. Eran encerrados junto a delincuentes ancianos y pobres.

Sin embargo, Castanedo (2001) asevera que el tratamiento humano de las personas con NEE se inició hasta finales del siglo XVIII y comienzos del XIX.

1.2.1 Antecedentes Mundiales

En el siglo XVI Fray Ponce de León, Juan Pablo Bonet, Lorenzo Hervás y Panduro realizaron experiencias educativas con sordomudos. Sin embargo, a mediados del siglo VII el maestro Español Jacobo Pereira, residente en Francia y amigo de Rosseau, se interesa por los sordomudos, enseña el lenguaje e inventa una sencilla máquina que permite hacer simples cálculos matemáticos.

Es así como aparecen los primeros centros especiales para subnormales, de manera que las primeras respuestas a los problemas educativos de las personas deficientes se suelen enmarcar en el periodo

comprendido entre 1700 y 1880, y son experiencias desarrolladas por la iniciativa privada, principalmente las instituciones religiosas y filantrópicas.

La historia moderna de la educación especial y el tratamiento del deficiente mental se inicia con Jean Marc Gaspard, quien como Pereira, trabajaba con sordomudos en París. En 1848, en los Estados Unidos Samuel Gridley Howe fundó en Boston la escuela Perkins para ciegos y Thomas Gallaudet en Hartford, una escuela para sordos.

Unos años más tarde en 1850 fue fundado por Eduard Onesimus Seguin discípulo de Itard, el reconocido Pennsylvania Training School dedicado al tratamiento de la Deficiencia Mental. Seguin perfeccionó el método de entrenamiento sensorial de Itard presentando a los DM una serie de estímulos graduados y con diferentes dimensiones como la altura y el peso.

La primera clasificación de deficiencia mental o retraso mental fue realizada por el psicopedagogo belga Ovide Decroly, quien elaboró en 1905, junto con Henry Simon, el test de inteligencia conocido como el Binet-Simon.

Otras grandes contribuciones al desarrollo de la E.E han sido ejecutadas por diferentes profesionales de la medicina, psicología y pedagogía dedicados al campo de las personas excepcionales. María Montessori, admiradora de Seguin, fundó "la casa de bambini". Elaboró técnicas de entrenamiento sensorial aplicadas a DM y niños marginados que vivían en los asilos de Roma. Marianne Frostig creó un método de evaluación de la percepción visual, una *prueba psicológica que explora la relación de los trastornos de la percepción visual con los problemas de aprendizaje y adaptación escolar, lesiones cerebrales y otros trastornos*. Posteriormente en la década de los cincuenta surgieron varios programas centrados en la estimulación temprana de niños discapacitados o con alto riesgo como el Head Start, el Philadelphia Project y el Mother Child Home Program.

Suárez (2006) y Godoy, Meza y Salazar (2004) por su parte, mencionan que durante los años sesenta, con la aparición del principio de Normalización y por otro lado con la emergencia y consolidación del concepto de NEE, en el informe Warnock de 1978 en Inglaterra, se inicia una nueva forma de entender

la EE. En el Informe Warnock queda explícita la idea de que los fines de la educación son los mismos para todos los niños y niñas, cualesquiera que sean los problemas con que se encuentren en sus procesos de desarrollo y en consecuencia, la educación queda configurada como un continuo de esfuerzos para dar respuesta a las diversas necesidades educativas de los alumnos para que estos puedan alcanzar los fines propuestos. A partir de estos argumentos, en forma progresiva el objetivo de esta modalidad educativa comienza a dar un giro en el sentido de que no sólo se trata de optimizar los avances en el desarrollo de la persona en función de su discapacidad, sino también y especialmente de proporcionar un conjunto de apoyos y recursos, es decir que se vuelve fundamental realizar una intervención multidisciplinaria, en donde los especialistas contribuyan al desarrollo integral de la persona con NEE.; implementando dichos recursos en el sistema educativo regular para dar la respuesta educativa adecuada y favorecedora del máximo desarrollo global. Tomando en cuenta que para poder tener un mejor aprendizaje, algunas ocasiones los niños tienen necesidades físicas, como cirugías, implantes auditivos, anteojos, prótesis, o incluso tratamientos medicamentosos, entre otros.

En 1963 Samuel Kirk acuñó el término discapacidad para el aprendizaje. En la década de los setenta se produjeron aportaciones tan importantes como las de Frostig. Hasta aquí se denomina esta época histórica como la era de las escuelas especiales Castanedo (2001).

En 1863 se crearon centros para ciegos y sordomudos, así como las primeras clases especiales para niños inadaptados. En 1893 se creó en Inglaterra la British Child Study Association; en 1871 en E.U la American Association of instructors of the Blind y en 1876 la American Association of Mental Deficiency. La aparición y organización de asociaciones profesionales impulsaron el desarrollo científico y técnico de métodos de diagnóstico y tratamientos específicos. Sin embargo también es importante mencionar que en esta etapa se dieron una serie de circunstancias históricas y sociales que llevaron a la marginación social más absoluta a las personas con déficits.

Es a principios del siglo XIX cuando se sitúa el comienzo de lo que podríamos llamar rehabilitación de los subnormales, y cuyo origen se puede atribuir a Pinel y a su discípulo Itard quienes intentaron reeducar a Víctor de Aveyron “el niño salvaje” (Palomino 2002).

En este contexto surgen nuevas definiciones de discapacidad, que son producto de un análisis crítico de 20 años de trabajo a nivel mundial. Las definiciones de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sido publicadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (conocida como CIF). La CIF contiene una actualización de las definiciones que la misma OMS publicara en 1980. En ésta época se planteaba que la discapacidad era producto exclusivo de una deficiencia en el individuo y que se traducía en una capacidad reducida de la persona para desarrollar las actividades propias de la vida en comunidad. Esta definición, implicaba estrategias de servicios de salud, educación y trabajo, entre otros, centradas en mejorar las capacidades y competencias de la persona para que enfrentase los desafíos de vivir en la sociedad.

En la actualidad, la CIF no define la discapacidad como un problema de falta de capacidad, sino que se centra en la participación en actividades y la define como limitaciones personales y restricciones contextuales para participar en las actividades consideradas normales para otras personas de su mismo género, edad y condición social. Las estrategias de servicio que de esto se desprenden se basan en la integración y la equiparación de oportunidades, con intervenciones dirigidas tanto a la persona con discapacidad como al contexto en que esta se desenvuelve.

Uno de los cambios más importantes que se han dado en la E.E. surgió en Dinamarca durante los años sesentas y de acuerdo con Frola (2005) y Palomino (2002) es conocido como el movimiento integracionista o la era de la integración. En este periodo se inicia la escolarización conjunta de alumnos sanos y discapacitados, lo que se conoce como integración escolar. De acuerdo con Santucci de Mina (2005), se distinguen dos acepciones:

1. La integración social: derecho de toda persona a participar plenamente en la sociedad a la que pertenece y gozar de una forma no discriminada de todos sus servicios.
2. La integración escolar, como estrategia educativa que contribuye a potenciar el desarrollo y proceso de aprendizaje de los niños con déficit.

Considera que la finalidad principal de la integración educativa se basa en:

- Proporcionar oportunidades para aprender dentro de un ambiente cotidiano, donde el niño con N.E.E pueda interactuar con todos los alumnos.
- Preparar a los estudiantes con N.E.E para la vida y la profesión futura, generando un desarrollo social óptimo, que le permita formar parte del entorno al que pertenece, pudiendo desenvolverse libremente.
- Fomentar en los niños que no requieren de ningún tipo de atención especial, la comprensión y aprecio por las diferencias individuales y de igual forma se hagan partícipes de las necesidades de sus iguales.

De manera complementaria, Frola (2005) alude que la integración implica acciones de la sociedad a la que pertenece el niño con NEE, dirigidas a facilitar la adaptación en su medio, es decir que tiene derecho a obtener un lugar en la escuela más cercana y que le sean provistos los servicios que van a evitar en la medida de lo posible, que sea segregado o canalizado a centros especiales.

Tras el arduo e interminable debate entre integración y educación especial que se dio en los procesos de transición y cambio de los sistemas de atención en los años setenta y ochenta apareció el concepto de “inclusión educativa social y laboral”. Ya que esta “integración” del alumno se llevó a cabo sólo de manera presencial, en donde los niños formaban parte de la escuela regular; eran evaluados, diagnosticados y categorizados pero seguían sin verse favorecidos en su aprendizaje, puesto que no se contaba con estrategias ni ajustes a la enseñanza que pudieran beneficiarlos (Santucci de Mina, 2005; Castellano y Escandon, 2006).

El objetivo de la educación inclusiva es cambiar las escuelas ordinarias y sus currículas para responder a las necesidades de todos los niños. Trata de desarrollar un sentido de comunidad y de apoyo mutuo, modificando sus

planteamientos para que todos tengan una sensación de pertenencia, se sientan aceptados e iguales. Es una educación en y para la diversidad, que opta por la interacción y la heterogeneidad. Se centra más en los procesos que en los resultados y reconoce la especificidad de las situaciones; permite una comprensión sensible y coherente de las condiciones de las personas (Santucci de Mina, 2005).

1.2.2 Antecedentes en México

Barraza, López y García (1998) aseveran que la institucionalización de los servicios de E. E. tuvieron su inicio en el Distrito Federal en el año de 1867 cuando se fundó la Escuela Nacional de Sordos, posteriormente se fundó la de ciegos en 1870 y la primera institución de carácter oficial que se estableció en el interior del país fue una Escuela de Educación Especial en Oaxaca hasta el año de 1958. También mencionan que la primera persona de quien se tiene referencia que brindó atención a sujetos con discapacidad fue la Trabajadora Social Francisca Iturbe viuda de Blanco quien en 1958 estableció el *Instituto "Adelaida Guerrero"*. En 1962 la atención de alumnos con discapacidad se proporcionó en el *Centro de Salud "Carlos León de la Peña"*, mientras que en 1969 se fundó la *"Escuela del Niño Atípico"* y el 7 de marzo de 1972 se estableció en Gómez Palacio Durango, la *Escuela de Educación Especial "Margarita Maza de Juárez"*.

En 1981 se creó, por la Dirección General de Educación Especial, el *"Departamento de Educación Especial"* en la Unidad de Servicios Educativos a Descentralizar. Con esta acción se inició propiamente la consolidación de un sistema educativo que brinda atención a los sujetos con discapacidad, por lo que a partir de ese momento, la ampliación de la atención educativa obedece básicamente a los esfuerzos gubernamentales dirigidos a través del Departamento de E. E.

Por su parte, la Secretaría de Educación Pública en el año 2000 anunció que a finales de 1970 se creó por decreto presidencial la dirección General de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema Federal de E.E y la formación de maestros Especialistas.

Durante la década de los ochenta, los servicios de E.E se clasificaban en dos modalidades: indispensables y complementarios. Los servicios de carácter indispensable funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular y estaban dirigidos a los niños y jóvenes con discapacidad. Los servicios complementarios prestaban apoyo a los alumnos inscritos en la educación básica general con dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta.

Existían además otros centros que prestaban servicios de evaluación y canalización de los niños, como los centros de Orientación Evaluación y Canalización (COEC) "*Centro Estatal de Diagnóstico Integral*" (CEDI) y "*Centro de Apoyo Psicopedagógico para la Educación Preescolar*" (CAPEP), entre otros.

A partir de 1993, como consecuencia de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, la reforma al artículo 3º Constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación se impulsó un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de E. E. que consistió en cambiar las concepciones respecto a la función de los servicios de E.E, promover la integración educativa y reestructurar los servicios existentes hasta el momento.

Los propósitos de reorientar los servicios de E. E. fueron en primer lugar, combatir la discriminación, la segregación y la "etiquetación" que implicaba atender a los niños con discapacidad en dichos servicios, separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. En esos servicios la atención especializada era principalmente de carácter clínico – terapéutico pero atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo; en segundo lugar se buscó acercar los servicios a los niños de educación básica que los requerían, (Castellano y Escandón, 2006).

A partir de la proclamación de los "Principios, política y practica para las necesidades educativas especiales en 1994 (Declaración de Salamanca), en México se definió que un niño con NEE es aquel que, en comparación con sus compañeros de grupo, tiene dificultades para el aprendizaje de los contenidos establecidos en el currículo, por lo cual requiere que se incorporen a su

proceso educativo mayores y/o diferentes recursos para que logre los fines y objetivos educativos.

Como consecuencia de los cambios en la orientación de los servicios de E.E. se promovió su reorganización y al mismo tiempo se estableció la medida de que la guía para el trabajo educativo con los alumnos con NEE serían los programas de educación básica vigentes en ese momento. Dicha organización se realizó de la siguiente manera: a) Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM). b) Establecimiento de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) c) Creación de las Unidades de Orientación al Público (UOP)

Con el propósito de evaluar el proceso de reorientación y precisar las normas y condiciones para su desarrollo, la SEP y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación convocaron en 1997 a la conferencia nacional: Atención educativa a menores con Necesidades Educativas Especiales, Equidad para la Diversidad, donde ratificaron la reorientación de los servicios de EE.

En el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 se incluyó por primera vez la identificación de personas con alguna discapacidad; de acuerdo con sus resultados, existen en el país 191 541 personas de 4 a 14 años de edad con alguna discapacidad. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que alrededor de 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad.

Es por eso que la de creación de servicios de E.E. se ha vuelto imprescindible y el país actualmente cuenta con 4097 de estos servicios, que según Castellanos y Escandón (2006) son las instancias encargadas de apoyar el proceso de la integración educativa de alumnos que presentan NEE, prioritariamente aquellas asociadas con discapacidad y aptitudes sobresalientes en las escuelas de educación regular de los diferentes niveles y modalidades educativas. Los principales centros de apoyo son:

- *Unidad de Servicios de Apoyo a la educación Regular (USAER)*: está formado por un equipo de apoyo técnico, un psicólogo, un trabajador social,

y un logopeda además de otros especialistas en deficiencia mental, neuromotores, dificultades visuales y de audición. Esta instancia se dedica a ofrecer apoyos teórico-metodológicos en la atención de alumnos con NEE dentro del ámbito de la escuela regular, favoreciendo su integración (Frola, 2005).

- *Centro de Atención Múltiple (CAM)*: Ofrecen atención en los distintos niveles de educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los planes y programas de estudio generales, y formación para el trabajo. Así mismo, se organizaron grupos y grados en función de la edad de la población, lo cual congrega alumnos con distintas discapacidades en un mismo centro y/o grupo.
- *Centro de Apoyo Psicopedagógico de Educación Preescolar (CAPEP)*: Son servicios de apoyo a la integración educativa en los jardines de niños.
- *Unidades de Orientación al Público (UOP)*: Están destinadas a brindar información y orientación a las familias y a los maestros sobre el proceso de integración educativa.

Estos servicios promueven, en vinculación con la escuela que apoyan, la eliminación de las barreras que obstaculizan la participación y el aprendizaje de los alumnos, a partir de un trabajo de gestión y de organización flexible, de un trabajo conjunto y de orientación a los maestros, la familia y la comunidad educativa en general (Castellanos y Escandón, 2006).

Sin embargo, se sabe que los servicios todavía son insuficientes para atender a toda la población con NEE.

1.3 Personas con necesidades educativas especiales

Heward (1998), menciona que todos los niños muestran diferencias respecto a su desarrollo físico y a sus capacidades de aprendizaje, pero estas diferencias entre la mayoría de los niños son relativamente pequeñas, siendo estos niños capaces de beneficiarse de los programas educativos ordinarios.

Sin embargo, algunos niños presentan diferencias físicas y/o en su capacidad de aprendizaje que difieren significativamente de la media (por

encima o por debajo) y que son tan amplias que requieren de la puesta en marcha de programas de Educación Especial. Se dice que los niños que tienen Necesidades Educativas Especiales son tanto los que experimentan problemas de aprendizaje, como los que presentan una respuesta superior a la media y necesitan recibir una educación especial que les ayude a desarrollar todo su potencial. Por tanto éste término hace referencia a los niños que poseen problemas de aprendizaje, problemas de conducta, discapacidades físicas, deficiencias sensoriales y a los superdotados.

Al respecto, Frola (2005) coincide en que los niños que tienen NEE son aquellos que requieren adecuaciones curriculares y estrategias pedagógicas acordes con su dificultad para aprender con el currículum básico. Así mismo, añade que el concepto es relativo, temporal y depende del entorno, ya que cualquier persona en un momento dado podría presentar NEE, y por el contrario personas con discapacidad podrían acceder al currículum básico, y por ende no tener NEE, sus necesidades especiales estarían encaminadas, por ejemplo, a cuestiones solamente de desplazamiento.

Para lo cual, a continuación se describirán con más detalle algunos de ellos.

1.3.1 Síndrome de Down (S.D.)

López, López, Páres, Borges y Valdespino (2000), mencionan que en 1866, el médico inglés John Langdon Down, siendo el director del Asilo para Retrasados Mentales de Earlswood en Surrey, Inglaterra, estudió a sus pacientes minuciosamente, midió todos los diámetros de sus cabezas, tomó fotografías y analizó todos los datos.

Es así como publicó en London Hospital Reports, un artículo de tres y media páginas en las que presentaba una descripción minuciosa de un grupo de pacientes con discapacidad intelectual que mostraban características físicas muy semejantes. En el reporte clínico titulado: Observaciones en un grupo étnico de idiotas, describió las características faciales, la coordinación neuromuscular anormal, las dificultades que enfrentaban con el lenguaje oral,

así como la asombrosa facilidad que tenían los pacientes para imitar las actitudes de los médicos, además de su gran sentido del humor.

Al igual que muchos otros investigadores contemporáneos de la mitad del siglo XIX, Down se vio influenciado por el libro de Charles Darwin: El origen de las especies. De acuerdo con la teoría de Darwin, Down creyó que la entidad que hoy se conoce como SD era un retroceso hacía un tipo racial más primitivo, una forma de regresión al estado primario del hombre. Se impresionó por el aspecto oriental de los ojos y pensó que sus pacientes parecían mongoles, personas nómadas procedentes de la región central del reino de Mongolia y que él consideraba como una raza primitiva y poco evolucionada, de ahí surge el término idiocia mongólica o mongolismo, clasificándola en diversos tipos de idiocia mongólica, tales como etíope, malayo e indoamericano.

Asimismo, consideró en un principio que ciertas enfermedades en los padres podían originar este síndrome y mencionó en reportes posteriores que la tuberculosis, durante el embarazo podía romper la barrera de las razas y ocasionar que padres europeos tuvieran hijos orientales. Por todo lo anteriormente expuesto, debe otorgarse a Down el crédito de describir magistralmente algunos de los rasgos característicos de esta entidad nosológica, con la que diferenciaba a estos niños de otros con discapacidad intelectual, muy en particular de los que cursaban con cretinismo (malformación tiroidea congénita). Por lo tanto, la mayor contribución que aportó Down fue el reconocimiento de las características físicas y la descripción del SD como una entidad diferente e independiente; aunque la clasificación étnica del SD está actualmente descartada por la ciencia, no deja de reconocerse el progreso que significó, en su tiempo, el hecho de que él buscaba una explicación natural y no teológica para las anomalías congénitas. Sin embargo, Down nunca estableció científicamente las causas o factores que provocaban esta entidad.

Actualmente se sabe que el niño con síndrome de Down tiene una anomalía cromosómica que implica perturbaciones de todo orden. Bautista (1993), menciona que el síndrome aparece por la presencia de 47 cromosomas en las células en lugar de los 46 que se encuentran en una persona normal. En

el momento de la fecundación, los 46 cromosomas se unen en la formación de la nueva célula, agrupándose para formar los 23 pares específicos. En el niño con síndrome de Down, la división celular presenta una distribución defectuosa de los cromosomas: la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos en el par 21, por eso se denomina también trisomía 21. Esta anomalía se puede producir por tres causas diferentes:

- *Trisomía homogénea*: el error de distribución de los cromosomas se halla presente antes de la fertilización, produciéndose en el desarrollo del ovulo, del espermatozoide o de la primera división celular. Este tipo de trisomía aparece en el 90% de los casos.
- *Mosaicismo*: el error de distribución de los cromosomas se produce en la segunda o tercera división celular, las consecuencias de este accidente en el desarrollo del embrión dependerán del momento en que se produzca la división defectuosa.
- *Traslocación*: aparece en el otro 5% de los casos; en este caso, la totalidad o una parte de los cromosomas está unido a la totalidad o aparte de otros cromosomas. Este caso solo podrá ser identificado a través de un análisis cromosómico (el cariotipo) y es de especial importancia porque, en una de cada tres casos de trisomía por traslocación, uno de los padres es portador de la misma.

Aproximadamente un 4% de los casos de S.D. son debidos a factores hereditarios: los casos de madre afectada por el síndrome; familias con varios niños afectados; los casos de traslocación en uno de los padres y aquellos casos en que existe la posibilidad de que uno de ellos con apariencia normal, posea una estructura cromosómica en mosaico.

Otro factor etiológico, es el de la edad de la madre, ya que el nacimiento de la madre es significativamente más frecuentemente a partir de los 35 años, llegándose a una proporción aproximada del 50% en madres con edad superior a los 40 años.

Otro grupo de posibles causas lo constituyen algunos factores externos:

- Procesos infecciosos: hepatitis y la rubeola.
- La exposición a las radiaciones: las radiaciones pueden haber causado la alteración años antes del momento de la fecundación, algunos estudios cuentan que realmente se da una mayor incidencia de Síndrome Down cuando los padres han estado expuestos a radiaciones. Algunos agentes químicos que pueden determinar mutaciones genéticas tales como el alto contenido en Flúor del agua y la polución atmosférica.
- Desordenes tiroideos en la madre: índice elevado de inmunoglobulina y de tiroglobulina en la sangre de la madre.
- Deficiencias vitamínicas: apuntan a que una hipovitaminosis puede favorecer la aparición de una mutación genética.

Dentro de los aspectos psicológicos se sabe que los niños con S.D. presentan considerables retrasos en todas las áreas. Durante los tres primeros años, el desarrollo social parece ser el menos afectado, mientras que los mayores retrasos aparecen en el desarrollo del lenguaje, principalmente a nivel expresivo.

Los retrasados en su evolución permanecen mayor tiempo que los sujetos "normales" en los estadios y subestadios intermedios, retrocediendo con mayor facilidad de un subestadio a otro, aunque el proceso de desarrollo lógico es parecido, a grandes rasgos en las dos poblaciones de sujetos. Otras características importantes son:

- Desarrollo del juicio moral: en ambos grupos evoluciona en la medida en que lo hace en el plano del desarrollo lógico.
- Percepción: la capacidad de discriminación visual y auditiva es menor
- Atención: algunos autores afirman que existe un déficit de atención en los niños mentalmente disminuidos.
- Memoria: las huellas mnésicas persisten menos tiempo en los circuitos nerviosos de la memoria a corto plazo en los sujetos retrasados.

- **Lenguaje:** el niño con S.D. tiene dificultades para todo lo que requiera una operación mental de abstracción, así como para toda operación de síntesis, dificultad que se concreta en la organización del pensamiento, de la frase en la adquisición de vocabulario y la estructuración morfosintáctica.

A partir de esto, se considera necesario hablar de las formas de intervención en niños con S.D (Bautista 1993)

Percepción: el fin último no es el dominio de una actividad perceptiva concreta, sino su repercusión en la creación de un sistema perceptivo válido para el desarrollo de los procesos de aprendizaje. Todo esto debe realizarse a través del mayor número de vías sensitivas posibles; las actividades deben ser motivadoras, sistemáticas y secuenciadas, así como también es muy importante la verbalización del niño sobre la actividad que está realizando.

Memoria: como consideraciones específicas a tener en cuenta cabe citar que es necesario trabajar estrategias de reconocimiento previamente a las específicas de recuerdo, también es necesaria la adquisición de un nivel adecuado de memoria inmediata antes de reforzar la memoria secuencial. La repetición será un medio para lograr la asimilación de conocimientos, de igual manera la información a memorizar debe llegar por el mayor número de vías sensitivas posibles (multisensorial).

Aspectos psicomotrices: la psicomotricidad consiste en una sensibilización complementaria que permite el progreso en cuanto al desarrollo motor y a la vez, organizar más fácilmente la personalidad del niño, de todo ello mediante diferentes técnicas y terapias corporales. La intervención psicomotriz puede hacerse de manera individual o en grupo, según la edad y necesidades.

Lectoescritura: el aprendizaje de la lectoescritura en el niño con S.D. se comenzará solo cuando se haya logrado una maduración de base suficiente en los aspectos que inciden y facilitan el aprendizaje lectoescritor; se facilitará la generalización a través de una multiplicidad de actividades encaminadas a la consecución de un mismo objetivo.

Lenguaje: el lenguaje constituye el núcleo de las dificultades sociales de la persona afectada por el S.D, al verse limitada por sus posibilidades de

comunicación, debido a los déficits que suele presentar en esta área. Según Lambert y Rondal (1982, citados en Bautista 1993) la intervención sobre el lenguaje en estos niños debería basarse en comenzar muy pronto y continuar después a un ritmo regular, involucrar mucho a la familia del niño con la finalidad de que le brinden la estimulación que necesita y finalmente utilizar los datos disponibles sobre el desarrollo del lenguaje en el niño normal para tener una referencia y trabajar con base en ella.

Aspectos socio afectivos: en la edad escolar y en la preescolar es cuando deben establecerse las bases sólidas de relación del niño con su entorno. Los objetivos, contenidos y actividades deben encaminarse a la adquisición de hábitos, conocimientos y destrezas que le proporcionen madurez y autonomía a nivel tanto personal como social:

- Lograr una serie de habilidades de *Auto cuidado*, como el aseo, comida, vestirse.
- Desarrollo autónomo en su medio ambiente, como desplazamientos, comportarse adecuadamente, utilizar transportes públicos etc.
- Despertar el sentido de la responsabilidad, la colaboración y el respeto hacia los demás
- Favorecer la formación de un auto concepto y una autoimagen positivos.
- Informar sobre la educación sexual.

1.3.2 Parálisis cerebral

Pérez (2003), expresa que el término de Parálisis Cerebral (P.C) es acuñado por Phels en 1937 para describir un síndrome que tenía como rasgos esenciales trastornos motores, junto con otros problemas asociados, como resultado de una encefalopatía estática.

De igual manera, Fernández (citado en Santucci de Mina 2005) define a la Parálisis Cerebral, como una discapacidad física; un trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no variable),

secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro, dicha lesión puede tener lugar antes de nacer, durante el nacimiento, o en los primeros días posteriores al mismo.

Pérez (2003), Rosa, Montero y García (1993) y Miles (1990) están de acuerdo en que las numerosas formas de P.C. se pueden clasificar por los efectos funcionales (tipo), grado y por la topografía corporal. De acuerdo con los efectos funcionales, los cuadros clínicos más frecuentes:

- La espasticidad: Se produce como consecuencia de una lesión focalizada en el haz piramidal y consiste en un incremento marcado del tono muscular. Rosa, Montero y García (1993) describen que la espasticidad se identifica cuando la persona intenta realizar una acción, ya que, se presentan espasmos musculares que interrumpen el movimiento voluntario. Por su parte Miles (1990) advierte que en el miembro espástico hay un músculo que se contrae demasiado y otro débil que es incapaz de contrarrestarlo.
- La atetosis: Se presenta como consecuencia de una lesión localizada en el haz extrapiramidal y consiste en una dificultad en el control y la coordinación de los movimientos voluntarios. En un niño que sufre atetosis, los movimientos resultan incontrolables, extremados y disimétricos. En algunos casos de Atetosis se ven afectados los músculos de la boca, lengua, faringe y laringe, lo que puede interferir en funciones como la deglución, masticación y el habla (Rosa, Montero y García, 1993).
- La ataxia: Las investigaciones realizadas al respecto (Pérez, 2003; Rosa, Montero y García, 1993) indican que es un síndrome cerebeloso en el que se encuentra alterado el equilibrio y la posición de los movimientos, se caracteriza por una dificultad para medir la fuerza, la distancia y la dirección de los movimientos, que suelen ser lentos, torpes y se desvían con facilidad del objetivo perseguido. Su habla es igualmente incordiada y sin ritmo.

- La rigidez: Pérez (2003) menciona que consiste en una marcada hipertonía, tanto de los músculos agonistas como antagonistas, que puede llegar a impedir todo movimiento.
- Los temblores: consisten en movimientos breves, rápidos, oscilantes y rítmicos, que pueden ser constantes o producirse solamente en la ejecución de movimientos voluntarios.
- Tipos mixtos: Rosa, Montero y García (1993) comentan que también se pueden dar varias combinaciones, por ejemplo; atetosis combinada con espasticidad, rigidez con ataxia entre otras.

En cuanto a la topografía corporal puede hablarse de:

- Monoplejía: Cuando la parálisis afecta a una sola extremidad
- La hemiplejía: Si afecta al brazo y pierna del mismo lado
- La diplejía: es una afectación mayor de los miembros inferiores que de los superiores
- La paraplejía: es la afectación de las extremidades inferiores.
- La triplejía: es la afectación de tres extremidades, existe un brazo menos afectado.
- Tetraplejía: Afecta a las cuatro extremidades

Rosa, Montero y García (1993) mencionan que el grado hace referencia tanto a la comunicación como a la movilidad:

- Leve: La afectación está presente sólo en la precisión que requieren los movimientos finos, sin embargo es capaz de señalar y hacer movimiento de pinza, su desplazamiento es autónomo no obstante puede haber pequeñas dificultades en el equilibrio y la coordinación. El habla es comprensible aunque puede presentar problemas articulatorios.
- Moderado: Se encuentran afectados tanto los movimientos finos como gruesos y debido a esto puede caminar pero requiere de ayuda parcial

como andaderas, bastones o sillas de ruedas. La claridad del habla también está afectada, ya que a pesar de que se les entiende tiene graves problemas de pronunciación.

- Severo: No existe habilidad para ejecutar adecuadamente actividades de la vida cotidiana como caminar ya que necesita silla de ruedas y no la puede conducir por sí mismo. No tiene movimiento de pinza, no es capaz de señalar y no tiene habla o no se le entiende.

Respecto a las causas, Pérez (2003) mencionan que la lesión cerebral que origina la P.C puede obedecer a tres tipos:

Las prenatales: las enfermedades infecciosas de la madre, como la rubeola, el sarampión, la sífilis, el herpes, la hepatitis epidémica. Las anoxias son trastornos de la oxigenación fetal que dañan el cerebro y pueden ser debidos a la insuficiencia cardiaca grave de la madre, anemia, hipertensión, circulación sanguínea deficiente. Las enfermedades metabólicas congénitas, como la galactosemia, la fenilcetonuria. La incompatibilidad que se produce en niños RH positivos, nacidos de madres RH negativas previamente sensibilizadas.

Entre las perinatales: destacan la anoxia y la asfixia por obstrucción del cordón umbilical, por la anestesia suministrada en cantidad excesiva o en un momento inoportuno, por un parto demasiado prolongado, o por una cesárea secundaria, los traumatismos ocurridos durante el parto, a veces por la utilización de fórceps; los cambios bruscos de presión debidos a una cesárea, la prematuridad o la hipermadurez.

Las causas post natales: pueden ocurrir mientras madura el sistema nervioso, aproximadamente durante los primeros tres años de vida, las mas destacadas son las infecciones como la meningitis o la encefalitis, los traumatismos en la cabeza por accidentes graves, los accidentes anestésicos, las deshidrataciones, los trastornos vasculares y las intoxicaciones, por ejemplo por anhídrido carbónico o por venenos.

Según Alexander y Bauer (1988, citado en Pérez 2003) en la P.C existen diversas áreas afectadas ligadas al desarrollo evolutivo, como lo referido a la motricidad gruesa, auto cuidado, lenguaje, desarrollo cognitivo, social y

emocional. Cabe destacar que la lesión cerebral también puede provocar trastornos en el desarrollo psicomotor, trastornos en el desarrollo del habla y del lenguaje.

Se puede decir que los problemas de desarrollo se derivan de la lesión cerebral, ya que dependiendo del lugar de afección es que se presentan las alteraciones en el desarrollo psicomotor, del habla y del lenguaje.

En cuanto al desarrollo cognitivo, es difícil hablar de características específicas derivadas directamente de la lesión cerebral, ya que a menos de que existan trastornos asociados como el retraso mental u otros, las anomalías o retrasos que puedan observarse son una consecuencia del déficit motor que altera las posibles experiencias del niño tanto en relación con el mundo físico como social y además puede afectar su sentido de auto cuidado y en consecuencia su motivación y disposición para el aprendizaje.

En la interacción social, aparte de las dificultades que entrañan el déficit motor para explorar, manipular y controlar el mundo físico, este déficit conlleva igualmente a una interacción anómala con el mundo social. El niño encuentra dificultades en producir cambios contingentes en comportamiento de otras personas en el sentido de ganar y mantener su atención, obtener afectos sobre el entorno a través de la mediación de los demás, transmitir e intercambiar informaciones y afectos. El déficit comunicacional entraña limitaciones tanto por el desarrollo cognitivo del niño como para su desarrollo social y de personalidad.

1.3.3 Autismo

Leo Kanner (1943, citado en Riviere 1990) describía con precisión y comentaba inteligentemente los casos de 11 niños que presentaban un cuadro de trastorno del desarrollo caracterizado por la incapacidad para establecer relaciones con las personas, un amplio conjunto de retrasos y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje, y una insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, acompañada de la tendencia a repetir una gama limitada de actividades ritualizadas. Sugería que los niños autistas podían tener un buen potencial cognitivo, basándose en su fisonomía inteligente, ciertas

habilidades y en su ejecución en una prueba psicométrica de carácter visoespacial.

En la primera mitad del siglo XX, los psiquiatras emplearon diversos nombres para designar ciertos casos de síndromes psicóticos precoces más o menos semejantes al autismo. Pero Kanner (citado en Riviere 1990) importó el término autismo que había sido empleado por un psiquiatra, para definir la tendencia de ciertos pacientes esquizofrénicos a centrar en sí mismos todo su mundo imaginativo, encerrándose en imágenes auto referidas. A partir de los años sesenta, la investigación ha demostrado que el autismo se caracteriza por deficiencias importantes en el desarrollo del mundo simbólico e imaginativo y que en un 70% de los casos se acompaña de deficiencia mental, el autismo ha comenzado a entenderse como un trastorno profundo del desarrollo, más que como una psicosis emparentada con la esquizofrenia adulta.

Zappella (2006), Cuxart (2000), Gómez (2002) y Castejón, Navas y Pérez (2002), complementan la definición del DSM-VI sobre las manifestaciones clínicas distintivas:

- Sociabilidad alterada; dificultad para relacionarse con personas e iniciar o sostener una conversación, falta de juegos espontáneos de ficción y de iniciativas sociales de juego adecuadas a la edad mental.
- Anormalidades en el lenguaje y la comunicación no verbal; que va de la completa falta de producción de palabras y frases hasta un lenguaje oscuro parece pedante, rebuscado y poco natural, o brusco y poco sutil, en gran parte incomprensible, o bien en palabras y frases articuladas en segunda o tercera persona, con prosodia monótona; no existen los pronombres, de tal modo que para referirse a los demás, o a él mismo, usan los nombres propios; en otras ocasiones los pronombres personales se emplean de manera inadecuada, por ejemplo dice tú en lugar de yo y con frecuencia de manera ecológica; también la comprensión del lenguaje ajeno es alterada a menudo.
- Alteraciones en el margen de intereses y actividades; presenta una insistencia por repetir una variada gama de conductas estereotipadas, actividades rutinarias, autoestimulantes y autolesivas. Manifestando una

tendencia ritualista a mantener todo igual, como la limitación de intereses o los estereotipos.

- Deficiencia mental frecuente, pero no universal; existe una dificultad para realizar acciones conjuntas simples, como devolver una pelota o un coche que se lanza mutuamente con personas implicadas y frecuentemente reacciona con evitación o rabietas a los intentos de otras personas de compartir una acción. Dificultad para comprender señas o gestos comunes. realiza actividades de pedir, pero sin signos, es decir, pide llevando de la mano hasta el objeto deseado, pero no hace gestos o dice palabras para expresar sus deseos.
- Aplanamiento afectivo; no establece vínculos con las figuras típicas de apego, la madre, el padre o personas que los cuidan; no busca su afecto ni responde a las conductas afectivas de éstos, los intentos de acariciar, besar o abrazar al niño conducen a la indiferencia o al rechazo de éste; por lo general prefiere estar sólo.
- Falta de comprensión de los pensamientos y sentimientos de otros; ausencia completa de interés por las acciones de otras personas o gestos, incluyendo miradas. Presenta dificultad para compartir, empatizar, sentir; reconocer a los demás como personas con sentimientos, pensamientos, deseos, intenciones propias.

Las bases neurobiológicas del autismo son desconocidas, pero los hallazgos histopatológicos y bioquímicos sugieren un trastorno difuso del desarrollo neuronal, que compromete sobre todo corteza bifrontotemporal, algunas estructuras límbicas y el cerebelo. A nivel bioquímico se han descrito alteraciones en la transmisión serotoninérgica y de otros neurotransmisores.

Por su parte Viloca (2003) menciona que es un trastorno surgido en los primeros treinta meses de vida, que afecta la intercomunicación de los niños, creando una especial repercusión en el desarrollo afectivo y cognitivo.

El autismo no representa un solo proceso patológico, sino un cotejo sintomático que puede deberse a diferentes enfermedades. Representa una disfunción de uno o más sistemas cerebrales, aún no bien identificados y en la mayoría de los casos obedece a encefalopatía estática. En la mayoría de los

casos los rasgos autistas persisten toda la vida, pero el pronóstico del trastorno varía desde mínimo o nulo lenguaje y pobres capacidades para la vida diaria, hasta el logro de grados universitarios y funcionamiento totalmente independiente.

Respecto al desarrollo del niño autista, Riviere (1990) explica que al considerar un trastorno profundo del desarrollo frecuentemente, lo primero que se observa es que el niño es muy pasivo; permanece ajeno al medio y se muestra poco sensible a las personas y objetos que le rodean. Carecen de la creativa flexibilidad en la exploración de objetos que suelen caracterizar la conducta del niño normal desde el último trimestre del primer año de vida. Además las conductas y la comunicación intencional, que suelen desarrollarse en formas de llamadas peticiones y pautas declarativas desde los once y doce meses, están muy alteradas o ausentes, determinadas conductas funcionales le dan importancia en el desarrollo como las pautas de juego, imitación y empleo de gestos y vocalizaciones comunicativas, no llegan a adquirirse o se pierden progresivamente.

En muchos casos no desarrollan ningún lenguaje, en otros llega a decir algunas palabras que suelen ser repetitivas y carentes de sentido, los mecanismos de desarrollo del lenguaje se alteran hasta tal punto que el habla, que suele ser ecolalica y escasamente funcional, no se constituye el instrumento comunicativo. El niño, no suele interesarse por el lenguaje de los demás y presenta problemas serios de comprensión. Las conductas simbólicas que coinciden con el desarrollo del lenguaje (juegos de ficción, imitación diferida) también parecen perturbadas y los problemas de comprensión no afectan solo a la comunicación verbal sino la interpretación de las situaciones sociales y de las señales sociales y emociones de los demás.

En ocasiones aparecen autoagresiones; el niño, se golpea contra los muebles o el suelo, con las manos o los puños sobre todo cuando está más excitado o frustrado. Algunos niños autistas permanecen durante horas balanceándose o poniendo en posiciones extrañas los dedos de las manos, o fascinados ante estímulos del medio aparentemente nimios. El niño parece estar solo aun cuando lo rodeen otras personas.

Respecto al tratamiento psicológico Viloca (2003), menciona que la base es recuperar el vínculo emocional con la familia, para lo cual es necesario que los padres tengan la contención adecuada que les permita disminuir su ansiedad o desesperación y descubran la capacidad en el niño aunque sea mínima de vincularse y relacionarse.

Sin embargo, como se trata de un trastorno grave de la personalidad, el tratamiento depende de diversos factores, como recursos psicoterapéuticos, factores ambientales, medicamentos entre otros.

Así mismo, Riviere (1990) asegura que la terapia psicopedagógica juega un papel central en el tratamiento de los autistas. El manejo más aceptado actualmente es el inicio del tratamiento lo más temprano posible, intensivo y de tipo multimodal: terapia de lenguaje, programas de socialización, estimulación sensorial múltiple (auditiva, visual, somestésica) y terapia recreativa, por lo que requieren Educación Especial.

1.3.4 Retraso mental

Sánchez, Cantón y Sevilla (1997) mencionan que el Retraso Mental (RM) no es una enfermedad sino una alteración cuya principal característica es un déficit de la función intelectual que limita la capacidad para aprender y adaptarse a la vida.

Una de las definiciones de mayor relevancia en la historia del RM como entidad nosológica es la de Tredgold (1937, citado en Sánchez y cols. 1997) el cual la definió como: “el estado de desarrollo incompleto de tal grado y magnitud que el individuo es incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus compañeros de tal forma que esta persona es incapaz de llevar una vida libre de supervisión, control o apoyo externo” p 50.

Es decir, que se presenta una demora en el desarrollo, llegando hasta un tope en la edad mental, de manera que éstas personas son incapaces de llevar una vida totalmente independiente.

Con el objetivo de unificar los criterios diagnósticos y dar a conocer los hallazgos científicos, se han creado los sistemas de clasificación diagnóstica

con aplicación internacional. Algunos de ellos se abordarán a continuación, con el fin de llegar a una definición más clara.

El DSM- IV (citado en Hormigo, Tallis, Esterkind, 2006) establece que para diagnosticar el RM se deben de considerar los siguientes tres aspectos:

a) *Capacidad Intelectual general:* Cuando el Coeficiente Intelectual de la persona, es medido de manera profesional por algún test de inteligencia (como las escalas Wechsler por ejemplo) y el resultado es de 70 o inferior.

b) *Déficit de la capacidad adaptativa:* Cuando la persona presenta dificultades para responder a las actividades comunes de la gente de su edad y grupo sociocultural, en por lo menos dos de las siguientes habilidades: cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y/o salud.

c) *Que su inicio sea anterior de los 18 años:* Es decir, que el RM sea identificado o diagnosticado antes de los dieciocho años de edad.

Sánchez y cols. (1997) refieren que la American Psychological Association (APA) define el retraso mental como una alteración caracterizada por un funcionamiento intelectual por debajo del promedio que se establece antes de los 18 años y que se acompaña de un déficit concurrente en el funcionamiento adaptativo.

La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) asevera que el RM hace referencia a importantes limitaciones en el desarrollo común de las personas y se caracteriza por un funcionamiento intelectual por debajo de la media, y se acompaña de limitaciones en dos o más de las habilidades adaptativas fundamentales, que son; comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autocontrol, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

El RM se manifiesta en la primera infancia por el inicio de los años escolares o a mas tardar a os dieciocho años, cuando los padres y maestros perciben cierta lentitud en el desarrollo de los marcadores esperados del

desarrollo, por una evidente dificultad para adaptarse a las demandas de la vida diaria, para entender y utilizar el lenguaje para comprender conceptos generales o abstractos o para aprender los contenidos escolares.

Asociado a su capacidad intelectual limitada, el estudiante con RM tiene restringido su lenguaje y potencial escolar, por lo general estos estudiantes funcionan significativamente en nivel por debajo del promedio tanto en lo intelectual como en lo social. Su conducta adaptativa esta empobrecida con proporción a sus habilidades mentales. Su índice de aprendizaje es en particular lento y muchos tienen dificultad con la memoria a corto plazo. Los estudiantes con sospecha de RM, requieren una extensión de tiempo y de instrucción para las tareas del currículo regular. Sin embargo, estas personas son capaces de realizar tareas simples y mecánicas como deletrear, repetición sonora, computación simple, aprendizaje a escribir y solucionar problemas sencillos de forma muy lenta y laboriosa.

Para que a un individuo se le considere retardado mental, debe tener un CI bajo que cause déficits serios en las habilidades necesarias para la vida cotidiana. Según Coon (2008), Hormigo, Tallis y Esterkind (2006), Lahey (2007) y Sánchez, Cantón y Sevilla (1997) existen cuatro grados de retraso mental propuestos por el DSM- IV en donde la línea fronteriza es un CI de 70 o menos. De esta manera, al hacer un diagnóstico se considera la habilidad del individuo para las actividades de autocuidado y para relacionarse con los demás.

<i>Rango del CI</i>	<i>Grado de Retraso</i>	<i>Clasificación educativa</i>	<i>Nivel de Apoyo requerido</i>
70 a 50-55	Leve	Moderado	Intermitente
50-55 a 35-40	Moderado	Adiestrable	Limitado
35-40 a 20-25	Severo	Dependiente	Intenso
Por debajo de 20-25	Profundo	Apoyo de por vida	Total

Tabla1. Datos tomados de DSM-IV; Hodapp (1994 citado en Coon, 2008)

Como se puede observar en la tabla anterior, el grado de retardo fluctúa de leve a profundo y según sea el caso la atención proporcionada al infante es distinta, ya que estará determinada por las necesidades del mismo.

Cuando el grado de RM es leve, las personas pueden realizar una vida aparentemente normal, sin embargo presentan dificultades principalmente en el área educativa, necesitando una adecuación curricular basada en los conocimientos que es capaz de adquirir. Aunque también presentan inmadurez social y emocional.

Respecto al grado moderado, hay una lentitud evidente tanto en el área de comprensión y lenguaje como en el cuidado personal y las funciones motrices, respecto al área educativa sus progresos escolares son limitados y necesitan siempre supervisión. No consigue autonomía pero presenta una capacidad social normal.

En el grado severo, la comprensión y expresión del lenguaje es muy limitada, el déficit motor es muy evidente y se considera que son totalmente dependientes debido al daño en el SNC.

Por último, las personas con RM profundo, presentan incapacidad para comprender y llevar a cabo instrucciones así como para satisfacer necesidades básicas, su movilidad es muy limitada y necesitan supervisión constante.

Una vez que se ha esclarecido la definición de RM se considera importante hablar de su etiología ya que debido a que es un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible del cerebro, el niño manifestará diversas limitaciones del desarrollo psicológico dependiendo del tipo de neuronas de la corteza cerebral que haya sido lesionada,

Se han identificado más de 200 causas de retraso mental, que permiten prevenir, atenuar o modificar los factores de riesgo. Tomando el parto como punto de referencia las causas se dividen en:

Prenatales: factores que actúan antes de la concepción tales como la genética, infecciones, factores químicos o drogas; factores físicos y factores inmunológicos, falta de oxígeno entre otras.

Perinatales: como asfixia, lesión por uso de fórceps, premadurez entre otras.

Postnatales: como enfermedades, caídas y privaciones sensoriales, afectivas y sociales, entre otros factores desconocidos (en la mayoría de los casos).

Una persona con retraso mental puede funcionar desde niveles muy bajos, ser extremadamente dependiente y reunir tantos cuidados como una lactante; al mismo tiempo, una persona con un grado de retraso mental similar puede lucir y comportarse de manera tan compleja que sería imposible detectar su condición por simple observación (Pérez 2003).

Macanche (2005) menciona que antes del conocimiento de las pruebas de desarrollo intelectual, la principal característica con que se diagnosticaba el RM era por una adaptación social inadecuada. Por su parte Salazar, Peralta y Pastor (2009) menciona que además de la capacidad intelectual menor al promedio, el niño debe de presentar deficiencias adaptativas en por lo menos dos de las áreas establecidas en el DSM- IV (comunicación, cuidado personal, vida domestica, habilidades sociales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad). Por tanto, un psicólogo debe aplicar pruebas de inteligencia y conducta adaptativas para evaluar la capacidad intelectual, así como referir al paciente con el neuropediatra para que realice los mapeos cerebrales adecuados, que le permitan confirmar si existe un daño en el cerebro del niño y en que parte se localiza. También comenta que es importante llevar a cabo una formulación clínico terapéutica como la de cualquier otro paciente con patología psiquiátrica, es decir, un diagnóstico clínico adecuado, conocimiento máximo de las posibles etiopatogenias y valoración de aspectos personales y ambientales que puedan condicionar al tratamiento

La planificación terapéutica se basa en la adecuada integración de los tratamientos farmacológicos, psicológicos y psicosociales. Pérez (2003) y Salazar, Peralta y Pastor (2009) mencionan que los tratamientos deben estar basados en lo siguiente:

1. Enfocarse en habilidades básicas y en conceptos necesarios para que el paciente tenga una vida realmente funcional, en donde pueda ser autosuficiente, por medio de la enseñanza de un oficio que sea capaz de realizar.
2. Usar objetos concretos y experiencias para la enseñanza de conceptos. Dentro del área educativa es fundamental echar mano de materiales didácticos que faciliten a la persona el entendimiento de lo que se pretende enseñar.
3. Enseñar cada concepto muy lentamente, ya que es muy probable que se tenga que estar revisando frecuentemente, con la finalidad de que se apropie del conocimiento.
4. A menudo se deben repetir las instrucciones de manera precisa para que se realice una práctica de cada tarea y cada vez le sea más sencillo realizarla.
5. Demostrar con base en las habilidades existentes como extenderlas o modificarlas para realizar actividades nuevas. Una vez que se ha obtenido un logro, poco a poco se podrá plantear otro objetivo subsiguiente.
6. Estructurar una guía de oportunidades para la transferencia y la generalización de conceptos. Es importante que fuera del consultorio psicológico, el niño con RM tenga la estimulación que necesita, por lo que capacitar o realizar sugerencias tanto a sus familiares como a sus profesores, le permitirá aprender en todo momento.
7. Fragmentar los conceptos complejos en conceptos simples y usar frases cortas y claras que faciliten la comprensión. De acuerdo con el grado del RM es que el paciente podrá aprender conceptos, sin embargo siempre deberán simplificarse lo mayormente posible.

1.3.5 Retraso sociocultural

El término retraso sociocultural (también conocido como deprivación sociocultural), define situaciones escolares en las que se detectan necesidades educativas especiales asociadas a factores de salud e higiene, familiares,

económicos y socioculturales, entendiendo que son estos factores los que obstaculizan el normal desarrollo cognitivo, físico y/o emocional del niño.

Sánchez y cols. (1997) complementan lo anterior, refiriendo que muchas discapacidades se asocian a situaciones de desventaja sociocultural, entendiendo el término para describir los casos en los que las condiciones de vida (en especial la carencia de insumos básicos) son la causa de fracaso escolar.

Bautista (2002) hace un informe más preciso, al mencionar que el retraso sociocultural se debe a un conjunto de condiciones de carácter ambiental y personal que influyen de manera directa tanto en el desarrollo del individuo como en su proyección en la actividad escolar.

Para detectar los casos de desventaja sociocultural es importante considerar la presencia de los siguientes aspectos:

- *Pobreza del lenguaje, principalmente de tipo semántico:* los niños con esta característica, presentan dificultades en la adquisición de la lectoescritura, inopia respecto al vocabulario y por lo tanto dificultad en gran medida en la estructuración de pensamientos.
- *Hipo desarrollo físico y desnutrición:* Bautista (2002) hace mención de algunos factores prenatales que podrían tener repercusión en la salud física del bebé, destaca el uso de drogas durante el embarazo, malnutrición de feto debido a una alimentación deficiente de la madre, entre otras. Dichas situaciones evitan que el niño tenga la disposición necesaria para el aprendizaje y de esta manera se ve limitado su desarrollo escolar.
- *Problemas para vestir y transportarse a la escuela:* En algunos lugares de México, los alumnos tienen que caminar largas distancias para llegar a su escuela, razón por la cual se presenta un gran ausentismo.
- *Motivación deficiente y preocupación por la subsistencia básica:* Sidel (1986, citado en Sánchez y cols. 1997) observó que mucha gente pobre en las áreas urbanas vive bajo condiciones de estrés, afectada constantemente por

crisis centradas en la alimentación, abrigo y enfermedades físicas, lo cual les deja un sentimiento de desamparo, desesperación e impotencia.

Sánchez y cols. (1997) asevera que la desventaja sociocultural es producto de fenómenos macroeconómicos complejos que han colocado por siglos a proporciones definidas de la población en desigualdad de oportunidades, estimulación escasa y bajas aspiraciones de vida que no pueden remediarse de manera inmediata.

Sin embargo, cualesquiera que sean las causas y percepciones sociales de la pobreza, en Latinoamérica es un hecho que muchos estudiantes que provienen de familias en desventaja sociocultural, logran niveles de educación media y media superior que les permiten un mejor ingreso y una movilidad social hacía estratos superiores.

Por otra parte, Marchesi, Coll, y Palacios (2004) mencionan que el maltrato infantil tiende a provocar problemas de conducta, dificultades en las relaciones sociales y bajo nivel escolar por lo que determina también un retraso sociocultural.

Por tanto, el éxito educativo en las familias depende del impacto de las fortalezas y habilidades de los adultos significativos en la familia inmediata y extensa, así como la de la mutua ayuda en la red de familias amigas. Los alumnos en desventaja ya sea por bajo nivel económico o por maltrato, pueden conmutar sus dificultades cuando se encuentran cerca personas que los dotan de la seguridad emocional o económica que necesitan, favoreciendo la disposición y por tanto la adquisición del aprendizaje. En estos casos, los niños quedan comúnmente en custodia de sus abuelos o tíos más cercanos.

Respecto a la escuela, Bautista (2002) y Sánchez y cols. (1997) mencionan que los programas se basan en las habilidades y destrezas adquiridas así como las experiencias de conocimientos previos que se considera que el niño debe tener, pero muchos niños no han tenido la oportunidad de educación preescolar, ni la estimulación adecuada en sus hogares por lo que no pueden aprender a realizarse y trabajar

cooperativamente con otros, o aceptar la autoridad de los adultos que no sean sus padres así, se inicia su escolarización en una posición de desventaja.

Ante este panorama si el alumno se mantiene en la escuela puede presentar dificultades escolares que se identifiquen como habilidades deficientes acumuladas o marginación educativa, ya que las carencias en el aprendizaje han sido pasadas por alto y forman un cumulo de conocimientos no adquiridos que son necesarios para nuevos aprendizajes. Presentando un rezago académico cada vez mas grande, de no ser atendido.

Los estudiantes con estos problemas son descritos por los maestros como atrasados en la adquisición de una serie de habilidades que debieron de aprender en su escolaridad previa. Simplemente no dominan las habilidades de pre requisito del currículo que se presenta. Sus problemas son más obvios en materias básicas, como la lectura escritura y aritmética, pero eventualmente se presentan en otras áreas del currículo.

Como estos estudiantes no avanzan en la escuela, demandan el incremento de tareas independientes para su desempeño académico global decreciente. Una variedad de aprendizajes y experiencias de problemas pueden causar diferentes habilidades acumulativas; pero puede identificarse la naturaleza de las dificultades de los estudiantes antes de planear un programa correctivo individual.

En función de los posibles factores que pueden ser el origen de las necesidades educativas de un niño en situación de retraso sociocultural, Lou y López (1999), proponen las siguientes áreas de intervención.

- Área de comunicación y lenguaje. Desarrollar los aspectos semánticos, sintácticos y gramaticales del lenguaje así como los de carácter paralingüístico como son calidad de voz y fluidez del discurso y entonación; adecuación del discurso del niño a las situaciones en las que se desenvuelve; fomentar y desarrollar el gusto por leer.
- Área de interrelaciones sociales. Desarrollar estrategias de autocontrol; mantenimiento y creación de conductas alternativas a la agresividad, estrés, impulsividad, entre otras; considerar al otro como persona,

otorgarle respeto, crédito, valor; tomar consciencia de los elementos del comportamiento prosocial, ideas, elementos y acciones.

- Área cognitiva. Enriquecer el vocabulario del niño para que pueda analizar el proceso de su razonamiento; elevar el nivel de motivación intrínseca del sujeto.
- Área emocional. Comprender los propios sentimientos y los ajenos, reconocer los sentimientos, clasificarlos, comunicarlos, asociarlos con comportamientos observables; experimentar sentimientos de confianza, satisfacción por el trabajo realizado.

1.3.6 Trastornos del lenguaje

Un trastorno del lenguaje es aquella dificultad del funcionamiento lingüístico que se encuentra en las personas sin afectaciones neurológicas o sensoriales detectables, y que no llegan a alcanzar un nivel de conocimiento lingüístico que les permita comprender y expresarse de forma igualmente correcta en toda la gama posible.

Rioja (1980) menciona que un trastorno del lenguaje es cualquier alteración de la voz, de la palabra y/ o del lenguaje que, por su importancia requiere rehabilitación específica logopédica en un centro audio fonológico o centro de rehabilitación especial.

La etiología o causa de estos trastornos es muy importante, y aunque las causas son diversas, a continuación se describen las más importantes

- Congénitas hereditarias: durante los primeros meses de gestación la rubeola materna, otros virus o medicaciones peligrosas suelen provocar sorderas de tendencia degenerativa unida a otros signos.
- Biológicas: Son deficiencias neurológicas o malformaciones estructurales conocidas tales como: paladar, labio leporino, labio hendido etc.
- Funcionales: Existe una pérdida funcional de determinada habilidad que no puede atribuirse a alguna causa orgánica

- Organofuncionales: Son defectos fisiológicos en los sistemas que toman parte en la emisión de la palabra.
- Ambientales: el niño está sujeto a los factores ambientales que lo rodean, así como a las costumbres sociales, culturales y naturales que determinan en general parte de su desarrollo. Por ejemplo en los primeros meses de vida las infecciones severas como la meningitis o livianas como una fuerte gripe puede determinar un trastorno auditivo que por afectar al niño antes de la adquisición del lenguaje, va a tener graves consecuencias.
- Psicológicas: la falta de cariño, el desajuste familiar, la actitud ansiosa de los padres, entre otros factores, pueden provocar trastornos emocionales y de ansiedad que se manifiestan a través de alguna anomalía del lenguaje (Pérez, 2003).

Dentro de los trastornos del habla se encuentran las dislalias, mismas que Rioja (1980) define como fallos en la manera de disponer de los órganos articulatorios. Dicho de otra manera, la dislalia es cualquier realización dinámica defectuosa, de uno o varios fonemas, sea cual sea la causa que la provoque dentro del sistema fonológico determinado. Las dislalias se pueden clasificar de la siguiente manera:

Dislalias fisiológicas: Alarcos (S.F. citado en Rioja 1980) asevera que la inadecuación articulatoria del niño proviene seguramente de su imperfecta asociación entre la imagen auditiva y la imagen motora, más que de una falta de habilidad articulatoria. Es el fenómeno que se ha denominado como dislalias funcionales o dinámicas, porque se producen solo dentro de la dinámica articulatoria espontánea, pese a que cada fonema se puede articular perfectamente aislado de su contexto dinámico.

Dislalias específicas: Todas aquellas que se producen por una incorrecta reproducción del sistema fonemático, ya sea por mala pronunciación articulatoria de los órganos, o por el mal resultado sonoro alcanzado en los intentos reproductivos. El mas fuerte suele ser el *rotacismo*, simple (del fonema “r” suave o del fonema “rr” fuerte) o doble para ambas formas. Sigue el *sigmatismo*, dislalia multiforme del fonema “s” que puede tener un origen ora,

nasal, faríngeo y laríngeo. El *lambdacismo*, es una dislalia del fonema l que se convierte en “n” “d” o “t”. el *yeísmo*, o sustitución del fonema “ll” por “y”. El *kappacismo*, o ausencia del fonema “K”, la sustitución suele hacerse por la letra “t”. El *gammacismo*, es la ausencia del fonema “g”, suele ser sustituido por “l” “t” o “d”. El *jotacismo*, o ausencia del fonema “j” es sustituido por “k”. El *ceceo* es la sustitución del fonema “s” por la “z”, la salida de la punta de la lengua entre los incisivos es la causa. El *seso*, menos frecuente, es la conversión del fonema “z” en “s”. El *betacismo*, o ausencia del fonema “p” generalmente se presenta en pacientes con labio leporino, fisura velopalatina y parálisis facial.

Dislalias audiógenas: Las dislalias audiógenas van acompañadas por el timbre de voz monótono o despulido del sordo coclear y de graves defectos, especialmente por exceso de tonicidad muscular así como por alteraciones del ritmo y entonación.

En el niño sordo, especialmente en el sordo profundo y en el agnóstico auditivo el problema empieza a manifestarse por las vocales. La diferencia entre fonemas sordos y sonoros “b” “v” “p” y “m”, se confunden entre sí y hay que valerse de señalizaciones.

Disglosias o dislalias orgánicas: Son trastornos de la articulación debidos a causas orgánicas que determinan una alteración concomitante del timbre de voz por modificación de las cavidades de resonancia.

Las causas pueden ser malformaciones congénitas, parálisis periféricas o traumatismos de origen labial, dental o palatino.

El tratamiento es variado ya que en muchos casos se requiere de una intervención quirúrgica (plástica y/o reconstructiva), protésica y audiológica, dependiendo del trastorno y de su gravedad. Sin embargo en numerosas ocasiones se recomienda el tratamiento logopédico y la orientación psicológica al niño y su familia (Rioja, 1980 y Torres, Conesa y Brun, 2003).

Disartrias: dislalias neurológicas

Torres, Conesa y Brun (2003) definen las disartrias como los problemas en el acto motriz del habla, producidos por una alteración en el control

muscular de los mecanismos del habla, debido a una lesión en el sistema nervioso central, en donde además de la propia articulación, se ven afectadas la entonación, el ritmo y la acentuación.

Por su parte Rioja (1980) manifiesta que lo característico en las disartrias es que van acompañadas de otros signos neurológicos fuera de la esfera articularia, así como la alteración del ritmo articulario y del timbre melódico.

Dispraxia Verbal

Es una alteración grave de la articulación. Existe una imposibilidad de efectuar movimientos complejos que no es explicable por trastornos motrices, una dificultad para hacer movimientos voluntarios de la lengua, labios, maxilares y otros órganos de la articulación.

Disfemia

Conocida como tartamudeo, es una alteración en el ritmo del habla que se manifiesta con interrupciones en la fluidez de la palabra. Consiste en la repetición o alargamiento involuntarios de sonidos, sílabas o palabras. Estas manifestaciones suelen acompañarse de movimientos bruscos en todo el cuerpo y el resto del lenguaje oral no se ve afectado (Torres, Conesa y Brun 2003).

Por otro lado, las perturbaciones del lenguaje pueden manifestarse por medio de la ausencia del lenguaje o desarrollo a nivel estructural. Dentro de las perturbaciones del lenguaje se encuentran:

Las afasias

Las afasias comportan la pérdida completa o parcial de las facultades de comprender y/o expresar el lenguaje hablado y/o escrito. Es una desintegración o ruptura de la organización individual del lenguaje, con trastorno de la capacidad de reconocer los símbolos fonémicos escuchados o escritos y/o la de expresar contenidos verbales y/o escritos.

Trastornos del lenguaje escrito

Jódar, Barroso, Brun, Dorado, García, Martín y Nieto (2005) hacen referencia de la clasificación del DSM-TR, en donde se clasifica el trastorno cuando hay un rendimiento en el aprendizaje de la lectura sustancialmente inferior al esperado por edad cronológica y nivel cognitivo global del niño, que interfiere significativamente en el rendimiento académico

El término más utilizado actualmente para las dificultades específicas del aprendizaje de la lectura es la dislexia.

Dislexia

Critchley (1964, citado en Torras, 2002) refirió que la dislexia se presenta cuando un niño no logra leer y escribir a la edad en que comúnmente se logran estas funciones, cuando no hay una causa pedagógica que lo justifique.

Trastornos de la comprensión del lenguaje escrito

- Alexia agnósica: agnosia para los signos de escritura
- Alexia afásica se acompaña de agrafia y existe en ella una disociación entre la verbalización y la comprensión de las palabras escritas.
- Alexia global, participa de las características de ambas.

Aprasias y Agnosias

Rioja (1980) Menciona que son fenómenos patológicos que aparecen en múltiples procesos, siempre afectan más o menos profundamente el lenguaje. La agnosis auditiva que puede por sí sola con oído normal, ser la causa de que no aparezca el lenguaje en el niño.

Una vez que se sabe cuales son los diferentes tipos de trastornos del lenguaje que existen, es necesario hablar de las características de la evaluación de los mismos.

Heward, Espinosa y Jockl (1998) menciona que la mayoría de las evaluaciones del habla y el lenguaje comienzan con la elaboración de la

historia clínica. Se puede preguntar a los padres cuando comenzó el niño a gatear, a andar y a pronunciar palabras, y también tomar en cuenta las habilidades sociales como la disposición a jugar con otros niños. Los especialistas examinan cuidadosamente la boca del niño, tomando nota de cualquier anormalidad de la lengua, labios, dientes, paladar y otras estructuras capaces de afectar al habla. Si el niño sufre un problema orgánico del habla, se prescribe una intervención médica.

Así mismo los procedimientos de la evaluación varían de acuerdo con el tipo de trastorno que se sospecha, y los especialistas suelen realizar extensos exámenes para evaluar las áreas importantes, y posteriormente analizarlas con mayor detalle. Una evaluación profunda puede incluir los siguientes elementos:

Pruebas de articulación: En ellas se evalúan los errores que comete el niño y se crea un registro de los sonidos defectuosos, de los errores de su pronunciación y de la cantidad de estos errores. Algunas pruebas de articulación son el Photo Articulation Test, el Test of Minimal Articulation Competence y el Golman- Fristoe Test of Articulation.

Pruebas de audición: normalmente se evalúa la audición para saber si el trastorno de la comunicación se origina en un problema auditivo.

Las pruebas de discriminación auditiva: se emplea esta prueba para determinar si el niño escucha correctamente los sonidos.

1.3.7 Trastornos de audición

Verdugo (1995) asevera que los trastornos de la audición incluyen discapacidades auditivas que van desde las más ligeras hasta las más graves, abarcando así tanto a los niños sordos como a los que padecen deficiencias auditivas. Implican una pérdida en la sensibilidad del oído, probablemente en el sistema auditivo periférico. Los alumnos con dificultades auditivas son aquellos que tienen disminuida o totalmente perdida su capacidad de audición, lo que se manifiesta por la falta de reacción a los estímulos orales y la no emisión de palabras. Los niños con un daño auditivo severo, tienen dificultades para procesar la información lingüística y que en consecuencia afecta a su ejecución o rendimiento académico.

Los trastornos auditivos pueden ser clasificados según el momento de la pérdida, aparición, grado y el lugar de la lesión. Éstos determinarán si el trastorno se considera como una deficiencia auditiva leve o profunda (sordera).

Según el momento de aparición

Hereditaria: La deficiencia auditiva está presente ya en el nacimiento y asociada a una alteración genética, se centra en el oído interno es progresiva y definitiva.

Adquirida. Se produce durante el desarrollo embrionario y en etapas posteriores.

Según el momento de la pérdida

Prelocutiva: Si la pérdida auditiva se presenta al nacimiento o se adquiere antes del lenguaje y del habla.

Postlocutiva: Las deficiencias ocurren una vez que se ha adquirido el lenguaje; hay memoria del lenguaje y memoria sonora, el desarrollo mental y conceptual.

Según el grado de la pérdida

Leve (27-40 dB). Hay una buena audición del habla con voz normal, pero hay una dificultad en la percepción con voz baja, lejana y en un entorno ruidoso.

Moderada (40-70 dB). Hay una percepción del habla si se eleva la voz. La persona entiende mejor cuando le hablan, tiene dificultades en la identificación de vocales en las palabras y su lenguaje es muy limitado y presenta problemas de articulación.

Severa (70-90 dB). Hay una percepción de algunos sonidos, ruidos y el habla con voz fuerte y cerca del oído.

Profunda (91-119 dB): las personas no tienen una percepción del habla y sólo perciben ruidos muy potentes.

Deficiencia total (Cofosis, 120 dB). Las personas no tienen ninguna percepción.

Según el lugar de la lesión (Castejón y Navas, 2000):

Los conductivos. Se originan en anomalías o complicaciones del oído externo o del medio. La acumulación de cera en el canal auditivo puede ocasionar una pérdida conductiva de la audición, lo mismo que las enfermedades que dejan fluidos o residuos. Algunos niños nacen con el canal auditivo incompleto o mal formado.

Los sensorio neuronales. Implica un daño en los sensores o las fibras nerviosas que conectan al oído interno con el centro auditivo del cerebro. Debido a que estas fibras no se pueden regenerar o reparar como algunas partes de nuestro cuerpo, este daño es permanente, sus trastornos pueden hacer que el sonido llegue al cerebro de manera distorsionada o que no llegue en absoluto.

Sordera mixta: en algunos casos puede co-ocurrir una sordera neurosensorial junto a una sordera conductiva.

Dentro de las deficiencias Auditivas se conocen:

Hipoacusia: La audición es deficiente (35- 69 dB), pero resulta funcional para la vida ordinaria; hace difícil pero no imposible la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, generalmente con ayudas protésicas; es habitual que vaya acompañada de deficiencias de audición.

Disacusia: La característica de estas personas radica en que oyen pero no pueden entender lo que les dicen. En éste caso su discriminación del lenguaje es la que está defectuosa.

Anacusia: Es la pérdida completa, habitualmente permanente de la audición, en uno o ambos oídos.

Sordera: La audición no es funcional para la vida cotidiana (70 dB) y no posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque sí por vía visual.

Una vez que sabemos cuáles son las deficiencias auditivas, también se considera necesario conocer las causas y según Pérez (2003) se pueden clasificar en exógenas y endógenas.

Las causas exógenas derivan de factores exteriores al organismo (enfermedades, intoxicaciones o lesiones) y reducen la capacidad del sistema auditivo para recibir y transmitir sonidos.

Los trastornos endógenos se transmiten por medio de los genes de los padres.

Según Brown (1986, citado en Verdugo, 1995) hay cuatro causas principales de sordera y de pérdida grave de la audición en los niños que exigen educación especial: a) La rubéola materna; b) La herencia; c) La prematuridad y las complicaciones del embarazo; d) La meningitis.

Es muy importante la detección temprana de los niños que están sordos o que tienen problemas para oír, seguida por intervenciones apropiadas, ya que ésta dará a los niños una mejor posibilidad de desarrollar su capacidad cognitiva y de lenguaje necesarias para lograr el éxito social y académico.

Todos los bebés deben ser revisados antes de cumplir un mes de edad, de preferencia antes de salir del hospital en el que nacieron. La edad promedio en la que se detectan los problemas del oído es entre los dos y los tres años.

Para esto encontramos Síntomas de detección en los problemas en el oído medio, cuando el niño:

Tiene los oídos inflamados o rojos, agudizan los oídos frecuentemente, se queja de dolores de oídos, tiene resfriados frecuentes, habla con voz suave, es deficiente su articulación, presenta dificultades cuando escucha un cuento, presenta dificultades cuando se le dan consignas verbales, problemas en el oído interno, Presenta retraso en el habla, múltiples problemas de articulación, gira la cabeza a un lado mientras escucha, presentan patrones de tonos inadecuados para su edad y sexo, tienen un vocabulario muy reducido para su edad, presenta dificultades cuando escucha un cuento u otras actividades de escucha, tiene dificultades para seguir ordenes.

Pérez (2003) comenta que para evaluar de manera profesional la capacidad auditiva de los bebés se utilizan pruebas. En las primeras dos, no se requiere que el niño realice ninguna actividad, sólo que se quede tranquilo.

Las Pruebas de Emisiones Otoacústicas (OAE)

Pueden revelar si las partes del oído responden adecuadamente al sonido. Durante este examen, un audífono hecho de esponja se coloca en el canal del oído. El oído se estimula con sonido, y se mide el "eco". Este se encuentra en todas aquellas personas que oyen normalmente. La ausencia de eco, podría indicar una pérdida de audición.

La Prueba de Respuesta Auditiva Troncoencefálica (ABR)

Evalúa cómo el tronco encefálico (parte del nervio que lleva el sonido del oído al cerebro) y el cerebro responden al sonido. Durante esta prueba, el niño usa audífonos y se colocan electrodos en la cabeza y las orejas. El bebé escuchará unos chasquidos suaves que estimulan los nervios de su oído. Los electrodos miden la respuesta de su bebé a estos suaves chasquidos.

Logaudiometría:

Se presentan al paciente una serie de palabras de aparición muy frecuente en el lenguaje. A continuación se determina el umbral de recepción verbal (nivel en el que el sujeto puede repetir correctamente el 50% de las palabras presentadas) y el umbral de máxima discriminación.

Test del Decaimiento del Tono (Tone Decay):

Prueba que permite observar el mantenimiento de un tono determinado durante un tiempo preciso. Se indica cuando hay sospecha de lesión retrococlear.

También se debe incluir una historia clínica completa en la que se detallen los antecedentes perinatales, patológicos, familiares (especialmente de enfermedades similares), así como el grado de escolaridad, y el desarrollo psicomotor, social, cultural y lingüístico alcanzados por el paciente.

Con niños muy pequeños que tienen déficit auditivo se pueden adaptar las *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*, eliminando los ítems que requieren audición o respuestas verbales.

Los niños en edad escolar son frecuentemente evaluados con la escala manipulativa del *WISC-R*, que contiene diferentes subtest que no requieren respuestas verbales (por ejemplo. Diseño con cubos). También se ha adaptado esta escala, utilizando mímica y señales. También se utilizan otros subtest no verbales como son:

El hishey-nebraska, Las matrices progresivas de Raven, Escala Internacional Leiter de manipulación.

Una vez que se ha detectado que un niño tiene trastornos auditivos es de suma importancia que los profesionales encargados intervengan en todas las áreas posibles. La intervención puede ser de la siguiente manera.

Estimulación precoz

Permite que los niños menores de tres años inicien el entrenamiento auditivo y el lenguaje inmediatamente después del diagnóstico. El programa debe tocar todas las áreas: cognoscitiva, motriz, sensorial y verbal.

Inicialmente se fomenta una comunicación dirigida a los niños, se repite muchas veces y se acompaña de una actividad apropiada; así los niños aprenden a asociar frases con imágenes y movimientos; los bebés aprenden a reconocer los patrones de entonación y las palabras que constituyen su entorno lingüístico, al mismo tiempo aprenden una secuencia de desarrollo fijo, ya que controlan sus propios patrones de respiración, labios, la lengua y otros músculos.

Los Sistemas de comunicación (se clasifican en tres bloques)

Sistemas orales Estos sistemas de lo que se encargan es de aprovechar restos auditivos en niños sordos en la medida de lo posible. Tenemos dos sistemas principales

Sistema verbo tonal: Que consiste en aprovechar y optimizar los restos auditivos trabajando con un aparato llamado *Suvag* que actúa como seleccionador, amplificador y codificador de los sonidos ayudando al sordo a entender los escasos sonidos que le llegan. El sordo percibe la música, el

ritmo, la prosodia (ritmo, tiempo y pausa) a través del cuerpo, mediante una especie de vibraciones.

Lectura labial: Consiste en reconocer las palabras, captar el mensaje, a través de los órganos articuladores visibles: los labios, la lengua, los dientes, etc. Suele ser difícil ya que algunos fonemas tienen el mismo punto de articulación. Este tipo de comunicación necesita de una buena preparación en cuanto a memoria visual, capacidad de atención, y produce fatiga con lo que el emisor debe intentar emitir enunciados cortos y sencillos.

Sistemas complementarios de comunicación oral. Estos sistemas se encargan de reducir los problemas comunicativos y apoyar el acceso al lenguaje oral.

Comunicación bimodal: Utiliza el lenguaje de signos al tiempo que se habla, siguiendo el orden y estructura del lenguaje oral. Pero este tipo de comunicación resulta poco funcional y cansado si asignamos todo lo que hablamos, por sobrecarga de la memoria. Es conveniente utilizarlo en personas con sordera leve, acompañando a otro tipo de lenguaje.

Palabra complementada: Es un sistema complementario de lectura labial, que elimina ambigüedades de la interpretación del movimiento de los labios. Consiste en ocho configuraciones manuales que se realizan en tres localizaciones alrededor de la boca, de manera que los sistemas similares puedan ser diferenciados por la posición de la mano. Este sistema favorece tanto la comprensión del lenguaje oral, como el acceso a la lectura.

La lengua de signos

Es un sistema de símbolos pero estos no se producen a partir de los sonidos sino de los gestos de las manos, el cuerpo, la expresión facial y los ojos. Pueden ser icónicos y/o arbitrarios.

Es el lenguaje de los sordos por excelencia. Tiene una estructura propia en la que participan cinco factores imprescindibles como son: configuración, localización, movimiento, orientación y expresión facial. Con estos cinco parámetros una persona se puede comunicar perfectamente sin problema a

confundir el mensaje, siempre y cuando se utilicen todos los parámetros correctamente.

Auditivo-oral: trata de desarrollar la comunicación a través del habla y la lectura de los labios. Se usan aparatos amplificadores apropiados y se entrena el residuo auditivo de tal forma que el lenguaje oral pueda ser recibido de manera natural, por medio de los mecanismos auditivos.

Audio-oral complementado: es un sistema compuesto de tres posiciones de la mano y ocho figuras formadas por los dedos y que los interlocutores de los niños sordos utilizan simultáneamente al habla. A este apartado también pertenece el “Método Rochester” o el “Método Sorel-Maisonny”.

Dentro de las prótesis auditivas encontramos los:

Audífonos retro auriculares (BTE): se coloca detrás de la oreja

Audífonos Intraauriculares (ITE): se colocan completamente en el oído externo y son utilizados en casos de pérdida de audición leve o severa.

Los audífonos de canal auditivo: se insertan dentro de la oreja y están disponibles en dos estilos. Ambos tipos son utilizados en casos de pérdida de audición severa o leve.

Los audífonos intracanales (ITC) se pueden graduar de acuerdo a la medida y forma del canal auditivo del usuario.

Dentro del itinerario para la orientación a las familias, los padres tienen el derecho a ser informados, orientados y apoyados por los miembros del equipo multidisciplinar dentro de su propia competencia y del campo profesional, estos son los siguientes.

Médico (otorrino / pediatra): Es el encargado del diagnóstico, el tipo de pérdida auditiva y su grado. Es quien determina y lleva a cabo el posible tratamiento médico o quirúrgico, orienta en relación a la adaptación de la prótesis auditiva, efectúa las revisiones periódicas.

Trabajador social: Se encarga de asesorar a las familias acerca de las estructuras sociales existentes y prestarles ayuda en los trámites burocráticos.

Profesor especializado en deficiencia auditiva: Debe estar sensibilizado en cuanto a las repercusiones de la sordera en la familia, conocer el equipo terapéutico y mantener una relación regular.

Logopeda: Es el encargado de las aplicaciones prácticas de las medidas terapéuticas y educativas durante la primera etapa. Proporciona ayudas para el desarrollo del lenguaje, respetando los límites de implicación de la familia en al educación del niño y el tiempo que necesita para comprometerse en ella.

Audioprotesista: Debe tener un buen conocimiento del desarrollo del niño en general y del niño con deficiencia auditiva; una sensibilización a las repercusiones de la sordera sobre el sistema familiar y una formación en la adaptación protésica del niño pequeño.

Psicólogo: Debe favorecer todas las posibilidades de expresión personales para que emerjan las emociones, las expectativas, los comportamientos generados por la sordera del niño, teniendo en cuenta la personalidad de los padres. Debe saber orientar a la familia hacia el miembro competente del equipo pluridisciplinar, debe poder apreciar y reajustar el nivel de asimilación de las informaciones recibidas por los padres, permitir a los padres encontrar y fijar objetivos, proponerles estrategias de comunicación.

1.3.8 Ceguera

Verdugo (1995) menciona que un déficit visual es una anomalía o discapacidad del ojo y de las estructuras relacionadas que origina una visión menor de lo normal y que puede requerir, modificaciones en la confrontación de una persona con las actividades diarias. Cabe mencionar que se pueden utilizar tres sinónimos para definir este fenómeno:

A) Déficit: se refiere a la anomalía fisiológica que origina pérdida de visión. Puigdellivol (2005), señala que es el conjunto de alteraciones de la visión que no pueden ser corregidas por completo por procedimientos ópticos, alterando

así la visión funcional de quien las padece. Puede presentarse en diferentes grados de aceptación.

B) Impedimento: se dice de los efectos acumulados del déficit visual. Es el defecto del deterioro o de la discapacidad como resultado de la evaluación negativa de otros (Lewis 2000).

C) Discapacidad: implica una difusión generalizada, física y mental.

Una discapacidad visual es un deterioro visual permanente, a pesar de alguna medida correctiva, que influye desfavorablemente en el rendimiento educativo de un niño. Este concepto incluye a los parcialmente videntes y a las personas con ceguera total.

La ceguera y el deterioro visual se definen en términos de la agudeza visual o habilidad para ver formas a una distancia específica. La agudeza visual usualmente se mide en personas que presentan problemas para leer o discriminar objetos a una distancia aproximada a 20 pies (6 metros) y se expresa como una proporción, la cual se utiliza para comprender la visión individual, la expresión 20/20 describe una visión perfecta o normal, por lo que si una persona no puede ver a 20 pies lo que una persona con visión normal si ve, se dice que presenta una limitación visual.

Taylor (1989) menciona que la capacidad de ver e interpretar lo que se ve, se basa en la interacción entre el ojo y el cerebro, por lo cual a continuación se hablará del funcionamiento del sistema visual.

El sistema visual es una unidad compleja formada por membranas, glándulas, líquidos, neuronas y otros tipos de células, músculos e irrigación sanguínea. La correcta disposición de dichas estructuras así como el funcionamiento normal de todas ellas posibilitan una percepción visual sin deficiencias.

En la figura 1 se explica la definición que realiza Coon (2008) sobre el sistema visual.

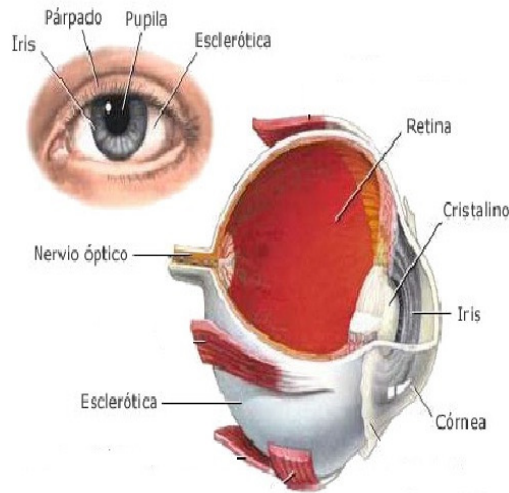


Figura 1. Sistema visual.

Iris: músculo circular que controla la cantidad de luz que penetra en el ojo.

Pupila: apertura frontal del ojo por donde pasa la luz.

Retina: capa de células sensibles a la luz que se encuentran en la parte trasera del ojo.

Cristalino: estructura del ojo que enfoca los rayos luminosos.

Córnea: membrana transparente elástica y sensible que cubre la parte frontal de ojo.

Esclerótica: capa externa del ojo.

Nervio óptico: encargado de convertir la luz en impulsos nerviosos.

El nivel de funcionamiento de los órganos de la visión es evaluado, principalmente a través de dos parámetros básicos, la agudeza visual y el campo visual. La agudeza visual es la capacidad para discriminar entre dos estímulos visualmente distintos, es él discriminar detalles finos; y el campo visual se refiere a los límites de captación de información luminosa por parte del ojo.

A nivel oftalmológico, las deficiencias visuales se agrupan en dos categorías que son los déficits parciales, los cuales engloban los defectos ópticos o la ambliopía (pérdida parcial, mayor o menor, de la visión, que puede afectar a un ojo, pero a veces es bilateral) así como también a los déficits totales.

Las ametropías son un defecto en la refracción del ojo por el cual las imágenes visuales no se forman en la retina originando una visión borrosa, estas pueden ser la miopía, hipermetropía, el astigmatismo, la anisotropía y el estrabismo las cuales son fácilmente corregibles mediante lentes ópticos y pequeñas intervenciones quirúrgicas.

Por otra parte Verdugo (1995), menciona que las deficiencias visuales se agrupan en dos tipos: los déficits en la forma en que las imágenes mentales son enfocadas en la retina (acomodación o problemas internos del ojo) y las dificultades de convergencia (problema externo fuera del control del músculo del ojo).

A) En la acomodación: existen tres problemas de acomodación del ojo que se pueden corregir generalmente por medio de gafas o lentes de contacto, estos son: la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo.

- La miopía: es un defecto de la visión que se da cuando la fuerza de refracción del sistema ocular es muy grande o cuando el globo ocular es muy grande, lo que origina que los rayos luminosos procedentes de objetos a cierta distancia del ojo lleguen a enfocarse enfrente de la retina (las personas con miopía pueden enfocar objetos cercanos pero no pueden enfocar objetos distantes).
- La hipermetropía es un defecto de la visión que se da cuando la fuerza de refracción del sistema ocular no es suficientemente fuerte o el glóbulo ocular es muy pequeño, entonces los rayos de la luz enfocan mas allá de la retina, produciendo una visión distante o confusa (las personas con hipermetropía no tiene problemas para enfocar objetos distantes pero son incapaces de enfocar los objetos cercanos).
- El astigmatismo, se debe a que en la curvatura irregular de la superficie de refracción del ojo se produce una imagen enfocada irregularmente en la retina, con partes de la imagen más enfocadas que otras.

Este tipo de trastornos de acomodación, originados por deficiencias en la cornea o el cristalino, o en ambos, tiene una base genética.

B) Dificultades de convergencia, los más comunes son:

- Defectos binoculares en los músculos del ojo: se refiere a que los ojos tendrán dificultades para mirar en la misma dirección si la serie de músculos de los mismos no están correctamente alineados y no se dirigen a la vez al mismo objeto, esto se conoce como estrabismo, dentro de esta

clasificación se encuentra el nistagmos, que son los movimientos involuntarios rápidos de los ojos.

- Defectos en la cornea, el iris y el cristalino: los daños en la córnea son muy serios, y si no se tratan pueden conducir a una pérdida visual que oscila entre una visión borrosa a ceguera total. En este caso el trasplante de cornea mejora significativamente la visión.
- El glaucoma (color verdoso de la pupila) puede ser congénito o adquirido y se produce por la elevada presión del fluido de líquido en el ojo, originando un aumento de células de la retina y se da una pérdida irreversible y progresiva en el campo visual, en la agudeza visual o en ambos, en este caso se utiliza la cirugía.
- La fotofobia es una sensibilidad extrema a la luz, esta es una carencia congénita de pigmentación en el iris.
- Las cataratas constituyen una condición en la que el cristalino se torna oscuro u opaco, estas pueden ser congénitas o adquiridas, los efectos varían de visión borrosa a la percepción únicamente de la luz.
- Defectos de la retina; es el desprendimiento de la retina, esta se separa de su estructura de soporte, dejando una zona ciega en el campo de la visión, sino se trata rápidamente puede ocasionar la pérdida total del ojo.
- La retinitis pigmentosa es un defecto genético que conduce a una pérdida progresiva en el campo visual periférico y posiblemente ceguera.
- La retinoblastoma es un tumor maligno de la parte posterior de la retina, se puede extender desde el nervio óptico hasta el cerebro, en estos casos se procede a eliminar el ojo y colocar una prótesis o un ojo artificial.

En cuanto a los déficits totales, desde el punto de vista oftalmológico, es la ausencia total de percepción visual, incluyendo percepción luminosa.

Las deficiencias visuales parciales o totales son susceptibles de múltiples agrupaciones en función de los criterios seguidos. Las deficiencias

visuales pueden formar parte de distintos síndromes muy específicos que suponen la presencia de otros trastornos y/o discapacidades.

Por lo que se cree importante mencionar las causas de la ceguera, clasificándolas en tres grandes grupos:

I. Cegueras congénitas o de nacimiento, las cuales pueden ser:

- a) Hereditarias. Transmitida en los genes por sus padres: glaucoma, cataratas, retinoblastoma, albinismo.
- b) Infecciosas. El feto es afectado por una enfermedad de la madre durante el embarazo: toxoplasma, catarata rubeólica.

II. Cegueras adquiridas en alguna etapa de la vida. También llamada adventicia, se subdivide en:

- a) Infecciosas: úlceras corneales, atrofia del nervio óptico, postmeningitis tuberculosa, tracoma, sífilis, blenorragia, oncocercosis, viruela, lepra.
- b) Traumáticas. Cuando es consecuencia de un accidente: heridas perforantes, quemaduras químicas, oftalmía simpática, desprendimiento de retina.

III. Otras causas: fibroplasia retrolenticular, estrabismo, retinopatía diabética, xeroftalmia.

Cerca de la tercera parte de los casos de ceguera son de etiología desconocida o indeterminada. Entre los restantes predominan los de causas infecciosas en los países en desarrollo y no infecciosas en los desarrollados. Dos de las causas más comunes, sobre todo en las personas de edad, son el glaucoma y las cataratas. También son importantes algunas afecciones hereditarias o congénitas, ciertas neoplasias y otras enfermedades degenerativas o metabólicas. Una de las causas de ceguera más frecuentes y, acaso más fáciles de prevenir, es la xeroftalmia o deficiencia de vitamina A en la población infantil de los países en desarrollo.

Las causas infecciosas que más destacan son el tracoma, seguido por la sífilis, la blenorragia, la oncocercosis, la viruela, la lepra, etcétera. Casi un 10%

de los casos de ceguera se deben a accidentes, cuya frecuencia se reparte por igual entre las distintas regiones del mundo.

Los defectos ópticos constituyen las ametropías que es el estado anormal de una emetropía lo cual es la condición ideal del ojo; estas son habitualmente padecidas por niños, jóvenes o adultos.

Las repercusiones de una ceguera total o parcial son distintas en función del momento de aparición de la deficiencia. La organización del espacio para una persona ciega de nacimiento será diferente a la que posea una persona que por un accidente quede ciega a la edad de 20 años. Así mismo, las reacciones de un individuo ante su ceguera pueden ser distintas en función de si nació ciego, o si se hizo ciego y en este segundo caso, dependerán, a su vez, del momento, forma y naturaleza de la discapacidad.

Otra de las formas para clasificar a niños y jóvenes con deficiencias visuales o ceguera, parten de la edad del inicio del trastorno: a aquellos niños que nacen con DVC se dicen que padecen anomalías visuales congénitas; de los otros que pierden la capacidad visual en el curso de la vida se dice que tienen ceguera adquirida. En la práctica cualquier niño que pierde la visión antes de los dos años de edad no guarda la memoria visual por mucho tiempo y en esto se parecerá a los niños con ceguera congénita.

Con relación al tipo de atención psicológica que se le brinda a un niño con dificultades visuales, de primera instancia, se considera importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la disminución o pérdida visual al momento en que se tiene contacto con el paciente, así mismo investigar el modo en que el niño enfrentó su limitación visual, en qué repercutió y cuáles fueron los procesos de adaptación que utilizó.

En caso que el contacto con el niño se establezca desde el momento en que se detecta la problemática, Santucci de Mina (2005) sugiere trabajar con la aceptación de su situación actual, en sus aspectos potenciales y limitantes, teniendo en cuenta la irreversibilidad, según sea el caso.

Así mismo, señala que es necesario abordar la respuesta familiar y social que está recibiendo el niño, generar un espacio que permita a los padres y al resto de su red social, el surgimiento de sus emociones, sin sentirse culpables por experimentarlas.

Con base en lo anterior, se puede considerar como objetivo de trabajo la reorganización de la estructuración familiar, intentando llegar a acuerdos conjuntos, equilibrando la sobreprotección y la ayuda real necesaria que se debe brindar al infante.

En México se distingue a una persona ciega cuando carece de toda percepción luminosa; parcialmente ciega, cuando puede percibir la luz pero no discriminar a las personas de los objetos, y parcialmente vidente, cuando su visión en el mejor de los casos es de 20/100 o menor. Sin embargo se recomienda utilizar los términos discapacidad visual severa, moderada y leve respectivamente.

Consecuencias directas de la discapacidad visual: Una persona con visión normal, adquiere aproximadamente un 80% de sus conocimientos a partir de la estimulación visual y ésta, a su vez, estimula el 80% de sus acciones o conductas. De esta forma, la visión es la principal fuente de conocimiento, el principal estímulo incitador de conductas y, por ello, responsable, en gran medida, del desarrollo motor, cognitivo y temperamental.

Son precisamente esas dos funciones de la visión las utilizadas para explicar el retraso funcional de los niños ciegos, un retraso que no ha de confundirse con el experimentado por niños con deficiencias mentales, ni con el comportamiento mostrado por los niños autistas.

La discapacidad visual no ha de ser entendida como la etiología asociada con un trastorno evolutivo, sino el medio a través del cual se obstaculiza el desarrollo normal.

La falta de visión, total o parcial, en un niño que no sufra ninguna otra discapacidad, se compensa con la utilización de otros sentidos (la audición, el

tacto y el olfato). En el caso de un ciego total, estos otros sentidos son la única fuente de conocimiento.

Aspectos motores: Durante los primeros meses de vida no parecen existir diferencias entre el desarrollo motor de niños videntes y niños ciegos. Es un período de mucho movimiento (principalmente movimientos gruesos de manos y piernas), caracterizado por la preparación del organismo para la posterior adquisición de la movilidad; así mismo Marchesi, Coll y Palacios (1996) señalan que durante los primeros cuatro meses después del nacimiento, el bebé ejercita los reflejos del que está dotado de forma innata y posteriormente, constituye sus primeros hábitos o esquemas de acción respecto a su propio cuerpo, a excepción de los relativos a la visión; conseguirá perfeccionar el esquema de coger, coordinar la succión y la prensión.

Es a partir de la aparición de movimientos finos, cuando surgen los retrasos en los niños con discapacidad visual, promovidos por la falta de estímulos visuales que inciten al bebé a dirigirse hacia ellos. Castejón y cols. (2002), expresan que el desarrollo motor del niño invidente se ve retrasado porque los objetos y las personas no tienen carácter material, ya que predominan los estímulos sonoros, con lo que en la primera infancia hay pocas conductas de presión no se dan los alargamientos de brazos.

Existen retrasos en todos los aspectos que se refieren a la movilidad autoiniciada; los niños ciegos prácticamente no gatean y comienzan a andar sin ayuda sobre los 19 meses. Fraiberg (1977, citado en Marchesi y cols. 1996), explica este retraso por el desconocimiento que tienen los niños ciegos de la existencia de los objetos que no pueden abarcar con los brazos; solamente cuando el niño ciego sea capaz de buscar los objetos sonoros, empezará a tener interés por moverse.

Cabe mencionar que cuando los niños ciegos están bien estimulados, las adquisiciones posturales: darse la vuelta, sentarse o caminar con ayuda, se desarrollan de la misma manera y dentro del mismo rango de edad que en los videntes. Sin embargo, la postura de postración (apoyado sobre el vientre), parece ser poco aceptada por los niños ciegos, la no utilización de esta postura dificulta el gateo retrasando la aparición de la posterior, es decir, la

bipedestación. Evidentemente, el retraso en el bipedestrismo no es similar para todos los niños que sufren una deficiencia visual, resultando favorecidos aquellos que tienen algún tipo de resto visual funcional aprovechado o son suficientemente estimulados auditivamente.

Las dificultades y retrasos mencionados con relación al desarrollo perceptivo influyen en la evolución del desarrollo motor. El tacto se convierte, tal y como ya se ha dicho, en el conocimiento sensorial del niño, por lo que será necesario trabajar la motricidad fina y la coordinación bimanual y oído-mano.

Los rasgos y expresiones faciales también son reducidos. Su cara no expresa atención, intriga, indecisión, etc., ya que no tiene ningún objeto de fijación visual que pueda provocar estas expresiones. Para el niño ciego el principal factor determinante de la sonrisa es la voz conocida y las sensaciones táctiles que le son familiares.

Desarrollo comunicativo-lingüístico: Durante el primer año de vida del niño invidente el inicio y permanencia del balbuceo es similar a la del niño vidente; hasta los 7 meses el desarrollo es normal.

Marchesi y cols. (1996), aluden que las primeras palabras se refieren a objetos situados en el espacio cercano al niño. A partir de los dos o tres años, el lenguaje de los niños ciegos es normal, tanto desde el punto de vista gramatical como semántico, cumpliendo las mismas funciones que en los videntes. No obstante, existe una importante excepción: en ausencia de la visión, los niños tienen grandes problemas para utilizar correctamente los términos deícticos, tanto personales (yo, tú), como espaciales (ir, venir, etcétera), así como la dificultad en la comprensión de las relaciones espaciales. De igual manera las vocalizaciones disminuyen por la ausencia de estímulos visuales,

La diferencia surge porque el niño vidente cuando nombra un objeto dispone previamente de su imagen en el cerebro, pero el niño ciego sólo tiene experiencias audio-táctiles que en muchas ocasiones son inaccesibles para el sentido de la palabra. Esto sucede con frecuencia con palabras relativas a

conceptos visuales como los colores, sensaciones de luz o aquellas palabras que designan objetos inabarcables. La tendencia que supone que el deficiente visual utilice palabras aunque desconozca su significado, se conoce como verbalismo y genera que el niño ciego acabe por crear una imagen incorrecta o confusa del mundo que le rodea.

Desarrollo cognitivo: El desarrollo intelectual no tiene por qué verse disminuido. La pérdida de información visual tiene que suplirse potenciando otros canales, sobre todo el auditivo y el táctil. Un planteamiento educativo adecuado y la dotación humana y material necesaria consiguen obtener el máximo desarrollo de las capacidades que el niño posea.

La representación del conocimiento en los niños ciegos se realiza a través del tacto, el cual constituye un sistema sensorial con determinadas características, que permite captar distintas propiedades de los objetos, tales como la temperatura, textura, forma y relaciones espaciales, dicho sistema es una herramienta utilizada por las personas invidentes.

Se considera importante, debido a que permite entablar una relación y obtener conocimiento del mundo que los rodea. Gibson (1966, citado en Marchesi y cols. 1996), lo define como tacto pasivo y tacto activo o sistema háptico.

- Tacto pasivo; la información táctil se recibe de forma no intencional o pasiva, como la sensación que produce la ropa o el calor sobre la piel.
- Tacto activo o sistema háptico; la información es buscada de forma intencional por el individuo que toca, así pues en el tacto activo no sólo están implicados los receptores de la piel y los tejidos subyacentes (como ocurre en el tacto pasivo), sino también la excitación correspondiente a los receptores de los músculos y los tendones, de tal manera que el sistema perceptivo háptico recoge información articularia, motora y de equilibrio.

No obstante, al momento de recibir la información a través del sistema háptico hay dos inconvenientes si se compara con el sistema visual, Castejón y cols. (2002), explican que con el tacto sólo se puede acceder hasta donde

alcancen los brazos y, por ello, sólo se abarca lo cercano y poco extenso, se presenta una limitación espacial; el segundo inconveniente se refiere a la limitación temporal, ya que la recogida de información es secuencial y por ello, más lenta, porque se produce una sobrecarga del sistema de memoria a corto plazo o memoria de trabajo.

Una de las mayores dificultades del niño ciego es el conocimiento del espacio lejano, dificultad que afecta al desarrollo de su esquema corporal y la comprensión de conceptos espaciales. Sin embargo, este retraso suele igualarse alrededor de los 6 años.

Cabe destacar que los autores antes mencionados puntualizan sobre la importancia que tiene el ambiente del niño visualmente disminuido, debido a que mientras más rico en experiencias sensitivas éste sea, ayuda a mejorar el manejo y desarrollo de sus otros sentidos, permitiendo que el niño explore y conozca el mundo tridimensional en que se debe desenvolver.

Los efectos de la discapacidad visual en el desarrollo cognitivo se deben atribuir a la falta de una adecuada estimulación y a los problemas para coordinar las informaciones procedentes de distintas fuentes por medio de otros sentidos.

En relación con los aspectos cognitivos, Castejón y cols. (2002), sugieren la importancia de tener en cuenta que la falta de visión congénita restringe la información de conceptos puesto que limita la estimulación sensorial. Algunos estímulos son inaccesibles, ¿qué es el sol?, ¿qué son las nubes?, otros, aunque accesibles son muy extensos como para poder tocarlo, una montaña, un edificio, u otros demasiados pequeños, una célula una molécula, unos resultan peligrosos para ser tocados, un león, un escorpión y otros imposibles de tocar, el mercurio en el interior de un termómetro, las burbujas del jabón; es decir, el desarrollo cognitivo necesita de la interacción perceptual para producirse y los niños ciegos tienen limitada semejante interacción.

Desarrollo socio afectivo: Es necesario mencionar la importancia que tienen las relaciones afectivas en el óptimo desarrollo del niño ciego. La aceptación de la

minusvalía y el conocimiento por parte de los padres de las potencialidades del bebé invidente son indispensables para el establecimiento de unas buenas relaciones de apego.

El niño ciego tiene un reducido repertorio de conductas que le sirven para identificar un intercambio social, debido fundamentalmente a que sus signos faciales son reducidos y que tienen que producirse situaciones familiares, como una voz o sensaciones táctiles conocidas, para que discrimine la situación como propia de intercambio o relación entre iguales o con los demás.

Estos signos afectivos son una señal clara de que existen procesos cognitivos que se traducen en conductas preferenciales por unas u otras personas y que se realizan a través de una discriminación táctil y/o auditiva.

Castejón y cols. (2002), explican que los problemas de desarrollo y adaptación social están ligados con la calidad de las relaciones interpersonales durante la infancia. En el establecimiento de tales relaciones, importantes en los dos primeros años de vida, influyen los vínculos afectivos, el apego y a su vez, en el establecimiento de tales vínculos juega un papel prominente la sonrisa del niño, que actúa como indicador de la participación en la relación y como indicador de la misma. Idéntico papel desempeña la habilidad del niño para realizar contactos y seguimientos oculares. De esto se deduce que, como los niños invidentes muestran una menor proporción de sonrisa y ésta tiene una calidad diferente y como el contacto ocular o no se produce o es deficiente, pueden verse afectadas negativamente las relaciones afectivas madre-hijo.

La relación emocional de los padres ante la incapacidad visual de su hijo puede influir negativa y directamente en la calidad y cantidad de las interacciones de la madre o del padre con el niño, mostrando una tendencia a la sobreprotección, generando una dependencia en el niño.

Por otro lado, la sensación de no dominar el entorno y sus interrelaciones puede provocar actitudes de inseguridad, aislamiento y degradación del auto concepto. Igualmente, pueden darse situaciones de pasividad, pues no sienten la necesidad de tomar la iniciativa. Harley y Telford

y Sawrey (1977, citados en Galindo y Flores 2001), coinciden con lo anterior, señalando que el aislamiento es un problema constante en el niño ciego y a menudo el trato que reciben, los lleva a ser dependientes y desvalidos, afectando la interacción con otros individuos y más tarde como adolescente, tiene problemas más graves de adaptación a la sociedad.

Se ha constatado que las personas con incapacidad visual tienen experiencias sociales más limitadas y reducidas, es decir, tienen menos oportunidades de poner en práctica su repertorio interpersonal. Marchesi y cols. (1996), mencionan que la propia incapacidad visual conlleva ciertas limitaciones funcionales que restringen la frecuencia de hechos y eventos sociales muy significativos para iniciar y mantener relaciones interpersonales, por ejemplo la falta de atención limita la actividad física del niño y por ello la ocasión para jugar. El juego entre niños ofrece muchas oportunidades para aprender comportamientos adaptados socialmente, ayudar, compartir.

Hay que tener en cuenta que la discapacidad visual produce determinadas actitudes sociales Castejón y cols. (2002), las agrupan en dos categorías

- a) las que presenta la persona con discapacidad visual. Estas hacen alusión a lo que ya se ha mencionado anteriormente: pasividad, una deficiente autoimagen corporal, poca capacidad para afrontar situaciones ambientales problemáticas, deficientes relaciones interpersonales, infantilismo, aislamiento, dependencia afectiva.
- b) las que muestran los videntes ante la discapacidad. En esta segunda categoría cobran especial relevancia las actitudes de los padres, las reacciones de los familiares y de los amigos, de los compañeros en la escuela y en el trabajo y las actitudes de la sociedad en general.

Por ello, Marchesi y cols. (1996), consideran inadecuado concebir a la persona con discapacidad visual como a un ser totalmente indefenso al que hay que proteger, debido a que produce en el niño ciego una elevada dependencia de sus padres con el fin de alcanzar sensaciones de seguridad, lo que a su vez, genera en aumento de las conductas de sobreprotección de

éstos. Tampoco hay que olvidar que las actitudes de los padres son el resultado de múltiples influencias del contexto en el que viven, su cultura, su nivel educativo, la sensibilidad ante la diversidad, entre otros, con particular incidencia de las actitudes hacia la integración de niños invidentes.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, la detección y evaluación de la Ceguera, es de suma importancia, ya que ésta dará la pauta para decidir la intervención o tratamiento que ayudará a la persona de la manera más óptima posible.

Existen muchos factores susceptibles también de ser utilizados en la evaluación de la función visual (tales como la motilidad ocular, la visión cromática, la sensibilidad al contraste, la visión nocturna, etc.), sin embargo para cuantificar el grado de ceguera o de deficiencia visual se utilizan, principalmente, dos variables Gómez (2002), las explica de la siguiente manera:

Agudeza visual: Es una medida del poder de resolución (o refracción) de los ojos para dirigir los rayos de luz de manera que lleguen al punto de enfoque sobre la retina y hacer ver los detalles finos a distancias variables; así como percibir la figura y la forma de los objetos, discriminando sus detalles. Para medirla se utilizan generalmente los opto tipos o paneles de letras o símbolos.

Campo visual: Se refiere al área completa que se puede ver a la vez sin desplazar la vista o mirada. Un campo visual común, incluye más área que aquello que está directamente enfrente de los ojos; abarca también las áreas de los lados, a esto se le llama vista periférica. La valoración del campo visual se realiza a través de la campimetría.

Dichos factores se han seleccionado por tratarse de aquellos aspectos del funcionamiento visual que, en mayor medida, afectan o repercuten en la capacidad de la persona para desenvolverse en la vida diaria. Esto significa que, cuando una persona alcanza determinados valores de pérdida de agudeza o campo visual, su problema visual le va a obligar a aprender ciertas técnicas y habilidades, a adaptar algunas tareas o a utilizar ayudas especiales para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, que la mayoría de las personas realiza

de manera casi automática y sin esfuerzo. Es decir, va a requerir de ayudas y servicios sociales especializados.

Instrumentos: Gafas, lentes de contacto, perro guía, bastón, el cual es el método más popular de desplazamiento, la persona puede detectar paso a paso los obstáculos, así mismo proporciona información de la textura del terreno.

Recientemente han aparecido los bastones láser, que envían tres rayos de luz, que alertan de los objetos que preceden al caminar, a nivel de la cabeza, y detectar escaleras, cuando destellos luminosos se rompen por el encuentro de un objeto, se emite sonidos lo que permite al ciego salvar obstáculos.

Gafas de sonido, envían ultrasonidos en forma de eco, cuando las ondas chocan con objetos que se encuentran en el camino, las diferencias de eco indican la distancia o cercanía de los objetos, su tamaño y textura, y el casco de sonido.

En esta enfermedad es esencial el papel del oftalmólogo, ya que tan solo él, podrá realizar el diagnóstico correcto ante los primeros síntomas y signos, y en consecuencia aplicar el mejor tratamiento para cada paciente.

Para ello, es aconsejable realizar visitas anuales al oftalmólogo, que es quien realizará sencillas pruebas visuales para la detección de los primeros síntomas de la enfermedad. Realizando visitas periódicas se pueden detectar los estados iniciales, que es el mejor momento para aplicar un tratamiento.

En caso de que el oftalmólogo detecte alguna anomalía propia, el paciente debería ser derivado a un retinólogo, que es el oftalmólogo especialista en retina, el cual realizará el diagnóstico de certeza y tratará la enfermedad de la forma más adecuada.

Así mismo se pueden impartir otras terapias como son:

Atención psicológica.- Con relación al tipo de atención psicológica que se le brinda a un niño con dificultades visuales, de primera instancia, se considera

importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la disminución o pérdida visual al momento en que se tiene contacto con el paciente, así mismo investigar el modo en que el niño enfrentó su limitación visual, en qué repercutió y cuáles fueron los procesos de adaptación que utilizó.

En caso que el contacto con el niño se establezca desde el momento en que se detecta la problemática, Santucci de Mina (2005) sugiere trabajar con la aceptación de su situación actual, en sus aspectos potenciales y limitantes, teniendo en cuenta la irreversibilidad, según sea el caso.

Así mismo, señala que es necesario abordar la respuesta familiar y social que está recibiendo el niño, generar un espacio que permita a los padres y al resto de su red social, el surgimiento de sus emociones, sin sentirse culpables por experimentarlas.

Con base en lo anterior, se puede considerar como objetivo de trabajo la reorganización de la estructuración familiar, intentando llegar a acuerdos conjuntos, equilibrando la sobreprotección y la ayuda real necesaria que se debe brindar al infante.

Terapia física.- Brindar los tratamientos adecuados para mejorar el tono muscular, coordinación, movimiento, para lograr y mejorar la marcha.

Servicios de rehabilitación funcional.- Alcanzar la independencia personal, a través del desarrollo de sus capacidades residuales que le permitan desarrollarse dentro de sus limitantes como una persona ciega o de baja visión

Terapia educativa.- Lograr la habilitación a través del desarrollo de todas sus capacidades, residuales que le permitan desarrollarse dentro de sus limitantes como una persona ciega o de baja visión. Gómez (2002), ejemplifica este tipo de terapia definiendo las necesidades que un alumno con pérdida visual requiere, mencionando que es importante brindar al niño oportunidades para que aprenda de manera experimental y fortuita; es decir, proporcionarle experiencias de primera mano en laboratorios, música, arte dramático, viajes de campo, proyectos de grupo o de pareja, deportes, etcétera.

Terapia musical.- Lograr que se adquiriera conocimiento sobre esquema corporal, temporo – espacial, socialización, logrando de esa manera alcanzar hasta donde sea posible el desenvolvimiento integral de la persona Ciegos y de Baja Visión.

Educación física adaptada.- Contribuir al desarrollo de habilidades y capacidades físicas que conlleven a obtener un nivel competitivo nacional e internacional.

Perros guía.- ellos son de gran ayuda para las personas que no pueden ver. Para realizar esta labor el perro debe tener un carácter equilibrado, y debe ser capaz de aprender con facilidad. Este tipo de perro no pueden distraerse frente a ninguna situación, debe estar capacitado para desenvolverse cómodamente en cualquier lugar donde se encuentren personas u otros animales, sin presentar signos de agresividad. Entre las razas de perros seleccionadas predominan el Labrador Retriever, el Golden Retriever y el Pastor Alemán.

1.3.9 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Elías (2005) afirma que la primera descripción clínica de un síndrome semejante al déficit de atención fue presentada en Inglaterra por George Still, en donde reconocía que el problema iba más allá de insuficiencias en la enseñanza oral y que llevaba consigo factores biológicos, probablemente de índole genético o debido a daños en el sistema nervioso central

En 1957, Laufer, Denhoff y Solomons (citado en Elías 2005) desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracterizaba por que la corteza cerebral permitía la llegada de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad de ésta para manejarlos. De esta manera, se le denominó a dicho trastorno el síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinética de la niñez entre otras.

Más tarde el CIE-10 define al desorden como un trastorno hiperquinético, en donde se observan claramente niveles anormales de inatención e hiperactividad, tanto en el hogar como en el ámbito escolar (Elías 2005).

El DSM-II utilizó la expresión “reacción hiperquinética de la infancia” para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud, la distractibilidad y lapsos cortos de atención.

Posteriormente en el DSM-IV es llamado “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” y es definido como un síndrome conductual de causa poco clara, en la que intervienen factores genéticos y ambientales. En el que existe una alteración en el sistema nervioso central, que se manifiesta mediante un aumento de la actividad, impulsividad y falta de atención (Flores 1995). Según Barragán (2007) y Flores (1995), este es un problema que afecta alrededor del 5% al 15% de la población infantil mundial.

Elías (2005), Barragán (2007) y Vaqueiro (2008) mencionan que el DSM-IV en su clasificación, define un subtipo combinado (TDAH-C) cuando se cumplen de manera conjunta los criterios para déficit de atención y para hiperactividad-impulsividad, un subtipo "con predominio en el déficit atención" (TDAH-DA) y un subtipo "hiperactivo-impulsivo" (TDAH-HI) cuando sólo se cumplen por separado los criterios completos para distractibilidad y para hiperactividad-impulsividad respectivamente.

Elías (2005) y Barragán describen dichas características de la siguiente manera. La inatención; se expresa como una dificultad en cualquier labor que requiera de atención sostenida. Esto significa dificultad para concentrarse y perseverar en tareas escolares y también en situaciones de juego.

Impulsividad:

Se manifiesta claramente en el estilo conductual del niño; en que a menudo actúa sin pensar y le cuesta anticipar las consecuencias de su conducta. Entra en conflictos con su grupo por que frecuentemente no respeta turnos en juegos o situaciones de grupo.

De igual manera, presentan dificultades para controlar las emociones sean estas positivas o negativas, por lo que la expresión de estas resultan de alta intensidad y duración dando también lugar a la manifestación de conductas

no meditadas, ya que existe una pérdida de la capacidad para inhibir la conducta, la cual puede resultar en manifestaciones inadecuadas.

Tanto por estímulos frustrantes como placenteros se dan lugar a grandes expresiones de enojo o de júbilo, mostrando conductas incontrolables de risa o llanto, rabietas y necesidades. En su trabajo escolar, tiene excesivos cambios de una actividad a otra, con dificultad para organizar su trabajo y necesidad de mayor supervisión de adultos.

Hiperactividad:

Gallardo (1991, citado en Sánchez, Cantón, y Sevilla 1997) define la hiperactividad como un modo de comportarse del niño, que incluye principalmente dos aspectos; una gran inquietud y una falta de atención excesiva. El término hiperactividad significa etimológicamente: exceso de actividad o energía, consiste en una actividad motora excesiva y desorganizada donde el niño tiene dificultad para quedarse quieto en los momentos en que debe hacerlo. Va a ser descrito como permanentemente en movimiento, “como dirigido por un motor”. A distintas edades se expresa de manera distinta.

Debe ser considerada como un desorden de interacción, es decir, la intensidad del problema o conflicto que experimentará un niño inquieto estará determinada por la situación.

Según el DSM-IV, en el TDAH deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Apreciarse 6 o más de los 18 síntomas descritos a continuación y deben haber estado presentes durante más de 6 meses.
- Algunos síntomas estarán presentes antes de los 7 años.
- Manifestarse por igual al menos en dos ámbitos (colegio y casa).
- Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional.
- Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que pudieran estar justificando la sintomatología.

Con predominio en el Déficit de Atención	Con predominio en la Hiperactividad/impulsividad
No pone atención a los detalles, comete errores frecuentes por descuido	Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado
Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos	Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado
No parece escuchar cuando se le habla	Corre, trepa... en situaciones inadecuadas
No sigue instrucciones, no termina tareas en la escuela, a pesar de entenderlos	Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto
Dificultad para organizar su material	Habla excesivamente
Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo	Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas
Pierde los útiles necesarios para hacer sus actividades (lapiceros, libros)	Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos
Se distrae con estímulos irrelevantes	Interrumpe las actividades de los demás
Olvidadizo en las actividades diarias	Está en marcha como si tuviera un motor

Tabla 2 Características del trastorno en el subtipo con Déficit de Atención y con Hiperactividad/ Impulsividad

Se considera importante hablar de la etiología de trastorno, ya que en la mayoría de los casos se desconoce la causa específica, sin embargo Vallet (1988, citado en Sánchez, Cantón, y Sevilla 1997) determina cuatro grandes áreas como posibles causas de la hiperactividad; expectativas evolutivas, disfunciones neurológicas, causas ambientales y factores psicopedagógicos.

Por su parte Flores (1995) menciona que se trata de un trastorno neurológico en el que se han propuesto factores de origen genético (es decir, heredado, no adquirido en el curso de la vida), aunque no se descarta la influencia de factores que actuarían durante la gestación, el parto o el

desarrollo infantil. El factor genético está demostrado, puesto que el TDAH es 7 veces más frecuente en hermanos y entre 11 y 18 veces más frecuente en hermanos gemelos. Se han descrito varios genes posiblemente implicados.

También se sospecha especialmente de toxinas ambientales; algunos estudios, no concluyentes, apuntan por ejemplo, a colorantes empleados por la industria alimentaria. Aunque el origen del trastorno en la actualidad no se vincula a esas causas, sí es un hecho conocido que la exposición prolongada a agentes tóxicos puede inducir síntomas que mimeticen los comúnmente atribuidos a un TDAH.

Por otra parte, García (2008) menciona que en la actualidad no existe ninguna prueba de laboratorio que permita diagnosticar el TDAH, si bien se sabe que existe una estrecha relación entre el trastorno y una alteración en el gen encargado de producir los receptores del neurotransmisor dopamina, entre otros. También se ha comprobado que los circuitos y grupos de neuronas que controlan la atención, la memoria de trabajo y la inhibición de las respuestas son más pequeños y menos activos en niños con TDAH.

Conocer las características evolutivas del TDAH permite una mejor detección sea cual sea la edad, es un trastorno que se manifiesta desde el nacimiento y hasta los tres años se caracteriza por mucha actividad.

Sin embargo, como menciona Elías (2005) la elaboración del diagnóstico es compleja, por lo que debe ser realizado conjuntamente por un neuropediatra o paidopsiquiatra y un psicólogo clínico o neuropsicólogo, mediante las entrevistas con el profesorado, la familia y el propio niño, y con la aportación de los informes (test) elaborados por cada una de las partes implicadas.

Las escalas de evaluación de la conducta, contestadas por los padres, profesores y otros cuidadores del niño. Proporcionarán información acerca de la gravedad del trastorno, de la presencia e importancia de otros trastornos psiquiátricos o de diversos problemas de comportamiento, y podrán ser de ayuda a la hora de valorar la eficacia de los tratamientos aplicados. Pero dichas escalas son complementarias, por lo que no pueden determinar un diagnóstico

por si solas. Dada la evidencia de la importante carga genética del TDAH, es conveniente realizar una historia médica detallada tanto personal como familiar.

La evaluación médica debe incluir una historia completa y un examen físico básico. La historia debe incluir el uso de fármacos prescritos y el uso de drogas. Deben descartarse déficits visuales y auditivos. Las pruebas de función tiroidea están indicadas sólo en presencia de hallazgos sugestivos de hipo o hipertiroidismo en la historia médica o en el examen físico, bocio, historia familiar de enfermedades tiroideas o retardo del crecimiento.

Por último, debe tenerse en cuenta que hay un gran número de trastornos en la infancia que pueden presentar síntomas similares a los del TDAH y cuyo diagnóstico debe descartarse en el proceso de evaluación del mismo. Entre estos se incluyen los trastornos del aprendizaje, de conducta, de ansiedad y afectivos como depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno negativista desafiante, entre otros (Elías 2005 y Barragán 2007).

Según Sánchez, y cols. (1997), una vez que se realizó el diagnóstico, se puede intervenir el trastorno por medio del tratamiento farmacológico, con terapia conductual y terapia cognitivo-conductual.

Tratamiento conductual

La presencia de conductas de actividad motora excesiva y distracción, propias del niño con TDAH, aún cuando no sean intensas, van a perturbar su atención, dificultando la adecuada asimilación de conocimientos. Por lo cual un programa para el desarrollo de estrategias de atención deberá considerar también el control y la modificación de determinadas conductas.

Dentro de las técnicas conductuales se tiene:

Base operante: que consisten en la modificación de determinadas conductas mediante el establecimiento de un programa de refuerzos en que se le indique al niño la razón y forma de conseguirlos. La cual se da de manera contingente a la emisión de la conducta deseada, estos niños responden positivamente cuando las normas que se establecen son claras, explícitas y consecuentes.

Lo básico consiste en la sustitución de reforzadores materiales tales como premios, comida o dinero por reforzadores sociales como las alabanzas y felicitaciones.

Miranda y Santamaría (1986, citado en Sánchez y cols. 1997) señalan que además del cambio de comportamiento, el niño aumenta los sentimientos de dignidad pues recibe la aprobación social y se siente responsable del aumento de su autocontrol. Algunas técnicas conductuales para tal fin son:

Programa de economía de fichas: La gran mayoría de niños con TDAH no parecen estar tan motivados hacia sus tareas escolares, sobre todo por las constantes exigencias que reciben, como para realizarlos sin lograr algún tipo de consecuencia externa positiva, por lo que la economía de fichas constituye un programa idóneo.

Esta técnica consiste en la administración de fichas cada vez que el niño emite una conducta deseada, como la obediencia al profesor o el estar quieto en su silla por una mayor cantidad de tiempo, el no molestar al compañero, las fichas serán cambiadas por una serie de privilegios que sean significativos para el alumno tanto en casa como en clase. Luego de algunas semanas se evalúa la eficacia del programa.

Contrato de contingencia: Es una técnica útil en el tratamiento de niños con TDAH cuya edad supere los seis años. El método establece una negociación o contrato en el que se determina concretamente que es lo que se le pide al niño, y cuales serán las consecuencias derivadas de su cumplimiento o incumplimiento. Se debe partir de metas realistas, es decir, de comportamientos simples que el niño pueda realizar, para pasar posteriormente a negociar contratos más complicados. Se debe tener en cuenta que los reforzadores deben ser negociados por el propio niño y cambiarse con frecuencia por otros para no producir saciación.

Costo de respuestas: Consiste en la administración de cierta cantidad de fichas significativas para el niño, al comienzo de cada sesión de tratamiento, las cuales se retirarán una a una cuando el niño transgreda las normas que se establecieron al iniciar la sesión, para lo cual se le instruye previamente, al

final, las fichas podrán canjearse por premios. Con esta técnica se busca que el niño aprenda nuevas habilidades en la sesión de terapia, que se pueden dar manipulando el contenido de las tareas a realizar y las normas establecidas.

Tiempo fuera: Es un procedimiento mediante el cual se retira el acceso a las fuentes de reforzamiento durante un periodo determinado contingente a la emisión de la respuesta. Esta técnica se utiliza cuando se conoce cuales son los refuerzos que mantienen una conducta, pero no se pueden controlar dichas fuentes de entrega de reforzadores. Por ejemplo, si el niño golpea a sus compañeros porque no lo atienden, se envía al niño por algunos minutos al rincón del aula, donde no encuentre reforzadores positivos para su conducta.

Los lugares más utilizados en casa son el cuarto del baño, el lavadero, un rincón de la habitación no resulta conveniente pues no se eliminan totalmente los reforzadores positivos existentes en ese lugar. Una vez que haya pasado el tiempo establecido, el niño puede volver a sus actividades. Esta técnica se utiliza cuando la conducta del niño no puede ignorarse.

Sobre corrección: Este procedimiento consiste en remediar en exceso las consecuencias negativas de la conducta des adaptativa, por ejemplo, el niño que ensucia limpiará, además de lo que ha ensuciado algo extra.

Extinción: Consiste en la no-aplicación de ningún reforzador o no prestar atención al niño cuando la conducta inadecuada es emitida. Dado que todo comportamiento se mantiene cuando se refuerza, se debe ignorar al niño, esto incluye, retirarse cuando el niño esta fuera de control y no murmurar o criticar con otros la conducta del niño en presencia del mismo.

Tratamiento cognitivo conductual.

Kirby y Grimley (1992, citado en Sánchez y cols. 1997) indican que el lenguaje o habla interna desempeña una función esencial en la comprensión de los mecanismos que rigen la atención por los que los niños con trastornos por déficit de atención se pueden beneficiar del uso del lenguaje interno como medio para aumentar la concentración y reducir la impulsividad.

Se realizó un estudio sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en una muestra española de 32 niños con TDAH con o sin manifestaciones de agresividad asociada, estos niños siguieron un programa de entrenamiento en auto instrucción, solución de problemas y control de la ira que incluyó también refuerzo positivo y técnicas de costo de respuestas. Los resultados señalaron que los niños con TDAH que siguieron esta terapia mostraron mejoras significativas en las valoraciones que padres y profesores hicieron de su funcionamiento conductual, no obstante estos cambios positivos fueron superiores en el grupo sin agresividad.

Las tareas utilizadas varían desde habilidades sensorio motrices simples a habilidades complejas de solución de problemas. Se emplean tareas de copias de modelos y coloreados de figuras para pasar luego a tareas que requieren de un pensamiento conceptual para su resolución (Miranda y Santamaría, 1986)

El entrenamiento en auto instrucciones verbales pasa por las siguientes fases:

1.- Un modelo adulto que ejecuta una determinada tarea dándose las instrucciones en voz alta (modelado cognitivo). Las verbalizaciones se refieren a elementos importantes para desempeñar la tarea, como la definición del problema, la planificación de una estrategia general de ejecución, la focalización de la atención en las pautas que guían la ejecución, darse auto refuerzos y autoevaluarse a fin de corregir los errores cometidos en voz alta.

2.- El niño realiza la misma tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo (guía externa).

3.- El niño ejecuta la tarea dándose instrucciones en voz alta.

4.- El niño realiza el trabajo susurrando las instrucciones.

5.- El niño trabaja guiándose por su lenguaje interno.

6.- Es importante que el terapeuta cometa deliberadamente errores, para luego exponer en voz alta cuales serán los procedimientos que seguirá a fin de corregirlos. Así mismo llegará un momento en que el terapeuta y el niño se den

alternativamente uno al otro las instrucciones explícitas para la ejecución de la tarea.

7.- Las habilidades y estrategias que el niño aprende en el entrenamiento se deben poner en práctica en el juego, casa y escuela, la generalización de estrategias fuera de las sesiones terapéuticas se favorece implicando a los padres del niño y a su profesor como co-terapeutas, para que actúen como modelos a imitar.

Vigilancia Cognoscitiva

Es un procedimiento eficaz en niños con déficit de atención, que permite trabajar la conciencia de atención del niño. Con este método se le enseña al niño a responder al sonido de una campana que es emitida a intervalos regulares de tiempo. El sonido de la campana es para recordarle al niño que es necesario que razone a fin de resolver bien la tarea. El niño trabaja en una tarea asignada hasta que suena la campana, entonces anotará en una hoja de respuestas si estaba o no atento a la tarea al escuchar el sonido.

Una vez que el niño aumenta la conciencia de la atención se prolonga el intervalo de tiempo lo que implica un periodo más largo de atención sostenida sin la función recordatoria que cumple el sonido de la campana.

Intervención psicopedagógica

Sánchez y cols. (1997) y Elías (2005) mencionan que la escolaridad es una de las actividades que se deben programar oportunamente en niños con dificultades atencionales e hiperactividad, por lo que el profesor del aula deberá conocer el problema del niño para asumir una actitud favorable y comprensiva hacia éste e integrarse así al equipo terapéutico multidisciplinario, apartándose de la función tradicional directiva e instruccional que limita el aprendizaje de los niños. Este tipo de intervención favorece el diseño de estrategias que ayuden a estructurar su aprendizaje.

Intervención farmacológica

Sánchez, y cols. (1997), Elías (2005) y Barragán (2007) mencionan que por lo común se utiliza el metilfenidato, (una anfetamina) la tioridacida (un

antipsicótico) y el ácido valpróico (un anticonvulsivo). El manejo psicológico o pedagógico por si solo es ineficaz, y si el niño no mejora con la medicación debe cuestionarse el diagnóstico.

Para dicho tratamiento, y como es de suponerse, los especialistas que trabajan con un niño con TDAH son:

Neuropsiquiatras: Comúnmente son los que realizan el diagnóstico. Y proporcionan la medicación en caso de ser necesaria así como el seguimiento de la misma.

Neuropsicólogos: Son los expertos en el diagnóstico y tratamiento del funcionamiento de la atención y la memoria, que junto con los Neuropsiquiatras realizan el diagnóstico del TDAH.

Logopeda: Intervienen ayudando con los problemas específicos del habla o escritura que manifiestan los pacientes con TDAH.

Psicólogo: Familiarizados con el TDAH, pueden tratar los problemas emocionales, de comportamiento y de aprendizaje, así como ofrecer ayuda a los padres para que comprendan y conozcan el trastorno, aprendan a potenciar los puntos fuertes del niño y que deben ignorar, como mejorar su autoestima, etc.

1.3.10 Problemas Específicos de aprendizaje

Myers (1999) menciona que la definición que brinda el National Advisory Committee on Handicapped Children, es probablemente la que más se usa hoy al referirse a los alumnos que requieren de los servicios especiales en caso de dificultades en el aprendizaje, lo mismo que cuando se solicita alguna subvención para investigación o preparación de maestros:

“Los niños con dificultades especiales en el aprendizaje muestran alguna perturbación en uno o más de los procesos psicológicos fundamentales, relacionados con el entendimiento empleo del lenguaje, sea hablado o escrito. Esas alteraciones pueden aparecer como anomalías al escuchar, pensar, hablar, leer escribir, deletrear o en aritmética. Se trata de condiciones que se

han definido como impedimentos de tipo perceptual, lesiones cerebrales, disfunción cerebral mínima, dislexia, afasia evolutiva etc. Sin embargo, no se trata de problemas de aprendizaje debidos más que nada a impedimentos visuales, auditivos o motores, retraso mental, perturbación emotiva o desventajas ambientales” (Myers 1999 p.228)

Sin embargo, es muy difícil cuando se quiere determinar si un niño tiene dificultades específicas en el aprendizaje, ya que no existen reglas ni fórmulas rígidas y generales que se pueden seguir. Sin embargo en lo que se refiere a la lectura, los niños de los tres primeros grados que lean al nivel de un año o año y medio más atrás de lo que cabría esperar, se puede considerar como aspirantes a la enseñanza especial. A pesar de todo, las bajas calificaciones y el hecho de que un niño salga mal en los exámenes no son suficientes para indicar que existan dificultades específicas en el aprendizaje. Para satisfacer la definición de trastorno en el aprendizaje, el nivel de rendimiento observado en un niño, ha de ser inesperadamente bajo, si se compara con su capacidad mental, con las características de rendimiento de sus condiscípulos y con el desempeño en otras áreas cognitivas, lingüísticas o escolares en general.

Con respecto a las posibles causas, las dificultades específicas en el aprendizaje se consideran como síntomas de condiciones internas que existen en el niño, como puede ser un funcionamiento neurológico subóptimo o alguna programación inadecuada en el tejido nervioso, aunque esencialmente sea normal. En los niños que manifiestan problemas en la percepción auditiva o visual es difícil, determinar con confianza si la etiología del trastorno observado tiene un origen esencialmente orgánico o ambiental.

Si el origen es orgánico, las dificultades específicas en el aprendizaje son causadas primordialmente por alguna alteración en el sistema nervioso central. Este sistema se compone del cerebro y de la medula espinal y sirve como conmutador, como regulando los impulsos entrantes y salientes e interconectando las asociaciones neuronales. Puesto que ese sistema opera como un procesador de información, cualquier desempeño inferior en sus procesos puede inhibir o retardar seriamente la capacidad que un niño tenga para aprender o responder.

Cuando el origen es ambiental, se evalúan los historiales de los casos, se entrevista a padres y maestros y se califica la personalidad del niño mediante técnicas proyectivas. El propósito de este proceder es definir los factores que puedan haber inhibido el desarrollo o interrumpido la función de las capacidades receptivas, asociativas o expresivas necesarias para una labor escolar aceptable. Dos de los factores ambientales que, influyen adversamente en la capacidad del niño para aprender, son falta de experiencia temprana y desajuste emocional. Por otra parte, las características que se observan en niños que tienen dificultades específicas en el aprendizaje se pueden dividir de manera arbitraria al menos en seis categorías, entre las que se incluyen los siguientes trastornos:

- **Actividad motora:** se suelen citar cuatro perturbaciones de la actividad motora hiperactividad, hipoactividad, falta de coordinación y perseverancia, estos trastornos de la actividad motora generalmente agravan las dificultades en el aprendizaje, pero rara vez causan inconvenientes en el aprendizaje académico.
- **Emotividad:** la probabilidad de que un niño desarrolle labilidad emocional aumenta al parecer cuando hay disfunción cerebral. Garrison y Force (1965, citados en Myers 1999) opinan que cuando un niño ha sufrido privación en sus necesidades psicológicas, por ejemplo por hospitalización o aislamiento en alguna institución, puede sufrir daño en el desarrollo de su personalidad y manifestar alguna patología orgánica.
- **Percepción:** Myklebust (1964, citado en Myers 1999) define a las perturbaciones perceptuales como la incapacidad de identificar, discriminar e interpretar las sensaciones., sin embargo la percepción se refiere específicamente a aquellas operaciones cerebrales que exigen la interpretación y organización de los elementos físicos de los estímulos, mas no los aspectos simbólicos.
- **Simbolización:** es una de las formas superiores de la actividad mental y tiene que ver con el razonamiento concreto y abstracto. A ese nivel de operación, el cerebro integra la percepción y la memoria, así como otras asociaciones, generando procesos o cadenas de pensamiento que logran superar mucho

los límites de determinado estímulo. La actividad simbólica receptiva se puede dividir en cuatro subfunciones; receptivo-auditivo, receptivo-visual, expresivo-visual, expresivo-motora.

- **Atención:** hay niños que son incapaces de apartar los estímulos extraños y superfluos; es decir, se sienten atraídos a todo estímulo independiente de su empeño en la tarea que llevan a cabo. Por otra parte algunas veces el maestro se encuentra con que hay un niño en la clase que manifiesta fijaciones anormales de la atención en detalles triviales, mientras que pasa por alto los aspectos esenciales.
- **Memoria.** Entre los trastornos de la memoria están las dificultades de asimilar, almacenar y recuperar la información y quizá tengan que ver con los procesos visuales, auditivos y otros aplicados en el aprendizaje.

Estas conductas se vinculan tanto con disfunción cerebral como con factores ambientales y según se informa, son características de niños provenientes de diversos grupos etiológicos tales como parálisis cerebrales, retrasados mentales, perturbadores emocionales, convulsivos con disfunción cerebral o con trastornos en el aprendizaje. Todas esas características aumentan la gravedad de los problemas de aprendizaje que tiene el niño en la escuela.

1.3.11 Sobredotados

Según la ley de los niños superdotados de 1978, estos son los que poseen capacidades demostradas o potenciales que implican un alto nivel de desempeño en tareas cognitivas, en problemas que requieren una solución creativa y en áreas escolares, y que por ello requieren servicios y actividades diferentes a las que la escuela suele proporcionar.

Las áreas en la que los niños pueden demostrar una habilidad superior cubren casi todos los aspectos de la actividad humana; las capacidades intelectuales y académicas son solo dos áreas más entre todas ellas. La capacidad intelectual superior se refiere a un nivel de ejecución elevado en los test de inteligencia; los niños que la poseen obtienen normalmente altas

puntuaciones en los test de CI. Los niños con aptitudes académicas específicas muestran una capacidad notable en una o dos áreas.

En un estudio reciente llamado National Excellence: A Case for Developing America's Talent (La Excelencia Nacional: Las Razones para Desarrollar el Talento en los EUA), el Departamento de Educación (1993) propuso una definición de los alumnos superdotados basada en las nuevas investigaciones sobre los procesos cognitivos y su evaluación "que refleja los conocimientos y el pensamiento actual sobre ese tema".

"Los niños y los adolescentes superdotados muestran respuestas notablemente elevadas, o el potencial necesario para alcanzarlas. Comparados con los demás individuos de su misma edad, experiencia o entorno. Poseen altos niveles de capacidad en las áreas cognitivas, creativas y/o artísticas, demuestran una capacidad excepcional de liderazgo o destacan en asignaturas académicas específicas. Estos alumnos necesitan servicios y actividades que la escuela ordinaria no suele ofrecer. Las capacidades superiores se dan en los niños adolescentes de todos los grupos culturales en todos los estratos sociales y en todos los campos de la actividad humana".

Feldhusend (1992, citado en Pérez 2003) concluye que no existe justificación psicológica, genética o neurológica para la existencia de la categoría diagnóstica independiente de niños superdotados. El propio término implica una transmisión hereditaria, pues este es el único modo de dotar con cualidades a un niño.

Una definición que se ajusta al nuevo paradigma es la de Piirto (1994) que define a los individuos superdotados como:

"Los que por medio del aprendizaje de características superiores de memoria, de poder de observación, de curiosidad y de creatividad y por su capacidad para aprender los contenidos escolares rápida y correctamente con un mínimo de instrucción y repetición, tienen derecho a una educación especial y adecuada para sus características. Estos niños se detectan pronto y deben recibir servicios educativos a lo largo de toda su escolarización desde la educación infantil hasta la universidad. Pueden llegar a ser o no productores de

conocimientos e innovaciones pero deben de disfrutar de una educación que les proporcione las bases para convertirse en adultos productores de conocimientos o de innovaciones artísticas y sociales”.

Piirto piensa que la educación de los niños superdotados consiste en desarrollar sus capacidades en campos específicos (Pérez, 2003). También menciona que físicamente no se diferencian de los de la misma edad, las capacidades superiores son un complejo que abarca una gran variedad de capacidades y características, algunos alumnos tienen talentos especiales, pueden no desarrollarlos en las asignaturas curriculares, pero poseen capacidades especiales, como la música, la danza, las artes plásticas y la capacidad de liderazgo. Otros tienen capacidades intelectuales que sólo se manifiestan en uno de cada 1000 o 10000 niños.

Por su parte Silverman (1995, citado en Pérez 1992) identifica las siguientes características de los niños con capacidades superiores o cuyas puntuaciones de CI son al menos de tres desviaciones típicas por encima de la media ($CI > 145$), de igual manera Arroyo, Martorell y Tarragó (2006) complementan dichas características:

- Intensa curiosidad intelectual; muestran un gran interés expectación por conocer la respuesta a cuestiones que muchas veces no son propias de su edad y pasan inadvertidas a la mayoría de la población.
- Fascinación por las palabras y las ideas; el niño superdotado cuenta con un amplio y rico vocabulario que le permite expresarse y matizar sus pensamientos. Dispone de un elevado potencial de comprensión verbal y es capaz de atender una gran variedad de conocimientos.
- Perfeccionismo; cuando realizan una tarea, especialmente si está dentro de alguno de sus campos de interés, acostumbran plantearse objetivos demasiado elevados, que difícilmente podrán alcanzar si no es con ayuda.
- Aprendizaje con grandes saltos intuitivos; muestran gran habilidad para establecer relaciones más allá de los hechos observados, para conectar entre si áreas de conocimiento que en principio pueden parecer que no

están relacionados, de manera que su nivel de profundización en determinados temas va más allá de lo que se considera habitual.

- Intensa necesidad de estímulos intelectuales; al ser niños muy creativos, constantemente están inventando nuevos juegos, de los que suelen disfrutar sus compañeros y eso les permite influir en ellos, ser respetados y populares.
- Dificultad para adaptarse al pensamiento de los demás; prefieren el trabajo en solitario abordar las tareas de manera individual más que en grupo, son muy independientes. Esta característica se acentúa todavía más si no pueden liderar su grupo de trabajo y desarrollar mejor su potencial.
- Preocupaciones morales y existenciales precoces; los niños superdotados suelen estar preocupados por los conceptos abstractos del bien del mal, de lo correcto e incorrecto y de la justicia e injusticia.
- Tendencia a la introversión; por sus características intelectuales y su elevado potencial creativo, muchas veces el niño tiene la sensación de no poder compartir sus intereses con los demás, situación que lo lleva a alejarse de las personas que le rodean.

Las notables cualidades verbales de algunos alumnos pueden llevarlos a escabullirse de situaciones desagradables por medio de la conversación o a dominar las clases. La curiosidad puede hacerles parecer agresivos o entrometidos cuando inquieran sobre cualquier cosa que les llama la atención.

Algunos autores opinan que la creatividad es una característica importante en los niños superdotados, pues mencionan que ésta es la base de la definición de las capacidades superiores.

Como se explicó inicialmente los niños superdotados poseen una capacidad intelectual superior a la mayoría de las personas, demuestran una gran flexibilidad para trabajar con contenidos mentales muy diversos, tienen rasgos personales específicos y, además, disponen de un potencial creativo muy elevado. Sin embargo, surge una interrogante, sobre la creencia de ver a los niños superdotados como buenos en “todo” o sólo en algunas áreas.

Sobre este planteamiento algunos autores comparten la opinión de que los niños superdotados muestran una capacidad superior en todos los ámbitos que componen la inteligencia a diferencia de los niños con talento o precocidad intelectual. Arroyo y cols. (2006), Santucci de Mina (2005), Castejón y cols. (2002) y Lou y López (1999), distinguen a parte de la superdotación, otros tipos de aptitud excepcional: la precocidad, el talento, el prodigio y la genialidad, definiéndolos de la siguiente manera.

- Precocidad. Es un fenómeno paralelo, evolutivo superior que no se puede justificar por una configuración cognitiva excepcional hasta que no se consolide completamente el desarrollo y esencialmente independiente de la superdotación y del talento. Un niño intelectualmente precoz es aquél que se desarrolla a un ritmo más rápido que el resto de sus compañeros y que activa sus recursos mentales antes que ellos. Lo que caracteriza a estos niños es que aprenden a hablar antes, se interesan por las letras y los números antes y leen y escriben antes, su evolución intelectual es más veloz. Cuando una persona domina un conocimiento o una destreza a una edad más temprana de lo habitual, es cuando se le denomina precoz. Cabe destacar que la mayoría de las personas con superdotación son precoces, principalmente a nivel del desarrollo psicomotor y del lenguaje.
- Talento. El departamento de Educación de los Estados Unidos de América (USOE) definió seis áreas de talento: habilidad intelectual general, pensamiento creativo, aptitud académica específica, habilidad en el liderazgo, habilidad en las artes visuales o representativas y habilidades psicomotrices. El talento tiene un referente cuantitativo y manifiesta una capacidad de rendimiento superior en cualquiera de los ámbitos socialmente estimados como valiosos. Esencialmente, el talento es una aptitud destacada en algún ámbito concreto, responde a la especificidad; el niño talentoso muestra un elevado rendimiento o destreza en las áreas anteriormente mencionadas, habilidad o conducta específica. Las personas con superdotación poseen uno o varios talentos añadidos.
- Prodigio. El niño prodigio es aquel que realiza, domina una actividad en un área específica comúnmente inalcanzable para las personas de su edad.

Dicha actividad llama la atención en un campo determinado que hace competencia con los niveles de rendimiento de un adulto.

- Genio. Se utiliza para denominar a las personas u obras que no sólo son expertas y creativas sino que además asumen una trascendencia universal o casi universal, Gardner (1993, citado en Castejón y cols. 2002). Configura a la cultura humana, en consecuencia, después de él no se puede volver a pensar, sentir y actuar de la misma manera, ya que transforma la cultura, el sistema de pensamiento.

Retomando las opiniones expuestas de algunos autores, se puede decir que si bien es cierto, existen personas con facilidad de adquirir conocimientos más rápido que los demás, personas con capacidad para desenvolverse con éxito en un área específica, personas que gozan de un potencial elevado para realizar una tarea definida y los superdotados que son aquellas personas que disponen de una gran habilidad para desarrollarse en todas las áreas que comprenden la inteligencia humana, acompañado de una alta capacidad para las tareas creativas y un pensamiento capaz de combinar estos aspectos con un resultado innovador y diferente.

Y como respuesta a la interrogante antes planteada sobre la idea de considerar a los niños superdotados como buenos para “todo”, es un tanto adecuada si se toma en cuenta que estos niños requieren de un programa educativo diferenciado y unas atenciones distintas a las normalmente facilitadas por los programas de la escuela ordinaria, a fin de aportar su contribución para ellos mismos y para la sociedad.

1.4 Áreas de intervención en Educación Especial

El Centro de Información, y Capacitación para Padres de Oregón (2008), publicó un artículo donde se menciona que la intervención Temprana en Educación Especial, está compuesta por servicios que ayudan a los niños que tienen o están en riesgo de un retraso de desarrollo, discapacidad o necesidades especiales que afectan su desarrollo. Estas discapacidades podrían ser el efecto de condiciones tales como la visión, pérdida auditiva,

impedimentos motrices o autismo; o quizás puedan ser asociadas con factores de riesgo tales como el ser prematuro o el bajo peso.

Sin importar la causa, los servicios de intervención temprana están disponibles para ayudarles a los niños que experimentan retraso de desarrollo en una o más de las siguientes áreas:

- Físico, incluyendo visión o auditivo (tales como el alcanzar, gatear y caminar)
- Cognoscitivo (tal como el pensamiento, aprender a solucionar problemas)
- Comunicación (tal como, el hablar, escuchar, entender)
- Social/emocional (tal como, el jugar ser feliz y llevarse bien con otros) o
- Adaptivo (tal como., comer, vestirse) (Ossa, 2006).

Macotella y Romay (2007) y Sánchez y cols. (1997) mencionan que las áreas en las que se puede intervenir en la E.E. son:

- *Área básica*: consiste en determinar si el niño posee repertorios básicos de conductas indispensables para establecer otras habilidades. El niño que carece de dichas habilidades incluidas en esta área requiere de ser adiestrado en ellas antes de poder beneficiarse de la enseñanza en general y de la enseñanza escolarizada en particular.
- *Autocuidado*: La importancia de que el niño sea autosuficiente en sus necesidades personales es evidente. El niño que requiere de que se le alimente, se le asee o se le vista demanda de tiempo y esfuerzo considerable por parte de quienes están a cargo de él. Esto además le resta oportunidad de adquirir otras habilidades y limita sus posibilidades de convivencia con otros. Por lo tanto, el área de Auto cuidado evalúa aquellas destrezas que le permiten al niño satisfacer, de manera independiente las necesidades básicas de la vida diaria tales como asearse vestirse, desvestirse y alimentarse.
- *Socialización*: la relación del niño con otras personas es determinante para lograr su adaptación del medio en el que se desenvuelve. Los niños de inteligencia limitada son candidatos a manifestar una gran variedad de problemas sociales y emocionales. Las oportunidades de experiencia para los niños con retardo son limitadas de ahí que sea indispensable que el

- niño aprenda conductas socialmente aceptables que le brinden mayores oportunidades de relación y adaptación. Por lo tanto el área de socialización permite determinar que capacidad posee el niño para relacionarse con personas y materiales de manera adecuada en situaciones diversas.
- *Motricidad*: Pocas formas de conducta humana no involucran algún tipo de movimiento. La persona que no posee destrezas motrices tiene dificultades para participar en programas educacionales. De acuerdo con Fallen y McGovern (1978, citado en Macotela y Romay 2007), la mayoría de los intentos por organizar las habilidades motrices producen tres clasificaciones: a) motricidad gruesa, que involucra contracciones y uso de los músculos del cuello, tronco, brazos y piernas; b) motricidad fina que está relacionada con movimientos mas precisos en los cuales participan músculos de los labios, lengua, ojos, manos y pies: y c) destrezas viso motrices que se refieren a tareas que requieren de la coordinación ojo mano. Por lo que el objetivo del área consiste en determinar si el niño posee las destrezas necesarias para realizar actividades que involucren partes específicas del cuerpo.
 - *Orientación sexual*: Rivera (2007) menciona que de acuerdo con Diann Baxley y Anna Zendell (2005) en su manual “Sexuality education for children and adolescents with developmental disabilities: an instructional manual for parents or caregivers of and individuals with developmental disabilities” (Educación de la sexualidad para los niños y los adolescentes con inhabilidades de desarrollo: un manual del instruccional para los padres o encargados de los individuos con inhabilidades de desarrollo), la educación sexual para niños, niñas y jóvenes con algún tipo de discapacidad debe centrarse en los siguientes tópicos:
 - Reconocimiento de las partes de su cuerpo, utilizando el nombre correcto de cada una de esas partes.
 - Comprensión de la diferencia entre hombres y mujeres
 - Comprensión y expresión de sus cambios emocionales
 - Comprensión e importancia de la higiene personal
 - Autoestima
 - Autocontrol

- Derechos de sí mismo y de los demás
- Nacimiento de un bebé
- Abuso físico y sexual
- Infecciones de transmisión sexual

Al educar en sexualidad a esta población debemos tener presente que cada individuo(a) es diferente, por lo que puede requerir de algunas adaptaciones a la hora de que se le presentará información. Por ejemplo una persona con discapacidad intelectual puede necesitar que el tema se le presente la manera más simple, concreta y clara posible, tomando en cuenta los conceptos básicos. También es importante enseñarle cuáles serán las actividades y conductas que se pueden realizar en los ambientes públicos y privados.

Un niño o niña con discapacidad visual es capaz de comprender los temas relacionados con la sexualidad, sin embargo, va a requerir materiales muy concretos que le permitan conocer por medio del tacto o del braille cada una de las partes de su cuerpo, o la manera de relacionarse con sus compañeros y compañeras.

Al educar en sexualidad se debe utilizar un lenguaje claro que favorezca la comunicación, de manera tal que los temas sean tratados con naturalidad, construyendo espacios agradables para que tanto los padres, madres, encargados, profesionales y las personas con discapacidad puedan sentirse a gusto, respetados y valorados en este proceso educativo.

- *Orientación Vocacional:* Muchos educadores especiales han adoptado las metas generales de la orientación vocacional y algunas de ellas han sido componentes de los programas de educación especial por varios años. El principal énfasis es el de preparar a los estudiantes con discapacidad para el trabajo. Las actividades de orientación incluyen 1) valoración física y psicológica del individuo con discapacidad 2) promoción de habilidades para relaciones humanas y actitudes 3) desarrollo de hábitos y destrezas para la vida diaria 4) promoción de actividades de tiempo libre y 5) otorgar información ocupacional desde los primeros años de escuela hasta la vida adulta.

- *Educación Laboral*: los programas de orientación laboral u ocupacional, incluyen datos acerca de los roles ocupacionales, del vocabulario ocupacional y de reseñas básicas de las realidades del mundo laboral. Esta información es importante para que los individuos con discapacidad aprenda como debe de comportarse en diferentes medios laborales.

1.4.1 Papel del psicólogo en Educación Especial

Peña, Reyes, Peña, Vallaroel y Alvial, (1981) y Soto (2000) refieren que la psicología, en nuestro país, se vincula a la educación especial a mediados del siglo XX con la creación de un organismo integrador de los diversos problemas y alteraciones que afectaban a los escolares, llegándose a la conclusión de que no es posible solucionar tales dificultades sin criterios multiprofesionales. Por ello se fomenta la participación de médicos, psicólogos, asistentes sociales, kinesiólogos, fonoaudiólogos y profesores especialistas (Ossa 2006).

La incorporación de la psicología a la educación especial comenzó como un intento de comprender la influencia de las dificultades individuales y de desarrollo de las personas discapacitadas, con el fin de buscar líneas de tratamiento y estrategias de educabilidad que les permitieran alcanzar una adecuada formación.

En la actualidad, la importancia de la multiprofesionalización de la atención es fundamental, dado que la globalidad de la personalidad del niño o del joven deficiente o inadaptado ya no es una realidad teórica, sino que opera de forma práctica y experiencial. Esta globalidad exige, a la vez, una globalidad en la intervención que logre dar una mirada holística y no particular sobre las características de la persona, evitando centrarse sólo en la deficiencia.

Lo anterior implica pensar el rol del psicólogo en educación a partir de un campo de acción centrado en los alumnos y su relación con los profesores, en cómo se desarrolla el proceso de aprendizaje, en las necesidades de adaptación de los estudiantes frente al establecimiento, etcétera. No sólo hay que pensar en las necesidades de los alumnos en cuanto individuos, sino que hay que centrarse en las interacciones que generan en su contexto educativo.

Silva (2004), define las principales funciones del psicólogo en dicho contexto.

- Colaborar con los tutores en su acción tutorial mediante el análisis y la valoración de los modelos propuestos para llevar a cabo en el aula, al igual que en aquellos elementos de apoyo para realizar actividades docentes de refuerzo, recuperación y adaptación.
- Asesorar al profesorado en el tratamiento flexible de la diversidad presente en las aulas de educación infantil, teniendo en cuenta las aptitudes, intereses y motivaciones de cada alumno.
- Colaborar con el profesorado en el diseño de los procedimientos de evaluación de sus alumnos, ayudándoles a determinar las dificultades de aprendizaje que presentan y la metodología a seguir más adecuada.
- Colaborar en la prevención y detección de cualquier dificultad o problema educativo que pueda presentar el niño, realizar las correspondientes evaluaciones y determinar la posible intervención.
- Colaborará con los profesores de apoyo y los profesores orientadores en el seguimiento de aquellos alumnos con necesidades educativas especiales, orientándolos en la toma de decisiones acerca del diseño de la respuesta educativa más ajustada a la diversidad del aula.
- Favorecer las relaciones entre escuela y las familias de los niños, orientando a la familia en la actitud que deben tomar con sus hijos.
- Colaborar con los tutores y el profesorado en el apoyo y seguimiento de aquellos alumnos con necesidades educativas especiales.
- Favorecer el desarrollo de programas formativos para los padres de los niños.

Si bien hasta el momento la labor de los psicólogos en educación especial se remitía a cubrir los requerimientos de información (diagnóstico) de las necesidades individuales y al tratamiento de las dificultades de la persona con sus pares o su núcleo familiar, las modificaciones que ha generado el

proceso de reforma educacional lleva a replantearse este rol, desde una mirada tradicional centrada en las tareas clínicas, a una centrada en la perspectiva sistémica y constructivista (como modelo ideal de la reforma).

Según Banz (2002, citado en Ossa, 2006), la labor de la psicología en educación debe pasar por un cambio de visión en la definición del trabajo psicológico, lo que implica transitar de lo individual a lo sistémico, de lo remedial a lo preventivo, del trabajo aislado al trabajo en equipo y desde el foco en lo psicológico al foco en lo psicoeducativo.

Tomando en cuenta lo anterior, se considera importante que el psicólogo interesado en el área de la educación especial tenga ciertas características, aptitudes, por ejemplo: equilibrio emocional, flexibilidad suficiente para adaptarse a cada circunstancia, ser un buen observador para registrar todo lo que acontece en una situación, estar abierto a nuevos conocimientos a través de una permanente investigación y ser un facilitador de medios y recursos para que el niño alcance su pleno desarrollo.

Un aspecto importante a tener en cuenta, como menciona Santucci de Mina (2005) es que el profesional psicólogo para alcanzar mayores beneficios no debe trabajar solo, sino que debe formar parte de equipos interdisciplinarios donde pueda enriquecerse y aportar conocimientos válidos para procurar un mayor bienestar y mejores beneficios. El trabajo dentro de un equipo posibilita arribar a un diagnóstico integral y objetivo de la situación del niño, a partir del cual se puedan planear las estrategias más apropiadas para un futuro tratamiento.

A manera de complementar lo expuesto, se agrupan las funciones del psicólogo(a) de la siguiente forma:

Diagnóstico: referido al estudio integral de las diversas áreas de la persona o grupo con el fin de conocer en profundidad sus diversos aspectos. Contempla los siguientes niveles: individual, grupal, familiar y organizacional.

Tratamiento: Acciones de intervención realizadas a partir del diagnóstico y ejecutadas en el ámbito individual, grupal, familiar e institucional, tendientes a mejorar situaciones problemáticas detectadas.

Asesoría y consultoría: Comprende la participación y entrega de elementos de la especialidad a diferentes instancias técnicas de la institución educativa. Además, comprende el perfeccionamiento de docentes y paradocentes, así como la colaboración en los programas del establecimiento.

Prevención: Corresponde a la planificación y realización de programas y estrategias de trabajo de tipo educativo para la comunidad intra y extraescolar, así como la coordinación con instituciones externas, a fin de colaborar en la prevención de problemas.

Coordinación: Colaboración con otros profesionales del establecimiento y participación en el desarrollo de normas y políticas de éste en relación con el desempeño de los profesionales docentes.

Extensión: Se refiere al aporte de información y asesoría a otras instancias de la comunidad local y eventualmente a otras instituciones fuera de ella.

Investigación: Participar en el diseño y realización de investigación en psicología aplicada a través de investigación multidisciplinaria.

Puede señalarse que estas funciones plantean la necesidad de comprender al niño o joven con retardo mental como una persona enraizada en diferentes planos socioculturales (personal, grupal, familiar, organizacional, comunitario), así como también ayudan a concebir el aporte de la psicología no sólo en el plano más inmediato de la persona, sino en concordancia con esta multiplicidad de ámbitos sociales del ser humano.

Es decir, logra generar una visión más amplia de la labor del psicólogo, tanto a nivel de conocimiento como de ejecución práctica, permitiendo abrir la disciplina al tema de la diversidad y del mejoramiento de la calidad educativa.

CAPÍTULO II

LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA COMO PARTE DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Little (1861, citado en Álvarez 2000) identificó la relación entre el sufrimiento fetal durante el parto y la aparición de numerosas anomalías físicas e intelectuales, observación que ha sido ampliamente confirmada, no sólo en el proceso de parto sino en la vida intrauterina, a tal punto que hoy se conoce que cerca de un 40% en los niños con problemas intelectuales orgánicos son debidos a lesiones producidas en el periodo prenatal. De allí la importancia de una prevención oportuna y la necesidad de establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz, para evitar y mejorar los estados producidos por estas lesiones, incluso disminuyendo el efecto de las anomalías producidas. Hoy día la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que es necesario proteger y estimular adecuadamente el organismo durante su periodo de crecimiento con el fin de prevenir daños en el desarrollo físico, mental y social, particularmente en la edad en que el sistema nervioso esta en desarrollo y es moldeable, plástico y fácilmente lesionable, pero también asequible a los estímulos, con lo cual se lograría la potencialización máxima de las codificaciones físicas y mentales del niño.

Cabe mencionar que la mayoría de los autores aseveran que las actividades de estimulación temprana están dirigidas primordialmente a los niños de alto riesgo ambiental y en menor grado a aquellos que forman parte del grupo de los que poseen lesiones genéticas como el Síndrome de Down, la fenilcetonuria, la galactosemia, o a aquellos cuya madre sufrió alguna enfermedad viral o infecciosa durante el embarazo, como la rubeola, o la sífilis, que producen malformaciones y déficit mental en los niños. Sin embargo la intervención en estos casos también representa una importancia vital para el desarrollo de estos niños.

Por tanto en este capítulo se hablará de lo que es la Estimulación Temprana, así como de otros términos que suelen darse a este concepto y de los antecedentes de la misma.

2.1 Definición de la Estimulación Temprana

Estimulación precoz, atención precoz, atención temprana, estimulación temprana, e intervención temprana, son algunas de las múltiples expresiones utilizadas por los distintos autores que han trabajado en este ámbito, tal vez ello no sea sino un síntoma de desconexión y descoordinación que impregna dicho campo de actuación; es necesario por tanto clarificar el lenguaje y conceptualización del término para determinar si se hace referencia o no, al mismo objeto con idénticas o diferentes palabras, para ello, se pretende definir dicho término.

Para Moya (1978) “La estimulación precoz, proporciona determinados estímulos que facilitan el desarrollo global del niño, consiguiendo que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades” (Moya, 1978; citado en Gutiérrez, 1993. p.19).

En contraposición a esta primera conceptualización como Estimulación Precoz, Regidor (2003) menciona que la Estimulación temprana es un método pedagógico basado en teorías científicas, que consideran que ciertos estímulos, oportunos en el tiempo favorecen el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades del niño, contribuyendo a que dicho aprendizaje sea temprano y no precoz.

Por su parte, Abadi (1982, citado en Gutiérrez 1993), en la especificación del Proyecto Aryet, utiliza la terminología de Atención Temprana definiéndola como un amplio grupo de acciones dirigida a la familia o centralizadas en el niño, que son proporcionadas a fin de promover un ambiente enriquecedor; a través de la Estimulación sensorial, motora y emocional-social, de esta manera se obtienen transacciones favorables entre el niño y sus cuidadores, estableciendo así condiciones adecuadas para su óptimo desarrollo.

Por lo tanto, Estimulación precoz, atención precoz, intervención temprana, etc., se podría definir hasta este momento como una intervención

Temprana que intenta potenciar al máximo las posibilidades de los niños afectados por alguna deficiencia o con riesgo de padecerla en todas sus facetas o áreas de aprendizaje, fundamentándose en la plasticidad del Sistema Nervioso Central y partiendo de la base de la importancia que suponen los factores ambientales para el desarrollo del niño. Se tiende a utilizar el término de atención o intervención Temprana como sustituto de Estimulación precoz, ya que este último, parece indicar un deseo de aceleración del proceso. es decir, términos que si bien pudiesen ser sinónimos, ya que en realidad en lo que difieren a simple vista, es la forma en la cual se llevará a cabo dicha técnica.

Sin embargo en este trabajo se utiliza el término de Estimulación Temprana.

Desde el momento de la concepción, durante la vida intrauterina y después del nacimiento, el ser humano realiza una evolución tan prodigiosa como fascinante y en muchos aspectos sigue siendo un misterio. La adquisición de la conducta de un individuo o de su desarrollo psicomotor, sigue las mismas premisas del desarrollo en general, dependiendo tanto del crecimiento y maduración del sistema nervioso, como de las interacciones del individuo con su entorno (estímulos). De la gran cantidad y diversidad de estímulos que recibe el niño, éste toma solamente lo que su nivel de madurez y grado de desarrollo le permiten. Tan estricto puede ser este intercambio, que si el momento crítico de incorporación ha pasado, no será lo mismo brindar este estímulo en otro tiempo; la función consiguiente ya se instaló con lo limitado que el ambiente y estímulo le hayan permitido.

Los estímulos son aquellos impactos que producen una reacción sobre el ser humano, es decir, una influencia sobre alguna función; éstos pueden ser de distinta índole, tanto internos como externos, físicos como afectivos: la caricia, el ruido, el silencio, el dolor, la lluvia, el sol, la risa, la voz, todos los objetos y los seres vivos. Un mundo sin estímulos sería imposible.

La Estimulación Temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al

máximo sus potencialidades de desarrollo. Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la Estimulación Temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece también el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía. Emocionalmente, la Estimulación Temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el niño (Santos, y cols. 2002).

Por su parte Elaine (2007) menciona que, basado en patrones del desarrollo, la intervención temprana es un programa sistemático de terapia física, ejercicio y actividad diseñada para remediar atrasos en el desarrollo que pueden ser experimentadas por muchos niños. En muchos instantes, el programa es individualizado para cumplir con las necesidades específicas de cada niño, y para ayudar todos los infantes a lograr sus hitos de crecimiento en cada área del desarrollo. La Intervención Temprana ayuda en cada una de las cuatro áreas mayores del desarrollo: habilidad motor gruesa y del motor fino, lenguaje, desarrollo social y habilidad de ayuda propia.

Así mismo Hernán Montenegro (SF) define la estimulación temprana como *“el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Este se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica en su medio ambiente y un aprendizaje afectivo.”* p.37 (citado en Álvarez 2000).

Cabe mencionar que otros autores manejan el término de “precoz”, en vez de “temprana” y últimamente se emplean los términos de “estimulación oportuna” o “estimulación adecuada”.

El término precoz fue utilizado inicialmente en las patologías orgánicas como el síndrome de Down, para identificar acciones tempranas orientadas a prevenir mayor daño en la lesión. El término temprano ha sido utilizado en la literatura científica con mayor amplitud para incluir las intervenciones que contemplen cambios en el ambiente, y dirigidas especialmente a sujetos sanos para cuidarlos preventivamente de un retraso en el desarrollo físico y mental, así mismo este término se ha utilizado para englobar los aspectos de estimulación psicológica, de salud y nutrición del niño, variables que se han identificado como influyentes en las comunidades más deprimidas para que ocurran los eventos de retraso en el desarrollo físico y mental.

Los términos empleados hacen referencia al afán de proporcionar experiencias ambientales de cuidado, de salud y nutrición en la etapa más temprana de la vida, especialmente en el periodo en el que no se ha completado la maduración neurofisiológica. Esta edad ha sido identificada hasta los dos años, sin que esto signifique que la estimulación no sea importante en etapas posteriores, en las que se necesitan estímulos adecuados para la edad del sujeto, especialmente en ambientes empobrecidos.

De esta manera, la estimulación temprana se convierte en una estrategia de prevención primaria, que debe ser iniciada desde el momento en que nace el niño, considerando acciones ambientales de protección al niño, y educativas hacia la madre, incluso aun antes de su nacimiento en útero, con especial énfasis en la etapa de maduración neurofisiológica, pero en continuación con la estimulación a nivel preescolar y escolar del niño, y que abarque tanto su medio ambiente como sus condiciones de salud y nutrición.

Algunos autores creen que la estimulación debe iniciarse en etapa fetal intrauterinamente, con estímulos visuales y auditivos que ayudan tanto al niño como a la actitud positiva de la madre ante su nacimiento.

Uno de los objetivos más importantes de la estimulación temprana es desarrollar al máximo el potencial psicológico del niño, en el campo, y cuidar de su condición biológica y de los aspectos emocionales y sociales.

2.2 Antecedentes de la Estimulación Temprana

Según Álvarez (2000) los orígenes de este concepto se remontan a los trabajos realizados por educadores con respecto al retardo mental en sujetos que tenían daños cerebrales, en busca de una recuperación de sus habilidades cognitivas; en parte porque entre médicos, educadores y profesionales de la ciencia de la conducta existía el criterio de que la capacidad cognitiva era fija, invariable, y que su desarrollo estaba predestinado genéticamente y que por lo tanto, la inteligencia de la persona dependía más de una prehistoria desconocida e inmodificable que del quehacer diario.

Debido a esto, a comienzos del siglo XX y después de estudiar la inteligencia durante casi veinte años y desarrollar los primeros test para su médico. Alfred Binet reacciona contra este fatalismo diciendo: *“Algunos filósofos actuales, parecen haber dado su apoyo moral al deplorable veredicto de que la inteligencia del individuo es una cantidad fija... debemos protestar y actuar en contra de este brutal pesimismo... la mente de una niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivo, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, obtengamos en su lugar una cosecha. Es en este sentido, el que es significativo, que decimos que la inteligencia de un niño puede ser aumentada. Aumenta lo que constituye la inteligencia de un niño en edad escolar, principalmente la capacidad para aprender, para mejorar con la instrucción”* (Álvarez, 2000. p.24)

Muchos trabajos posteriores realizados en parejas de gemelos o hermanos demostraron que existía una mayor correlación entre los ambientes en que se criaron los niños, su nivel socioeconómico y/o su inteligencia que con estos y relaciones biológicas, y que si los niños de los orfanatos y entidades hospitalarias eran reubicados en ambientes más satisfactorios, con mayor percepción de estímulos, recuperaban rápidamente el contacto con su mundo

exterior y mejoraban su nivel de inteligencia y de socialización. Los estudios de Iowa, demostraron que estos niños se podrían recuperar y se integraban exitosamente a la sociedad.

Por su parte John Bowlby (1951, citado en Álvarez 2000) recopiló la información que hasta la fecha se tenía sobre este tema y concluyó que era necesario proporcionarle al niño, durante los primeros dos años de vida, un especial ambiente rico en estímulos y crearle un cálido afecto y relaciones emocionales satisfactorias con su madre biológica o con una madre sustituta. Sin embargo posteriormente, se pudo identificar que no era la existencia de una madre sino una baja de la intensidad afectiva, que se puede producir en presencia de la madre biológica. Esto resaltó la importancia de la estimulación Psicoafectiva.

Así mismo, muchos experimentos con animales, han demostrado que la falta de estímulo afecta algunos órganos; según conocidos estudios con pollos recién nacidos a los cuales si se les mantiene en la oscuridad por más de 20 días sufren atrofia retiniana irreversible por falta de estímulo luminoso. Otros estudios han confirmado lo mismo en gatos recién nacidos, en los que no solo se encontró daño retiniano, sino también lesiones en el sistema nervioso central a nivel de corteza.

Como se describe, el daño de la privación sensorial puede afectar al órgano y las estructuras del sistema nervioso central, la mayoría de las experiencias se han realizado en animales y tienden a demostrar que el peso cortical de animales criados en ambientes pobres en estímulo, tiene un peso distinto al de los estimulados, al parecer esto corrobora la hipótesis de que el estímulo modifica la actividad biológica y funcional de corteza. Otros estudios como los de Harlow con chimpancés que plantean que las condiciones de privación, al modificar condiciones anatómicas y bioquímicas tienen efecto sobre el aprendizaje en sujetos de laboratorio.

Estos hechos tienen especial significado en el humano, dado que la maduración cerebral no culmina en su etapa fetal, sino que continúa en los primeros años de vida, particularmente en los dos primeros, de tal forma que

cualquier lesión por falta de estímulo, influiría negativamente en el desarrollo cerebral del infante. Especialmente, como se describió anteriormente, es en este periodo cuando ocurre la mayor parte del desarrollo y maduración del sistema nervioso central, como sucede con la proliferación de dendritas que crecen el 80% después del nacimiento.

2.3 La estimulación temprana en la Educación Especial

Salvador (1996) menciona que el Dr. Rafael Gonzales define a la Estimulación Temprana en la Educación Especial consiste en suministrar una información adecuada a las peculiaridades perceptivas y elaborativas de un sujeto con disturbio en las capacidades para el conocimiento y utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales. Su finalidad básica es el intento de lograr adiestramientos y maduraciones mentales rentables. Pero esta rentabilidad depende esencialmente de los potenciales de plasticidad cerebral del sujeto.

Tomando en cuenta esto se puede decir que la Estimulación Temprana está pensada para mejorar o prevenir probables déficits del desarrollo en niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, o infecciosas, como ambientales o sociales y que afectan psíquica, física o sensorialmente. Se ponen en marcha en los primeros días de vida y abarcan los primeros años. Se fundamentan en que la maduración cerebral no termina con el nacimiento, sino que prosigue aun tiempo después, dándose una plasticidad aprovechable.

Se aplica mayoritariamente a niños que se denominan de alto riesgo, con riesgo biológico o riesgo ambiental. Entre ellos los afectados por cromosomopatías, embriopatías, fenopatías, metabolopatías, lesiones neurológicas etc. y aquellos que presentan déficits sensoriales, y bajo peso al nacer.

Su finalidad es contribuir, lo más pronto posible a mejorar los resultados que hasta ahora había esperar en ciertas deficiencias, intervenir lo más temprano posible en el desarrollo de cualquier bebé por mínimamente afectado que esté para mejorar en lo posible el probable resultado que de otro modo habría esperar antes de tomar estas medidas.

La estimulación temprana debe ser aplicada por personal perfectamente preparado, debe de conocer el desarrollo neurológico y evolutivo normal del niño. Pueden ser Médicos, psicólogos, pedagogos, un fisioterapeuta, psicomotricista, maestro, logopeda, un ATS, enfermera etc.

En el caso en que sean los padres los encargados de aplicar esa estimulación estos deben estar permanentemente asesorados y bajo el control de un profesional.

La Estimulación Temprana sigue el análisis de las pautas de maduración del niño normal, así como algunas escalas ya establecidas sobre desarrollo que tienen algunos tipos de síndromes específicos.

Por último, se considera necesario mencionar que la estimulación temprana aplicada tanto a niños de alto riesgo o normales debe ser realizada específica y concretamente individual. Estos programas se elaboran a partir del diagnóstico y del análisis de una serie de pautas de observación y escalas de desarrollo (Salvador 1996).

CAPÍTULO III

INTERVENCIÓN EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Según Belda (2000) del modelo biopsicosocial de la Estimulación Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Los centros y servicios de Atención Temprana deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social. De manera esquemática podemos diferenciar tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración; prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

Se entiende por prevención primaria todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o trastorno en una determinada población reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos (Salvador 1996).

Así mismo Belda (2000) menciona que la prevención primaria tiene como objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son, prioritariamente, los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Otros departamentos como Trabajo y Medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este ámbito.

Salvador (1996) menciona que la prevención secundaria es todo aquello cuyo objetivo consta de disminuir la existencia de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible. Lo que hace es que ante la probabilidad de alguna aparición de trastorno o enfermedad se actúe evitando sobre un niño concreto.

La prevención secundaria en Atención Temprana tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo (Belda 2000).

Por último, Salvador (1996) y Belda (2000) mencionan que la prevención terciaria, que es todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas en una población procurando que las invalideces funcionales, consecuencia de la enfermedad, sean las menos posibles. Trata de evitar, por lo tanto, que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente, y que el niño en este caso, no deteriore más. Comprende todos los aspectos de rehabilitación o habilitación así como los de integración y/o reinserción social. Es aquí donde se ubican plenamente las técnicas de estimulación temprana.

La prevención terciaria en Atención Temprana agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno. Con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, al existir un periodo de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención se inicia ya en la propia unidad.

3.1 Áreas de intervención en la Estimulación Temprana

Según Ordoñez (2006) la finalidad, de la intervención está en contribuir a la prevención de las deficiencias, así como a la facilitación de los procesos de enseñanza en niños y niñas con dificultades en el aprendizaje y/o desarrollo. Los resultados más positivos con la aplicación de programas de A.T. se obtendrán en las intervenciones de carácter preventivo de aquellos niños sin una clara patología, física, psíquica o sensorial.

Según Ibáñez, Mudarra y Alonso, (2004) Las principales áreas en las que se trabaja la estimulación temprana son;

Área psicomotriz:

Cuyos objetivos son el control y conocimiento del propio cuerpo, adquisición del tono muscular adecuado, la coordinación y la comprensión de las relaciones espacio-temporales. Se subdivide en motricidad gruesa, en la que intervine todo el cuerpo y la motricidad fina, que tiene que ver con el control de movimientos más pequeños y precisos.

Área perceptivo-cognitiva:

Se valora el desarrollo de aspectos como el razonamiento, la memoria y la capacidad perceptiva (formas, tamaños, colores, sentido). Esta área está presente desde el nacimiento antes que el lenguaje. A través del contacto con los objetos y las personas empieza a conocer el mundo; por eso necesitan experimentar y manipular progresivamente de forma más compleja.

Área de la comunicación:

En la que se valora tanto la expresión como la comprensión, ambas desde sus manifestaciones comunicativas más básicas. La importancia de esta área radica en su relación con las capacidades intelectuales o el área cognitiva; algunos estudios demuestran que hay una alta correlación entre ambas: a mayor déficit intelectual mayor déficit del lenguaje. Igualmente que en el área adaptativa, los padres de niños discapacitados psíquicos pueden tender a comunicarse menos o con medios no orales y por lo tanto la estimulación de este aspecto es menor.

Área social:

Incluye las relaciones del niño con el ambiente que le rodea. En algunos test se añaden los objetivos que pretenden una mayor autonomía en lo referente a hábitos, y en otros esta último se integra en otra área aparte llamada área adaptativa. Es importante resaltar en esta última área la importancia de la autonomía, en muchos casos de niños deficientes o discapacitados el ambiente familiar es sobre protector.

3.5 Formas de evaluación para dar Estimulación Temprana

Montano (2008) destaca que, se pueden utilizar diversas escalas de desarrollo ya sean; Escalas neonatales, Escalas de desarrollo general o Escalas de desarrollo específico, para evaluar a los niños y determinar si necesitan intervención temprana. Entre las escalas que podemos utilizar están;

- La escala de desarrollo infantil de Nancy Bayley, que proporciona información motora, mental y conductual del niño, entre el mes y los 24 días posteriores al nacimiento (hasta los 2 años y medio de vida).
- La de *Brunel Lezine Abreviada*, que evalúa el coeficiente integrado motor y mental hasta los 5 años.
- También puede emplearse la Prueba de evaluación de la Coordinación Visomotriz (E.C.V.M.)
- Escala de la Función Motora Modificada (E.F.M.M.)

Evaluación Neuromotora

- Evaluación Neurológica durante el primer año de vida (Amiel año de vida (Amiel-Tison) Tison)
- Reacciones Posturales de Vojta Reacciones
- Perfil de Reflejos Primitivos
- Evaluación de Milani- Compareti

3.3 Tipos de Programas de Estimulación Temprana

Bricker (1991) menciona que unos de los programas de la estimulación temprana más importantes son el currículo Carolina, la Guía Portage, el método Doman, y el método Montessori.

- *Currículo Carolina*: Programa con 26 secuencias lógicas que abarcan 5 áreas principales: Cognición, Comunicación, Adaptación social, Motricidad fina y Motricidad gruesa.

Permite crear programas para las necesidades específicas de cada niño; adaptar los ejercicios a los niños que tienen limitaciones visuales, auditivas o motrices; integrar las actividades en las rutinas de la vida cotidiana.

Destinado a profesores de educación infantil, especialistas en intervención temprana y terapeutas, profesionales que trabajen con niños con necesidades especiales y familiares que se ocupen de ellos.

Ningún otro instrumento ha sido capaz de aunar de manera más certera los principios básicos del desarrollo infantil con las estrategias adecuadas para estimular los comportamientos que lo favorecen.

- *Guía Portage*: la Guía Portage de Educación Preescolar evalúa el comportamiento del niño en los diferentes aspectos de su desarrollo y brinda la posibilidad de planear actividades que conduzcan a la adquisición de destrezas, habilidades y capacidades. La guía contiene objetivos que se basan en patrones de crecimiento y desarrollo normal y puede ser utilizado con niños desde el nacimiento hasta los 6 años, así como con pequeños que presenten capacidades diferentes.

Evalúa aspectos como: Área motora gruesa, Área motora fina, Área perceptivo-cognitiva, Área del lenguaje y Área de socialización

- *Método Doman*: El Dr. Glenn Doman, médico estadounidense, comenzó a dedicarse al tratamiento de los niños con lesiones cerebrales con el neurólogo Temple Fay. Utilizaba sus métodos, basadas en movimientos progresivos, muy eficaces tanto en áreas motrices como en áreas más intelectuales. Se centraban en el trabajo con los reflejos, fundamentalmente con niños con parálisis cerebral.

Al observar los progresos que se conseguían en estos niños, Doman decide trasladar sus conocimientos al resto de los niños, de manera que se potenciara su capacidad de aprendizaje. Elabora su teoría acerca del desarrollo cerebral, un Perfil del Desarrollo Neurológico y sistematiza una labor educativa, estructurada mediante programas secuenciados, con métodos precisos y eficaces.

Funda a finales de los años 50 los Institutos para el Desarrollo del Potencial Humano en Filadelfia (EEUU), iniciando lo que Doman y sus discípulos han llamado, una "Revolución Pacífica".

- *Método Montessori:* El objeto principal del Método Montessori de educación es ayudar en el proceso natural del desarrollo infantil para formar personalidades integrales. El factor esencial del método de la Dra. Montessori es el reconocimiento de las potencialidades innatas del niño para construirse a sí mismo, no sólo la parte académica y mental, sino también la física, afectiva, la social y emocional. Mediante su auto motivación logra este propósito.

Durante los primeros seis años de vida el niño posee sensibilidades y poderes especiales para absorber y aprender el medio ambiente que le rodea. El niño cuenta con una mente absorbente que de manera inconsciente se apropia sin esfuerzo alguno, de todos los elementos necesarios para la formación de su personalidad. Durante este tiempo logra dominar su lengua, cultura y costumbres.

3.6 Multidisciplinas que intervienen en la Estimulación Temprana

Según Ibáñez, Mudarra y Alonso, (2004) lo adecuado es que el niño precise de un programa que incluya las aportaciones de todas las disciplinas relacionadas con su problema; por ello es necesario la creación de equipos multidisciplinarios que incluyan, además de psicólogos, médicos y educadores, a diversos profesionales especialistas en las áreas de terapia física, rehabilitación del lenguaje y trabajo social. El equipo deberá estar compuesto esencialmente por:

Psicólogo: Periódicamente hace las evaluaciones del desarrollo al niño, importante para conocer el nivel de funcionamiento así como los avances que se han conseguido.

También es quien se encarga de confeccionar el programa de estimulación con las recomendaciones que le hayan podido dar el resto de componentes del equipo; tiene directamente a su cargo la coordinación entre todos ellos.

Neuropediatra: Examina el grado de maduración del sistema nervioso e informa de las potencialidades con vistas a la actuación de los restantes especialistas.

Pediatra: Debe vigilar la salud del bebé y valorar la necesidad de exámenes complementarios que se deban realizar en cada momento (vista, audición, etc.) según las dificultades y observaciones que en este sentido encuentren los maestros estimuladores.

Trabajador/a social: Hace reuniones periódicas a la casa del niño para conocer el ambiente, el desenvolvimiento de los padres con el programa y las dificultades que se van encontrando, e informan de ello a los demás miembros del equipo.

Logopeda y fisioterapeuta: Se ocupan de los problemas de lenguaje y habilitación física respectivamente. Evalúan individualmente al niño y dan su visión para la realización del programa en las áreas que les afectan.

Maestros especializados: encargados de llevar a la práctica el programa de estimulación particularmente en todos sus aspectos. Informan periódicamente de los avances del niño.

HISTORIA CLÍNICA

Los padres de Estela solicitaron una entrevista con el fin de recibir orientación profesional acerca de las posibilidades educativas de su hija.

De la información obtenida en dicha entrevista, los datos que pueden tener mayor relación con las dificultades que presentaba Estela son los siguientes:

I Datos demográficos

Estela nació el treinta de Marzo del dos mil seis en el Estado de México, tenía dos años cinco meses, vivía con su madre, abuelos y tíos maternos en los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México.

Al momento de la entrevista sus padres estaban casados por el civil y bajo la religión católica, pero aproximadamente un mes antes de la cita se habían separado. Su padre, el señor José tenía treinta y un años y estaba estudiando la licenciatura en computación, también tenía un empleo donde vendía tarjetas de crédito con un horario aproximado de cuatro de la tarde a diez de la noche. Su madre, la señora María tenía veintitrés años de edad, era pasante de la carrera de Psicología y trabajaba para una empresa en el área de reclutamiento y selección de personal, de las 8 de la mañana a las 6 de la tarde. La señora María mencionó que su ingreso mensual era de dos y medio salarios mínimos, y que cubría la mayor parte de los gastos familiares, ya que el señor José contribuía con despensa para la niña.

Durante la entrevista estuvieron presentes ambos padres de Estela, así como sus abuelos y tíos maternos.

II Motivo de la consulta

Estela fue llevada por su abuela al consultorio porque desde su experiencia como madre de tres hijos y debido a que pasaba más tiempo con ella, empezó a notar que no se comunicaba, era demasiado introvertida y se mostraba ausente. Al comentarlo con su hija y notar estas características temieron que hubiera un retraso en su desarrollo, ya que cuando Estela nació, estuvo internada tres días en el hospital y permaneció en un área de cuidado especial, con niños de alto riesgo, donde se les explicó a los padres que existía una

probabilidad del 60% de que los niños que estaban ahí padecieran algún tipo de retraso o dificultad en su desarrollo.

Se le realizaron estudios visuales a Estela donde se le detectó estrabismo en el ojo derecho, por lo cual informaron a la madre que si en un mes no se corregía, le realizarían una cirugía.

III Antecedentes heredofamiliares

Han existido en la familia de los padres antecedentes de enfermedades tales como la diabetes, pues la abuela materna de Estela mencionó padecerla, y el señor José dijo que creía que su madre también la tenía. La señora María comentó que no conocía el tipo de sangre de su esposo, pero que nunca tuvieron ningún problema de incompatibilidad, posteriormente el tío de Estela dijo que ha tenido terapia con un psiquiatra, y mencionó a manera de broma que todos tenían neurosis. Por su parte el abuelo de la niña platicó que tuvo problemas de lenguaje porque tanto en su niñez como juventud fue tartamudo. Mencionaron también que un primo de Estela presentaba problemas de Lenguaje y aprendizaje (el padre no supo especificar cuales) de igual manera se mencionó que la abuela paterna de la niña presentaba tabaquismo, y que en alguna ocasión tanto el tío como su papá se drogaron principalmente con marihuana pero que también llegaron a consumir otro tipo de estupefacientes.

IV Nacimiento

Concepción: Estela era hija única y nació por medio de cesárea, su madre comentó que no había tenido embarazos previos ni posteriores, tampoco abortos y que antes de la concepción sólo se cuidaba con preservativos, por lo que el embarazo no fue planeado, pero aseveró que en cuanto lo supo, la deseo, contrario a su esposo que incluso le pidió que abortara. Acto seguido el señor José la contradijo al asegurar que en cuando vio a su hija, la deseo con todas sus fuerzas. Es importante señalar que en otro momento de la entrevista, la señora María comentó que cuando ella supo que estaba embarazada había terminado su relación con el padre de su hija, pero a causa de esto hablaron y decidieron regresar.

Durante el embarazo no pudieron saber cual era el sexo de su bebé, pero la señora María dijo que ella siempre quiso tener una niña y que por el contrario, su esposo quería que fuera un niño, e incluso las pocas cosas que le compró eran azules y de hombre. El papá de nueva cuenta mencionó que “no era eso”, sino que simplemente él pensó que era niño. La señora Yolanda (abuela de Estela) intervino para asegurar que efectivamente quería un niño y lo argumentó diciendo que no estuvo en el parto, el señor Jesús le respondió que no lo habían dejado entrar, pero tanto la señora Yolanda como la señora María mencionaron con un poco de llanto, que solo una persona podía pasar a ver a la niña, y que la señora Yolanda quería entrar, pero su hija María no cambió el pase porque quería que su esposo la viera, así mismo comentó que al día siguiente cuando le llevaron a su hija la enfermera le comentó que había estado llorando casi todo el día porque nadie la había ido a ver. Esto causó que posteriormente operaran a Estela por una hernia que según los médicos salió por tanto llanto.

Respecto a la situación económica en el nacimiento, la madre de Estela dijo que todos en su familia trabajaban menos ella, pero que tenía una beca con la cual solventaba casi todos sus gastos, así mismo, dijo que cuando se enteraron que estaba embarazada el señor José se desapareció y sus padres corrieron con la mayoría de los gastos, también mencionó que su esposo nunca se había hecho realmente responsable económicamente de Estela, y que cuando tenía dinero prefería dárselo a su madre, aspecto que la señora María le reclamaba con insistencia, ya que según mencionó, entendía que tenía gastos y cosas que hacer, pero argumentó que no lo veía con ganas de superarse.

En cuanto a aspectos emocionales, la señora María dijo que estuvo deprimida porque no tenía el apoyo de su pareja y no sabía como iba a sacar adelante a su hija, ya que no quería dejar todo el peso sobre sus padres. De igual manera comentó que la familia de su esposo no la apoyó, e incluso la mamá del señor José la agredió verbalmente en alguna ocasión, mientras que su papá fue a hablar con la familia de la señora María para decir que si decidían casarse los iba a apoyar, pero posteriormente mencionan que el señor desapareció y volvió hasta la boda por lo que al final de cuentas no recibieron

apoyo de su parte y finalmente todos los gastos corrieron por parte de la familia materna.

La señora Yolanda refirió que ella los apoyó desde el principio recibéndolos en su casa porque el señor José trabajaba y estudiaba y no podía solventar los gastos para que vivieran solos, pero después vio que él no hacía nada, y que empezaba a ser irresponsable, respecto a esto la señora María señaló que su esposo se fue a vivir con ella cuando Estela tenía tres meses de nacida y que no se quedaba a dormir todas las noches, pero que ella “si tenía que lavarle y plancharle”.

Embarazo: Durante el embarazo, la madre sufrió mucho de mareos y vómito, indicó que todo lo que comía lo vomitaba y que en vez de subir de peso adelgazó. Tuvo una infección en las vías urinarias y le dieron pequeños resfriados.

Para la infección en las vías urinarias su tratamiento consistió en la aplicación de óvulos y la ingesta de ampicilina, para el cuidado del embarazo tomó ácido fólico, hierro y una vitamina llamada prenatal.

Dentro de los primeros tres meses de embarazo, la señora María tuvo una amenaza de aborto, que atribuye a que una vez en el metro había mucha gente y como no se le notaba el embarazo, la aplastaron.

Respecto al cuidado médico prenatal le mandaron reposo, hierro y ácido fólico, durante todo el embarazo, debido a su mala alimentación, y vómito, el embarazo duró 41 semanas y 6 días.

Parto: La señora María tenía 21 años y el señor 29 cuando su hija nació, fue cesárea y tuvo complicaciones dado que al internarla en la clínica No. 72 del IMSS, sólo tenía 1 cm de dilatación, y permaneció un día y medio en trabajo de parto. Así mismo, aseveró que durante la cirugía tuvo fiebre y a pesar de que la anestesiaron sintió todo. Le hicieron cesárea porque la niña tenía el cordón umbilical enredado en el cuello.

La señora recuerda también, que su parto fue muy difícil debido a la mala atención que le dieron desde que la internaron, pues menciona que le andaba

del baño y nadie la llevó, que tenía dolores muy fuertes y no le hicieron caso y además, la doctora que atendió su parto se pico con la aguja cuando la estaba cosiendo y de inmediato le hizo preguntas de sus estudios de VIH y eso le incomodó a la señora por que se sentía muy mal.

Nacimiento: La señora María expresó que en cuando nació Estela, lo primero en lo que pensó fue en que llorara y que efectivamente, empezó a llorar, de inmediato el médico, se llevó a la bebé y no la dejaron verla, posteriormente cuando llegó el pediatra le dijo que estaba bien; pesó 2.850 kg y midió 50 cm. de APGAR le dieron 8, lo cual la tranquilizó. Tuvo Ictericia y creyeron que había sido por la leche materna, que no había generado anticuerpos ya que nunca estuvieron seguros del tipo de sangre del papá, comentaron que después del parto tuvieron a Estela con niños “de alto riesgo” y le dijeron a su mamá que probablemente necesitaría Educación especial en un futuro. A los 4 días de nacida tuvo sangrado vaginal (como regla) pero la llevaron al médico y tampoco tuvo complicaciones futuras.

V Desarrollo

La señora María explicó que Estela había nacido desnutrida, pero tuvo desarrollo normal de peso y talla, se recuperó bastante bien pues al mes pesaba 3.600 kg. aproximadamente e incluso después le dijeron que tenía sobrepeso, posteriormente volvió a bajar y desde entonces no se había recuperado.

Tuvo varicela y le diagnosticaron rotavirus, aunque tenía su esquema de vacunación completo, lo cual quiere decir que le aplicaron en el IMSS, las vacunas de: hepatitis B, DPat, VIP, Hib, rotavirus, neumococcica y la de la influenza. Hasta el momento de la entrevista, la temperatura más alta que había tenido era de 40º, y no había tenido crisis convulsivas, tenía alergia a la ditromisina en los ojos y le habían hecho la cirugía de hernia.

Estela tuvo algunos golpes en la cabeza, porque según menciona su familia, es muy inquieta y antes se caía muy seguido, lo cual se debía, según ellos, a su problema de visión. Sin embargo explicaron que ninguno de esos golpes había requerido revisión médica dado que fueron muy ligeros.

Por otra parte, la señora María describió que el 30 de Abril en la guardería anterior Estela sufrió un accidente en donde tuvo “un golpe contuso” [sic] en la posición de a la una en el labio inferior vaginal y que fue revisada por el médico legista de la Procuraduría General de Justicia el cual determinó que hubo sangrado, pero no perforación del himen y que esto había sido causado sólo por falta de cuidados por parte de la escuela, ya que, como mencionó la señora, Estela estaba muy rosada, lo cual indicaba que antes del golpe, la habían tenido mucho tiempo sin cambiarle el pañal. Este acontecimiento lo describe como el peor día de su vida.

Hasta el momento de la entrevista, Estela sólo se encontraba bajo tratamiento médico visual por el estrabismo que padece.

Alimentación: Hubo lactancia materna y el destete fue a los dos años de edad pero le costó mucho trabajo a la madre, porque menciona que Estela podía llorar muchas horas y no se calmaba hasta que le daba pecho, así que pudo separarse hasta que a las dos le dio infección en la garganta. Después tuvo lactancia artificial en vasos entrenadores.

Le empezaron a dar papillas a los cinco meses, aprendió a comer con cuchara aproximadamente al año, pero hacía intentos desde mas pequeña, se le dio comida normal como al año porque a esa edad le salió el primer diente, al momento de la intervención estaba aprendiendo a beber en vaso normal, ya que no uso mamila y hacía de 3 a 4 comidas pequeñas, porque según expresan, su apetito era escaso y lo que hacían era que si no quería comer, lo dejaban así después le daban otro poco. Estela no presentaba ninguna dificultad digestiva, ni restricciones medicas de algún alimento.

Sueño: Desde que nació Estela duerme toda la noche. Dormía con su mamá pero durante el proceso terapéutico dormía con su tía, con sus abuelos o en su cama que está en la habitación de su madre. Normalmente dormía de 10 p.m. a 6 a.m. aproximadamente pero variaba un poco dependiendo de las actividades de su día, mencionan que a veces llegaba cansada de la escuela pero como acudía a la terapia no le permitían dormir, sin embargo ocasionalmente tenía pequeñas siestas como a las 6 de la tarde y en la noche no presentaba dificultades para dormir.

Desarrollo motor: La familia menciona que sostuvo la cabeza desde la semana, se sentó con ayuda como a los tres meses, a los cuatro o cinco meses lo hizo sin ayuda, a los nueve aproximadamente empezó a gatear, pero se sostuvo de pie apoyada en un mueble y sin ayuda de otras personas desde antes. Caminó con ayuda a los once meses y sin ayuda al año, posteriormente empezó a correr como al año seis meses. Su coordinación motriz era buena dado que pateaba, brincaba, corría e incluso sus actividades físicas preferidas eran saltar, trepar, bailar y jugar con el agua, por lo que no llevaba ningún tratamiento especial.

Control de esfínteres: Estela empezó el entrenamiento para controlar sus esfínteres a los dos años con cuatro meses en la escuela y en casa, donde utilizaron pañales entrenadores. Al momento de la entrevista ya presentaba control durante el día, pero en la noche era parcial.

En su casa no la regañaban si se hacía del baño en el pañal, solo le decían que no debía de hacerlo y que tenía que avisar para que la llevaran al baño, sin embargo su mamá sospechaba que en el kínder si los regañaban porque un día la observaron jugar con dos muñecos a los cuales revisaba y les decía “cochino”, los regañaba y los aventaba. Su familia expresó que sabía e incluso había acudido sola al baño pero generalmente no la dejaban ir sola por miedo a que se cayera. Estela no presentaba enuresis ni encopresis, sin embargo había presentado accidentes tanto diurnos como nocturnos, sin ser persistentes.

Baño y aseo personal: Sabía bañarse parcialmente porque no la dejaban hacerlo sola, la cargaban y ella se lavaba tanto la cara como el cabello (aunque no lo hacía bien) porque no le gustaba que le tocaran la cabeza. Realizaba aseo parcial de nariz, manos, cara y dientes, porque mencionaron que debido a que desperdiciaba mucha agua y se mojaba, no la dejaban que lo hiciera sola. No sabía cortarse las uñas, peinarse, ni asear sus zapatos. Su mamá dijo que casi no le preocupa su apariencia y que incluso le costaba trabajo peinarla porque no se dejaba.

Vestido: La señora María dijo que aproximadamente a los dos años tres meses el terapeuta anterior les mencionó que debían dejarla que se vistiera sola y efectivamente lo hacía, aunque le faltaba un poco de precisión, pues se dejaba un poco chuecas las prendas. Sin embargo como es muy lenta para hacerlo y

debido a que su mamá no disponía de suficiente tiempo en las mañanas, prefería vestirla ella, también comentó que Estela empezaba a jugar y no se quería vestir hasta que la regañaba y vestía a la fuerza.

Lenguaje: La tía de Estela mencionó que balbuceó desde que tenía un mes de nacida y aproximadamente a los ocho meses vocalizó (ma y pa) refieren también, que desde los cinco meses ya entendía instrucciones pero después dejó de hacer las cosas, por ejemplo cuando tenía un año ya conocía las frutas pero en ese momento ya no. Las primeras palabras las dijo como al año y desde dos meses antes de la entrevista, ya estaba aprendiendo a decir frases. También mencionaron que pronunciaba bien todas las letras del abecedario a excepción de la r.

Tanto su tía como su madre dijeron que el nivel de comunicación gestual era muy bueno, pero su expresión vocal no, contrario a su capacidad de comprensión verbal, donde no presentaba ninguna dificultad.

Sexualidad: Como a los dos años Estela descubrió la diferencia entre hombre y mujer, fue según su madre porque en ocasiones se bañaba con su papá, y ella le enseñaba con juegos cuales son niños y cuales niñas. Por lo que la niña sabe y se identifica con su sexo.

Historia escolar: Entró a la primer guardería cuando tenía un año con once meses y a la actual cuando tenía un dos años con dos meses, su tía recordó que no lloró porque desde antes le estuvieron diciendo que la iban a llevar a la escuela y eso le emocionaba, entonces no tuvo ningún problema. El cambio de escuela se dio por el accidente que tuvo en la primera y su familia aseveró que en la segunda escuela se sintió mucho mejor, ya que de inmediato se dieron cuenta del cambio que tuvo en su estado de ánimo. Relatan que cuando iba en la primer escuela su semblante era triste, y que casi no se reía, sin embargo en la segunda escuela tenía su grupo de amiguitas con las que hacía travesuras, también notaban que llegaba contenta a su casa e incluso en ocasiones no se quería ir. En el momento de la entrevista estaba en maternal B y su familia mencionó que tenía buena relación con las maestras y compañeros de su escuela. Las maestras le dijeron a la mamá de Estela que su desarrollo era normal.

Respecto a las tareas escolares, su familia mencionó que para hacer sus actividades requería de mucha ayuda y paciencia porque se distraía muy fácilmente y sólo las realizaba con algunas personas, como su tía y abuela. La señora María reconoció que la niña si necesitaba que se le dieran recompensas en sus logros, en gran parte porque le festejaban todo pero su abuelita mencionó que no, que ella sólo lo hacía cuando era necesario. La mamá y la tía de Estela comentaron que en ocasiones las sorprendía porque aprendía muy rápido, pero que últimamente no realizaba todo lo que había aprendido, como las frutas y los colores.

Su colegio se llamaba Ana Freud y el horario en que permanecía era de 8 de la mañana a 12:30 de la tarde aprox.

Personalidad o socialización: La señora María comentó que desde el día que le dieron a su hija, ella sintió que Estela le sonrió, por su parte el señor José también dijo que desde el primer día que la vio, en el momento en que le habló, sintió que le sonrió. Refieren que sólo cuando estaba frente a extraños Estela reaccionaba de manera bastante introvertida, incluso no hablaba, pero cuando se sentía en confianza era muy expresiva con sus sentimientos, refirieron que cuando se enojaba con alguien lo corría, hacía berrinches que iban en aumento y cuando lloraba se privaba. Su familia menciona que antes era muy sociable y saludaba a todas los niños que veía, pero que como no le contestaban se inhibió y desde entonces se volvió muy tímida. Para jugar le gustaban las muñecas pero su madre comentó que no duraba más de dos minutos con un juguete, por lo que no había tenido ningún objeto transicional.

No tenía amigos cercanos, solo convivía con los de su kínder pero no era muy constante la convivencia. Cuando estaba en algún lugar donde había mas niños le gustaba mucho ver como jugaban los más grandes y a veces quería hacer lo mismo que ellos, pero sólo jugaba con niños que ya conocía sin importarles si eran mayores, menores, niños o niñas.

Se comportaba, alegre, seria, triste, tímida, tranquila, agresiva, voluble, inestable, inquieta, pasiva, atenta, dispersa, berrinchuda, llorona, afectuosa, reservada, peleonera, enojona, obediente con algunas personas y sensible.

En casa se relacionaba de forma mas cercana con su abuela y su tía, porque ellas eran las que pasaban la mayor parte del tiempo con la niña y le tenían mucha paciencia para comer o hacer la tarea. En la escuela tenía algunas amigas con las que jugaba y en la calle no se relacionaba con nadie.

La mamá menciona que su relación no era muy buena porque desde pequeña la niña la había rechazado, pensaba que quizá era por la depresión que tuvo desde que estaba embarazada y dijo que a ella casi no la seguía y que cuando le decía algo no la obedecía, situación que le dolía mucho. Su comportamiento era muy distinto al que tenía con su tía pues al parecer a ella le tenía mas confianza y la buscaba mucho para realizar todas sus actividades. A su padre casi no lo veía, mencionaron que eran dos días a la semana y sólo uno tenían oportunidad de convivir un poco más con ella, sin embargo su relación era buena. Con sus abuelos y tío mantenía buena relación porque con ellos convivía gran parte del día y estaban al pendiente de la niña.

La señora María comenta que ella había tratado de tener buena relación con su hija, pero que además de que era muy poco tiempo el que convivían, cuando llegaba del trabajo estaba muy cansada por lo que si la niña le hacía algún berrinche o se molestaba, prefería dejarla con los otros integrantes de la familia para que no creciera mas el rechazo que le tenía. Su padre aseguró que el poco tiempo que estaban juntos, la relación era buena y que había ocasiones en las que al ir caminando, Estela se ponía a llorar, entonces él la abrazaba y la consolaba. Tanto sus abuelos como sus tíos tenían toda su atención en Estela y mencionaban que como era la bebé de la casa, la consentían mucho.

En las tardes la mayor parte del tiempo estaba con su abuela Yolanda y su tío, su abuela la llevaba a la terapia y poco después de regresar llegaba su tía con la que pasaba la mayor parte del tiempo, con ella hacía una comida, realizaba su tarea y jugaba. Su madre estaba con ella en las noches, aproximadamente desde las ocho y los fines de semana, su padre estaba con ella los lunes y a veces los domingos.

Disciplina: En casa la disciplina era impartida por todos los miembros de la familia, porque todos estaban al pendiente de Estela, sin embargo se comentó que comúnmente tenían disputas porque no lograban ponerse de acuerdo,

dado que todos hacían lo que a su parecer era mejor y no podían llegar a ningún acuerdo. La respuesta de Estela ante esta disciplina no era buena, utilizaba chantajes y berrinches para conseguir lo que quería y en ocasiones su madre prefería no decirle nada para no aumentar el rechazo.

Las obligaciones de Estela estaban encaminadas a realizar la tarea de la escuela y generalmente la premiaban permitiéndole ver la televisión. Su familia mencionó que cuando hacía algo indebido la regañaban pero ella reaccionaba haciendo berrinches.

Auto estimulación: La familia de Estela comentó que nunca tuvo conductas de auto estimulación. Sin embargo consideraron importante resaltar que acostumbraba jalarle el cabello a las personas si ninguna causa, describieron que está bien y de repente los jalaba y aunque le dijeran que les dolía no dejaba de hacerlo e incluso se reía. Como conducta repetitiva, comentaron que acostumbraba saltar.

VI Aspectos familiares relevantes

Cuando se llevó a cabo la entrevista, los padres de Estela estaban separados y su mamá tomó la decisión de iniciar el proceso de divorcio, después de que la niña presenciara una pelea entre su padre y su tío, la cual le asustó mucho.

Otro aspecto importante, que mencionaron tanto la señora Yolanda como el tío de Estela, fue que todas las mujeres en su casa parecían tener neurosis y que incluso el ambiente era muy frío y la convivencia no era muy buena.

El señor José mencionó que le preocupaba que su hija no creciera en un ambiente familiar donde él pudiera estar presente, pues consideraba que era fundamental para su desarrollo. Al respecto, la señora María argumentó que le parecía más sano que creciera sin tener que presenciar peleas de sus padres.

La situación de separación que estaban viviendo los padres había fomentado que su familia materna apoyara a la señora María, pero aun así no tenían buena comunicación.

Evidentemente la relación de pareja que tenían los padres de Estela era muy mala, pues la señora María decía que estaba muy lastimada por todo lo que le hizo su esposo.

VII expectativas

Las expectativas que tenía la madre de Estela sobre su hija eran que estudiara, estuviera sana emocionalmente, se sintiera orgullosa de sí misma, que supiera lo que quiere y que no cayera en alguna adicción. Su padre sólo mencionó que le deseaba lo mejor a su hija.

Respecto a la terapia: Que aumentara su vocabulario, se expresara de mejor manera y que eliminara sus berrinches.

VIII Visita Domiciliaria

Como se ha mencionado, se llevaron a cabo dos visitas domiciliarias, por lo que se dio la oportunidad de observar las condiciones en las cuales se encontraba la casa donde vivía Estela.

En el domicilio de la familia hay dos casas, en la parte frontal está una donde viven otras personas y en el fondo está la casa de Estela; aunque comparten el patio, se pudo observar que no les gusta permanecer en el espacio de la otra familia, dicho patio cuenta con el tamaño suficiente para que Estela pueda jugar con una pelota, correr o jugar libremente.

La casa cuenta con tres pisos; en la planta baja (ver figura 1), está la cocina, la sala y el comedor, en los dos últimos Estela pasa la mayor parte del tiempo, pues ahí ve la televisión, come, realiza su tarea y juega. Se considera que cuentan con el espacio suficiente y con la seguridad necesaria para llevar a cabo sus actividades.

En las dos visitas que se hicieron se percibió que estaba limpia, sin embargo no se sabe con seguridad si permanece así, pues en distintas ocasiones la abuela comentó que la limpieza de la casa era un motivo de discusión con sus hijos.

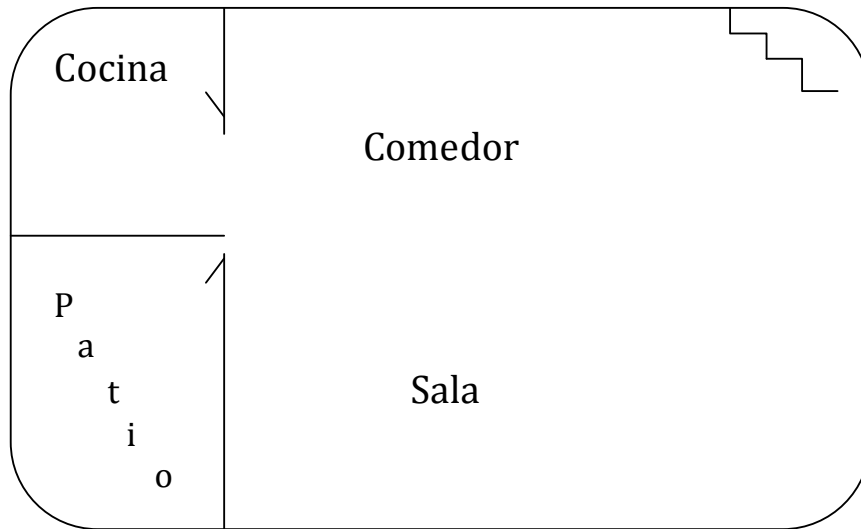


Figura 1. Planta baja de la casa de Estela

En el primer piso, están las recamaras y al parecer hay dos baños, la distribución de los cuartos de este piso era extraña y desproporcionada, dado que subiendo las escaleras, está un pequeño cuarto, donde estuvieron viviendo los papas de Estela cuando ella nació, pero este cuarto no tiene puertas e incluso es como un pasillo porque por ahí tenían que pasar todos para entrar o salir de las otras recamaras, del baño o para subir al tercer piso. Aunque en el momento de la entrevista nadie dormía ahí, había una cama con ropa y con algunos objetos. Para dirigirse a las otras recamaras hay otro pasillo, cabe mencionar que éstas si tenían puerta. La distribución del primer piso es la siguiente.

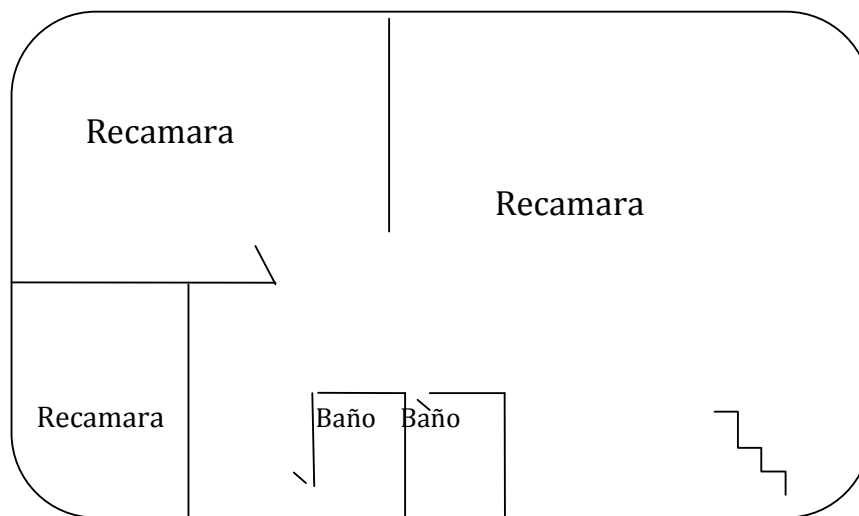


Figura 2. Primer piso de la casa de la familia de Estrella

En el tercer piso de la casa se encontraba un cuarto amplio, la abuela refirió que lo construyó para que su hija estuviera más cómoda con Estela y su esposo, en dicha habitación había dos camas, un ropero grande y muchos juguetes de Estela. La habitación estaba muy limpia y había suficiente espacio para que Estela pudiera desarrollarse y jugar libremente. En el tercer piso también había un baño y otra recámara, donde dormía la tía de Estela.

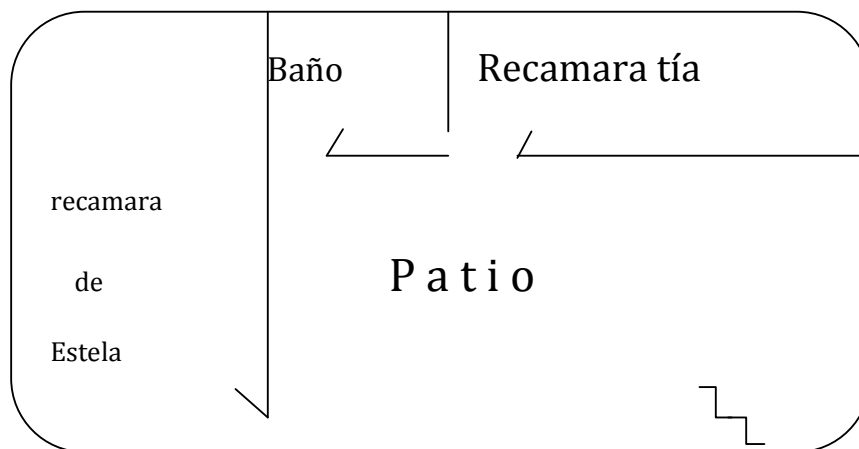


Figura 3. Segundo piso, casa de la familia de Estela.

La casa de Estela está ubicada en el Estado de México, la colonia cuenta con todos los servicios; electricidad, gas, agua, línea telefónica, comercios, escuelas y un parque al cual acostumbran llevarla.

Se considera importante mencionar que tanto a la familia como a los habitantes de la colonia, les preocupaba la existencia de los bares cercanos al domicilio donde asisten estudiantes universitarios. Los padres comentaron que era lamentable la existencia de estos lugares cerca de su casa, porque los chicos que salían de ahí generalmente estaban bajo la influencia del alcohol y esto los llevaba a realizar disturbios en su colonia, mismos que consideraban podían afectar a sus hijos.

IX Comentarios de las entrevistadoras

Desde el inicio de la entrevista, todos los integrantes de la familia se mostraron muy cordiales, se sentaron y dijeron que podíamos dar inicio, pero como aun no llegaba el papa de Estela se les pidió esperar un momento, por lo que le sugirieron a la señora María que le llamara. En cuanto llegó el señor comenzó

la entrevista y en todo momento estuvieron en la mejor disposición de contestar los cuestionamientos.

La mamá de Estela bajó con la niña y al principio se sentaron juntas, poco tiempo después y durante el resto de la entrevista la niña permaneció con sus tíos, dando la impresión de que la relación con sus padres era muy superficial.

En algunos datos había diferencia de opiniones entre la madre, la tía y la abuela de Estela por ejemplo al mencionar sobre las edades en las que realizó ciertas actividades y de hecho la madre mencionó que antes llevaba un registro de todos esos datos pero que había dejado de hacerlo.

Durante la entrevista el señor José y la señora María hablaron en pocas ocasiones, cuando lo hicieron fue para contradecirse y no se miraban a los ojos; la abuela de Estela manifestó inconformidad sobre la conducta del señor José y éste expresó que sólo había ido a hablar sobre su hija no a que le reclamaran cosas, por lo que la actitud de los familiares se tornó hostil respecto al señor y el ambiente estuvo tenso.

Cuando se abordó el tema del embarazo, la señora María empezó a llorar y comentó que al enterarse sufrió mucho e incluso se deprimió porque su situación era muy difícil, se notó en la señora una expresión de tristeza demostrando que tanto el rechazo de su hija como los problemas con su esposo la mantenían en esa condición y mencionó que cuando recordaba todo lo que le había hecho lo odiaba más.

En diversas ocasiones la señora María y el señor José se contradijeron, la mamá de Estela aseguró que su esposo no quería a la niña y que le pidió que la abortara, el señor Jesús dijo que eso era mentira, posteriormente al mencionar que él quería que fuera niño y que al enterarse que era mujer, no quiso entrar a verla en el hospital, el señor José volvió a decir que también era mentira y que no lo habían dejado pasar pero que sí había ido.

En estos momentos, se hizo evidente la incongruencia en las respuestas del señor José al no poder argumentar cuando contradecía a su esposa. De igual manera cuando se le hacía alguna pregunta contestaba cosas que no tenían sentido, por ejemplo cuando se le preguntó sobre las expectativas que

tenía sobre el futuro de su hija sólo contestó: “pues yo también le deseo a mi hija todo lo mejor y quiero decirle a Marisol que si me podría dar alguna otra oportunidad, porque no es bueno que la niña crezca sin un padre que este con ella”. Sin embargo, durante la entrevista se habló de que el señor había levantado unas actas en el ministerio público y que tenía amenazada a la señora María con quitarle a la niña. Durante el resto de la entrevista el señor casi no intervino.

Es importante mencionar que los comentarios hechos por la abuela de Estela permitieron confirmar el matriarcado que ejerce en su familia, ya que en repetidas ocasiones mencionó que ella había apoyado mucho a su hija y al señor José, pero que éste en lugar de agradecer optó por tomar una posición cómoda y dejó de ser responsable. De la misma manera, le reclamó en muchas ocasiones sus fallas, incluso mas que le señora María.

Se observaron otros aspectos importantes sobre la dinámica familiar al escuchar a la abuela mencionar que ella supo salir adelante con todas sus carencias y que aunque había cometido muchos errores que sus hijos le recriminaban, hizo de ellos buenas personas. También mencionó que ya estaba cansada de la rutina que llevaba y que iba a dejar de hacer muchas cosas para darse tiempo para ella. Otro aspecto significativo fue que la tía de Estela al referirse a su mamá le llamaba por su nombre y en otro momento le comentó a su hermana en tono más bajo pero que se pudo escuchar: “tu mamá también sabe...”.

Posteriormente, en la entrevista la señora María estaba hablando y su mamá la interrumpió para hacer un comentario, el tío de Estela le dijo a su mamá en un tono grosero que se callara porque su hermana sabía más y que ella no tenía por qué opinar, la señora lo ignoró y siguió hablando, después se desvió del tema y su hijo le mencionó que no se estaba hablando de eso y le pidió nuevamente que se callara, la señora volvió a ignorarlo. En otro momento la señora María estaba hablando de los cuidados que tenía con su hija y no encontraba las palabras para explicar que en cuanto le pasaba cualquier cosa la llevaba de inmediato al médico, entonces dijo: “es que soy muy..... mm..” y

su mamá dijo ¡descuidada! Por lo que la señora María expresó muy molesta “no, no soy descuidada”.

El abuelo de Estela permaneció callado la mayor parte de la entrevista y los demás familiares comentaron que así era siempre, ya que nunca se involucraba en nada.

Fue evidente que esa carencia de comunicación asertiva y de confianza en la familia estaba afectando su convivencia, dando oportunidad a diversos conflictos y desacuerdos presenciados por Estela, permaneciendo de esta manera, en medio del campo de batalla y presentando los síntomas como consecuencia de dicha dinámica. Si bien los antecedentes prenatales fueron factores predisponentes para que la niña tuviera algún retraso en su madurez, el ambiente que la rodeaba no fue un factor de resistencia y permitió que Estela presentara más dificultades.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Área básica

Atención: Estela se orientó visualmente hacia todos los estímulos que se le indicaron. Fue capaz de concentrarse durante la realización de diversas actividades visomotrices, por periodos breves de tiempo en situaciones de tipo individual. De esta manera concluyó todas las tareas que se le indicaron obteniendo un porcentaje del 100% en esta sub área.

Seguimiento de instrucciones: Siguió instrucciones que implican la realización de acciones y actividades relacionadas con habilidades de autocuidado y domesticas. Requirió ocasionalmente la supervisión de la terapeuta para responder correctamente. Sus respuestas fueron consistentes, dado que obtuvo un porcentaje del 82.2%.

Imitación: En esta subárea obtuvo un porcentaje del 73.8% ya que, realizó correctamente actividades relacionadas con habilidades de autocuidado y domesticas a partir de un modelo. No realizó actividades en las cuales tenía que interactuar, aunque sea brevemente con otras personas.

Discriminación: Estela fue capaz de diferenciar objetos de acuerdo a sus características, realizando tareas de diferentes grados de complejidad como: igualdad de objetos pesados, cantidades (mucho), texturas como liso y áspero, longitudes cortas y largas, objetos delgados, formas geométricas como triángulos, cuadrados y círculos, tamaños chicos y grandes y colores azul, verde, amarillo y rojo. Sin embargo no pudo igualar pesos ligeros, pocas cantidades y objetos gruesos.

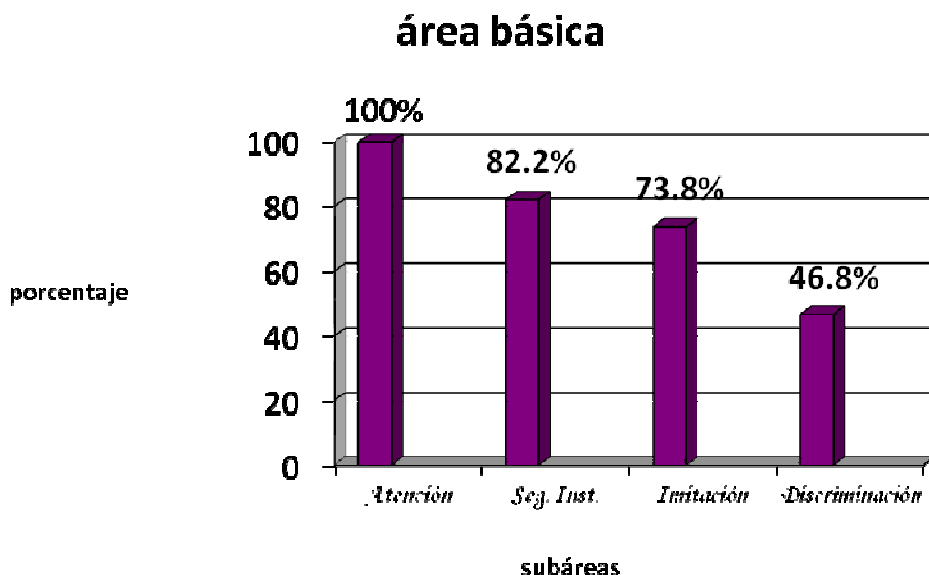
Fue capaz de identificar señalando; posiciones en el espacio tales como arriba, abajo, adentro, afuera, adelante y atrás, lateralidad (derecha e izquierda), así mismo señaló objetos de acuerdo a su grosor (delgado y grueso), formas geométricas como el triángulo y tamaños chico y grande. Presentó imposibilidad para señalar posiciones en el espacio tales como cerca y lejos, objetos de acuerdo a su peso (pesado - ligero), cantidades (mucho y poco) texturas (liso y áspero), longitudes cortas y largas, figuras geométricas como cuadrado y círculo, y colores (azul, verde, amarillo y rojo).

Realizó tareas de agrupamiento de formas geométricas tales como el triángulo, cuadrado y círculo, también agrupó objetos de acuerdo con su color como el azul, verde, amarillo y rojo. Sin embargo, no pudo agrupar objetos de acuerdo a su peso, cantidad, textura, longitud y grosor. De forma tal, que en ésta área Estela obtuvo un porcentaje del 46.8%.

Observaciones: El IHB está estructurado de manera que, las habilidades que evalúa están ordenadas de las más simples a las complejas. Esto puede observarse claramente en la forma en que fue decreciendo el porcentaje que obtuvo Estela en cada subárea.

Respecto a la subárea de seguimiento de instrucciones los reactivos en los que presentó dificultades fueron los que implicaban que ella hablara con otras personas y en los que tenía que realizar actividades que requerían capacidades motoras que aún no tenía y que ni siquiera imitando podía realizar (como sacar punta a un lápiz, recortar, o hacer un collar), por lo tanto se puede decir que su desempeño en seguimiento de instrucciones es total mientras las instrucciones impliquen actividades que Estela tenga la capacidad de realizar. En el área de discriminación, presentó dificultades para nombrar, señalar, colocar e igualar objetos de acuerdo a su peso, tamaño, color forma etc.

Gráfica 1



La gráfica 1 muestra el porcentaje obtenido en cada subárea, del área básica

Área personal – social

Autocuidado: De las actividades relacionadas con el cuidado de sí misma, Estela realizó de manera autosuficiente, las referentes a control de esfínteres, mientras que respecto al aseo de manos, cara y dientes, así como las tareas de vestido y desvestido, lo hizo de manera parcial dado que realiza dichas actividades de manera muy lenta e inexacta.

También llevó a cabo correctamente las actividades relacionadas con las habilidades de alimentación. De esta manera el porcentaje que obtuvo en autocuidado fue del 83.6%.

Socialización: Estela mostró dificultad para adaptarse a situaciones novedosas, ya que aunque permanecía sin perturbar, no iniciaba ni respondía a ninguna actividad de interacción social con las personas que la rodeaban, no manifestaba deseos o preferencias, así como tampoco solicitaba aprobación social de niños ni adultos.

Respondió de manera congruente en algunas de las situaciones que se le presentaron, mostrando un bajo nivel de responsividad a la estimulación social de niños y adultos.

En todas las actividades grupales fue necesario instigar físicamente a Estela para que lograra hacer cualquier tipo de interacción social, pero si se le dejaba sola no hacía nada. Por el contrario en actividades individuales dentro del cubículo no presentaba ninguna dificultad, pues ella iniciaba juegos con cualquier objeto que encontrara.

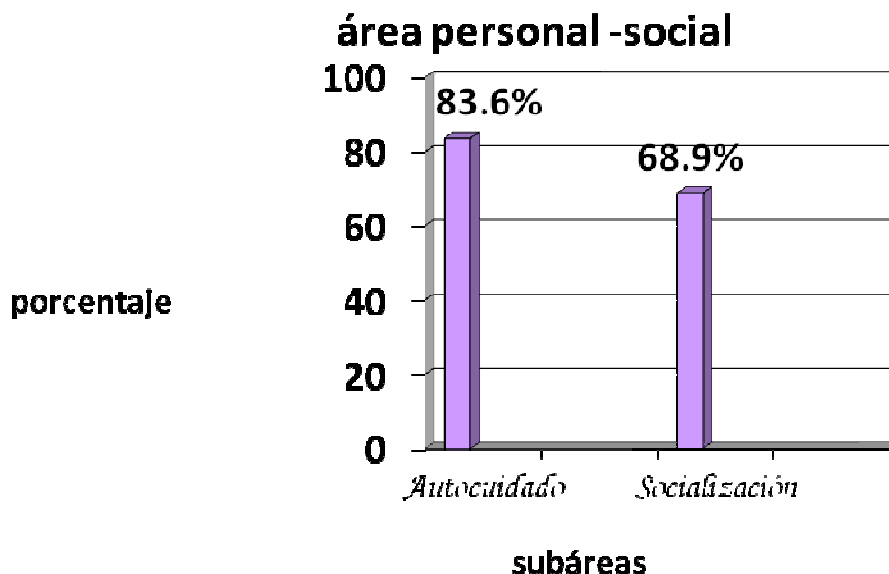
En lo referente a conductas incompatibles con la socialización, se observó aislamiento, tomando una actitud de espectadora, dado que comúnmente permanecía observando a las personas que se encontraban a su alrededor, pero sin involucrarse. Cuando se le pedía algo, sólo lo realizaba si se le instigaba pero ella no continuaba haciéndolo.

El porcentaje que obtuvo en esta subárea fue del 68.9%.

Observaciones: En el momento de la intervención, Estela acudía a una guardería, por lo que estaba acostumbrada a convivir con niños de diferentes

edades y con adultos, por otro lado, era el segundo semestre que acudía a la CUSI y conocía algunos niños y adultos, sin embargo durante el tiempo que llevaba en la clínica, se mostraba muy tímida, no socializaba y cuando se le pedía que saludara o que hiciera cierta actividad, lo hacía en pocas ocasiones pero con timidez.

Grafica 2



2. La gráfica dos muestra el porcentaje que se obtuvo en la evaluación del área personal- social

Área de coordinación visomotriz

Coordinación motora gruesa: Estela realizó de manera autosuficiente las siguientes actividades de desplazamiento: caminar hacia adelante y hacia atrás, correr, caminar sobre una viga, se desplazó saltando hacia adelante y hacia atrás, fue capaz de subir escaleras alternando pies, pero no pudo bajar alternandolos, caminar ni saltar de puntitas, así como tampoco camino con un solo pie.

De las actividades que implicaban equilibrio estático, Estela fue capaz de pararse sobre un solo pie y mantenerse de pie sobre una viga. Respecto a las actividades que implicaban equilibrio de recuperación pudo saltar de un escalón hacia el frente, saltar con ambos pies en un mismo lugar y saltar alturas de cinco centímetros.

Llevó a cabo movimientos coordinados de su cuerpo como acostarse, rodar sobre sí misma, hincarse, sentarse, trepar, lanzar y patear objetos también realizó actividades de integración motriz como empujar, jalar y empujar objetos, utilizar juegos mecánicos y vehículos infantiles de diversos tamaños.

En la coordinación motora gruesa el porcentaje que obtuvo fue del 70%.

Coordinación motora fina: Estela realizó movimientos básicos tales como manipular, colocar, extraer y presionar objetos; movimientos de precisión como apilar e insertar, pero no fue capaz de ensartar ni recortar.

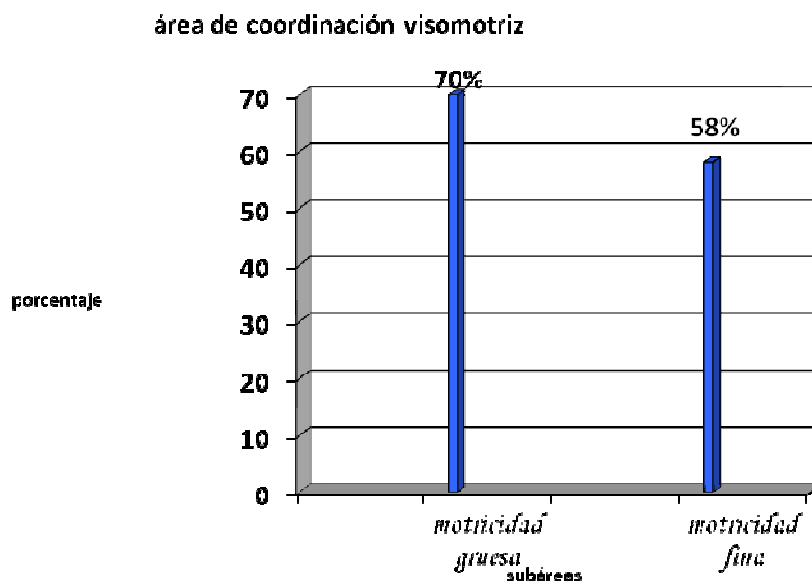
Fue capaz de llevar a cabo actividades que requieren la combinación de diferentes tipos de movimientos como girar, agitar, y hacer presión.

De las tareas de preescritura que se le indicaron, pudo realizar una línea vertical con trazo poco firme, y por el contrario no fue capaz de remarcar ni trazar líneas y figuras, unir líneas ni tampoco iluminar. Fue así como con la realización de las actividades descritas anteriormente, Estela obtuvo un porcentaje del 58%.

Observaciones: Como puede observarse en el porcentaje que se obtuvo en la evaluación de la motricidad gruesa, la paciente se encuentra en buenas condiciones, ya que el porcentaje obtenido se considera pertinente para la edad cronológica de la niña y las actividades que es capaz de realizar, son ejecutadas de manera correcta y autónoma. Por lo mismo se considera importante que aprenda a bajar escaleras alternando pies, ya que en su casa tiene que subir y bajar escaleras constantemente y es primordial que pueda hacerlo sola.

En cuanto a la motricidad fina se puede observar que se le complica un poco más hacer las actividades que se evaluaron, cuando se le pedía que hiciera actividades que le costaban trabajo, como por ejemplo trazar líneas rectas, al ver que no podía hacerlo bien se desesperaba y pedía que se le hiciera.

Gráfica 3



3. La gráfica tres muestra el porcentaje obtenido en las dos subáreas del área de coordinación visomotriz

Área de comunicación

Vocal – Gestual: Estela fue capaz de identificarse a sí misma vocalmente utilizando el pronombre “yo”, diciendo su nombre y mediante ademanes; señalándose y orientándose hacia las terapeutas.

Manifestó sus deseos, preferencias y necesidades mediante palabras aunque sin pronunciarlas bien y en mayor medida con ademanes. Identificó señalando y mencionando las últimas letras de la palabra, las partes del esquema corporal y las prendas para vestir, pero sin identificar su función.

Identificó señalando y nombrando las partes del esquema corporal pero sin saber su función, así mismo identificó algunas prendas de vestir que se usan en ellas, tales como los zapatos, calcetines, pantalón, suéter, guantes y los sombreros.

Identificó señalando y nombrando elementos del medio presentados físicamente, como juguetes, partes de una habitación, utensilios de aseo personal estableciendo relaciones de utilidad en algunos de ellos.

Identificó señalando y nombrando elementos del medio representados en lámina como animales, alimentos, elementos de la naturaleza, algunas partes de la casa como el baño, la cocina y el patio y algunos muebles como la silla, mesa y cama.

Identificó señalando acciones representados en laminas, tales como dormir, comer jugar bañarse, solo fue capaz de identificar nombrando y señalando estados de animo como la tristeza. En esta subárea se obtuvo un porcentaje del 83.9%.

Comunicación verbal vocal: Estela utilizó correctamente las siguientes estructuras gramaticales; en los pronombres personales yo y tú, como pronombres progresivos; mío y mías pero no pudo hacerlo con tuyos, dentro de los pronombres demostrativos logró decir ésta y estos. No utilizaba ningún artículo para referirse a los objetos. Así como tampoco pudo recordar de memoria objetos que le habían sido presentados anteriormente, ni relatar una historia que se le acababa de contar. No fue capaz de sostener una conversación sencilla referente a eventos de su situación presente, pasada o futura, respondiendo con una palabra o incluso haciendo caso omiso de la pregunta.

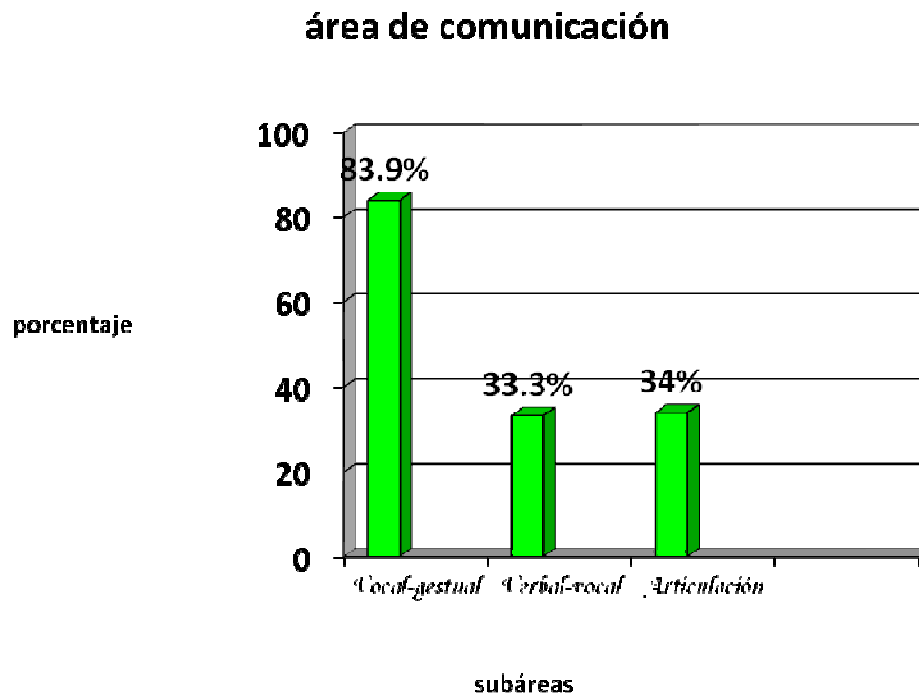
Su repertorio vocal consistió en bisílabos, observándose un volumen de voz adecuado o incluso elevado cuando estaba con personas conocidas y presentando concordancia de género y número. De esta manera el porcentaje obtenido fue del 33.3%

Articulación: Estela fue capaz de pronunciar correctamente casi todos los fonemas, a excepción de la “d” y la “r”, pero al pronunciar palabras en ocasiones se le dificultaba pronunciar la “s” (en posición intermedia) y sólo pronunciaba correctamente palabras cortas, de ser largas sólo decía la terminación.

Articulaba correctamente algunas palabras bisilábicas sobre todo palabras de cuatro letras. Pero presentaba dificultad al pronunciar palabras largas, por lo que sólo mencionaba la terminación de éstas. El porcentaje que obtuvo en esta subárea fue del 34%.

Observaciones: Estela podía comunicarse fácilmente mediante gestos y señas, en cuanto a la capacidad verbal aunque su repertorio vocal era muy limitado, intentaba pronunciar las palabras que se le pedían, pero no podía hacerlo correctamente.

Gráfica 4



La gráfica cuatro muestra el porcentaje obtenido en el área de comunicación.

Resultados Globales

Los resultados anteriores, se presentaron de acuerdo las áreas evaluadas, señalando el porcentaje obtenido en cada una de sus subáreas. A continuación se presentaran los datos generales que se obtuvieron de acuerdo al Inventario de Habilidades Básicas.

Tabla 1

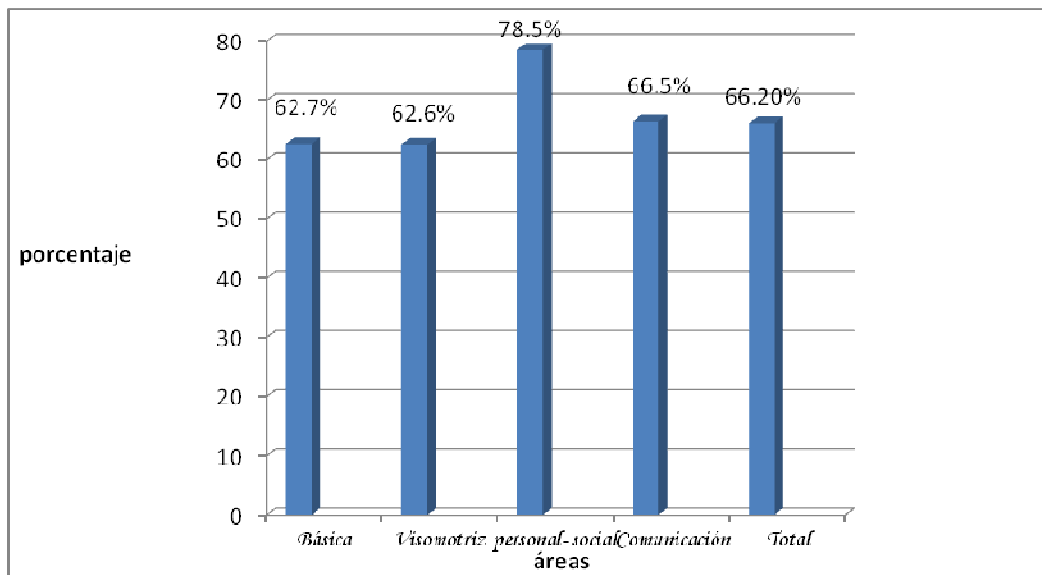
Concentrado de resultados

Área	Puntuación máxima	Habilidades aprobadas	Respuestas correctas	Porcentaje
Básica	172	161	101	62.7%
Visomotriz	159	142	89	62.6%
Personal social	87	84	66	78.5%
Comunicación	308	248	165	66.5%
Total	726	635	421	66.2%

La tabla 1 muestra los puntajes que obtuvo Estela en las cuatro áreas de la evaluación que se realizó.

Gráfica 5

Global



La gráfica cinco muestra el porcentaje que obtuvo Estela en todas las áreas que fueron evaluadas

CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

La realización de la evaluación con el IHB se llevó a cabo porque este inventario evalúa repertorios básicos concordantes con la edad de Estela. Como puede observarse, el porcentaje que obtuvo en las cuatro áreas es similar, el porcentaje fue del 60% en promedio y en el área que salió mas alta, fue en la personal social, con un porcentaje del 78.5% y aunque el área de coordinación visomotriz fue la más baja, se consideró trabajar dos conductas de todas las áreas importantes para que el desarrollo de Estela se optimizara.

En el área básica lo que se le dificultó más fue la discriminación, por lo que se decidió hacer un programa para que diferenciara entre peso y cantidad.

Respecto al área de coordinación visomotriz a pesar de que el porcentaje fue de 62.6% no se encontraba muy rezagada, sin embargo se consideró que era una niña a la que no le permitían hacer algunas cosas por la sobreprotección que ejercía toda su familia. En la motricidad gruesa se creyó pertinente trabajar para que Estela fuera capaz de atrapar una pelota con ambas manos y que pudiera permanecer apoyada en un pie durante 5 segundos, ya que no tenía equilibrio. Para fortalecer su motricidad fina, se decidió que Estrella aprendiera a recortar correctamente.

En el área personal social fue en la que la niña obtuvo un porcentaje mayor, sin embargo cuando se percataba que habían personas ajenas cerca de ella, no hablaba ni hacía nada y si le preguntan algo no les contestaba, cuando había otros niños no jugaba con ellos, ni siquiera cuando se le instigaba, sólo se les quedaba viendo. Por lo cual se decidió trabajar para que fuera capaz de invitar a jugar a un niño y que permaneciera por lo menos 10 minutos jugando con él. Respecto al autocuidado lo único que no hacía al vestirse y desvestirse era abotonar, razón por la cual se decidió trabajar para que fuera capaz de hacerlo.

Finalmente el área de comunicación al evaluarse obtuvo un porcentaje del 66.5% pero se consideró que su desempeño no era muy bajo, pues su edad no le permitía tener una puntuación mayor. En esta área se realizó un programa para que Estela pudiera pronunciar completamente palabras bisilábicas.

Línea Base I

Una vez que se tuvieron los resultados de la evaluación que se llevó a cabo por medio del Inventario de Habilidades Básicas (IHB), fue de suma importancia considerar los repertorios que se encontraban mas rezagados en cada área, para poder abordarlos y potencializar un desarrollo en éstos. A continuación se describen las conductas por área que se trabajaron con Estela.

Área básica

En esta área se observó que lo que mas se le dificultaba a Estela era discriminar cantidades y pesos, por lo que se pretende abordarlo.

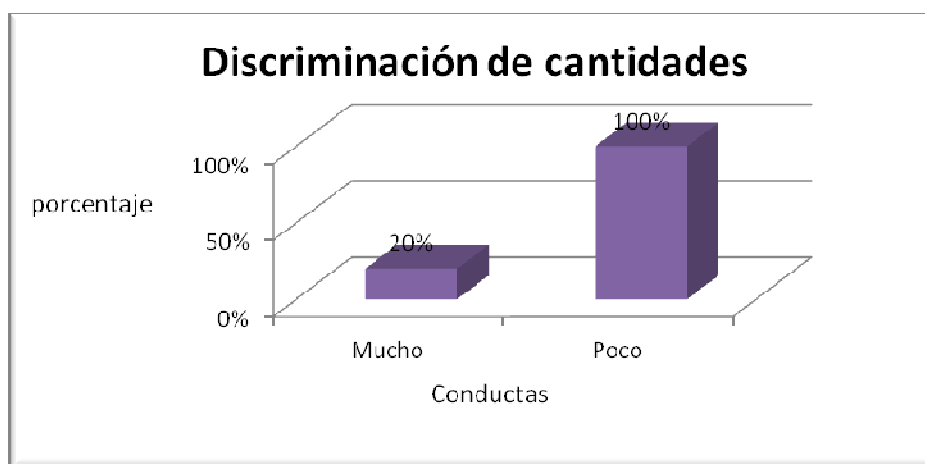
1. Conducta: Qué Estela identifique y mencione la diferencia existente entre cantidades (mucho - poco) al mostrarle dos vasos; uno con “muchas canicas” y otro con “pocas canicas”, por 5 veces.

Tabla 2

Cantidad	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Mucho	✓	X	X	X	X	1	20%
Poco	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%

La tabla 2 muestra el número de respuestas correctas e incorrectas, así como el porcentaje obtenido en la discriminación de cantidad.

Gráfica 6



La gráfica 6 muestra el porcentaje que obtuvo Estela respecto a la discriminación de cantidades

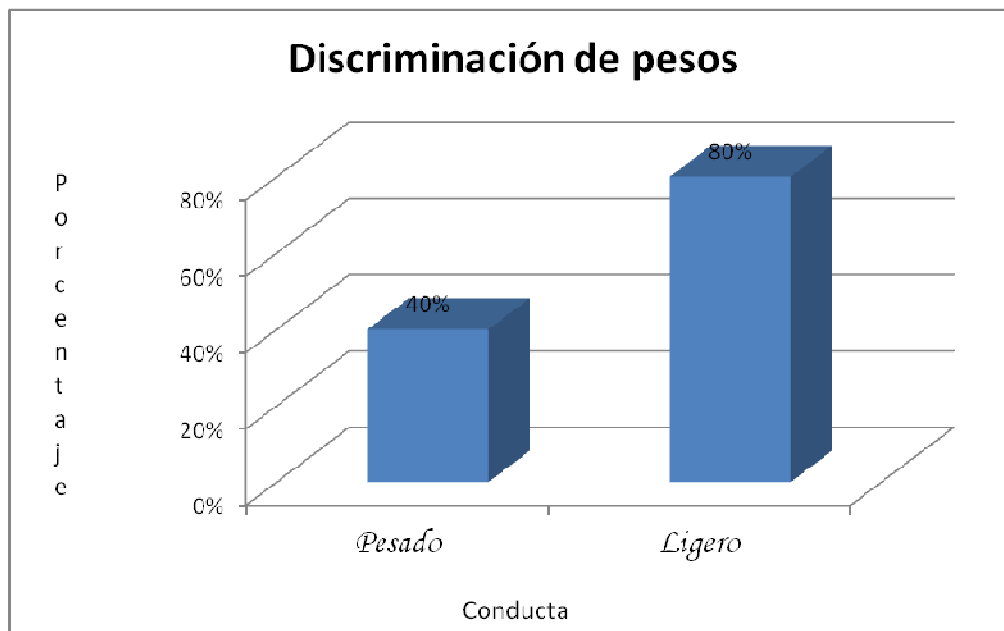
2. Conducta: Que Estela identifique y mencione la diferencia de pesos (pesado-ligero) al mostrarle dos costales pequeños; uno “pesado” y otro “ligero” por 5 veces.

Tabla 3

Cantidad	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Pesado	✓	✓	X	X	X	2	40%
Ligero	✓	X	✓	✓	✓	4	80%

La tabla 3 muestra el número de respuestas correctas e incorrectas, así como el porcentaje obtenido en la discriminación de pesos.

Gráfica 7



La gráfica 7 muestra el porcentaje que obtuvo Estela respecto de la discriminación de pesos

Área de coordinación Visomotriz

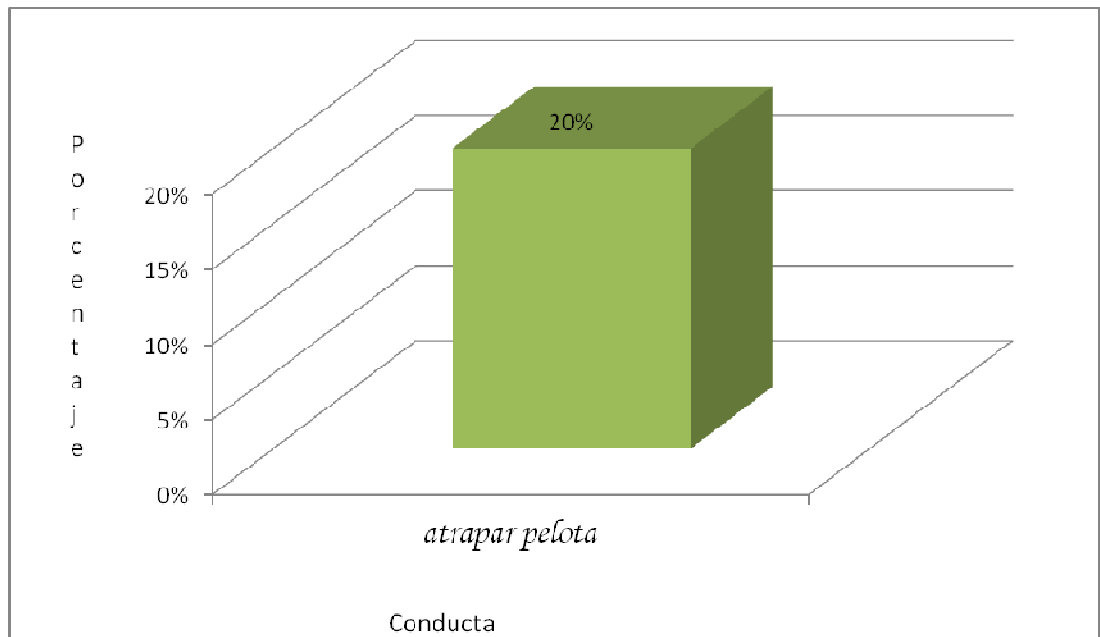
3. Conducta: Al lanzarle una pelota de frente, Estrella será capaz de atraparla con ambas manos por 10 veces consecutivas

Tabla 4

Conducta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R.C	Porcentaje
Atrapar pelota	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	8	20%

La tabla 4 muestra el número de respuestas correctas e incorrectas, así como el porcentaje obtenido en la coordinación visomotriz.

Grafica 8



La grafica 8 muestra el porcentaje que obtuvo Estela cuando se le lanzó la pelota 10 veces.

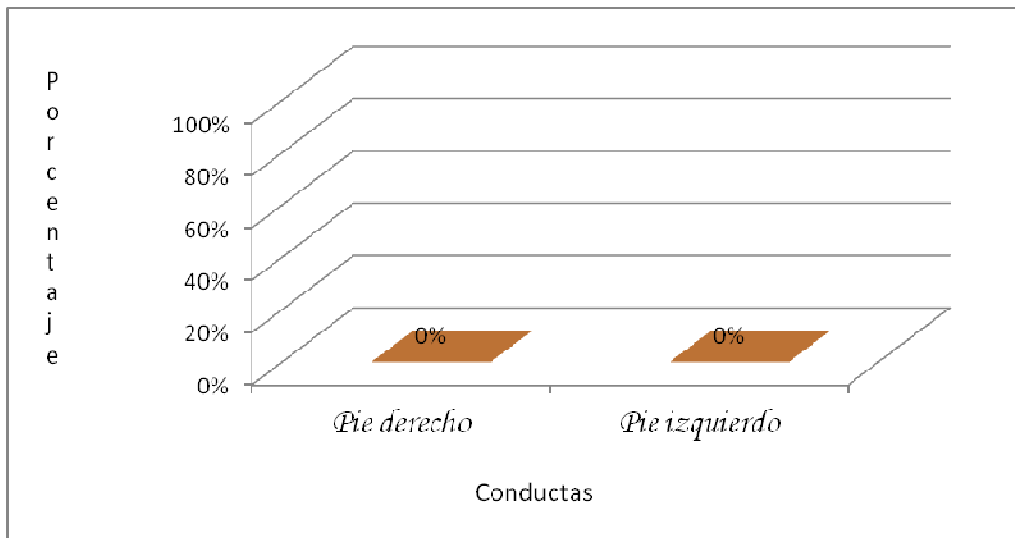
4. Conducta: Que Estela sea capaz de mantenerse parada apoyándose sólo de un pie, durante 5 segundos. Primero el derecho y luego el izquierdo.

Tabla 5

Pie	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Derecho	X	X	X	X	X	0	0%
Izquierdo	X	X	X	X	X	0	0%

La tabla 5 muestra que Estela no pudo mantenerse parada solo apoyándose del pie derecho, ni del izquierdo

Gráfica 9



La gráfica 9 muestra que Estela no pudo mantenerse sostenida en un solo pie, durante 5 segundos

5. Conducta: Estela será capaz de recortar una figura que contenga líneas rectas de manera correcta.

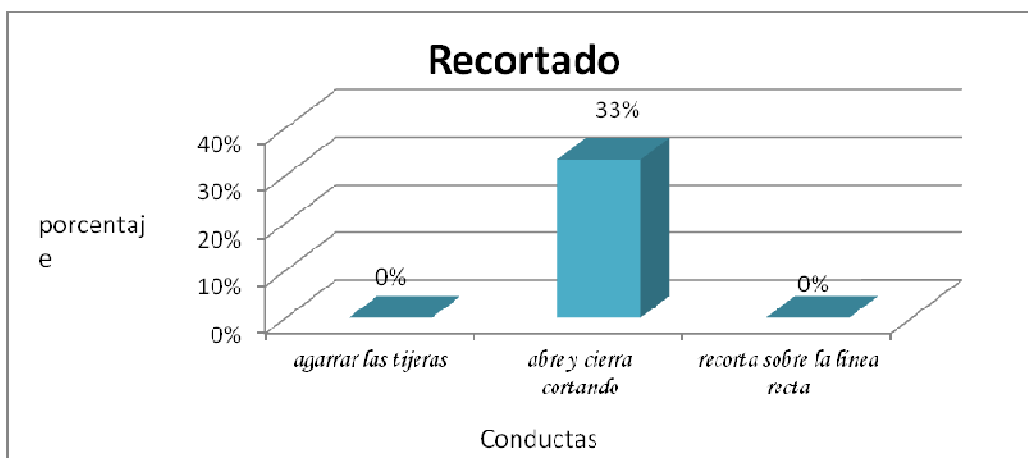
Tabla 6

conducta	1	2	3	Calificación	Porcentaje
recortar	X	✓	X	2	33.3%

Puntuación obtenida al recortar una línea recta

Para esta conducta se dio una escala de 1 a 3 para calificar el desempeño de Estrella en el recortado, en la cual 1 se refiere a si toma correctamente las tijeras, 2: si las abre y cierra cortando y 3 si recorta el papel sobre la línea recta.

Grafica 10



La presente gráfica, muestra que Estela solo realizó correctamente 1 de las 3 conductas que fueron evaluadas.

Área personal- social

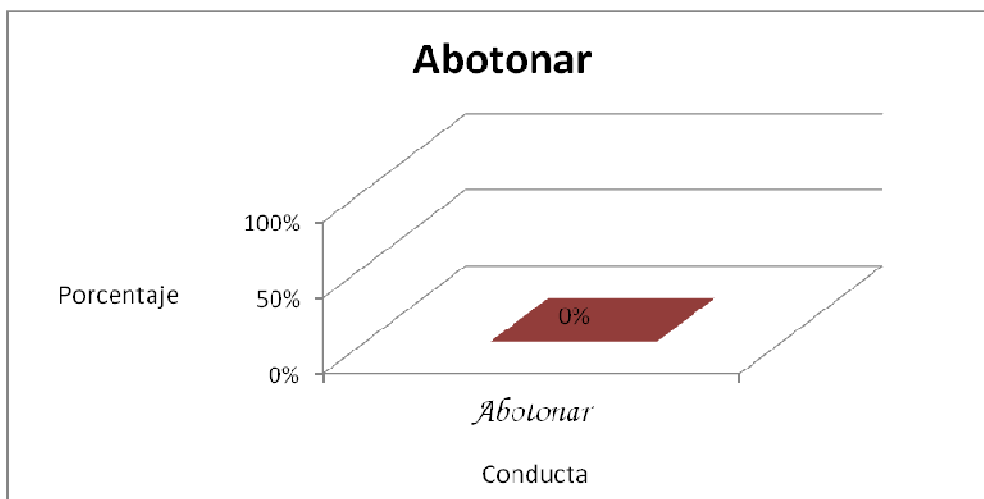
1. Conducta: Que Estela sea capaz de abotonarse un suéter que contiene 5 botones grandes

Tabla 7

Conducta	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Abotonar	X	X	X	X	X	0	0%

La tabla muestra que Estela obtuvo un porcentaje de 0%

Grafica 11



La gráfica 11 muestra que Estela no logró abotonar en ninguna ocasión

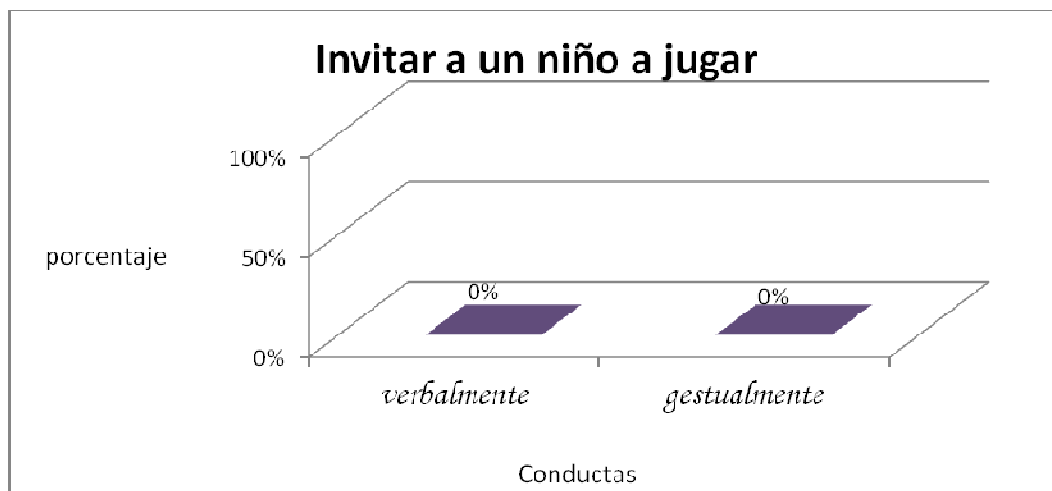
2. Conducta: Que Estela invite a una niño a jugar verbal y gestualmente en presencia de otras personas

Tabla 8

Conducta	1	2	Calificación	Porcentaje
Invitar a jugar a un niño	X	X	0	0%

Para evaluar esta conducta, se asignaron dos categorías a evaluar, la primera midió si Estela invitaba gestualmente a otro niño a jugar, mientras que la segunda evaluó si lo hacía vocalmente.

Gráfica 12



Porcentaje que obtuvo Estela al invitar a otro niño a jugar

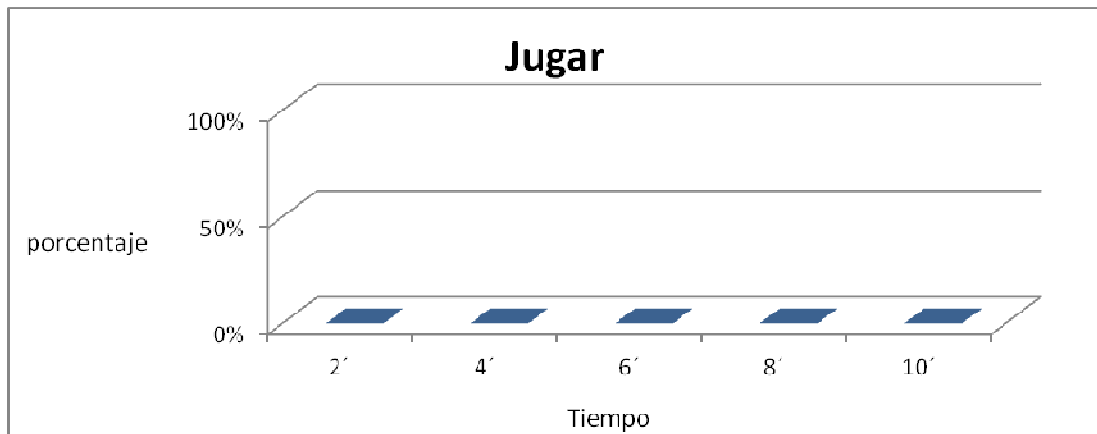
3. Que Estela permanezca jugando por lo menos 15 minutos con un niño

Tabla 9

Conducta	2'	4'	6'	8'	10'	15'	minutos	Porcentaje
Jugar	X	X	X	X	X	X	0	0%

La tabla muestra que Estela obtuvo un porcentaje del 0% en esta actividad

Gráfica 13



La presente grafica muestra que Estela no jugó con un niño

Área de comunicación

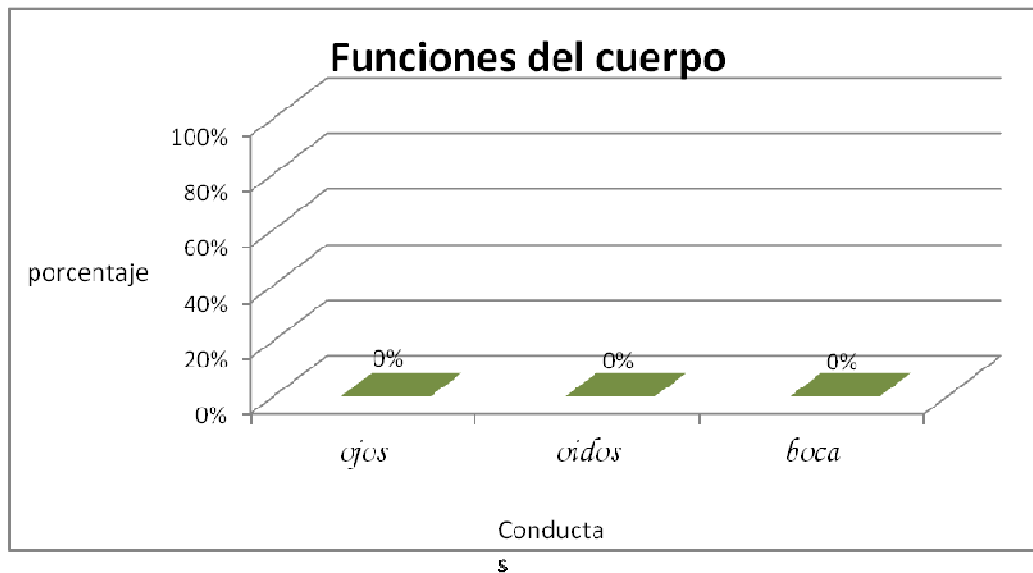
1. Que Estela mencione la función de tres partes del cuerpo, en tres veces

Tabla 10

Parte del cuerpo	1	2	3	R.C	Porcentaje
ojos	X	X	X	0	0%
oídos	X	X	X	0	0%
boca	X	X	X	0	0%

La tabla 9 muestra el número de respuestas correctas en esta conducta

Gráfica 14



La gráfica 14 muestra el porcentaje que obtuvo Estela en esta conducta.

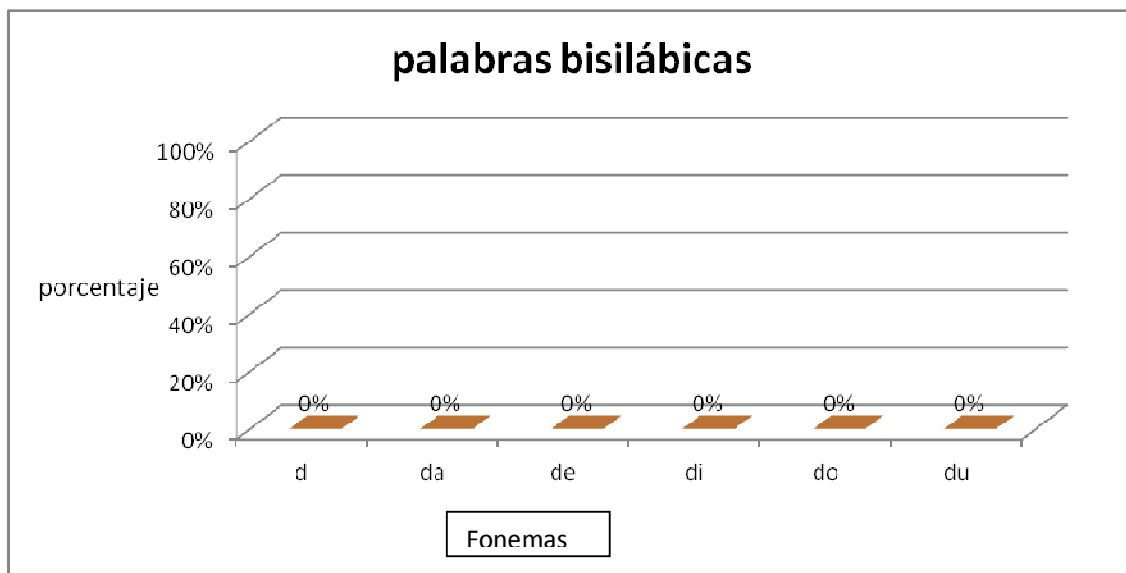
2. Conducta: Que Estela pronuncie el fonema “d” solo, con vocales y entre palabras.

Tabla 11

Fonema “d”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R.C	Porcentaje
“d”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%
“da”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%
“de”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%
“di”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%
“do”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%
“du”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0%

La tabla 11 muestra el número de respuestas correctas de Estela en la pronunciación del fonema “d”

Gráfica 15



La gráfica 15 muestra el porcentaje que obtuvo Estela en la pronunciación del fonema “d” solo y con vocales

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Prerrequisitos

Los prerrequisitos con los que contaba Estela y que le permitieron trabajar en la intervención son los siguientes:

- Atención
- Seguimiento de instrucciones
- Capacidad motriz; fina y gruesa
- Aparato fonoarticulador sano

Ejercicios preparatorios

Los ejercicios preparatorios que realizó Estela le fueron de gran utilidad para realizar las actividades del programa de intervención, dichos ejercicios se llevaron a cabo todos los días antes de iniciar la sesión y dependieron del objetivo particular que se iba a trabajar. Los ejercicios fueron los siguientes:

- Levantar los brazos a la altura de los hombros, diez veces consecutivas en el cubículo
- Caminar sobre una viga de 5cm. de altura, y al llegar al extremo levantar ligeramente un pie y después el otro. Hacerlo tres veces en el cubículo.
- Con los brazos levantados hacia el frente, a la altura de sus hombros, abrir y cerrar las manos 10 veces, 5 en el camino de su casa a la CUSI, y 5 en el cubículo.
- Abrir y cerrar una botella de agua, que tenga una tapa pequeña, por 5 veces; tres veces en su casa y dos en el cubículo
- Con duvalín en los labios, hacer movimientos horizontales, verticales y circulares con la lengua.

Objetivo general

Que al finalizar el programa, Estela mejore su capacidad de discriminación, comunicación, socialización así como también su motricidad fina y gruesa.

Área básica

Objetivo particular 1: Al terminar el programa, Estela discriminará las cantidades mucho y poco.

Objetivo Conductual 1: Que Estela sea capaz de señalar, “muchos” y pocos” juguetes, tres veces.

Actividad: Se pusieron 10 juguetes de Estela en un extremo del escritorio y en el otro extremo 2 juguetes. Se le señaló donde estaban los diez juguetes y se le dijo “estos son muchos juguetes Estela”, posteriormente se le señaló donde estaban los 2 juguetes y se le dijo “estos son pocos juguetes”. Después se le pidió que señalara hacia donde habían “pocos” juguetes, de inmediato se le pidió que señale donde habían muchos juguetes.

Cabe mencionar que en todas las actividades cuando sus respuestas eran correctas, se le reforzaba dándole una pasita y diciéndole “Muy bien Estela”. Si sus respuestas eran incorrectas se repetía el proceso, hasta que pudiera hacerlo correctamente.

Material: 12 juguetes diferentes y pasitas

Objetivo Conductual 2: Que Estela señale un vaso con (poca) agua y una jarra con (mucho) agua, tres veces.

Actividad: Se le mostró a Estela una Jarra de dos litros de capacidad, llena de agua y un vaso que también estaba lleno de agua, se le señaló el vaso diciendo: “esa es poca agua Estela”, después se señaló la jarra y se le dijo “esta es mucha agua”. Posteriormente se le pidió que señalara donde había mucha agua.

Materiales: una jarra con agua, un vaso con agua, y pasitas

Objetivo Conductual 3: Que Estela señale “muchas” canicas y “pocas” canicas.

Actividad: En un vaso se pusieron muchas canicas y en otro pocas canicas. Se le mostraron a Estela los vasos y se le dijo: “mira Estela este vaso tiene muchas canicas”. Una vez que lo observó se le pidió que entregara el vaso que tenía pocas canicas, posteriormente se le indicó que proporcionara el vaso que contenía muchas canicas.

Material: dos vasos desechables, canicas, pasitas

Objetivo conductual 4: Que Estela junte “muchas” hojas y pocas hojas, en tres ocasiones distintas.

Actividad: Se le dieron dos recipientes iguales a Estela; uno con una etiqueta verde y el otro con una azul. Se le indicó que el de etiqueta azul debería contener “muchas” hojas y el de la etiqueta verde “pocas hojas”. Posteriormente se le llevó al jardín y se le dio la instrucción de que recogiera las hojas que se habían caído de los árboles y las pusiera en los recipientes, según las instrucciones anteriores.

Material: dos recipientes iguales, hojas que se habían caído de los árboles y pasitas.

Criterios para dar por establecida la conducta:

Se dio por establecida la conducta, cuando Estela fue capaz de discriminar entre mucho y poco, independientemente del material que se le presentó, cuando no hubo necesidad de ser reforzada, moldeada o instigada, y pudo utilizarlo en su vida cotidiana o cuando se le pidió.

Objetivo particular 2: Que Estela discrimine la diferencia entre pesado y ligero.

Objetivo conductual 1: Que Estela señale una caja pesada y una caja ligera, tres veces.

Actividad: Se pusieron en la mesa dos cajas iguales, una pesada (1 kg) y la otra ligera (5 gr. aproximadamente). Se le dio a Estela la caja ligera y se le dijo “ésta caja es ligera”, posteriormente se le dio la caja pesada y se le dijo “esta caja es pesada Estela”. Posteriormente se le pidió que señalara la caja ligera, después se le pidió que señalara la caja pesada.

Material: dos cajas, una pesada, otra ligera y pasitas.

Objetivo conductual 2: Que Estela sea capaz de colocar un globo pesado y otro ligero, en tres ocasiones.

Actividad: Se pusieron en la mesa dos globos, uno lleno de agua y el otro inflado. Se le dio a Estela el globo inflado y se le dijo “mira Estela este globo es ligero” después se le dio el globo con agua y se le dijo “este globo es pesado Estela”, posteriormente se le pidió que pusiera sus manos sobre la mesa con las palmas hacia arriba y se le puso un globo en cada mano y dando la siguiente instrucción: Estela entrega el globo ligero, acto seguido se le volverá a poner el globo en la mano en la que lo tenía y se le pedirá que de el globo pesado.

Material: un globo con agua, un globo inflado y pasitas.

Objetivo conductual 3: Que Estela sea capaz de colocar un costalito “pesado” y uno ligero, tres veces.

Actividad: En la mesa se pusieron dos costalitos, uno pesado y otro ligero. Se le señaló a Estela el costal ligero diciendo “mira Estela este costal es ligero” después se le dio el costal pesado y se le dijo “este costal es pesado Estrella”, posteriormente se le pidió que pusiera sus manos sobre la mesa con las palmas hacia arriba, se le puso un costal en cada mano y se le dio la siguiente instrucción: “Estela entrega el costal ligero” , posteriormente se le volvió a poner el costal en la mano en la que lo tenía y se le dijo: “Estrella da el costal pesado”.

Material: un costalito pesado, uno ligero y pasitas

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de discriminar pesado y ligero de entre varios objetos, sin necesidad de ser reforzada, cuando no necesitó instigación y cuando lo utilizó en su vida cotidiana.

Área de coordinación visomotriz

Objetivo particular 3:

Que Estela atrape una pelota con ambas manos, lanzada de frente a una distancia aproximada de 1 m.

Objetivo conductual 1: Que Estela levante ambos brazos con las manos hacia arriba a la altura del estómago, tres veces consecutivas.

Actividad: Por medio del modelaje, se le pidió a la niña que levantara las manos con las palmas hacia arriba, cuando lo hizo cinco veces, se le reforzó con una pasita y con la frase “muy bien Estela”.

Material: pasitas

Objetivo conductual 2: Que la niña agarre una pelota que se le deja en las manos, teniendo los brazos estirados, tres veces consecutivas.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara todo el movimiento de una pelota que se le entregaba en sus manos. Sólo se le reforzó cuando observó el recorrido de la pelota, sin perderla de vista.

Material: una pelota y pasitas

Objetivo Conductual 3: Que Estela observe y atrape tres veces consecutivas una pelota mientras se le deja caer en las manos, teniendo los brazos estirados de una altura aproximada de 25 cm.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido de una pelota y la atrapara cuando se le dejó caer en las manos de una altura aproximada de 25 cm.

Material: una pelota y pasitas

Objetivo Conductual 4: Que Estela observe y atrape tres veces consecutivas una pelota mientras se le deja caer en las manos, teniendo los brazos estirados de una altura aproximada de 50 cm.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido y atrapara una pelota que se le dejó caer en las manos de una altura aproximada de 50 cm.

Material: una pelota y pasitas

Objetivo Conductual 5: Que Estela observe atentamente el recorrido y atrape tres veces consecutivas una pelota lanzada de frente, de una distancia aproximada de 25 cm.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido de una pelota que le fue lanzada de frente a una distancia aproximada de 25 cm. y que al llegar a sus manos la atrapara.

Material: pasitas y una pelota

Objetivo Conductual 6: Que Estela observe atentamente el recorrido de una pelota y la atrape tres veces consecutivas al ser lanzada de frente, de una distancia aproximada de 50 cm.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido de una pelota y la atrapara al serle lanzada de frente a una distancia aproximada de 50 cm.

Material: pasitas y una pelota

Objetivo Conductual 7: Que Estela observe atentamente el recorrido de una pelota y la atrape tres veces consecutivas al ser lanzada de frente, de una distancia aproximada de 75 cm.

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido de una pelota y la atrapara cuando se le lanzó de frente a una distancia aproximada de 75 cm.

Material: pasitas y una pelota

Objetivo Conductual 8: Que Estela observe atentamente el recorrido de una pelota y la atrape tres veces consecutivas al ser lanzada de frente, de una distancia aproximada de 100 cm

Actividad: Se le pidió a Estela que manteniendo los brazos estirados observara el recorrido que una pelota y la atrapara al ser lanzada de frente a una distancia aproximada de 100 cm.

Material: pasitas y una pelota

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando la niña fue capaz de atrapar con ambas manos una pelota que se le lanzó a una distancia aproximada de un metro, sin reforzamiento, modelo, ni instigación.

Objetivo particular 4:

Que Estela se mantenga parada, apoyada en un solo pie, durante 5 segundos.

Objetivo Conductual 1: Que Estela levante ligeramente la pierna derecha para apoyar la punta del pie en una viga de 5 cm de altura, dos veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que apoyada sólo en la mano de la terapeuta levantara su pierna derecha y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia tal, que su pierna quedaba totalmente estirada. De hacerlo, se le daba una pasita y se le decía “muy bien Estela”. Si no lo hacía se le instigaba físicamente para que pudiera lograrlo.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 2: Que Estela sea capaz de levantar ligeramente la pierna izquierda para apoyar la punta del pie en una viga de 5 cm de altura.

Actividad: Se le pidió que apoyada sólo en la mano de la terapeuta levantara su pierna izquierda y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia tal, que su pierna quedaba totalmente estirada.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 3: Que Estela mantenga la punta de su pie derecho 5 segundos sobre la viga, apoyada en la mano de la terapeuta, dos veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que apoyada sólo en la mano de la terapeuta levantara su pierna derecha y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a la distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada, posteriormente, debió permanecer así por 5 segundos. Cabe mencionar que sólo se le reforzaba si permanecía por lo menos 5 segundos. Si no lo hacía se le instigaba físicamente para que pudiera lograrlo.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 4: Que Estela mantenga la punta de su pie izquierdo 5 segundos sobre la viga, apoyada en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que apoyada sólo en la mano de la terapeuta levantara su pierna izquierda y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada. Una vez en esa posición debía permanecer así por 5 segundos. Sólo se le reforzaba si permanecía por lo menos 5 segundos. Si no lo hacía se le instigaba físicamente.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 5: Que con la punta de su pie derecho apoyada en la viga, Estela levante la pierna y regrese a la posición anterior, dos veces apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Una vez con el pie derecho en la viga, se le pidió a Estela que levantara la pierna con la rodilla flexionada y regresara a la posición anterior sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 6: Que con la punta de su pie izquierdo apoyada en la viga, Estela levante la pierna y regrese a la posición anterior, dos veces apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pie izquierdo en la viga, levantara su pierna flexionando las rodillas y regresara a la posición anterior, dos veces sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 7: Con la punta de su pie derecho apoyado en la viga, que Estela levante la pierna, flexionando la rodilla, y la mantenga en el aire por 3 segundos, dos veces consecutivas, apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que una vez teniendo su pierna derecha en la viga, la levantara flexionando la rodilla y la mantuviera en el aire por 3 segundos, sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 8: : Con la punta del pie izquierdo apoyado en la viga, que Estela levante la pierna, flexionando la rodilla, y la mantenga en el aire por 3 segundos, dos veces consecutivas, apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna izquierda en la viga, la levantara flexionando la rodilla y la mantuviera en el aire por 3 segundos, sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 9: Que con la punta del pie derecho apoyada en la viga, Estela levante la pierna dos veces y cada una la mantenga en el aire por 5 segundos, apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna derecha en la viga, la levante ligeramente flexionando la rodilla y la mantenga en el aire por 5 segundos, sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 10: Que con la punta del pie izquierdo apoyada en la viga, Estela levante la pierna y la mantenga en el aire por 5 segundos, en dos ocasiones, apoyándose sólo en la mano de la terapeuta.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna izquierda en la viga, la levantara ligeramente flexionando la rodilla y la mantuviera en el aire por 5 segundos, en dos ocasiones, sólo apoyándose en la mano de la terapeuta.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 11: Que Estela levante ligeramente la pierna derecha para apoyar la punta del pie en una viga de 5 cm de altura en dos ocasiones, sin ayuda.

Actividad: Se le pidió a Estela que sin apoyo, levantara su pierna derecha y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada. Si lo hacía se le daba una pasita y se le decía “muy bien Estela”. Si no lo hacía se le instigaba físicamente para que lo lograra y posteriormente se le pedía que volviera a intentarlo sola.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 12: Que Estela levante ligeramente la pierna izquierda para apoyar la punta del pie en una viga de 5 cm de altura dos veces, sin ayuda.

Actividad: Se le pidió a Estela que levantara su pierna izquierda y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 13: Que Estela mantenga la punta de su pie derecho en dos ocasiones, por 5 segundos sobre la viga, sin apoyo.

Actividad: Se le pidió a Estela que levantara su pierna derecha y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada, una vez que se encontró en esa posición debió permanecer así por 5 segundos. Cabe

mencionar que sólo se le reforzaba si permanecía por lo menos 5 segundos y sin apoyarse.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 14: Que Estela mantenga la punta de su pie izquierdo 5 segundos sobre la viga, dos veces sin apoyo.

Actividad: Se le pidió a Estela que levantara su pierna izquierda y colocara la punta de su pie en una viga de 5 cm de altura que estaba frente a ella a una distancia en la que su pierna quedaba totalmente estirada, una vez en esa posición tuvo que permanecer así por 5 segundos.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 15: Que con la punta de su pie derecho apoyada en la viga, Estela levante su pierna, sin apoyo, dos veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna derecha en la viga, la levantara ligeramente y regresara a la posición anterior, dos veces consecutivas.

Material: una viga de 15 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 16: Con la punta de su pie izquierdo apoyada en la viga, que Estela levante su pierna ligeramente, sin apoyo, dos veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que con la punta de su pie izquierdo en la viga, levantara su pierna ligeramente y regresara a la posición anterior en dos ocasiones y sin apoyo.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 17: Que con la punta de su pie derecho apoyada en la viga, Estela levante la pierna y la mantenga en el aire por 3 segundos, dos veces, sin apoyo.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna derecha en la viga, la levantara ligeramente y la mantuviera en el aire por 3 segundos, en dos ocasiones y si ayuda.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 18: Que con la punta de su pie izquierdo apoyada en la viga, Estela levante la pierna y la mantenga en el aire por 3 segundos, dos veces, sin apoyo.

Actividad: Se le pidió a Estela que con su pierna izquierda en la viga, la levantara ligeramente y la mantuviera en el aire por 3 segundos, en dos ocasiones, sin ayuda.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 19: Que con la punta de su pie derecho apoyada en la viga, Estela levante la pierna y la mantenga en el aire por 5 segundos, sin apoyo, en dos veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que una vez con su pierna derecha en la viga, la levantara ligeramente y la mantuviera en el aire por 5 segundos, en dos ocasiones y sin ayuda.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Objetivo Conductual 20: Que con la punta de su pie izquierdo apoyada en la viga, Estela levante la pierna y la mantenga en el aire por 5 segundos, en dos ocasiones y sin apoyo.

Actividad: Se le pidió a Estela que una vez que tuviera su pierna izquierda en la viga, la levantara ligeramente y la mantuviera en el aire por 5 segundos.

Material: una viga de 5 cm de altura y pasitas

Criterios para dar establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando la niña fue capaz de mantener primero la pierna derecha y luego la izquierda en el aire, sin apoyo durante 5 segundos, sin reforzamiento, sin instigación ni modelamiento.

Objetivo particular 5:

Que Estela recorte de manera correcta, líneas rectas.

Objetivo conductual 1: Que Estela tome las tijeras con la mano derecha, entre sus dedos pulgar y medio, tres veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que introdujera su pulgar de la mano derecha en el orificio superior y el medio, en el orificio inferior de las tijeras, tal como una de las terapeutas le modeló. Una vez que la niña tuvo ambos dedos en esa

posición se le dijo “eso es Estela, lo hiciste muy bien”. Esta actividad se realizó 5 veces consecutivas. Cuando no pudo realizar esta acción con el modelamiento de la terapeuta, se le instigó físicamente, para que pudiera hacerlo.

Material: unas tijeras.

Objetivo Conductual 2: Que con los dedos en los orificios correspondientes Estela sea capaz de abrir y cerrar las tijeras, cinco veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que con el pulgar y el dedo medio en los orificios correspondientes, abriera y cerrara las tijeras como lo hizo en los ejercicios preparatorios, pero ahora con las tijeras en las manos. Cuando la terapeuta le decía “día” Estela debía abrir las tijeras, cuando la indicación era “noche” debía cerrarlas. Esto lo realizó 5 veces consecutivas

Material: tijeras

Objetivo Conductual 3: Que con los dedos en los orificios correspondientes Estela abra y cierre las tijeras, con una hoja en medio, 5 veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que con el dedo pulgar y el medio en los orificios correspondientes, abriera las tijeras, una terapeuta puso una hoja en medio y posteriormente se le indicó que las cerrara para que hiciera un corte en la hoja.

Material: unas tijeras.

Objetivo Conductual 4: Que con los dedos de la mano derecha en los orificios correspondientes de las tijeras, Estela tome con la mano izquierda una hoja pequeña, tres veces.

Actividad: Se le indicó a Estela que con el dedo pulgar y el medio de la mano derecha en los orificios de las tijeras, tomara con la mano izquierda una hoja de papel que estaba en la mesa.

Material: unas tijeras y una hoja.

Objetivo conductual 5: Que con las tijeras en la mano derecha y la hoja en la mano izquierda, Estela haga un corte en la hoja. Esto lo hará tres veces.

Actividad: para esta actividad se le dibujó a Estela una carita sonriente en el costado del dedo pulgar de la mano derecha para que al recortar no volteara la mano. Primero se le modeló y posteriormente se le pidió que con los dedos pulgar y medio de la mano derecha en los orificios de las tijeras, tomara con la mano izquierda una hoja de papel que estaba en la mesa, posteriormente se le indicó que abriera las tijeras, que colocara la hoja en medio de las cuchillas y después que las cerrara.

Material: unas tijeras y una hoja.

Objetivo conductual 6: Que con las tijeras en la mano derecha y la hoja en la mano izquierda, Estela sea capaz de hacer 5 cortes en la hoja.

Actividad: Inicialmente se le modeló y después se le pidió a Estela, que con los dedos pulgar y medio de la mano derecha en los orificios de las tijeras, tomara con la mano izquierda una hoja de papel que estaba en la mesa. Posteriormente se le indicó que abriera las tijeras, que coloque la hoja en medio de las cuchillas y las cerrara para hacer un corte. Después se le pidió que las volviera a abrir y que regresara a la posición inicial. Esto lo realizó 5 veces consecutivas

Material: unas tijeras y una hoja.

Objetivo conductual 7: Que Estela recorte una línea recta teniendo las tijeras en la mano derecha.

Actividad: Se le pidió a Estela que con el dedo pulgar y el medio de la mano derecha en los orificios de las tijeras recortara sobre la línea recta que estaba dibujada en la hoja que la terapeuta le puso en frente, para que ella pudiera hacerlo. Al abrir las tijeras y colocarlas en la hoja para recortar, la terapeuta le indicó a Estela que la carita sonriente que tenía en el dedo, quería verla, por lo que su dedo índice tenía que permanecer en la parte superior.

Material: unas tijeras y una hoja.

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de recortar una línea recta sin

modelamiento, instigación, reforzador y cuando pudo hacerlo fuera del cubículo.

Área personal -social

Objetivo particular 6:

Que Estela sea capaz de abotonar cualquier prenda.

Objetivo Conductual 1: Que Estela tome con la mano derecha, el lado donde está el botón (grande) de un pedazo de tela y con la mano izquierda lo agarre de donde está el ojal, tres veces.

Actividad: Una de las terapeutas le modeló a Estela la actividad para que viera como tenía que hacerlo y posteriormente le pidió que hiciera ella la actividad.

Materiales: tela con un botón y orificio.

Objetivo Conductual 2: Que Estela introduzca su dedo pulgar en el ojal, tres veces.

Actividad: La terapeuta le modeló a la niña la actividad para que viera como tenía que hacerlo y posteriormente le pidió que lo hiciera ella.

Materiales: tela con un botón y orificio.

Objetivo Conductual 3: Que Estela introduzca su dedo pulgar de la mano izquierdo en el ojal y el índice en la orilla del botón, tres veces.

Actividad: La terapeuta le modeló a Estela la actividad para que viera como tenía que hacerlo y posteriormente le pidió que lo realizara ella.

Materiales: tela con un botón y orificio.

Objetivo Conductual 4: Que Estela introduzca su dedo pulgar en el ojal, el índice en la orilla del botón y meta el botón en el ojal. 10 veces

Actividad: La terapeuta le modeló a Estela la actividad para que viera como tenía que hacerlo y posteriormente le pidió que con el dedo pulgar en el ojal y el índice en el botón, lo jalara de tal manera que pudiera introducirlo al ojal, apoyándose de los dedos índice y pulgar de la mano derecha.

Posteriormente se le pidió que realizara las mismas actividades, pero ahora con el botón mediano, después con el pequeño y posteriormente en el suéter.

Materiales: tela con un botón y orificio, un suéter.

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de abotonar cualquier prenda en su vida diaria y sin necesidad de ser reforzada ni instigada.

Objetivo particular 7:

Que al terminar el programa Estela sea capaz de invitar a un niño a jugar, frente a otras personas.

Objetivo conductual 1: Que Estela camine hacia donde está un niño y permanezca a medio metro de distancia aproximadamente.

Actividad: Se le dio la instrucción a Estela de que fuera a donde estaba un niño (que ella conocía) en compañía de una terapeuta. Si se acercaba a medio metro de distancia como máximo se le reforzaba diciéndole “Muy bien Estela”.

Material: No se utilizó material

Objetivo conductual 2: Que Estela sea capaz de saludar al niño, frente a otras personas.

Actividad: Una vez que Estela se encontraba cerca del niño, la terapeuta le pidió que le dijera “hola_____”. Si Estela lo hacía se le reforzaba diciéndole “bien”. Si no lo hacía se le instigaba para que lo realizara.

Material: No se utilizó material

Objetivo conductual 3: Que Estela salude al niño con un tono de voz fuerte, enfrente de otras personas, dos veces.

Actividad: una vez que Estela había saludado al niño, se le pedía que lo volviera a hacer, pero con un tono de voz más elevado.

Material:

Objetivo conductual 4: Que Estela sea capaz de decirle a un niño “¿jugamos?”, frente a otras personas, una vez.

Actividad: Una vez que Estela estaba cerca del niño y que lo había saludado, la terapeuta le pidió que le dijera “¿jugamos?”. Si lo hacía se le reforzaba y acto seguido se le pidió que lo volviera a decir pero ahora más fuerte; si elevaba aunque fuera un poco su volumen, se le reforzaba diciéndole “bien”, pero ahora dilo mas fuerte. Esto se realizó hasta que lo dijera en un volumen adecuado. Si no lo hacía se le instigaba, para que lo lograra.

Material: No se utilizó ningún material

Objetivo Conductual 5: Que Estela invite a jugar a un niño desconocido frente a otras personas.

Actividad: Una vez que Estela había logrado invitar a jugar a dos niños conocidos, se le pidió que llevara a cabo el mismo procedimiento pero con un niño que no conocía. Se le reforzó por medio del moldeamiento por aproximaciones sucesivas hasta que logró invitar a jugar a un niño desconocido frente a otras personas, diciéndole ¿jugamos?

Material: No se utilizó ningún material

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de invitar a jugar a un niño conocido o desconocido, frente a otras personas, sin necesidad de que se lo pidieran, sin que fuera reforzada, sin instigación y fuera del espacio terapéutico.

Objetivo particular 8:

Que Estela permanezca jugando con un niño por lo menos 15 minutos.

Objetivo Conductual 1: Que Estela juegue con Fabiola, por lo menos 15 minutos.

Actividad: Estela tuvo que invitar a jugar a Fabiola y en un cubículo jugaron a las muñecas. Se reforzó a Estela cada dos minutos con jugo, durante el tiempo que permaneció jugando. Cabe mencionar que estuvieron solas, las terapeutas las vieron sin que ellas se dieran cuenta.

Material: dos muñecas y jugo

Objetivo Conductual 2: Que Estela juegue con Fabiola en presencia de las terapeutas.

Actividad: Se realizó la misma actividad, pero se procuró que aumentara el tiempo en que permanecieron jugando. Se le reforzó con jugo cada 2 minutos.

Material: dos muñecas y jugo.

Objetivo Conductual 3: Que Estela juegue con Fabiola durante 15 minutos en presencia de las terapeutas.

Actividad: Se realizó la misma actividad, pero ahora se le reforzó con jugo cada 3 minutos. Cuando ya no quería permanecer jugando, se le instigaba para que continuara.

Material: dos muñecas y jugo

Objetivo Conductual 4: Que Estela juegue con Fabiola durante 15 minutos

Actividad: Se realizó la misma actividad, pero ahora se le reforzó con jugo cada 6 minutos. Si ya no quería jugar, se le instigaba para que continuara.

Material: dos muñecas y jugo

Objetivo Conductual 5: Que Estela juegue con Fabiola durante 15 minutos

Actividad: Se realizó la misma actividad, pero se le reforzó con jugo cada 9 minutos. Si ya no quería jugar, se le instigaba para que continuara.

Material: dos muñecas y jugo

Objetivo Conductual 6: Que Estela juegue con Fabiola durante 15 minutos.

Actividad: Se realizó la misma actividad, pero se le reforzó hasta que permaneció jugando los 15 minutos.

Material: dos muñecas y jugo

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de permanecer jugando con cualquier niño, en presencia de adultos, integrándolo en su vida cotidiana, y sin necesidad de ser reforzada, ni instigada.

Área de comunicación

Objetivo particular 9: Que al terminar el programa Estela sea capaz de identificar la función de los ojos, los oídos y la boca.

Objetivo Conductual 1: Que Estela tape los ojos, la boca y los oídos, de una muñeca, 3 veces

Actividad: La terapeuta le dijo a Estela “tápale los ojos a la muñeca para que no vea lo que te voy a dar”. Si lo hacía correctamente se le decía muy bien Estela. Si no lo hacía se le decía lo siguiente: “le voy a tapar los ojos a la muñeca para que no vea lo que te voy a dar”... “ahora hazlo tu”. Posteriormente se le dio la

siguiente instrucción: “Estela tápale los oídos a la muñeca para que no oiga lo que te voy a decir”. Si lo hacía correctamente se le decía muy bien Estela. Si no, se le explicaba lo siguiente: “le voy a tapar los oídos a la muñeca para que no oiga lo que te voy a decir”... “ahora hazlo tu”. Acto seguido se le dijo “Estela tápale la boca a la muñeca, para que no hable”. Si lo hacía correctamente se le decía muy bien Estela. Si no lo hacía se le decía lo siguiente: “le voy a tapar la boca a la muñeca para que no hable”... “ahora hazlo tu”.

Material: una muñeca.

Objetivo Conductual 2: Que Estela se tape los ojos, 5 veces.

Actividad: Se jugó a las escondidas. Primero una de las terapeutas le dijo a Estela, “tu te vas a esconder, pero yo no puedo ver a donde te vas, por eso me voy a tapar los ojos”. Se continuó jugando pero después se le dijo a Estela, “ahora yo me voy a esconder, pero tu no me puedes ver, ¿qué tienes que hacer para no verme?”. Si se tapaba los ojos se le reforzaba diciéndole “muy bien Estela”. Al finalizar el juego, se le preguntó “¿Con qué parte de tu cuerpo puedes ver Estela?”, si lo hacía correctamente se le decía muy bien Estela. Si no lo hacía correctamente se le tapaban los ojos y se le preguntaba “¿puedes ver? Una vez que respondía se le preguntaba nuevamente “¿Con qué parte de tu cuerpo puedes ver?”

Material: Para esta actividad no se usaron materiales.

Objetivo Conductual 3: Que Estela se tape los oídos, 5 veces

Actividad: Una de las terapeutas cantó una canción muy fuerte, y al final gritó. Posteriormente se le dijo “voy a gritar mas fuerte Estela tapate los oídos para que no escuches”. Ahora tú grita y yo me tapo los oídos para no oírte. Posteriormente se le preguntó “¿Estela con qué parte de tu cuerpo puedes oír?” si no contestaba correctamente, se le tapaban los oídos y se le preguntaba “¿Puedes oír?, entonces ¿con qué parte del cuerpo puedes oír?”

Material: Para esta actividad no se usaron materiales

Objetivo Conductual 4: Que Estela se tape la boca, 5 veces

Actividad: Una terapeuta cantó un pedazo de otra canción, que no le gustaba a Estela después le dijo “¿quieres que siga cantando esta canción fea?” Entonces tápame la boca para que no pueda cantar ni hablar. Posteriormente se le dijo “¿Estela cuál es tu nombre completo?” y cuando empezó a decirlo se

le tapó la boca (tres veces). Acto seguido se le preguntó “¿Estela con que parte de tu cuerpo puedes hablar?” si contestaba correctamente se le decía “muy bien Estela” si no, se le tapaba la boca y se le preguntaba ¿Puedes hablar?, entonces ¿con qué parte del cuerpo hablas?

Material: Para esta actividad no se usaron materiales

Objetivo Conductual 5: Que Estela nombre y señale la parte del cuerpo que sirve para ver, 5 veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que señalara y dijera cual es la parte del cuerpo con la que ve. Si no lo hacía correctamente se le tapaban los ojos y se le hacía la misma pregunta.

Material: Para esta actividad no se usaron materiales

Objetivo Conductual 6: Que Estela nombre la parte del cuerpo que sirve para oír, 5 veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que señalara y dijera cuál es la parte del cuerpo con la que escucha. Si lo hacía correctamente se le reforzaba diciendo “muy bien Estela”. Si no, se le tapaban los oídos y se le hacía la misma pregunta.

Material: Para esta actividad no se usaron materiales

Objetivo Conductual 7: Que Estela nombre la parte del cuerpo que sirve para hablar, 5 veces.

Actividad: Se le pidió a Estela que señalara y diera cuál es la parte del cuerpo con la que habla. Si no lo hacía correctamente se le tapaba la boca y se le hacía la misma pregunta.

Material: Para esta actividad no se usaron materiales

Criterios para dar por establecida la conducta: Se dio por establecida la conducta cuando Estela fue capaz de mencionar para que sirven los ojos, la boca y los oídos, sin necesidad de ser reforzada, moldeada, y lo hiciera fuera del contexto terapéutico.

Objetivo particular 10:

Que al terminar el programa Estela sea capaz de pronunciar la letra “d” sola y con vocales.

Objetivo Conductual 1: Que Estela separe ligeramente labios y dientes, regresando a la posición original 5 veces

Actividad: Una terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que pudiera imitarla.

Material: pasitas

Objetivo Conductual 2: Con los labios y dientes ligeramente separados, que Estela coloque la punta de la lengua entre los dientes incisivos, superiores e inferiores, regresando a la posición original 5 veces.

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar la conducta.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 3: Que Estela inhale por la nariz

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 4: Que con los labios y dientes ligeramente separados, Estela coloque la punta de la lengua entre los dientes incisivos superiores e inferiores haciendo una ligera presión.

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 5: Inhalando por la nariz y colocando la lengua entre los dientes incisivos superiores e inferiores, que Estela exhale el aire entre la lengua y los dientes, 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar la conducta.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 6: Inhalando por la nariz y colocando la lengua entre los dientes incisivos superiores e inferiores, que Estela exhale el aire entre la lengua y los dientes, haciendo vibrar la lengua, 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 7: Que Inhalando por la nariz y colocando la lengua entre los dientes incisivos superiores e inferiores, Estela exhale el aire entre la lengua y los dientes, haciendo vibrar la lengua, emitiendo el sonido de la “d” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad.

Objetivo Conductual 8: Que Estela emita el sonido de la “d” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar la conducta.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 9: Que Estela emita la silaba “da” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 10: Que Estela emita la silaba “de” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 11: Que Estela emita la silaba “di” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 12: Que Estela emita la silaba “do” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente se le volvía a modelar.

Material: No se utilizó material para esta actividad

Objetivo Conductual 13: Que Estela emita la silaba “du” 10 veces

Actividad: La terapeuta se puso frente a la niña para modelarle la conducta y que ella pudiera imitarla. Si no lo hacía correctamente, se le volvía a modelar.

Material: No se usó material para este objetivo

Técnicas de modificación de conducta

Instigación verbal: Las terapeutas hicieron la conducta deseada de modo verbal, hasta que la paciente la realizó correctamente.

Instigación física: Las terapeutas lograron que la niña realizara la conducta deseada, ayudándola mediante movimientos físicos.

Modelamiento: Consistía en que las terapeutas hacían la demostración de la conducta deseada para que la paciente pudiera imitarla.

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas: Consistió en descomponer la conducta deseada, en pequeñas conductas que iban de la más sencilla a la más compleja, hasta llegar a la conducta meta. Se iban reforzando las conductas más parecidas a las requeridas hasta que se lograba la conducta meta.

Reforzamiento positivo (comestible): Se le daba una pasita o jugo a la paciente inmediatamente después de que realizaba correctamente la conducta requerida.

Reforzamiento positivo (social): Cuando la niña realizaba correctamente la conducta requerida, se le decía “muy bien, Estela”, o algún otro alago verbal, y en ocasiones se le aplaudía.

Reforzamiento intermitente: Se utilizó el reforzamiento intermitente con los últimos objetivos conductuales, con el fin de que la paciente pudiera integrar las conductas a su vida diaria sin que tuviera la necesidad de ser reforzada.

Encadenamiento: Es el reforzamiento de combinaciones de conductas sencillas que se dio a la paciente, para lograr una conducta mas compleja.

Tiempo fuera: Cuando la niña realizaba una conducta que no era la deseada, o cuando no quería realizar lo que se requería, se le daba tiempo fuera, es decir, se le sacaba de la situación en la que estaba por un periodo corto de tiempo, para después volver a la actividad.

Extinción: después de que las conductas fueron reforzadas se dejó de hacerlo para que la niña pudiera integrarlas a su vida cotidiana.

Sistema motivacional o reforzamiento.

- Pasitas
- Elogios verbales, como “muy bien Estela”,

- Aplausos
- Salir al área de juegos antes de terminar la sesión.

Desvanecimiento de reforzadores

Se fueron desvaneciendo los reforzadores en el programa de la siguiente manera.

Al principio del programa, específicamente los primeros cuatro objetivos particulares, se le dieron a la paciente, reforzadores positivos comestibles y sociales, durante los siguientes tres objetivos particulares sólo se le daban reforzadores positivos sociales, durante los dos siguientes se llevó a cabo el reforzamiento de manera intermitente y en la última conducta se extinguió el reforzamiento.

Materiales

- Dos cajas; una pesada y una ligera
- Dos costales; uno pesado y uno ligero
- Dos globos; uno con agua y uno inflado
- 12 juguetes
- Un vaso con agua
- Una jarra de dos litros de capacidad, con agua
- Dos cajas vacías
- Hojas de árboles que se hayan caído
- Una pelota
- Una viga de 5 cm. de altura
- Un suéter
- Un trozo de tela con un botón de un lado y un orificio del otro
- Una muñeca
- Pasitas, chocolate y duvalín.

Actividades complementarias

Normalmente durante la sesión se trabajó 15 minutos y después se le daban 5 minutos a Estela para que se distrajera. Al inicio de la sesión sonaba un pato,

lo cual indicaba que era tiempo de trabajar, quince minutos después, sonaba para indicar que era tiempo de jugar y así sucesivamente.

Debido a que algunas conductas que se trabajaron resultaban tediosas para Estela, en una sesión se trabajaba la primer hora una conducta pasiva (tediosa para ella). Y la segunda hora una activa y cuando se podía trabajar bien, se le llevaba al jardín los últimos minutos de la sesión.

Programa de Socialización

Los jueves de cada quince días se llevaba a cabo un programa de socialización, en el que participaban todos los niños y todos los terapeutas.

Cada jueves se realizaban actividades distintas en las que se procuraba la interacción entre los niños, y en las que se podía observar el desenvolvimiento de cada uno de ellos.

Al final de las sesiones de socialización se metía a los niños a un cubículo para ver como se comportaban cuando creían que nadie los estaba viendo.

Programa afectivo

Durante el programa se llevaron a cabo sesiones especiales, en las cuales se les enseñó a la abuela y al padre de Estela, la manera en que se estaba trabajando con la niña, con la finalidad de que aprendieran a hacer dicho trabajo de una manera correcta.

El programa afectivo se llevó a cabo de la siguiente manera:

Del 10 al 20 de Noviembre entró al cubículo el familiar de Estela, la primer media hora de la sesión. Inicialmente se le pidió que observara a las terapeutas como llevaban a cabo la actividad, posteriormente se le dieron las instrucciones debidas, para que pudieran inducir a Estela a realizar la actividad. Las terapeutas modelaron o moldearon al familiar de Estrella cuando fue necesario. La semana del 10 al 14 de Noviembre se realizaron los Objetivos Particulares, en los que Estela debía pronunciar el fonema "d" y en el que tuvo que permanecer jugando 15 minutos con un niño.

En la semana del 17 al 21 se realizaron los Objetivos Particulares en los cuales tuvo que abotonar y atrapar una pelota.

Programa para Casa

Que Estela sea capaz de bajar escaleras alternando los pies

Ejercicios: Estela tuvo que hacer tres desplantes hacia enfrente con cada pierna, para lo cual un integrante de la familia debió proporcionarle el modelo para que ella pudiera imitarlo. Dichos ejercicios debieron realizarse cada tercer día, antes de comenzar el programa.



Programa:

Cada tercer día, un integrante de la familia debió apoyar a Estela durante 10 minutos, con las siguientes actividades:

Antes de iniciar, amarrar a Estela en el pie derecho, un listón color azul, y en el pie izquierdo un listón color verde.

En los escalones donde se llevó a cabo la actividad, se colocaron de manera descendente unas huellas; es decir, en el primer escalón, se colocó una huella azul, en el segundo una verde, en el tercero una azul, y así sucesivamente.

Una vez que Estela se encontraba en el escalón donde iba a iniciar, la persona que la ayudó se ubicó dos escalones mas abajo y de frente a ella, para darle las instrucciones y asegurarse que lo hiciera correctamente.

Primero se le mostró a Estela como se debía realizar la conducta y después se le indicó de la siguiente manera, para que lo hiciera ella.

Se le pidió a Estela que como su pie derecho tenía un listón azul, tenía que ponerlo donde estaba la huella azul (sólo tenía que bajar el pie derecho), si lo hacía bien, tenían que aplaudirle y decirle “muy bien Estela”. Si no lo hacía correctamente tenía que regresar a la posición inicial y la persona que la

estaba apoyando debería ayudar a Estela a que pudiera hacerlo correctamente, moviéndole los pies.

Posteriormente se le dio la instrucción anterior, pero ahora con el pie izquierdo y la huella verde. Si lo hacía correctamente se le decía "muy bien Estela". Si no lo realizaba se le volvía a ayudar moviéndole los pies.

Durante la actividad Estela podía apoyarse en la pared o en el barandal. Que Estela realice las tareas de vestido y desvestido en un tiempo pertinente.

Programa: Todos los días, cuando Estela se iba a dormir, un familiar le indicaba, que se quitara las prendas superiores, posteriormente las inferiores y una vez que lo realizara se le pedía que se pusiera su pijama, primero la prenda superior y posteriormente la inferior.

Se comentó que era muy importante que el familiar que le indicara la actividad a Estela, no la ayudara, pues ella sabía hacerlo sola. El programa estaba dirigido a que la niña pudiera practicar dicha tarea, para que lo hiciera en un tiempo mas corto y posteriormente pudiera realizarlo sola todas las mañanas.

RESULTADOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

Se comenzó evaluando el área básica; primero la subárea de atención y después la de imitación, por lo que al llegar todo el material estaba listo, entonces al ver los pinos del boliche, Estela los agarró y comenzó a jugar con ellos.

En un reactivo se le preguntó en tono de juego y a partir de ese momento empezó a divertirse, se reía y comenzó a decir algunas palabras y con un volumen más fuerte.

Al finalizar de la sesión, en el momento de la despedida en presencia de su papá, Estela se enojó y no se quería despedir de las terapeutas, porque no se quería ir.

Día 1

Desde que se llegó al consultorio Estela estuvo muy inquieta y se pudo observar que le hacía falta socializar más que el lenguaje porque, durante la sesión se salió varias veces y era evidente el cambio de conducta, ya que cuando se está trabajando a solas se ríe, corre, brinca, habla, etc., pero si se da cuenta que alguien más la está viendo, se pone seria y no habla. Se continuó evaluando el área de discriminación.

Día 2

Se pudo avanzar un poco más rápido en la evaluación, ya que se realizó una parte de motricidad gruesa y como son actividades donde la paciente tenía que saltar, correr y caminar, realizó la mayoría de las actividades con disposición y de una manera ágil.

Día 3

Estela trabajó bien, terminó la subárea de motricidad gruesa e incluso se tuvo tiempo de salir al jardín a jugar. Estando ahí se pudo observar una vez más que aunque observa con mucha atención a otros niños, no se acerca a ellos y si se le invita a que lo haga, se acerca pero no se comunica, ni hace nada.

Día 4 y 5 no asistió

Día 6

Se terminó de evaluar algunos aspectos de la subárea de aseo personal que faltaban. Después se dio inicio con la motricidad fina. Al principio Estela realizaba todas las actividades con disposición, pudiera o no hacerlas, pero conforme fue avanzando la sesión se empezaba a fastidiar y hubo una actividad que no quería hacer, en donde tenía que colorear, entonces se le puso a hacer otra cosa con cubos, lo realizó y antes de terminar se le pidió que coloreara la figura y lo hizo.

Día 7

Se terminó de evaluar la motricidad fina, en los primeros 45 minutos de la sesión y los 45 minutos restantes se dedicaron a evaluar la socialización.

Se reunió a varios niños en un círculo y se les dejó solos para ver que hacían. Se observó que no se relacionaban entre ellos, posteriormente se intentó integrarlos, jugando con una pelota, pero no hubo respuesta de ninguno de los niños.

Después de un tiempo cada terapeuta estuvo con su paciente en los juegos.

Día 8

Se empezó a evaluar el área de comunicación y la mayoría de los reactivos los contestó bien Estela, sin embargo igual que los últimos días estuvo un poco distraída, pero aun así se pudo hacer aproximadamente la mitad del área.

Día 9

No asistió Estrella, porque le dio temperatura.

Día 10

Se terminó la evaluación con la última parte de comunicación, después se le llevó al jardín, en el camino se pudo observar que dijo unas palabras que

durante la evaluación no mencionó, por lo que se decidió repetir la parte de articulación de fonemas.

Día 11

Se volvió a evaluar una parte de articulación por las observaciones del día anterior y efectivamente cambió el resultado de algunos reactivos.

Día 12

Se dio inicio a la línea base; la parte de motricidad donde se evaluó si Estela bajaba las escaleras alternando los pies, pero se observó que no podía, porque los escalones del centro son muy anchos y no alcanzaba a bajar con un sólo paso. No se pudo evaluar dicho reactivo, se le preguntó a su abuelita si podía hacerlo y dijo que no.

Día 13

Se inició formalmente la evaluación de la línea base, sólo faltó terminar una conducta del área personal-social y algunas palabras de comunicación, debido a que Estela se fastidió y ya no quiso seguir diciendo las palabras.

Día 14

Se entregaron los resultados de la evaluación a la abuela de Estela. Se le explicaron todas las tablas y gráficas; se le habló un poco de la intervención y las tareas en casa. Posteriormente se dejaron solos a Sebastián y Estela en el consultorio para observar su conducta. Fue sorprendente observar que después de unos minutos en los que Estela parecía desconcertada, invitó (con señas) a Sebastián a pintar en el pizarrón y como no obtuvo respuesta de este, lo jaló para que fuera con ella, pero no lo logró. Al ver esto se decidió llevarlos al cubículo donde trabajaba Sebastián para ver si se comportaba distinto en un lugar que ya conocía.

Cuando estuvieron en el otro consultorio, se les invitó a jugar en la colchoneta que había ahí; se le ayudó a Estela a rodar y después se intentó hacerlo con Sebastián pero él no lo permitió, entonces se quedaron solos y nuevamente Estela le hacía señas para que jugaran, quitó las cosas que

habían en las colchonetas y se rodó, Sebastián no quiso hacerlo. Al ver regresar a las terapeutas Estela volvió a cambiar su semblante y se puso igual de seria que siempre.

Día 15

Se terminó la línea base y para la socialización se bajó con Estela al jardín, como siempre los niños no socializaban entre sí, por más que se les instigara; entonces se propuso a meter a los niños a un consultorio.

Ya en el consultorio algunos niños se apartaron, otros empezaron a jugar y otros querían abrir para salirse, Estela sin aislarse permaneció observando lo que hacían los niños más grandes.

También se inició con los ejercicios preparatorios.

Día 16

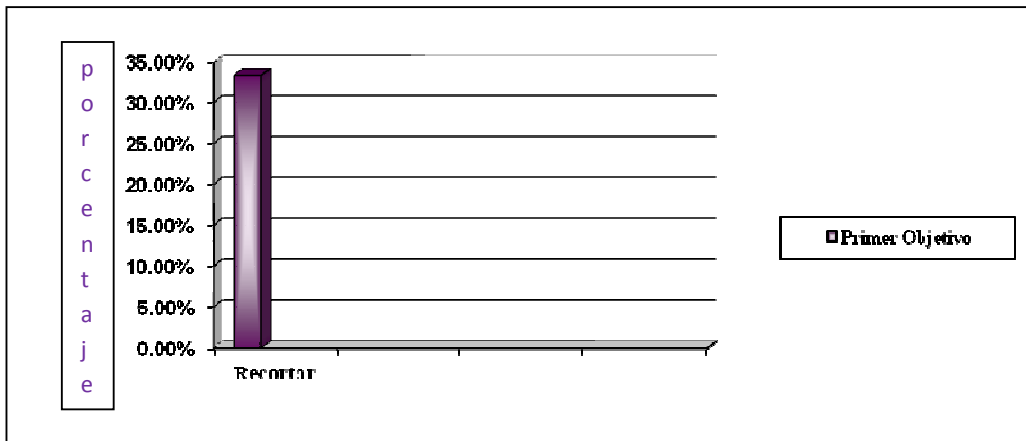
Se terminó con los ejercicios preparatorios y se cambiaron unas palabras que en la línea base tuvieron 100%. Después de esto Estela ya no quiso trabajar, sólo quería jugar, por lo que se habló con ella después de darle un tiempo fuera y posteriormente se terminó la actividad.

Día 17

Se dio inicio a la intervención con el O.P en el cual Estela tenía que aprender a recortar líneas rectas por medio de la técnica de encadenamiento.

La niña tuvo mucha disposición para trabajar, por lo que se pudo avanzar un 33.3% en dicho objetivo; dado que durante la sesión logró agarrar de una manera correcta las tijeras (primer objetivo conductual), por lo que a las 4:30; como reforzador se le permitió bajar a jugar al jardín.

Gráfica 16:

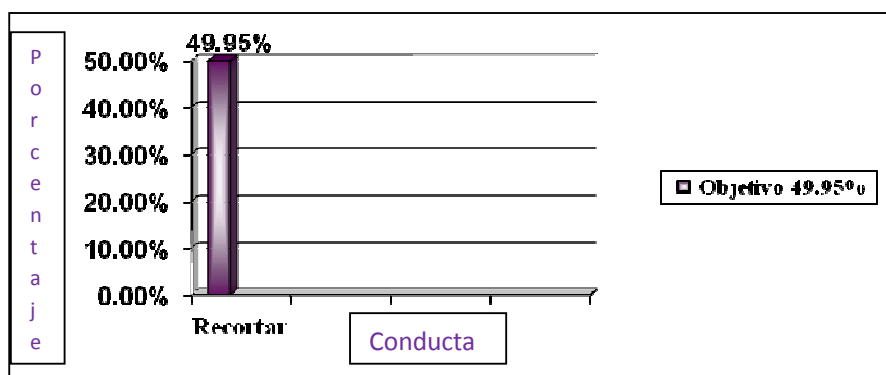


La presente grafica muestra el avance que obtuvo Estrella en el O.P de recortado

Día 18

Este día también tuvo mucha disposición para trabajar Estela. Por lo que se pudo avanzar en el O.P. Al iniciar la sesión se le pidió a Estela que agarrara las tijeras y lo hizo correctamente, por lo que se pudo continuar. La sesión estuvo enfocada a que cortara el papel libremente sin voltear la mano y lo logró, pero sin tomar ella la hoja, por lo que se avanzó otro 16.65%

Grafica 17

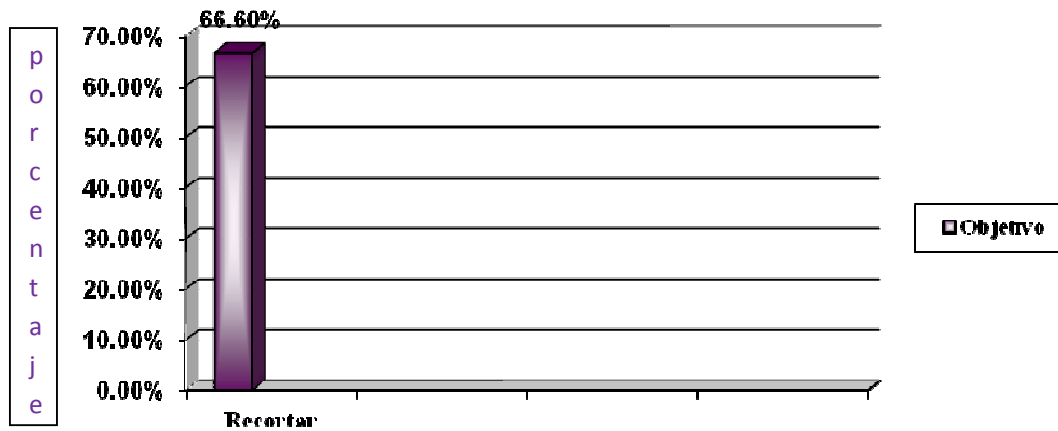


La grafica muestra que este día Estela llego al 50% de esta conducta.

Día 19

Se continuó con el siguiente objetivo conductual, en el que Estela tuvo que recortar libremente, pero ahora tomando la hoja. Aunque lo logró, le costó un poco de trabajo, por lo que se avanzó hasta el 66.67%

Gráfica 18:

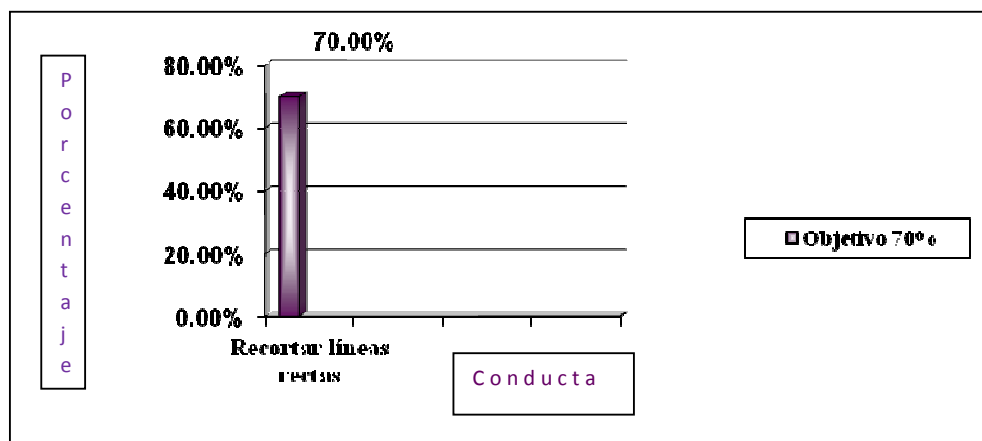


La gráfica 18 muestra el avance que Estela tuvo en esta conducta.

Día 20

Se continuó con el objetivo conductual 6; el cual Estela ya había logrado, pero al hacerlo este día le costó mucho trabajo coordinar las dos manos, por lo que el avance no fue por O.C, se perfeccionó uno que ya había logrado.

Gráfica 19:

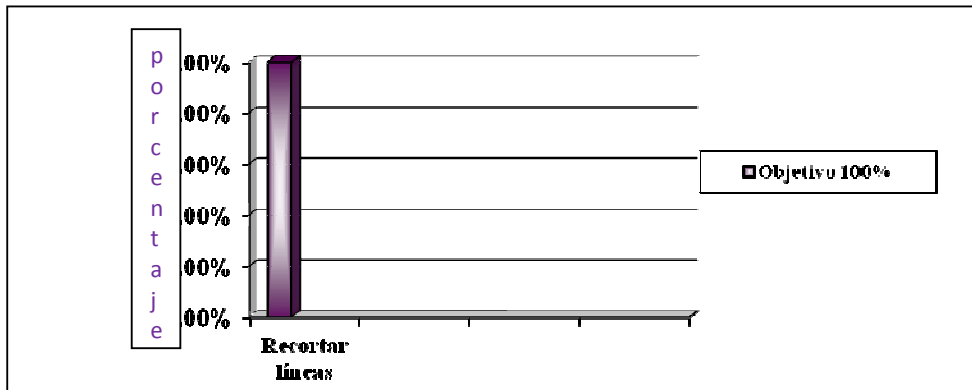


La gráfica 19 muestra el avance logrado por Estela este día.

Día 21

Se continuó con el O.C. 7 (último), ya que Estela tuvo mucha disposición para trabajar y pudo lograr la conducta meta (recortar líneas rectas). Al final se le permitió salir al jardín, como reforzador por haber trabajado tan bien.

Gráfica 20:

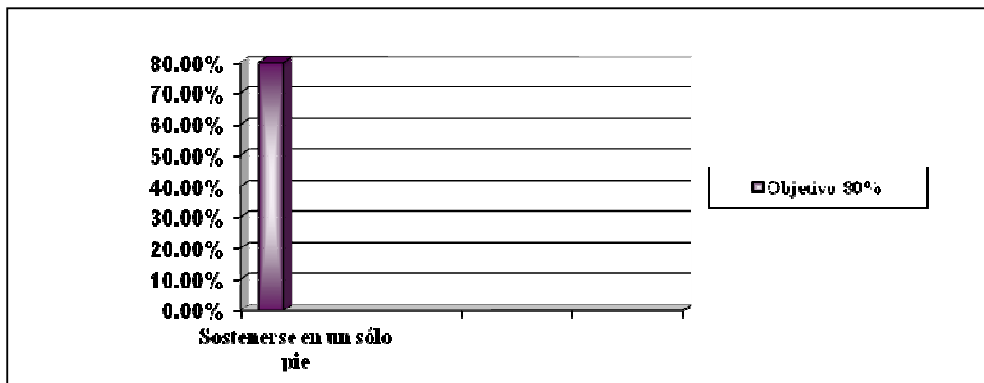


La grafica muestra que Estela logró el 100% de la conducta.

Día 22

Se le pidió a Estela que volviera a hacer el último O.C. para reforzar lo que ya había logrado, sin embargo no tuvo disposición para trabajar y simplemente no quiso realizar la conducta, por lo que se comenzó con el primer O.C. de la conducta, en la cual Estela sería capaz de mantenerse en un sólo pie y al inicio empezó a hacerlo, pero conforme fue pasando el tiempo ya no quiso trabajar. Sin embargo en este O.P. se llegó al O.C. 16.

Gráfica 21:



La gráfica 21 muestra el avance que tuvo Estela en el O.P de sostenerse en el pie derecho

Día 23

Se pudo observar en la socialización que Estela ya se comunica un poco más y en un volumen más alto.

Día 24

No asistió Estela porque estaba enferma.

Día 25

Estela tuvo cita con el pediatra y tampoco asistió.

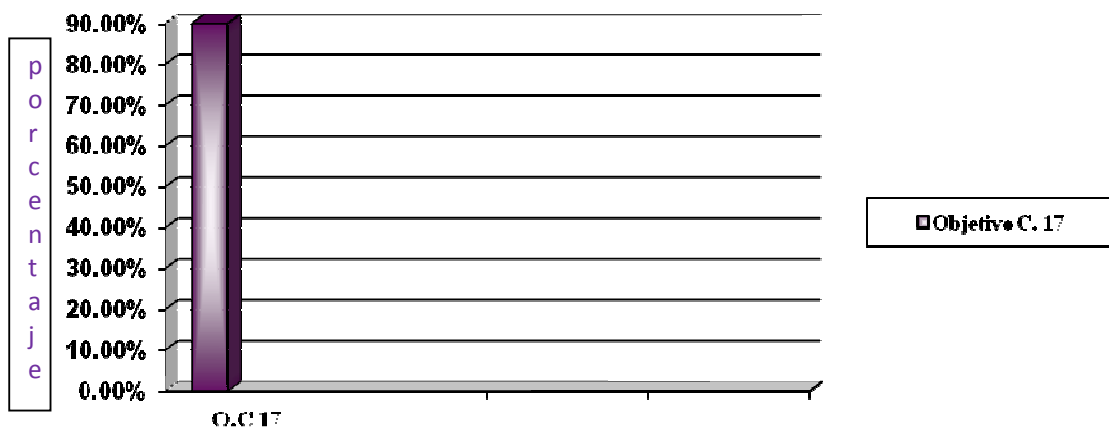
Día 26

No hubo sesión por ser día festivo .

Día 27

Se realizó la línea base de la letra “d”, ya que se observó que no puede pronunciarla. También se continuó con el O.P. de equilibrio y se llegó al O.C. 7; mismo que se le dificultó.

Gráfica22



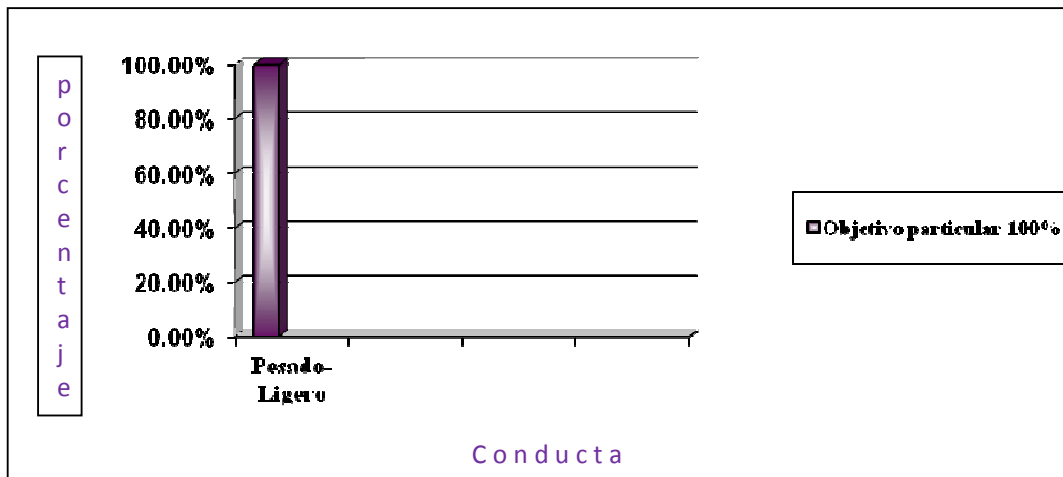
Conducta

La gráfica 7 muestra el porcentaje (90%), que Estela ha obtenido en el O.C.17. en el cual tiene que permanecer 5 segundos sostenida en ese pie

Día 28

Se comenzó con el objetivo particular “pesado ligero” y debido a que las actividades fueron dinámicas, Estela estuvo muy atenta y se pudo terminar todo el objetivo.

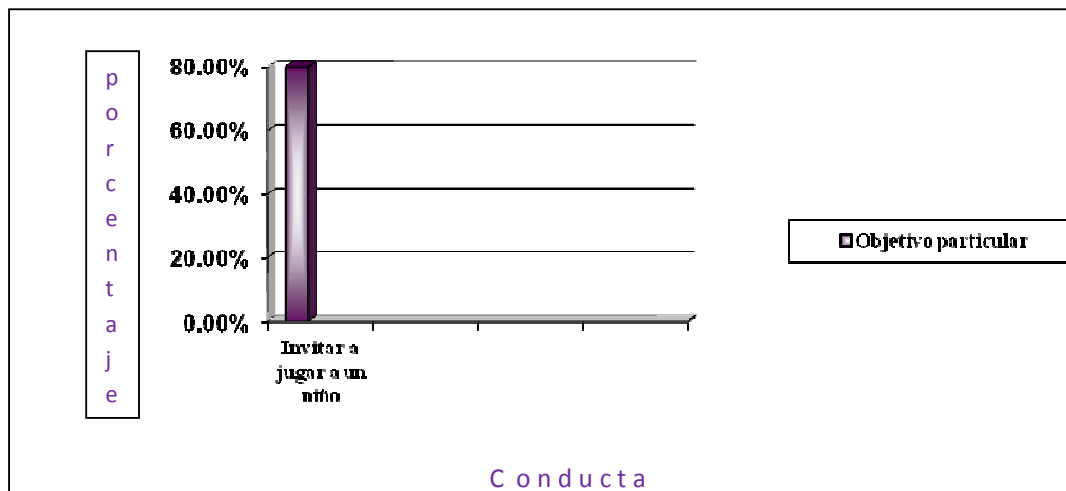
Grafica 23



La gráfica 23 muestra el porcentaje que se obtuvo en la conducta.

También se inició con el O.P, en el cual Estela tenía que invitar a jugar a un niño. El avance obtenido fue el de 80%.

Gráfica 24

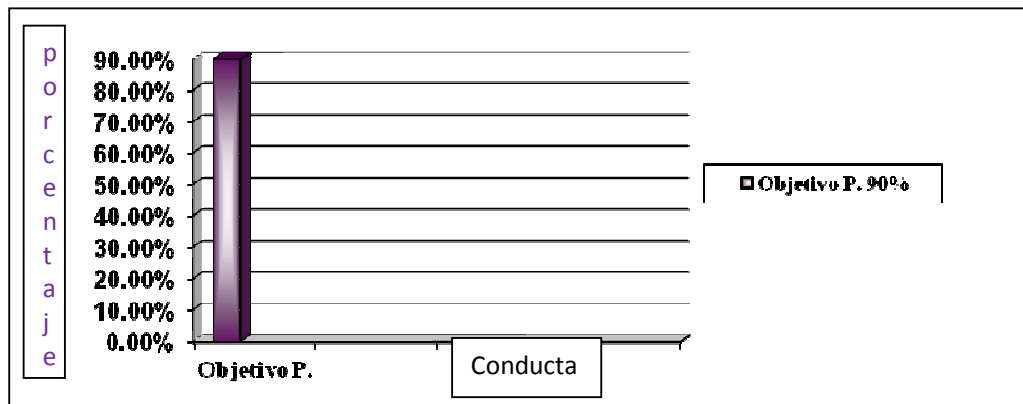


La gráfica 24, muestra el porcentaje obtenido en el O.P de invitar a jugar a un niño frente a otras personas.

Día 29

Al inicio de la sesión se entregó a la abuela de Estela las tareas para casa; se le explicó primero teóricamente que era lo que se tenía que hacer en cada actividad. Después se pretendía continuar con el O.P del equilibrio, pero debido a que Estela no tuvo disposición para trabajar no se pudo avanzar, por lo que el objetivo siguió en el mismo porcentaje.

Gráfica 25:

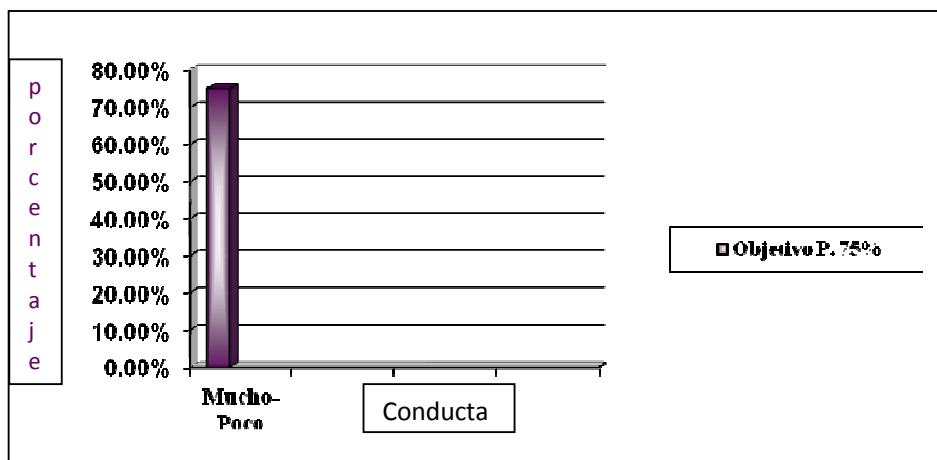


La gráfica muestra, el avance obtenido hasta el momento de este Objetivo P.

Día 30

Este día se inició con el O.P, donde Estela tenía que señalar y discriminar la diferencia entre mucho y poco. El avance fue el siguiente.

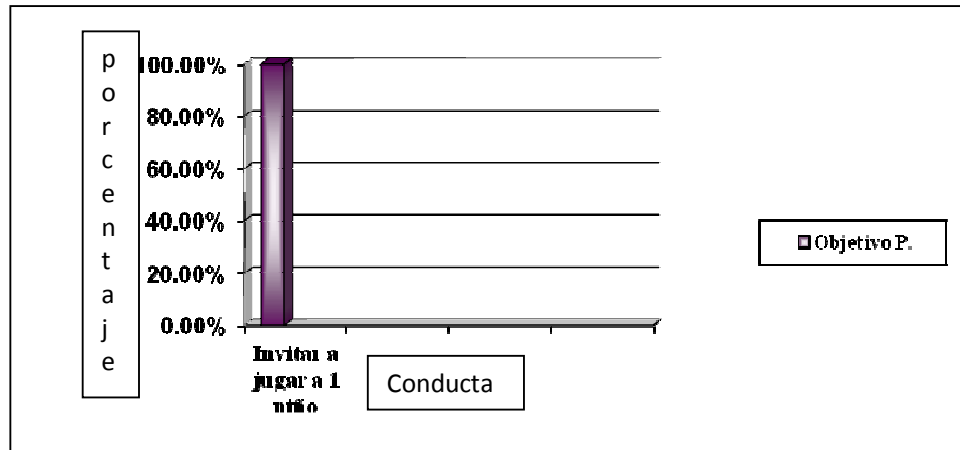
Gráfica 26



La gráfica 26, muestra el porcentaje obtenido en el O.P

Posteriormente, se continuó con el O.C. en el cual Estela tenía que invitar a jugar a un niño desconocido frente a adultos y el porcentaje fue este O.P llegó al 100.

Grafica 27



La gráfica 27, muestra el porcentaje obtenido en este O.P.

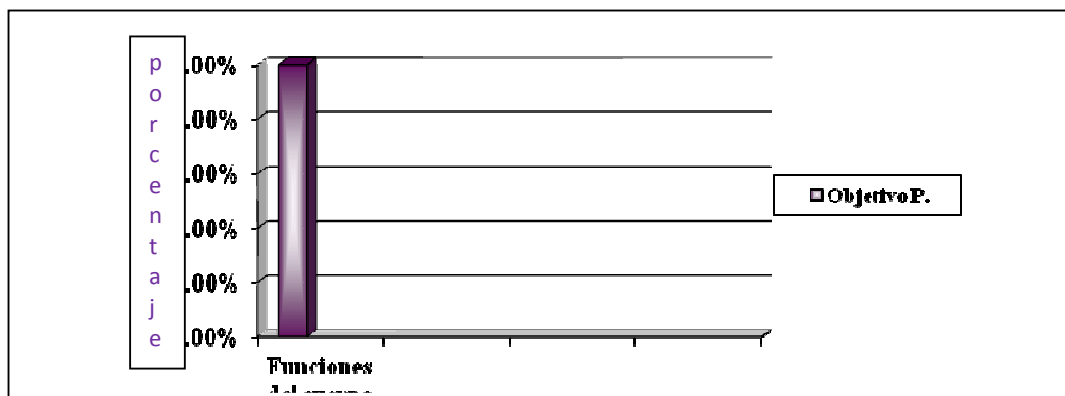
Día 31

Este día se realizó un convivio por el día de muertos. Asistieron los papás de los pacientes y se realizó una ofrenda, posteriormente se llevó a los pacientes a comer al salón.

Día 32

Estela estuvo muy apática e incluso mencionó estar cansada, por lo que no trabajó muy bien. Sin embargo se logró realizar el O.P. en el cual tenía que mencionar la función de los ojos, oídos y boca, llegando al 100%.

Gráfica 28

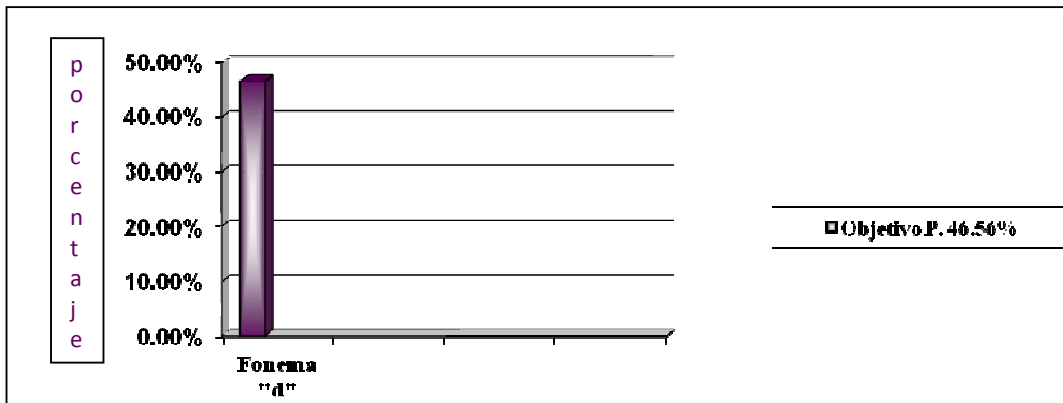


La gráfica 28, muestra el porcentaje obtenido en esta conducta.

Día 33

Se trabajó la pronunciación de la “d”; los primeros O.C., los realizó muy bien pero se fastidió muy pronto y ya no quiso trabajar, por lo que se abordó otro O.P. (permanecer 15 min. jugando con un niño). En el O.P. de la “d” el avance fue el siguiente:

Gráfica 29:



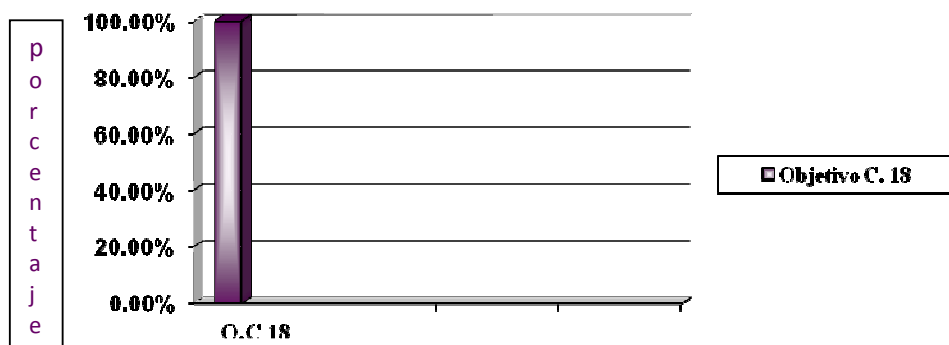
La gráfica 29, muestra el porcentaje obtenido hasta ese momento en el O.P.

Día 34

Este día se trabajó recortado con Estela para ver si había mantenido la conducta y porque al igual que el resto de la semana, no tenía disposición para trabajar. Se pudo observar que efectivamente tiene el 100% de este O.P.

Posteriormente, se dio continuidad al O.C. en que tenía que permanecer apoyada en un sólo pie durante 3 segundos y se pudo llegar al 100%.

Gráfica 30:

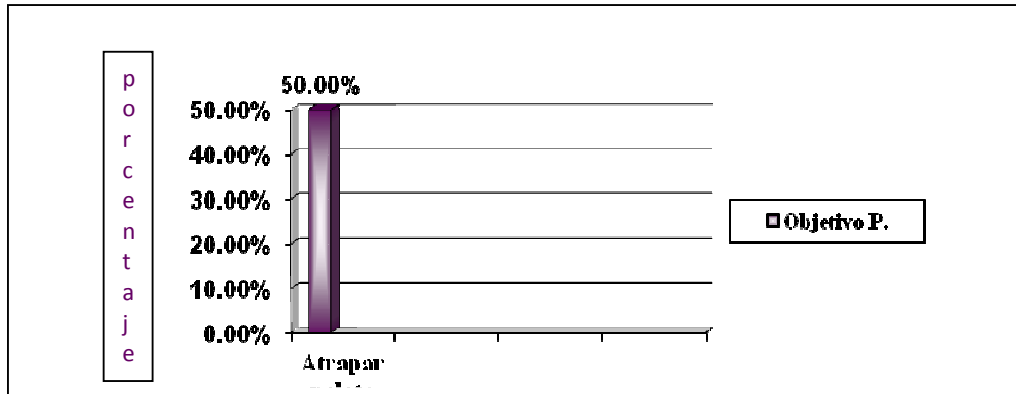


La gráfica 30 muestra el porcentaje obtenido del O.C 18 del O.P. de equilibrio.

Día 35

Se dio inicio con el O.P. en el que Estela tenía que atrapar una pelota con ambas manos y como tuvo mucha disposición se pudo avanzar hasta el 50%

Gráfica 31:



La presente gráfica muestra el avance obtenido hasta ese momento en el O.P de atrapar una pelota con ambas manos

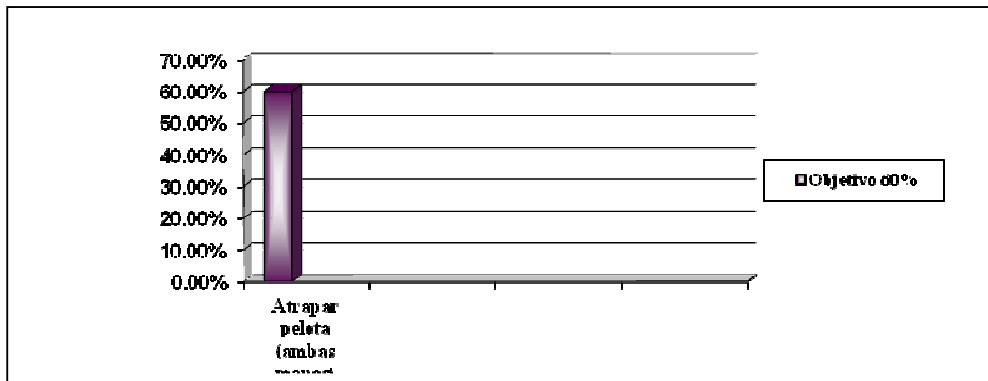
Posteriormente se tuvo un convivio donde se pudo observar que cuando Estela estaba en presencia de personas extrañas no socializaba, se quedaba con su Abuelita y no hablaba.

Día 36

Este día se empezó con el programa afectivo, por lo que entró el papá de Estela y se trabajó desde el primer O.C. del fonema “d”. Al principio Estela tuvo disposición para trabajar, pero en el O. en donde tenía que inhalar por la nariz y exhalar por la boca con la punta de la lengua entre los dientes se confundió y lo hacía al revés. Como no podía hacerlo se desesperó y ya no quiso seguir.

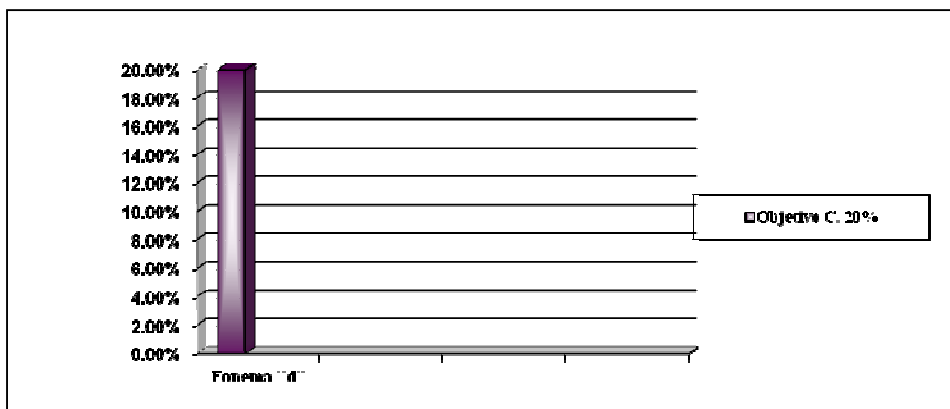
Después de que se fue su papá se continuó trabajando ese objetivo, junto con el de atrapar la pelota y jugar con un niño en presencia de adultos alternadamente. Aunque fue difícil que Estela realizara las actividades, se logró avanzar un poco en cada uno de los objetivos.

Gráfica 32:



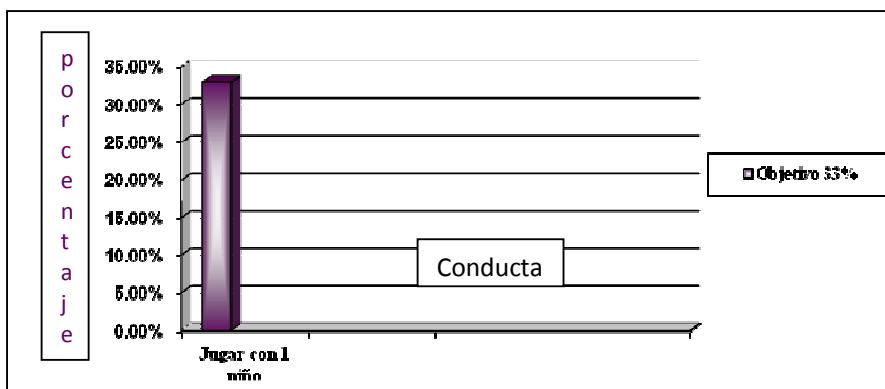
La grafica muestra el avance de Estela en el O.P de atrapar una pelota

Gráfica 33:



La grafica 33 muestra el avance que tuvo Estela en la pronunciación del fonema d

Gráfica 34:

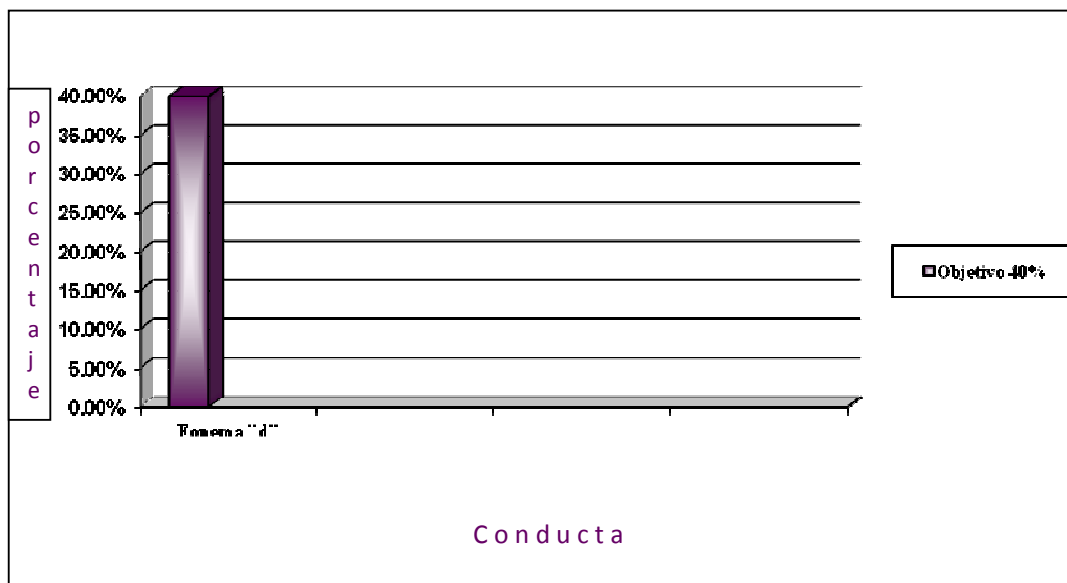


La grafica 34 muestra el porcentaje de Estela en la conducta de permanecer jugando con un niño.

Día 37

Entró la abuelita de Estela y se continuó trabajando con el fonema “d”. Primero se le mostró como se le tenían que dar las instrucciones y modelar a Estela, posteriormente se le pidió que ella lo hiciera. Se observó que la niña podía hacerlo bien, pero cuando no quería trabajar no lo hacía y su abuela no supo hacer cumplir su autoridad. Después de que se fue, se continuó trabajando con Estela el fonema y se pudo avanzar muy poco porque no quería trabajar.

Gráfica 35

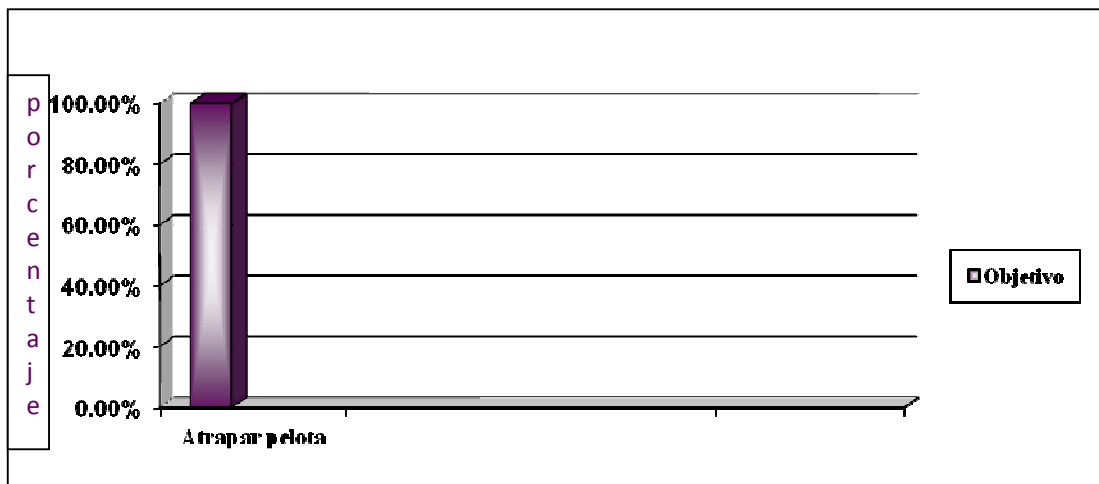


La grafica 35 muestra el avance de Estela en la pronunciación del fonema d

Día 38

Se trabajó en el programa afectivo el objetivo en el que Estela tenía que atrapar una pelota con ambas manos; se le explicó a la señora Yolanda cómo había sido el avance hasta ese momento y cómo era que se tenía que trabajar esta conducta; primero se le modeló y después se le pidió que lo hiciera ella. En esta conducta se llegó al 100%.

Gráfica 36:



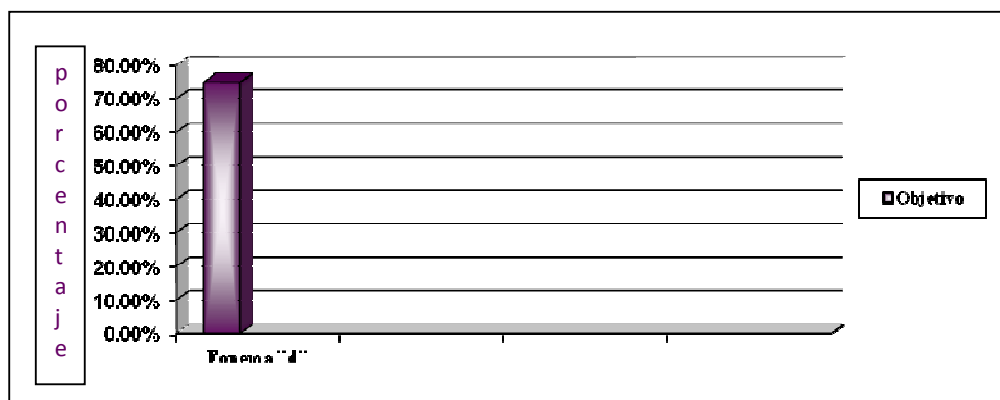
En la gráfica 36 se muestra que Estela logró llegar al 100% de esta conducta.

Después se continuó trabajando con el fonema “d” y a pesar de que Estela no quería trabajar, poco a poco se pudo avanzar, ya que se observó que los primeros O.C. le costaron trabajo, sobre todo en donde tenía que poner la lengua entre los dientes para emitir el sonido de la “d”.

Una vez que pudo hacerlo se avanzó muy rápido, sobre todo con las sílabas “da”, “de”, “di”, “do” e incluso se pudo observar que ya no le costaba trabajo pronunciar y lo hacía de manera muy natural sin marcar la posición de la lengua.

El porcentaje al que se llegó fue el de 75%.

Gráfica 37



La gráfica 37, muestra el avance de Estela en este objetivo

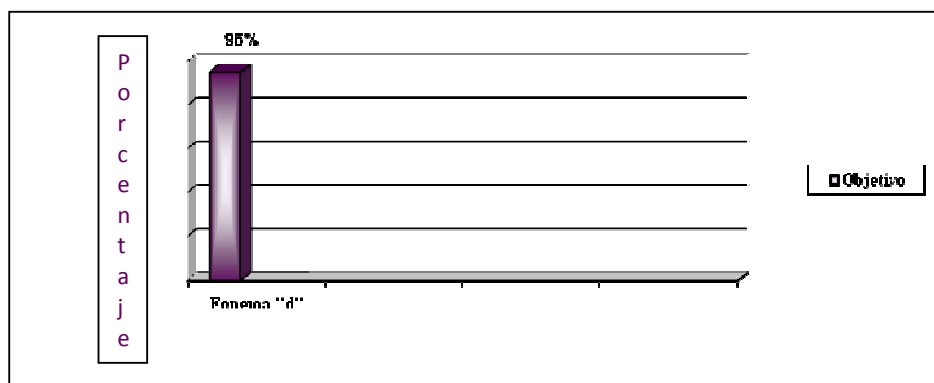
Día 39

Se inició con el Objetivo de abotonar. Al principio se le modeló a Estela como debía hacerlo, pero necesitó que se le moldeara en algunas ocasiones, sin embargo pudo realizar el primer O.C. Posteriormente, se le pidió a su abuela que lo hiciera y lo realizó correctamente, pero a Estela se le dificultó, por lo que se desesperó y ya no quiso trabajar. Lo único que le decía su abuelita era que si no trabajaba se iba a enojar y por supuesto Estela no le hizo caso.

Se pudo observar que al momento de trabajar las conductas, la señora Yolanda tenía paciencia y daba las instrucciones correctas, sin embargo cuando la niña se desesperaba y ya no quería hacer nada, no lograba que lo hiciera, permitía que Estela hiciera berrinches y se terminara haciendo lo que ella quería, por lo que se consideró que lo que le hacía falta a la familia de Estela era no consentirla tanto y que fueran más firmes en los correctivos. Como Estela no quería trabajar y ya se había acabado el tiempo del programa afectivo, se le dijo que como no quería hacerle caso a su abuela se iba a ir, la señora Yolanda le comentó lo mismo y se salió, por lo que Estela empezó a llorar y a hacer un berrinche que duró aproximadamente 15 minutos.

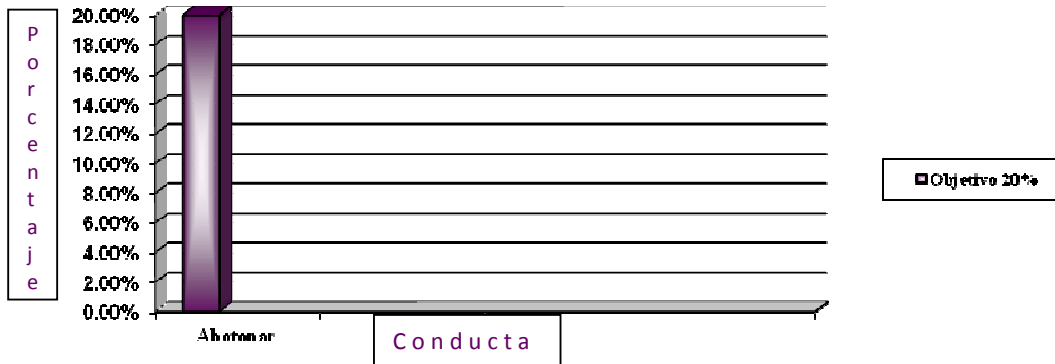
Cuando había disminuido, se le preguntó si se podía continuar y dijo que si, por lo que se realizaron unos ejercicios de respiración para que disminuyera el sollozo y después se continuó con el fonema "d". Trabajó muy bien este objetivo y se pudo llegar al 95% del mismo. Después se continuó con el Objetivo de abotonar, que aunque lo intentó varias veces, no pudo avanzar.

Gráfica 38



La gráfica 36 muestra el porcentaje obtenido hasta ese momento el O.P

Gráfica 39:



La gráfica muestra el avance obtenido en esta conducta

Día 40

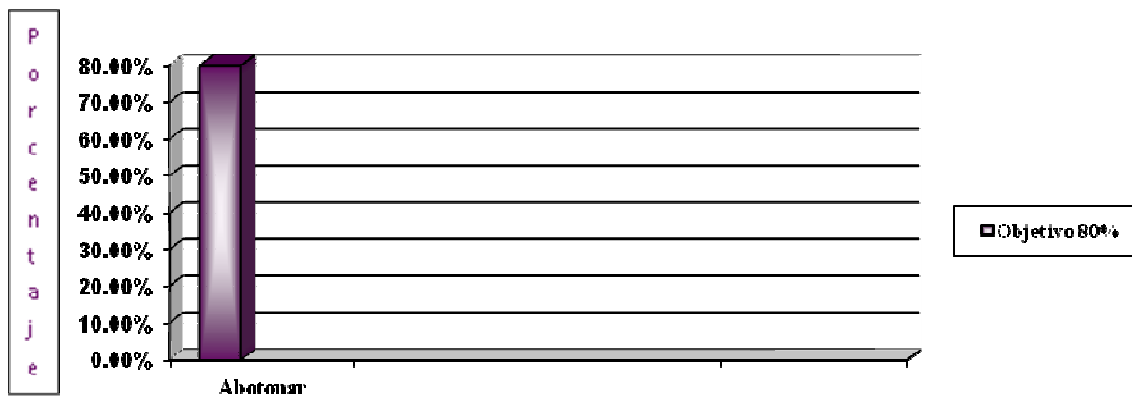
No hubo sesión por ser día no laborable.

Día 41

Se continuó trabajando con el O.P. de abotonar durante el programa afectivo y después Estela estuvo indispuesta para trabajar, como los días anteriores e incluso hizo berrinche, cuando su abuelita se fue del cubículo.

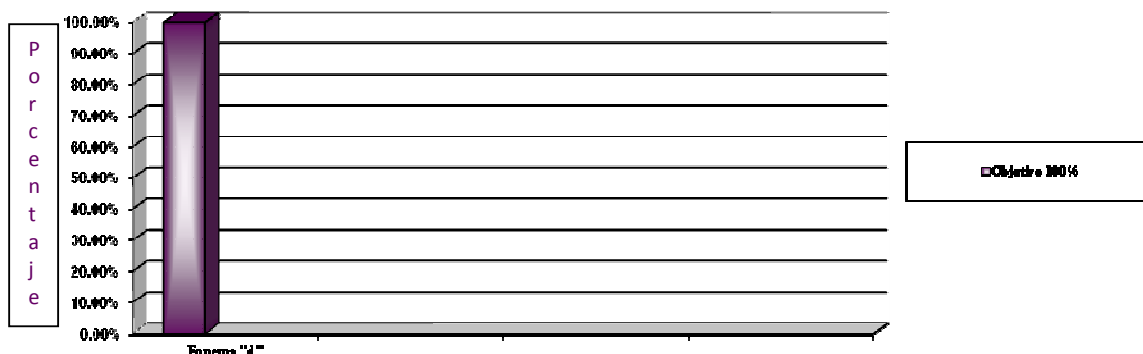
Después se continuó trabajando las conductas y el avance obtenido fue el siguiente:

Gráfica 40:



La presente gráfica, muestra el avance que Estela obtuvo en la conducta de abotonar.

Gráfica 41:



La presente gráfica muestra que Estrella logró el 100% en la conducta, donde tenía que pronunciar el fonema "d".

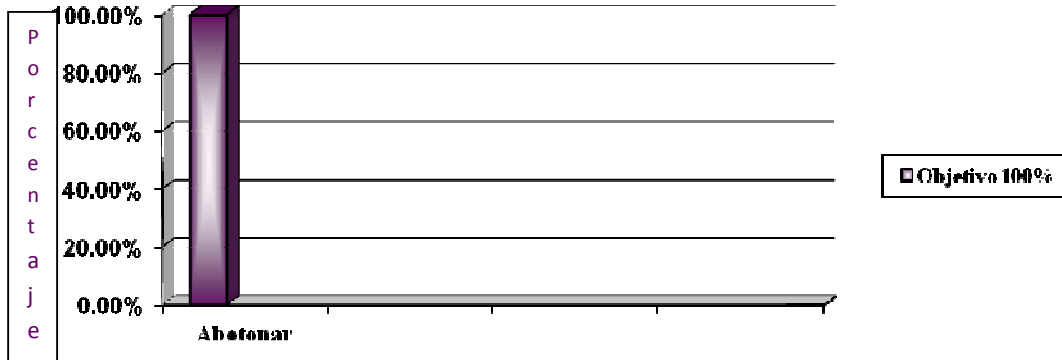
Día 42

Durante el programa afectivo, se decidió realizar una actividad que resultara interesante para Estela, con el fin de observar como le daba las instrucciones su abuelita.

Primero se le indicó a la señora Yolanda como tenía que enseñarle a Estela a iluminar un dibujo y posteriormente se le pidió que lo hiciera. Se observó que al principio le modelaba de manera correcta, para que pudiera imitarla; pero cuando le pedía a la niña que realizara la actividad y no podía, se desesperaba y terminaba haciéndolo la señora.

Después de que terminó el programa afectivo, se trabajó el O.P. de abotonar y Estela estuvo un poco más tranquila. El avance fue el siguiente:

Gráfica 42:



La gráfica 42, muestra que Estela obtuvo el 100% en la conducta.

Día 43

No asistió Estela.

Día 43

Se inicio la post-evaluación.

Día 44

Se terminó la post- evaluación y la línea base II.

Día 45

Se entregaron los resultados y la tarea de seguimiento a la abuelita de Estela.

Día 46

Sesión de cierre.

Línea Base II

Después de realizar el programa de intervención, se llevó a cabo la Línea Base II, con el fin de comparar el avance que tuvo Estela en las conductas trabajadas.

Área básica

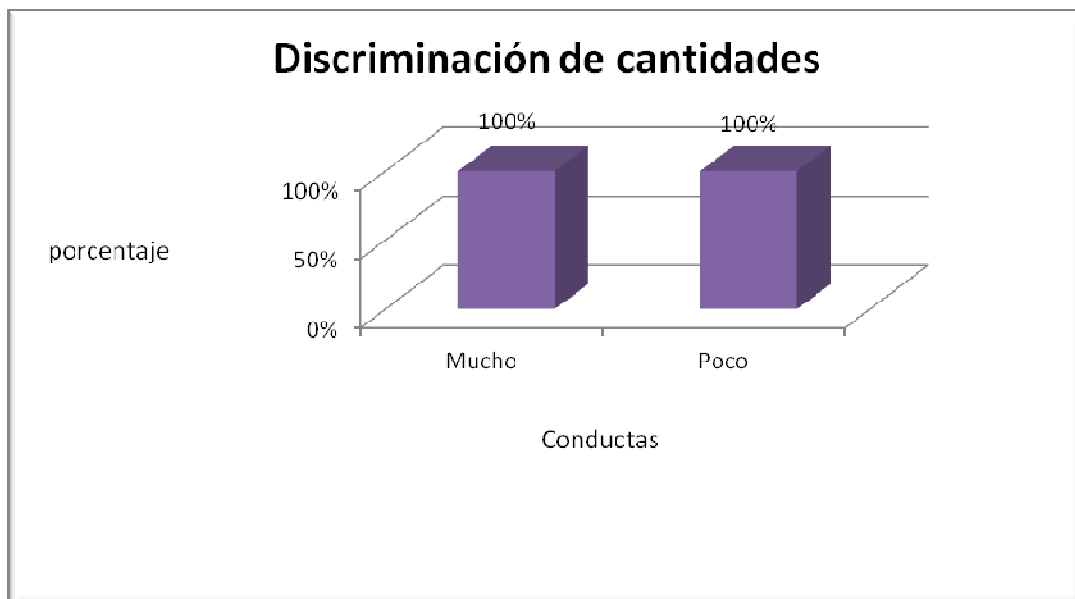
Conducta 1: Que Estela identifique y mencione la diferencia existente entre cantidades (mucho - poco).

Tabla 12

Cantidad	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Mucho	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%
Poco	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%

La tabla 12 muestra el número de respuestas, así como el porcentaje obtenido en la discriminación de cantidad.

Gráfica 43



La gráfica 43 muestra el porcentaje obtenido en la discriminación de cantidades

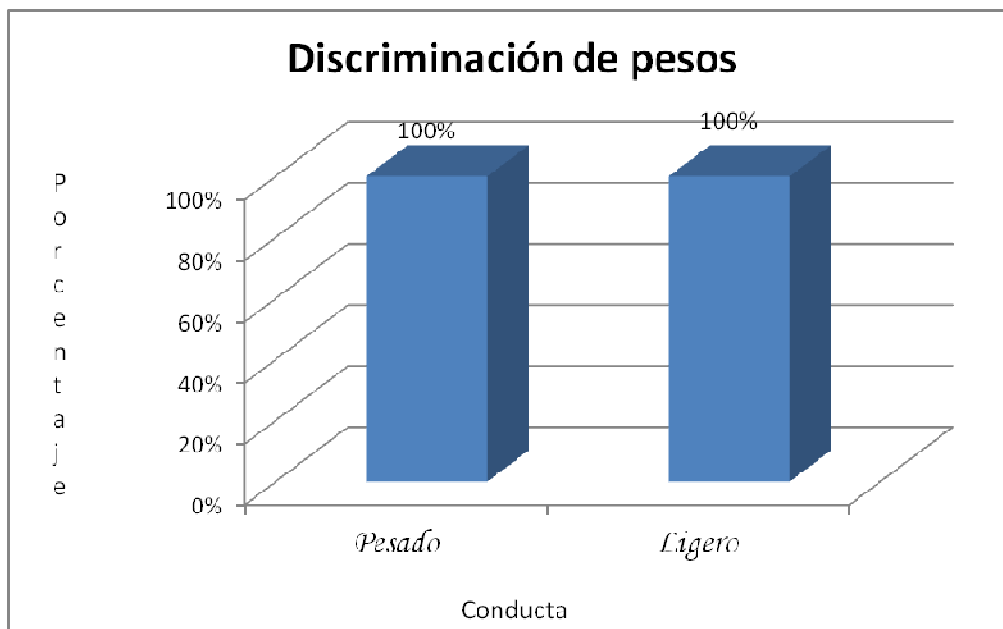
Conducta 2: Que Estela identifique y mencione la diferencia de pesos (pesado-ligero)

Tabla 13

Cantidad	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Pesado	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%
ligero	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%

La tabla 13 muestra el número de respuestas correctas e incorrectas, así como el porcentaje obtenido en la discriminación de pesos.

Gráfica 44



La gráfica 44 muestra el porcentaje que obtuvo Estela respecto de la discriminación de pesos

Área de coordinación Visomotriz

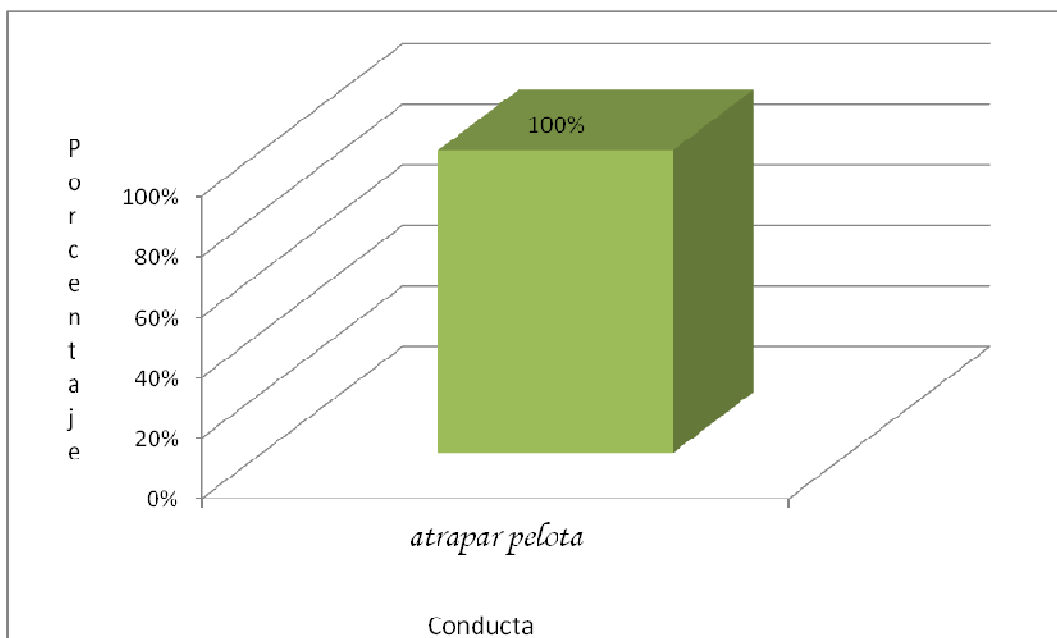
Conducta 3: Que Estela atrape con ambas manos una pelota que le es lanzada de frente, por 10 veces consecutivas

Tabla 14

Conducta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R.C	Porcentaje
Atrapar pelota	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%

La tabla 14 muestra el número de respuestas correctas y el porcentaje de Estela en esta conducta

Grafica 45



La grafica 45 muestra el porcentaje que obtuvo Estrella cuando se le lanzó la pelota 10 veces.

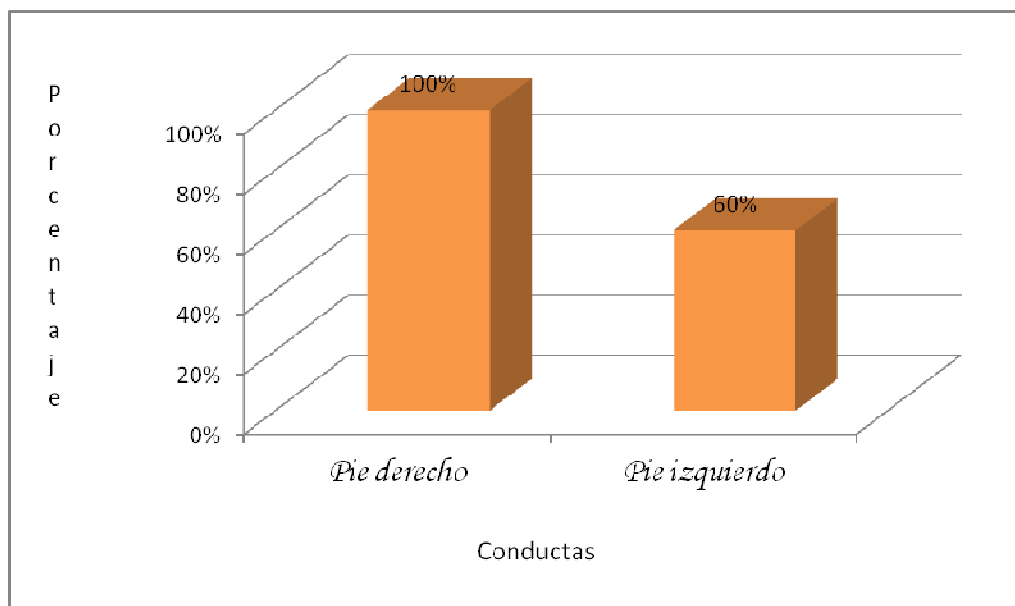
Conducta 4: Que Estela se mantenga parada apoyándose sólo de un pie, durante 5 segundos. Primero el derecho y luego el izquierdo.

Tabla 15

Pie	1'	2'	3'	4'	5'	Porcentaje
Derecho	✓	✓	✓	✓	✓	100%
Izquierdo	✓	✓	✓	X	X	60%

La tabla 15 muestra los segundos en los que Estrella pudo permanecer sostenida en cada pie

Grafica 46



La gráfica 46 muestra el porcentaje que obtuvo Estela en esta conducta

Conducta 5: Que Estela sea capaz de recortar una figura que contenga líneas rectas, de manera correcta.

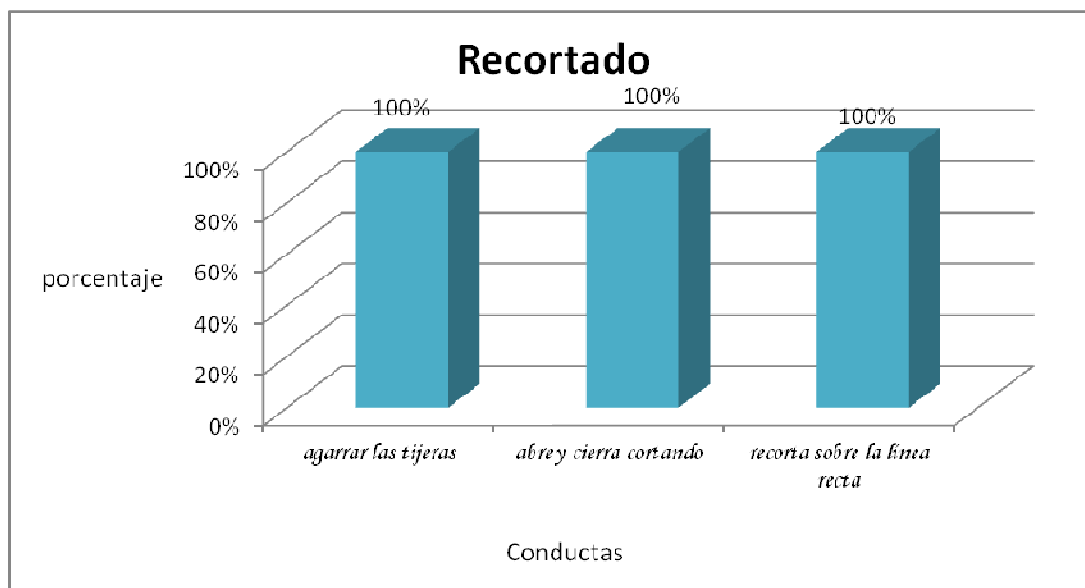
Tabla 16

conducta	1	2	3	Calificación	Porcentaje
recortar	✓	✓	✓	3	100%

Puntuación obtenida al recortar una línea recta

Para esta conducta se dio una escala de 1 a 3 para calificar el desempeño de Estela en el recortado, en la cual 1 se refería a si tomaba correctamente las tijeras, 2 si las abría y cerraba cortando y 3 si recortaba el papel sobre la línea recta.

Grafica 47



La presente gráfica, muestra que Estela realizó correctamente las 3 conductas que fueron evaluadas.

Área personal- social

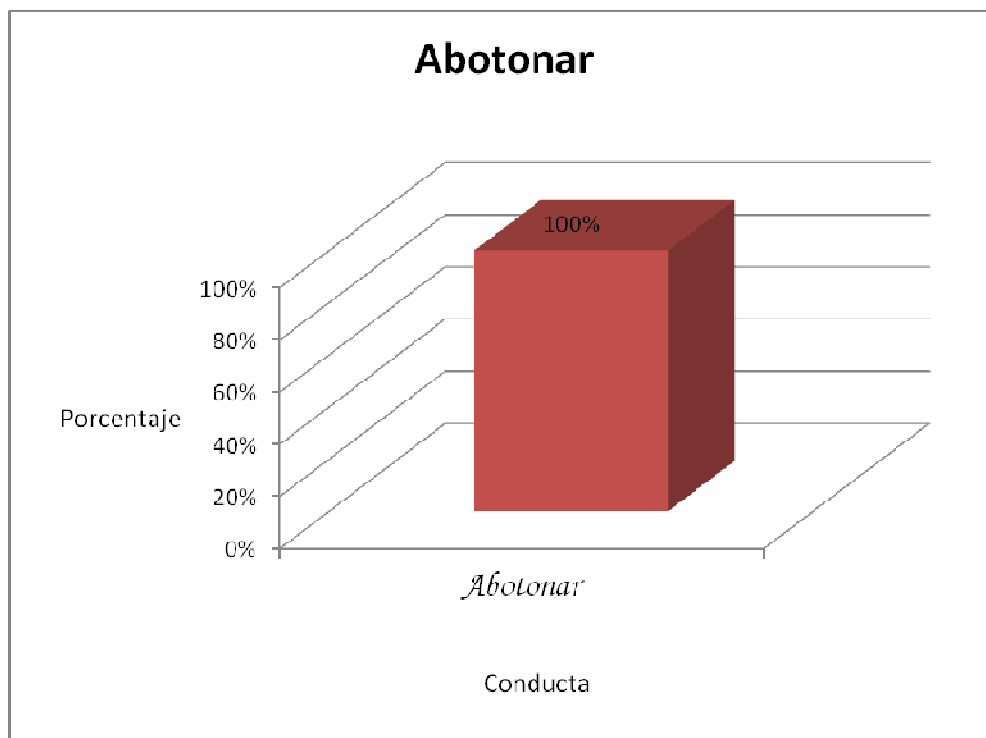
Conducta 6: Que Estela abotone un suéter que contiene 5 botones grandes

Tabla 17

Conducta	1	2	3	4	5	R.C	Porcentaje
Abotonar	✓	✓	✓	✓	✓	5	100%

La tabla 17 muestra que Estela alcanzó el 100% en la conducta de Abotonar

Grafica 48



La gráfica 48 muestra que Estela logró el objetivo al 100% al abotonar un suéter con 5 botones grandes.

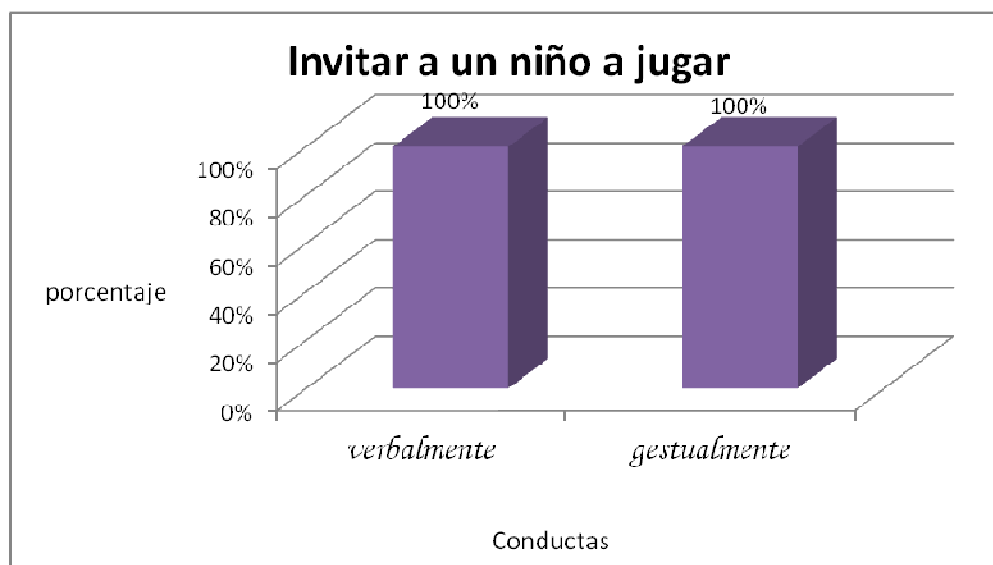
Conducta 7: Que Estela invite a un niño a jugar verbal y gestualmente en presencia de otras personas

Tabla 18

conducta	1	2	Calificación	Porcentaje
Invitar a jugar a un niño	✓	✓	2	100%

Para evaluar esta conducta, se asignaron dos categorías a evaluar, la primera midió si Estela invitó gestualmente a otro niño a jugar, mientras que la segunda evaluó si lo hacía vocalmente.

Gráfica 49



Porcentaje que obtuvo Estela al invitar a otro niño a jugar

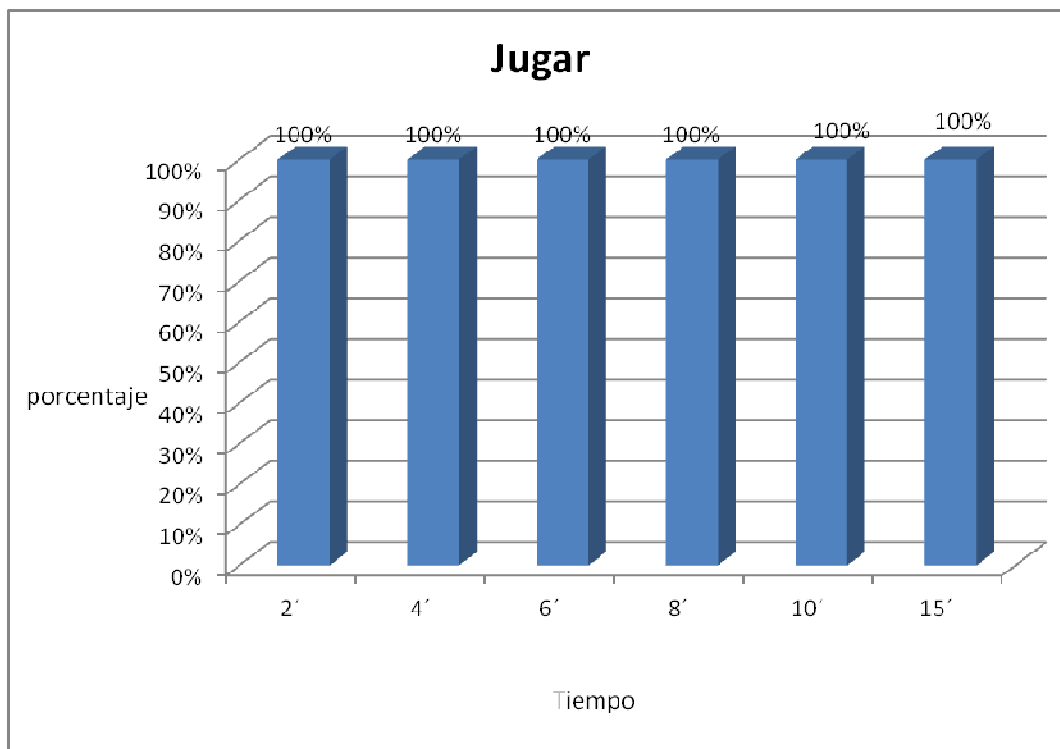
Conducta 8: Que Estela permanezca jugando por lo menos 15 minutos con un niño.

Tabla 19

Conducta	2'	4'	6'	8'	10'	15'	minutos	Porcentaje
Jugar	X	X	X	X	X	X	15	100%

La tabla muestra que Estela logró obtener el 100% en esta actividad

Gráfica 50



La presente grafica muestra que Estela logró jugar con un niño durante 15 minutos.

Área de comunicación

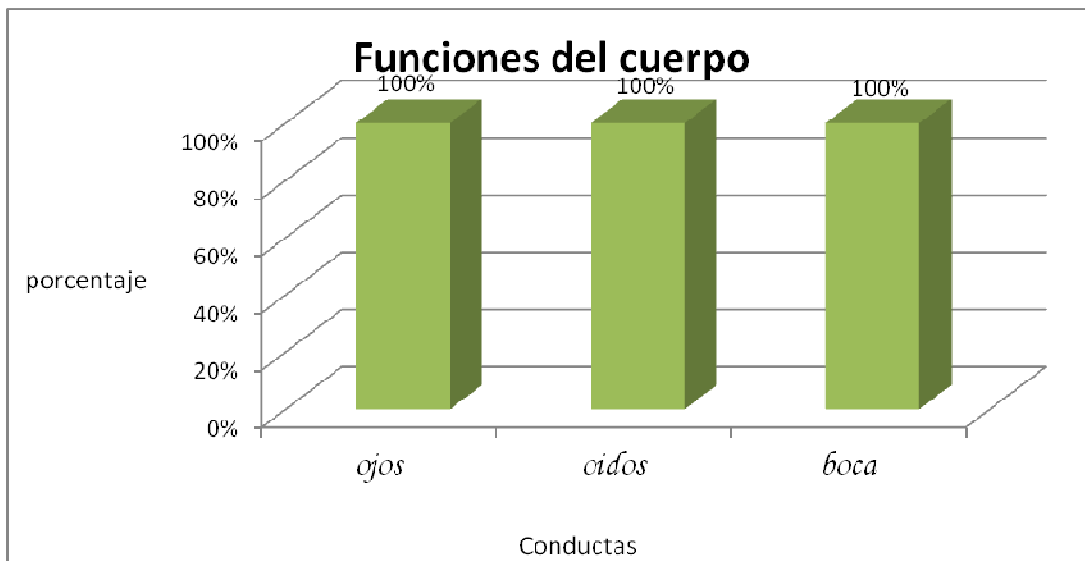
Conducta 9: Que Estela mencione la función de tres partes del cuerpo, tres veces

Tabla 20

Parte del cuerpo	1	2	3	R.C	porcentaje
ojos	✓	✓	✓	3	100%
oídos	✓	✓	✓	3	100%
boca	✓	✓	✓	3	100%

La tabla 20 muestra el número de respuestas correctas y el porcentaje obtenido en esta conducta

Gráfica 51



La gráfica 51 muestra el porcentaje que obtuvo Estrella en esta conducta.

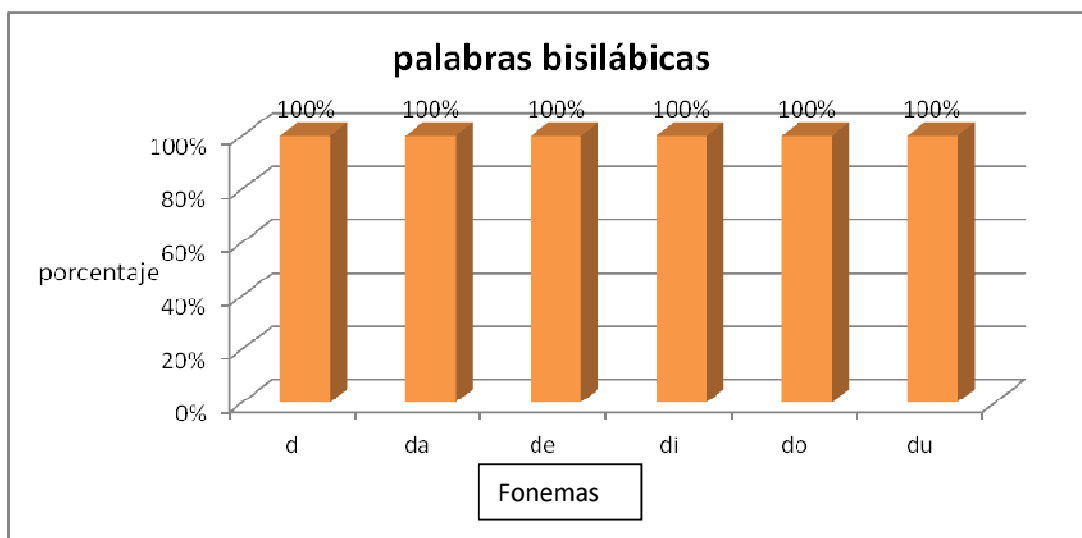
Conducta 10: Que Estela pronuncie el fonema "d" solo y con vocales

Tabla 21

Fonema "d"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R.C	Porcentaje
"d"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%
"da"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%
"de"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%
"di"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%
"do"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%
"du"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	100%

La tabla 21 muestra el número de respuestas correctas de Estrella en la pronunciación del fonema "d"

Gráfica 52



La gráfica 52 muestra el porcentaje que obtuvo Estrella en la pronunciación del fonema “d” solo y con vocales

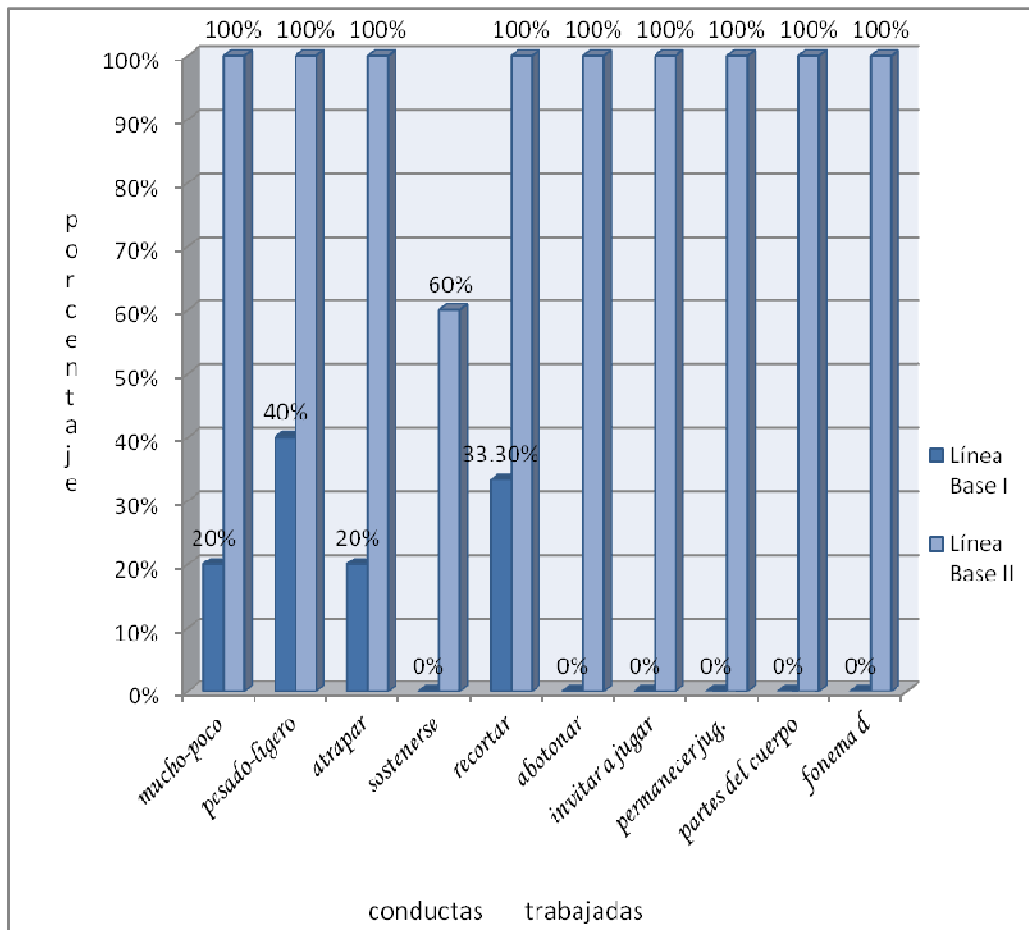
Como se puede observar en las tablas y en las gráficas de la Línea base II, de las 10 conductas que se trabajaron con Estela, en 9 se obtuvo un 100%. En la única en la que no se pudo lograr fue en la que tenía que permanecer sostenida en el pie izquierdo por cinco segundos. A continuación se muestra una tabla comparativa entre los resultados de la Línea base I y la Línea Base II.

Tabla 22

Conducta	Porcentaje			
	<i>Línea Base I</i>		<i>Línea Base II</i>	
Cantidad (Mucho-poco)	20%	100%	100%	100%
Peso (Pesado- ligero)	40%	80%	100%	100%
Atrapar pelota	20%		100%	
Sostenerse en un pie	0%	0%	100%	60%
Recortar	33.3%		100%	
Abotonar	0%		100%	
Invitar a jugar	0%		100%	
Permanecer jugando	0%		100%	
Función, partes del cuerpo	0%		100%	
Fonema “d”	0%		100%	

La tabla 22 muestra los porcentajes obtenidos en la línea base I y línea base II, de las conductas que se trabajaron

Gráfica 53



La grafica 53 muestra el porcentaje obtenido en la línea base I y en la línea base II de cada conducta trabajada.

Post Evaluación

Como se ha mencionado, Estela fue evaluada con el inventario de habilidades básicas (IHB) para conocer las áreas de su desarrollo en las que estaba más rezagada. Con base en la evaluación que se llevó a cabo, se decidió realizar un programa de intervención que permitiera trabajar con una o dos conductas de cada área (básica, visomotriz, personal-social, comunicación), con el fin de obtener un avance en la realización de dicha conducta.

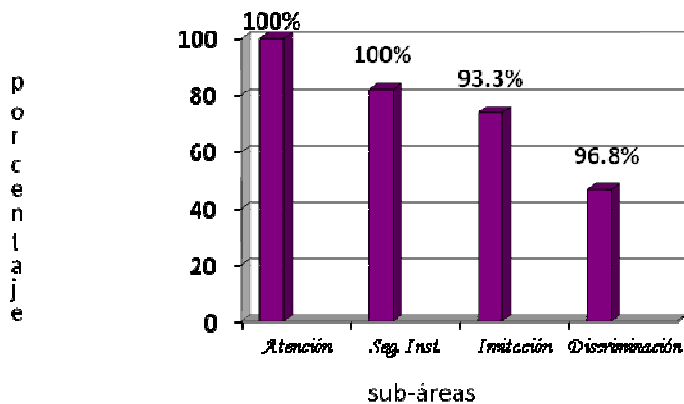
No obstante de que sólo se trabajaron 10 conductas específicas, Estela logró tener un avance en otras conductas que no se abordaron por lo cual se realizó una segunda evaluación (post-evaluación) en la que se pudo observar el desarrollo que tuvo Estela antes de iniciar el programa y al concluirlo.

En las gráficas que se muestran a continuación se puede observar que el aumento que logró obtener Estela en cada área es muy significativo, ya que todos rebasan el 80% lo cual quiere decir que prácticamente Estela alcanzó un desarrollo normal en cuanto a su edad cronológica.

Las gráficas de la post-evaluación, así como las tablas y gráficas comparativas entre la Pre-evaluación y la Post-Evaluación se muestran a continuación.

Área básica

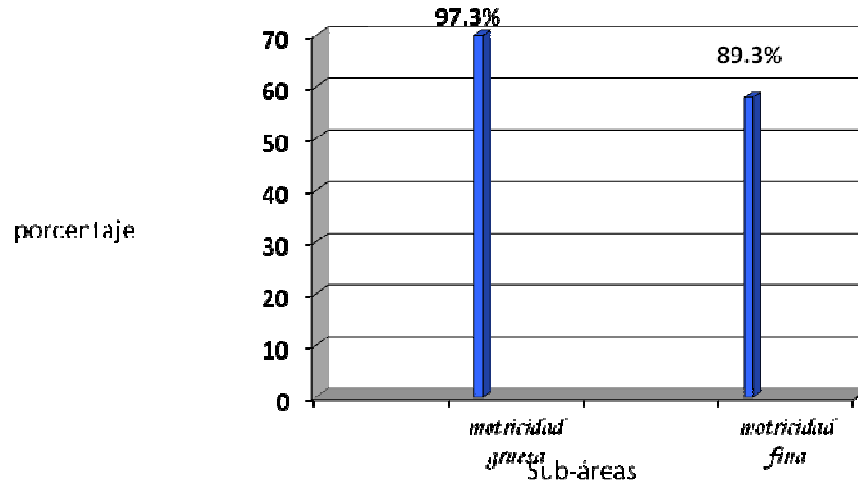
Grafica 54



Porcentaje obtenido en cada subárea del área básica

Área de coordinación visomotriz

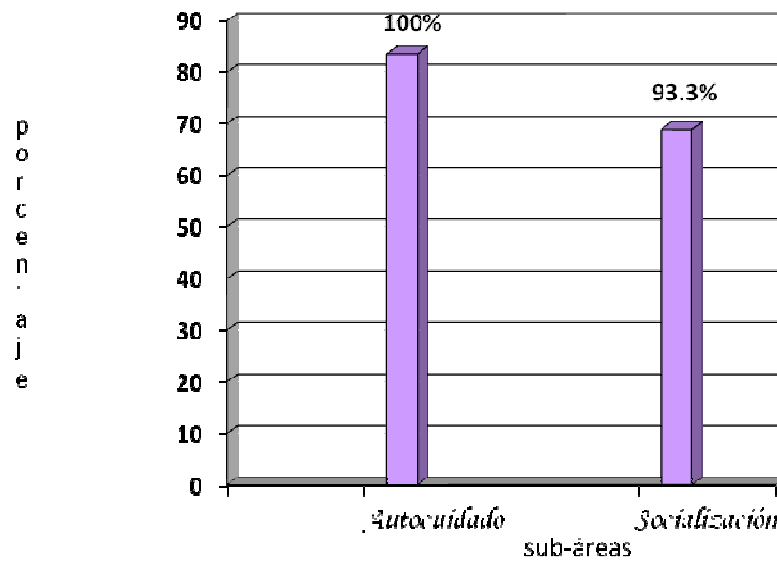
Gráfica 55



Porcentaje obtenido en el área de coordinación visomotriz

Área personal - social

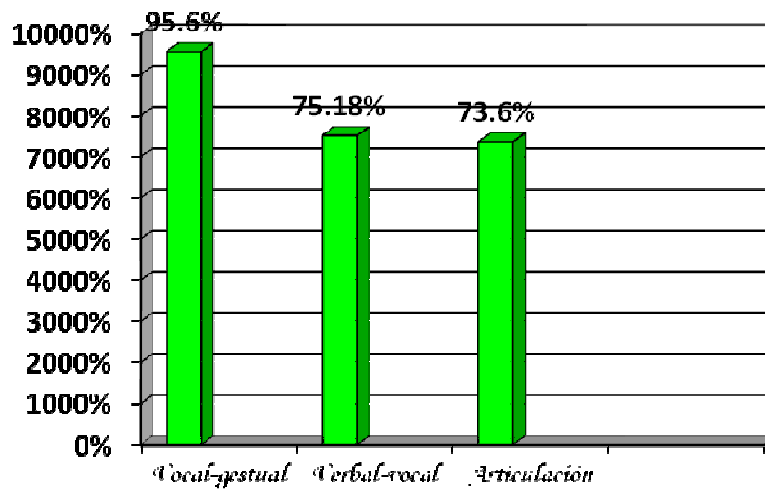
Gráfica 56



Porcentaje obtenido en la post-evaluación del área personal social- social

Comunicación

Gráfica 57



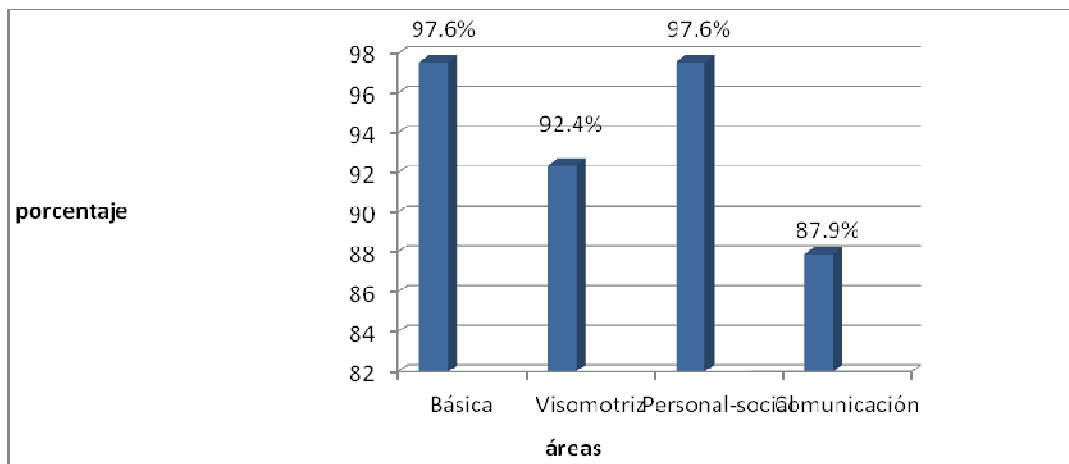
Concentrado de resultados Post-Evaluación

Tabla 23

Área	Puntuación máxima	Habilidades aprobadas	Respuestas correctas	Porcentaje
Básica	172	172	168	97.6%
Visomotriz	159	146	135	92.4%
Personal social	87	86	84	97.6%
Comunicación	308	256	226	87.9%
Total	726	660	613	92.8%

Resultados de respuestas durante la post-evaluación

Gráfica 58



La gráfica 58 muestra el porcentaje que obtuvo Estela en cada Área durante la post-evaluación

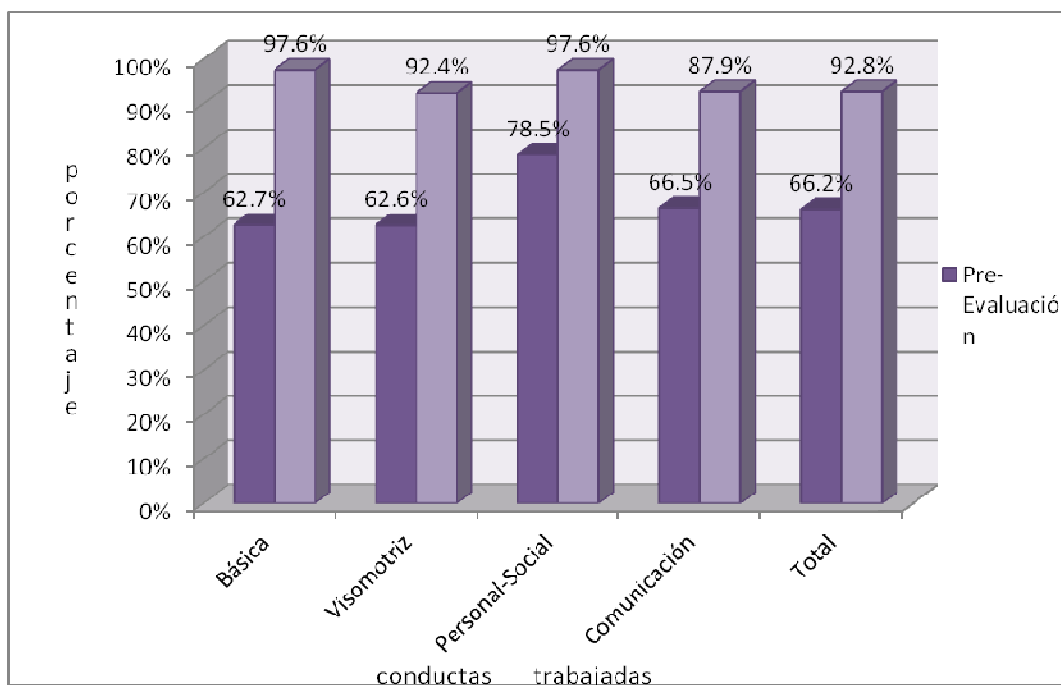
Tabla comparativa Pre-Evaluación y Post-Evaluación

Tabla 24

Área	Pre-Evaluación	Post-Evaluación
Básica	62.7%	97.6%
Visomotriz	62.6%	92.4%
Personal- Social	78.5%	97.6%
Comunicación	66.5%	87.9%
Total	66.2%	92.8%

Porcentajes obtenidos durante la pre y post evaluación

Gráfica 59



Tareas de Seguimiento para los Padres

La tarea tuvo el objetivo de apoyar el trabajo que se realizó en la consulta, para que Estela practicara todo lo que realizó en la terapia así como que continuara aprendiendo diversas conductas, que le ayudaran a que su desarrollo fuera óptimo.

Para dicho fin se realizó un calendario de actividades que Estela debió realizar una vez por semana, el día que se muestra en el calendario, en el horario en que Estela acudía a la terapia, es decir, de 3:00 a 5:00 pm con la finalidad de que la niña supiera que ese era el horario en el que diario tenía que trabajar.

A continuación se describen las tareas que se debieron trabajar con Estela y posteriormente se muestra el calendario de días en que lo realizó.

1. Algún integrante de la familia tuvo que explicarle a Estela que iban a hacer unas competencias y que el que ganara obtendría un pequeño premio, que irían juntando para que al final obtuvieran uno más grande. Dos veces a la

semana (como se indica en el calendario) se le dijo a Estela que la persona con la que iba a trabajar y ella tendrían que cambiarse de ropa (desvestirse y luego vestirse) y que quien acabara mas rápido obtendría una estampa de barney y al final del mes quien obtuviera mas estampas se le daría una sorpresa.

2. Durante esta actividad, Estela tuvo que unir puntos con la finalidad de que lograra trazar de manera correcta líneas curvas, para lo cual, un integrante de la familia debió de poner en una hoja con un marcador, una serie de puntos que formarán semicírculos y figuras curvas, posteriormente se le dio una crayola a Estela para que los uniera.

3. En esta actividad un integrante diferente de la familia debió ayudarle a Estela, cada vez que se realizó. Se pidió que le ayudaran a bajar escaleras y posteriormente subirlas, alternando pies, tomando cada quien un extremo de un palito, siendo ese el único apoyo que tendría la niña. Tuvo que realizar esta actividad tres veces consecutivas en cada ocasión. Posteriormente tuvo que hacerlo sin ningún apoyo, pero con la supervisión de un familiar.

4. En esta sesión, Estela tuvo que colorear y recortar de manera correcta, las figuras sencillas que se le proporcionaran. La persona que la ayudó a hacer la actividad tuvo que observar que lo realizara de manera correcta y de no ser así mostrarle como tenía que hacerlo para que pueda imitarlo. Una vez que terminara se le debió indicar que guardara todo lo que ocupó.

5. En esta Actividad Estela tuvo que pronunciar palabras con el fonema "D" 10 veces, la primer sesión se trabajó la primer palabra y se siguió el orden conforme iban avanzando las sesiones. Si Estela no pronunciaba correctamente la palabra, el familiar que estaba con ella debía de proporcionarle el modelo, para que pudiera imitarlo. Las palabras fueron las siguientes: 1) David 2) deseo 3) diente 4) dócil 5) dulce 6) hada 7) adiós 8) edén 9) ídolo 10) puedo

6. Todos los días en el momento de la comida, se le pidió a Estela que llevara a cabo las tareas de alimentación por si sola, el familiar que estuvo con ella, debió corregirla si lo hacía de manera incorrecta, pero sin hacerle la tarea.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
6	6	6	6	6
1	2	1, 3	4	5

Estas actividades se debieron realizar durante las 10 semanas del período vacacional.

Cabe mencionar que todas las actividades implicaban la atención, dedicación y el esfuerzo de Estela y generalmente estas le desesperaban por lo que prefería no realizar tareas que las impliquen esfuerzo. Por tanto las actividades que se propusieron además de contribuir a su desarrollo, le ayudarían a que pudiera seguir instrucciones, a tener tolerancia a la frustración y al manejo de berrinches, ya que al desesperarse ya no realizaba la tarea que se le encomendaba y si el familiar que le estaba ayudando insistía en que la realizara seguramente haría berrinche.

Si en alguna actividad del programa o en otra ocasión la niña hacía un berrinche, el o los integrantes de la familia que estuvieran presentes deberían voltearse, dándole la espalda completamente e ignorar su llanto, y cuando se tranquilizara se le pediría que continuara con la actividad que estaba realizando. De esta manera, ella se aprendería que su llanto no la ayudaba a que lograra lo que quería y poco a poco dejaría de hacerlo.

Recomendaciones a Casa

Se le recomendó a la familia que cuando tuvieran que trasladarse a un lugar caminando, evitaran llevar a Estela cargada, ya que debía caminar y aunque mencionara que se cansaba, era muy importante ayudarla a que se esforzara un poco mas, ya que para la edad que tenía podía realizar dicha tarea.

Las tareas de vestido y desvestido, así como las de comer, son actividades que implicaban coordinación entre las manos y los ojos, mismas que fundamentales para el desarrollo de las personas, por lo tanto se

recomendó que no se privara a la niña de la oportunidad de desarrollar esa capacidad de manera óptima.

Estela comenzaba a expresarse por medio de pequeñas frases, por lo que se recomendó a la familia, que cuando hablara, se le incitara a usar artículos en sus frases y que realizara oraciones mas completas. Por ejemplo; Estela diría “yo, aquí silla” por lo que se le debía pedir que dijera “yo me siento en esta silla”. De igual manera se pidió que se le forzara a que llamara a las cosas por su nombre, para que cuando necesitara algo, lo pidiera de la manera correcta.

También se consideró importante recomendarle a la familia de Estela que le permitieran realizar actividades por sí misma, ya que el grado de sobreprotección que tenían todos hacia ella era muy elevado y eso era lo que le impedía desarrollarse. Por otro lado estilo de crianza permisivo que imperaba en su familia permitía a estela hacer lo que quería y a dar el mínimo esfuerzo, razón de su baja tolerancia a la frustración y por la que hacía berrinches, mismos que eran reforzados por su familia.

Se le sugirió a la familia tener más comunicación y hablar sobre la Educación de Estela, ya que cada adulto la trataba de manera diferente y continuamente restaban autoridad a su mamá.

Por otra parte, se creyó importante que Estela practicara lo que aprendió en la clínica y continuara avanzando en las conductas. Por ejemplo, se trabajó el fonema d con vocales y Estela además de eso, pudo pronunciar palabras con la d inicial, por lo que se sugirió que se continúa trabajando esa conducta y para que posteriormente lograra pronunciarla en posición intermedia.

DISCUSIÓN

A partir de los estudios de Little (1861, citado en Álvarez 2000) se conoce que cerca de un 40% de los niños con problemas intelectuales orgánicos son debidos a lesiones producidas en el periodo prenatal. De allí la importancia de una prevención oportuna y la necesidad de establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz, para evitar y mejorar los estados producidos por estas lesiones, incluso disminuyendo el efecto de las anomalías producidas.

Es entonces que brindar Estimulación Temprana a los niños considerados de alto riesgo como Estela es de suma importancia, debido a que son propensos a tener algún trastorno o problemas de aprendizaje al llegar a la etapa escolar.

En el caso particular de Estela, se considera que ante las complicaciones del embarazo y nacimiento (factor de riesgo), los padres y abuelos pudieron haber actuado como factor de resistencia, creando un ambiente rico en estimulación que generara la posibilidad de mejorar sus aptitudes, comportamiento y por ende su desarrollo en general. Sadurní, Rostán y Serrat (2008), apoyan esta noción al considerar que la función de los padres es promover el desarrollo físico, emocional, social, cognitivo y lingüístico de los niños de forma que su adaptación al contexto sociocultural en el que van a vivir y a desarrollarse sea el mejor posible.

Comparando lo anterior al núcleo familiar en el que Estela se desarrolló, se puede expresar que no se proporcionó el ambiente estimulante adecuado, un ejemplo para fundamentar esto puede ser que la niña llegaba a la clínica en carriola y por otra parte en su casa permanecía un estilo de crianza permisivo. Sin embargo, se cree que uno de los factores determinantes en la sintomatología de Estela era que la relación con su madre siempre había sido distante, fría y evitativa. Probablemente la causa era que, se podía percibir en la señora María cierto rechazo hacia su hija, debido a que al no haber planeado el embarazo, se había generado un cambio en su vida poco gratificante y así mismo, era evidente el sentimiento de culpa por concebir dicho rechazo.

Al respecto Sarduní y cols. (2008) afirman que no todas las actitudes parentales favorecen la emergencia de vínculos; para que esto suceda es necesario que el progenitor sea sensible a las demandas del niño, que sea capaz de lograr una sincronía o adaptación mutua cuando juega, habla o comparte su tiempo con el pequeño, también que le proporcione ayuda y protección emocional frente a cualquier percance, sea leve o severo, real o imaginario, que el niño pueda experimentar, de igual manera que pueda transmitir esa ayuda mediante expresiones emocionales y finalmente motive, estimule y comparta con su hijo la exploración del entorno y la curiosidad por el conocer.

Sanchis (2008) en su tesis doctoral hace referencia a la teoría de apego de Bowlby y menciona que la relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestras emociones es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más cercano, en este caso con la madre. Este vínculo afectivo que se establece y si perdura en el tiempo es la base fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden las vinculaciones futuras de buena y mala calidad.

Con base en lo anterior, se puede mencionar que el vínculo formado por la señora María hacia su hija era un tanto ambivalente, pero sobre todo evitativo. Por lo que, el establecimiento de este apego se considera la base de los sentimientos de inseguridad que le impedían a Estela hablar con personas extrañas.

CONCLUSIONES

Durante la fase de la evaluación, se llevó a cabo la entrevista con la familia de Estela para realizar la historia clínica, en la cual se mencionó que los médicos que atendieron su nacimiento opinaron que Estrella podría tener Necesidades Educativas Especiales. Con base en esa información y en los resultados obtenidos en la aplicación del IHB se decidió realizar un programa de Estimulación Temprana, sin embargo es pertinente mencionar que no se hizo un diagnóstico, se trabajó con el que ya estaba establecido.

El diagnosticar que un paciente necesita Educación Especial, cuando no se trata de un trastorno claro y evidente como el síndrome de Down o la parálisis cerebral, no es sencillo, ya que los datos obtenidos nos siempre son precisos.

Debido a esto, la realización de un diagnóstico diferencial es imprescindible, ya que una persona difiere en cuanto a la cuantía o calidad en la que posee una característica. Puede ser más o menos eficaz en una situación que en otra, puede adaptarse mejor ante distintas circunstancias e incluso al pasar del tiempo puede diferir su respuesta.

Lo anterior, también es debido a que el desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales; la base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y no es posible modificarla. Los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden tanto psicológico como social.

Por dichas particularidades en cada paciente, debe buscarse que el diagnóstico sea lo más exacto e individual posible.

En el caso particular de Estela, existieron dificultades en el momento del parto, que sugirieron que podría tener alguna NEE y en esta posibilidad radicó la importancia de llevar a cabo un programa de Estimulación Temprana que actuara como agente preventivo, sin embargo, se considera que el hecho de

que la niña necesitara educación especial sólo se sabrá cuando esté en la etapa escolarizada.

Por otra parte, se piensa que en la actualidad urge diseñar nuevos modelos con los cuales poder determinar cuando un niño necesitará de una Educación Especial para, de esta manera poder disminuir los diagnósticos errados. Sin embargo y a pesar de que existan o no los instrumentos adecuados, es incuestionable que la mejor herramienta que tenemos los psicólogos para realizar un trabajo adecuado depende de nuestro profesionalismo.

Aunque el programa de intervención realizado se considera exitoso en cuanto al cumplimiento de objetivos alcanzados y la adquisición de conductas ejecutadas, se puede concluir que éste debió de constituir sólo una parte del abordaje terapéutico, ya que, como se ha mencionado; la crianza y situación emocional de la niña fundamentaba las deficiencias en su comportamiento.

PROPUESTA DE SEGUIMIENTO

Enfatizando la importancia de haberle proporcionado a la niña las herramientas estimulantes que le ayudaran a incrementar su repertorio de habilidades necesarias a su edad, se cree que el plan de abordaje debió ser más completo y sistémico, donde se involucrara a la familia y se asistiera a la escuela de Estela, con el fin de realizar una evaluación que ayudara a determinar su comportamiento en todos sus contextos.

Por medio de la terapia de juego es posible crear un ambiente de seguridad, donde Estela genere una confianza que le permita desenvolverse, con los niños de su edad, en los diferentes escenarios donde pasa la mayor parte del día. Se dice que el juego proporciona en el infante una estimulación adecuada para el enriquecimiento de sus habilidades sociales y el buen manejo de su comportamiento ante distintas situaciones. Tal y como lo menciona Muñoz (2005), el niño cuando juega es capaz de alternar entre la timidez y el acercamiento; es capaz de compartir su juego con otros niños y se le facilita utilizar de forma adecuada el pronombre de primera persona y el tú o usted.

También se sugiere que mediante el juego se fomente un vínculo seguro con su madre, porque éste posibilita un acercamiento e interacción y mejor comunicación, alimentando la relación que existe y evitando un desapego total por parte de la niña con la madre. El mejoramiento de la relación podría ser por medio de actividades lúdicas como juegos con reglas, juego libre y lectura de cuentos.

Como aspecto fundamental se considera orientar a los cuidadores de la niña sobre estilos de crianza ya que Estela era educada de acuerdo a los distintos criterios de la persona con quien se encontrara (tíos, abuelos, papá o mamá) prevaleciendo un tipo permisivo y sobreprotector, mismos que no le impedían estructurar su comportamiento.

Para reforzar lo anterior, sería pertinente establecer hábitos en casa, ya que éstos son parte de la afectividad que la familia necesita demostrar a Estela y de misa misma manera generará un seguimiento y respeto de reglas,

forjando principios y un carácter; que favorecerán las habilidades de socialización en la niña.

En cuanto al trabajo realizado en el consultorio se piensa fundamental que el terapeuta constituya el papel de autoridad asertiva, con quien la paciente se sienta segura y al mismo tiempo se pueda enseñar desde la frustración, se establezcan límites, consecuencias naturales y herramientas de socialización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, F. (2000). *Estimulación Temprana, una puerta hacia el futuro*. México. Alfaomega. p.219
2. Arroyo, S., Martorell, M., Tarragó, S. (2006). *La realidad de una diferencia: Los Superdotados. Diagnóstico, asesoramiento, atención escolar, integración social*. Barcelona. Biblioteca de la salud.
3. Barragán, E. (2007). *El niño y el adolescente con trastorno por Déficit de Atención. Su mundo y sus soluciones*. México. Linae.
4. Barraza, M., López, I., y García, C. (1998). *Cuarenta años de educación especial en Durango*. Secretaría de Educación Pública del Estado de Durango. México. Cap. I
5. Bautista, R. (1993). *Necesidades Educativas Especiales*. España. Aljibe.
6. Bautista, R. (2002). *Necesidades Educativas Especiales*. México. Aljibe.
7. Belda, J. (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid. Grupo de Atención Temprana. p.150
8. Briker, D. (1991). *Educación Temprana de Niños de riesgo y disminuidos*. México. Trillas. p. 453
9. Boggino, N. y De la Vega E. (2006). *Diversidad, aprendizaje e integración en contextos escolares: cómo prevenir y abordar problemas escolares en el aprendizaje y en la conducta*. Argentina. Homo Sapiens. p. 203
10. Castanedo, C. (2001). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*. Madrid. CCS.
11. Castejón, J. Navas, L. (2000). *Unas bases psicológicas de la Educación Especial*. España. Club Universitario. p.451
12. Castejón, J. Navas, L. Pérez, A. y cols. (2002). *Unas bases psicológicas de la Educación especial*. España. Editorial Club Universitario. p. 356.

13. Castellano, E. y Escandón, M. (2006). *Orientaciones Generales para el fortalecimiento de los servicios de Educación Especial*. México. SEP. p.128
14. Centro de información y Capacitación para padres de Oregón en colaboración con el departamento de Educación de Oregón, oficina del aprendizaje y compañeros del estudiante. *Intervención Temprana y Educación Especial de la niñez temprana*.
15. Coon, D. (2008). *Fundamentos de Psicología*. México. Cengage Learning.
16. Cuxart, F. (2000). *El autismo aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga. Ed. Aljibe. p.107
17. Elaine, (2007). *Intervención Temprana y el síndrome de Down*. California, Congreso Nacional del Síndrome de Down. P. 1-3
18. Elías, Y. (2009). *Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad*. México. Trillas. p. 240
19. Frola, P. (2005). *Un niño Especial en mi Aula*. México. Trillas. p.179
20. García, R. (2008). *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Madrid.
21. Guevara, Y., Plancarte, P. y Robles, A. (2008). *Educación Especial y Rehabilitación: aspectos históricos, evaluación y programación*. México. UNAM. p.29
22. Godoy, P., Mesa, L. y Salazar, A. (2004). *Antecedentes históricos presente y futuro de la educación especial en Chile*. Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial.
23. Gómez, M. (2002). *La Educación Especial. Integración de los niños excepcionales en la familia, en la sociedad y en la escuela*. México. Fondo de cultura económica. p 523.

24. Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid. Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. p. 121
25. Gutiez, (1993). *Proyecto de Intervención Temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas*. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. p. 118
26. Heward. W. Espinosa, B. y Jockl, A. (1998). *Niños excepcionales: una Introducción a la Educación Especial*. Prentice Hall. p.717
27. Hormigo, A., Tallis, J., Esterkind, A. (2006). *Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Buenos Aires. Centro de publicaciones educativas y material didáctico. p. 192.
28. Ibañez, Mudarra y Alonso (2004). *La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método Estitsológico multisensorial de atención temprana*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. No. 007. p. 111-133
29. Jódar, M., Barrozo, J., Brun, C., Dorado, M., Martín, P. y Nieto, A. (2005). *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Barcelona. UOC. p. 273.
30. Lahey, B. (2007). *Introducción a la Psicología*. México. McGraw-Hill.
31. López, P., López, R., Parés, G., Borges, A. y Valdespino, L. (2000). *Reseña histórica del síndrome de Down*. Revista "ADM" Vol. LVII. No. 5, P. 193-199
32. Lou, M. y López, N. (1999). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*. Madrid. Ediciones Pirámide. p. 426.
33. Macanche, C. (2005). *Trastornos mentales de origen neurológico*. Costa Rica. Universidad Estatal a distancia. P.
34. Macotela, S. y Romay, M. (2007). *Inventario de Habilidades Básicas*. México. Trillas. p. 209

35. Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (2004). *Desarrollo psicológico y educación: trastornos del desarrollo y Necesidades Educativas Especiales*. México. Alianza.
36. Miles, C. (1990). Educación Especial para alumnos con deficiencia Mental. México. Pax. p.232
37. Montano, J. (2008). *Eficacia de la intervención Temprana Integral en niños con alteraciones del neurodesarrollo*. México. p. 1-15
38. Muñoz, F. (2005). Su majestad el niño. Conoce y estimula su desarrollo psicológico de 0 a 12 años. Madrid. Editorial EDAF. p. 200.
39. Myers, P. y Hamill, D. (1999). *Cómo educar a niños con problemas de aprendizaje*. México. Noriega. p.459
40. Ordoñez, M. (2006). *La estimulación Precoz o atención Temprana*. *Revista de Investigación y Educación*. Sevilla. Vol. 23 p. 1-7
41. Ossa, C. (2006). *Factores que estructuran el rol del psicólogo en la Educación Especial*. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile. Vol. XV. Núm. 2. p. 131-146
42. Palomino, S. y Torres, G. (2002). *Educación Especial*. México.
43. Pérez, P. (2003). *Educación Especial, técnicas de intervención*. España. Mc Graw Hill. p.2-57
44. Puigdemívol, I. (2005). *La Educación Especial en la escuela integrada. Una perspectiva desde la diversidad*. España. Editorial Graó. p. 428
45. Regidor, R. (2003). *Las capacidades del niño. Guía de Estimulación Temprana de 0 a 8 años*. Madrid. Palabra. p.398
46. Rioja, J. (1980). *Educación Especial*. Madrid. Cincel. p. 481
47. Rivera, P. (2008). *Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad*. *Redalyc*, 32 (001), 157-170
48. Riviere, A. (1990). *Autismo. Desarrollo Psicológico y Educación III Necesidades Educativas especiales y aprendizaje*. Madrid. Alianza. Cap. 18

49. Rosa, A. Montero, I. y García, M. (1993). *El niño con parálisis cerebral: enculturación desarrollo e intervención*. Madrid. C.I.D.E. p. 481.
50. Sadurní, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona. Editorial UOC. p. 290.
51. Salazar, M., Peralta, C. y Pastor. (2009). *Tratado de psicofarmacología bases y aplicación clínica*. Madrid. Medica panamericana. p. 948.
52. Salvador, J. (1996). *La estimulación Precoz en la Educación Especial*. Barcelona. CEAC. p.135
53. Sánchez, E., Cantón, M. y Sevilla, D. (1997). *Compendio de Educación Especial*. México. Manual Moderno. p
54. Sanchis, C. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Brasil. Universidad Ramón Llull. p.122
55. Santos, P. y Cols. (2002). *Estimulación Temprana*. México. Secretaría de Salud. P.1-60
56. Santucci de Mina., M. (2005). *Educandos con capacidades diferentes: un enfoque psicológico desde el retraso mental a la superdotación*. Córdoba. Editorial Brujas.
57. Secretaría de Educación Pública, (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México. Cap. I
58. Suárez, A. (2006). *El nuevo concepto de Educación Especial*. Revista digital I+E Investigación y Educación. Sevilla. Núm. 27. p.1-11
59. Torras, E. (2002). *Dislexia en el desarrollo psíquico: su psicodinámica*. España. Paídos. p.137.
60. Torres, I. y Beltrán, F. (SF). *Programas de Educación Sexual para personas con Discapacidad Mental*. México. Instituto de Investigaciones Psicológicas. p. 42
61. Torres, J., Conesa, I., Brun, C. (2003). *Trastornos del lenguaje en niños con necesidades educativas Especiales*. Barcelona. CEAC. p. 206.

62. Vaquerizo, J. (2008). *Introducción general y Neurobiología del TDA-H*. Madrid. Programa de formación. p.156
63. Vázquez, J., Cárdenas, E., Fera, M., Benjet, C., Palacios, L., de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México. Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. p.
64. Verdugo, M. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. España. Siglo XXI. Cap. 15
65. Viloca, LL. (2003). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*. CEAC. Barcelona. p.145.
66. Zappella, M. (2006). *Autismo infantil. Estudios sobre la afectividad y las emociones*. México. Fondo de cultura económica.