



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**EL PSICÓLOGO EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL:
UN CASO CLÍNICO**

ACTIVIDAD PROFESIONAL

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

FANY JARDÓN GARCÍA 09915957-9

GENERACIÓN: 2002 – 2005

ASESORES:

Lic. Ma. De Lourdes Jiménez Rentería

Lic. Israel Trejo González

Lic. Francisca Bejar Nava



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme dado la oportunidad de ver realizado un sueño y permitirme compartir mi dicha con gente maravillosa

A mis padres

Por todo el apoyo brindado a lo largo de esta gran travesía, sin el cual, este logro no se hubiera concretado; por su ejemplo, sus consejos, sus sacrificios y sobre todo por su amor; razones que hacen que este triunfo sea de ustedes

A la Fam. Jardón Perusquía y Fam. Galván Jardón

Por sus palabras de aliento, su confianza, su apoyo, su amor, su ejemplo y por las lecciones de vida que han compartido conmigo y que me han servido para ser mejor persona

A mi familia

Por compartir conmigo los momentos gratos y de penas, por su amor y su confianza

A mis amigos

Por su confianza, su paciencia, su afecto y por compartir parte de su vida conmigo

A mis maestros

Por el apoyo y el tiempo que dedicaron para asesorarme en la realización de este trabajo

A Ingrid Hernández

Por todo su apoyo, enseñanzas y consejos

Gracias

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EDUCACIÓN ESPECIAL	5
1.1 Antecedentes históricos	5
1.2 Políticas	7
1.3 Definición	9
1.4 Clasificación	9
1.4.1 Síndrome de Down	10
1.4.2 Parálisis Cerebral	12
1.4.3 Retraso mental	13
1.4.4 Autismo	14
1.4.5 Trastorno por déficit de atención	14
1.4.6 Problemas de aprendizaje	15
1.4.7 Problemas de lenguaje	18
1.4.8 Discapacidad visual	19
1.4.9 Discapacidad auditiva	21
1.5 Evaluación e intervención	30
CAPÍTULO II. EL PSICÓLOGO EN EL AMBIENTE LABORAL	35
2.1 Centro de Atención Psicopedagógica Educación Especial	35
2.2 Funciones del psicólogo dentro del centro	38
2.3 Análisis comparativo de la formación educativa y el área laboral ...	41
2.4 Propuesta para complementar la formación educativa	42
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE UN CASO	49
3.1 Historia clínica	49
3.2 Áreas evaluadas	51
3.2.1 Área Básica	51
3.2.2 Área de Coordinación Visomotriz	52
3.2.3 Área Personal – Social	54
3.2.4 Área de comunicación	55
3.3 Programa de trabajo	56
3.4 Reportes trimestrales	60
3.5 Resultados	69
CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS	77
ANEXOS	

Desde el punto de vista filosófico, todos los individuos son únicos y por ello, especiales (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997). No obstante, en nuestra comunidad existen personas que por presentar limitaciones en sus capacidades físicas e intelectuales, requieren una instrucción más apropiada que la que habitualmente está disponible dentro de las estructuras educativas formales e informales. Estas personas demandan un espacio apropiado de educación para satisfacer sus exigencias de aprendizaje y una filosofía social para justificarlo, en este ámbito la educación especial posee una filosofía y una pedagogía propia, basadas en la igualdad de oportunidades de educación para aquellas personas que tienen algún tipo de discapacidad, y que permita desarrollar una personalidad autónoma y socialmente integrada.

La educación especial no está separada de la educación general, por el contrario, toma de esta última sus conceptos generales; su peculiaridad consiste en las modificaciones y adiciones que debe introducir para compensar o superar algunas de las deficiencias o limitaciones del educando. Más aún, existe una fuerte corriente contemporánea hacia la integración, que pretende interrelacionar la educación regular con la especial, con el fin de incorporar a los alumnos con necesidades especiales de educación a la corriente principal. Sin embargo, para lograr esta integración, se necesita contar con una infraestructura académica, técnica y tecnológica que permita a los profesionales de la educación especial alcanzar sus objetivos. Aunque en papel, y a varios niveles del Estado, se subrayan los derechos que tienen los niños con necesidades especiales en el sistema nacional de educación, la calidad de los servicios que se ofrecen a esta población está muy lejos de un estándar deseable (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

La contribución de los psicólogos es especialmente fundamental en sociedades como la nuestra, en las que un sector importante de la población vive en condiciones de salud, vivienda y educación que no llenan los criterios mínimos de bienestar (Hinojosa, 1996). Según las estimaciones de la UNESCO, entre el 10 y el 15% de la población de un país cualquiera, requiere de una educación especial; para México, eso indica que existen, aproximadamente, 1,794,304 personas con requerimientos de educación especial; entre los cuales se encuentran 943,717 hombres y 851,587 mujeres (INEGI, 2000). De este porcentaje, según reportes del INEGI (2000), las deficiencias motrices ocupan el 45.3%, las visuales el 26%; las auditivas el 15% y el lenguaje el 4.9%. Esto es, que casi 500,000 personas presentan deficiencias auditivas, lo cual no es una cifra pequeña y no sólo se encuentran aislados de los sonidos, sino que además, carecen de un lenguaje apropiado para comunicar sus necesidades; asimismo, esta deficiencia sesga la integración de las personas al medio que les rodea.

Por otra parte, si tomamos en cuenta que el ser humano es un aprendiz de la lengua, prácticamente desde los primeros días de su vida y hasta su entrada en la edad adulta; y que el dominio de las habilidades del uso del lenguaje es un factor fundamental en el desarrollo psicológico general, que sirve para la representación, expresión y comunicación de pensamientos o ideas (Luria y Villa, 1996); por lo tanto, dentro del presente trabajo, nos centraremos en las deficiencias auditivas y el papel del psicólogo dentro de esta especialidad.

Dentro de la educación especial, la función del psicólogo radica en alentar y animar a las familias de personas que requieren de dicha atención, para que haya una mayor participación por parte de ésta, ya que así, la familia no deslinda la obligación a instituciones, sino que se concientiza de su papel para el mejoramiento del afectado (Sánchez y Torres, 1997). El psicólogo puede brindar apoyo a las familias que requieran de esta atención a partir de distintos enfoques o terapias de intervención, las cuales pueden ser: un enfoque familiar en el cual la atención se centra en la familia, ya que el sujeto no es un individuo aislado de un contexto, sino que se desenvuelve con otras personas, que también se pueden ver afectadas; el enfoque concéntrico, éste se centra en las

necesidades especiales de cada persona, para este enfoque, el individuo afectado, es la persona más eficaz para conseguir cambios positivos en su desarrollo personal (Sánchez y Torres, 1997); la psicoterapia individual, en la cual el terapeuta ayuda a la gente a conocerse interiormente, su personalidad y relaciones pasadas y presentes, y a interpretar sus sentimientos y comportamientos: la terapia familiar, en dónde, la familia es el cliente; es decir, el terapeuta ve a toda la familia reunida, observa la manera como los miembros de la familia interactúan y señala algunos de los patrones de funcionamiento, tanto los que llevan al desarrollo personal, físico y social, así como los que lo inhiben o destruyen (Sánchez y Torres, 1997) y la terapia del comportamiento, en la cual, el terapeuta no busca causas del comportamiento ni que el niño este conciente de su conducta, solamente se propone cambiar el comportamiento en sí mismo. Sin embargo, no hay que olvidar, que aunque el profesional puede comenzar o elegir trabajar cualquiera de los enfoques mencionados, la importancia de la familia influye en ambos, ya que la familia debe de comprender, aceptar y apoyar al miembro de ésta a superar la limitación que esta teniendo para obtener un desenvolvimiento óptimo y sobre todo, que cubra las necesidades de dicho individuo (Sánchez y Torres, 1997).

Como se ha podido observar, la función del psicólogo incluye funciones de impartir terapia o algunas otras técnicas para trabajar con los individuos, pero para poder elegir la técnica apropiada y obtenga mejores resultados la persona que la va a recibir, éste debe de realizar funciones primordiales como son el realizar una evaluación ya que, a través de ésta, se determina el diagnóstico, que es, a final de cuentas, lo que va a dirigir el diseño y realización del tratamiento dentro de la psicología (Ibáñez y Vargas, 1998), posteriormente se realiza una intervención, esto cuando logramos determinar en función de qué variables ocurre una conducta, y la modificación de esta variable es la solución al problema y por último, se trabaja con la prevención, la cual tiene como finalidad anticiparse a la ocurrencia de un evento, o en todo caso, si es que ya se presentó y es negativo, evitar que se agrave o implique consecuencias más serias (Fuentes y Palmero, 1995).

Además, el psicólogo debe procurar tener relaciones armónicas con otros colegas y con profesionales de otras disciplinas para poder realizar una intervención completa, es decir, que no solo se le atienda al niño un área o con un solo especialista, ya que algunas veces, el problema involucra diferentes variables, por lo tanto es importante tener contacto con otros especialistas para cubrir todas las necesidades de los individuos (Ibáñez y Vargas, 1998).

El psicólogo que incursiona en el área de educación especial, debe de contar con las herramientas necesarias para realizar una buena evaluación, que le permita organizar un programa de trabajo para ayudar a que las personas con necesidades especiales puedan integrarse al medio que los rodea. Por lo tanto, el objetivo de este reporte de experiencia laboral es el de exponer un programa de rehabilitación y seguimiento para el desarrollo de habilidades en las áreas de lenguaje, psicomotricidad, autocuidado y adaptación social en un niño con hipoacusia bilateral del 50%.

El presente trabajo se encuentra dividido en tres capítulos; el primero de ellos hace referencia a el marco histórico de la Educación Especial, así como a algunas atipicidades que ésta trabaja; el segundo capítulo es acerca de las experiencias vividas del psicólogo en el ambiente laboral e intenta dar un panorama acerca de las dificultades a las que se puede estar expuesto al momento de incorporarse a un trabajo, y en el último capítulo se expone el trabajo del psicólogo dentro de un centro de atención psicopedagógica del sector privado.

CAPÍTULO I. EDUCACIÓN ESPECIAL

Dentro de este primer capítulo se abordan los antecedentes de lo qué es la Educación Especial; además de mostrar algunas políticas que se han desarrollado a favor de esta parte de la educación. Se presentan las modificaciones que el término de Educación Especial ha sufrido; así como las características, etiologías y tratamientos de las atipicidades con mayor recurrencia dentro de la Educación Especial; cabe mencionar que el apartado de discapacidad auditiva es el más extenso ya que es el tema en el que se centra la intervención expuesta más adelante.

1.1. Antecedentes históricos

Las personas con necesidades educativas especiales han sido catalogadas o clasificadas de muchas maneras, esto dependiendo de las características físicas que presentan, e incluso, dentro de una categoría que incluya no solo una discapacidad sino varias, esto con base a que compartieran su etiología o conductas. Entre los nombres que recibían tenemos (Ortiz, 1995):

- ✓ Inocentes. En el siglo XV, el Fray Gilbert Cofre, de Valencia, fundó un Hospital para enfermos psíquicos y deficientes mentales, y se conocía con el nombre de Hospital d'Ínnocents.

- ✓ Sordomudos. En el siglo XVI, Fray Pedro Ponce de León relacionó la sordera con el mutismo, siglo en el cual se enseñó la lectoescritura, además de que se fundó, en Francia, la primer escuela pública para sordomudos: El Instituto Nacional de Sordomudo de París.

- ✓ Ciegos. En 1784, en esta época, Valentín Hauy plantea la idea de que los ciegos pueden ser educables por lo tanto se logra que se funde el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, en donde asiste Louis Braille, creador del sistema Braille para ciegos.

- ✓ Débiles mentales. Siglo XVIII. No se consideraba a estas personas capaces de recibir educación, y se les conocía como idiotas o dementes. En

el siglo XIX, se comienza a dar tratamiento medicopedagógico, y empiezan a ser reconocidos como deficientes y susceptibles a mejorar a través de la educación. A partir de esto, se va notando que estas personas tienen “solución” o formas de “adaptación” a la sociedad en la que se desenvuelven.

Se van formando algunas disciplinas para dedicarse al estudio de todas estas atipicidades, primero se conoce como pedagogía terapéutica, educación especial, la cual comienza a investigar, identificar y a trabajar las distintas necesidades de las personas, y comienza a darse una mayor integración, y por último, en la actualidad, son ya reconocidas como personas con necesidades educativas especiales (Ortiz, 1995).

La aparición de las instituciones de educación especial en México se remonta a mediados del siglo XIX, durante el período presidencial de Benito Juárez, quien fundó en 1867 la Escuela Nacional para Sordos y en 1870 la Escuela Nacional de Ciegos. A partir de este hecho, algunos hitos históricos marcan el desarrollo de las Instituciones de Educación Especial en el país, según Ortiz (1995):

- En 1914 el Dr. José de Jesús Gonzáles, científico precursor de la educación especial para personas con retraso mental, organizó una escuela especial en la Ciudad de León, Guanajuato.

- Entre 1919 y 1927, se fundaron en la capital del país dos escuelas de orientación para varones y mujeres, y empezaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica de atención para personas con retraso mental en la Universidad Nacional Autónoma de México (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

- En 1935, el Dr. Roberto Solís Quiroga, promotor de educación especial en México y el resto de América, planteó al entonces Ministro de Educación Pública, el Lic. Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país. Como resultado de esta iniciativa, se

incluyó en la Ley orgánica de Educación un apartado referente a la protección de las personas con retraso mental por parte del Estado.

- También en 1935, se creó el Instituto Médico-Pedagógico especializado en la atención de la persona con discapacidad mental.

- El 7 de junio de 1943, se inauguró la Escuela de Formación Docente para maestros Especialista en el mismo local del Instituto Médico-Pedagógico.

- En 1970-1976 (sexenio de Luis Echeverría), el gobierno reconoce la problemática de la deserción escolar en el país (48% aproximadamente) y creó los centros de atención psicopedagógica conocidos como Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), los cuales permitieron atender a un mayor número de personas con requerimientos de Educación Especial a un costo menor.

- En 1995, se forma en Los Pinos la Comisión Nacional Coordinadora para el Desarrollo del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de la Personas con Discapacidad.

1.2 Políticas

La educación especial en México está, al menos en el papel, sumergida en una visión educativa humanista dentro de la Secretaría de Educación Pública (SEP, 1994), y existen diferentes marcos legales para su desarrollo. Sin embargo, la legislación en este campo, en nuestro país, es incipiente, por otro lado en los países escandinavos se dio una revolución educativa debido al movimiento conocido como normalización, movimiento que defendía la integración de los alumnos “excepcionales” en el aula ordinaria frente a la educación segregacionista que se llevó a cabo hasta la década de los sesenta en Centros asistenciales-residenciales o de Educación Especial. Este movimiento fue iniciado por Nirje y Bank-Mikkelsen en los países nórdicos, y por Wolfensberger en Canadá y los Estados Unidos (Castanedo, 1997).

A pesar de esto, en México, se pueden identificar tres pilares que sostiene la política de educación especial (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997):

- **La individualización.** Se refiere a la noción de que debe realizarse un perfil psicoeducativo individual para cada sujeto con necesidades de educación especial, el cual debe servir como base para establecer criterios educativos para su instrucción.

- **La normalización.** Este principio, aspira a colocar a las personas con discapacidad en condiciones de igualdad al proporcionarles las mismas oportunidades y posibilidades que al resto de los habitantes. Esta igualdad con los demás ciudadanos de cada país es lo que da validez global a este principio, ya que recalca la importancia, para las personas con necesidades especiales, de vivir en condiciones consideradas normales, tanto como sea posible.

- **La integración.** Se refiere a la tendencia de incorporar en una escuela regular a aquellos estudiantes con discapacidades leves o moderadas.

Pero antes que nada, para poder lograr o adentrarse en la integración de las personas con habilidades diferentes, lo primero que se tiene que tener presente es conocer y reconocer, que el hecho de que haya personas que tengan diferente apariencia o formas de realizar algunas acciones, no los hacen menos y en lugar de verlos como personas “discapacitadas” o “limitadas”, deberíamos de aprender a ver la vida desde otro punto de vista, ya que nadie está exento de pasar por esto, pero para poder lograr esto, es necesario que conozcamos acerca de lo que implica la discapacidad, desde cómo se va dando el desarrollo en los individuos (tanto biológico como psicológico), además de los avances dentro de la educación especial y sobre todo, hacer énfasis en que, la percepción hacia estos individuos tiene que ser como la de cualquier otra persona, que tiene limitaciones, derechos y potencialidades (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

1.3 Definición

La Educación Especial es la instrucción que se otorga a sujetos con necesidades educativas especiales que sobrepasan los servicios prestados en el aula de clase regular, es una modalidad del Sistema Educativo Nacional, que se imparte a niños y a jóvenes que tienen dificultades para incorporarse a las instituciones educativas regulares o para continuar en las mismas por presentar algún retraso o desviación, parcial o general, en su desarrollo, debido a causas orgánicas, psicológicas o de conducta (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

Existen dos tipos o grupos de servicios que ofrecen la modalidad de Educación Especial, el primero es el que brinda servicios *esenciales*, los cuales atienden a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con el fin de obtener una integración social, exitosa y así adquirir cierto grado de independencia personal. Dentro de estos servicios, se encuentran las personas que cuentan con una discapacidad intelectual, o que presentan discapacidad múltiple, o aquellas personas que por tener discapacidad visual, auditiva o motora no han recibido algún tipo de educación.

El segundo servicio que se ofrece es el *complementario*, el cual, otorga sus servicios a sujetos cuya necesidad educativa es transitoria y suplementaria a su educación pedagógica normal; éstos son niños con problemas leves o moderados que no les impiden asistir a la escuela regular, pero que requieren de apoyo o estimulación en virtud de que presentan problemas que afectan su aprendizaje (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

1.4 Clasificación

Existe una diversidad importante de limitaciones o dificultades que, en cada caso, tienen distintas manifestaciones y responden a etiologías diversas. En los inicios de la educación especial, la terminología utilizada para nombrar a estas personas era de “anormales” dada la influencia de la clínica psiquiátrica;

posteriormente se les conocía como incapacitados, disminuidos, impedidos, atípicos, inadaptados, excepcionales, entre otros.

Hoy en día, las personas que se encuentran dentro de la educación especial y sus discapacidades, son entendidas como limitaciones funcionales, lo cual no anula o disminuye el valor de la persona, como ser humano o como ciudadano, y por lo tanto tampoco se ven afectados sus derechos (Ortiz, 1995).

La educación especial abarca un grupo muy amplio, con características muy heterogéneas, desde niños con algún déficit muy significativo (discapacidad mental, visual, auditiva y limitaciones motoras), hasta aquellos completamente sanos y funcionales que solo presentan una limitación muy específica de su desarrollo (problemas de lenguaje o discapacidad matemática). Es por esta razón, que se tiene que dejar a un lado la idea de que la educación especial es sólo para niños con discapacidades obvias y graves.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) en México agrupa a los alumnos que necesitan educación especial según la característica primordial que los diferencia (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997):

1.4.1 Síndrome de Down

Es una anomalía cromosómica; aparece por la presencia de 47 cromosomas en las células, en lugar de los 46 que deberían de ser. El síndrome de Down conlleva problemas cerebrales, del desarrollo físico y fisiológico y de la salud del individuo. Esta anomalía da lugar a los tres tipos de Síndrome de Down existentes:

1. La trisomía homogénea. El error de distribución de los cromosomas se halla presente antes de la fertilización, produciéndose en el desarrollo del óvulo o del espermatozoide o en la primera división celular; todas las células serán idénticas. Este tipo de trisomía aparece en el 90% de los casos.

2. El mosaicismo. El niño será portador, al mismo tiempo de células normales y trisómicas en el cromosoma del par 21; este tipo de anomalía tiene una incidencia del 5%.

3. Traslocación. La totalidad o una parte de un cromosoma esta unido a la totalidad o a parte de otro cromosoma y se presenta con una incidencia del 5% (Bautista, 1993).

Las posibles causas que provocan esta alteración cromosómica se encuentra que, un 4% de las problemáticas es debido a factores hereditarios; la edad de la madre representa un 50% de las causas, cuando éstas son mayores a 40 años; entre algunos factores externos se encuentran procesos infecciosos como son la hepatitis y la rubéola, la exposición a radiaciones, un índice elevado de inmunoglobulina y de tiroglobulina en la sangre de la madre, además de deficiencias vitamínicas en la progenitora.

La mayoría de las alteraciones orgánicas se producen durante el desarrollo del feto, por lo que el diagnóstico puede realizarse en el momento del nacimiento, lo que es una ventaja, ya que posibilita una intervención precoz. Aunque, ya existe la amniocentesis, el cual es un método relativamente nuevo de diagnóstico precoz del síndrome y se realiza antes del nacimiento; éste consiste en extraer, entre la decimocuarta y decimonovena semana de embarazo, líquido amniótico por medio de una punción con anestesia local, a través del cual se hace un análisis cromosómico o de cariotipo, permitiendo descubrir si el feto presenta o no una trisomía (Bautista, 1993).

Entre las características físicas que presentan las personas con este síndrome son, el desarrollo de un cerebro más pequeño de lo normal; su cabeza, boca, nariz, manos, dedos y cuello son pequeños; tienen ojos sesgados; piel sensible y amoratada y una altura inferior a la media. En cuanto a las características psicológicas se presentan retrasos en todas las áreas; hay alteraciones en el desarrollo de la personalidad y en su desarrollo cognitivo, afectando su percepción, memoria, atención, psicomotricidad, lenguaje, etc. (Bautista, 1993).

1.4.2 Parálisis Cerebral

Es toda alteración de la función motora, debido a un defecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso central, contenido en la cavidad craneana, no evolutivo y que ocurre en el período de desarrollo neurológico temprano. Las causas que pueden producir una lesión cerebral son múltiples, sin embargo pueden clasificarse de acuerdo a tres períodos básicos (Juárez, 1994):

a) Prenatal. Rubéola, radiaciones, ingesta de medicamento o drogas durante los primeros tres meses de embarazo, amenazas de aborto, traumatismos, etc.

b) Perinatales. Sufrimiento fetal crónico, desprendimiento prematuro o insuficiencia placentaria, anestesia o fórceps mal aplicados, broncoaspiraciones, etc.

c) Postnatales. Traumatismos, infecciones, problemas vasculares, intoxicaciones, problemas metabólicos, etc.

Las características que acompañan a esta alteración son la falta de crecimiento, visión y audición limitadas, sensibilidad y percepción anormales, debilidad, movimientos involuntarios y falta de desarrollo sexual (Basil, 1990). Además, la parálisis cerebral se clasifica según las extremidades que se ven afectadas y el tipo de problema del movimiento que origina (Marchesi, Coll y Palacios, 1990):

1. Monoplegia. Cuando está afectado un solo miembro (brazo o pierna)
2. Hemiplegia. Cuando se afecta el brazo y la pierna del mismo lado
3. Paraplegia. Si se afectan las dos piernas
4. Diplegia. Si existe mayor afectación de las piernas y poca de los brazos
5. Triplegia. Si se afecta un brazo y las dos piernas
6. Cuadriplegia. Si la afectación se presenta en los brazos y piernas

Es importante mencionar, que esta lesión, como tal, es irreversible; sin embargo, si la atención, la rehabilitación física y la educación del niño son correctas, se pueden conseguir progresos muy importantes, en la capacidad funcional del individuo.

1.4.3 Retraso mental

Se refiere a un funcionamiento cognitivo general más bajo de las normas, independientemente de su etiología, se manifiesta durante el período de crecimiento y limita significativamente las capacidades para aprender y, consecuentemente, para tomar decisiones lógicas y poder adaptarse al medio. Entre las causas que conllevan a esta anomalía, se encuentran los factores hereditarios (5%), desarrollo embrionario (30%), problemas del embarazo y Perinatales (10%), enfermedades durante la infancia y la niñez (5%) y las influencias ambientales (15%).

Hoy en día se cuenta con diferentes técnicas de diagnóstico para detectar si hay presencia de un retraso mental en el feto, entre las más utilizadas se encuentran:

1. Amniocentesis. consiste en extraer, entre la decimocuarta y decimonovena semana de embarazo, líquido amniótico por medio de una punción con anestesia local, a través del cual se hace un análisis cromosómico o de cariotipo

2. Biopsia coral. Consiste en extraer una muestra de la placenta mediante una punción transabdominal o transvaginal

3. Funiculocentesis. Es la obtención de sangre fetal mediante punción en el cordón umbilical (Castanedo, 1997)

1.4.4 Autismo

Este síndrome fue descrito por primera vez por Leo Kanner (citado en Bedía, Cuadrado, Pérez, Vicario y Verdugo, 1993) con el nombre de “autismo infantil precoz”, a principios de la década de 1940, todavía hoy las causas del autismo son desconocidas. Este profesor sugirió este término porque creyó que el alejamiento y el retraimiento social demostrado en los primeros años eran las características de mayor importancia

Desde que se describió ha ido creciendo firmemente el interés por estas personas. Y se ha logrado la creación de muchas teorías distintas sobre las causas que llevan a que se de esta discapacidad.

Entre las características que se presentan se encuentra la dificultad para establecer relaciones con los demás, falta de respuestas de anticipación, aversión al contacto físico, retraso en la adquisición del lenguaje, conductas estereotipadas, conductas autolesivas, buena memoria mecánica, aspecto físico normal, facciones de bebé y rostro inexpresivo. El autismo no tiene una sola causa, los investigadores creen que algunos genes, así como factores ambientales, tales como virus o químicos, contribuyen al desorden, así como también se han encontrado anomalías en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares (Bedía, Cuadrado, Pérez, Vicario y Verdugo, 1993).

El autismo no es una enfermedad, sino más bien un desorden del desarrollo de las funciones del cerebro y aún cuando no hay cura, el cuidado apropiado puede promover un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos no deseables.

1.4.5 Trastorno por déficit de atención (TDA)

De acuerdo a Canton, Sánchez y Sevilla (1997), el TDA es un conjunto de síntomas que se caracterizan por una falta de atención, hiperactividad e

impulsividad; que se manifiestan en la escuela, en la casa y otras situaciones sociales.

Entre las posibles causas que provocan el déficit de atención se encuentran las biológicas; hacen referencia a disfunciones neurológicas; las sociales; las cuales incluyen la presencia de problemas familiares, el no proporcionar un ambiente adecuado para la educación, falta de autoridad por parte de los adultos, ya sean maestros o familiares, y la etiquetación.

Las características que se presentan son el movimiento corporal excesivo, deficiente coordinación visomotora, ansiedad, depresión, tensión o preocupación, baja autoestima, impulsividad y atención dispersa (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

Por lo común, el TDA tiene un tratamiento, básicamente, farmacológico, pero los medicamentos no curan el trastorno, sino que controlan los síntomas temporalmente, es por esto, que se recomienda que los medicamentos se usen junto con tratamientos psicológicos de acuerdo a las necesidades de cada persona (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

1.4.6 Problemas de aprendizaje

Se refieren a las dificultades para comprender y utilizar el lenguaje escrito y hablado. Las características que se observan en niños que tienen dificultades específicas en el aprendizaje se pueden dividir en categorías (Sánchez y Torres, 1997):

1. Los trastornos de la actividad motora: Suelen ser cuatro las perturbaciones de la actividad motora que pueden presentarse en individuos con dificultades en el aprendizaje:

- **Hiperactividad:** esta es la forma más común del trastorno motor y se caracteriza por movimientos continuos, atención dispersa, memoria

pobre, baja autoestima, impulsividad, variabilidad en sus respuestas, pobre coordinación viso-motora y emotividad incontrolada.

- **Hipoactividad:** activada motora insuficiente suele ser el extremo opuesto a al hiperactividad, su comportamiento es tranquilo letárgico y pasan inadvertidos.
- **Carencias en la coordinación:** Según los signos más frecuentes que se presentan son: la torpeza física y la falta de coordinación motora. Myers y Hammil (1987, citado en Sánchez y Torres, 1997) nos indican que desempeñan mal las actividades, requieren de mucha coordinación motora como correr agarrar pelotas y saltar; al caminar las piernas parecen rígidas y muy duras, no se desenvuelven bien en actividades como dibujar o escribir, experimentan dificultades en el equilibrio que se concretan en caídas y tropezones.
- **Perseverancia:** Es la continuación automática y frecuentemente involuntaria de un comportamiento expresivo, es un problema derivado de la incapacidad que tiene el niño para pasar con facilidad de un fonema, palabra o tema a otro.

2. Percepción: Incapacidad para identificar, discriminar, interpretar y organizar las sensaciones los más frecuentes son en la percepción de formas y del espacio.

3. Atención: Esta puede presentarse en dos formas:

- **Insuficiente:** incapacidad de aportar los estímulos extraños y superflos independientemente de la tarea que este llevando a cabo el niño.
- **Excesiva:** muestra de fijaciones anormales de la atención en detalles triviales, mientras que pasa por alto los aspectos y rasgos verdaderamente esenciales.

4. Memoria: Los niños con DA suelen presentar deficiencias en la memoria auditiva o visual, incide directamente en el desarrollo del lenguaje oral tanto a nivel receptivo como expresivo, por eso presenta dificultades para reconocer sonidos que ya han escuchado anteriormente.

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 paráliticos cerebrales, retrasados mentales, perturbados emocionales, convulsivos, con disfunción cerebral o con trastorno en el aprendizaje (Myers, 1995).

Entre las áreas de la educación que se ven afectadas a partir de lo ya mencionado se encuentran principalmente tres:

➤ La lectura. Es una habilidad que se demanda constantemente en la vida de los individuos. Las exigencias de la vida moderna incluyen la capacidad de la persona para responder adecuadamente a una gran cantidad de información impresa. Autores como Macotela, Bermudes y Castañeda (1991; citado en Macotela, Bermudes y Castañeda, 1995), sugieren la evaluación de la lectura partiendo de la distinción entre las dos grandes modalidades de la lectura: la lectura en silencio y la lectura oral; en ambas se puede evaluar inicialmente la relación entre el sonido y el estímulo textual y posteriormente, niveles diferentes de comprensión que van de la simple asociación entre estímulos textuales (cifras, palabras, enunciados o textos completos) y figuras alusivas, hasta las respuestas a preguntas de comprensión o el recuerdo libre.

➤ La escritura. El interés por analizar y resolver problemas de escritura se fundamentan en la importancia que representa el lenguaje escrito como exigencia sistemática planteada universalmente a todo individuo escolarizado. El lenguaje escrito constituye un conglomerado de conductas altamente elaborado y complejo, producto de diversos factores, sometido a múltiples influencias, y, de hecho, imprescindible para alcanzar los niveles de evolución propios del hombre promedio en las sociedades desarrolladas. Además de que

la lecto-escritura ha sido y es, el agente determinante en la transmisión de la cultura intergeneracional e interhumana.

➤ Las matemáticas. Representan una de las áreas en las cuales se observa mayor dificultad en las escuelas. Tradicionalmente se ha considerado a las matemáticas como el aspecto más árido de la enseñanza. La polémica respecto a la forma de enseñarlas ha sido continua, tanto maestros, como especialistas han analizado alternativas diversas que desafortunadamente no han logrado una mejor sensible en los niveles de rendimiento. Un gran porcentaje de los estudiantes con inteligencia normal fracasan en el aprendizaje de las operaciones matemáticas, lo cual representa una pesada carga para los maestros, los padres y los propios estudiantes (Macotela, Bermúdez y Castañeda, 1995).

Aunque se desconocen las causas exactas de estos problemas, se considera como posible causa la afectación cerebral leve o un retraso en el desarrollo de ciertas áreas cerebrales. Este daño cerebral puede deberse a infecciones (como por ejemplo, encefalitis o meningitis), lesiones, nacimientos prematuros, tratamientos con quimioterapia o a causa de golpes (Mares, 2000).

Para el trabajo con estos problemas es necesario la intervención de los profesores o educadores, de psicólogos, neuropsicólogos, médicos y logopedas.

1.4.7 Problemas de lenguaje

La importancia del lenguaje es que éste es el medio de comunicación interpersonal que ayuda a la sociabilización del individuo. Un trastorno en el lenguaje o lenguajes, puede poner barreras a la comunicación y a la relación con los demás. Los problemas del lenguaje, según Castanedo (1997), se pueden dividir en:

- 1) Deficiencia en la integración del lenguaje
- 2) Deficiencia en la organización del lenguaje

3) Deficiencia del lenguaje ya organizado

Hay dos grados diferentes de alteración:

1. El niño que no comienza a hablar: afasia dada por una perturbación neurológica o psicosis: autismo precoz.

2. Alteraciones del lenguaje. Aquí encontramos (Castanedo, 1997):

- ✓ Tartamudez: alteración del ritmo de la emisión de la palabra
- ✓ Dislexia: dificultad para leer (omisión, inversión y confusión de letras y palabras)
- ✓ Disgrafía: dificultad para escribir (omisión, confusión e inversión de letras y palabras)
- ✓ Disintaxia: dificultad en la redacción
- ✓ Disortografía: errores y fallas de ortografía
- ✓ Discaligrafía: mala letra por dificultades psicomotoras
- ✓ Dislalia: deficiencia en la pronunciación
- ✓ Disartria: trastorno de los movimientos articulatorios de las palabras, sin perturbación de los movimientos articulatorios aislados
- ✓ Disfasia: Cuando todas estas perturbaciones van acompañadas por signos o síntomas psicomotores y neurológicos

Pueden darse en forma pura, sin acompañamiento de otros síntomas, y obedecen predominantemente a causas psicológicas y sociales. Pero cuando van acompañadas de signos neurológicos, la causa más frecuente es la disfunción cerebral mínima (Hernández, 1998).

1.4.8 Discapacidad visual

Es un mal funcionamiento del ojo, del nervio óptico que impide que una persona vea normalmente. Existe siempre que un desarrollo anómalo,

enfermedad o lesión, reduce el funcionamiento visual (Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne, 1991).

Los términos *ceguera* y *deficiente visual* se refieren a problemas visuales de importancia; no obstante, cada definición incluye distintos grados de visión, estos son definidos de la siguiente manera (Verdugo, 1995):

- **Ceguera Total.** Es cuando la persona es incapaz de enfocar e identificar objetos, personas o cualquier otra cosa, ya que sus ojos están totalmente dañados y no puede ver absolutamente nada
- **Deficiente Visual.** Basta con que alguien no pueda ver con normalidad cuando menos con un ojo para que se le considere deficiente visual
- **Astigmatismo.** Es la diferencia de la potencia de refracción de los diferentes meridianos del ojo, puede producir visión borrosa
- **Cataratas.** Se trata de una enfermedad ocular asociada principalmente al envejecimientos
- **Miopía.** Es la formación de imágenes antes de llegar a la retina, permitiendo una buena visión de cerca y una visión borrosa para objetos lejanos.
- **Estrabismo.** Es una enfermedad motora y sensorial combinada, que consiste en la desviación ocular o perdida del paralelismo de los ojos en los planos vertical, horizontal u oblicuo

Un aspecto importante que no se debe dejar pasar de largo a la hora de trabajar cualquier discapacidad, atipicidad o deficiencia, es el contar con un diagnóstico oportuno y ofrecer estimulación temprana; ya que entre más se este expuesto a estímulos las personas tienen mayor posibilidad de incrementar sus respuestas ante dichos estímulos.

Como se menciona al principio del capítulo el siguiente apartado es más extenso ya que es el tema en el que se centra la intervención expuesta más adelante.

1.4.9 Discapacidad auditiva

Se dice que cuando a una persona le es imposible escuchar diversos sonidos ambientales debido a un deterioro o mal funcionamiento del oído o de los nervios que tienen relación con éste, se encuentran ante un tipo de deterioro auditivo (Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne, 1991). La clasificación del deterioro se hace, según Mykiebust (1964, citado en, Patton y cols., 1991) considerando las variables de grado del deterioro, edad en que comienza, causa y origen físico.

Según Mykiebust (1964, citado en, Patton y cols., 1991), las definiciones más recientes de deterioro auditivo pueden abarcar dos tipos diferentes, el de sordos y el de personas con problemas auditivos. “El individuo sordo es alguien cuya incapacidad auditiva no le permite procesar satisfactoriamente la información lingüística mediante la audición, con o sin aparato de sordera” (Patton y cols., 1991, pág. 155). El individuo con problemas de audición, generalmente con el empleo de un aparato para la sordera puede procesar con éxito información lingüística mediante la audición.

Esta es una enfermedad con un gran potencial para incapacitar a la persona que lo presenta, esto se atenúa en gran medida con la precocidad con la que se diagnostique y se instaure el tratamiento y la rehabilitación oportunas. La sordera provoca limitaciones en el desarrollo de la comunicación oral, se dificulta el aprendizaje y el desarrollo de la expresión, limitando el desarrollo cognitivo, y llevando al aislamiento y desigualdad social [En línea: <http://www.elotorrino.com/sordinfa.htm>. La hipoacusia infantil, 1999].

Los principales indicadores de alto riesgo son:

- ✓ Familiares con sordera Neurosensorial desde el nacimiento o la primera infancia
- ✓ Infecciones del feto en el útero materno: toxoplasmosis, rubéola, herpes, citomegalovirus
- ✓ Peso al nacer inferior a 1500 g
- ✓ Aumento importante de la bilirrubinemia (hiperbilirrubinemia)
- ✓ Uso de fármacos tóxicos para el oído
- ✓ Meningitis bacteriana
- ✓ Ventilación mecánica durante más de cinco días
- ✓ Padecer ciertas malformaciones o síndromes que se asocian con sordera
- ✓ Falta de oxígeno en el periodo del nacimiento

El deterioro auditivo puede ser por pérdida del oído externo o medio, lo que se conoce como deterioro del conductivo; pero puede darse también como una pérdida del oído interno, en cuyo caso se le denomina deterioro sensorineural. El primero permite aún poder recibir información auditiva mediante ayudas, mientras el segundo es un tipo más grave e irreversible de deficiencia (Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne, 1991).

Según Hoemann y Briga (citado en Patton y cols., 1991) entre un 25 y 50% de los casos de sordera son debidos a factores hereditarios. Otros factores que interfieren podrían ser:

- ✓ Exceso de cerilla
- ✓ Introducción de objetos pequeños en el oído
- ✓ Inflamación en del oído medio son factores frecuentes en el tipo de deterioro conductivo
- ✓ Rubéola de la madre durante el embarazo
- ✓ Enfermedades de la niñez relacionadas con el tracto respiratorio superior
- ✓ Uso de determinados antibióticos

- ✓ Infecciones virales de la madre antes del parto
- ✓ Incompatibilidad de Rh son causas probables de deterioro auditivo sensorineural

Según Ramírez (1990), la etiología de la sordera se establece de la siguiente forma:

Hipoacusias transmisivas

- ✓ Oído externo: Por malformaciones que estrechan el pabellón auricular, tapones de cerumen que ocluyen el conducto o cuerpos extraños introducidos en el oído
- ✓ Oído medio: Pérdida de la capacidad vibratoria del tímpano por una perforación, herida por objetos puntiagudos o fractura de la base del cráneo o consecuencia de una cicatrización defectuosa. Las enfermedades como la otitis aguda crónica o virales del tracto respiratorio que generan depósito de secreciones purulentas generan un cambio y dificultad en la percepción de vibraciones auditivas en muchos casos

Hipoacusias perceptivas (sensorineurales)

- ✓ Causas hereditarias, en las que se presentan lesiones cocleares y nerviosas que se pueden manifestar desde el nacimiento o en forma degenerativa de las fibras nerviosas
- ✓ Rubéola padecida por la madre durante el embarazo, con embriopatías de localización variable según la fecha de la enfermedad, en esta cronología, parece que el oído interno se afecta cuando la madre adquirió la enfermedad entre la séptima y décima semana de embarazo. Esto da cabida a una sordera bilateral profunda
- ✓ Otras enfermedades como la gripe, anginas, tos ferina, sarampión, varicela, herpes zoster, viruela, paperas, etcétera

- ✓ Casos de anemia hemolítica, con gran ictericia debidos al factor de incompatibilidad Rh pueden lesionar el oído interno y las vías nerviosas, así como la sífilis congénita
- ✓ Durante el parto puede ocurrir por ictericias neonatales del factor de incompatibilidad Rh además de incompatibilidad en el grupo sanguíneo (A, O, B, AB), también por traumatismos obstétricos, o por anoxia
- ✓ Después del nacimiento, el sarampión, las paperas, la meningitis cerebroespinal, el herpes zoster y el uso de ciertos medicamentos también pueden provocar daños en el sistema neurológico o en el oído interno que causen deterioro auditivo severo

Todos estos aspectos etiológicos pueden ser clasificados en tres grandes grupos dependiendo del momento de afectación, englobados así podría decirse que son de etiología (Ramírez, 1990):

- ✓ Prenatal. Infecciones intrauterinas
- ✓ Perinatales. Traumatismos durante el parto, hipoxia, anoxia, uso de drogas ototoxicas, hiperbilirrubinemia
- ✓ Postnatales. Traumatismos, Infecciones o enfermedades virales
- ✓ Factores genéticos

Para Bowley y Gardner (citado en Fuentes y Palmero, 1995), algunos de los efectos psicológicos de la sordera tienen que ver con la sensación de aislamiento cuando no se puede percibir el mundo como un continuo, en el que junto con los demás puedan percibirse las mismas situaciones y aspectos del ambiente.

Muchas de las experiencias de la vida cotidiana llegan por sorpresa, sin los avisos previos de los sonidos producidos, lo que significa que pueden representar un choque para él.

Los niños con problemas de sordera no pueden llevar a cabo un desarrollo normal en cuanto a su participación familiar, sobre todo cuando no hay un

entrenamiento en habilidades de comprensión de lenguaje, la convivencia, realización de actividades comunes con la madre, padre y / o hermanos se ven muy limitadas, así como el aspecto de desarrollo de autonomía y autoafirmación, lo que tiene repercusiones en el desarrollo de sus habilidades sociales, su estabilidad emocional y su desarrollo intelectual.

El aspecto emocional es un proceso que en niño sordo adquiere una connotación muy diferente a lo normal, sobre todo en cuanto a los sentimientos de seguridad y protección de parte de la madre, ya que depende mucho de ver continuamente a la madre y ante la imposibilidad de escucharla, no puede adaptarse fácilmente a no verla, pero escucharla y saber que esta ahí, lo que incide en su sensación de seguridad y el probable desarrollo de sensaciones de temor ante la desaparición total de la madre. En este mismo sentido, cabe resaltar que las actividades que el niño a de desarrollar suelen ser difíciles de retroalimentar, debido a que no se puede hacer uso de las explicaciones verbales, ante lo que muchos padres optan por exigir demasiado a sus hijos o por la sobreprotección, ambas situaciones implican una situación negativa para él, ya que lo pueden llevar a un sentimiento de frustración o de incapacidad para realizar las tareas.

La adquisición de hábitos y comprensión de reglas puede ser un proceso más lento, debido a que exige un alto grado de paciencia para poder ser congruente entre señas de aprobación y desaprobación ante las acciones pertinentes.

El desarrollo de la vida social de los niños con problemas auditivos se refiere a su posibilidad de entablar amistad o comunicación con personas ajenas a la familia, aunque esta capacidad depende en gran medida de la calidad de sus relaciones familiares. Es un aspecto que puede limitarse, sobre todo a partir de la edad en que los niños comienzan a jugar en grupo y a hacer uso del lenguaje hablado para establecer las reglas de los juegos, situación que dificultaría la integración del niño con deterioro.

En cuanto al desarrollo intelectual, parece que en realidad no existe ninguna relación entre el desarrollo auditivo y el desarrollo de la capacidad de

pensamiento y razonamiento, aunque si existe una desventaja en cuanto a la imposibilidad de expresión a partir del lenguaje hablado y en cuanto a la comprensión cuando está basada en explicaciones verbales. Parece ser que sólo alrededor de un quince por ciento de los niños con deterioro auditivo tienen un coeficiente intelectual (CI) muy inferior a lo normal, mientras que otro quince por ciento a demostrado tener un CI más elevado. La mayoría de estos niños mantienen una tasa de respuesta normal en las pruebas de inteligencia que no emplean instrucciones verbales.

Herward y Orlasky (1992, citado en Ramírez, 1990), por su parte, señalan que la adaptación del niño sordo depende, en gran medida de las interacciones sociales que establezca con su familia, amigos y personas del medio social en que se desenvuelva. Sus logros dependerán en gran parte, de la aceptación y agrado, así como el apoyo que otros le brinden. Al respecto, señalan una investigación en la que parece ser que los niños sordos con padres sordos tienen más facilidad para conseguir logros en su medio, quizá debido a que aprenden desde el inicio de su vida a manejar formas de lenguaje específicas que les permiten comunicarse desde edades más tempranas. Además de que, a diferencia de los hijos sordos de padres que no lo son, los hijos sordos de padres sordos, son recibidos y aceptados con mayor facilidad por sus padres, lo que implica una mayor carga de afecto y una mejor relación en todos los aspectos para con sus hijos.

Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne (1991), proponen que la evaluación del deterioro auditivo es realizada por el audiólogo y que existen tres tipos de estudios para evaluar la audición, más precisamente el oído:

- ✓ Audiometría tonal. Evalúa la sensibilidad auditiva o sonoridad del individuo a diferentes frecuencias. Es decir, la intensidad del sonido, lo cual se hace en términos de decibeles (dB) y la frecuencia en Hertz (Hz). Puede decirse que la intensidad que escuchamos normalmente varia entre 0 o 100 dB. La prueba se hace con audífonos o con un dispositivo vibratorio, que sirven para evaluar la conducción del sonido en un nivel

aéreo o en uno de conducción ósea respectivamente, así se determina si el deterioro es conductivo o sensorineural.

Ramírez (1990) explica que se realizan gráficas de ambos métodos, ya que se puede determinar, cuando hay un descenso en la audición por la vía aérea, pero existe percepción del sonido por la vía ósea que el trastorno se encuentra a nivel del oído externo y medio. Por otro lado, cuando las dos gráficas se encuentran en descenso, implica que la persona tiene un deterioro sensorineural, el cual no es tratable con tratamiento médico, sino educativo.

Los resultados de este tipo de estudios pueden clasificarse en los siguientes niveles de audiometría (Paúl y Ardí, 1953, citados en Ramírez, 1990):

I. Sordera ligera	20 a 40 dB
II. Sordera moderada	40 a 60 dB
III. Percepción sólo de ruidos	60 a 85 dB
IV. Sordera profunda.	Más de 80 dB

- ✓ Audiometría de la voz. Mediante esta prueba se intenta saber si la persona es capaz de entender el lenguaje verbal y a que nivel de decibeles. El niño tiene que repetir las palabras que escucha.

Además de estas pruebas existen las pruebas realizadas para niños pequeños, que se componen de audiometrías de juego, refleja y audiometría de respuesta provocada. (Hallahan y Kauffman, 1986, citado en Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne, 1991). Mientras que en los recién nacidos se pueden emplear audiómetros portátiles que emiten intensidades variables, ante los cuáles el niño emite determinadas respuestas que el médico interpreta. A partir de los cuatro meses es factible usar juguetes sonoros de diferentes frecuencias.

A decir de Ramírez (1990), cuando no existe respuesta en estas pruebas de parte del individuo se lleva a cabo una encefalografía (ECG), que emite los potenciales nerviosos emitidos por el nervio auditivo a su salida de la coclea ante el estímulo de un sonido estándar que se ofrece al oído.

Otros tipos de audiometría son, por respuesta cardiaca (cambios en el latido cardiaco generados por el sonido), por respuesta vascular periférica (vasoconstricción producida por los capilares sanguíneos), por respuesta respiratoria, por respuesta de succión no nutritiva y la electrodérmina y de respuesta galvánica de la piel (Ramírez, 1990).

En el caso de niños de edad preescolar se puede hacer la evaluación a partir de la observación del desarrollo del niño ante sus compañeros, por su desempeño escolar y sus conductas comunicativas, además del desarrollo del lenguaje. También se establecen técnicas basadas en el condicionamiento entre el sonido y diversos tipos de juguetes, algunas de ellas son: Susuki (reflejo de orientación condicionado), Peep show (Condicionamiento al sonar un timbre para dar una respuesta que desencadene un estímulo agradable), Test de Myclebust (Discriminación tonal, asociada con sonidos de animales) y test del paraje, en el que se asocian las frecuencias con un vehículo (Ramírez, 1990).

- ✓ Impedanciometría. Mide la energía absorbida y reflejada por las estructuras del oído interno y medio. Compara la energía reflejada por el oído con la proporcionada por la máquina

Además del establecimiento de entrevistas diagnósticas para determinar la situación familiar y ambiental de los niños, para poder establecer su situación emocional y social, la evaluación psicológica busca evaluar la capacidad de aprendizaje de estos niños, empleando pruebas que no requieran explicaciones o soluciones verbales, que “consisten en resolver acertijos atractivos, en los cuales el niño tiene que buscar láminas o formas de madera semejantes, seleccionar y clasificar grabados, construir determinados diseños con cubos de colores, completar dibujos a los que le falta alguna parte, completar rompecabezas, [...]” (Bowley y Gardner, pág. 116, citado en Fuentes y Palmero, 1995). Algunas de las pruebas empleadas con esta finalidad son las siguientes:

Cuadro 1. Pruebas para evaluar el aprendizaje en niños

Edad	Prueba
½ a 5 años	Escala de Cerril Palmer
½ a 11 años	Escala de madurez mental de Columbia
11 años	Test de aptitud de aprendizaje de Nebraska Test de matrices progresivas de Raven
16 años	WPPSI o WISC. Escala de inteligencia de Wechler)

Estas son ejemplos de las pruebas de inteligencias más usadas en niños con deterioro auditivo. Fuente: Fuentes y Palmero (1995).

Con referencia a la intervención que se puede dar a los niños con deficiencias auditivas, según Bowlby y Gardner (1996, citado en Fuentes y Palmero, 1995), uno de los aspectos principales es evitar el silencio de los niños con deterioro auditivo, sobre todo cuando se trata de uno adquirido. Para estos autores es importante hacer énfasis en el aprendizaje de la lectura de los labios, que se basa en que el niño emplee la vista para poder reconocer que ciertos movimientos de los labios se asocian a los objetos y puedan conocer así, la palabra. Para ello se recomienda que los padres hablen a la altura del niño y no realicen muchas manifestaciones corporales que distraigan la atención del niño. Es importante relacionar esto con las actividades cotidianas y de interés para el niño.

Otro método de enseñanza del lenguaje se basa en la producción de habla, lo que es un proceso más complejo, en el que se trata de reforzar inmediatamente todo sonido producido por el niño e irlo, moldeando hasta convertirlo en sílabas y luego en palabras, una de las formas de demostrar esto al niño puede ser a través de la sensación de vibración de la garganta al emitir sonidos. Para la enseñanza de este método se recomienda la participación de expertos en la materia; Uno de los métodos más viejos e imperantes en las personas con deterioro auditivo es el manual, que consiste en el deletreo de las palabras mediante señas, o el empleo de signos mediante gestos y señas. Este

método es quizá el más común en la mayoría de estas personas y su defensores aluden que le permite a las personas una amplia gama de adquisición de lenguaje (Fuentes y Palmero, 1995).

1.5 Evaluación e Intervención

No sé es psicólogo con la información teórica o la revisión bibliográfica, sino con la aplicación del conocimiento a una tarea, con esto se señala la necesidad de integrar la teoría con la práctica, ya que ésta integración es la base de la tarea del psicólogo.

La función del psicólogo radica en alentar y animar a las familias de personas que requieren de una Educación Especial, para que haya una mayor participación por parte de ésta dentro del trabajo terapéutico, ya que así, la familia no deslinda la obligación a instituciones, sino que se concientiza de su papel para el mejoramiento del afectado (Sánchez y Torres, 1997).

El psicólogo puede brindar apoyo a las familias que requieran de éste a partir de distintos formas de intervención, las cuales pueden ser (Sánchez y Torres, 1997):

- Enfoque familiar. El cual centra toda su atención a la familia, es decir, el psicólogo tiene como objetivo, comprender a la persona con necesidades especiales formando parte de una familia, es decir, el sujeto no es un individuo aislado de un contexto, sino que se desenvuelve con otras personas, que también se pueden ver afectadas.

- Enfoque concéntrico. Este se centra en las necesidades especiales de cada persona, para este enfoque, el individuo afectado, es la persona más eficaz para conseguir cambios positivos en su desarrollo personal. Este enfoque, tiene como objeto detectar las necesidades de la persona para intentar satisfacerlas, a partir de realizar un trabajo multidisciplinario, dicho trabajo, incluye la participación de médicos, psicólogos y pedagogos, además de la propia familia (Sánchez y Torres, 1997).

- Psicoterapia individual. Es una técnica de tratamiento, en la cual el terapeuta ayuda a la gente a conocerse interiormente, su personalidad, sus relaciones pasadas y presentes, a interpretar sus sentimientos y comportamientos. Este tratamiento es más efectivo cuando se combina con la consejería de los padres, quienes a menudo se sienten culpables de haber “causado” el problema de su hijo. Además, este tratamiento puede darse a partir de distintos tipos de terapia:

- ✓ Terapia preventiva
- ✓ Terapia de apoyo
- ✓ Terapia del juego

- Terapia familiar. Aquí, toda la familia es el cliente. Es decir, el terapeuta ve a toda la familia reunida, observa la manera como los miembros de la familia interactúan y señala algunos de los patrones de funcionamiento, tanto los que llevan al crecimiento como los que inhiben o destruyen. A través de esta terapia, los padres son capaces de confrontar sus propias diferencias y de empezar a resolverlas, ya que este es un primer paso para resolver el problema de un niño, pues algunas veces el niño al que llevan por un aparente problema, irónicamente, es el miembro más saludable que responde ante una situación problemática.

- Terapia del comportamiento. Llamada también Modificación de la Conducta, usa principalmente la teoría del aprendizaje para eliminar comportamientos indeseables o para desarrollar conductas deseables. El terapeuta busca cambiar el comportamiento en sí mismo (Sánchez y Torres, 1997).

- Condicionamiento operante. Este un el método más efectivo de la terapia del comportamiento, y es recomendado, principalmente, para tratar temores específicos y problemas de comportamiento, entre las técnicas que ayudan al condicionamiento operante, tenemos las siguientes:

- ✓ Reforzamiento social
- ✓ Recompensa
- ✓ Economía de fichas

• Terapia con droga. Dentro de este tipo de terapia, el psicólogo se apoya en los conocimientos de un médico, ya que éste es el más apropiado para conocer lo que se va a recetar y cuidar que no tenga consecuencias secundarias en los pacientes. Es una técnica de tratamiento que incluye la administración de drogas, se recomienda para desórdenes emocionales, tanto en niños como en adultos. Entre las drogas que más se utilizan, se encuentran (Sánchez y Torres, 1997):

- ✓ Antidepresivos. Recetados para aquellos que no tienen control de esfínteres, es decir, las personas que mojan la cama
- ✓ Estimulantes. Este se receta para los niños hiperactivos

Pero, este método también tiene algunas desventajas: dar píldoras a los niños con el fin de cambiar su comportamiento es un paso radical, en especial porque muchos medicamentos tienen efectos colaterales indeseables, y en algunos casos, las drogas alivian sólo los síntomas de conducta y no van a las causas.

Sin embargo, no hay que olvidar, que aunque el profesional puede comenzar o elegir trabajar cualquiera de los enfoques mencionados, la importancia de la familia influye en ambos, ya que la familia debe de comprender, aceptar y apoyar al miembro de esta a superar la limitación que esta teniendo para obtener un desenvolvimiento óptimo y sobre todo, que cubra las necesidades de dicho individuo (Sánchez y Torres, 1997).

Como se ha podido observar, la función del psicólogo incluye funciones de implementar terapia o algunas otras técnicas para trabajar con los individuos, pero para poder elegir la técnica apropiada y obtenga mejores resultados la persona que la va a recibir, éste debe de realizar funciones primordiales como:

- **Evaluación.** Es el inicio de toda intervención conductual, su función es cuantificar y analizar la conducta. A través de ésta, se determina el diagnóstico, que es, a final de cuentas, lo que va a dirigir el diseño y realización del tratamiento dentro de la psicología. Una de las bases de la evaluación es que se eliminan las etiquetas y se dirige más bien hacia la determinación de los excesos y déficits conductuales, así como de los estímulos ambientales. La evaluación es tan importante que si no se realizara en forma adecuada, el terapeuta jamás conocería en realidad si su terapia dio o no resultado. Es gracias al proceso evaluativo que determinamos qué variables son las que están manteniendo la conducta inadecuada (Ibáñez y Vargas, 1998).

- **Intervención.** La relación entre la evaluación e intervención es directa. Cuando logramos determinar en función de qué variables ocurre una conducta. La modificación de esta variable es la solución al problema. Por supuesto que el problema no es tan sencillo, ya que en ocasiones no es posible modificar o determinar una variable. A veces la variable no es externa sino más bien interna o una interacción de ambas. Sin embargo, una buena evaluación determinará la consecución de los objetivos de la terapia (Ibáñez y Vargas, 1998).

- **Prevención.** La prevención en términos generales se refiere a todas aquellas medidas que el psicólogo o cualquier otro profesional toma con la finalidad de evitar que aparezca determinado problema, su finalidad es anticiparse a la ocurrencia de un evento, o, en todo caso, si es que ya se presentó y es negativo, evitar que se agrave o implique consecuencias más serias (Fuentes y Palmero, 1995). En la educación especial se reconocen tres tipos diferentes de prevención: la primaria la cual es definida como todas aquellas acciones encaminadas a evitar que aparezca un evento en una población o grupo en el que es probable que ocurra, es decir, está encaminada a grupos identificados que tienen determinadas condiciones de riesgo. La prevención secundaria se plantea en casos en los que ya se ha presentado el evento, pero no en toda su magnitud, o dicho en otras palabras, cuando aún se pueden realizar acciones para evitar que el problema se agrave. Por último, la prevención terciaria, con la que se busca la rehabilitación del individuo

afectado, como es el caso de la terapia propiamente dicha, que puede servir para brindar herramientas que desarrollen habilidades en la personas con alguna discapacidad, para que logren tener una mejor adaptación dentro del contexto en el cual se encuentren viviendo (Fuentes y Palmero, 1995).

- **Trabajo Multidisciplinario.** El psicólogo debe procurar tener relaciones armónicas con otros colegas y con profesionales de otras disciplinas para poder realizar una intervención completa, es decir, que no solo se le atienda al niño un área o con un solo especialista, ya que algunas veces, el problema involucra diferentes variables, por lo tanto es importante tener contacto con otros especialistas para cubrir todas las necesidades de los individuos. El psicólogo debe comportarse responsablemente en sus actividades profesionales, es preciso que evite comportamientos que afecten adversamente a sus colegas. En los equipos interdisciplinarios, el psicólogo debe hacer valer su disciplina y colocarla en el contexto adecuado. Debe tener en cuenta las tradiciones y prácticas de otros profesionales con los cuales trabaja. El trabajo en equipo requiere un acuerdo explícito de roles, funciones y responsabilidades.

Las relaciones entre psicólogos deben basarse en principios de respeto mutuo, lealtad y honestidad, debe evitar la calumnia, la injuria y abstenerse de emitir juicios que descalifiquen a otros colegas, por último no debe desaprobar verbalmente ni en otra forma las actuaciones de sus colegas o de otros profesionales delante de los consultantes sino por el contrario, apoyarse y orientarse mutuamente (Ibáñez y Vargas, 1998).

CAPÍTULO II. EL PSICÓLOGO EN EL AMBIENTE LABORAL

Dentro de este capítulo se expone la forma de trabajo de un centro de Educación Especial del sector privado; además de mencionar las funciones que el psicólogo realiza dentro de estas instalaciones y a partir de esto, se realiza un análisis entre las herramientas que brinda la formación académica y las exigencias y necesidades que requiere dicho centro para poder formar parte de su personal, dicho análisis da paso a la creación de una propuesta para complementar la formación educativa y que los egresados puedan ser más competitivos en el ámbito laboral.

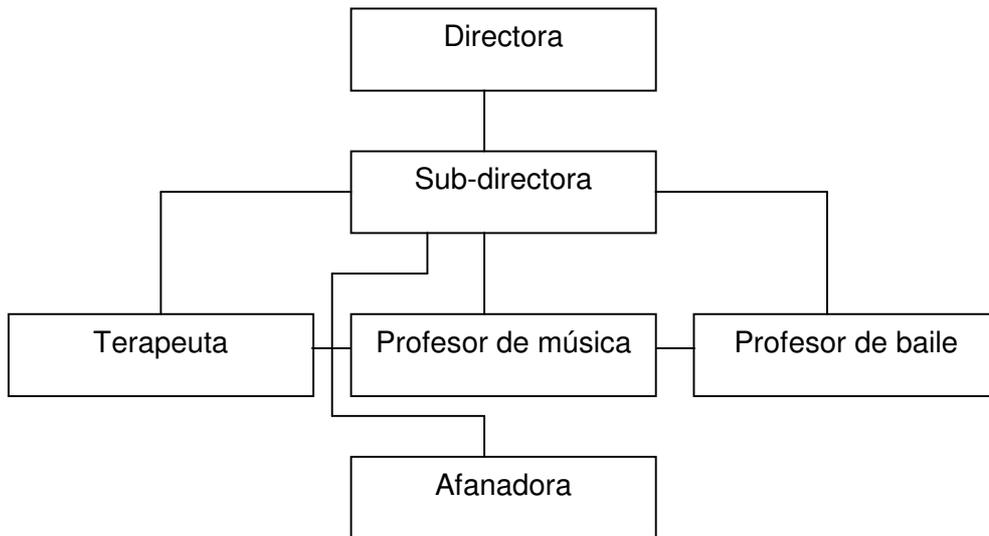
2.1 Centro de Atención Psicopedagógica Educación Especial

El centro de Atención Psicopedagógica Educación Especial esta dirigido, desde sus inicios, por la Dra. Alicia Ortiz Heredia, quien es Licenciada en Pedagogía, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, además de contar con un Doctorado en Psicoanálisis. El funcionamiento del Centro de Atención Psicopedagógica se da desde 1987; a la fecha cuenta con cuatro centros, fundados según el orden de aparición, el primero ubicado en Bosques de Aragón, el segundo en Cuautitlán Izcalli; centro en el cual se realizaron las actividades que se mencionan más adelante, otro más en los Héroes Tecamac y por último en Ixtapaluca.

Estos centros se encuentran distribuidos en dos casas solas, las cuales se conectan para hacer el espacio de trabajo más amplio, En donde la planta baja cuenta con una estancia que sirve como recibidor al momento en que los padres de familia se presentan a su entrevista; cuenta con una oficina, la cual, funge como espacio para terapia cuando el menor no puede subir escaleras y cuenta con un patio trasero, en donde los niños pueden jugar y tienen sus clases de música y de baile. En la planta alta se encuentran dos salones, los cuales cuentan con mobiliario adecuado para los niños y hay dos sanitarios.

Estos centros brindan atención a niños a partir de los 2 años y medio de edad hasta los 16 años.

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EDUCACIÓN ESPECIAL, CUAUTITLAN, IZCALLI



El trabajo se centrará en comentar solo las labores de la terapeuta.

Los principales servicios que brindan estos centros son:

- Problemas de lento aprendizaje
 - Lecto-escritura
 - Dislexia
 - Comprensión matemática

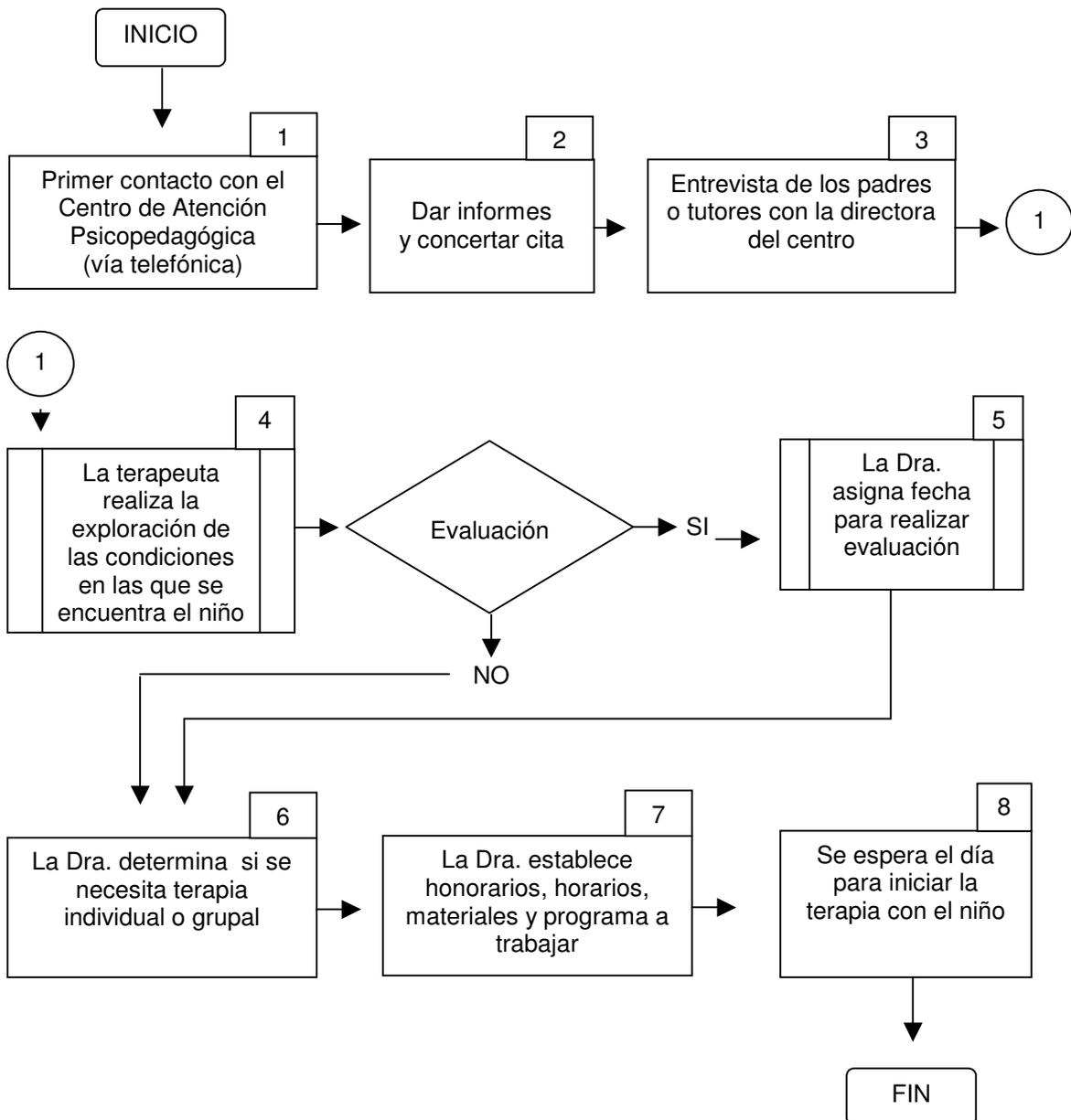
- Problemas de lenguaje
 - Hipotonisidad muscular
 - Afasias
 - Disfluencia
 - Frenillo lingual corto

- Retraso psicomotor
- Inmadurez neurológica
- Retraso mental leve
- Síndrome de Down

- Autismo
- Problemas de conducta
- Hiperactividad
- Agresividad
- Problemas de adaptación social
- Hipoacusia

El procedimiento que se realiza en el Centro de Atención Psicopedagógica para que el menor ingrese se describe a continuación.

I. PROCEDIMIENTO DE INGRESO



Antes de que el menor ingrese al centro, es necesario que los padres o tutores del menor tengan una entrevista con la Dra. Alicia Ortiz para la elaboración de una historia clínica (Ver anexo 1), en donde se recaba información desde el embarazo de la madre hasta la edad actual del menor; a la par de estas actividades, la terapeuta realiza una exploración al niño, esto con la intención de ir generando una hipótesis sobre las causas y estado en la que éste ingresará al centro.

En algunos casos, cuando las condiciones del niño son confusas, esto es, cuando no se tiene un diagnóstico o se tiene duda acerca de lo que puede y no puede hacer el niño, es necesario realizar una evaluación psicopedagógica, en la cual se le aplican una serie de pruebas al niño. Entre las pruebas que se aplican para realizar la evaluación se encuentran el Frostig, Alice, y el Test de Pierre Vayer; y así poder elaborar un programa de tratamiento según las necesidades del menor.

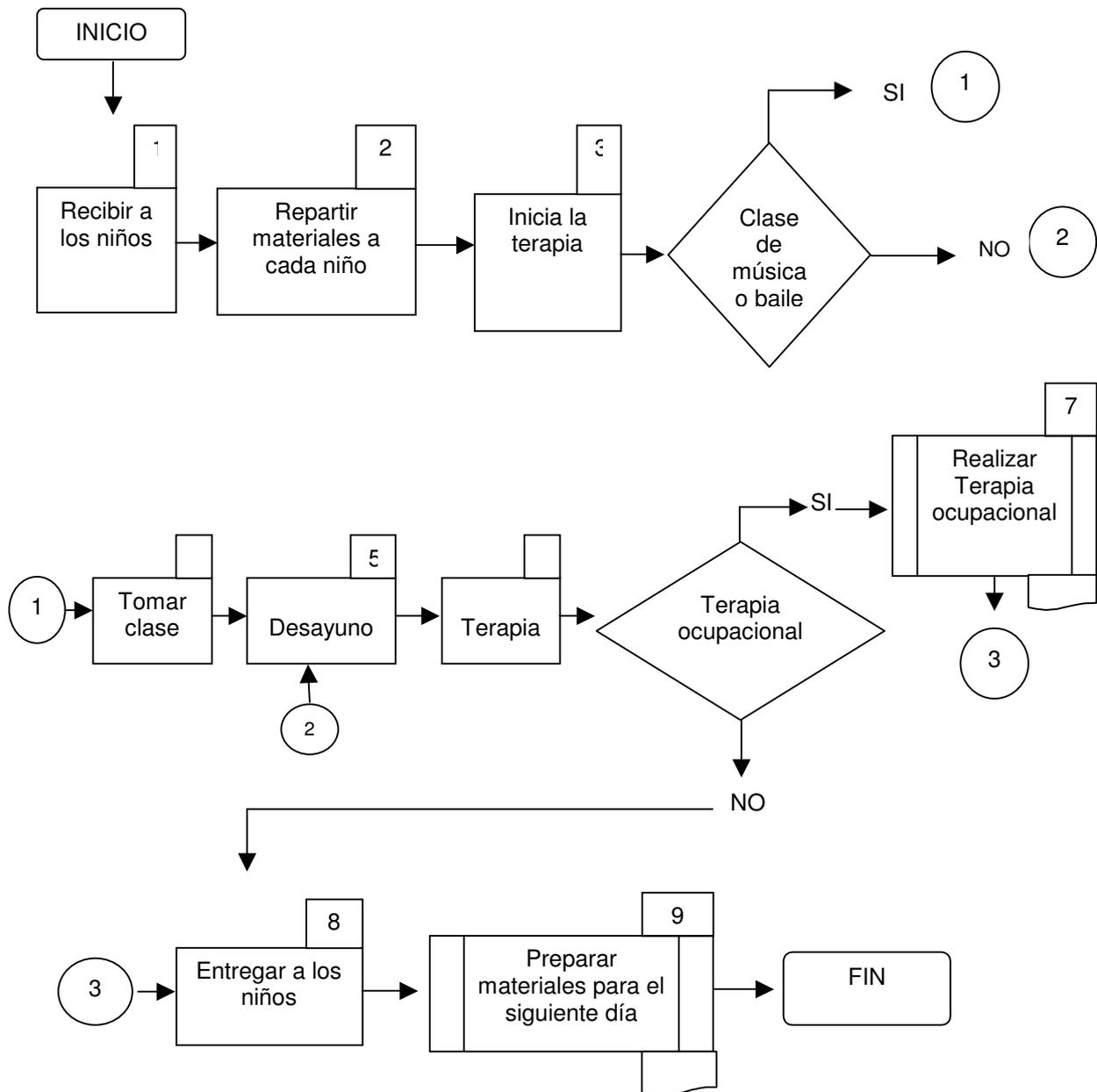
2.2 Funciones del psicólogo dentro del centro

Dentro del Centro de Atención Psicopedagógica las terapeutas son únicamente mujeres (por seguridad para los menores y tranquilidad de los padres de familia), se labora en un horario de lunes a viernes de 7:45 am. a 18:00 hrs. y los sábados de 7:45 am. a 14:00 hrs. La terapeuta tiene a su cargo la terapia grupal de 7:45 am. a 12:30 pm., en la cual tiene que apoyar a los dos profesores que ofrecen las clases extras (música y baile); se cuenta con una hora de comida; a partir de las 14:00 hrs. hasta las 18:00 hrs. trabaja las terapias individuales y los sábados se trabajan únicamente terapias individuales.

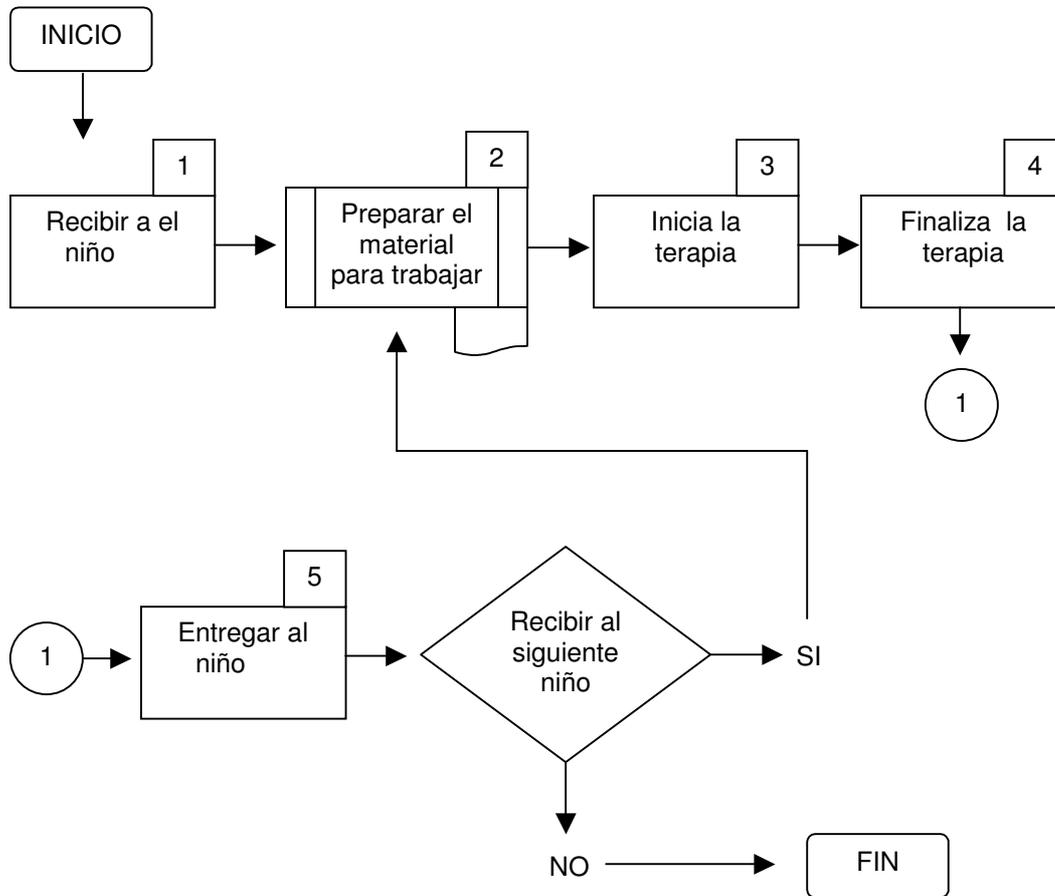
Las funciones que realiza la terapeuta dentro del centro, es el dar terapia de desarrollo psicomotriz a niños que presenten algún retraso motor además se encargan de desarrollar habilidades de comunicación a niños que presentan problemas de hipoacusia, frenillo lingual corto e hipotonicidad muscular; así como dar seguimiento a niños que presentan problemas de aprendizaje y de lenguaje para nivelar su desempeño académico y facilitar su adaptación a

escuelas básicas; a la par de estas actividades se trabaja con su adaptación al medio social y a manejar su grado de frustración ante algunas actividades.

II. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DENTRO DE LA TERAPIA GRUPAL



III. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DENTRO DE LA TERAPIA INDIVIDUAL



La terapia que el menor puede recibir en las instalaciones del Centro de Atención Psicopedagógica se puede dar en cualquiera de las dos modalidades anteriores, cada una consiste en:

- Terapia individual. En la cual el niño asiste 50 minutos al centro y es atendido por la terapeuta, en donde se trabaja en base al programa previamente elaborado.

- Terapia grupal . En esta modalidad los niños asisten en un modo llamado “sistema escolarizado”, ya que asiste en el horario que normalmente trabajan las primarias y llevan el calendario de actividades similar al de la SEP, asisten en promedio 6 o 7 niños, los cuales reciben la terapia según el

programa establecido, además de contar con actividades extras como son clases de música y de baile; así como tener psicoterapia de juego y un día a la semana, cuentan con terapia ocupacional, en la cual los niños realizan diferentes actividades, utilizando diferentes materiales, la cual les permite desarrollar el sentido del tacto, así como su percepción, motricidad fina y su atención.

2.3 Análisis comparativo de la formación educativa y el área laboral

La formación del psicólogo se realiza dentro del área de Ciencias Sociales y de la salud, ya que ésta se enfoca al trabajo con las personas, así como al ambiente social y cultural de éstas. A lo largo del proceso de aprendizaje, el estudiante está siendo, constantemente, bombardeado por infinidad de información que se espera, será de gran utilidad a la hora de que éste se enfrente al mundo laboral.

Se analizan las teorías psicológicas que han ido dando paso a las nuevas y más actuales corrientes, se provee a los estudiantes de toda la gama teórica sobre los conceptos más utilizados dentro de la psicología; se les dan a conocer los métodos para incrementar o decrementar conductas; se busca que los estudiantes manejen los diferentes tipos de contingencias, los reforzadores; se trabajan los aspectos básicos de las evaluaciones; el cómo elaborar programas de trabajo, objetivos, hipótesis; incluso, se realiza un recorrido por el ámbito de la investigación.

A la par de estas actividades, se da la oportunidad de que los estudiantes vayan incursionando en ambientes ajenos a la escuela, esto a través de las prácticas profesionales o del servicio social; sin embargo, los estudiantes siguen teniendo el respaldo y la seguridad que brindan los profesores, se intenta dar responsabilidades para ir formando un sentido profesional del futuro psicólogo, pero se sigue limitando su trabajo, se le sigue guiando, muy pocas son las ocasiones en donde se le permite al estudiante arriesgarse, implementar algo nuevo, realizar algo novedoso; acciones que van mermando su futuro desempeño, ya que a la hora en que se ingresa a un ambiente laboral

competitivo, exigen creatividad, espontaneidad, seguridad, desenvolvimiento y, obviamente, conocimiento y experiencia.

Para conseguir lo anterior, es necesario que las herramientas que se van a desarrollar dentro de las aulas escolares, coincidan con las demandas del exterior; esto es, que se conozca sobre los perfiles que deben de cubrir los psicólogos para las diferentes áreas en las que éstos puedan laborar, y encaminar el aprendizaje al desarrollo de las habilidades que les permitan estar al nivel de cualquier otra institución que imparta esta carrera, por lo que es fundamental que se vayan actualizando los temas a impartir según las necesidades que día a día se van generando.

Cuando se deja la escuela, surgen muchas interrogantes, desde ¿qué aprendí? hasta ¿ahora, qué voy a “ser”?; con estas inquietudes comienza la travesía por conseguir un buen empleo, en donde no se desvaloricen o menosprecien los conocimientos adquiridos durante la formación académica, se tiene que hacer frente a profesionales experimentados, que van a etiquetarnos dependiendo de cómo nos paremos, cómo nos expresemos y qué tan seguros estemos de nosotros mismos. Honestamente, los egresados no están preparados para hacerle frente a estas situaciones, el respaldo que ofrece la escuela tiene un gran peso, el cual, en muchas ocasiones, quita responsabilidades a los estudiantes en formación, se toma como escudo a la institución, ya que esta respalda, en gran medida, los errores que podamos cometer; por lo tanto, la formación que se reciba en los salones de clases no debería quedarse solo en el transmitir información que se encuentra plasmada en los libros; sería de gran ayuda, el hecho que los profesores compartieran, además de su conocimiento, su experiencia en el ambiente laboral; esto con el fin de ir mostrando a los estudiantes cómo es el mundo más allá del aula.

2.4 Propuesta para complementar la formación educativa

El análisis psicológico es un recurso indispensable que todo psicólogo debe dominar; este hace referencia a realizar una evaluación global del funcionamiento de un individuo; para poder ejecutar ésta, se utilizan diversas

técnicas entre las cuales se encuentran la entrevista, la observación, entrevista con los padres o tutores, y en los casos que se puede, entrevista con el niño; además de realizar una exploración a partir de la utilización de pruebas, inventarios o escalas. Por lo tanto, la evaluación es una habilidad que todo psicólogo debe dominar, debe conocer los instrumentos que puede utilizar, sus procedimientos de aplicación, calificación e interpretación.

La evaluación representa el primer paso para la habilitación del niño con necesidades especiales; por medio de ésta se determina la naturaleza o magnitud de una incapacidad determinada, de manera que se tomen las medidas apropiadas para la intervención y la prevención (Fallen y McGovern, 1978, citado en Macotela y Romay, 2003). Por lo que, si consideramos a la evaluación como el proceso de obtención de datos con el propósito de tomar decisiones educativas, se hace evidente la importancia de que la evaluación esté vinculada en forma estrecha con la intervención instruccional. La evaluación y la intervención han sido manejadas de manera tradicional como entidades separadas, cuando debieran considerarse como partes constitutivas de un solo proceso dinámico (Salvia e Ysseldike, 1978, citado en Macotela y cols., 2003).

De acuerdo con Haring y Brown (1976, citado en Macotela y cols., 2003), la evaluación como proceso permite al especialista conocer destrezas y habilidades, así como los patrones conductuales de una persona. Como herramienta, la evaluación le indica al especialista dónde empezar; utilizada con habilidad, la evaluación define las metas educacionales para un grupo en particular y los objetivos instruccionales para un estudiante determinado. En tal orden de ideas, un instrumento que evalúe habilidades y destrezas específicas y que determine cuáles son las que el individuo posee y cuáles no, permite establecer de manera directa e inmediata las bases para elaborar un programa de trabajo que permita crear repertorios más complejos dentro de una secuencia de instrucciones.

El hincapié en el manejo de habilidades y destrezas específicas como dominio de evaluación tiene una relación directa con una tendencia importante y

relativamente reciente denominada *educación especial "no-categorica"* (Hallahan y Kauffman, 1981, citado en Macotela y Romay, 2003). Esta tendencia resulta de particular interés puesto que apunta hacia la creación de nuevas rutas en la evaluación e intervención psicoeducativa; los seguidores de esta tendencia proponen que se desechen las etiquetas o clasificaciones con las cuales se ha catalogado a los individuos diferentes, las etiquetas representan problemas tales como prestar más atención a la etiqueta que al individuo, propiciar el rechazo social, inspirar las actitudes de sobreprotección por parte de los padres, e incluso sirven como justificación de no realizar todos los esfuerzos posibles para ayudar a una persona a superar una serie de deficiencias.

La educación no-categorica le da importancia al análisis de comportamientos específicos, al localizar a nivel de repertorios, características comunes entre niños; dos niños considerados como deficientes mentales moderados no siempre tienen las mismas necesidades educativas ni tampoco habilidades o deficiencias iguales. El análisis de los aspectos comunes en términos de comportamientos particulares permite una agrupación más racional de los niños y en consecuencia un mejor aprovechamiento de los recursos, así como una mayor eficacia de las estrategias instruccionales (Macotela y Romay, 2003).

El otorgar una etiqueta al menor limita el trabajo más que ayudarlo; por lo que, para el Centro de Atención Psicopedagógica Educación Especial, es de fundamental importancia el no dirigirse al niño, ni a los padres de familia, con términos técnicos, y se les explica que para fines de trabajo, y como ayuda para establecer los programas de trabajo, es necesario realizar evaluaciones; más allá de intentar realizar una clasificación.

Dentro de la evaluación infantil, las pruebas que se necesitarían conocer, según las necesidades del Centro de Atención Psicopedagógica, deben ser:

- **Frostig.** Marianne Frostig creó un método de evaluación de la percepción visual, es 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. El método de evaluación de Frostig se compone de cinco pruebas: 1. Coordinación motora de los ojos; 2. Discriminación de figuras; 3. Constancia de la forma; 4. Posición en el espacio y 5. Relaciones espaciales (Castanedo, 1997).

- **Wppsi.** La Escala de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario, es el resultado de un esfuerzo cooperativo del autor, David Wechsler, y la División de Pruebas de The Psychological Corporation, por elaborar una escala de inteligencia que evaluara en forma más adecuada las capacidades del niño preescolar (Wechsler, 1981). Se aplica a niños de 4 a 6 ½ años; contiene 6 pruebas verbales (información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión y memoria de frases) y otras 5 manipulativas (casa de los animales, figuras incompletas, laberintos, dibujo geométrico y cubos).

- **Bender.** Lauretta Bender, creó un Test Gestáltico Visomotor, el cual mide si existe daño neurológico e indicadores de patologías en la personalidad; se aplica a partir de los 3 años. A partir de la aplicación de este test, se puede determinar si una persona presenta deficiencia mental, organicidad (daño cerebral) o funcionalidad (psicosis).

- **Inventario de Habilidades Básicas (IHB).** En el año de 1977 se creó en la Facultad de Psicología de la UNAM, el Centro de Estudios del Niño Especial (CENE, antes Centro de Estudios de Psicología Humana), el cual ha realizado funciones de diagnóstico, canalización tratamiento, capacitación e investigación en dos grandes áreas de la educación especial: retardo en el desarrollo y problemas de aprendizaje; como parte de las actividades de investigación en el área de retardo, se inició la creación de un instrumento que permitiera vincular dos importantes funciones profesionales: la evaluación y la práctica educativa. El resultado de esta actividad es el Inventario de Habilidades Básicas (IHB); el cual permite ubicar las destrezas que el niño ya posee y, a partir de éstas, inculcarle aptitudes más complejas y, por otra, a identificar aquellas capacidades que aún le faltan, para establecer objetivos de instrucción.

El inventario evalúa 726 habilidades en cuatro áreas del desarrollo infantil: área básica, coordinación visomotriz, personal-social y comunicación. Este es un instrumento que vincula claramente la evaluación con la práctica educativa, por lo que puede emplearse tanto en la escuela como en el hospital y el consultorio (Macotela y Romay, 2003).

- **Test de psicomotricidad.** La Escala de evaluación de la psicomotricidad en preescolares, elaborado por Ma. Victoria de la Cruz y Ma. Carmen Mazaira, tiene por objetivo detectar los retrasos o dificultades que presentan los niños entre 4 y 5 años. Las áreas que evalúa esta escala son la locomoción, el equilibrio, la coordinación fina y gruesa y el conocimiento del esquema corporal (De la Cruz y Mazaira, 1990).

- **Frases incompletas.** El test de frases incompletas de Sacks de Joseph N. Sacks (FIS), aparece en 1948, se formó con el fin de obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto). Este test, permite obtener aspectos de su personalidad, en el caso de los niños, la mayor parte de sus actividades e interrelaciones que se proyectan se refieren a su núcleo familiar, ya que sus intereses y desarrollo psicológico están centrados en gran medida en su familia. Este test, además de proporcionar la información citada, también proporciona información para detectar situaciones de abuso sexual.

- **Pruebas proyectivas.** Estas son pruebas no estructuradas que permiten que el individuo exprese emociones, deseos y miedos; además, en las pruebas en las que se realizan dibujos, éstos constituyen un lenguaje de imágenes cuya finalidad es comunicarse mediante cuatro elementos de la mente humana: el área perceptiva (encargada de percibir los estímulos exteriores), área premotora (esta encargada de enviar el mensaje para la acción somática), el consciente y el inconsciente (Stora, 1989). Entre las pruebas proyectivas más usadas en la evaluación infantil se encuentran:

- **CAT-A.** El Dr. Ernst Kris considero que, para el niño es más fácil identificarse con animales que con personas, por lo tanto, surgió la

modificación del CAT-H, el cual consiste en 10 láminas de personas en situaciones diversas; obteniendo que el CAT-A contará con las mismas 10 láminas pero los personajes son animales. El objeto de esta prueba es facilitar la comprensión de la relación de un niño determinado con sus más importantes figuras y tendencias. Las láminas fueron planeadas con el propósito de provocar respuestas específicamente relacionadas con problemas de alimentación y orales en general, explorar problemas de rivalidad entre hermanos, descubrir la actitud del niño frente a las figuras paternas y la manera como el niño las percibe, penetrar en la actitud del niño frente a los padres como pareja (Complejo de Edipo) y la escena primaria: en las fantasías del niño cuando ve a los padres juntos en la cama. En general, se busca conocer la estructura del niño y su método dinámico de reaccionar y de manejarse frente a los problemas del crecimiento (Bellak y Sorel, 1979).

- **Test del árbol.** Fue desarrollado, primeramente, por Emil Jucker, un consejero vocacional suizo, le siguió el psicólogo suizo Thurner; por último, Vetter, un grafoanalista alemán y psicólogo, fue el primero que combinó las dos ciencias. Según Jung (citado en Stora, 1989), los árboles, simbólicamente, están asociados con la persona interior del hombre y pueden describir exactamente su desarrollo y estado emocional.

Sin embargo, es importante mencionar que la enseñanza de la evaluación no solo debe de consistir en conocer la prueba, sino que debe de incluir el cómo calificarla, cómo aplicarla, cómo elegir una prueba dependiendo de a quién se va a aplicar o qué es lo que necesitamos evaluar, así como poder interpretar los resultados que proporcione la evaluación; y a partir de éstos, saber cómo podemos aplicarlos para desarrollar un programa de tratamiento terapéutico.

Sin duda, la evaluación es una herramienta fundamental dentro del trabajo del psicólogo, y éste debe contar con el conocimiento necesario para hacer un buen uso de la información que obtenga de un paciente. El psicólogo debe de tener presente la responsabilidad de mantener la confidencialidad debida, al crear y almacenar los expedientes que estén bajo su control; por lo que la

evaluación y el trabajo terapéutico debe de ser manejado con responsabilidad y ética profesional.

Sin embargo, no debemos dejar de tener claro que, la evaluación sólo es el primer paso para poder generar una hipótesis de la situación a la que nos vamos a enfrentar; además de que no hay que olvidar que un aspecto importante que debemos de considerar es el de realizar una evaluación de la dinámica familiar, para saber cómo es que la podemos involucrar en el trabajo terapéutico, para que los resultados sean satisfactorios y no permitir que las variables que no se puedan controlar en la terapia no alteren, perjudiquen o detengan los avances que un trabajo terapéutico pudiera ofrecer.

Por lo tanto, es importante considerar la enseñanza del manejo de pruebas psicométricas dentro de las instituciones universitarias, ya que es una herramienta necesaria para el buen desempeño de los egresados dentro del ambiente laboral. Aunque hay que señalar que, el campo de evaluación es muy amplio y constantemente se esta actualizando e incrementando, y a veces no se cuenta con el material, el personal o el tiempo para enseñar todas y cada una de las pruebas, de los inventarios y de los ejes para su adecuada ejecución, pero la enseñanza podría ser reducida y enfocarse a aquellas de mayor utilización en el ámbito laboral o en aquellas que sean las más confiables.

Con todo lo anterior, es necesario reconocer que a pesar de que la evaluación es una parte fundamental en el trabajo del psicólogo, en México, con frecuencia se utilizan instrumentos que han sido desarrollados a partir de las necesidades y características de poblaciones diferentes a la nuestra. Es común que se recurra a la traducción o adaptación de instrumentos cuyo contenido no resulta acorde con las particularidades del contexto mexicano. Ante una situación de esta naturaleza, la opción más adecuada consiste en desarrollar herramientas propias.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE UN CASO

En este capítulo se presenta el desarrollo de un programa de intervención con un menor del Centro de Atención Psicopedagógico, se expone la evaluación que se le realizó, así como los avances que fue mostrando en reportes trimestrales y se finaliza mostrando los resultados obtenidos durante los 18 meses que se trabajó con él. Es importante mencionar que se eligió a este menor ya que era el que tenía menos tiempo de ingreso con relación al tiempo en que se comenzó a realizar este trabajo (Agosto del 2005).

3.1 Historia clínica

Por cuestiones éticas y profesionales, se decidió mantener en confidencialidad el nombre del menor; por lo que lo llamaremos “Ismael”.

Los padres de “Ismael” solicitaron una entrevista en el Centro de Atención Psicopedagógica Educación Especial, con el fin de recibir orientación profesional acerca de las posibilidades educativas de su hijo. El menor presentaba problemas de hipoacusia bilateral del 50%; lo que afectó, principalmente, su lenguaje y adaptación social.

De la información obtenida en dicha entrevista, los datos que tuvieron mayor relación con los problemas que el niño presentaba fueron los siguientes:

- a) En lo que se refiere a los antecedentes familiares de “Ismael”, no se reporta casos de hipoacusia, ni problemas de lenguaje, ni tampoco disfunción cerebral

- b) El desarrollo psicomotor del niño se dio de manera lenta, el menor camino hasta los 2 años; además de que hubo retraso en su coordinación fina y gruesa. En este punto, es importante mencionar que el menor adquirió el control de esfínteres a los 5 años con 10 meses

- c) En los antecedentes patológicos, se informó que el niño presentó gripa constante a partir de los 2 años hasta los 4; a los 4 años tuvo varicela; tuvo amibiasis; en febrero del 2006 fue operado del apéndice y mostraba posibilidad de desarrollar gastritis, sin tenerlo confirmado. Se le practicó una audiometría en una clínica gubernamental, en la cual el diagnóstico fue hipoacusia bilateral del 50%; además de este diagnóstico, el pediatra del menor comentó que se presentaba retraso psicomotor e hipotonisidad en músculos faciales (mejillas y músculos labiales)

- d) Con respecto a su historia escolar, se informó que la única experiencia que el niño había tenido había sido a partir de su ingreso (mayo del 2005) al Centro de Atención Psicopedagógica, en donde los primeros tres meses los avances se dieron de manera muy lenta, debido a que no se tenía una atención personalizada con él. A partir del segundo trimestre, los avances fueron más rápidos, observándose avances positivos. Durante su estancia en el Centro, recibió terapias individuales y grupales

La entrevista que se realizó con los padres de "Ismael" se presenta en un formato estructurado, sin embargo, a lo largo de la misma entrevista se obtuvieron los datos que pudieran ser relevantes y se presentan a continuación:

- e) Con respecto a los datos prenatales, la madre no refirió haber ingerido medicamentos durante el período de gestación, sin embargo, la madre presentó presión alta en dos ocasiones, además de manifestar la presencia de un aborto antes de tener "Ismael"

- f) El embarazo fue de 9 meses, con trabajo del parto fue prolongado y se realizó cesárea

3.2 Áreas evaluadas

Los psicólogos que atienden a niños con necesidades de educación especial, tienen que ubicar las destrezas con las que cuenta el niño y a partir de éstas, inculcarle aptitudes más complejas.

El trabajo de la terapeuta consistió en realizar la evaluación y reportar los resultados; y posteriormente la Directora entregó el programa de trabajo a implementar con el menor. Las áreas que se evaluaron en el centro de Atención Psicopedagógica para la realización del programa de trabajo para “Ismael” fueron el área básica, coordinación visomotriz, personal-social y la de comunicación. A pesar de que las pruebas que maneja el Centro de Atención Psicopedagógica son varias, para los fines de este trabajo y por las condiciones que presentaba el menor la evaluación realizada se hizo a partir de la aplicación del Inventario de Habilidades Básicas (IHB), así como la Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar.

3.2.1 Área Básica

El objetivo de esta área consiste en examinar si el niño posee repertorios básicos de conducta indispensables para establecer otras habilidades, si el niño carece de las 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 (Macotela y Romay, 2003). El área básica está compuesta por cuatro subáreas:

- Atención. Diseñada para valorar la capacidad del niño para detectar cambios en el medio, localizarlos, concentrarse en ellos y actuar en consecuencia, para poder trabajar esta subárea se cuenta con seis categorías específicas que permiten realizar un mejor diagnóstico:

- ✓ Integración de componentes atentos
- ✓ Exploración
- ✓ Seguimiento visual

- ✓ Fijación visual
 - ✓ Contacto visual
 - ✓ Orientación
- Seguimiento de instrucciones e imitación. Esta área intenta evaluar la capacidad del niño para responder a los requerimientos del adulto, y que realice lo que se le pide, ya sea por medio de la instrucción o que imite la actividad requerida. Esta subárea cuenta con tres categorías:
- ✓ Realización de actividades bajo instrucción o por imitación
 - ✓ Realización de acciones secuenciadas bajo instrucción o por imitación
 - ✓ Realización de acciones simples bajo instrucción y por imitación
- Discriminación. Se intenta evaluar la capacidad del niño para reconocer semejanzas y diferencias entre estímulos. En esta subárea se muestran diferentes propiedades tales como forma, tamaño, color, peso, grosor, cantidad, textura, longitud y lateralidad; y se encuentra conformada por cinco categorías:
- ✓ Nombramiento
 - ✓ Agrupamiento
 - ✓ Colocación
 - ✓ Señalamiento
 - ✓ Igualación

3.2.2 Área de Coordinación Visomotriz

El objetivo de esta área es valorar si el niño posee las destrezas necesarias para realizar actividades que impliquen al cuerpo en conjunto y actividades que involucren partes específicas del cuerpo (Macotella y Romay, 2003).

Esta área esta dividida en dos subáreas:

- **Coordinación motora gruesa.** Examina la capacidad del niño para manejar su cuerpo de manera integral y coordinada, al realizar movimientos diversos y al manejar objetos; y se subdivide en cinco categorías:

- ✓ Desplazamiento
- ✓ Equilibrio estático
- ✓ Equilibrio de recuperación
- ✓ Movimientos coordinados
- ✓ Actividades de integración motriz

- **Coordinación motora fina.** Permite determinar la capacidad del niño para manejar partes específicas del cuerpo, tales como brazos, una o ambas manos, muñeca, palma y dedos. Esta subárea consta de cuatro categorías:

- ✓ Actividades integrales
- ✓ Movimientos de precisión
- ✓ Movimientos básicos
- ✓ Tareas de pre-escritura

Para evaluar esta área, se utilizó la Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en Preescolar (ver anexo 3), las áreas que evalúa esta escala son las siguientes:

1. Locomoción. Se refiere a las diferentes formas de desplazamiento o cambios de posición del niño utilizando sus propios medios.

2. Equilibrio. Se define como la aptitud para sostener una posición determinada con el menor contacto posible con la superficie. En la escala se incluye la evaluación del equilibrio estático (apoyo estático sin locomoción) y del equilibrio dinámico (apoyo con desplazamiento).

3. Coordinación de piernas, brazo y mano (motricidad fina y gruesa). El término coordinación se refiere a la utilización simultánea de varios músculos o grupos musculares, se distinguen dos tipos básicos de

coordinación, la gruesa, que se refiere a los grandes músculos y la fina, que se refiere a los pequeños. Los movimientos de coordinación simples se establecen espontáneamente con la maduración neurológica.

4. Esquema corporal. En este apartado se evalúa el conocimiento del cuerpo y la percepción del mismo, incluyendo algunos aspectos de lateralidad. Se trabaja con el reconocimiento del cuerpo en sí mismo y en los otros (De la Cruz y Mazaira, 1990).

3.2.3 Área Personal - Social

Detecta cuales son las habilidades del niño para atender necesidades básicas de su persona; así como detectar las habilidades para relacionarse con otras personas en su medio cotidiano. Esta área se divide en:

- Autocuidado. Ubica aquellas destrezas que le permiten al niño satisfacer, de manera independiente, las necesidades básicas de la vida diaria, tales como hacer uso del retrete, asearse, vestirse, desvestirse y alimentarse. La subárea consta de cuatro categorías:

- ✓ Control de esfínteres
- ✓ Aseo personal
- ✓ Desvestido – vestido
- ✓ Habilidades de alimentación

- Socialización. Analiza qué tanta capacidad posee el niño para relacionarse con personas y materiales, de manera adecuada en situaciones diversas, y contiene cinco categorías:

- ✓ Adaptación a diversas situaciones de evaluación
- ✓ Responsividad a la interacción social
- ✓ Aproximación espontánea a otras personas
- ✓ Capacidad para involucrarse en actividades sin perturbar
- ✓ Participación en actividades grupales

3.2.4 Área de comunicación

Pretende determinar si el niño es capaz de comprender el lenguaje hablado, se expresa de manera oral o por medio de gestos o ademanes y qué tan eficiente es su habilidad articularia (Macotela y Romay, 2003). Esta área se divide en tres subáreas:

- Vocal – Gestual. Esta diseñada para observar la capacidad del niño para manifestar conocimiento de su medio cotidiano. Y cuenta con seis categorías:

- ✓ Expresión de necesidades, deseos y preferencias
- ✓ Reconocimiento de su persona
- ✓ Identificación de partes del cuerpo y prendas de vestir
- ✓ Identificación de elementos del medio presentados físicamente
- ✓ Identificación de elementos del medio presentados en láminas
- ✓ Identificación de elementos del medio de acuerdo con la clase, función, utilidad o localización
- ✓ Identificación de acciones y estados de ánimo

Los resultados que se obtuvieron de la evaluación a “Ismael” fueron los siguientes:

En el área básica, el niño no tuvo problema para realizar actividades bajo instrucción o por imitación, sin embargo, al evaluarse las subáreas de nombramiento y agrupamiento del IHB el menor no pudo realizar ninguna de las actividades por lo tanto, la evaluación se detuvo en esas subáreas. Por lo que el trabajo que se realizó fue el de reforzar las categorías de nombramiento, agrupamiento, colocación, señalamiento e igualación (Ver anexo 2).

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de la coordinación visomotriz (Ver anexo 3), se pudo ver que las áreas que necesitaban trabajo eran la locomoción, el equilibrio y la coordinación de piernas, a partir de

conocer esto se procedió a elaborar el programa para el área de coordinación visomotriz.

La evaluación del área personal-social, se realizó con el Inventario de Habilidades Básicas (Macotela y Romay, 2003), dentro de esta área, los resultados que arrojó la evaluación fue la necesidad de trabajar con el control de esfínteres y habilidades para la alimentación ya que en las otras actividades que fueron evaluadas, los resultados fueron satisfactorios ya que el niño mostró desarrollo en habilidades para realizar dichos ejercicios (Ver anexo 4), a partir de los resultados se prosiguió a la elaboración del programa para desarrollar las habilidades que aún el niño no pudiera realizar.

Por último, el área de comunicación se evaluó a partir del Inventario de Habilidades Básicas (Ver anexo 5). En esta área, se pudo observar que el menor recurre a la articulación gestual para expresar sus necesidades y para identificar elementos del medio; mientras que, en cuanto al reconocimiento de su persona, identificar partes del cuerpo y prendas de vestir, acciones y estados de ánimo, es capaz de hacerlo a partir de una articulación vocal. Por lo tanto, el trabajo irá encaminado a la articulación vocal de sus necesidades, deseos y partes de su medio que lo rodea.

Tomando como referencia estos resultados, fue cómo se elaboró el programa psicopedagógico de trabajo con el menor.

3.3 Programa de trabajo

El programa de trabajo tomo como base los principios de la psicología conductual; ya que la mayoría de los métodos conductistas están vinculados a las teorías de aprendizaje, en dónde, el tratamiento se orienta a la modificación de las conductas que se observan, en lugar de las variables de personalidad o atributos o conflictos deducidos. De los principios que maneja el conductismo, se tomaron como base principal el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario.

Habiendo definido la corriente psicológica a emplear a lo largo del programa de trabajo, las actividades que le prosiguieron fueron:

- Se estableció el horario de trabajo; los horarios que se decidieron estuvieron en función de la necesidad del menor, sin embargo, por cuestiones económicas, los padres no podían cubrir los costos de la terapia grupal, por lo que la Directora decidió integrarlo al grupo pero alternando los días de su asistencia; por lo tanto, la asistencia del menor fue de 9:00 am. a 12:00 pm., los días martes, miércoles y jueves. Posteriormente, los días fueron modificados a lunes, martes y jueves; esto se debió a que los días lunes, los niños del centro reciben Musicoterapia e “Ismael” comenzó a mostrar mayor articulación gestual y, en un nivel mínimo, articulación vocal, ante estímulos musicales, por lo que la Directora decidió incorporarlo a esta actividad

Además se contó con dos actividades extras:

- **Musicoterapia.** Para Kenneth Bruscia (1997; citado en Rendruello, 2002), la Musicoterapia es un proceso de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio; éste se puede dar en el estado afectivo, cambio en cuanto a que se da una maduración de capacidades psicológicas, o cambio por la adquisición de nuevas habilidades comunicativas y/o sociales.

La Musicoterapia es una disciplina basada en la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento para que, a través del entrenamiento de la escucha, la intencionalidad comunicativa y la ejecución instrumental sonora, las personas con necesidades especiales, puedan adquirir habilidades comunicativas pre-verbales y verbales, así como otras habilidades diversas que las conecten con el aquí y el ahora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo (Del Campo, 1996; citado en Rendruello, 2002).

Esta actividad era realizada una vez por semana, con una duración de 40 minutos, en el transcurso de ésta, se le enseñaba 1 o 2 canciones; hasta lograr un máximo de 12 canciones para el fin del ciclo escolar, ya que se realizaban dos festivales a lo largo del ciclo, uno el 10 de mayo y otro para el cierre del año escolar; en el cual el niño presentaba a sus padres las canciones aprendidas, apoyándose de algún instrumento musical (claves, maracas o pandero); además de la presentación de dos bailables.

A la par de estas actividades, se le dejaban ejercicios para ser realizados en casa, en donde se le pedía al niño que realizara ejercicios de seguimiento de instrucciones combinadas con el mantener el ritmo con algunos objetos, por ejemplo; el niño tenía que agacharse dos veces continuas, aplaudiendo cada que estuviera agachado. Conforme avanzaba el niño con la coordinación visomotora, los ejercicios iban adquiriendo un nivel mayor de complejidad.

- **Terapia ocupacional.** Esta actividad también se estableció bajo los términos del conductismo, y se realizaba una vez por semana, dentro de la cual, el niño tenía que realizar algún trabajo utilizando diferentes materiales; entre los cuales había papel de colores, semillas, pinturas, texturas duras, blandas, suaves, rugosas. Esta actividad tenía como finalidad que el niño conociera diferentes materiales, olores, colores; para poder desarrollar y/o mejorar habilidades sensoriales. Esta área se valoraba cada semana y conforme el niño podía ir controlando su motricidad fina y las realizaba con una mejor calidad, se proseguía a ir aumentando el nivel de complejidad de cada actividad.

Además de las áreas mencionadas, se trabajaba a la par el área adaptativa-social; la cual iba indicando la manera en que el menor iba relacionándose con sus compañeros, así como, la forma en que reaccionaba ante ciertas reglas sociales que se le pedían.

Los objetivos del programa de trabajo, proporcionado por la Directora, quedaron de la siguiente manera:

MOTRICIDAD

OBJETIVO

Que el niño desarrolle y/o mejore las destrezas necesarias para realizar actividades que impliquen al cuerpo en su conjunto y partes específicas

MATERIALES

- Libreta profesional blanca
- Colores
- Tijeras
- Resistol
- Revistas

LENGUAJE

OBJETIVO

Que el niño comprenda el lenguaje hablado y exprese de manera oral o sus necesidades

MATERIALES

- Libreta profesional blanca
- Colores
- Revistas

COLORES, FORMAS Y CONCEPTOS

OBJETIVO

Que el niño reconozca semejanzas y diferencias entre estímulos; tales como forma, tamaño, color, peso, grosor, cantidad, posición en el espacio, textura, longitud y lateralidad; lo cual permitirá que el niño pueda referirse a conceptos de utilidad funcional en su medio cotidiano así como relacionarse con los prerrequisitos asociados a la adquisición de habilidades académicas tales como la lectura, escritura y aritmética

MATERIALES

- 3 Libretas profesionales blancas
- Colores
- Resistol
- Papel crepe, china, lustre, terciopelo
- Semillas (arroz, frijol, lenteja, alpiste, semillas de girasol)
- Pintura vinílica
- Pinceles
- Figuras geométricas de cartón o de plástico
- Biografías de elementos de la naturaleza
- Ilustraciones de elementos del hogar
- Revistas

ADAPTACIÓN SOCIAL

OBJETIVO

Que el niño sea capaz de interactuar con sus semejantes sin utilizar acciones violentas

3.4 Reportes trimestrales

Durante los dos primeros reportes, el menor se encontraba trabajando con otra terapeuta, los resultados se explican a fin de darle seguimiento desde el ingreso del menor al centro; sin embargo, es hasta el tercer reporte que se comienza a realizar la evaluación para la realización del presente trabajo.

PRIMER REPORTE

Motricidad fina

Los ejercicios se realizaban en una libreta blanca, los cuales tenían la finalidad de permitir al niño realizar movimientos libres, al inicio de su trabajo realizaba ejercicios de rayado libre a lo ancho de toda la hoja de la libreta; era necesario

indicarle la forma en que debía tomar el color. En ese momento, el niño no tenía definida su lateralidad, por lo que alternaba la toma del color con ambas manos; sin embargo, había predominancia de la mano izquierda.

Lenguaje

El trabajo se inició con la emisión de la vocal /o/, cuando se logró la articulación de este sonido, se le agregó el fonema /s/ logrando la emisión de /osss/; de igual manera se trabajó con la vocal /i/ combinada con la /s/; desde la fecha de ingreso a el primer trimestre de trabajo, se había consolidado el trabajo hasta la vocal /e/.

A la par de este trabajo, se pudo observar que el menor había adquirido algunas palabras como: pez, si, pepe, miss, papá, guagua (para hacer referencia al agua); además de que disminuyó la ecolalia al momento de pronunciar papá y mamá.

Colores

La forma de trabajo en esta área consistía en presentarle al niño un dibujo del color que se pretendía enseñar, al cual, le debía de pegar algún material o iluminarlo, además de ir repitiendo constantemente el nombre del color en turno para que pudiera ser memorizado e identificado. Al inicio del trabajo, el niño reconocía el color blanco y el negro; el color de inicio fue el rojo, posteriormente le seguirían el azul, verde y amarillo; dentro del primer reporte, se concluyó con el trabajo discriminatorio entre el color rojo y amarillo; esto se hacía presentándole al niño dos estímulos iguales con diferente color y se le pedía al menor que identificara el que la terapeuta le indicará.

Formas

Dado el nivel de desarrollo del menor, aún no se consideraba pertinente el trabajar esta área; fue hasta el tercer trimestre en donde se pudo ya informar sobre su avance en dicha área.

Conceptos

El trabajo se inició con el reconocimiento de su esquema corporal, cuando se consolidó la identificación de éste se prosiguió a identificar frutas, verduras, alimentos dulces, salados y ácidos; posteriormente, con la discriminación de la ropa del niño, terminando esta área, hasta el momento del primer reporte, con la ubicación de casas de animales.

Adaptación social

Se observaban conductas de una deficiente interacción con sus compañeros; esto es, que el niño los observaba pero no se incluía dentro de las actividades que eran realizadas; se intentaba utilizar más recursos de comunicación a la hora de llamar a sus compañeros; y se vio disminuida la agresividad a la hora de interactuar.

SEGUNDO REPORTE

Motricidad fina

Se continuó reforzando el rayado libre de una nube, cuando ya se pudo notar consolidado este aprendizaje, se inició el acotamiento del área, dividiendo la hoja en dos; posteriormente se comenzó a trabajar con el área dividida en tres partes.

Alternadamente se trabajaron diferentes ejercicios de manipulación de diferentes objetos y materiales, como plastilina, pelotas, pinturas, etc., esto con la finalidad de estimular su atención, memoria y coordinación motriz fina; así como se inició el trabajo con tijeras, para mejorar su pinza fina, estos ejercicios incluían el recortar sobre líneas rectas, verticales y horizontales; también se le facilitaba al niño una revista y éste elegía una figura, la recortaba y la pegaba; para realizar estos ejercicios se necesitó el apoyo de un auxiliar para tijeras, el cual permitía que las tijeras realizaran por sí solas la pinza para lograr la

actividad, además de que era necesario indicarle por dónde tenía que ir recortando.

Lenguaje

Se continuó reforzando la emisión del grupo consonántico /s/ con la letra /e/; seguido del trabajo con la vocal /a/. Hasta la entrega de este reporte, el trabajo había llegado hasta la vocal /u/.

Se trabajó con la intención comunicativa de pedir; esto es, se trabajó la integración, comprensión y articulación de palabras como /dame/ y /más/; la pronunciación del menor se daba de la siguiente manera:

mame = dame

ma ma= más

llelleta= galleta

ugo= jugo

Colores

Se continuó con la discriminación de los colores rojo y amarillo; se observa menor grado de error al identificarlos; así como hay intento por nombrarlo, utilizando la expresión “oco” para el rojo y “lillillo” para el amarillo.

Conceptos

Se trabajó con la discriminación entre los conceptos de “mucho” y “poco”, posteriormente se le presentaron imágenes de animales como la gallina, cerdo, vaca y el caballo; otro concepto que se integró fue el de familia.

Adaptación social

Se observaban períodos mayores de atención ante alguna actividad o ante alguna instrucción; ya intentaba integrarse a los juegos grupales, aunque

después de un período de 15 minutos aproximadamente se retiraba y jugaba solo.

TERCER REPORTE

Motricidad fina

Se dio seguimiento al trabajo de rayado libre en 3 áreas, observándose un mejor control del lápiz y de la zona a iluminar, por lo que se decidió cambiar el ejercicio, de este momento en adelante tendría que delinear líneas horizontales y verticales.

Lenguaje

A pesar de que el niño ya articulaba palabras aisladas con el fonema /m/; aún no se tenía la comprensión de lo que decía; por lo que se retomó el trabajo de este fonema en su combinación con las vocales; la emisión de este sonido se realizó muy rápido por lo que, se prosiguió con el fonema /p/.

Colores

Se reforzó la identificación del color azul; posteriormente se trabajó con el color verde; cuando se identificó éste, se realizaron ejercicios de discriminación entre azul y verde. Hasta la realización del tercer reporte se encontraba trabajando con la identificación del color naranja.

Formas

A partir de este tercer reporte ya se comenzó a trabajar con la discriminación de formas geométricas, iniciándose con el círculo, le prosiguió el cuadrado, después el triángulo.

Conceptos

Dentro de esta área de trabajo, se integraron los temas de secciones del hogar y se comenzó a trabajar con la identificación de oficios, como el cultivo.

Adaptación social

Se pudo observar entusiasmo y mayor integración en las actividades que se proponían al grupo, ya fuese de juego o de trabajo. Se notó una mejor discriminación de sonidos, ya que al escuchar algún ruido, el menor comenzaba a buscar de dónde provenía, acción que en meses anteriores no realizaba.

CUARTO REPORTE

Motricidad fina

Los ejercicios que se trabajaron se enfocaron en reforzar el delineamiento de líneas rectas; así como ejercicios de recorte, en donde el menor comenzó a mostrar mayor atención a la hora de recortar e intentaba no cortar parte de la imagen, se inició una identificación de límites en ellas; cabe señalar que en ese momento, ya tomaba él solo la hoja de donde iba a recortar, además de que ya no era necesario la utilización del auxiliar.

Lenguaje

Se logró la emisión del fonema /p/ en combinación de las cinco vocales; se inició la articulación del fonema /b/.

Colores

Se consolidó la identificación del color naranja, y se integró el color rosa; alternando con la discriminación entre naranja y amarillo.

Formas

Se reforzó la identificación del triángulo, cuando se consolidó su aprendizaje, se prosiguió con el rectángulo; esto se combinó con la discriminación entre cuadrado y triángulo.

Conceptos

Se comenzó a trabajar con las propiedades de los objetos, esto es, grande, chico y mediano. Al consolidar la identificación de estas características, se continuó el trabajo con la identificación de los productos que obtenemos de los animales.

Adaptación social

El menor ya no muestra niveles de agresividad a la hora de relacionarse con sus compañeros, lo cual colaboró para que ellos fueran los que involucraran al menor a las actividades que se planteaban. Se observa, y escucha, la intención de llamar a sus compañeros por su nombre.

QUINTO REPORTE

Motricidad fina

El menor presentó mayor control a la hora de delinear las líneas rectas, por lo tanto se cambiaron los ejercicios al delineado de líneas curvas y angulares. En cuanto al recortado ya hay buen control de las tijeras, control visomotor y ya no es necesario indicarle la línea a seguir para recortar.

Lenguaje

Se reforzó la emisión del fonema /p/ en su combinación con vocales; al consolidarse este fonema se siguió con el fonema /b/. Para concluir el trabajo en este reporte, se inició el trabajo con el fonema /s/ a nivel final.

Colores

Se trabajó con la identificación del color rosa y, posteriormente, con la discriminación entre el color naranja y el color rosa, y se comenzó a trabajar con el color café.

Formas

Se concluyó con la identificación del rectángulo, cuando se consolidó su identificación se continuó el trabajo a partir de la discriminación entre las figuras geométricas revisadas.

Conceptos

Al concluir con el aprendizaje de los productos que obtenemos de los animales, se integró la identificación de los medios de transporte marítimos y terrestres.

Adaptación social

La integración con el grupo de iguales ya se concretó, además de que el menor intenta seguir las instrucciones de juego y coopera para la realización del mismo; por otro lado, cuando se siente agredido informa a la terapeuta que se encuentre con él, acciones que anteriormente no realizaba, ya que cuando alguien lo molestaba, en algunas ocasiones, respondía con un manotazo,

SEXO REPORTE

Motricidad fina

Se reforzó el trabajo con el delineado de líneas curvas y angulares; posteriormente se dibujaron dos líneas rectas y horizontales a una altura de 1cm. de entre cada una, la finalidad era que el niño trazara una línea entre las dos presentadas sin despegar el lápiz y sin salirse de los límites marcados.

Lenguaje

Se prosiguió el trabajo con el fonema /s/ a nivel final; este fue combinado con la emisión de algunas frases compuestas por dos palabras, intercalando los fonemas ya consolidados, algunos ejemplos de estas palabras fueron: son míos y dame eso. Este ejercicio resultó sin ningún grado de complejidad, por lo que las frases se volvieron de tres y cuatro palabras: “dame mi sopa mamá” y “toma mi zapato miss”.

A la par de estas actividades se comenzó el trabajo con el lenguaje escrito, esto es, la identificación de algunas letras, primeramente, con las vocales; estos ejercicios se llevaron a cabo a partir de que se le pegara algún material a la letra y se repitiera el nombre de la misma, las letras que se trabajaron fueron: o, u, i. Posteriormente se trabajo con la discriminación entre la “u” y la “i”. Conjuntamente con el inicio del aprendizaje escrito, se comenzó la identificación de números, los cuales se trabajaron de manera similar que las letras, los números que se revisaron fueron el 1 y el 2.

Colores

El trabajo se continuó con la identificación del color café, consolidado este color, se prosiguió a discriminarlo con el color rosa, cumplido este objetivo, se comenzó a trabajar con el color morado.

Formas

Se continuó el trabajo con las figuras ya consolidadas; agregándose el rombo y el óvalo.

Conceptos

Los conceptos trabajados consistieron en concluir con los medios de transporte aéreos; iniciar con la identificación de aparatos eléctricos y finalmente con los estados de ánimo.

Adaptación social

La integración ya se consolidó, el menor puede involucrarse en juegos de reglas, seguimiento de instrucciones, esperar turnos y mantener el material didáctico en buen estado.

3.5 Resultados

Las condiciones en las que el niño ingresó al Centro de Atención Psicopedagógica eran las siguientes:

- El niño no era capaz de distinguir entre cosas agradables de las desagradables, ya que se comía sus heces fecales
- No imitaba sonidos, gestos, ni conductas
- Su lenguaje o intentos comunicativos eran escasos
- Sufría constantes accidentes, debido a su inmadurez psicomotora y su escaso desarrollo en su lateralidad
- No podía subir ni bajar escaleras sin ayuda
- No presentaba habilidades de autocuidado
- No tenía control de esfínteres
- Mostraba conductas agresivas ante eventos nuevos y a la hora de tener que interactuar con niños y adultos

El programa descrito anteriormente fue aplicado durante 18 meses, obteniendo que el niño pudiera comunicarse mediante la emisión de palabras y frases estructuradas y ya no por señas o gestos; además de que sus conductas agresivas se redujeron notablemente, ya que modificó estas conductas por las de avisar a su terapeuta cuando alguien lo molestaba.

Además pudo integrarse a un grupo de iguales, con lo que aprendió a seguir instrucciones de juego, a respetar reglas, a compartir materiales y juguetes; por otra parte, desarrolló habilidades de control de su motricidad fina, así como perfeccionar la gruesa, lo cual evitó que siguiera teniendo accidentes de caídas

o tropiezos con objetos del medio. El niño adquirió habilidades para realizar por sí solo actividades de aseo personal y de alimentación.

Es importante mencionar que el trabajo de control de esfínteres no se realizó a base de un programa como tal; solamente se le impuso un horario en el cual se tenía que ir al baño; esto fue, el menor contaba con 30 minutos para su almuerzo, al terminó de éste, la afanadora lo llevaba al baño, existiera o no la necesidad, y no se le retiraba hasta que el menor orinara o defecara; al principio, pasaban hasta 20 minutos antes de que se regresará a las actividades, además de que las acciones de bajar su ropa y sentarse en el retrete se tenían que realizar por el niño, ya que él no sabía cómo lo debía de hacer; conforme fue pasando el tiempo, el tiempo de espera se redujo considerablemente, hasta el grado de que, al momento en que se ingresaba al sanitario él bajaba sólo sus prendas e inmediatamente utilizaba el retrete.

En cuanto al área de alimentación, en un principio el niño no podía comer sin derramar líquidos y desboronar su alimento, por lo que su lugar terminaba muy sucio; poco a poco se le fue modelando al menor cómo tenía que tomar los líquidos para evitar derramarlos; así como la manera en que tenía que sostener e ingerir sus alimentos sólidos; y cuando el niño tiraba restos de comida los tenía que levantar; estas acciones permitieron que el niño aprendiera a comer con mayor limpieza y sin desperdiciar sus alimentos.

La finalidad de mencionar los avances que presento "Ismael" en el control de esfínteres y en el área de alimentación es porque, aún cuando a su ingreso no se le designo un programa, ya que se considero que había otras áreas que tenían mayor prioridad de trabajo; se realizaron algunas actividades que permitieron que el menor tuviera mayor control de esas áreas y serían las que necesitarían incorporarse a la hora de realizar un nuevo programa de trabajo para el menor.

CONCLUSIONES

El concepto de personas con necesidades educativas especiales indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental, o ambos; generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental. Este concepto es utilizado, frecuentemente para discriminar a las personas con limitaciones físicas o mentales obvias y que por lo general requieren de ayuda e instrucción especializada para funcionar en su vida cotidiana; ejemplos de esto son las personas con ceguera, hipoacusia, parálisis cerebral infantil y retraso mental.

Éste concepto connota también una dificultad, más o menos específica, del sujeto para responder a las exigencias de su ambiente; por ejemplo, un niño con limitaciones en su capacidad mental, que vive en un medio rural podrá desempeñarse adecuadamente en la milpa o en las tareas del hogar, y presentará limitaciones solamente cuando se confronte con las exigencias de la escuela, que evidenciará su limitación orgánica.

Por lo tanto, el término de necesidades especiales se refiere tanto a una limitación funcional como a una de adaptación o de respuesta al medio, de hecho, este concepto se acuñó para sustituir a muchos otros, considerados hoy como despectivos para la persona como son deficiente, inválido, minusválido, idiota, tullido, etc. (Canton, Sánchez y Sevilla, 1997).

La intervención del psicólogo en Educación Especial inicia desde el momento en el que los padres se enteran de que su bebé nació con alguna característica diferente o que requerirá de Educación Especial, sus roles de vida se ven modificados, ya que puede surgir una gran contradicción de sentimientos, entre la aceptación y el rechazo, el culpabilizar mutuamente a las familias, sin tomar en cuenta que en ese momento lo más importante es el atender al niño, para impedir que su problema incremente o para que puedan obtenerse avances lo más pronto posible.

Además, hay que tener presente que la situación de tener un hijo con necesidades educativas especiales se convierte en una situación de riesgo de sucesivas crisis que se reactivan en determinados momentos a lo largo de la vida, momentos que son menores cuando se cuenta con el apoyo de especialistas que colaboren en la comprensión y el manejo de la situación a la que se encuentren enfrentando los familiares.

Por lo tanto, la labor del psicólogo consistirá en explicar a los padres la situación por la que atravesarán, tratando de ser honestos e informar la dificultad que se tiene para predecir lo que irá pasando; explicarles los contenidos del diagnóstico sin términos extraños o desconocidos para los padres y sin utilizar etiquetas estigmatizantes; evitar tomar actitudes dogmáticas ni de lástima, pero mostrar comprensión; proporcionarles algunas lecturas sencillas que puedan servirles de base para comprender mejor los problemas de su hijo y lo que se puede hacer por él y proporcionarles ayuda y orientación sobre los recursos y ayudas existentes.

Otra función del psicólogo es la de brindar apoyo para que se de la aceptación de la situación a la que se enfrentará la familia durante el período de vida de la persona con necesidades especiales; una manera de hacerle frente a esta situación, es dar tiempo a la familia a que viva su período de duelo, en el cual, a partir de experimentar diferentes sentimientos puedan reconocer el cambio que les espera en su estructura familiar; período que el psicólogo debe de monitorear para ir explicando por cada una de las etapas que éstos vayan pasando, para evitar que se generen sentimientos de culpabilidad exagerados o de culpabilidad que pueden desencadenar desequilibrios familiares; para que, a partir de que la familia se encuentre tranquila y consciente sobre lo que tiene que hacer, se busque la ayuda necesaria que permita que, la persona que requiere de la educación especial, pueda ir desarrollando habilidades básicas para su integración y en un futuro, una independencia.

En los últimos años, el sector de la educación especial ha recibido un significativo incremento de la atención profesional y social. Los problemas, dificultades y barreras que encuentran las personas con necesidades

especiales han pasado a ser expuestos y analizados públicamente; cada vez es mayor el número de personas que se incorporan a la tarea de mejorar las condiciones de vida y bienestar personal de los que requieren de una educación especial.

Distintos profesionales, como psicólogos, pedagogos, maestros, educadores, médicos, asistentes sociales, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, etc.; aúnan su esfuerzo de ayuda multidisciplinar en el estudio e investigación sobre la población, en la evaluación e intervención habilitadora y rehabilitadora; todo con el fin de lograr una integración comunitaria plena en todas las edades, en todos los ámbitos de la vida y en cualquier parte del mundo.

Sin embargo, aún falta mucho para que la integración de las personas con necesidades especiales se dé en su totalidad, ya que, en nuestra sociedad hace falta una cultura de respeto hacia este sector de la población, ya que la falta de información ocasiona que se les segregue, se les discrimine y se les ofenda; además de que las instalaciones que se ofrecen no consideran las necesidades de éstos, pues están creados para ser utilizados por personas que pueden considerarse “normales”; esto es, que no carezcan de algún miembro corporal, que no presenten dificultades motrices ni mucho menos que presenten algún retraso mental; situaciones que hacen que sólo puedan desenvolverse en determinados lugares lo cual les impide un desenvolvimiento social idóneo.

Por tales circunstancias, el trabajo del psicólogo, algunas veces, se ve obstaculizado, ya que nos debemos adaptar a las situaciones, a las instalaciones y a las ideas que se presenten, aspectos que merman los resultados que esperaríamos obtener; por lo tanto, el trabajo que tenemos que hacer es complicado, éste requiere dedicación, imaginación, apertura y sobre todo gusto por servir.

A lo largo del desarrollo del presente trabajo, pudieron exponerse y explicarse métodos en los que se puede intervenir con una persona que presenta una necesidad educativa especial, además de obtener avances significativos en la

adaptación de ésta al medio en el que se encuentra sumergido; ya que se pudo observar que, cuando se cuentan con las herramientas, el deseo y el gusto por el trabajo, se pueden ofrecer opciones a las personas que recurren al psicólogo con la confianza de que van a recibir alternativas para solucionar, mejorar o disminuir las situaciones que se encuentren afectando aspectos emocionales, físicos o mentales.

Pero, no hay que olvidar que el trabajo expuesto se realizó dentro de las instalaciones de un Centro de Atención Psicopedagógico; pero qué pasará cuando el niño abandone estas instalaciones, ¿podrá seguir adquiriendo repertorios conductuales que faciliten su adaptación?; ¿se presentará algún retroceso?; no debemos de cegarnos a la idea de que todo va a seguir bien, ya que desafortunadamente no es así, por lo que, debemos de trabajar en conjunto con los padres de familia, con los profesores; cuando su caso lo permita; y en general con las personas de mayor convivencia del paciente; ya que nuestro trabajo no es el hacer que las personas aprendan a depender de una sola persona para poder integrarse a la sociedad, sino más bien, el trabajo radica en darle las herramientas para que sea ésta la que decida cómo aplicarlas, en qué momento y sobre todo pueda llevar una vida digna e independiente pese a las dificultades que se presenten.

Por lo anterior, la participación de los padres en la estrategias de intervención y tratamiento con niños con necesidades especiales, empezó a ser estudiada en forma no sistemática a finales de la década de los cincuenta por Williams (1959, citado en Damián y Vargas, 2001), quién demostró que los padres son capaces de aplicar los principios del aprendizaje. El entrenamiento a padres ha sido considerado como el proceso en el cual los padres adquieren una serie de conocimientos y habilidades generales que les permitan promover el desarrollo psicológico de sus hijos. Dichos programas, se han enfocado principalmente a enseñar a los padres a abordar problemas conductuales específicos de sus hijos, es decir, se les enseña a utilizar técnicas particulares para la solución de problemas particulares.

Este tipo de programas capacita a los padres para incrementar, decrementar y/o mantener patrones conductuales específicos de sus hijos, a través de técnicas de modificación de conducta. Por lo que, el objetivo principal de estos programas es el de modificar conductas específicas de los usuarios, por esta razón el entrenamiento a padres está dirigido a que ellos aprendan a utilizar determinados procedimientos, para modificar un serie de conductas, que sean capaces de utilizarlos en situaciones diversas a las entrenadas para promover el desarrollo psicológico de sus hijos (Guevara, Mares, Sánchez y Robles, 1998).

Por lo tanto, podemos notar que el trabajo del psicólogo es muy amplio y hace falta que madure en aspectos como el profesionalismo, esto es, tanto en las aulas escolares como en el ambiente laboral, muchos psicólogos reniegan el trabajo con personas con necesidades especiales, aún cuando se encuentran recibiendo, o ya recibieron, una formación académica y de servicio general, hay personas que sienten repulsión o incapacidad para brindar apoyo a este sector de la población; y si tomamos en cuenta que el psicólogo que incursiona en la Educación Especial, pretende que se evite la discriminación, se debe empezar por eliminar estas actitudes de los profesionales que ofrecerán sus servicios.

Además, hace falta generar una cultura de respeto ante este sector, lo cual es una labor titánica, ya que existe una gran falta de información, pese a que ahora podemos acceder a ésta; no se explica de forma adecuada o las personas solo entienden lo que les conviene, por lo que el poder crear espacios en donde se puedan exponer lo qué son las atipicidades, sus etiologías, la forma de prevenirse, y en donde se puedan aclarar las dudas que se generan sobre el tema de necesidades especiales, permitiría crear conciencia en la población en general e ir erradicando la discriminación de la que son presa el sector de personas con necesidades especiales; aspectos que también involucran el sector de psicólogos profesionales y los que se encuentran en formación, ya que podrían darse cuenta de la responsabilidad que tenemos dentro del campo laboral; pero hay que tomar en cuenta que son aspectos que se encuentran en vías de mejorar; así que este trabajo pretende compartir con

los futuros profesionistas la experiencia adquirida con la aplicación de la teoría recibida en las aulas escolares.

Finalmente, es importante mencionar que algunas de las instituciones que brindan apoyo a personas con necesidades educativas especiales, dejan a un lado el papel que la familia juega para la rehabilitación de éstas personas; ya que como se ha venido mencionando, el ser humano no es un ser aislado, por lo que su interacción social es un aspecto que se debe de trabajar con la misma importancia que lo es el desarrollar habilidades motrices, académicas y cognitivas; por lo que, el propósito central del trabajo del psicólogo debe de considerar tanto al paciente como a su familia; el cual debe partir del conocimiento que los profesionales tengan de la dinámica familiar, el contexto cultural al que pertenecen, las actividades socioeconómicas predominantes en la comunidad y las relaciones sociales dentro, fuera y/o con la escuela; ya que el trabajo integral es el principio básico de la Educación Especial para el logro de independencia personal, sentido de seguridad, responsabilidad y aceptación. Por lo que, la sugerencia al Centro de Atención Psicopedagógica sería que no dejen de lado a los padres de familia, y los vayan involucrando en el proceso terapéutico que sus hijos se encuentran recibiendo; ya que esto colabora en que el trabajo que se realiza en el Centro pueda ser generalizado a otros ambientes en los que el menor se desenvuelve y esto permita que el menor se vaya volviendo independiente en aspectos básicos y vaya teniendo una mejor integración a su medio.

ANEXO 1. ENTREVISTA PSICOPEDAGÓGICA

I. DATOS PERSONALES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: "Ismael"

Domicilio: Tepetzotlán, Estado de México

Fecha de nacimiento: 19 de Enero del 2001

Escuela a la que asiste: Centro de Atención Psicopedagógica

II. CONTEXTO FAMILIAR

A. CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

	PADRE	MADRE
NOMBRE	Sr. Rodríguez	Sra. de Rodríguez
EDAD	33	32
ESCOLARIDAD	Secundaria	Secundaria
OCUPACIÓN	Obrero	Hogar
ESTADO CIVIL	Casados	
NO. DE HIJOS	1	

B. DINÁMICA FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? Armoniosa
2. ¿En casa, se han tenido últimamente dificultades económicas o familiares?
No
3. ¿Qué lugar ocupa el consultante en la familia? Es hijo único
4. ¿Cómo es el trato que el consultante recibe de la familia? En casa es bueno, pero con sus primos pelea mucho, les pega y hay muchos problemas
5. ¿Con quién se lleva mejor y porqué? Con la mamá, esta todo el día con ella

III. SITUACIÓN ACTUAL

1. Actualmente, ¿con quién habita el consultante? Con sus padres

IV. ANTECEDENTES EN SU DESARROLLO

1. ¿Fue un embarazo deseado? Si
2. ¿Cuál fue la duración del embarazo? 9 meses
3. ¿La madre sufrió alguna enfermedad durante el embarazo? Si, presión alta
4. ¿Cuál fue el peso del menor? 3 kilos 800 gramos
5. ¿Lloró y respiró al nacer? Si

A. DESARROLLO MOTOR

1. ¿A qué edad logró sostener la cabeza? A los 8 meses
2. ¿A qué edad logró voltearse solo? A los 9 meses
3. ¿A qué edad logró sentarse sin ayuda? Al año con dos meses
4. ¿A qué edad logró gatear? Al año con seis meses
5. ¿A qué edad logró caminar? A los dos años
6. ¿A qué edad logró correr? A los tres años
7. ¿Tropieza con frecuencia? Si
8. ¿Cómo es su habilidad manual? Regular
9. ¿El niño es diestro o zurdo? Zurdo

B. DESARROLLO DEL LENGUAJE

1. ¿A qué edad logró balbucear? No recordó
2. ¿A qué edad logró pronunciar sus primeras palabras? No recordó
3. ¿A qué edad logró pronunciar sus primeras palabras? No recordó, pero hubo retraso
4. ¿Existe algún problema en el lenguaje, cuál? Si, no pronuncia muchas palabras ni sonidos
5. ¿Tiene algún problema de audición? Si, hipoacusia bilateral del 50%

V. ASPECTOS DE SALUD

A. ENFERMEDADES

1. ¿Qué enfermedades ha padecido y en qué edad? Varicela, a los cuatro años

2. ¿Existe algún daño cerebral? Si, retraso psicomotor
3. ¿Sufrió algún accidente, lesión u operación? Si, del apéndice

B. SALUD ACTUAL

1. ¿Cómo es su constitución corporal? Gruesa
2. ¿Cuál es su peso actual y su talla? 24 Kg. y mide 1.18 mts.
3. ¿Ve bien? Si
4. ¿Oye bien? No, requiere de un auxiliar auditivo
5. ¿Algunos parientes cercanos presentan algún trastorno o enfermedad? Si, la abuela materna tiene hipertensión

C. DENTICIÓN

1. ¿En qué condiciones está su dentadura? Muy deficiente
2. ¿Presenta alguna deformación? Si, protusión de dentadura superior, lo cual genera desfase de la mordida

D. ESPACIO DE DESCANSO

1. ¿A qué hora se acuesta regularmente? A las 10:00pm
2. ¿Cuántas horas duerme? 9 horas
3. ¿Cómo duerme, en intervalos o de corrido? De corrido

Describe brevemente el cuarto donde duerme. Duerme en el cuarto de los padres

VI. ASPECTO ESCOLAR

A. CONDUCTAS DURANTE LA ESCUELA

1. ¿A qué edad fue por primera vez a la escuela? A los tres años
2. ¿Cómo reaccionó? Lloraba todo el día
3. ¿Qué conductas presentó en la escuela? Fobia a la escuela, poca atención en el salón de clases, pelea con otros niños, molestar o burlarse de otros niños, rendimiento irregular, aislamiento
4. ¿En qué áreas tiene dificultad? Motricidad, lenguaje, académicas y socialización

B. RASGOS DE PERSONALIDAD

Hiperactivo	(X)	Fácilmente excitable	(X)	Actúa triste o Deprimido	()
Peleonero	(X)	Tiene sentido del humor	(X)	Sensible	()
Egoísta	()	Temperamento explosivo	(X)	Chismoso	()
Tímido	(X)	Molesta a otros niños	(X)	Se le dificulta concentrarse	(X)

C. INTERACCIÓN SOCIAL

1. ¿Con quién juega el consultante? Con niños de su edad, acostumbra pegar
2. ¿Le gusta participar en actividades del grupo? Si
3. ¿Es líder o se deja llevar por los demás? Imita conductas
4. ¿Irrumpe la diversión de otros? Si
5. ¿Cuál es su juguete preferido? Bob esponja, acostumbra jugar con corcholatas
6. ¿Cuál es la actitud que muestra hacia sus padres? Se enoja por que no entienden su comunicación
7. Marca con una X las actitudes que presenta

	SI	NO
Pide atención todo el tiempo	X	
Tiene mal comportamiento	X	
No parece importarle nada		X
Tiene manierismos nerviosos	X	
Se vale por sí mismo		X
Desarrolla alguna actividad en especial (chupa todos los juguetes y materiales de trabajo)	X	

VII. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

A. INGRESOS Y EGRESOS

1. Ingresos mensuales: Padre \$4000
2. Egresos mensuales: Alimentación \$1500; Gas \$300; Transporte \$600; Educación \$860
3. ¿Cómo puede clasificarse la alimentación familiar? Regular

B. DATOS SOBRE LA VIVIENDA

1. La casa en que habita es: Propia
2. Los pisos son de: Cemento
3. Las paredes son de: Ladrillo
4. El techo es de: Concreto
5. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa? Tiene dos; una es comedor y cocina y la otra el dormitorio
6. La zona habitacional se clasifica como: Rural
7. ¿Con qué servicios públicos cuentan? Agua, luz
8. El mobiliario de la casa es el adecuado y suficiente para los miembros de la familia: No, hay muchas limitaciones económicas

VIII. EXPECTATIVAS GENERALES

Que el niño pueda comunicarse

ANEXO 2. INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS. ÁREA BÁSICA

FICHA TÉCNICA

Autoras: Silvia Macotela y Martha Romay

Administración: Individual

Duración: Variable

Significación: Determinar cuáles son las capacidades que posee un individuo y de cuáles carece, a fin de establecer de manera directa e inmediata, las bases para elaborar un programa

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES BAJO INSTRUCCIÓN (B.I.) O POR IMITACIÓN (P.I.)

	PUNT. MÁX.	B.I	PUNT. MAX.	P.I
1. Actividades bajo instrucción				
a) Ve a lavarte las manos y regresas				
b) Lava este plato, ahorita regreso				
c) Ve al salón, preparas la mesa para comer y me avisas cuando termines				
d) Ilumina (recorta) esta figura, cuando termines guardas el material en esta caja, ahorita regreso	5	(5)		
e) Ve al otro salón, le das este cuaderno a la maestra y regresas aquí				
2. Actividades por imitación				
a) Lavarse los dientes y al terminar colocar el cepillo en su lugar				
b) Formar un collar al ensartar cuentas con hilo plástico (mínimo 5)				
c) Colocar figuras en su bajo relieve (mínimo 5)				
d) Colocar bolos en el piso, pararse a una distancia aproximada de un metro de ellos y lanzarles una pelota			6	(6)
e) Pegar un papel sobre un dibujo y al terminar guardar el pegamento en una caja				

REALIZACIÓN DE ACCIONES SECUENCIADAS BAJO INSTRUCCIÓN (B.I.)
O POR IMITACIÓN (P.I.)

	PUNT. MÁX.	B.I	PUNT. MAX.	P.I
1. Acciones secuenciadas bajo instrucción				
a) Ve a la cocina por un plato				
b) Trae la toalla del baño				
c) Sacar tu ropa de la bolsa mientras regreso	5	(5)		
d) Haz una torre con estos cubos				
e) Guarda la pijas en el frasco mientras regreso				
2. Acciones secuenciadas por imitación				
a) Sacar una pelota de un armario y lanzarla en dirección de una tercera persona				
b) Tomar una charola que tenga un objeto encima y entregarla a una tercera persona			5	(5)
c) Sacar un trapo de un cajón y limpiar la mesa				
d) Sacar un suéter de una bolsa y ponérselo				
e) Sacar punta a un lápiz (con sacapuntas portátil)				

REALIZACIÓN DE ACCIONES SIMPLES BAJO INSTRUCCIÓN (B.I.) Y POR
IMITACIÓN (P.I.)

	PUNT. MÁX.	B.I	PUNT. MAX.	P.I
1. Acciones simples relacionadas con el esquema corporal				
a) Siéntate aquí	3	(3)	3	
b) Enséñame tus manos				
c) Dime para qué sirve la cuchara				
2. Acciones simples relacionadas con objetos				
a) Abre tu lonchera	3	(3)	3	
b) Empuja la silla hacia la mesa				
c) Toma el crayón				

- | | | | |
|--|---|-------|---|
| 3. Acciones simples relacionadas con terceras personas, que se encuentran cerca del niño | 3 | (3) | 3 |
| a) Saluda a... | | | |
| b) Pídele su lápiz a... | | | |
| c) Enséñales tu dibujo a... | | | |

NOMBRAMIENTO

- | | | | PUNT.
MÁX. |
|---|--|--|---------------|
| 1. Nombra la posición en que está un objeto, por medio de los conceptos de derecha-izquierda | | | |
| a) Derecha | | | 2 (0) |
| b) Izquierda | | | |
| 2. nombra la posición en que está un objeto, por medio de los conceptos que se indican en los incisos correspondientes: | | | |
| a) Arriba | | | |
| b) Abajo | | | |
| c) Adentro | | | |
| d) Afuera | | | 8 (0) |
| e) Adelante | | | |
| f) Atrás | | | |
| g) Cerca | | | |
| h) Lejos | | | |
| 3. Nombra las forma geométricas representadas en tarjetas | | | |
| a) Círculo | | | |
| b) Cuadrado | | | 3 (0) |
| c) Triángulo | | | |
| 4. Nombra el tamaño de objetos que se le presentan | | | |
| a) Grande | | | |
| b) Chico | | | 2 (0) |
| 5. Nombra el color de objetos que se le presentan | | | |
| a) Amarillo | | | |
| b) Rojo | | | |
| c) Azul | | | 4 (0) |
| d) Verde | | | |

AGRUPAMIENTO

	PUNT. MÁX.	
1. Agrupa objetos de acuerdo con su peso		
a) Pesado		
b) Ligero	2	(0)
2. Agrupa objetos de acuerdo con la cantidad de materia que contienen		
a) Mucho	2	(0)
b) Poco		
3. Agrupa objetos de acuerdo con su textura		
a) liso		
b) áspero	2	(0)
4. Agrupa objetos de acuerdo con su longitud		
a) Largo		
b) Corto	2	(0)
5. Agrupa objetos de acuerdo con su grosor		
a) Grueso		
b) Delgado	2	(0)
6. Agrupa forma geométricas		
a) Círculo		
b) Cuadrado	3	(0)
c) Triángulo		
7. Agrupa objetos de acuerdo con su tamaño		
a) Grande		
b) Chico	2	(0)
8. Agrupa colores		
a) Azul		
b) Amarillo		
c) Rojo	4	(0)
d) Verde		

NOTA: Las siguientes subáreas, ya no fueron evaluadas ya que en las subáreas de nombramiento y agrupamiento el niño no pudo realizar ninguna actividad, y las siguientes actividades eran muy parecidas, por lo cual, se decidió terminar aquí la evaluación del área básica.

ANEXO 3. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD EN PREESCOLAR

IX. FICHA TÉCNICA

Autora: María Victoria de la Cruz

Manual: María Victoria de la Cruz y María del Carmen Mazaira

Administración: Individual

Duración: Variable, entre 20 y 30 minutos

Aplicación: Niños de 3 a 6 años

Significación: Evaluación de algunos aspectos de la psicomotricidad:
locomoción, equilibrio, coordinación y conocimiento del esquema corporal

ACTIVIDADES

ÀREA EVALUADA	ELEMENTO
LOCOMOCIÓN	Camina sin dificultad (3 mts.), camina hacia atrás, camina de lado, camina de puntillas (2 mts.), camina en línea recta (3 mts.), corre alternado movimientos (8-10 mts.), sube escaleras alternando los pies (3 escalones)
POSICIONES	Se mantiene en cuclillas, se mantiene de rodillas, se sienta con las piernas cruzadas (las tres actividades durante 10 segundos)
EQUILIBRIO	Se mantiene sobre el pie derecho/izquierdo, se mantiene sobre una tabla, anda sobre la tabla alternando pasos, anda sobre la tabla hacia delante y hacia atrás, se mantiene en un pie con los ojos cerrados (todas las actividades durante 10 segundos)
COORDINACIÓN DE PIERNAS	Salta desde 40 cm. de altura, salta longitud de 35 a 60 cm., salta una cuerda a 25 cm. de altura, salta 10 veces con ritmo, salta avanzando 10 veces, salta hacia atrás 5 veces

COORDINACIÓN DE BRAZOS	Lanza la pelota a un metro, coge la pelota con las dos manos (2 mts.), bota la pelota dos veces y la coge, bota la pelota más de 4 veces, coge una bolsita llena de semillas con una mano (2 mts.)
COORDINACIÓN DE MANOS	Corta papel con tijeras, corta papel siguiendo una recta, corta papel siguiendo una curva, puede atornillar una rosca, toca con el pulgar los dedos doblados
ESQUEMA CORPORAL (EN SÍ MISMO)	Conoce manos, cabeza y piernas, muestra su mano derecha, muestra su mano izquierda, toca pierna derecha con mano derecha, toda rodilla derecha con mano izquierda
ESQUEMA CORPORAL (EN LOS OTROS)	En un dibujo señala el codo, en un dibujo señala la mano derecha, en un dibujo señala el pie izquierdo

NORMA INTERPRETATIVA

Conversión de puntuaciones en niveles, para la edad de 5 años

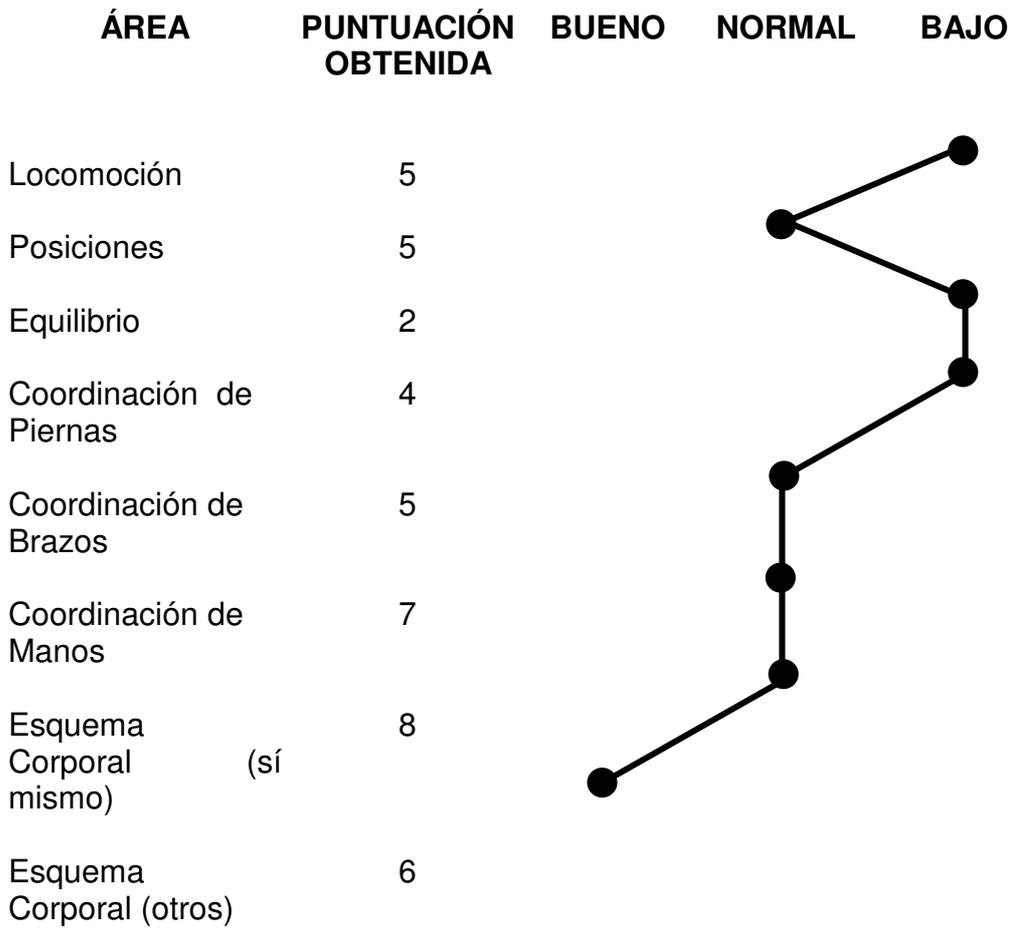
ÁREA EVALUADA	A BUENO	B NORMAL	C BAJO
Locomoción	13-14	9-12	0-8
Posiciones	6	3-5	0-2
Equilibrio	11-12	6-10	0-5
Coord. de piernas	12	6-11	0-5

El psicólogo en la Educación Especial: un caso clínico

Coord. de Brazos	10	4-9	0-3
Coord. de Manos	10	5-9	0-4
Esquema corporal (sí mismo)	10	3-9	0-2
Esquema corporal (en otros)	5-6	1-4	0

A continuación se presenta el formato completo de la escala de psicomotricidad que fue aplicada.

La siguiente gráfica muestra los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación de la psicomotricidad en preescolar:



En esta gráfica podemos observar que las áreas en las que se presenta un retraso psicomotor son en la locomoción, el equilibrio y la coordinación de piernas, por lo que ya tenemos las áreas que necesitan trabajarse en cuando a el área de Coordinación Visomotriz.

ANEXO 4. INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS. ÁREA PERSONAL-SOCIAL

FICHA TÉCNICA

Autoras: Silvia Macotela y Martha Romay

Administración: Individual

Duración: Variable

Significación: Determinar cuáles son las capacidades que posee un individuo y de cuáles carece, a fin de establecer de manera directa e inmediata, las bases para elaborar un programa

CONTROL DE ESFÍNTERES

Punt. Máx.

1. Avisa que quiere ir al baño 2 (2)

- a. Con señas o gestos
- b. Verbalmente

2. Realiza tareas relacionadas con el uso del retrete 5 (3)

- a. Baja las prendas necesarias (pantalón y/o calzón)
- b. Toma la posición adecuada para orinar
- c. Orina dentro de la taza
- d. Se sube las prendas necesarias
- e. Acciona la palanca del agua

ASEO PERSONAL

1. Realiza el aseo de manos 7 (7)

- a. Abre la llave
- b. Se moja las manos
- c. Toma el jabón
- d. Se enjabona
- e. Se enjuaga
- f. Cierra la llave
- g. Se seca las manos

2. Realiza el aseo de cara 4 (4)

- a. Se moja la cara
- b. Se enjabona

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| c. Se enjuaga | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| d. Se seca la cara | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. Realiza el aseo de dientes | | 6 (0) |
| a. Toma el cepillo correctamente | <input type="checkbox"/> | |
| b. Pone pasta al cepillo | <input type="checkbox"/> | |
| c. Cepilla dientes | <input type="checkbox"/> | |
| d. Cepilla muelas | <input type="checkbox"/> | |
| e. Se enjuaga la boca | <input type="checkbox"/> | |
| f. Escupe el agua | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Aseo de nariz | | 2 (1) |
| a. Se limpia la nariz con el pañuelo | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Exhala sobre el pañuelo | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Realiza tareas de peinado | | 5 (0) |
| a. Toma el peine correctamente | <input type="checkbox"/> | |
| b. Se peina del lado derecho | <input type="checkbox"/> | |
| c. Se peina del lado izquierdo | <input type="checkbox"/> | |
| d. Se peina atrás | <input type="checkbox"/> | |
| e. Se peina adelante | <input type="checkbox"/> | |

DESVESTIDO Y VESTIDO

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------|
| 1. Realiza tareas de desvestido | | 7 (6) |
| a. Se quita prendas superiores | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Se quita prendas inferiores | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| c. Se quita calcetines | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| d. Se quita zapatos | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| e. Baja cierres | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| f. Desabotona | <input type="checkbox"/> | |
| g. Desamarrar agujetas | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. Realiza tareas de vestido | | 9 (7) |
| a. Discrimina revés y derecho de las prendas | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| b. Discrimina parte delantera y trasera de las prendas | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| c. Se pone prendas superiores | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| d. Se pone prendas inferiores | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| e. Se pone calcetines | <input checked="" type="checkbox"/> | |

- f. Se pone zapatos
- g. Sube cierres
- h. Abotona
- i. Amarra agujetas

HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

1. Realiza actividades necesarias para alimentarse 4 (3)

- a. Permanece sentado mientras se alimenta
- b. Utiliza cuchara
- c. Utiliza vaso
- d. Usa servilleta

2. Se alimenta correctamente 4 (0)

- a. Bebe sin derramar el líquido
- b. Ingiere alimentos diversos en forma correcta (sin ensuciar el lugar donde come)
- c. Mastica alimentos sólidos con la boca cerrada
- d. Traga antes de introducir otro bocado

ANEXO 5. INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS. ÁREA COMUNICACIÓN

FICHA TÉCNICA

Autoras: Silvia Macotela y Martha Romay

Administración: Individual

Duración: Variable

Significación: Determinar cuáles son las capacidades que posee un individuo y de cuáles carece, a fin de establecer de manera directa e inmediata, las bases para elaborar un programa

EXPRESIÓN DE NECESIDADES, DESEOS Y PREFERENCIAS MEDIANTE LENGUAJE VOCAL O GESTUAL

	PUNT. VOCAL- MÁX.	MENTE	PUNT. GESTUAL- MAX.	MENTE
1. Elige entre dos opciones que se le presentan:				
a) materiales	2	0	2	2
b) actividades				
2. Acepta o se niega a realizar una actividad que se le indica	1	0	1	1
3. Solicita lo que desea o necesita				
a) materiales	3	0	3	3
b) actividades				
c) alimentos				

RECONOCIMIENTO DE SU PERSONA

	PUNT. VOCAL- MÁX.	MENTE	PUNT. GESTUAL- MAX.	MENTE
1. Responde a su nombre orientándose hacia quien lo dice, o proporciona su nombre al requerírsele	1	1	1	0
2. Se refiere a sí mismo por medio del pronombre "yo" o señalándose	1	1	1	0
3. Reconoce su imagen en un espejo señalándose y dice el pronombre "yo" o su nombre	1	1	1	0

IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO Y PRENDAS DE VESTIR

	PUNT. MÁX.	VOCAL- MENTE	PUNT. MAX.	GESTUAL- MENTE
1. Identifica partes del esquema corporal				
a) cabeza				
b) manos		b		
c) boca	5		5	5
d) pies				
e) ojos				
2. Identifica prendas de vestir				
a) pantalón				
b) zapatos				
c) camisa (blusa)	5	b, c, d	5	5
d) suéter				
e) calcetines				

IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DEL MEDIO PRESENTADOS FÍSICAMENTE

	PUNT. MÁX.	VOCAL- MENTE	PUNT. MAX.	GESTUAL- MENTE
1. Identifica juguetes				
a) pelota				
b) coche		b		
c) muñeca	5		5	5
d) globo				
e) canicas				
2. Identifica partes de una habitación				
a) ventana				
b) puerta				
c) piso	5	b, c, d	5	5
d) pared				
e) techo				
3. Identifica utensilios de aseo personal				
a) jabón	5	0	5	5
b) peine				

- c) toalla
- d) cepillo de dientes
- e) papel higiénico

IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DEL MEDIO REPRESENTADOS EN LÁMINA

	PUNT. MÁX.	VOCAL- MENTE	PUNT. MAX.	GESTUA L- MENTE
1. Identifica alimentos				
a) pan				
b) leche				
c) manzana	5	a, b, c, d	5	5
d) agua				
e) huevo				
2. Identifica animales				
a) perro				
b) vaca				
c) gato	5	a, b, c, e	5	5
d) pájaro				
e) pez				
3. Identifica elementos de la naturaleza				
a) árbol				
b) flor				
c) sol	5	c, e	5	5
d) pasto				
e) cielo				
4. Identifica partes de una casa				
a) recámara				
b) baño				
c) comedor	5	0	5	a, b, c, d
d) cocina				
e) jardín o patio				
5. Identifica muebles				
a) silla	5	a, b, c	5	5
b) mesa				

- c) cama
- d) estufa
- e) lavabo

IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DEL MEDIO DE ACUERDO CON LA CLASE A LA QUE PERTENECEN, SU FUNCIÓN, UTILIDAD O LOCALIZACIÓN

	PUNT. VOCAL- MÁX. MENTE		PUNT. GESTUAL- MAX. MENTE	
1. Identifica elementos del medio de acuerdo con la clase a la que pertenecen				
a) animales	4	0	4	4
b) juguetes				
c) alimentos				
d) muebles				
2. Identifica partes del cuerpo en relación con su función				
a) oídos				
b) pies	5	c, d	5	5
c) boca				
d) ojos				
e) manos				
3. Identifica objetos comunes en relación con su utilidad				
a) cuchara				
b) cama	5	b	5	b, d, e
c) lápiz				
d) escoba				
e) tijeras				
4. Identifica prendas de vestir de acuerdo con su localización corporal				
a) guantes				
b) sombrero	5	0	5	5
c) zapatos				
d) playera				
e) calzón				

5. Identifica los espacios en donde se realizan diversas actividades

- | | | | | |
|-------------------------|----------|---|----------|----------|
| a) duermes | 5 | a | 5 | 5 |
| b) te bañas | | | | |
| c) preparamos la comida | | | | |
| d) comes | | | | |
| e) juegas | | | | |

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO REPRESENTADOS EN LÁMINA

	PUNT. VOCAL- MÁX.		PUNT. GESTUAL- MAX.	
--	----------------------	--	------------------------	--

1. Identifica acciones

- | | | | | |
|--------------|----------|---|----------|------------|
| a) durmiendo | | | | |
| b) comiendo | 5 | a | 5 | a, c, d, e |
| c) jugando | | | | |
| d) pintando | | | | |
| e) bañándose | | | | |

2. Identifica estados de ánimo

- | | | | | |
|-------------|----------|---|----------|----------|
| a) contento | 3 | c | 3 | 3 |
| b) enojado | | | | |
| c) triste | | | | |

REFERENCIAS

- Basil, C. (1990) Los alumnos con parálisis cerebral: desarrollo y educación. En Desarrollo fisiológico y educación III. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Madrid.: Alianza (pp. 291-311)
- Bautista, R. (1993) El niño y la niña con síndrome de Down. En Necesidades educativas especiales Madrid.: Aljibe (pp.227-249)
- Bedia, R., Cuadrado, M., Pérez, Y., Vicario, T., Verdugo, M. (1993) Autismo. En Actas del VII Congreso Nacional de Autismo España.: Amarú (pp. 1-364)
- Bellak, L. Y Sorel, S. (1979) En Test de apercepción infantil Buenos Aires.: Paidós (pp. 9-25)
- Canton, M., Sánchez, P., Sevilla, D. (1997) La educación especial. En compendio de Educación Especial México.: Manual Moderno (pp.1-24)
- Castanedo, C. (1997) Perspectiva histórica y evolución de la educación especial. En Bases psicopedagógicas de la educación especial Madrid.: CCS (pp. 17-20)
- Damián, M., Vargas, V. (2001) Cinco estudios sobre el entrenamiento para padres. En psicología y educación especial México.: Trillas (pp. 155-209)
- De la Cruz, M., Mazaira, M. (1990) En Escala de Evaluación de la Psicomotricidad en preescolar Madrid.: TEA Ediciones, S. A.
- Fuentes, J., Palmero, P. (1995) Intervención Temprana. En Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras México.: Siglo XXI (pp. 926-970)

- Guevara, Y., Mares, G., Sánchez, B., Robles, S. (1998) Modificación de patrones interactivos madre-hijo retardado. En Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje. Vol. 5. No. 2
- Hinojosa, R. (1996) Introducción. En Enseñanza de los niños impedidos México.: Trillas (pp. 11-20)
- Ibáñez, J., Vargas, J. (1998) La Evaluación Conductual. En Revista de Psicología. Vol. 1, Número 2.
- INEGI (2000) Porcentaje de la población con discapacidad según tipo de discapacidad para cada entidad federativa. En XII Censo General de la Población y Vivienda. Base de datos
- Juárez, P. (1994) Reflexión teórica y práctica sobre la inserción del psicólogo dentro de la asociación pro-personas con parálisis cerebral. Tesis de licenciatura UNAM. ENEP Iztacala (pp. 6-9)
- Luria, A. y Villa, I. (1996) Desarrollo del lenguaje. En Desarrollo psicológico y educación I. Psicología evolutiva España.: Alianza (pp.173-189)
- Macotela, S; Bermudez, P. y Catañeda. (1995) Evaluación de problemas de aprendizaje y bajo rendimiento En programa de publicaciones y material didáctico. Facultad de psicología. UNAM (pp. 3-19)
- Macotela, S., Romay, M. (2003) En Inventario de Habilidades Básicas México.: Trillas
- Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (1990) Los alumnos con parálisis cerebral: desarrollo y educación En Desarrollo psicológico y educación III Madrid.: Alianza (pp. 291-311)
- Mares, A. (2000) Análisis de los efectos de un programa de entrenamiento a padres en habilidades de afrontamiento sobre la conducta académica del

niño con bajo rendimiento escolar En Revista de Psicología y Ciencia Social. Vol. IV, No. 1 (pp. 17-25)

Myers, R. (1995) Repetición escolar. Estudios de caso de dos escuelas rurales en el estado de Oaxaca, México En Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Vol. XXV, No. 3 (pp. 55-86)

Ortiz, G. M. (1995) Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto En Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias España.: Siglo XXI (pp. 37-78)

Patton, Payne, Kauffman, Brown y Payne, (1991) Deterioro Auditivo En Casos de educación Especial México.: Limusa (pp. 150-166)

Ramírez, C. (1990) Prótesis Auditivas En Conocer al Niño Sordo. Ciencias de la educación preescolar y especial Madrid.: CEPE (pp. 85-102)

Rendruello, R. (2002) El área de música en alumnos con necesidades educativas especiales. Pautas para educación infantil y primaria En Educación Especial Madrid.: Prentice Hall (pp.155-185)

Sánchez, A. y Torres, J. (1997). Dificultades generales en el aprendizaje y En Educación Especial II, ámbitos específicos de intervención Madrid.: Pirámide (pp. 17-42)

Stora, R.(1989) La técnica de aplicación según el método de Renee Stora En El Test del Árbol Buenos Aires.: Paidós.

Verdugo, M. (1995) Las personas con deficiencias visuales En Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias España.: Siglo XXI (pp. 325-392)

Wechsler, D. (1981) En Wppsi-Español. Escala de inteligencia para los niveles preescolar y primario México.: Manual Moderno

En línea

Hernández, L. (1998) Problemas de aprendizaje En Aprendizaje Disponible en:
<http://www.waece.com/biblioteca>. Buenos Aires

“La hipoacusia infantil” Disponible en: <http://www.elotorrino.com/sordinfa.htm> .
1999