



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO
INTEGRAL**

**Rutas para la Atención Integral de niños y niñas con
Discapacidad Auditiva de 0 a 6 años.**

Autoras

Diana Patricia Ocampo Marín

Nathaly Serna Almendrales

Yeni Evelsi Taborda Rodríguez

Universidad de Antioquia

Facultad de Educación

Medellín, Colombia

2019



FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
Rutas para la Atención Integral de niños y niñas con Discapacidad Auditiva de 0 a 6 años.

Diana Patricia Ocampo Marín
Nathaly Serna Almendrales
Yeni Evelsi Taborda Rodríguez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Licenciatura en Educación Especial

Asesores (a):

Walter Gabriel Vélez Ramírez
Magíster en Educación

Línea de Investigación:

La inclusión social y educativa de las personas en situación de discapacidad y talentos excepcionales: Reflexiones y propuestas pedagógicas y didácticas relacionadas con la atención educativa y social a población en situación de discapacidad y talentos excepcionales.

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Medellín, Colombia

2019

TABLA DE CONTENIDO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
Antecedentes	6
Investigaciones a Nivel Local.....	6
Investigaciones a Nivel Nacional.	7
Investigaciones a nivel Internacional.	9
Planteamiento del problema	11
“Un mundo sin sonido que refleja una realidad”.....	11
Una mirada hacia la Discapacidad Auditiva.....	14
MARCO REFERENCIAL.....	18
Marco Legal	18
Normativa de inclusión.....	18
Normativa educativa.....	19
Normativas de salud.	20
Marco Teórico-Conceptual	22
Discapacidad.....	22
Primera infancia.....	28
Educación Inicial.	31
Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia.....	35
Sistema de salud.	41
Marco Contextual.....	42
Caracterización Institución Educativa Los Gómez.	42
Caracterizaciones individuales.	44
<i>Sujeto 1</i>	46
<i>Sujeto 2</i>	47
Caracterización de las investigadoras.....	51
OBJETIVOS	52
Objetivo General	52
Objetivos específicos.....	52
METODOLOGÍA.....	53
Enfoque	53

Estilo.....	54
Diseño.....	55
Instrumentos para la recolección de los datos.....	56
Caracterización.....	56
<i>Caracterización individual.</i>	56
<i>Caracterización Institucional.</i>	57
Observación.....	57
Entrevista.....	58
Historia de vida.....	59
Análisis documental.....	60
Análisis de los datos.....	61
RESULTADOS.....	62
Categorías de Análisis.....	63
Los diagnósticos.....	63
Proceso para el diagnóstico.....	63
<i>Sistema General de Salud.</i>	63
<i>Convenios con otras instituciones.</i>	64
<i>Profesionales.</i>	64
<i>Importancia del diagnóstico temprano.</i>	64
<i>Implicaciones en el ámbito educativo.</i>	64
<i>Tamizajes auditivos para padres, cuidadores y educadores.</i>	65
<i>Checklist.</i>	65
<i>Tamizaje auditivo.</i>	65
<i>Tamizaje Auditivo Escolar.</i>	65
Rutas de atención que se pueden activar.....	66
Elaboración del duelo.....	67
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES.....	70
Para el sector salud.....	70
Para los padres y cuidadores.....	70
Para las Instituciones Educativas.....	71
En Perspectiva De Futuro: para futuros investigadores.....	71

CONSIDERACIONES ÉTICAS	72
COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	73
RECURSOS	74
CRONOGRAMA Y RECURSOS	75
Etapa de diseño (Año 2018).....	75
Etapa de trabajo de campo (Año 2019).....	75
Etapa de análisis y resultados (Año 2019)	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Antecedentes

El desarrollo de habilidades en la primera infancia ha sido estudiado a lo largo de la historia desde diferentes disciplinas y teniendo presente los diferentes entornos en los que se desenvuelven los niños y las niñas. Además, se han diseñado e implementado políticas de atención a la primera infancia que responden a las necesidades de los niños y las niñas durante la primera etapa de sus vidas.

Las siguientes investigaciones se encuentran divididas a nivel local, nacional e internacional y al interior de cada uno de los niveles, las investigaciones están ordenadas cronológicamente desde la más antigua a la más reciente.

Investigaciones a Nivel Local.

En las siguientes investigaciones se abordan las temáticas de las habilidades y aprendizajes relevantes en la primera infancia en el departamento de Antioquia; la mayoría de ellas son contempladas desde el programa de Buen Comienzo y demuestran la importancia del desarrollo integral en los niños y las niñas para el ingreso a la educación formal. Sin embargo, se hace necesario realizar la aclaración que hasta el momento no se ha encontrado investigaciones que traten sobre el desarrollo integral en niños con Discapacidad Auditiva.

1. El artículo “Aprendizajes relevantes para los niños y las niñas en la primera infancia” (Zapata Ospina, Beatriz Elena y Restrepo Mesa, José Hernán, 2013) hace una reflexión sobre los aprendizajes que deben de tener los niños y las niñas hasta los 4 años de edad, teniendo en cuenta que éstos están permeados por los intereses sociales, culturales y políticos que se tienen en cada contexto. Se realizaron varias encuestas a los profesionales, a los hermanos de los niños que tienen edades entre los 7 y 14 años, a las familias y a los mismos niños y se categorizaron los aprendizajes desde los desarrollos: cognitivo, lenguaje, socio-emocional y artístico.

El artículo evidencia cómo desde los primeros años de vida se está preparando al niño o niña para una educación formal, donde los diferentes desarrollos son importantes para el

ingreso a ésta y cómo incluso algunos padres priorizan el desarrollo cognitivo y del lenguaje y menosprecian los desarrollos socio-emocional y motor.

Además, alerta tanto a los educadores como a los padres sobre la importancia que tienen los primeros años de vida, pues nos reafirma que en este periodo es donde el niño tiene su mayor potencial de aprendizaje y que los padres deben ser unos guías observando las capacidades y lo que es relevante para su hijo al momento del ingreso a un ambiente escolar.

2. El artículo “Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia” (Gallego Osorio, Gloria Y., Peñaralda Correa, Fernando y Molina Berrio, Diana P., 2017) se centra en mostrar la comprensión lograda sobre cómo funciona y se presenta el proceso educativo, cuáles y cómo son las prácticas pedagógicas dentro del programa de Buen Comienzo el cual es dirigido por un equipo interdisciplinar (nutrición, psicología, pedagogía infantil y educación física) para favorecer la atención de la primera infancia, que tiene como objetivo promover el desarrollo integral, diverso e incluyente de los niños desde la gestación hasta los cinco años de edad.

Este artículo es importante, puesto que resalta esa relación dialógica que se da entre los profesionales y acudientes para favorecer el desarrollo integral en la primera infancia, permitiendo así establecer estrategias para trabajar en pro del beneficio de ésta.

Investigaciones a Nivel Nacional.

En las siguientes investigaciones se abordan las temáticas de: políticas en primera infancia, surgimiento de la Atención Integral, fortalezas y debilidades de los programas, orientaciones a familias, profesionales de la salud y la educación y habilidades específicas de los niños y las niñas en la primera infancia.

1. El propósito de la investigación “La Atención Integral a la Primera Infancia en Colombia 1970- 2012” (García Arenas, Diana M., 2014), es analizar las condiciones en las que emergió la Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI) en el país, para ello se exponen argumentos planteados desde diferentes perspectivas como la neurociencia, la biología, la nutrición, la lingüística y la educación; así mismo, se resaltan los ejes principales de la política de atención integral en Colombia, e investigaciones que han hecho posible que en

este momento histórico la AIPI, se asuma como la práctica más apropiada para atender, cuidar y educar a los niños y niñas colombianos menores de seis años.

Ésta se plantea desde el enfoque teórico de la Arqueogenealogía, la cual cuestiona la manera tradicional de abordar la historia y es desarrollada por Foucault. Cabe anotar, que desde este enfoque se resaltan conceptos como legislación, atención y educación en primera infancia, necesarios para entender los fundamentos de la investigación. Finalmente, se abordan elementos como: desarrollo infantil, educación en salud, políticas públicas, etc., que permitieron que la AIPI fuera asumida en Colombia como una necesidad basada en unos postulados asumidos como verdad.

La investigación es importante porque expone referentes conceptuales, en relación al concepto de primera infancia, obteniéndose a su vez un recorrido histórico de lo que ha sido y de cómo se ha entendido desde diferentes perspectivas la AIPI en Colombia. Además, apoyan la idea de que la etapa inicial del desarrollo humano (0 a 6 años), es la más adecuada para potenciar habilidades para la vida, argumento que es central en este trabajo de investigación.

2. La investigación “Orientaciones para la atención de las niñas y los niños Sordos en los tres primeros años de vida” (Velásquez, Rocío del Pilar, 2015), tuvo como propósito principal diseñar una estrategia de atención integral a niños Sordos de 0 a 3 años en donde se plantearon diferentes actividades para familiares y profesionales de la salud y de la educación que puedan fortalecer y contribuir en el posterior ingreso a la educación inicial y que permitan su plena participación para finalmente brindar aportes en pro de la inclusión social a nivel educativo.

Esta investigación muestra la importancia de la atención integral a los niños Sordos para su posterior ingreso a la educación formal, teniendo presente los entornos y actores en los que se puede desenvolver el niño para garantizar así la satisfacción de sus necesidades actuales y su participación activa en la sociedad; además, resalta la importancia de un trabajo conjunto como determinante fundamental para el desarrollo integral en todas sus dimensiones y contemplando todas las alternativas.

Lo que diferencia esta investigación de la que se está llevando a cabo, es que; se amplía el rango de edad (de 0 a 6 años) y, se tiene en cuenta la Discapacidad Auditiva con toda su variedad de diagnósticos, y, por ende, las alternativas educativas para cada caso.

3. La investigación “Educación inicial en el ámbito familiar: una mirada a las expresiones de transformación en las prácticas educativas” (Rodríguez, Sonia P, Rojas Mora, Diana K. y Vera Torres, Wendy., 2017), habla del papel que tiene la familia en las diferentes formas de enseñanza y aprendizaje en los niños de 0 a 3 años, para esto la Alcaldía de Bogotá -a través de la Secretaría de Integración Social- formó a estas familias en diferentes prácticas educativas como son el juego de roles, el diálogo constante, la escucha, el arte, la literatura y la exploración del medio.

Este tipo de investigación ayuda a reconocer la importancia que tiene la familia o el entorno más cercano del niño en el campo de la enseñanza y el aprendizaje, ya que como se ha podido observar la familia es la primera institución donde los niños adquieren conocimientos, aunque estos no sean de carácter formal e impartidos por expertos, les ayudará a fortalecer muchos procesos que se desarrollarán más tarde en la etapa de educación formal.

Investigaciones a nivel Internacional.

Las siguientes investigaciones tienen como temas centrales el desarrollo de los niños y las niñas Sordos, la importancia de la atención temprana, el papel de las familias y la atención integral como bases fundamentales para la adquisición de habilidades de los niños y las niñas con Discapacidad Auditiva.

1. La investigación “Intervención temprana en discapacidad auditiva: diseño conceptual de ‘buenas prácticas’” (Sánchez Casado, Inmaculada J. y Benítez Merino, José M., 2013), comienza haciendo una comparación entre las diferencias en un niño normo-oyente (aquellos niños que no tienen afectación auditiva) y un niño sordo durante los primeros 36 meses de vida, evidenciando que a partir del 4to mes se comienzan a observar diferencias significativas en cuanto a la comunicación, para esto proponen 3 indicadores de incidencia que ayudan a situar el problema: en el habla, en el aprendizaje y en las relaciones sociales; todo esto cuando el niño ya no es un bebé.

La investigación muestra cómo una Persona Sorda está en desventaja con una persona oyente pues sus desarrollos son diferentes, ya que entre los 4 y 6 meses es donde se comienzan a ver diferencias significativas en el lenguaje y la capacidad cognitiva. Sin embargo, resalta la importancia de un acompañamiento y una detección temprana para así poder desarrollar diferentes actividades que permitan que el niño sordo no quede en desventaja con respecto al niño oyente.

2. La investigación “La Atención Temprana y el papel de las familias en el desarrollo del niño con Discapacidad Auditiva” (Craviotto Fernández, Marina., 2014), tuvo como propósito principal realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de la atención temprana en la vida de los niños diagnosticados con Discapacidad Auditiva y de forma principal la sordera, explicando cuáles son sus características, objetivos, fases y niveles de atención; además, las formas de intervención y los ámbitos de actuación para el logro de las metas establecidas.

Esta investigación aporta herramientas conceptuales sobre la importancia de la atención temprana en el desarrollo de los niños con Discapacidad Auditiva, demostrando así que es esencial que los niños tengan la oportunidad de asistir a centros en donde reciban programas de atención temprana que respondan a sus necesidades, y, además, integre todos los profesionales y familiares presentes en el proceso de desarrollo de cada uno de los niños y alcanzar las metas propuestas.

Planteamiento del problema

El presente planteamiento se inicia con la narración de Luciana, una niña con Discapacidad Auditiva (en adelante DA), la cual coloca en evidencia algunas de las realidades por las que atraviesan estas personas y sus familias; seguidamente se exponen algunas consideraciones en relación al término de DA, resaltando aspectos como la definición del mismo, las distintas clasificaciones para los diagnósticos que aquí se presentan, los modelos desde donde se concibe, las estadísticas de esta población en el contexto colombiano, los regímenes de salud existentes para la atención médica y la importancia de la detección temprana de esta condición.

“Un mundo sin sonido que refleja una realidad”.

Luciana se encuentra confundida, porque no logra entender qué pasa a su alrededor... Su nacimiento fue realmente anhelado, sus padres soñaron con ese hijo ideal que tanto habían planeado. Tanto su embarazo como su parto fueron los momentos más importantes de sus vidas, y en éstos no hubo ningún tipo de complicación. En los primeros meses de vida todo fue perfecto; balbuceaba, gateaba, dormía bien, se alimentaba y crecía rápidamente.

Pero de un momento a otro, los padres empezaron a notar que algo no estaba bien, observaban que Luciana era algo dispersa, no se asustaba ante algunos sonidos fuertes, ni respondía a sus llamados. Al principio sus padres creían que su hija iba a ser una niña muy tranquila, pero al pasar el tiempo comenzaron a angustiarse e intentaban que respondiera a estímulos que ellos mismos provocaban, al ver que no había ningún tipo de respuesta tomaron la decisión de llevarla al médico.

En un inicio los médicos les dijeron que todo estaba bien, que no debían alarmarse, pero al pasar el tiempo y ver que la situación no mejoraba decidieron buscar un especialista; quien le envió diversos exámenes a Luciana, de los cuales tuvieron respuesta tardíamente, pero la respuesta no fue la esperada, recibieron una simple orden que se demoró mucho tiempo para ser atendida, fueron a una cita tras otra sin respuestas claras, acompañado de llamadas constantes para pedir respuestas y la mayoría de las veces no las encontraron. Este proceso fue largo y agotador para Luciana, quien lloraba constantemente en cada una de las

consultas y esto hacía que sus padres se sintieran tristes e impotentes al no tener otra solución, pues sabían que esta era su única alternativa.

Cuando Luciana cumplió un año de edad, sus padres organizaron una gran fiesta para celebrarlo, pero en ella notaron que la niña no disfrutaba como los demás niños, y en ese momento recordaron que aún estaban a la espera de la respuesta de aquellos exámenes tan importantes. Pero esta espera continuó, cada vez que buscaban una respuesta o intentaban comunicarse recibían una excusa o una prórroga. Los exámenes cada vez eran más, más citas, más opiniones, más profesionales, los papeles recibidos como resultados hablaban de cifras que los padres no lograban comprender por completo, y esto aumentaba el estrés y la desesperación en la familia.

La espera y las prórrogas continuaron, las agendas llenas eran el diario vivir de la familia, era complicado encontrar los espacios para las citas, recibir una respuesta positiva o encontrar alguna alternativa; todo esto duró hasta que Luciana tenía ya dos años de edad, y fue a esa edad cuando por fin recibieron la tan esperada llamada, era su especialista para que acudieran a su consultorio. Al llegar allí, recibieron una noticia que nunca se hubieran imaginado: ¡Lo lamento, su hija es sorda!

Al escuchar estas palabras su madre rompió en llanto y su padre se preguntaba una y otra vez qué era aquello que habían hecho mal, mientras intentaba consolar a su esposa. El médico les dio algunas palabras de calma, les entregó aquel papel en el que aparecía el temido diagnóstico “hipoacusia severa neurosensorial” y les contó sobre una posible solución que resolvería esta situación, dicha solución tenía el nombre de “implante coclear”; los padres un poco confusos no entendían de qué se trataba ni porqué en el papel aparecía algo y el especialista lo nombrada de forma diferente, pero sin importarles mucho aceptaron, porque allí veían una luz de esperanza.

Luciana fue implantada a los 3 años de edad, esto después de largos trámites para conseguir la operación, de la imposición de una tutela para obtener una respuesta, de luchar constantemente con todos los trámites exigidos y con las agendas que nunca tenían espacio... y fue luego de esta esperada operación que empezó la confusión de Luciana, no lograba entender lo que sus padres le decían o pedían; no le gustaba jugar con otros niños de su edad, pues no comprendía qué era lo que tenía que hacer; tampoco entendía los constantes regaños

de sus padres; ni por qué las personas movían los labios una y otra vez y al hacerlo lograban entenderse. Muchas veces lo intentó, pero nunca tuvo la misma respuesta que veía en los demás, por el contrario, recibía cada vez más regaños y castigos.

En medio de toda esta confusión llegó un nuevo cambio a su vida; la llevaron a un lugar lleno de niños, todos jugaban, se divertían y lo más importante, se notaba que eran felices, pero para Luciana esto no fue así, por el contrario, se sintió rechazada y como si no hiciera parte de allí, dicho lugar recibía el nombre “centro de atención temprana”. Al igual que sus padres, la maestra le exigía cosas que ella no podía realizar. Al ver que la niña no respondía a las exigencias de este lugar, la maestra les dijo a los padres que este no era el lugar apropiado para Luciana, debido a que ella como maestra no tenía los conocimientos necesarios para tenerla allí. Después de todo esto, sus padres decidieron retirarla y buscar otros espacios que pudieran ser mejores para ella.

Debido a este nuevo rechazo, la angustia y la frustración de los padres incrementaba, cada vez se sentían más solos, más tristes, más enojados y por supuesto más culpables, y peor aún, no lograban encontrar una salida. Luciana ya cumplía cuatro años de edad y sus padres no paraban de compararla con los demás niños, notaban que no se comunicaba con nadie a pesar de su implante, que seguía siendo muy solitaria, que no le gustaban las actividades que realizan comúnmente los demás y que, además, estaba cada vez más irritable.

Dentro de poco, Luciana debía ingresar a la escuela y esto llenaba de miedos e incertidumbre a sus padres, pues se preguntaban si volvería a pasar lo mismo que en el jardín, si lograría adaptarse y cumplir con las exigencias educativas y lo más importante de todo, si podría expresarse y comunicarse con sus compañeros y maestros.

Al cumplir 5 años, Luciana ingresó al preescolar y de inmediato se notó una gran diferencia entre ella y sus compañeros; ellos interactuaban entre sí y tenían muchos conocimientos sobre diferentes cosas, reconocían colores, animales, letras y contaban algunas de sus experiencias; mientras que Luciana no se relacionaba con los demás y no participaba de las actividades que se hacían en las clases y en la escuela en general.

Actualmente, Luciana está próxima a cumplir 6 años y se sigue sintiendo tan confundida como el primer día que recuerda, en el colegio no ha logrado avanzar ni aprender

mucho, los regaños y castigos se mantienen y cada vez la ponen más triste, ya no tiene ganas de seguir allí, pues nadie la comprende y sus compañeros siguen haciéndola a un lado; pero en su interior guarda la esperanza de que sus padres logren por primera vez encontrar aquella tan esperada salida y que aprecien esas formas de expresión que durante años ha intentado enseñarles, que durante tanto tiempo pero en vano ha repetido en todos los lugares a los que va, pero que en ninguno han valorado.

Una mirada hacia la Discapacidad Auditiva.

El caso de Luciana, narrado anteriormente, da a conocer uno de los tantos casos de DA, los cuales se presentan en la actualidad con más frecuencia; además, muestra la complejidad de este diagnóstico, tanto para la persona con esta condición, como para su familia, debido a múltiples factores que confluyen en éste.

La DA se ha movilizó dentro de dos modelos, uno de estos, es el modelo socio-antropológico que concibe a las personas con esta condición, como aquellas que pertenecen a una comunidad lingüística minoritaria, con una lengua llamada Lengua de Señas (entendida de ahora en adelante como LS), la cual varía sus signos según el país. Además, se resalta lo beneficioso para los niños Sordos¹ el uso de su lengua desde que nacen, ya que todo niño, sea oyente o Sordo, necesita del baño lingüístico que se da en la interacción comunicativa con el adulto y sus pares.

Por otra parte, está el modelo clínico-terapéutico, que concibe la DA como una condición del sujeto, percibiéndolo desde el déficit y la ausencia de la audición, brindando así a las personas, ayudas tecnológicas como: el implante coclear y los audífonos (estos se definirán más adelante); que, acompañados de una buena terapia desde las áreas de la medicina y de la pedagogía, se podría lograr una comunicación de manera oral y por medio de ésta integrarse en la sociedad al igual que cualquier oyente.

Dentro del contexto colombiano, el INSOR (s.f) cita al DANE (2005) registrando que la población con Discapacidad Auditiva es de 455.718, a nivel departamental en Antioquia es

¹ Se nombra Sordo con S mayúscula, porque se asume desde el modelo socio-antropológico, en el cual se reconoce a esta población, como una comunidad lingüística minoritaria que hacen uso de la Lengua de Señas que “le[s] permite[n] (...) producir su identidad e interactuar con el mundo” (Saldarriaga Bohórquez, Claudia Cristina, 2014, p. 6).

de 55.051 y a nivel municipal en Medellín es de 18.092. Además, Bermúdez Ledesma, Lina (2018) dice que el programa Buen Comienzo de Medellín, atiende a 70 niños y niñas entre 0 a 5 años con Discapacidad Sensorial (Visual y Auditiva), lo cual es una cifra alta. Sin embargo, no se puede dar por absolutas estas cifras, debido a que hay muchas personas que no son registradas ni categorizadas de forma apropiada en los censos o ni siquiera están diagnosticadas.

En el país, existen dos tipos de regímenes de salud (contributivo – subsidiado), aunque estos cuentan con una ruta de atención para la población con DA después de ser emitido el diagnóstico, se evidencia que en ocasiones se deja avanzar el tiempo debido a la tramitología que se debe cumplir, como también la falta de centros especializados que tengan convenios con su prestador de salud, y así dar un servicio integral (fonoaudiología, logogenia, audiología, otorrinolaringología y otología).

Es por estos factores y otros más que se complejiza la entrega de un diagnóstico de DA antes de los seis años, ya que las demoras en la activación de protocolos del sistema de salud y las rutas de atención que deben seguir los padres, son poco claras y, en ocasiones, en vez de informar de manera adecuada, lo que hacen es generar más confusiones en ellos; esto debido a que los diagnósticos en DA son ambiguos; de manera que cuando se habla de una hipoacusia neurosensorial bilateral (haciendo claridad que el término hipoacusia se refiere a una baja o poca audición), en realidad se hace referencia es una sordera profunda (cofosis), lo cual genera falsas expectativas en las familias, y desde un principio no se les informa la complejidad de éste, recomendando así ayudas tecnológicas que no son funcionales o que no serán exitosas a futuro, lo que implicará que la persona con DA, acceda a la LSC de manera tardía, retrasando sus procesos de aprendizaje e ingreso a la educación formal.

Sin embargo, el país realizó un gran avance al aprobar la Ley 1980 de 2019, la cual tiene por objeto:

(...) regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas, la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida. (Congreso de la República de Colombia, 2019, p. 1)

En concordancia con lo antes expuesto, la OMS (2018) resalta también la importancia y la necesidad de

La detección e intervención temprana[s] (...) para minimizar las consecuencias de la pérdida de audición, en el desarrollo y el rendimiento escolar del niño. En los lactantes y niños pequeños con pérdida de audición, la detección y el tratamiento temprano[s] en el marco de programas de detección auditiva neonatal pueden mejorar los resultados lingüísticos y escolares del niño. Los niños sordos deberían tener la oportunidad de aprender el lenguaje de los signos junto con sus familias.

Además, se hace necesario mencionar que son pocas las ayudas tecnológicas que se ofrecen y que éstas no son tan pertinentes para todos los casos, debido a que se debe tener en cuenta la especificidad de cada diagnóstico, para así poder ofrecer la mejor opción que brinde la mayor funcionalidad y potencie las capacidades o restos auditivos que tenga dicha persona. En consecuencia con lo planteado anteriormente, se ha podido evidenciar que en casos donde se ha generado un diagnóstico asertivo y temprano, y que a su vez se han implementado las alternativas correspondientes a las funcionalidades de esa persona, los resultados han sido beneficiosos y han generado grandes avances en el desarrollo integral (motor, emocional, cognitivo y del lenguaje).

Las ayudas tecnológicas para la comunicación más frecuentes que se brindan desde el enfoque médico son: el implante coclear y los audífonos; el primero, hace alusión a “(...) un [conductor] que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo. Estas señales eléctricas son procesadas a través de las diferentes partes de que consta el Implante Coclear, las cuales se dividen en [e]xternas e [i]nternas” (Federación AICE, s.f); y el segundo, “(...) es un aparato electrónico que se usa dentro o detrás de la oreja. Amplifica ciertos sonidos, y al hacerlos más fuertes se hace más fácil oírlos” (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2017). Cabe señalar que estas, pueden ser beneficiosas y así optimizar los restos auditivos que tenga una persona con DA, pero sólo en casos en donde estos restos sean funcionales y se puedan potencializar, es decir, cuando la pérdida auditiva no es tan severa y se puede amplificar las vibraciones sonoras, de manera que las señales eléctricas puedan llegar al cerebro.

Por otra parte, se ofrecen otras alternativas comunicativas, como la LS y el castellano oral (conceptos que se definirán en el marco conceptual), en las cuales también es necesario

revisar las especificidades de cada diagnóstico, con el fin de ofrecer las alternativas más pertinentes y en los tiempos adecuados.

Con base a lo anterior, nos queremos preguntar, ¿Cuán efectivas son las rutas de atención de los regímenes de salud en Colombia, para el desarrollo humano integral en niños y niñas de 0 a 6 años, con Discapacidad Auditiva del Municipio de Itagüí?

MARCO REFERENCIAL

Marco Legal

A continuación, se presentan las leyes, decretos y resoluciones del nivel nacional que dan a conocer los derechos que tienen las Personas con Discapacidad, especialmente las Personas con DA, en los temas de inclusión, educación y salud.

Normativa de inclusión.

- Constitución Política de Colombia
 - Artículo 47: *El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.*
 - Artículo 68: *La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.*
- Ley 982 de 2005: *“(…) establece normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo-ciegas y se dictan otras disposiciones”.*
- Ley 1098 de 2006: Código de Infancia y Adolescencia, en los artículos 36, 43, 44, 46 y 142 se ocupa de la protección de los menores con discapacidad.
- Ley 1346 de 2009: *“(…) aprueba la Convención de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006”.*
- Ley 1804 de 2016: *“(…) establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre”.* En su artículo 7 define los Derechos de los niños y niñas con discapacidad.
- Ley estatutaria 1618 de 2013: su objeto *“(…) es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009”.*
- Ley 324 de 1996: crea *“(…) algunas normas a favor de la Población Sorda”.*

Normativa educativa.

- Ley 115 de 1994: *“Prevé la educación para personas con limitaciones y con capacidades excepcionales planteando que la educación de estos grupos es un servicio público de obligación para el Estado”*.
- Decreto 1860 de 1994: *“Reglamenta la Ley 115 de 1994 en aspectos pedagógicos y organizativos y el proyecto institucional PEP”*. Sus normas, según el Artículo 1º, *“(…) se aplican al servicio público de educación formal que presten los establecimientos educativos del Estado, los privados, los de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro. Su interpretación debe favorecer la calidad, continuidad y universalidad del servicio público de la educación, así como el mejor desarrollo del proceso de formación de los educandos”*.
- Decreto 2082 de 1996: establece *“(…) parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales”*. Se destaca el artículo 1º que reza: *“--La educación de las personas con limitaciones ya sea de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional y para las personas con capacidades o talentos excepcionales, hace parte del servicio público educativo y se atenderá de acuerdo con la Ley 115 de 1994, las normas que la reglamenten, las reglas establecidas en el presente decreto y las disposiciones que para el efecto dicten las entidades territoriales”*.
- Decreto 2369 de 1997: *“Determina recomendaciones de atención a personas con limitación auditiva. Reglamenta la Ley 324 de 1996”*. Contempla en los artículos 4 al 10 el desempeño y reconocimiento del intérprete de lengua de señas como el servicio de interpretación.
- Decreto 672 de 1998: trata de la *“Educación de niños sordos y lengua de señas como parte del derecho a su educación. Modifica el artículo 13 del Decreto 2369 de 1997”*. Resolución 2565 de 2003: *“Determina criterios básicos para la atención de personas con discapacidad y necesidades educativas especiales”*.
- Decreto 366 de 2009: *“Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva”*.

Normativas de salud.

- Ley 100 de 1993: reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral, “(...) *tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad*”.
- Decreto 2226 de 1996: “*Por el cual se asigna al Ministerio de Salud una función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud se relacionen con la Tercera Edad, Indigentes, Minusválidos y Discapacitados*”.
- Decreto 806 de 1998: “(...) *tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados*”.
- Ley 1438 de 2011: “*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”. En su artículo 66, determina que las acciones de salud “(...) *deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de la Protección Social*”.
- Ley 1751 de 2015: “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”. Se destaca el artículo 11 que define como sujetos de especial protección: “*La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención*”.

- Circular 010 de 2015: *“Dirigida a Entidades Promotoras de Salud – EPS, Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de esta población”*.
- Resolución 1441 de 2016: *“Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, que incluyen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Anexa el manual de habilitación de redes integrales de prestadores de Servicios de salud”*.
- Ley 1980 del 19 de julio de 2019: tiene por objeto *“(…) regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas, la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida”*.

Marco Teórico-Conceptual

En el presente marco teórico-conceptual se desarrollarán 5 conceptos (Discapacidad, educación inicial, primera infancia, desarrollo humano integral y sistema de salud) los cuales son el eje principal de la investigación, y por medio de éstos se logrará tener una mayor comprensión de los planteamientos que se irán abordando en el transcurso del proyecto.

Discapacidad.

El concepto de discapacidad es retomado desde diferentes posturas y disciplinas que han evolucionado en relación a la forma de entenderlo y de concebir a las personas que presentan dicha condición; por lo tanto, se analizan diversas fuentes que ayudan a comprender la definición actual de la discapacidad, las categorías para nombrarlas y las tipologías que se derivan de esta. Seguidamente, se centra la atención en la DA y se exponen los niveles/grados y otras formas de clasificar los diagnósticos existentes en esta discapacidad y se especifica cada uno de estos. Finalmente, se resalta la importancia del español escrito, el castellano oral y, por ende, el uso de la LS en la población que presenta DA.

A lo largo de la historia, la discapacidad era concebida desde el déficit y la falta, viéndose como un limitante sólo del sujeto que la padecía; no obstante, desde los planteamientos actuales, el concepto de discapacidad es retomado desde una visión más amplia, la cual incluye no sólo el déficit de la persona, sino al contexto en el que se desenvuelve, lo que puede posibilitar o impedir el acceso y la participación en la sociedad. En este sentido, el Ministerio de Protección Social (2014) cita a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que utiliza un modelo biopsicosocial² para definir la discapacidad “(...) como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales³) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona”. En ese mismo

² El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no solo física sino también personal y espiritual. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2012. p. 8)

³ La Discapacidad Intelectual se da antes de los 18 años y luego de esta edad es considerada como enfermedad o limitación mental y/o psíquica.

sentido la Convención de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) (2006), define la discapacidad como:

(...) un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Seguidamente con la finalidad de entender las diferentes posturas y concepciones desde donde se aborda la discapacidad, se hace necesario presentar algunas de las terminologías existentes para referirnos a las personas con algún tipo de discapacidad.

El primero, es el de *Persona en situación de discapacidad*, que “(..) en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad”. (Sección de Participación - Género e Inclusión, 2017).

El segundo, es el de *Persona discapacitada* que “(..) tiene una connotación sociocultural, en la cual se considera que las personas, por su limitación, son incapaces de valerse por sí mismas; por lo tanto, se vuelven una carga para su familia y la sociedad” (Organización Mundial de la salud, s.f).

Y finalmente, el de *Persona con Discapacidad*, que se define como,

un individuo en constante desarrollo y transformación, que cuenta con limitaciones significativas en los aspectos físico, mental, intelectual y sensorial que al interactuar con diversas barreras (actitudinales, derivadas de falsas creencias, por desconocimiento, institucionales, de infraestructura, entre otras) pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, atendiendo a los principios de equidad de oportunidades e igualdad de condiciones. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, p. 4; Luckasson y cols., 2002, p. 8; Verdugo y Gutiérrez, 2016, p. 17 citado por Ministerio de Educación Nacional, 2017, p. 12-13)

Después de analizar las definiciones sobre discapacidad, en esta investigación se entenderá este concepto desde la CIF, ya que tiene una visión más amplia sobre el sujeto, que, si bien aborda las barreras, las deficiencias y la participación, muestra la necesidad de reconocer el funcionamiento de esa limitación para generar mejores condiciones de equidad. Hecha la consideración anterior, es pertinente referirnos a las personas que presentan alguna limitación bajo el término de Persona con Discapacidad, debido a que desde este modelo se coloca en primer lugar al sujeto y no a la deficiencia. Luego de tener claro el concepto de

discapacidad es necesario entender que ésta tiene diferentes tipologías clasificadas de acuerdo al área afectada, las cuales son:

Discapacidad Física, es aquella que

(...) constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. (Consejo Nacional de fomento educativo, 2010)

Según Luckasson (2002) citado por Schalock Robert (2009) *Discapacidad Intelectual*, se “(...) caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica. La discapacidad se origina antes de los 18 años” (p. 24).

Posteriormente, se entiende la discapacidad sensorial como un impedimento o limitación en la visión o en la audición.

Discapacidad Visual,

(...) se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales y las barreras presentes en el contexto en que desenvuelve la persona. (Ministerio Nacional de Chile, 2007, p 7)

Sordoceguera, para el INSOR (2003),

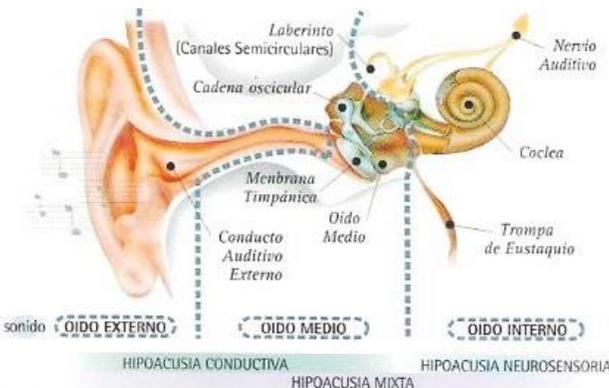
(...) es una discapacidad única, en la cual se presenta una pérdida severa o grave de la audición y de la visión, que dificulta en una persona la comunicación, la movilidad y la participación social.

Este tipo de discapacidad tiene unas características propias y deriva en necesidades específicas; de tal manera que a una persona sordociega no se le puede tratar como sordo o como ciega independientemente, ella requiere de servicios especializados y ayudas específicas para superar sus dificultades en comunicación, en el desenvolvimiento cotidiano y en las actividades educativas, laborales y sociales.

Discapacidad auditiva, es entendida desde, El Ministerio de Salud y Protección Social (2017), como la

Dificultad o imposibilidad para usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (Cofosis). Puede ser unilateral o bilateral, de rasgo hereditario o como consecuencia de una enfermedad, traumatismo, exposición a largo plazo al ruido, o medicamentos agresivos que afectan el nervio auditivo. (p. 2)

Ahora bien, la DA desde la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a Edición (CIE-10) (2018), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) tiene diferentes categorías para agrupar los diagnósticos respectivos a esta discapacidad (*cuadro. 1*). Al mencionar los tipos se hace referencia a la localización de la lesión en el oído, los grados o niveles a la cantidad de audición perdida, el tiempo de adquisición al momento en que se produce la pérdida, y otras clasificaciones asociadas que permiten ampliar la variedad de los diagnósticos.

DISCAPACIDAD AUDITIVA	
 <p style="text-align: right;"><i>Foto: Mujeresocial.com (s.f).</i></p>	
TIPO	<p>Hipoacusia de transmisión o de conducción: alteraciones en la transmisión del sonido que se presentan en el oído externo y/o medio, afectando la cantidad de percepción del sonido.</p>
	<p>Sordera neurosensorial o de percepción: alteraciones producidas en el oído interno o en alguna región de la vía auditiva hacia el sistema nervioso central, afectando a la cantidad y calidad de percepción del sonido.</p>
	<p>Trastorno del Espectro Neuropatía Auditiva: desde un punto de vista terminológico “neuropatía” significa una afectación nerviosa, en especial de las degenerativas de uno o varios nervios (Cruz Tapia, 2001). Este trastorno se clasificó como una clase especial en los trastornos de hipoacusia neurosensorial, y según Rico-Romero, Gutiérrez-Farfán, Lujan-Alonso (2015) está caracterizada por presentar tres patrones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) ausencia o anormalidad de las respuestas auditivas en los potenciales auditivos de tallo cerebral B) emisiones otoacústicas y/o microfónica coclear conservadas C) ausencia o alteración de reflejos acústicos de oído medio.

	Sordera mixta: alteraciones que se dan de manera de simultánea en el oído externo o medio y el interno.	
GRADO O NIVEL		Pérdida en decibelios⁴ (Db)
	Leve: permite percibir un tono de voz normal y ruidos cotidianos, pero, se le dificulta percibir el tono de voz bajo y/o lejano.	21 - 40
	Moderada: percibe el tono de voz cuando éste es fuerte y algunos ruidos cotidianos.	41 - 70
	Severa: percibe el tono de voz cuando éste es fuerte y cerca del oído, y además algunos ruidos fuertes.	71 - 90
	Profunda: no existe percepción del tono de voz, solo de ruidos muy potentes	Más de 91
	Total o cofosis: no se percibe tono de voz ni ruido.	Más de 120
TIEMPO DE ADQUISICIÓN	Prelingüística (prelocutiva): pérdida de la audición que se da antes de que la persona adquiera el lenguaje oral.	
	Perilingüística (perilocutiva): pérdida de la audición que se da durante la adquisición del lenguaje oral.	
	Postlingüística (postlocutiva): pérdida de la audición que se da después de que la persona adquiera el lenguaje oral.	
CLASIFICACIONES ASOCIADAS	Unilateral o Bilateral: la pérdida auditiva se presenta en uno (unilateral) o en ambos oídos (bilateral).	
	Congénita o adquirida: la primera hace referencia a la pérdida auditiva que está presente al nacer, y la segunda, se presenta en algún momento de su vida.	
	Simétrica o asimétrica: el primero se refiere al grado de pérdida que se da de igual forma en ambos oídos, y el segundo cuando el grado de pérdida es distinto en cada uno de los oídos.	
	Progresiva o súbita: la primera establece que esa pérdida auditiva aumenta a lo largo de la vida, y la segunda, es cuando la pérdida auditiva sucede de un momento a otro.	

⁴ El decibelio es la unidad de medida utilizada para el nivel de potencia y el nivel de intensidad del sonido.

	Fluctuante o estable: la primera la pérdida auditiva puede empeorar o mejorar con el tiempo, y en la segunda, la pérdida auditiva siempre permanece igual.
--	---

Cuadro. 1

Después de lo anteriormente expuesto, es necesario conocer los diferentes diagnósticos (Véase anexos 1, 2 y 3) que emergen de la DA según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión - 2da Edición (2018) y de la CIE 10 fonoaudiología Clínica Las Américas (Medellín - Colombia).

Por otro lado, es importante señalar que en los procesos educativos por los que atraviesa una persona Sorda, se encuentra sin duda el aprendizaje de la LS, lengua castellana escrita y castellano oral, por lo tanto, entendemos que la primera "(...)" es considerada como lengua natural de carácter viso-gestual cuyos canales de expresión son las manos, los ojos, el rostro, la boca y el cuerpo, y su canal de recepción es visual" (INSOR, 2006, p. 20).

La segunda, se retoma desde el modelo bilingüe bicultural⁵, el cual entiende la lengua castellana escrita como una segunda lengua para los sordos, dado que esta no se adquiere como una lengua nativa o materna, sino

(...) que se aprende cuando el lenguaje ya se ha desarrollado o se está desarrollando a través de la adquisición de una primera lengua. Por tanto, aprender a leer y escribir es aprender una segunda lengua; ello implica llegar a conocer su estructura, funcionamiento, conocer sus convenciones y utilizarla en las funciones que le son propias". (INSOR, 2006, p. 40)

Y la tercera, hace referencia al uso de la lengua oral, que es utilizada por personas Sordas o hipoacúsicas, y consiste en la oralización, algunos de los métodos auxiliares utilizados son la lectura labio-facial⁶ y el verbo-tonal⁷, los cuales ayudan a producir el habla y comunicarse con personas oyentes, pero cabe anotar que el éxito de esta dependerá de las

⁵ La educación bilingüe bicultural permite al niño sordo la adquisición de dos lenguas, la lengua de signos de la comunidad sorda y la lengua oral de la comunidad oyente. De este modo, proporciona un contacto con las dos comunidades lingüísticas y fomenta la necesidad de aprender y usar ambas lenguas. (Robles Gómez, Miriam. 2012, p. 9)

⁶ Se basa en el aprendizaje de los componentes visuales fonológicos del habla a través de los movimientos labiales, linguales y mandibulares. (Martínez Cortez, María del Carmen; Pérez Morón, María Teresa; Padilla Góngora, David. 2008. p. 220)

⁷ Persigue la percepción y emisión de sonidos del habla con su ritmo y entonación mediante la percepción auditiva, vibraciones táctiles y movimientos corporales en la formación de fonemas [l], palabras y estructuras del lenguaje. (Martínez Cortez, M^a del Carmen; Pérez Morón, M^a Teresa; Padilla Góngora, David. 2008. p. 221).

características de su diagnóstico (restos auditivos) y en algunos casos de las ayudas tecnológicas que utilicen (audífonos amplificadores de sonido e implantes cocleares).

Atendiendo a lo anterior, se resalta que dentro de la DA se encuentran personas con diagnósticos diversos, lo que hace que no todas las personas necesiten adquirir la LS, esto debido a que los restos auditivos pueden ser lo suficientemente funcionales como para utilizar el castellano oral; sin embargo, se reconoce la LS como la lengua natural de la Comunidad Sorda y así mismo el aprendizaje de la lengua escrita, la cual es respaldada por el modelo bilingüe bicultural; ya que les permite tener más posibilidades de comunicación e interacción con los oyentes y mejorar la comprensión de aprendizajes a nivel educativo y social.

Primera infancia.

El concepto de infancia ha tenido múltiples definiciones y variaciones en los rangos de edad que la conforman, lo que ocasiona que no exista un consenso conceptual debido a que éste evoluciona de acuerdo al momento histórico, las leyes de cada país y las culturas desde donde se concibe. Por lo tanto, para abordarlo de forma general, se inicia con un corto recorrido histórico del mismo, luego se continúa dando algunas definiciones de lo que es ser niño, y seguidamente se exponen las etapas en las que está dividida la infancia, para posteriormente centrarnos en la primera etapa y dar algunas consideraciones conceptuales de la misma.

Para entender cómo ha evolucionado el concepto de infancia se hace necesario revisar los cambios que este ha tenido a lo largo de la historia, para esta finalidad retomaremos a Puerto Santos, José (2002) citado por Jaramillo Leonor (2007 a) quien sostiene que en los años 354 - 430 hasta el S. IV se concibe al niño como dependiente e indefenso (“los niños son un estorbo”, “los niños son un yugo”). Más tarde en los inicios del S. XV los niños se conciben como “malos de nacimiento”; luego, surge el planteamiento de que los niños son indefensos por lo cual deben estar al cuidado de otros, se define al niño ‘como propiedad’. Seguidamente en el S. XVI se le da al niño la categoría de ser humano pero inacabado “el niño como adulto pequeño”. Posteriormente, a mediados del S. XVI - XVII, se reconoce la bondad y la inocencia del niño, se ve este como ángel y bondad innata, después en el S. XVIII se atribuye la categoría de infante, pero con la condición de que aún le falta para ser alguien, ‘ser

primitivo'. Finalmente, en el S. XX hasta la actualidad se reconoce al niño como un sujeto social de derechos (p.111). En este orden de ideas, cabe anotar que desde la

(...) modernidad [se] empieza a concebir la infancia como una categoría que encierra un mundo de experiencias y expectativas distintas a las del mundo adulto. Es así como a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, se lo define como un sujeto de derecho, reconociendo en la infancia el estatus de persona y de ciudadano. Pensar en los niños como ciudadanos es reconocer igualmente los derechos y obligaciones de todos los actores sociales. (Jaramillo, Leonor, 2007b, p.112)

Para efectos de nuestra investigación, nos referiremos al concepto de infancia desde el contexto colombiano, en el cual según el artículo 3 de la Ley 9018 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia), se define que

(...) son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

Así mismo, “(...) la Constitución de 1991 se configura como [un] acontecimiento cultural pues introduce cambios importantes en la mirada sobre las niñas y los niños, dejando atrás su consideración como menores, objetos o adultos en miniatura” (p.69), donde se puede resaltar el artículo 44, el cual dice que

son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. (...). Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. (...).

Lo mencionado anteriormente, da cuenta que en la actualidad Colombia reconoce a los niños como sujetos de derechos y de igual forma empieza a construir y promover políticas donde se vela por el bienestar y la garantía de sus derechos. Sin embargo, se debe tener presente que la infancia se divide en dos etapas, primera infancia que comprende de los 0 a 6 años y segunda infancia que va desde los 7 a los 12 años; sin embargo, Jaramillo, Leonor (2007c) basada en la Ley General de Educación, plantea otros rangos de edad para la división de las etapas de la infancia, entendiendo que la Primera Infancia es “el periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren” (p.110), y que Segunda Infancia “conciene a las edades entre los 8 y los 10 años[,] y corresponde, de acuerdo con la Ley 115,

a la educación básica en los grados de 3 a 5” (p. 110). Para efectos de esta investigación centraremos la atención en primera infancia, debido a que la población con la que se trabajó se encuentra en este rango de edad.

En concordancia con los planteamientos ya mencionados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2013) entienden por primera infancia, como

(...) el período más intenso de desarrollo cerebral de todo el ciclo de vida, y por tanto la etapa más crítica del desarrollo humano. Lo que ocurre antes del nacimiento y en los primeros años de vida tiene una influencia vital en la salud y en los resultados sociales (20). Aunque los factores genéticos inciden en el desarrollo del niño, las pruebas indican que el ambiente tiene una gran influencia en la primera infancia (21). (p. 11).

De igual forma, desde el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 109 (2007), se complementa esta concepción planteando que “la primera infancia es considerada en la política como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y de las niñas, desde su gestación hasta los 6 años de vida” (p. 21). Y en el Código de Infancia y Adolescencia (2006) en su Artículo 29, define la primera infancia como

(...) la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. (...).

De acuerdo con estas definiciones se resalta la importancia de este ciclo de vida, que es fundamental y determinante en la formación y el desarrollo humano integral del individuo, tal y como lo dice Palacios Jesús y Castañeda Elsa (2011) “la primera infancia es la etapa inicial del ciclo vital, durante la que se estructuran las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano” (p.40).

Finalmente, como se aprecia en las referencias, tanto en el país como a nivel internacional no existe un consenso a la hora de definir el concepto de infancia, puesto que relativamente es un término nuevo que surge como una necesidad de clasificar y agrupar a las personas que no podían denominarse como adultos, las cuales a su vez demandaban unas exigencias particulares y un trato diferencial. Además, no hay una unificación en el establecimiento de los rangos de edad para reconocer la primera y segunda infancia; no

obstante, se tomará como referente la definición de primera infancia que da el Código de Infancia y Adolescencia, ya que es la ley actual en infancia que rige en el país.

Educación Inicial.

Con el fin de lograr un acercamiento al concepto de Educación Inicial, se realizó un rastreo bibliográfico en el que se pudo evidenciar que desde las diferentes fuentes existe una concordancia en las definiciones planteadas por cada una de ellas. Inicialmente, se resalta que es un derecho impostergable pues debe darse en el tiempo estipulado, posteriormente, se le da un papel protagónico a los niños y las niñas debido a que se tienen en cuenta sus particularidades y características, y finalmente, se le da relevancia a las diferentes personas que acompañan el proceso.

Además, se realizó un estudio de las leyes del Estado Colombiano para identificar aquellas políticas que dan sustento a la Educación Inicial entre las que pudimos evidenciar la Constitución Política de Colombia y la Ley General de Educación, de las cuales podemos destacar que:

La Constitución Política de Colombia de 1991, en el artículo 67, estableció que la educación sería obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprendería, como mínimo, un año de preescolar. Luego, en 1994, la Ley 115 –Ley General de la Educación–, fundamentada en el artículo 67 de la Constitución Política, define en el artículo 11, la organización y la prestación de la educación formal; en ella se establece que la educación preescolar comprendería mínimo un grado obligatorio. (Ministerio de Educación Nacional, 2009, p.17)

Por lo tanto, está claro que la Educación Inicial se establece como un derecho de todos los niños y niñas. Sin embargo, desde lo establecido por la ley, el grado transición es el único requisito para el ingreso a la educación básica, dejando en manos de la familia la decisión de ingresar o no sus hijos a Centros de Desarrollo Infantil en sus primeros años de vida.

Una primera definición de Educación Inicial retomada es la propuesta en la Guía N° 50 Serie de orientaciones para favorecer la calidad de la educación inicial en el marco de la atención integral titulada “Modalidades y condiciones de calidad para la educación inicial” (2014).

La educación inicial, [es un] derecho impostergable de la primera infancia, para potenciar el desarrollo integral, parte del reconocimiento de los intereses y particularidades personales, culturales y sociales de las niñas, los niños y sus familias, así como de las características y

condiciones de los contextos en que viven; avanza hacia una comprensión holística de gestión desde la perspectiva interdisciplinaria de los equipos humanos; trabaja y desarrolla programas y proyectos bajo los principios de eficiencia, transparencia y compromiso social con las familias y las comunidades en las cuales se hallan inmersas, y atiende a los diferentes lineamientos técnicos que el país precisó para la educación inicial. (Pedroza Bernal, Carolina., Gómez Díaz, Claudia Milena., Caro Yazo, Luz Ángela y Barbosa Caicedo, Pedro Antonio, p.20)

Es por esto, que existe una estrecha relación entre la definición anterior con la que se planteará posteriormente, pues ambas conciben la Educación Inicial como un derecho impostergable de todos los niños y niñas, que trasciende del ámbito educativo al ámbito familiar debido a que son estos dos los entornos más inmediatos que potencian su desarrollo y posibilitan el cumplimiento de dicho derecho. El Ministerio de Educación Nacional (2013) en el texto Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de la estrategia de atención integral a la primera infancia afirma que:

Es un derecho impostergable de la primera infancia, la educación inicial se constituye en un estructurante de la atención integral cuyo objetivo es potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años, partiendo del reconocimiento de sus características y de las particularidades de los contextos en que viven y favoreciendo interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado. La educación inicial es válida en sí misma por cuanto el trabajo pedagógico que allí se planea parte de los intereses, inquietudes, capacidades y saberes de las niñas y los niños. Esta no busca como fin último su preparación para la escuela primaria, sino que les ofrece experiencias retadoras que impulsan su desarrollo; allí juegan, exploran su medio, se expresan a través del arte y disfrutan de la literatura. (p.1)

Por consiguiente, es necesario reconocer las características y particularidades de los niños y niñas, pero además de los contextos en los que viven para permitir y potenciar el desarrollo integral; es importante que las experiencias de las que disfrutan los niños y niñas partan del juego, de los intereses, del arte y la exploración. En la misma línea de las definiciones anteriores en el Plan Decenal de Educación 2016 – 2026 se establece que:

(...) es un proceso educativo y pedagógico intencional y permanente cuyo objetivo es potenciar el desarrollo de los niños y las niñas durante la primera infancia, que los reconoce como un todo partiendo de sus características y de las particularidades de los contextos en que viven, y favoreciendo interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado. (Ministerio de Educación Nacional, 2016, p.1)

Por esta razón, la educación inicial debe darse de forma intencional desde una perspectiva pedagógica con el fin de que los niños y niñas obtengan aprendizajes significativos a partir de las experiencias brindadas en dicho entorno. Finalmente, retomamos la definición propuesta en la Ley 1804 del 02 de agosto 2016, por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones, en su artículo 5 la define como:

(...) un derecho de los niños y niñas menores de seis (6) años de edad. Se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso. (p.1)

Ciertamente, la educación inicial tiene unas bases políticas y técnicas regidas por un ente principal que es el Estado, pero es el Ministerio de Educación Nacional quien formula proyectos, normas, leyes, estándares y principios con el fin de brindar una educación de calidad a los niños y niñas y que desarrolle sus capacidades y habilidades.

Por lo tanto, para la construcción del presente trabajo se adopta la definición de educación inicial propuesta en la Guía N° 50 Serie de orientaciones para favorecer la calidad de la educación inicial en el marco de la atención integral titulada “Modalidades y condiciones de calidad para la educación inicial”, pues en ella se recogen todos los aspectos pertinentes y necesarios, se tienen presentes los diferentes contextos en los que se desenvuelve el niño y la niña (familia-centro de atención temprana), se reconocen las características y particularidades de ellos, y se establece como un derecho impostergable.

La educación inicial puede darse en dos modalidades, que tienen como objetivo la coherencia y unificación de los servicios para garantizar el desarrollo integral de los niños y las niñas en los diferentes sectores del país. La primera de ellas es la Modalidad institucional Centros de Desarrollo Infantil (CDI) que:

se conciben como instituciones dirigidas a atender y promover un desarrollo integral a través de la educación inicial, con la participación de profesionales idóneos en temas relacionados con los diferentes componentes de la atención integral, responsables de gestionar las condiciones materiales que hacen efectivos todos los derechos de los niños y niñas en primera infancia, así como de generar oportunidades de expresión y comunicación con pares y adultos y diversidad de experiencias que permiten a los niños y las niñas construir y comprender el mundo. (Componentes y Estándares de Calidad en la educación inicial el marco de la atención integral citado por el Ministerio de Educación Nacional, 2013, p.1)

Por ende, es fundamental que, en los Centros de Desarrollo Infantil, los profesionales estén capacitados para atender las necesidades que se puedan presentar allí y permitan que los niños y niñas gocen, participen, se relacionen con sus pares y otros miembros, promoviendo así un desarrollo integral.

La ley 115 del 8 de febrero de 1994 “por la cual se expide la ley general de educación”, define en su artículo 15 la educación preescolar como aquella “ofrecida al niño para su desarrollo integral en los aspectos biológico, cognoscitivo, sicomotriz, y socioafectivo, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas”. (p.5). Posteriormente, en el Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación” que retoma el Decreto 2247 del 11 de septiembre de 1997 en su artículo 2.3.3.2.2.1.2. define los grados que se ofrecen en el nivel de preescolar:

1. **Pre Jardín**, dirigido a educandos de tres (3) años de edad.
2. **Jardín**, dirigido a educandos de cuatro (4) años de edad.
3. **Transición**, dirigido a educandos de cinco (5) años de edad y que corresponde al grado obligatorio constitucional. (p.89)

Además, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en la resolución 3588 (2008) “por la cual se aprueban los Lineamientos Técnicos para garantizar el derecho al desarrollo integral en la primera infancia” establece otros grados complementarios a las mencionadas en el decreto anterior (*Véase en anexo 4*).

Todos estos grados fortalecen la Educación Inicial de los niños y niñas, pues es una oferta amplia que garantiza el Desarrollo Integral, algunas de las habilidades que deben adquirir los niños y niñas en estos grados son según el decreto 1075 de 2015 en su artículo 2.3.3.2.2.3 que retoma el decreto 2247 de 1997 (*Véase en anexo 5*). La segunda de ellas es la Modalidad de Educación Inicial Familiar que:

Por su carácter flexible, privilegia los entornos más cercanos y propios a las condiciones de los niños y niñas, como lo son su familia y comunidad. Establece como punto de entrada el acompañamiento y fortalecimiento de los miembros de la familia y cuidadores para potenciar el desarrollo de los niños y niñas. El lugar protagónico de la familia en el cuidado, crianza, educación y desarrollo de los niños y las niñas desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 6 años, la convierte en el primer y más inmediato escenario de corresponsabilidad. (Componentes y Estándares de Calidad en la educación inicial el marco de la atención integral citado por el Ministerio de Educación Nacional, 2013, p.1)

Por eso, es necesario que las familias y cuidadores de los niños y niñas reciban un acompañamiento oportuno para potenciar el desarrollo integral de ellos, a través de las pautas de crianza y las prácticas de cuidado, pues son ellos el primer entorno y el más inmediato con el que tiene contacto el niño o la niña.

Después de leer las definiciones planteadas anteriormente, se puede establecer que la Educación Inicial es aquella que trabaja por y para los niños y las niñas desde diferentes sectores tanto educativos, como familiares y de la comunidad los cuales cumplen roles fundamentales en éste gracias a los procesos de interacción, socialización, juego y afecto. Además, se debe tener en cuenta las particularidades y características tanto de los niños y niñas como de los contextos en los que se desenvuelven garantizando su desarrollo integral.

Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia.

Con el fin de lograr un acercamiento al concepto de Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia, se realizó un rastreo bibliográfico en el que se pudo evidenciar que éste no ha sido estudiado desde el campo disciplinar de la educación. Sin embargo, los términos encontrados fueron Desarrollo Humano, Desarrollo Integral, Atención Integral y Desarrollo Infantil que serán abordados a continuación para realizar nuestra propia construcción sobre el concepto.

El primer concepto que se abordará será el de Desarrollo Humano propuesto por Sen (2000) citado en la Política Pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia” (2007) que establece que:

“Es un proceso conducente a la ampliación de las opciones de que disponen las personas”, donde las opciones esenciales son: “poder tener una larga y saludable vida, poder adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso”. (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, p.20)

Desde esta perspectiva, el Desarrollo Humano está ligado a tener un nivel de vida adecuado y en el que se busquen los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de cada persona, dejando de lado aspectos importantes como el bienestar emocional y social; y ligándolo a la vida adulta sin tener presente que se da a lo largo del ciclo vital. El

segundo concepto es el de Desarrollo Integral, definido en la Ley 1804 del 02 de agosto del 2016 como:

El proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía.

El desarrollo integral no se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños y las niñas, sino que se expresa de manera particular en cada uno. La interacción con una amplia variedad de actores, contextos y condiciones es significativa para el potenciamiento de las capacidades y de la autonomía progresiva. (p.2)

A diferencia del concepto de Desarrollo Humano, esta definición abarca múltiples aspectos que nutren el significado de Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia, entre los cuales se destacan el reconocimiento de cada sujeto como un ser único, el desarrollo integral como algo que no se da de forma lineal y en el que participan diferentes actores y contextos para garantizar su fortalecimiento.

Y Cárdenas Laitón, Helvetia (2016) define el Desarrollo Integral como “(...) una nutrición apropiada, atención en salud, amor, estimulación psicosocial, interacciones significativas con sus padres y otras personas adultas que ejercen algún tipo de injerencia en su proceso de crianza” (p.1), se infiere que se plantea una visión interdisciplinaria del Desarrollo Integral, en donde participan diferentes profesionales como maestros, nutricionistas, médicos, trabajadores sociales, psicólogos sin dejar de lado el importante rol que juegan los padres en sus procesos.

El tercer concepto que se abordará será el de Atención Integral, definido en la Ley 1804 del 02 de agosto de 2016 como:

El conjunto de acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales y efectivas encaminadas a asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de los niños y niñas, existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo. Estas acciones son planificadas, continuas y permanentes. Involucran aspectos de carácter técnico, político, programático, financiero y social, y deben darse en los ámbitos nacional y territorial. (p.3)

Desde el concepto de Atención Integral se establecen aquellas acciones necesarias para garantizar y potenciar el desarrollo de los niños y niñas, las cuales deben realizarse desde diferentes aspectos teniendo claro los objetivos e intenciones con los que se realiza.

El cuarto concepto que se abordará será el de Desarrollo Infantil definido en la Guía N° 50 Serie de orientaciones para favorecer la calidad de la educación inicial en el marco de la atención integral titulada “Modalidades y condiciones de calidad para la educación inicial” (2014) como:

(...) un proceso de transformaciones y cambios que posibilitan la aparición de comportamientos novedosos y ordenados, los cuales se generan a través del tiempo y a partir de la propia actividad de las niñas y niños, de su capacidad para organizar por sí mismos sus experiencias y la información que de ellas se derivan”. (Pedroza Bernal, Carolina., Gómez Díaz, Claudia Milena., Caro Yazo, Luz Ángela y Barbosa Caicedo, Pedro Antonio, p.14)

El Desarrollo Infantil es entendido como algo observable y de transformaciones constantes que se ven reflejadas en el desarrollo del niño y niña en el que él tiene el papel protagónico; dejando de lado el rol fundamental que cumplen los diferentes profesionales y familiares para fortalecerlo. Y según Souza, Juliana Martins y Ramallo Veríssimo, Maria de la Ó (2015) como:

Parte fundamental del desarrollo humano, un proceso activo y único para cada niño, expresado por la continuidad y los cambios en las habilidades motoras, cognitivas, psicosociales y del lenguaje, con adquisiciones cada vez más complejas en las funciones de la vida diaria y en el ejercicio de su rol social. El periodo prenatal y los primeros años iniciales de la infancia son cruciales en el proceso de desarrollo, lo cual constituye la interacción de las características biopsicológicas, heredadas genéticamente, con las experiencias que ofrece el entorno.

Este concepto de Desarrollo Infantil retoma todas las habilidades que deben desarrollar los niños y niñas desde el nacimiento y a largo del ciclo vital, reconoce al niño como un ser único y se establece una relación entre los factores biopsicológicos, genéticos y las experiencias del entorno los cuales permean en la vida del niño y niña.

Por lo tanto, el Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia será definido para la realización de este proyecto como: proceso continuo que se da en los primeros años de vida de las niñas y los niños (0 a 6 años), que busca desarrollar y fortalecer las diferentes habilidades cognitivas, motoras, afectivas, sociales y del lenguaje. Éste respeta las particularidades, características, ritmos y estilos de aprendizaje y se da a partir de los intereses, gustos y motivaciones de cada uno de ellos, se debe tener en cuenta que no se da de forma lineal, por etapas, o fragmentado, debido a que cada niño y niña tiene un proceso único y en el que se complementan e interconectan todas esas habilidades.

Es por esto, que para apoyar el concepto planteado anteriormente retomaremos la teoría psicosocial planteada por Eric Erikson (1950) en la que establece 8 estadios sobre el ciclo vital del ser humano desde la niñez hasta la vejez; al interior de cada uno de ellos se retoman aspectos biológicos, sociales y afectivos y se establecen aquellas características que deben desarrollar las personas, teniendo en cuenta que las edades son aproximadas y pueden variar en cada uno de ellos.

Por tal motivo, en la teoría de Erikson podemos resaltar que el desarrollo es visto como algo integral y en el que las habilidades se desarrollan de manera conjunta sin separar unas de las otras, además no se da de forma lineal, ni ascendente, sino que se pueden presentar avances, estancamientos y retrocesos; clarificando así la concordancia existente entre la definición propuesta de Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia y la planteada por el autor. En el cuadro (*Véase anexo 6*) se presentan la teoría psicosocial planteada por Erikson.

Es necesario abordar conceptualmente cada una de las habilidades mencionadas anteriormente. En primer lugar, las habilidades cognitivas definidas por Bracqbien, Catherine., Brito García, María Elena., Leue Luna, Maria Magdalena y Castillo Orueta, María Luisa (2008) como: “un conjunto de operaciones mentales, cuyo objetivo es que el alumno integre la información adquirida a través de los sentidos, en una estructura de conocimiento que tenga sentido para él” (p. 3). Se considera que las habilidades cognitivas son aquellas operaciones mentales que realizan las personas; sin embargo, cabe aclarar que dichas habilidades no sólo se desarrollan en el ámbito escolar sino también en todos los ámbitos de la vida y a lo largo de todo el ciclo vital.

Al interior de las habilidades cognitivas se deben resaltar los Dispositivos Básicos de Aprendizaje definidos según Azcoaga como “aquellas condiciones del organismo necesarias para llevar a cabo un aprendizaje cualquiera, incluido el aprendizaje escolar” (citado por Ferreyra, Marlén Daiana, s.f, p.15) que se definen en el mapa conceptual (*Véase anexo 7*).

En segundo lugar, abordaremos las habilidades motoras desde el planteamiento que realiza Díaz Lucea, Jordi (1999) citado en Conceptualización de las Habilidades Motoras (2013), en el que establece que son las:

Capacidades adquiridas por aprendizaje que pueden expresarse en conductas determinadas en cualquier momento en que sean requeridas con un menor o mayor grado de destreza. Por lo

tanto, para ser hábil en alguna acción motriz, es necesario contar previamente con la capacidad potencial necesaria y con el dominio de algunos procedimientos que permitan tener éxito de manera habitual en la realización de dicha habilidad. (Pérez, Raúl, p.1)

Las habilidades motrices se desarrollan de acuerdo a los procesos que hayan tenido las personas en sus primeros años de vida, convirtiéndose en una base fundamental para su posterior desarrollo y para responder a las necesidades que exija el medio.

En tercer lugar, abordaremos el concepto de habilidades sociales, entendidas como:

Todo comportamiento que lleva a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está. Así, las habilidades sociales son el conjunto de conductas aprendidas, algunos ejemplos son: decir que no, hacer una petición, responder a un saludo, manejar un problema con un amigo, empatizar o ponerse en el lugar de otra persona, hacer preguntas, expresar tristeza, decir cosas agradables y positivas a los demás. Estos comportamientos o pensamientos son instrumentales para resolver conflictos, situaciones y tareas sociales. (Universidad Nacional de Colombia, s.f, pp.7-8)

Es por esto, que las habilidades sociales se convierten en herramientas fundamentales para desenvolverse en la sociedad, pues son estas las que delimitan los comportamientos que son aceptados a nivel social y las decisiones que las personas deben ir tomando a lo largo de las situaciones a las que se enfrenta en su cotidianidad.

En cuarto lugar, abordaremos las habilidades del lenguaje constituidas como:

Una herramienta fundamental para el desarrollo cognitivo. Es el instrumento mediador por excelencia, que le permite al ser humano constatar su capacidad de sociabilidad al lograr comunicarse con los demás. Al mismo tiempo, el manejo del lenguaje le permite conocer el mundo, construir sus esquemas mentales en el espacio y en el tiempo, y transmitir sus pensamientos a quienes le rodean. (Ministerio de Educación de Chile, 2013, p.13)

Por ende, la habilidad del lenguaje es el instrumento principal que permite la socialización, interacción, comunicación, expresión de ideas, pensamientos y sentimientos; por lo que es fundamental que todo niño y niña adquiera una lengua que le posibilite el desarrollo y obtención de dichas habilidades.

Desde la perspectiva innatista de Chomsky el lenguaje es definido como “una característica que tienen todos los seres humanos incluso antes de nacer”. Y define las siguientes características para la adquisición del lenguaje:

- Solamente la especie humana puede aprender a comunicarse mediante el aprendizaje del lenguaje
- Imitar y repetir no son elementos que interfieran en la adquisición del lenguaje
- Cuando un niño empieza a emitir sonidos, no lo hace por repetición o aprendizaje, sino por la activación de su dispositivo de adquisición
- El desarrollo del lenguaje es una propiedad que actúa independientemente de la inteligencia. (Citado por Pradas Gallardo, Claudia; 2018, p.1)

Finalmente, se abordará el concepto de habilidades afectivas las cuales son entendidas según Castillo Jara, Miguel; Gonzalez Lehuey, Daniela y Toledo Valeria, Vivian, como:

Un repertorio de comportamientos que presentamos en nuestro diario vivir, las cuales contribuyen de manera óptima en el despliegue integral de cada ser humano, siendo parte del desarrollo de cada individuo al igual como lo son las habilidades intelectuales de razonamiento o de comprensión lectora, además promueven la salud mental y bienestar personal, beneficiando el desarrollo ético y ciudadano, así también previenen conductas de riesgo, generando mejoras sobre el ambiente y clima escolar, laboral o social; aumentando la motivación de logro y el aprendizaje académico, entre otras. (Romagnoli, et al, 2007 citado en el Estudio Comparativo de las Habilidades Socio-afectivas Desde el Humanismo, entre un establecimiento convencional y no convencional, 2016, p.6)

No se deben dejar de lado las habilidades afectivas pues tienen la misma importancia que las habilidades anteriores. Es fundamental tener bienestar emocional y personal para desenvolverse en el diario vivir, es necesario tener un dominio adecuado de las emociones y sentimientos que nos permean para convivir en sociedad.

Dentro de las habilidades afectivas cabe resaltar el concepto de inteligencia emocional definido por Daniel Goleman (1995) como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”. Además, en ella se pueden identificar dos bloques, el primero de ellos denominado capacidad para la auto-reflexión que permite “identificar las propias emociones y regularlas de forma apropiada.” y el segundo denominado habilidad para reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo que son las “habilidades sociales, empatía, asertividad, comunicación no verbal, entre otras.” (Citado por la Universitat Politècnica de Valencia, s.f, p.3).

En el cuadro (*Véase anexo 8*) se describen algunas de las habilidades que pueden desarrollar los niños y las niñas entre los 0 y los 6 años a nivel cognitivo, social, afectivo, motor y del lenguaje retomadas del Documento N° 10 “Desarrollo infantil y competencias en la PRIMERA INFANCIA” (2009) elaborado por el Ministerio de Educación Nacional (MEN); cabe aclarar que éstas no necesariamente se desarrollan en todos los niños en este rango de

edad, ni de forma lineal o ascendente; pues cada niño y niña tiene su ritmo y estilo de aprendizaje.

Es por todo esto que todas las definiciones mencionadas posibilitan la construcción del concepto de Desarrollo Humano Integral de la Primera Infancia, pues cada una de ellas brinda una herramienta conceptual fundamental. Por lo tanto, dicho término recoge todos aquellos aspectos relevantes presentes en el desarrollo de los niños y las niñas en sus primeros años de vida.

Sistema de salud.

Para entender el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que nos rige y las implicaciones que esté tiene en la investigación se hace necesario tener una claridad conceptual acerca de términos como, regímenes de salud contributivo y subsidiado, Plan de Beneficios de Salud (PBS), Entidades promotoras de salud (EPS), Plan de atención complementaria (PAC).

Empezaremos definiendo el Régimen Subsidiado como “(...) el mecanismo mediante el cual la población más vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud cubiertos por el POS [Plan Obligatorio de Salud] a través de una EPS mediante un subsidio que ofrece el Estado” (Ministerio de Salud y Protección Social, p.7,2014).

Así mismo se entiende por Régimen Contributivo como

(...) un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. (Ministerio de salud y Protección Social, 2018)

Seguidamente el Plan de beneficios de Salud (PBS) anteriormente llamando Plan Obligatorio de Salud (POS), “(...) busca la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías” (Ministerio de Salud y Protección Social, p. 6, 2014).

En consecuencia, entendemos por Entidades Promotoras de Salud (EPS) como aquella en la cual el usuario se afilia, y su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación servicios del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, y trabajar bajo los términos previstos en la presente Ley. Y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) “son los hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios o laboratorios donde le atiendan sus necesidades en materia de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, p. 5, 2004).

Siguiendo con estas definiciones se aclara que el Plan de Atención Complementaria (PAC) “Son conjuntos de servicios de salud contratados mediante la modalidad de prepago que garantizan la atención en el evento de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el plan obligatorio de salud o que garantizan condiciones diferentes o adicionales” (Artículo 3, Decreto 1938 de 1994).

Se hace necesario aclarar que las pólizas y la medicina prepagada, no están contempladas dentro del PAC, debido a que la contratación de estos servicios corresponde a otros tipos de afiliación.

Marco Contextual

Caracterización Institución Educativa Los Gómez.

La Institución Educativa tiene dos sedes una ubicada en la vereda El Ajizal y la otra en la vereda Los Gómez, del corregimiento el manzanillo del municipio de Itagüí - Antioquia, en esta última fue donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Es de carácter público, en 1959 es creada como Escuela Rural como sede alterna Los Gómez; más tarde, en julio de 1996 fue nombrada como colegio y para el año 2002, en el mes de noviembre, ambas sedes se nombran como Institución Educativa Los Gómez.

Alberga una población de 1211 estudiantes (100 de los cuales son venezolanos) entre los 5 y 19 años, hombres y mujeres; en los grados de Educación Preescolar, Básica primaria, Básica Secundaria y Media.

El estrato socioeconómico de la población atendida es 0, 1 y 2. En cuanto a las actividades económicas de la zona en la que está ubicada la institución, puede decirse que

(...) está basada principalmente en los tejares y ladrilleras en las cuales laboran la mayoría de

adultos del sector, otros integrantes de la comunidad viven de la agricultura en pequeñas parcelas donde cultivan diversos productos.

Son pocos los padres, madres de familia que están empleados en la economía formal, con contratos fijos; un porcentaje significativo trabaja en la economía informal desempeñando oficios como: venteros ambulantes, empleadas de servicios domésticos, oficios varios, coteros, recicladores, albañiles, entre otros. Es importante mencionar que un número significativo de familias obtienen su empleo en la plaza mayorista y hay una alta la cantidad de padres y madres que se encuentra desempleados. (Proyecto Educativo Institucional, p. 6, s.f.)

La Institución cuenta con un modelo pedagógico integral con un enfoque social, en el cual se

(...) privilegia el aprendizaje; la posición activa del estudiante en la construcción de su propio conocimiento; el papel de mediador del maestro; la relación docente estudiante basada en el diálogo. Sin descartar el método expositivo, la transmisión de contenidos enciclopédicos y técnicos, los procesos de enseñanza aprendizaje condicionados, las relaciones democráticas y los procesos de evaluación cuantitativos. (Proyecto Educativo Institucional, p. 31, s.f.)

Así mismo, su visión dice: “Para el año 2020 la Institución Educativa Los Gómez, será reconocida a nivel municipal, por su mejoramiento en procesos formativos integrales, atendiendo a políticas de inclusión y de tecnologías de la información y la comunicación” (Proyecto Educativo Institucional, p. 7, s.f.).

Y su misión es,

(...) desarrolla[r] en estudiantes de preescolar, básica y media procesos de formación académica y de convivencia, a través de la implementación de metodologías activas y la aplicación de TICS en los ambientes de aprendizaje, con el fin de favorecer el desarrollo individual y el impacto social en la comunidad educativa y el entorno. (Proyecto Educativo Institucional, p. 7, s.f.)

De acuerdo a lo anterior, no se logra observar una claridad frente al concepto de integralidad, puesto que tanto su modelo pedagógico es integral, pero en este mismo hablan de un método tradicional de enseñanza, el cual reduce al estudiante a una nota cuantitativa descartando de manera muy radical las otras dimensiones del sujeto.

En cuanto a los documentos analizados (*Proyecto Educativo Institucional, Manual de convivencia, Sistema Institucional de Evaluación de Estudiantes*), dan muestra de que los términos de flexibilidad, adecuación, adaptación curricular y ajustes razonables, son sinónimos debido a que no hay una claridad conceptual, lo cual genera una gran confusión. Por otra parte, se habla de diseñar las clases basadas en el Diseño Universal del Aprendizaje (DUA) y en Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR), pero durante el trabajo de campo

se evidenció que apenas los maestros estaban recibiendo capacitación para planear sus clases teniendo en cuenta los antes mencionados.

En su política de inclusión dice que: “(...) desarrolla procesos educativos orientados a la diversidad de sus estudiantes, generando los cambios y modificaciones necesarias para permitirles el acceso, la permanencia y la promoción dentro de una educación inclusiva” (Proyecto Educativo Institucional, p. 7, s.f.); sin embargo, la Institución decide gestionar la inclusión mediante un proyecto pedagógico, que tiene como objetivo “(...) favorecer una sana convivencia, por medio del respeto (...)” (E1, 2019), fundamentado por la variedad de población que converge en la esta, y efectivamente se logró verificar que si hay una cantidad significativa de población con Discapacidad, pero la Institución no cuenta con la “materia prima” (profesionales e infraestructura) necesaria para la atención de esta población, cabe resaltar que este proyecto no es solo dirigido para la población con Discapacidad, sino también comunidad LGTBI, afrodescendientes y venezolanos.

Caracterizaciones individuales.

La llegada de un hijo genera miles de emociones y expectativas en cada uno de los integrantes del grupo familiar, donde está presente la concepción de un hijo ideal “normal”, el cual llegue a cumplir los sueños de los padres, pero no siempre ocurre de esta forma. De manera que cuando este hijo no cumple con esas expectativas de “normalidad”, los padres empiezan a buscar respuestas encaminadas al por qué les sucede esto a ellos y después posibles soluciones para deshacer esa condición y “normalizar”.

Con respecto a lo anterior, se puede decir que a medida en que los padres viven este proceso experimentan un sinfín de emociones y sentimientos, como angustia, inseguridad, temor, culpa, decepción, miedo, entre otras tantas.

Para ilustrar esto, dejamos un fragmento de la vivencia de una madre antes de enterarse que su hijo tenía DA.

Yo dejaba caer algo, yo le movía (el) cascabel y él ni se despertaba, ni reaccionaba, yo decía vaya mire a ver si salto el niño porque cayó alguna tapa o algo y nada. Entonces yo decía ¡ay no! eso no es normal, pues para mí eso no era normal, y el médico me decía que hay que esperar a ver, hay que esperar a ver. (E4, 2019)

En consecuencia a lo ya mencionado, rescatamos la importancia y necesidad de activar de forma temprana las rutas de atención integral para niños y niñas con discapacidad auditiva, lo que permitiría un diagnóstico a tiempo por parte del sector salud y con base en este, garantizarle un adecuado y pertinente apoyo educativo, que a su vez favorecerá el desarrollo integral y potenciación de habilidades que le permitan cumplir con las exigencias académicas al mismo nivel de sus pares oyentes.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, cabe anotar que la aceptación de la discapacidad es fundamental en este proceso, lográndose esta por medio de un duelo bien elaborado, que permitirá buscar y brindar las mejores alternativas tanto en el ámbito emocional como comunicativo, en el primero se hace necesario que la familia apoye de forma adecuada, como un catalizador positivo que permita contrarrestar las dificultades y desafíos a los cuales se enfrentara. Y en lo comunicativo se hace imprescindible, que se le garanticen las mejores alternativas de acuerdo a la particularidad de su diagnóstico, puesto que es por medio de la comunicación que logrará comprender, compartir e interactuar con su medio y las personas de su contexto.

Cabe agregar, que el lenguaje es algo innato de todos los seres humanos, por ende, buscamos diferentes estrategias para comunicar lo que queremos expresar, en el caso en que no se obtiene la lengua de forma natural, se ve la necesidad de recurrir a otras alternativas, en el caso de los niños y niñas con DA que no logran comprender la lengua oral, hacen uso de las señas caseras (señas no convencionales) como medio de comunicación.

Un ejemplo de esto es: la Madre 1 manifestó que, “Había muchas cosas que nosotros no le entendíamos y a él le daba rabia porque lo corregíamos, decía “taloo” y nosotros le decíamos “tarroo” y con rabia repetía o señalaba lo que quería” (CS1, 2019)

Y la Madre 2, dijo que

Una vez en una salida, la profesora le tocó mandarme a llamar porque él estaba desesperado y ella no le entendía, él se sobaba y se sobaba la barriguita, y la profe le preguntaba que si le dolía y él ya enojado le decía que no, hasta que llegue yo, y ya le entendí que era que tenía hambre (E4, 2019).

En consecuencia, se analizaron las historias de vida, de dos estudiantes de primaria de la Institución Educativa Los Gómez, matriculados en los grados 1° y 2°.

Sujeto 1.

Es un niño de 6 años, que convive con su madre, hermano y siete personas más. El proceso de gestación tuvo el tiempo óptimo, pero este se vivió de manera corta para la madre y sus familiares debido a que ella se dio cuenta de su estado a los cinco meses de embarazo, durante este estado ella presentó infección urinaria por lo cual estuvo hospitalizada, el sujeto 1 nació por cesárea debido a que presentó macrosomía fetal (recién nacido más grande que el promedio).

En los primeros años de vida del sujeto 1, su desarrollo motor fue adecuado, en cuanto a los otros (cognitivo, lenguaje, social y afectivo) presentó dificultades, puesto que el desarrollo del lenguaje no se dio convencional, o sea este inicio dentro de los parámetros normales, pero se vio afectado por continua inflamación de las mastoides, adenoides y otitis recurrente, lo que ocasionaba fiebres muy altas, que eran atendidas de manera negligente por el personal médico, sin embargo, fue intervenido quirúrgicamente en varias oportunidades debido a lo anteriormente mencionado. A pesar de esto, se generó perforación en el tímpano y por ende se le dificultaba escuchar de forma clara, y fue hasta los tres años y medio en donde comenzó a comunicarse de manera oral, articulando algunos fonemas de manera adecuada. Al verse afectado el desarrollo del lenguaje, también se ve afectado los desarrollos social, afectivo y cognitivo, debido a esa falta de comprensión y expresión.

En un principio, el sujeto 1 fue diagnosticado con trastorno del desarrollo del lenguaje y habla dislalia audiógena (en el CIE como F808), lo que se entiende que hay una alteración en el lenguaje debido a que existe una dificultad auditiva. No obstante, en la actualización del diagnóstico los resultados muestran que él, presenta un trastorno en el lenguaje debido a las dificultades auditivas que tuvo en los primeros de vida, sin embargo, su audición actualmente es adecuada para su edad y no presenta ninguna alteración.

En relación a su convivencia con su grupo familiar y las relaciones que se tejen entre estos, la madre manifiesta que hay una buena comunicación, pero en ocasiones no le entienden y esto hace que él se frustre, cortando así la comunicación; con su madre, la relación se buena, reconociéndola como la única figura de autoridad dentro del hogar; por parte de la abuela quien es su principal cuidadora, ve las dificultades del niño como una enfermedad, aquello que se puede curar, lo que genera que sea sobreprotegido por parte de

ella, no teniendo en cuenta que le está haciendo un “daño” a largo plazo; el hermano del sujeto 1, el cual es mayor asume esa posición de protector y cuando alguien no le entiende lo que habla el sujeto 1, su hermano entra a mediar esa comunicación; y con su padre, existe muy poca relación.

En el contexto escolar, el sujeto 1 está a la par de sus compañeros desde lo académico; sin embargo, se resalta que tiene dificultades en la articulación de los fonemas, debido al trastorno que presenta. Además, es un niño que se le dificulta manifestar sus emociones de manera espontánea y expresar lo que está pasando cuando es el directo implicado, pero cuando la situación no es directamente con él si lo manifiesta sin ninguna dificultad. Así mismo, se identifica que es muy irascible, lo que hace que abandone la tarea cuando no encuentra una pronta solución y de igual forma en ocasiones se le dificulta acatar y seguir las instrucciones.

Sujeto 2.

Tiene 7 años, su núcleo familiar está compuesto por: madre, hermana, sobrino y una prima. Fue un embarazo de alto riesgo debido a que su madre presentaba miomas en el útero, infección urinaria que debía ser tratada con antibióticos, además, su edad era un factor de riesgo, tanto para la vida de ella como para el bebé, lo que conllevó a que fuera un parto prematuro (a las treinta y un semanas), y además hubo complicaciones puesto que el bebé tenía el cordón umbilical enrollado en el cuello; sin embargo, fue un bebé con el peso y talla adecuado.

Durante el desarrollo de su primera infancia, la madre del sujeto 2 empezó a evidenciar, que él no podía percibir sonidos, lo cual fue un signo de alarma para ella, y en controles de crecimiento y desarrollo ella manifestaba su preocupación, pero la respuesta por parte del personal de salud, era que debía esperar, además presenta otitis recurrente desde los doce meses de edad. A los treinta meses de edad (dos años y seis meses) se inicia el proceso “adecuado”, donde se realiza una consulta con médico general (en el año 2014), y este lo remite a fonoaudiología, aduciendo que el sujeto 2 “s[ó]lo ha desarrollado un lenguaje con escas[o]s monos[í]labos[,] a pesar de que el paciente ha recibido adecuada estimulaci[ó]n” (Historia clínica del sujeto 2, 2014), por problemas de tramitología esta remisión nunca se llevó a cabo.

La madre regresa a los quince meses después de la consulta anteriormente mencionada (en el año 2015), y en ésta obtiene lo siguiente

(..) evaluado por crecimiento y desarrollo[,] enviado por trastorno del lenguaje[,] madre expresa s[ó]lo pronunciar: mama[,] logro de objetivos en la comunicaci[ó]n s[ó]lo con gestos. Como antecedentes[:] PVE⁸[,] circular en el cuello (...). Otitis a repetici[ó]n[,] se observa disminuci[ó]n auditiva bilateral. (...). Se solicita valoraci[ó]n por otorrinolaringolog[í]a y fonoaudiolog[í]a. (Historia clínica sujeto 2, 2015)

En este mismo año, asisten a la cita con un otorrino, quien renueva el diagnóstico, siendo este “F809 trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado” y además dice que presenta “dificultad para la elevación de la lengua” y ordena unos potenciales evocados auditivos⁹.

En el año 2016, gracias a la realización de este examen se obtiene se anexa un nuevo diagnóstico “H903 Hipoacusia neurosensorial, bilateral” (Historia clínica sujeto 2, 2016).

A principios del año 2017, el profesional otorrino dice que “Requiere evaluaci[ó]n por otolog[í]a, [paciente] con estudio auditivo normal[,] sin embargo refiere hipoacusia derecha????trastorno del lenguaje (...)” y refiere que debe asistir a terapias con fonoaudiólogo, y que requiere una evaluación por otología. A mediados de este mismo año, el médico general, cuenta lo siguiente:

Niño de 5 años con evaluaci[ó]n en enero del 2017 por [otorrino] con hipoacusia unilateral [,] con trastorno del lenguaje en avance de su patolog[í]a y secuelas sociales y escolares [,] le ordenaron terapia [de] fonoaudiolog[í]a y nunca se las autorizaron [,] se remite de nuevo evaluaci[ó]n de otorrino [y] fonoaudiolog[í]a. (Historia clínica sujeto 2, 2017)

Este mismo profesional, da un nuevo diagnóstico el cual es “H901 Hipoacusia conductiva, unilateral con audici[ó]n irrestricta contralateral”.

Para el año 2019, se le solicita a la madre la renovación del diagnóstico, pero debido a un inconveniente con en el cambio de documento de identidad la madre no había podido continuar, el sistema de salud le negaba la atención por sólo tener un comprobante de que el documento se encontraba en trámite. Para poder avanzar en la investigación se realizó la evaluación fonoaudiológica de manera particular, y de esta manera se obtiene un nuevo

⁸ Parto Vaginal Espontáneo.

⁹ “respuesta neuroeléctrica del sistema auditivo (desde el nervio auditivo hasta el tubérculo cuadrigémino inferior, situado en el tronco encefálico) ante un estímulo sonoro.” (Altirorem, s.f)

diagnóstico por parte del fonoaudiólogo, el cual es “Trastorno del espectro neuropatía auditiva”, este mismo refiere que hay “alteración en funciones ejecutivas del lóbulo frontal, habla y dificultades en captación de sonidos externos” y recomienda “la realización de potenciales auditivos para una posible adaptación de audífonos” (Informe fonoaudiológico, 2019).

De acuerdo a lo anterior, a pesar de que la madre evidenció y manifestó a los profesionales de la salud las alteraciones en el desarrollo integral, no se activó la ruta de atención para un diagnóstico temprano, y luego de iniciar este proceso, se puede la variedad de diagnóstico esto debido a la falta de agilidad y eficacia por parte del sistema de salud. Y este es uno de los casos donde el tiempo juega en contra, puesto que los primeros años de vida son vitales para formar unas bases sólidas a largo plazo.

En relación al desarrollo humano integral, presentó dificultades en el alcance de logros para la edad establecida, en el desarrollo motor; reemplazó el gateo por el arrastre en glúteos, camino a los dos años y medio y aún se le dificulta el patrón cruzado¹⁰, en el desarrollo cognitivo; realizó los juegos simbólicos¹¹ a la edad de los seis años, en el desarrollo del lenguaje; inicia su fluidez verbal a la edad de cinco años, presentando dificultades en la articulación de fonemas y en los desarrollos social y afectivo; a pesar de que se le dificulta la comunicación oral, el sujeto busca demostrar afecto las personas con las que convive.

En su vida escolar, el sujeto 2 tiene muy buena disposición y compromiso con las tareas que se le asignan, se relaciona bien con sus pares lo que le permite un buen trabajo en equipo, se resalta un buen acompañamiento familiar, si bien, presenta dificultades en la conciencia fonológica, debido a su diagnóstico, logra identificar los grafemas y la conjugación consonante-vocal, no obstante, hay una poca comprensión a la hora de realizar una actividad, por lo tanto las instrucciones deben ser paso a paso y más ilustrativas.

En cuanto a lo comportamental, tiene buena tolerancia a la frustración, acata las correcciones y recomendaciones que se le dan para mejorar su proceso lecto-escritural; por ahora, no presenta mayor dificultad en su rendimiento académico; sin embargo, si no se

¹⁰ Mover la pierna derecha mientras se adelanta el brazo izquierdo y viceversa.

¹¹ Aquel que consiste en simular situaciones, objetos y personajes que no están presentes en el momento del juego.

intervienen sus dificultades auditivas que son las que afectan el lenguaje, su desarrollo y por ende su rendimiento académico se verá comprometido a largo plazo.

Teniendo en consideración los casos expuestos, vemos como en las familias se evidencian tres momentos fundamentales para la aceptación de la DA, en el primero de ellos, se trata de una negación, donde no se reconoce al hijo con una condición auditiva diferente, por lo tanto, lo que se quiere es normalizar y los apoyos o ayudas que buscan en gran parte están encaminadas desde lo médico, con la finalidad de quitar la condición, luego cuando estos apoyos o soluciones no muestran respuesta ni avances, se da una ruptura, se pasa por un proceso de duelo, acompañado de múltiples preguntas e incertidumbres, y finalmente se produce, claro está no en todos los casos, una etapa de aceptación, en la que se asimila la condición de la persona como Sordo, y se buscan las estrategias que potencien estas alternativas de comunicación a las que deberán recurrir.

En lo que respecta a las familias de las presentes historias de vida, se puede decir que en el caso del sujeto 1 la familia se encuentra en una etapa de negación, no lo reconocen como una persona sorda, sino como un niño muy enfermo al que hay que cuidar y brindarle más cuidados, por lo tanto, siguen fortaleciendo el castellano oral, por medio de terapias de lenguaje.

Así lo relata la madre, dónde se niega a una condición de sordera

Yo siempre digo que no le digan tartamudo, ni mudo, ni tatareto, él tiene un nombre, sordo tampoco se llama, porque es que él si escucha, él escucha muy bien. (CS1, 2019)

Y en el caso de la familia del sujeto 2, ya se encuentran en la etapa de ruptura, debido a que las estrategias que han utilizado no están teniendo éxito, y están presenciado los retrasos en el lenguaje y en la comprensión del sujeto 2, que pueden aumentar por causa del deterioro auditivo que cada vez incrementa más, por lo tanto, se encuentran en un proceso de duelo y de comprensión de lo que es y lo conlleva tener un hijo Sordo.

Una muestra de esta aceptación es un relato de la madre, donde dice

Yo reconozco que él tiene su problema de escucha, por eso yo estoy abierta a lo que se tenga que hacer, como el cambio de colegio especial, donde va a estar con sordos, y si tenemos que aprender señas, eso lo aprendemos. (E4, 2019)

El siguiente esquema, ilustra esos momentos por los que las familias normalmente pasan al enfrentarse a una condición de sordera de sus hijos (Vélez Ramírez, Walter Gabriel, p. 20, 2010).



Caracterización de las investigadoras.

Este trabajo de grado fue realizado por tres estudiantes de Educación Especial, cuyo interés inicia a partir de los cursos de formación en DA y Lengua de Señas, aquí descubrimos lo que era una persona Sorda y las implicaciones que esta condición acarrea, y es debido a todas estas problemáticas como, la extra edad con la que ingresan los niños Sordos a las Instituciones, las barreras comunicativas a las que se enfrentan, las dificultades en los procesos de diagnóstico, la falta de aceptación por parte de la familia y la invisibilización de esta población, que nos motivamos a aportar a través de esta investigación con la lucha por el reconocimiento y la garantía de los derechos de las personas con DA.

En este mismo sentido, surge en nosotras la importancia de conocer, aprender y difundir la Lengua de Señas, esto debido a que reconocemos que este es su medio de comunicación, su lengua materna, la cual les va a permitir interactuar y romper con las barreras comunicativas, como también es de resaltar la necesidad que existe de visibilizar a los Sordos como una comunidad lingüística minoritaria.

OBJETIVOS

Objetivo General

Valorar la efectividad o no de las rutas de atención de los regímenes de salud en Colombia, teniendo en cuenta los diferentes diagnósticos en Discapacidad Auditiva, para favorecer el desarrollo humano integral en niños y niñas de 0 a 6 años del Municipio de Itagüí.

Objetivos específicos

- Considerar la importancia de una identificación temprana de la DA para favorecer el desarrollo integral de los niños y niñas de 0 a 6 años.
- Identificar los diferentes diagnósticos de la DA y las rutas de atención que se implementan según el régimen (contributivo – subsidiado) del sistema de salud al cual pertenezca la persona con DA.
- Mostrar la efectividad y el cumplimiento en la activación de las rutas de atención de los regímenes (contributivo – subsidiado) del sistema salud con relación a los diagnósticos en DA.
- Diseñar una propuesta que evidencie la diversidad de diagnósticos alrededor de la DA y le sirva a los padres de familia, cuidadores y educadores como orientación en el proceso de diagnóstico.

METODOLOGÍA

Enfoque

Esta investigación se realizará dentro del enfoque cualitativo, por lo cual es necesario realizar una aclaración conceptual de lo que es ‘enfoque’, ‘cualitativo’ y ‘enfoque cualitativo’; el primero se refiere a la manera en cómo el investigador se acerca a aquello que quiere investigar, según Ruiz Medina, Manuel Ildfonso (2011)

(...) es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y esta [sic] directamente relacionada a los métodos de investigación que son dos: método inductivo generalmente asociado con la investigación cualitativa (...); mientras que el método deductivo, es asociado habitualmente con la investigación cuantitativa (...). (p. 152)

El segundo, se define según Patton (1980, 1990) citado por Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) “(...) como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones” (p. 9).

Y el tercero, según Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) es

(...) un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen). (p. 10)

Con referencia a lo anterior, para el desarrollo de esta investigación es necesaria la participación de la población a investigar (niños y niñas de 0 a 6 años con DA); y la relación existente entre ellos con las diferentes personas que están en cada uno los contextos en donde los niños y las niñas se desenvuelven, permitiendo observar sus comportamientos, para así poder comprender e interpretar una realidad en cada sujeto; es por ello que esta investigación se enmarca dentro del enfoque cualitativo. Además,

El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador pregunta cuestiones abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales (Todd, 2005). Debido a

ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (Sherman y Webb, 1988). (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar. 2010, p. 9)

Estilo

El estilo de investigación desde la perspectiva planteada por Carlos Eduardo Vasco en su texto 'Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales' hace referencia al interés existente al momento de producir conocimiento entre los cuales se encuentra el interés de predecir y controlar que responde al estilo empírico-analítico; el de ubicar y orientar que responde al estilo histórico-hermenéutico y -por último- el interés de liberar que responde al estilo crítico-social. Estos intereses permiten encaminar y darle un sentido lógico al proceso de investigación, posibilitando así el alcance de los objetivos propuestos al inicio de la investigación cualitativa.

El estilo que se retomará en este proceso investigativo será el crítico-social que responde al interés de liberación entendido según Vasco Uribe (1985) como:

El interés emancipatorio [que] busca descubrir todas aquellas ataduras de la realidad, todas aquellas esclavitudes de las que somos todos víctimas más o menos inconscientes, y busca la mejor manera de romper esas cadenas. Busca entonces, liberar, emancipar, y podría llamarse también "interés liberador". (p.5)

Es por esto que el estilo crítico-social posibilita el alcance de los objetivos propuestos para nuestro proceso de investigación, pues busca -en un primer momento- identificar la efectividad de las rutas de atención de los regímenes de salud colombianos y -posteriormente- las barreras y los facilitadores que se presentan en los entornos cercanos en los que se desenvuelven los niños y las niñas con DA, para -por último- brindar herramientas a los padres donde puedan identificar señales de alerta que muestren un desarrollo atípico y así acudir al profesional de salud, el cual emitirá un diagnóstico apoyado en la ruta de atención integral a la primera infancia, lo que permitirá que se agilice el proceso de diagnóstico y a su vez favorecerá al desarrollo integral y a la adquisición de habilidades del niño o niña con DA.

Diseño

El diseño según Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) se refiere al “‘abordaje’ general que habremos de utilizar en el proceso de investigación” (p.492). Por lo tanto, el diseño es entendido como la forma que permite la recolección y análisis de los datos para dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas al inicio. Existen diferentes tipos de diseños en la investigación cualitativa entre los cuales se resaltan la teoría fundamentada, la etnografía, la narrativa, la investigación acción y la fenomenología. Para este proceso investigativo se retomará el diseño narrativo.

Los diseños narrativos según Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) son aquellos en los que “el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas” (p.504). Éstos permiten tener un acercamiento más profundo con los participantes de los cuales se obtendrán datos valiosos que nutren este proceso investigativo a través de diferentes fuentes como la observación, historias de vida y entrevistas.

Al interior de los diseños narrativos existen diferentes tipos, de los cuales retomaremos el estudio de caso definido por Eisenhardt (1989) citado por Martínez Carazo, Piedad Cristina (2006) como “‘una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares’, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida [sic] de evidencia cualitativa (...)” (p.174). Pues estos permiten tener un acercamiento más directo y claro a los contextos cotidianos de los niños y las niñas y observar así las diferentes dinámicas que allí se presentan; además, brindan la posibilidad de analizar varios casos ampliando las perspectivas y los resultados que se pueden obtener.

Es por esto que el diseño narrativo de tipo estudio de caso es pertinente, pues posibilita tener una mirada amplia y holística de cada uno de los niños y niñas, de sus contextos, de cómo han sido sus procesos de diagnóstico, de sus habilidades, de sus dificultades y de los actores presentes en sus procesos; brinda múltiples perspectivas y amplía el panorama debido a que la población es diversa en cuanto a sus edades, ambientes y sus características

individuales. Se resalta además que la información recogida en el estudio de caso es de alta confiabilidad, puesto que son sus acudientes (padres, cuidadores, maestros, familiares y/o profesionales) quienes la brindarán.

Instrumentos para la recolección de los datos

Para la recolección de los datos de la presente investigación se utilizarán los siguientes instrumentos: caracterizaciones (de los sujetos y la institución), observación, entrevista, historia de vida y análisis documental, los cuales permitirán sustraer la información necesaria y analizarla según los fines específicos que se tienen y responder las preguntas que se generen en torno a las problemáticas a investigar.

Caracterización.

El primer instrumento que ayudará a la recolección de la información es el de caracterización que desde, Sánchez Upegui (2010), citado por Universidad Católica del Norte (2010), es una fase descriptiva con fines de identificación, entre otros aspectos, de los componentes, acontecimientos (cronología e hitos), actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso.

Así mismo Gallo Restrepo, Meneses Copete, Minotta Valencia (2014) dicen que, (...) caracterizar una población es el intento de determinar las condiciones particulares que la distinguen en materia de estructura social, política y económicamente. Es pertinente precisar que la caracterización no se limita a la recopilación de datos estadísticos, también tiene como objetivo elaborar un diagnóstico de la realidad social de la población teniendo en cuenta además su organización actual, el estudio de transformaciones, es decir, la manera cómo ha cambiado o mutado en el tiempo.

Teniendo como referencia estas definiciones se realizarán dos caracterizaciones, una de carácter individual y otra institucional, esto con el fin de recoger y analizar la información, tanto de los contextos donde se llevará a cabo la investigación como de los sujetos participantes en la misma.

Caracterización individual.

Para fines de esta investigación, se hace necesario indagar en aspectos del entorno familiar, en la comprensión y aceptación que estos tienen acerca de la DA y las alternativas clínicas y educativas a las que se accedieron y/o a las que siguen accediendo. (*Véase anexo 9*)

Caracterización Institucional.

Por medio de está, se pretende indagar en aspectos del contexto escolar donde se desenvuelven los participantes, esto con el fin de conocer las características de las instituciones, los profesionales y los servicios a los que ellos acceden. (*Véase anexo 10*)

Observación.

El segundo instrumento es el de observación, entendida desde un enfoque cualitativo, la cual, según Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) “No es mera contemplación (‘sentarse a ver el mundo y tomar notas’); implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (p.411).

Después de tener claro qué implica la observación cualitativa, nos centraremos en la observación participante, que para Cruz Octavio (2007: 47) citado por Restrepo Eduardo, (2016) “(...) se realiza a través del contacto del investigador con el fenómeno observado para obtener informaciones sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos” (p.39). En este mismo sentido, Guber (2001) citado por Restrepo Eduardo (2016), complementa diciendo que “La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población” (p.39).

De acuerdo con las consideraciones anteriores, se hace necesario precisar que la observación participante que se va a realizar solo se llevará a cabo en el contexto educativo institucional, lo cual genera que sea una participación moderada, debido a que no se hará un acompañamiento en todas las actividades que se lleven a cabo, ni en todos los contextos en los que los participantes se desenvuelven; no obstante, para cumplir con las finalidades que se plantearon en la observación cualitativa, se llevó a cabo unas planeaciones (*Véase anexo 11*), y los resultados de estas se consignaron en las memorias pedagógicas (*Véase anexo 12*) como instrumento de recolección de datos, la cual

tiene como función posibilitar una permanente reflexividad sobre los resultados que va arrojando el trabajo de campo. Esta reflexividad se traduce en la formulación de interpretaciones provisionales por parte del [investigador] con respecto a aquellos aspectos que

van adquiriendo sentido a sus ojos, de las conexiones que va estableciendo y que antes no eran evidentes. (Restrepo, Eduardo, 2016, p.48)

Entrevista.

El segundo instrumento que se implementará es el de la entrevista cualitativa, que, según Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar, (2010) es más íntima, flexible y abierta; además, cita a King y Horrocks, (2009), quienes la definen “como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (p. 418).

Por otra parte, para Restrepo, Eduardo (2016) dice que la entrevista es

(...) un diálogo formal orientado por un problema de investigación, por lo tanto, tiene un carácter formal, no se puede confundir con las charlas espontáneas, ya que la entrevista supone que se han diseñado de antemano los términos, contenidos y formas de registro del diálogo. (p.54)

Para efectos de esta investigación, se utilizarán las entrevistas semiestructuradas (*Véase anexo 13*), las cuales “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar, 2010, p.418). Además, con este tipo de entrevistas se podrá tener una guía y evitar que el entrevistado se disperse y se pierda el foco de la temática a investigar.

Algunas de las pautas o consideraciones a tener en cuenta son:

1. Presentación (presentarse usted e indicarle el propósito de la entrevista, asegurarle confidencialidad y lograr su participación, hacer una cita en un lugar adecuado, generalmente debe ser privado y confortable).
2. Prepare una entrevista (guía) las preguntas deben ser comprensibles y estar vinculadas con el planteamiento.
3. Ensaye la guía de la entrevista.
4. Confirme la cita un día antes.
5. Acuda puntualmente a la entrevista.

6. Utilice diferentes herramientas para obtener y registrar la información; entre éstas tenemos: a) grabación de audio o video; b) notas en libretas y computadoras personales; c) dictado digital; d) fotografías.
7. Vístase apropiadamente (de acuerdo con el perfil del participante).
8. Asegurarse de que el participante haya revisado, entendido y firmado el consentimiento informado. (*Véase anexo 14*)
9. Transcriba la entrevista lo más rápido posible.
10. Analice la entrevista.

Historia de vida.

El cuarto instrumento del que nos serviremos es el de historia de vida, que, para Restrepo, Eduardo (2016) “es relevante porque nos permite explorar e ilustrar, en la trayectoria vital de una persona, los significados y prácticas culturales en las cuales se encuentra inserta”

(p.61). Igualmente, Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) sostiene que

la historia de vida es una forma de recolectar datos que es muy utilizada en la investigación cualitativa. Puede ser individual (un participante o un personaje histórico) o colectiva (una familia, un grupo de personas que vivieron durante un periodo y que compartieron rasgos y experiencias). (p.436)

Para la realización de esta se tendrá en cuenta un informe pedagógico¹² y algunos aspectos que Restrepo, Eduardo (2016) plantea, los cuales son:

1. Debe ser un relato en primera persona.
2. Elaborar preguntas que generen fragmentos de relatos.
3. No soslayar el conocimiento y confianza previa que debe existir con quien se adelanta la historia de vida.
4. No olvidar la claridad en el propósito, los alcances y los énfasis en la realización de cada una de las sesiones de entrevistas para la historia de vida.
5. Tener presente que las sesiones de trabajo deben considerar los más adecuados momentos, lugares, tonos y modalidades para adelantar las diferentes entrevistas que conformarán la historia de vida. (p. 39)

¹² En este, se tienen en cuenta aspectos a nivel: cognitivo (Dispositivos Básicos de Aprendizaje), comportamental y académico.

Análisis documental.

Un quinto instrumento será el análisis documental, donde Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) resalta la importancia que éste tiene para el investigador, ya que “Le sirven (...) para conocer los antecedentes de un ambiente, las experiencias, vivencias o situaciones y su funcionamiento cotidiano” (p.433).

Por otra parte, Castillo, Lourdes (2004-2005), afirma que

El análisis documental es una operación intelectual que da lugar a un subproducto o documento secundario que actúa como intermediario o instrumento de búsqueda obligado entre el documento original y el usuario que solicita información. El calificativo de intelectual se debe a que el documentalista debe realizar un proceso de interpretación y análisis de la información de los documentos y luego sintetizarlo. (p. 1)

De igual forma, esta misma autora plantea un triple proceso en el análisis documental: Un proceso de comunicación, ya que posibilita y permite la recuperación de información para transmitirla.

Un proceso de transformación, en el que un documento primario sometido a las operaciones de análisis se convierte en otro documento secundario de más fácil acceso y difusión.

Un proceso analítico-sintético, porque la información es estudiada, interpretada y sintetizada minuciosamente para dar lugar a un nuevo documento que lo representa de modo abreviado pero preciso. (p. 1)

El análisis documental (*Véase anexo 15*) que se tendrá presente en la recolección de los datos se realizará a través de la revisión de documentos como las historias clínicas de los participantes y los PEI (Proyecto Educativo Institucional) - PAI (Plan de Atención Integral) - SIEE (Sistema Institucional de Evaluación de los Estudiantes) - Manual de Convivencia y demás archivos institucionales que den cuenta del entorno educativo donde se desenvuelven los mismos. En esta dirección, los datos que se analizarán en las historias clínicas son:

1. Datos personales y familiares (que permitan adquirir información deseada).
2. El diagnóstico (si lo tiene).
3. Las rutas de atención que se implementan (o que sigan vigentes).
4. Las alternativas clínicas que se brindaron.

En cuanto al PEI o PAI se analizarán los siguientes términos:

1. Flexibilización curricular.
2. Inclusión educativa.
3. Existencia de personal especializado.
4. Aulas de apoyo.

5. PIAR (Plan individual de ajustes razonables).

Con referencia a lo anterior, cada uno de estos tendrá una nomenclatura la cual esta especificada en el siguiente cuadro:

NOMENCLATURA DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
CATEGORÍA	INSTRUMENTOS	NOMENCLATURA
Caracterización	Caracterización Institucional	CIn
	Caracterización Individual	CS CS1 (sujeto 1) – CS2 (sujeto 2)
Observación	Planeaciones	PL
	Memoria Pedagógica	MP
Entrevista	Entrevistas Semiestructuradas	E
Historia de vida	Informes Pedagógicos	IP
Análisis documental	Análisis Documental	AD

Análisis de los datos.

Para lograr codificar la información y darle sentido y estructura a los datos recogidos, es necesario el análisis, el cual “(...) consiste en organizar e interpretar la información resultante del trabajo de campo en aras de definir las líneas descriptivas y argumentativas que serán plasmadas en la presentación” (Restrepo, Eduardo, 2016, p.92). En concordancia, Dey (1993), citado por Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010) añade que “el análisis de los datos no es predeterminado, sino que es ‘prefigurado, coreografiado o esbozado’. Es decir, se comienza a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo va sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados” (p.440).

RESULTADOS

Después de la triangulación de la información el principal resultado que obtuvimos es la creación de una cartilla llamada “*¿Te oye o no te oye? Guía para orientar ante la presunción de dificultad auditiva*” dirigida para padres de familia, cuidadores y educadores de niños y niñas diagnosticados o con presunción de DA, que tiene como objetivos: acercar al lector a la terminología médica para una mayor comprensión, brindar herramientas para la detección de signos de alarma y mostrar la importancia de un diagnóstico a tiempo.

A su vez, esta se encuentra dividida en dos partes; la primera, busca orientar a los padres, cuidadores y educadores frente a una posible dificultad auditiva que tenga el niño, en la cual se explican los conceptos, de esta misma forma explica la tipología de la sordera, da muestra de los diagnósticos que manejan los profesionales de la salud al momento de emitir este y la posible comorbilidad con otras discapacidades o trastornos, permitiendo así que los padres puedan comprenderlos de mejor manera.

Así mismo, se presentan unas ayudas tecnológicas a las que se pueden recurrir al momento de ser diagnosticados los niños y niñas con una DA, que son abordadas de manera más puntual en la guía, además se explica cuáles son esas alternativas lingüísticas o comunicativas a las que se pueden acceder.

Y la segunda, posibilita al padre realizar algunas pruebas de acuerdo a la edad, para detectar algunas alarmas frente a una dificultad auditiva. Por otra parte, unos profesionales hablan acerca de la importancia de un diagnóstico a tiempo y qué se puede hacer en caso tal de que el diagnóstico sea emitido de manera tardía. Además, permite que el lector se informe acerca de los procesos que se deben llevar a cabo para la activación de las rutas de atención en salud, y los mecanismos constitucionales que se pueden emprender en caso de negligencia en la atención.

Y finalmente, cuando se emite un diagnóstico, los padres no saben cómo actuar frente a dicha situación, en ese momento están pasando por un sinfín de emociones, por medio de las palabras de una psicóloga, se encuentran unas orientaciones para el proceso de aceptación de la discapacidad.

Categorías de Análisis

En consecuencia, emergen las siguientes categorías, estas son: los diagnósticos, el proceso para el diagnóstico, las rutas de atención que se pueden activar y la elaboración del duelo.

Los diagnósticos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) maneja un amplio listado diagnóstico frente a la DA, siendo algunos de esto: hipoacusia unilateral, hipoacusia bilateral, hipoacusia conductiva, hipoacusia neurosensorial e hipoacusia mixta, entre otros; ocasionando que no haya una diferencia entre una persona con hipoacusia y una persona Sorda, además esta falta de claridad conceptual genera confusión y falsas expectativas; ya que se creará que es una persona con baja audición.

Dentro del proceso de investigación, se identificó una clasificación especial, que se encuentra dentro de la hipoacusia neurosensorial, llamada Trastorno del Espectro Neuropatía Auditiva, la cual es una categoría muy poco conocida, que emerge en el año 1996 pero empieza a tenerse en cuenta a partir del 2008, después de la Conferencia Internacional Newborn Hearing Screening, viéndose cada vez más la necesidad por parte de los profesionales de especificar el diagnóstico, y así brindar las ayudas más pertinentes.

Proceso para el diagnóstico.

Después de analizar los casos del sujeto 1 y del sujeto 2 se logró evidenciar que este proceso es complejo y no es continuo, a continuación, se explicara de manera más puntual las subcategorías que salen de este:

Sistema General de Salud.

Este se encuentra con un alto déficit financiero, lo cual genera que muchas EPS (Entidades Promotoras de Salud) estén siendo intervenidas por el estado, debido a que no hay una buena calidad en la atención de sus usuarios, evidenciándose esto, en la falta de autorización de exámenes, falta de remisiones a diferentes profesionales de la salud debido a que hay pocos especialistas vinculados, falta de medicamentos, entre otros.

Convenios con otras instituciones.

Debido al déficit financiero que hay en las EPS, hace que se cierren convenios con diferentes IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) que atienden a la población con DA.

Profesionales.

El primer profesional al que acude el padre de familia, no brinda la información necesaria y clara para que este siga la ruta del proceso diagnóstico o en ocasiones hacen caso omiso a los signos de alarma que el padre familia, cuidador o educador ya ha percibido con anterioridad.

Por otro lado, se evidencio que en los casos analizados no hubo un consenso entre los profesionales para emitir un diagnóstico, generando así un diagnóstico tardío, una confusión en las familias del sujeto y la demora en la implementación de ayudas que en ciertos diagnósticos es vital el tiempo.

Importancia del diagnóstico temprano.

El tiempo es un factor vital, y al iniciarse ese proceso de manera temprana y lograr un diagnóstico, esto va a permitir brindar alternativas más eficaces y de cierta manera menos traumáticos para la familia y el sujeto. Además, da la posibilidad de que haya una adquisición lingüística que le permita la comunicación y por ende tener relaciones sociales significativas desde temprana edad, lo cual le permitirá potenciar las habilidades de desarrollo humano integral que son necesarias para el ingreso y la permanencia en la educación formal.

Implicaciones en el ámbito educativo.

Debido a la entrega de un diagnóstico tardío o erróneo que es lo que sucedió con los sujetos 1 y 2, se evidencia que a pesar de que no llegaron con extra edad, si hay un déficit en la comprensión y expresión de la información, y este es uno de los factores que afectan el desarrollo humano integral del niño o la niña en cada uno de los contextos en el cual está inmerso. Por otro lado, a pesar de que exista un diagnóstico y que la institución trabaje bajo un modelo de inclusión no se logra identificar que estos procesos sean óptimos, puesto que, no hay ajustes para los estudiantes y no hay una formación para el personal docente acerca de la DA.

En los casos en donde existe una presunción de DA, se hace necesario que la Institución haga el debido proceso en la activación de la ruta, de modo que esto mejorará los procesos educativos de estos niños.

Tamizajes auditivos para padres, cuidadores y educadores.

Estos tamizajes se realizan con la finalidad de ayudar a la detección temprana de comportamientos o signos que alerten sobre alguna dificultad auditiva en los niños y niñas.

Checklist.

Permite observar los comportamientos comunicativos que dan cuenta de que el niño oye bien, estos están clasificados de acuerdo a las intensidades de sonido que se logran percibir en relación a la edad. (Véase anexo 16)

Estos comportamientos fueron adaptadas a partir de las Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niños y niñas menores de seis años con DA¹³ (ICBF, 2010, pp. 9-10).

Tamizaje auditivo.

El cual “(...) consiste en detectar a tiempo aquellos problemas en la percepción del sonido” (Salud Comfamiliar, 2019), esta es una prueba sencilla y en caso tal de que detectes algún signo de alarma, podrás consultar con un profesional de la salud. (Véase anexo 17)

Este tamizaje auditivo fue tomado de las Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niños y niñas menores de seis años con DA¹⁴ (ICBF, 2010, pp. 17-18).

Tamizaje Auditivo Escolar.

Está orientado para educadores de niños y niñas con presunción de DA, con este podrán detectar los niveles de audición y las posibles deficiencias, y de acuerdo a lo

¹³ Este fue desarrollado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en alianza con Sense Internacional (Latinoamérica), INCI, INSOR, Habilidadat, la Fundación Niñez y Desarrollo, la Fundación Integrar y la Fundación Fe.

¹⁴ Este fue desarrollado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en alianza con Sense Internacional (Latinoamérica), INCI, INSOR, Habilidadat, la Fundación Niñez y Desarrollo, la Fundación Integrar y la Fundación Fe.

identificado realizarán las remisiones pertinentes, las cuales serán confirmadas o descartadas por los profesionales de la salud. (*Véase anexo 18*)

Este Tamizaje Auditivo Escolar fue retomado de los Instrumentos de tamizaje para la detección temprana de deficiencias auditivas en los menores de cinco años y escolares (INSOR, 2008, pp.23).

Rutas de atención que se pueden activar.

Una vez realizado el checklist y los tamizajes auditivos, los cuales ayudan a detectar esos signos de alarma, es necesario que el adulto responsable del sujeto acuda a la entidad de salud a la cual está vinculado, donde el médico de familia será el encargado de activar la ruta hacia los demás especialistas encargados (fonoaudiólogo, otorrino, audiólogo, otólogo).

En ocasiones se presentan demoras excesivas en la autorización de las remisiones a las entidades encargadas de prestar el servicio, entonces, el representante legal del sujeto perteneciente al régimen contributivo o subsidiado, puede presentar ante el prestador de servicios, un derecho de petición, el cual permite “presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales” (Const., 1991, art, 23), entonces por medio de este, se podrá exponer la demora y pedir celeridad (rapidez) para activar la ruta adecuada.

En caso de no haber respuesta favorable, se puede realizar una petición o un reclamo ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se puede elaborar a través de los siguientes canales: portal web, línea gratuita nacional y acercándose a los puntos de atención al ciudadano que se encuentran ubicados en la ciudad de Medellín.

Luego de agotar los recursos anteriormente mencionados y aún se sigue presentando la falta o demora de atención por parte del sector salud, se acude a un mecanismo constitucional, el cual es la acción de tutela, definida como:

un recurso de queja o reclamo individual de cada ciudadano. Así, en defensa de sus derechos constitucionales, cualquier colombiano puede acudir ante los jueces, denunciar la violación de un derecho y obtener de la justicia un fallo que restablezca el derecho afectado. (Torres, Edgar, 1991)

Para recibir ayuda con el diligenciamiento del derecho de petición o la acción de tutela, se puede dirigir a la oficina de la Personería del Municipio (en el cual vive el sujeto con presunción de diagnóstico), o a los consultorios jurídicos universitarios en los que un abogado asesorará de manera puntual y gratuita, acerca de mecanismos constitucionales anteriormente mencionados.

Elaboración del duelo.

La psicóloga Perez, Merly (2019) dice que

(...) el duelo hace referencia a cualquier situación de pérdida (de algo amado para la persona). Por lo tanto, un proceso de duelo requiere de algunos momentos para poder ser superado. Dichos momentos no tienen tiempos definidos, depende de la elaboración que haga cada persona de su pérdida.

Los duelos, lleva consigo una etapa de negación de la situación, una etapa de ira o depresión y otra de aceptación de la situación. En el caso del nacimiento de un niño con DA o con un diagnóstico asociado a esta discapacidad, es un hecho que probablemente provocará una crisis, una crisis que necesita ser elaborada a través de una terapia de duelo.

Por último, con base al trabajo de campo y a las experiencias obtenidas a partir de los casos del sujeto 1 y 2, podemos decir que las rutas de atención de los regímenes de salud en Colombia, no son lo suficientemente efectivas como para favorecer el desarrollo humano integral de los niños con DA de 0 a 6 años, esto debido a que los diagnósticos, los procesos de terapias, las ayudas tecnológicas y las alternativas comunicativas se dan de manera tardía, o en otros casos ni siquiera se dan en este rango de edad.

CONCLUSIONES

Al mencionar educador especial, este en su mayoría de veces es visto desde el ámbito educativo, y son pocas las veces que su rol se percibe en el ámbito de la salud; en esta investigación pudimos evidenciar la importancia y la necesidad que tienen estos espacios; esto debido a que los padres que se encuentren pasando por este proceso, no solo tendrán la posibilidad de ser asesorados por profesionales de la salud y recibir las ayudas que desde aquí se ofrecen, sino que podrán acceder al conocimiento pedagógico y a las alternativas comunicativas que un educador espacial puede brindar.

Además, consideramos que es fundamental la adquisición de un diagnóstico en los primeros años de vida, ya que a partir de este se podrán brindar las alternativas y ayudas más pertinentes para el desarrollo humano integral, y por ende podrá adquirir las bases necesarias, las cuales a su vez le facilitarán el acceso y la permanencia en el ámbito educativo.

Por su parte, se hace evidente que, dentro del contexto escolar, existe un desconocimiento por parte del personal docente y administrativo, frente a la identificación de los signos de alarma de la DA, o en algunos casos estos los asocian a otros tipos de discapacidades o trastornos, generando así una activación inadecuada en las rutas, o peor aún, estas no son activadas.

Así mismo, se reconoce que los regímenes de salud en Colombia tienen un déficit financiero, y además existe un exceso en tramitología por parte de la Entidades Promotoras de Salud (EPS), que genera demoras en los procesos de diagnósticos, por lo tanto, se hace necesario educar a los padres de familia, cuidadores y educadores sobre esos signos de alarma que pueden identificar de manera temprana en la interacción con los sujetos y no esperar hasta el inicio de la etapa escolar.

Es de señalar que los procesos de duelo son determinantes, no sólo para la aceptación de la condición de la persona, sino también que, gracias a la elaboración de un buen duelo, que puede ser asesorado por profesionales, los padres van a lograr brindar las mejores y más pertinentes ayudas, y de igual forma se involucrarán en el proceso, ayudando a su hijo a enfrentar las barreras comunicativas o sociales en las que se pueda ver inmerso.

Pero, las familias con las que se trabajó aún tienen esa visión clínico-terapéutica, esperando que la condición de sujeto sea curada, y muchas veces esto se da debido a las esperanzas que le dan los profesionales, como, por ejemplo: “él con el implante coclear va a oír bien”, “con las terapias de lenguaje, él va a lograr hablar al igual que sus pares”, lo anterior son palabras de profesionales del sector salud. Por otro lado, en el sector educativo se escuchan las siguientes: “él ha tenido un proceso normal, como todos los niños oyentes”, “él me escucha dentro del aula”, estas palabras ayudan a no excluir al niño dentro del aula, sin embargo, existe un diagnóstico el cual requiere de unos ajustes razonables, para garantizar el aprendizaje.

Con respecto a la identidad, esta es un factor trascendental que marca la vida de una persona, y que además le permite un auto-reconocimiento, asignarse un lugar dentro del contexto en el que se desenvuelve y crear una imagen de cómo quiere ser visto por los otros, por esto es necesario que los padres de familia reconozcan y acepten la condición de su hijo, para que puedan ser guías en este proceso, y ayuden a que los niños desde edades tempranas empiecen a construir su propia identidad.

Finalmente, debido a todos estos factores, como, demoras en los procesos de diagnóstico, falta de información, demoras en la adquisición de ayudas tecnológicas, poco acceso a alternativas comunicativas desde edades tempranas, rutas de atención poco efectivas, entre otros tantos, que influyen en el desarrollo y en la adquisición de habilidades de los niños con presunción o diagnosticados con DA, que creamos una cartilla llamada ¿TE OYE O NO TE OYE? Guía para orientar ante la presunción de dificultad auditiva, por medio de la cual esperamos que los padres, cuidadores y educadores se beneficien de esta, y sean partícipes del proceso de diagnóstico, identificación de signos de alarmas, cumplimiento de derechos y aceptación de la condición.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones están estructuradas en cuatro categorías, con el fin de favorecer al desarrollo humano integral de los niños y niñas con presunción o diagnosticados con DA, éstas son: sector salud, padres y cuidadores, instituciones educativas y futuros investigadores.

Para el sector salud

- En los casos donde exista la presunción de DA o cualquier otra discapacidad, la Entidad Promotora de Salud debería darle prioridad y más si los sujetos son niños.
- Que la EPS reduzca el tiempo para la autorización de los exámenes solicitados y la remisión a los especialistas requeridos.
- Que los profesionales se dirijan a los padres con un lenguaje menos técnico, y que sean claros en la especificidad el diagnóstico; por ejemplo: si hay un diagnóstico con hipoacusia neurosensorial bilateral, que le digan al padre que se trata de una sordera.
- Acercar a los padres de familia no solo a las ayudas tecnológicas (implante coclear y audífonos), sino también a las alternativas comunicativas que se podría emplear en cada caso.
- Acompañamiento psicológico efectivo para padres de familia, en cuanto a la aceptación de la discapacidad (proceso de duelo).

Para los padres y cuidadores

- Prestar mayor importancia a los signos de alarma que logren identificar en relación a las dificultades auditivas.
- Acercarse a los lugares donde sean orientados para informarse sobre los derechos que el menor tiene frente al servicio de salud y educación.

- Llevar la documentación en la que se encuentra el diagnóstico del menor a la Institución Educativa, para que así se pueda implementar el Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR) o el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA).
- Que cumplan con los procesos solicitados (asistir a terapias, a las citas con los diferentes profesionales) por parte de la Institución Educativa y de los profesionales de salud.
- Involucrarse en los procesos que se lleven a cabo, tanto en la Institución Educativa como en las Instituciones Prestadores de Salud (IPS).

Para las Instituciones Educativas

- Que haya una implementación de Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR) o el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA), permitiendo así la inclusión y permanencia de los estudiantes con DA.
- Es necesario que las Instituciones Educativas que tengan población con discapacidad estén revisando la debida actualización de los diagnósticos.
- Que se dé un trabajo interdisciplinario entre las docentes, la maestra de apoyo y la psico-orientadora.

En Perspectiva De Futuro: para futuros investigadores

Después de realizado este trabajo de investigación quedan abiertos dos temas de los cuales son poco abordados a nivel investigativo, estos son: elaboración de pruebas caseras para la detección de signos de alarma de la DA y profundización en el Trastorno Espectro de Neuropatía Auditiva.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones que se tendrán en cuenta por las estudiantes de Licenciatura en Educación Especial que desarrollan la presente investigación son:

1. Las instituciones y familias en las que se llevará a cabo la investigación serán previamente informadas acerca de la finalidad y objetivos que se desean alcanzar.
2. El respeto por los participantes, por sus historias de vida o por cualquier información obtenida.
3. Con el fin de proteger la identidad de los participantes de la investigación serán nombrados de manera diferente, así:

SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN	
ROL	SE NOMBRAN
Niño de 6 años	Sujeto 1
Niño de 7 años	Sujeto 2
Madre del niño de 6 años	Madre 1
Madre del niño de 7 años	Madre 2
Maestra grado primero	Maestra Cooperadora 1
Maestra grado segundo	Maestra Cooperadora 2
Maestra Orientadora	Maestra Orientadora
Investigadoras	Maestras en Formación

4. Las primeras personas que conocerán y verificarán toda la información obtenida en la investigación serán los participantes involucrados en ésta.

COMPROMISOS Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

El proyecto de grado consta de tres fases; en un primer semestre, este se presentó a la comunidad universitaria (estudiantes, maestros, asesores y jefe de práctica), dando a conocer la pregunta problematizadora, objetivos general y específicos, población con la que se deseaba trabajar, metodología de investigación e instrumentos de recolección de datos, este ejercicio se realizó con el fin de conocer cada uno de los proyectos que se estaban llevando a cabo en ese momento, y por otro lado, para escuchar las sugerencias que surgían por parte de los asistentes.

En el segundo semestre, se da inicio al trabajo de campo en la Institución Educativa Los Gómez, allí es donde se encontraba la población, en los instrumentos de recolección de datos se consignaba todo aquello que era valioso para esta investigación, finalmente, se realiza una socialización a la comunidad universitaria, en esta se presentaron los avances obtenidos, es decir, el análisis de los sujetos con los que se llevó a cabo la investigación.

Y en el tercer semestre, se inicia con la triangulación de la información obtenida en el trabajo de campo, y por medio de esta se inició la elaboración de la cartilla la cual está dirigida a padres de familia, cuidadores y educadores, dando respuesta a uno de los objetivos específicos, además, la divulgación de los resultados, las conclusiones y recomendaciones se hará frente a la comunidad académica.

A su vez, se realizará la devolución al centro de práctica y a los participantes en la investigación, así mismo, se entregará un ejemplar de las cartillas: *¿TE OYE O NO TE OYE? Guía para orientar ante la presunción de dificultad auditiva*, y *¿SI NO TE OYE? Guía para el fortalecimiento del desarrollo humano integral para niños y niñas con Discapacidad Auditiva*

de 0 a 6 años”; en esta última, se encontrarán actividades que te permitirán potenciar las habilidades del desarrollo humano integral en los niños y niñas con DA de 0 a 6 años.

RECURSOS

- **Humanos:** Profesionales de las diferentes instituciones (psicólogos, maestros y fonoaudiólogo), niños y niñas con Discapacidad Auditiva de 0 a 6 años y sus familias.
- **Locativo (infraestructura):** Institución Educativa los Gómez, Centro de Atención Integral para la Discapacidad de Itagüí (CAID), Instituto de Capacitación los Álamos y Fe y Alegría hogar infantil Balancines.
- **Materiales:** Memoria pedagógica, análisis documental, entrevistas, fotografías, videos, audios.
- **Económicos:** Para la impresión de la cartilla.

CRONOGRAMA Y RECURSOS

Etapa de diseño (Año 2018)

ACTIVIDAD	Abril	Julio	Agost	Sept	Oct	Nov
Idea inicial	X					
Sustentación de la idea inicial	X					
Diseño de investigación			X	X	X	
Búsqueda de la población			X	X	X	X
Envío a evaluadores					X	
Correcciones al diseño					X	X
Socialización a la comunidad universitaria						X

Etapa de trabajo de campo (Año 2019)

Actividad	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Visitas a los centros de práctica	X	X	X	X	X
Aplicación de instrumentos	X	X	X	X	
Diseño del análisis de la información			X	X	X
Socialización de avances en evento académico local.				X	X

Etapas de análisis y resultados (Año 2019)

Actividad	Jul	Agost	Sept	Oct	Nov	Dic
Trabajo de campo	X	X	X			
Análisis de la información	X	X	X			
Preparación de resultados		X	X			
Elaboración de las propuestas		X	X	X		
Validación de resultados con participantes			X	X		
Envío a jurados				X		
Correcciones				X	X	
Construcción del artículo académico					X	
Sustentación pública						X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altioem, (s.f). *Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEAT)*. Recuperado de <https://www.clinicaotorrino.es/informacion-pacientes-exploraciones/potenciales-evocados-auditivos-de-tronco-cerebral-peatc/>, el día 9 de septiembre de 2019.
- Bermúdez Ledesma, Lina (2018). *Población con Discapacidad Auditiva*. Correo electrónico: lina.bermudez@medellin.gov.co. Correspondencia personal. El día 14 de agosto de 2018.
- Bracqbien, Catherine; Brito García, María Elena; Leue Luna, Maria Magdalena y Castillo Orueta, María Luisa (2008). *Habilidades cognitivas*, Tabasco – México. Recuperado de: http://www.archivos.ujat.mx/dacs/nutricion/estructura_curricular/area_deformacion_gral/habilidades%20cognitivas-rev.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.
- Cárdenas Laitón, Helvetia (2016). La educación y atención integral para el desarrollo de la niñez menor de 3 años en Costa Rica: una deuda del estado costarricense. *Revista actualidades Investigativas en educación*, Volumen 16, Número 1 , pp 1-22, retomado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v16n1/1409-4703-aie-16-01-00018.pdf>, el día 06 de agosto de 2018.
- Cardona López, Margarita María; Ramírez Vásquez, Monica Patricia y Castrillón David, Vilma María (2011). *Entidades promotoras de salud y el sistema general de seguridad social en salud*, Medellín – Antioquia, recuperado de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1463/2/Eps_sistema_general.pdf, el día 19 de febrero de 2019.
- Castillo Jara, Miguel; González Lehuey, Daniela y Toledo Valeria, Vivian., (2016). *Estudio Comparativo de las Habilidades Socio-afectivas Desde el Humanismo, entre un establecimiento convencional y no convencional*, Santiago de Chile – Chile, retomado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/jspui/bitstream/123456789/3701/1/TPSICO%20658.pdf>, el día 03 de septiembre de 2018.

Castillo, Lourdes (2004-2005). *Tema 5-Análisis Documental*. España: Biblioteconomía, Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.uv.es/macas/T5.pdf>, el día 01 de octubre de 2018

Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión - 2da Edición, (2018).

Recuperado de:

https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1536954408773&indiceAlfabetico=&listaTabular=id-2-class-Tab.D&expand=0&clasificacion=cie10mc&version=2010, el día 14 de septiembre de 2018.

Colombia. Código de Infancia y adolescencia. Ley 1098 de 2006, artículo 3. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf, el día 14 de septiembre de 2018.

Colombia. Código de Infancia y Adolescencia. Ley 1098 de 2006, artículo 29. Recuperado de www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm, el día 04 de septiembre de 2018

Congreso de Colombia. (11 de octubre de 1996). *Ley 324 de 1996*. DO:42.899. Recuperado de https://puntodis.com/wp-content/uploads/2015/12/Ley_324_de_1996.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015) Artículo 11 [Capítulo I]. *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). *Ley 1438 de 2011*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Artículo I [Capítulo I]. *Ley 100 de 1993*. DO: 41.148. Recuperado de

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (26 de julio de 2019) Artículo I. *Ley 1980 de 2019*. Recuperado de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201980%20DEL%2026%20DE%20JULIO%20DE%202019.pdf>, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (27 de febrero 2013). Artículo 1 [Título I]. *Ley Estatutaria 1618 de 2013*. DO: 48.717. Recuperado de <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (31 julio de 2009). *Ley 1346 de 2009*. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=37150, el día 18 de septiembre 2019.

Congreso de Colombia. (8 de febrero de 1994). *Ley General de Educación* Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de Colombia. (9 de agosto de 2005). *Ley 982 de 2005*. DO: 45.995. Recuperado de https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3726_documento.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Congreso de la Colombia. (2 de agosto de 2016). *Ley 1804 de 2016*. DO: 49.953. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm, el día 18 de septiembre de 2019.

Consejo Nacional de fomento educativo (2010). Discapacidad Motriz. *Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Recuperado de https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf, el día 04 de septiembre de 2018.

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) Artículo 23 [Título II] Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>, el día 04 de octubre de 2019.

Craviotto Fernández, Marina. (2014). *La Atención Temprana y el papel de las familias en el desarrollo del niño con discapacidad auditiva*. Almería - España, recuperado de: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3631/1047_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y, el día 5 de agosto de 2018.

Federación de Asociaciones de Implantados Cocleares de España (s.f). *¿Qué es un implante coclear?* Recuperado de: http://implantecoclear.org/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=82, el día 19 de febrero de 2019 (smd).

Ferreya, Marlén Daiana (s.f). *Dispositivos Básicos de Aprendizaje y su alteración en adolescentes en situación de calles*, Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC115930.pdf>, el día 19 de septiembre de 2018.

Gallego Osorio, Gloria Yaneth; Peñaralda Correa, Fernando y Molina Berrio, Diana Patricia (2017). Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014 – 2015). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Volumen 12, (número 33). Pp. 102 - 115. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/index>, el día 01 de agosto de 2018.

Gallego Restrepo, Nancy E, Meneses Copete, Yeison Arcadio, Minotta Valencia, Carlos, 2014. *Revista Investigación y Desarrollo*, 22(2). Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewArticle/5595/7460>, el día 24 de agosto de 2018.

García Arenas, Diana Marcela. (2014). *La atención integral a la primera infancia en Colombia 1970-2012*. Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12209/673> el día 24 de agosto de 2018.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, María del Pilar (2010). Metodología de la investigación quinta edición. *Diseños del proceso de investigación cualitativa*. México. (pp. 490 - 520). Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf, el día 26 de septiembre de 2018.

Historia clínica. (2014). *Sujeto 2*.

Historia clínica. (2015). *Sujeto 2*.

Historia clínica. (2016). *Sujeto 2*.

Historia clínica. (2017). *Sujeto 2*.

INSOR (2003). *La sordoceguera promoción, prevención y detección*.

INSOR (2006). Capítulo 2: Organización curricular de propuestas educativas Bilingües y biculturales para Sordos. *Educación Bilingüe para Sordos - Etapa Escolar* (p.40). Recuperado de: http://www.insor.gov.co/historico/images/PUBLICACIONES/cartilla_etapa_escolar.pdf, el día 04 de septiembre de 2018.

INSOR (2006). Capítulo I: Fundamentos conceptuales. *Educación Bilingüe para Sordos - Etapa Escolar* (p.20). Recuperado de: http://www.insor.gov.co/historico/images/PUBLICACIONES/cartilla_etapa_escolar.pdf, el día 04 de septiembre de 2018.

INSOR (2008). Tamizaje auditivo en menores de cinco años. Guía para la aplicación. *Instrumentos de tamizaje para la detección temprana de deficiencias auditivas en los menores de cinco años y escolares* (pp.11-19). Bogotá. Recuperado de http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/cartilla_tamizaje_menores_5_aos.pdf, el día 4 de octubre de 2019.

- INSOR (s.f). *Población Sorda Boletín Observatorio Social Estadísticas e información Colombiana para contribuir en el mejoramiento de la Calidad de Vida de la Población Sorda Colombiana*. Recuperado de:
<http://www.insor.gov.co/historico/images/bolet%C3%ADn%20observatorio.pdf>, el día 28 de agosto de 2018.
- Institución Educativa Los Gómez (s.f). *Proyecto Educativo Institucional*. Recuperado de:
<https://www.ielosgomez.edu.co/index.php/about-us/documentos-institucionales/56-pei>, el día 16 de marzo de 2019.
- Jaramillo, Leonor (2007). Concepción de la Infancia. *Zona Próxima*, (8), 108-123. (p.111)
Recuperado de
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>, el día 21 de septiembre de 2018.
- Ley N° 1804, *Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones*, Bogotá – Colombia, 02 de agosto de 2016. Recuperado de:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm, el día 03 de septiembre de 2018.
- Martínez Carazo, Piedad Cristina (2006). *El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica*. Barranquilla - Colombia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>, el día 26 de septiembre de 2018.
- Martínez Cortés, M^a del Carmen; Pérez Morón, M^a Teresa; Padilla Góngora, David; López-Liria, Remedios y Lucas Acién, Francisca (2008). *Métodos de intervención en discapacidad auditiva*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Volumen 3, número 1, pp. 219-224. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832318023>, el día 16 de septiembre de 2018.
- Martínez Suárez, Pedro C; Arístides Palacio, Óscar y Montánchez Torres, Maria Luisa, (2018). Juan Enrique Azcoaga (1925-2015): pionero de la Neuropsicología del

aprendizaje: In Memoriam, *Revista CienciAmérica*, volumen 7, número 1.

Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6343764.pdf>, el día 19 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación de Chile (2013). *Lenguaje y comunicación programa de estudio segundo año básico*, Chile. Recuperado de:

https://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-18958_programa.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación de Chile (2016), Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad visual. *Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia., primera parte (p.7)*. Recuperado de:

<http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaVisual.pdf>, el día 4 de septiembre de 2018.

Ministerio de educación Nacional (2007). CONPES Social 109. Recuperado de

https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf, el día 04 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación Nacional (2009). Documento N° 10 *Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia*, Bogotá - Colombia. Recuperado de:

https://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf, el día 21 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación Nacional (2009). *Orientaciones pedagógicas para el grado de transición (borrador)*, Bogotá - Colombia. Recuperado de:

https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-259878_archivo_pdf_orientaciones_transicion.pdf, el día 19 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación Nacional (2013). *¿Qué es la educación inicial?*, Bogotá –Colombia.

Recuperado de: <https://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/w3-article-316845.html>, el día 03 de septiembre de 2018.

- Ministerio de Educación Nacional (2013). *Modalidades de la Educación Inicial*, Bogotá – Colombia. Recuperado de:
<https://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/w3-article-228881.html>, el día 03 de septiembre de 2018.
- Ministerio de Educación Nacional (2016). *Plan Nacional Decenal de Educación 2016-2026 “Educación inicial”*, Bogotá – Colombia. Recuperado de:
<http://www.plandecenal.edu.co/cms/index.php/glosario-pnde/educacion-inicial>, el día 03 de septiembre de 2018.
- Ministerio de Educación Nacional (2017). *¿Qué es la educación inclusiva? Orientaciones para la transición educativa de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o talentos excepcionales en la educación inicial, básica y media.*(pp. 12-13)
Recuperado de https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-360294_foto_portada.pdf, el día 04 de septiembre de 2018.
- Ministerio de Educación Nacional (9 de febrero de 2009). Decreto 366 de 2009. Recuperado de <https://www.mineduccion.gov.co/1621/article-182816.html>, el día 18 de septiembre de 2019.
- Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2007). *Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia” Conpes 109*, Bogotá – Colombia. Recuperado de: https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud – Régimen contributivo*, Bogotá – Colombia. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>, el día 19 de febrero de 2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Todo lo que usted debe saber sobre el plan de beneficios – POS*, Bogotá – Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>, el día 19 de febrero de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Abecé salud auditiva y comunicativa “somos todo oído”*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abecce-salud-auditiva-2017.pdf>, el día 30 de agosto de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Régimen contributivo*, recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>, el día 19 de febrero de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2014). *Discapacidad*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>, el día 4 de septiembre de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de abril de 2016) Artículo I [Capítulo I]. *Resolución 1441 de 2016*. Recuperado de https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=1417-resolucion-1441-de-2016&category_slug=la-pais-mias-rias-ripss&Itemid=224, 18 de septiembre de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social. (30 de marzo de 2015). *Circular 0010* Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-0010-de-2015.pdf>, el día 18 de septiembre de 2019.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) (2013). *Audífonos*. Recuperado de: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/audifonos>, el día 18 de marzo de 2019 (smd).

Ocampo Marín, Diana; Serna Almendrales Nathaly y Taborda Rodríguez Yeni, (2019). CS1, Municipio de Itagüí – Antioquia.

Ocampo Marín, Diana; Serna Almendrales Nathaly y Taborda Rodríguez Yeni, (15 de agosto de 2019). E1, Municipio de Itagüí – Antioquia.

Ocampo Marín, Diana; Serna Almendrales Nathaly y Taborda Rodríguez Yeni, (15 de agosto de 2019). E4, Municipio de Itagüí – Antioquia.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Sordera y pérdida de la audición*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>, el día 25 de agosto de 2018.

Organización Mundial de la Salud (s.f). Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100008<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>, el día 4 de septiembre de 2018.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate*. Recuperado de: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-_El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf, el día 16 de septiembre de 2018.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2012).

Implementación del modelo biopsicosocial para las personas con discapacidad a nivel nacional. Recuperado de:

https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364, el día 04 de septiembre de 2018.

Palacios Jesús y Castañeda Elsa (2011). Políticas de primera infancia en Iberoamérica:

avances y desafíos en el siglo xxi. *La primera infancia (0-6 años) y su futuro*.

Madrid. Editorial Santillana (p.40). Recuperado de <https://openlibra.com/es/book/la-primera-infancia-0-6-anos-y-su-futuro>, el día 04 de septiembre de 2018.

Papalia, Diane E; Wendkos Olds, Sally y Duskin Feldman, Ruth (2009). *Desarrollo Humano undécima edición*, Instituto Politécnico Nacional. Recuperado de: <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>, el día 21 de septiembre de 2018.

Pedroza Bernal, Carolina; Gómez Díaz, Claudia Milena; Caro Yazo, Luz Ángela y Barbosa Caicedo, Pedro Antonio (2014). *Guía N° 50 Serie de orientaciones para favorecer la calidad de la educación inicial en el marco de la atención integral “Modalidades y condiciones de calidad para la educación inicial”*, Bogotá – Colombia. Recuperado de: http://aprende.colombiaaprende.edu.co/ckfinder/userfiles/files/articles-341487_guia50.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.

Pérez, Raúl (2013). *Conceptualización de las Habilidades Motrices*. Recuperado de: <https://g-se.com/conceptualizacion-de-las-habilidades-motoras-bp-z57cfb26d0c164>, el día 03 de septiembre de 2018.

Planes de Atención Complementarios de Salud (s.f). Recuperado de: <http://www.pacios.com.co/N3U5173P4C/que-es.php>, el día 19 de febrero de 2019 (smd).

Pradas Gallardo, Claudia (2018). *Noam Chomsky y la teoría del lenguaje*, España. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/noam-chomsky-y-la-teoria-del-lenguaje-4060.html>, el día 19 de septiembre de 2018.

Presidencia de la República de Colombia, De cero a siempre. (2013). *Estrategia de atención integral a la primera infancia, Fundamentos políticos, técnicos y de gestión*, (p.69). Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>, el día 21 de septiembre de 2018.

Presidencia de la República de Colombia. (22 de septiembre 1997). *Decreto 2369 de 1997*. DO: 43.137. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2369-de-1997.pdf>, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (3 de agosto de 1994) Artículo 1. *Decreto 1860 de 1994*. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86240_archivo_pdf.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (6 de mayo de 2015). *Decreto 1075 de 2015*. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30019930>, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de diciembre de 1996). *Decreto 2226 de 1996*. DO: 42.936. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10810>, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (14 de abril de 1998). *Decreto 672 de 1998*. DO: 43.277. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10812>, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (18 de noviembre de 1996). Artículo 1[Capítulo I]. *Decreto 2082 de 1996*. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-103323_archivo_pdf.pdf, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (30 de abril de 1998) Artículo 1[Capítulo I]. *Decreto 806 de 1998*. DO: 43.291. Recuperado de <http://www.colombianosune.com/bancodeleyes/decreto-806-de-1998-%22por-el-cual-se-reglamenta-la-afiliaci%C3%B3n-al-r%C3%A9gimen-de-seguridad-so>, el día 18 de septiembre de 2019.

Presidencia de la República de Colombia. (5 de agosto 1994). *Decreto 1928 de 1994*. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1755013>, el día 19 de febrero de 2019.

Resolución 3588, *Por la cual se aprueban los Lineamientos Técnicos para garantizar el derecho al desarrollo integral en la primera infancia*, Bogotá - Colombia, 01 de septiembre de 2008, retomado de:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_3588_2008.htm, el día 19 de septiembre de 2018.

Restrepo, Eduardo (2016a). Trabajo de Campo (Enviñon Editores) *Etnografía: alcances, técnicas y éticas* (p.39). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>, 28 de septiembre de 2018.

Robles Gómez, Miriam (2012). *Tendencia educativa bilingüe y bicultural para la educación del sordo. Un nuevo camino hacia la inclusión*. Editorial: Universidad de Huelva. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6148>, el día 16 de septiembre de 2018.

Rodríguez Sonia P, Rojas Mora, Diana K, Vera Torres, Wendy (2017). *Educación inicial en el ámbito familiar: una mirada a las expresiones de transformación en las prácticas educativas (Tesis de maestría)*. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12209/731>, el día 6 de agosto de 2018.

Ruiz Medina, Manuel Ildelfonso (2011). *Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/index.htm>, el día 01 de octubre de 2018.

Saldarriaga Bohórquez, Claudia Cristina. (2014). *Personas sordas y diferencia cultural: Representaciones hegemónicas y críticas de la sordera*. Bogotá - Colombia. Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/46316/1/489541.2014.pdf>, el día 04 de octubre de 2019.

Sánchez, Casado Inmaculada J., Benítez Merino, José M (marzo, 2013). Intervención temprana en discapacidad auditiva: diseño conceptual de “buenas prácticas”. *Revista*

- de psicología INFAD*, 1 (1), 661-672. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852058056> el día 06 de agosto del 2018.
- Schalock, Robert, (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, apoyos individuales y resultados personales, 40 (229), 22-39. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3841> el día 4 de septiembre de 2018.
- Sección de Participación - Género e Inclusión (2017). *Uso de lenguaje inclusivo persona en situación de discapacidad*. Recuperado de <http://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/01/guia-recomendaciones-lenguaje-inclusivo-discapacidad.pdf>, el día 4 de septiembre de 2018.
- Souza, Juliana Martins y Ramallo Veríssimo, Maria de la Ó (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto, *Revista. Latino-Am. Enfermagem*, Volumen 23, Número 6, pp. 1097-1104, retomado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.
- Torres, Edgar (10 de noviembre de 1991). Acción de Tutela: de qué se trata. *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-188081>, 25 de septiembre de 2019.
- Universidad Nacional de Colombia (s.f). *Cartilla de habilidades sociales*, Bogotá – Colombia. Recuperado de http://www.ciencias.unal.edu.co/unciencias/data-file/user_73/file/habilidaes%20sociales.pdf, el día 03 de septiembre de 2018.
- Universitat Politècnica de Valencia (s.f). *Inteligencia emocional*, Valencia - España. Recuperado de <https://www.upv.es/contenidos/SIEORIENT/infoweb/sieorien/info/869054C>, el día 19 de septiembre de 2018.
- Valencia Monsalve, Jaime Andrés. (2019). *Informe fonoaudiológico del sujeto 2*.
- Vasco Uribe, Carlos Eduardo (1985). *Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*
Comentarios a propósito del artículo: "Conocimiento e Interés", de Jürgen

Habermas. Versión preliminar. Santa Fe de Bogotá - Colombia. Recuperado de http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/177/TresEstilosdeTrabajo_1_.pdf, el día 26 de septiembre de 2018.

Velásquez, Rocío del Pilar. (2015). *Orientaciones para la atención de las niñas y los niños Sordos en los tres primeros años de vida.* Bogotá - Colombia. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/323283840_Orientaciones_para_la_atencion_de_las_ninas_y_los_ninos_sordos_en_los_tres_primeros_anos_de_vida_Guidelines_for_the_attention_of_girls_and_deaf_children_in_the_first_3_years, el día 1 de agosto de 2018.

Vélez Ramírez, Walter Gabriel. (2010). *Logos: más allá de la palabra hablada o escrita* (Tesis de maestría). Universidad de Antioquia. Medellín.

Zapata Ospina, Beatriz y Restrepo Mesa, José (octubre, 2013). Aprendizajes relevantes para los niños y las niñas en la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 217-227. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a15.pdf>, el día 6 de agosto del 2018