

**PROPUESTA DE EVALUACIÓN PARA EL
PROYECTO DE ESTIMULACIÓN ADECUADA
EN EL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS**

Por:

LILIANA MARÍA ECHEVERRY JARAMILLO

Proyecto de Evaluación Pedagógica como requisito para
optar al título de Licenciada en Educación Infantil Especial

Asesora de Práctica y Proyecto Pedagógico

DORIS ADRIANA RAMÍREZ SALAZAR

Magister en Psicopedagógica

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL

MEDELLIN

1997

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
1. OBJETIVOS	13
1.1 OBJETIVOS GENERALES	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2. CONSIDERACIONES GENERALES	16
2.1 ASPECTOS IMPORTANTES DEL DESARROLLO	16
2.2 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN EN NIÑOS DISCAPACITADOS	19
2.2.1 Reconocimiento temprano	22
2.2.2 Detención temprana	22
2.2.3 Educación temprana	23
2.3 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSITIVO (PIAGET)	23

		Pág.
2.3.1	Estadio Sesomotor	24
2.3.2	Estadio Preoperacional	26
2.3.3	Período de Operaciones Concretas	28
2.3.4	Período de Operaciones Formales	30
3.	MARCO TEÓRICO	31
3.1	DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES EN EL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS	31
3.1.1	Hidrocefalia	31
3.1.1.1	Etiología	34
3.1.1.2	Características	3 4
3.1.2	Microcefalia	34
3.1.3	Espina bifida	36
3.1.3.1	Definición	36
3.1.3.2	Características	37
3.1.3.3	Sintomatología y clínica	3 7
3.1.3.4	Procesos de intervención	40
3.1.4	Parálisis Cerebral	42
3.1.4.1	Definición	42
3.1.4.2	Clasificación	42
3.1.4.3	Espástica	42
3.1.4.4	Atetósica	44

		Pág-
3.1.4.5	Atáxica	45
3.1.4.6	Mixta	46
3.1.4.7	Evaluación neuropsicológica	47
3.1.4.8	Evaluación del desarrollo físico	47
3.1.4.9	Evaluación del desarrollo cognitivo	48
3.1.4.10	Dificultades de aprendizaje en el niño con parálisis cerebral	49
3.1.4.10.1	Déficit sensoriales	49
3.1.4.10.2	Déficit perceptivo	49
3.1.4.10.3	Trastornos de los movimientos oculares	49
3.1.5	Retardo Mental	51
3.1.5.1	Cognición y Aprendizaje en el Retardo Mental	51
3.1.5.1.1	Deficiencias cognitivas y adaptativas	52
3.1.5.1.2	Déficit cognitivos	53
3.1.5.1.3	Procesos cognitivos en los deficientes mentales	54
3.1.5.1.3.1	Déficit de memoria	54
3.1.5.1.3.2	Déficit de la memoria semántica	57
3.1.5.1.3.3	Déficit en la categorización	57
3.1.5.1.3.4	Déficit en la atención	58
3.1.5.1.3.5	Déficit en la solución de problemas	58

	pág-
3.1.5.1.3.6	Déficit lingüísticos 59
3.1.5.1.3.7	Déficit en el conocimiento social 60
3.1.5.2	Síndrome de down 61
3.1.5.2.1	En la trisomía 21 62
3.1.5.2.2	En la traslocación 62
3.1.5.2.3	Mosaicismo 63
3.1.5.2.4	Patología y aprendizaje en el síndrome de down 63
3.1.5.3	“La Nueva Definición del Retardo Mental”. “El Cambio del Paradigma” 68
3.1.5.3.1	Dimensiones 71
3.1.5.3.1.1	Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas 71
3.1.5.3.1.2	Consideraciones psicológicas y emocionales 75
3.1.5.3.1.3	Consideraciones físicas de salud y etiológicas 75
3.1.5.3.1.4	Consideraciones ambientales 76
3.2	DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO 83
3.2.1	Clases de diagnóstico 83
3.2.1.1	Funcional 83
3.2.1.2	General - 84
3.2.1.3	Diferencial 84
3.2.2	Modelos de evaluación diagnóstica 85

	Pág.	
3.2.2.1	Modelo psicométrico tradicional	85
3.2.2.1.1	Características relevantes	85
3.2.2.1.2	Ventajas	86
3.2.2.1.3	Desventajas	86
3.2.2.2	Análisis funcional de la conducta	87
3.2.2.2.1	Características relevantes	87
3.2.2.2.2	Ventajas	87
3.2.2.2.3	Desventajas	88
3.2.2.3	Modelo dinámico	88
3.2.2.3.1	Características relevantes	89
3.2.2.3.2	Ventajas	90
3.2.2.3.3	Desventajas	90
3.2.2.4	Técnicas más utilizadas para el diagnóstico psicopedagógico	91
3.2.2.4.1	La observación	91
3.2.2.4.2	Tipos de observación	91
3.2.2.4.3	Procedimiento de observación	92
3.2.2.4.4	Tipos de entrevista	95
3.3	PRUEBAS DE DESARROLLO E INTELIGENCIA EN LA PRIMERA INFANCIA (REVISADAS EN EL PROCESO INVESTIGATIVO)	101
3.3.1	Inventario de Desarrollo Gesell	101

	Pág.	
3.3.1.1	Comportamiento motor	101
3.3.1.2	Comportamiento adaptativo	101
3.3.1.3	Comportamiento lingüístico	101
3.3.1.4	Comportamiento persona-social	102
3.3.2	La Escala Catell de Inteligencia Infantil (1947)	102
3.3.3	Guía Portage	102
3.3.4	Escala Abreviada del Desarrollo. Ministerio de Salud, Plan Nacional (Colombia)	105
3.3.5	Examen del desarrollo del niño en denver (1970)	109
3.3.6	Inventario de desarrollo (Centro de Servicios Pedagógicos)	115
3.3.7	Evaluación del Desarrollo Físico, Mental y Social de un Niño.	115
4.	PROPUESTA DE EVALUACIÓN	117
4.1	CUADRO OPERATIVO DE DISCAPACIDADES FRECUENTES EN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN	118
4.2	FLUJOGRAMA DE LA POBLACIÓN	129
4.3	PROCESO DE DESARROLLO	130
4.3.1	Motricidad Gruesa	130
4.3.2	Motricidad Fina -	133
4.3.3	Área del lenguaje	136
4.3.4	Área Cognitiva	139

	pág.
4.3.5	Área personal social 143
4.4	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (PROPUESTA) 146
4.5	CRITERIOS DE INGRESO 147
4.6	CRITERIOS DE EGRESO 149
4.7	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN 149
4.8	CRITERIOS DE PROMOCIÓN 152
5.	INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN 153
5.1	ENCUESTA 156
5.1.1	Análisis de resultados 156
6.	CONCLUSIONES 194
7.	RECOMENDACIONES 197
8.	GLOSARIO 202
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 205
	ANEXOS 208

AGRADECIMIENTOS

Doy especial agradecimiento a mi Asesora de Práctica y Proyecto Pedagógico Doris Adriana Ramírez Salazar por la oportunidad, confianza y orientación que me brindó en todo momento para llegar a feliz término de un proceso que requirió esfuerzo, dedicación e investigación continúa.

A mis compañeras de práctica con quienes compartí la experiencia de una nueva alternativa de evaluación pedagógica.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera vivieron y compartieron conmigo los sinsabores y alegrías de todo el proceso.

Liliana María Echeverry Jaramillo

INTRODUCCIÓN

Las nuevas prácticas educativas exigen de un profesional en el área, estar a la vanguardia de los procedimientos más eficaces para dar respuesta a las necesidades cada vez más específicas de los alumnos a su cargo, y no solo de éstos ; sino de todo un conglomerado que en algunas circunstancias son discriminados o están en desigualdad de oportunidades para desarrollar sus potenciales.

Se habla entonces de los niños con necesidades educativas especiales que requieren de estrategias, diversificadas e individualizadas y una intervención multiprofesional la cual propenderá en beneficio de su crecimiento y desarrollo. Para ello es necesario contar con un modelo de intervención pedagógica que oriente y permita movilizar en ese marco de referencia, las necesidades (específicas) de cada niño en su primera infancia, cuando sus necesidades han sido detectadas tempranamente.

Dentro de esta perspectiva es importante señalar que la evaluación es un elemento significativo que puede adoptar distintas dimensiones y al mismo tiempo aportar las líneas directrices para la intervención, no solo del educador especial ; sino de otros profesionales que apoyen el proceso.

Por tal motivo este proyecto investigativo se orientó con el fin de replantear el instrumento de evaluación pedagógica del proyecto de estimulación que permitiera brindar un apoyo pedagógico acorde a las características y necesidades de la población aludida para potenciar todas las áreas de desarrollo de los niños con N.E.E. en su primera infancia.

JUSTIFICACIÓN

La educación especial, como una rama más, dentro de la corriente pedagógica no debe quedarse al margen del dinamismo que ha demostrado la práctica pedagógica en los últimos tiempos, en donde se busca constantemente nuevos y mejores métodos centrados en principios científicos no como procesos acumulativos, sino como cualificación de los mismos.

Es por esto que las acciones emprendidas para la educación de las personas con necesidades educativas especiales han adoptado concepciones y paradigmas propios que planteen la posibilidad de tener un alumno activo en los diversos procesos que implican la construcción de un conocimiento particular, esto conlleva a la concepción de un sujeto con deficiencia mental, con estructuras mentales no inacabadas, con ritmos propios, determinados por características específicas.

Para adoptar dicha concepción se debe partir de un componente esencial como parte del proceso de intervención pedagógica. - La evaluación - ésta, dentro de los nuevos lineamientos, adquiere un papel flexible y dinamizador de las intervenciones y situaciones de aprendizaje, no sólo marca la pauta para reestructurar programas; sino que implícitamente proporciona un pronóstico inicial del niño que se está evaluando.

En el caso del Centro de Servicios Pedagógicos, la evaluación de un niño en edad entre 0-6 años que presenta alguna discapacidad, requiere de un enfoque que no sólo registre su estado deficitario; sino que al mismo tiempo dicho instrumento predictivo marque la pauta y proporcione información para realizar intervenciones sistemáticas que logren dar respuesta a las necesidades específicas del niño que se evalúa.

Por lo tanto, a partir de esta propuesta, se pretende dar respuesta a una necesidad sentida al interior del Centro de Servicios Pedagógicos, elaborar un instrumento de evaluación que se ajuste a las características de la población atendida en el programa de Estimulación y que de igual manera permita la realización posterior

de una intervención pedagógica acorde al nivel de desarrollo de los niños.

Es importante señalar además, que desde hace varios años el programa de Estimulación, implemento como instrumento de evaluación de los niños el “Inventario de Desarrollo“, este registra de manera jerárquica los niveles de funcionamiento a nivel de las áreas de desarrollo (Área Cognitiva, Psicomotor, Lenguaje, Socioafectiva) de un niño normal en sus primeros 6 años de vida.

Este instrumento dado en edades de desarrollo posibilitó la creación

V

de “niveles” para la intervención pedagógica en niños con Necesidades Educativas Especiales y al mismo tiempo la creación de prioridades que eran desarrolladas en cada nivel. A lo largo de su implementación este instrumento ha sufrido cambios en la jerarquización de habilidades al interior de cada nivel.

Este instrumento presenta posibilidades operativas al momento de realizar la intervención, pero deja de lado los procesos que han seguido los niños para alcanzar ciertas habilidades en su desarrollo y al mismo tiempo desconoce los ajustes que se deben hacer en los entornos y ambientes que rodean a ese niño para lograrlas.

Por este motivo se hace necesario reevaluar la validez del instrumento, bajo la nueva concepción del niño con necesidades educativas especiales.

Para esta reestructuración y reevaluación de dicho instrumento se llevará a cabo la revisión teórica sobre los avances de frontera y de punta relacionados con la discapacidad, dando lugar también a la revisión de otros instrumentos predictivos, que se utilizan para la evaluación de la primera infancia para finalmente presentar un instrumento que se ajuste a las características y necesidades de la población atendida en el proyecto de Estimulación Adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS GENERALES

- Diseñar un instrumento de evaluación que se ajuste a las características y necesidades de la población atendida en el proyecto de Estimulación Adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos.
- Abordar teóricamente las propuestas de intervención pedagógica para niños con Necesidades Educativas Especiales en la primera infancia, teniendo en cuenta sus procesos de desarrollo.
- Brindar apoyo pedagógico y acompañamiento al niño entre 2 meses y 6 años de edad cronológica, que presenta retardo en el desarrollo, para potenciar todas las áreas de a través de la metodología grupal e individual.

- Replantear el instrumento de evaluación pedagógica del proyecto de Estimulación Adecuada, a través de la revisión de diferentes pruebas empleadas en el retardo mental y el nuevo paradigma del retardo, que promueve las categorías de apoyo pedagógico.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Registrar y analizar los instrumentos de evaluación que son aplicados en la primera infancia para determinar nivel de desarrollo y funcionamiento de un niño con retardo mental.
- Revisar teóricamente la conceptualización de las discapacidades de la población del proyecto de Estimulación Adecuada.
- Analizar la concepción del nuevo paradigma para la intervención pedagógica del niño con retardo mental.

- Diseñar una propuesta de atención integral para el niño diagnosticado con retardo mental, que contenga:
 - proceso de evaluación, - proceso de inducción, - proceso de ubicación y flujo en el programa, - proceso de promoción y remisión a partir de la revisión y construcción teórica.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

2.1 ASPECTOS IMPORTANTES DEL DESARROLLO

El desarrollo humano es complejo y el grado de organización de las estructuras y funciones indica la evolución de dicho proceso.

La estructura de la materia organizada depende de la formación y actividad interna, (componente genético); y las funciones de esas estructuras están en relación con la actividad externa, cambios del medio, presencia o ausencia de estímulos (Medio ambiente).

Por lo cual el desarrollo infantil es un proceso gradual y progresivo, en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. “Esta progresión está determinada fundamentalmente por la interacción continua entre la maduración biológica, la interacción social y las experiencias específicas de aprendizaje. No es

un proceso automático que presenta una progresión conductual determinada cronológicamente, por el contrario, es preciso que a la maduración biológica que abre posibilidades para la manifestación de diferentes y cada vez más complejos niveles de conducta, se añada el ejercicio y la actividad del niño en interacción con el medio”¹.

Aunque el desarrollo infantil avanza a través de diferentes estadios siguiendo una secuencia, vemos amplias variaciones en el desarrollo normal, lo que permite diferencias individuales entre los niños.

Premisas para tener en cuenta:

- * El desarrollo es ordenado, no aleatorio.
- * El desarrollo siempre procede de lo simple a lo complejo.
- * El desarrollo siempre procede de lo general a lo específico.
- * El desarrollo físico sigue las reglas del desarrollo cefalocaudal (de la cabeza a la punta del pie) y también las reglas del

¹ PAPALIA, Diane E. y WENDKOS OLDS, Sally. Desarrollo Humano. Editorial McGraw-Hill. 2 de 1 en Español. México, 1990. Págs. 11-13.

desarrollo próximo-distal (de lo cercano a lo más alejado), por lo cual las partes centrales del cuerpo se desarrollan antes que las extremidades, en la ley anterior las partes superiores del cuerpo se desarrollan antes que las inferiores.

* El desarrollo cognoscitivo, referente a los procesos del pensamiento lógico se da de acuerdo con líneas ordenadas el cual describe Piaget en sus etapas de desarrollo.

* Las capacidades intelectuales están estrechamente relacionadas con los aspectos motores y emocionales.

Por lo anteriormente descrito, es importante tener presente, que en la elaboración y aplicación de un instrumento de evaluación en la primera infancia lo que se pretende no es sólo establecer los déficits del niño, sino establecer su nivel de funcionamiento y ejecución que permita encaminar a corto y largo plazo procedimientos sistemáticos y jerárquicos para que alcance su nivel óptimo de desarrollo proporcionándole las mejores condiciones posibles,, e intervenciones especializadas en casos donde la situación del niño la requiera.

2.2 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN EN NIÑOS DISCAPACITADOS

Antes de entrar a considerar la importancia de una intervención temprana y su eficacia, es relevante distinguir y diferenciar la población objeto que se beneficiaría de dicho servicio.

1. Niños en situación mayor de riesgos ambiental. A este grupo de niños pertenecen aquellos en situación de pobreza, bajo status socioeconómico, ausencia de padres.
2. Niños de mayor riesgo biológico. Prematuros, bajo peso al nacer, procedentes de cuidados intensivos, dificultades al momento de nacer, complicaciones y/o enfermedades de la madre durante el proceso de gestación.
3. Niños con desviaciones, retrasos o discapacidades de desarrollo establecidas.

Para llevar a cabo una intervención eficaz se hace necesario un diagnóstico minucioso que en muchos casos puede aclarar errores

etiológicos y al mismo tiempo disminuir el sentido de culpa de los padres. Del mismo modo facilita información significativa para el pronóstico, orientar aspectos de la intervención y establecer estimaciones de riesgos de recurrencia con vista a una futura planificación familiar.

Para ello se debe tener en cuenta:

- La naturaleza de la deficiencia. (Genética, hipóxica, infecciosa, traumática, tóxica, nutricional, psicosocial).
- El momento de aparición de la deficiencia. (Prenatal, perinatal, postnatal).
- Las áreas específicas de desarrollo afectadas.

La mayoría de los enfoques sobre intervención precoz o adecuada representan generalmente un modelo de desarrollo y por ende su promoción a través de una serie de manipulaciones de factores ambientales o experimentales que se inicia durante los 5 a 6 primeros años de vida.

Dentro de este marco se obtiene un perfil general del desarrollo, el cual incluye los puntos fuertes y los estilos adaptables de los niños, los aspectos del entorno físico y social que no parecen ser óptimos con respecto al desarrollo de los niños, y una evaluación de las características del niño que pudieran contribuir a cualquier posible dificultad. Todas éstas evaluaciones se realizan de una forma sistemática basándose generalmente en valoraciones procedentes de numerosas disciplinas. La información obtenida se reúne para generar un plan de intervención.

Se pretende de este modo que las intervenciones sean eficaces tanto a largo como a corto plazo, a través de procesos que tratan de establecer el entorno más apropiado desde el punto de vista del desarrollo o que reduzcan o eviten el efecto de posibles complicaciones secundarias.

El enfoque de este tipo de modelos trata de garantizar que los procesos y relaciones de desarrollo se aproximen mucho a lo que corresponden a los principios de desarrollo normal de un niño y a un funcionamiento sólido de la familia y la comunidad.

Al mismo tiempo acoge un fuerte componente preventivo, diseñado para mantener las condiciones, cuando éstas son apropiadas desde el punto de vista del desarrollo y para minimizar la aparición de cualquier complicación secundaria.

La Estimulación temprana de niños discapacitados reúne un cúmulo de actividades diversas e incluye:

2.2.1 Reconocimiento Temprano. Antes de iniciar la intervención o estimulación debe reconocerse la discapacidad y de ser posible establecer su etiología.

- Establecer el daño.
- La anomalía funcional.
- Situación de privación durante el desarrollo.

2.2.2 Detención Temprana. Es aquel proceso organizativo que media entre el primer diagnóstico y el primer contacto del niño y sus padres con el especialista o los especialistas en estimulación.

En este período, los padres requieren un intenso asesoramiento por parte de los especialistas.

2.2.3 Educación temprana. En este aspecto se trata de brindar una educación especial que se instaure tempranamente, se planifique teniendo en cuenta características y necesidades específicas del niño.

2.3 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO (PIAGET)

Para la comprensión de la teoría es necesario tener presente la conceptualización de:

Esquema. Constituye la unidad cognoscitiva básica. Este incluye la organización mental, o sea, la conceptualización, por parte del niño de situaciones específicas y el comportamiento que puede observarse.

Un esquema se reconoce por el comportamiento que implica Ej.: (Esquemas de visión, succión, de movimientos, entre otros).

La organización y la adaptación. Ambos aspectos influyen en el desarrollo cognoscitivo a través de todos los estadios que plantea el autor, los cuales denomina “Invariantes funcionales”.

La organización incluye la integración de los procesos de un sistema total.

La adaptación es un doble proceso a través del cual el niño crea nuevas estructuras para relacionarse de manera efectiva con el medio que lo rodea. Para este proceso hacen parte tanto la asimilación como la acomodación, las cuales constituyen la esencia del comportamiento inteligente.

La asimilación consiste en el entendimiento de un nuevo objeto, experiencia o concepto dentro de un conjunto de esquemas ya existente.

La acomodación es el proceso mediante el cual los niños modifican sus acciones para manejar nuevos objetos y situaciones del medio.

Ambos trabajan conjuntamente para producir cambios en la conceptualización infantil del mundo y en su reacción al mismo.

2.3.1 Estadio sensoriomotor. Comprende desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente.

En este estadio el niño se transforma, desde ser que responde inicialmente a través de reflejos, hasta que organiza actividades en relación con el ambiente.

Por medio de la manipulación de objetos, avanza desde los reflejos, pasando por el aprendizaje de ensayo y error hasta resolver problemas simples.

El esquema de la permanencia de objeto es la adquisición más importante de este período.

Sub - Estadios del período sensoriomotor

1. Uso de los reflejos (desde el nacimiento hasta el primer mes).
2. Reacciones circulares primarias. Primeras adaptaciones adquiridas (del 1o. Al 4o. mes). El bebé comienza a coordinar información sensoriomotora.
3. Reacciones circulares secundarias (del 4o. Al 8o. mes). Este es el comienzo de la acción intencional.

4. Coordinación de los esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas (del 8 al 12 mes).

5. Reacciones circulares terciarias (del 12o. al 18o. meses). El descubrimiento de nuevos medios debido a la experimentación activa.

(Ver Anexo No. 1)

2.3.2 Estadio preoperacional. Período del pensamiento representativo y prelógico.

Comprende desde los 2 años hasta los 7 años aproximadamente.

En la transición a este período el niño descubre que algunas cosas pueden tomar el lugar de otras.

Este estadio trae consigo la función simbólica, los niños pueden usar símbolos para representar objetos, personas y lugares.

Los procesos mentales son activos y reflexivos. El pensamiento ya no está sujeto a acciones externas y se interiorizan.

Las representaciones internas proporcionan movilidad en el reconocimiento y apropiación del medio. Estas son:

La imitación, el juego simbólico, la imagen mental y un acelerado desarrollo del lenguaje hablado.

El pensamiento del niño se caracteriza por:

1. Egocentrismo. No pueden ponerse en el lugar de otros.

El darse cuenta de algo sin reconocer las perspectivas, las necesidades y los intereses de otras personas.

2. Centración. Se concentran un aspecto de la situación y descuidan otros. No pueden descentrar o considerar más de un aspecto de una situación.

3. Irreversibilidad. Incapacidad para invertir mentalmente una acción para regresar al estado original.

2.3.3 Período de operaciones concretas. Período del pensamiento lógico concreto. (Comprende de los 7 a los 11 años).

Este período de operaciones concretas en la mayoría de los niños corresponde con bastante exactitud a los años de la escuela elemental o primaria.

En este período el niño es capaz de retener mentalmente dos o más variables cuando estudia los objetos y reconcilia datos aparentemente contradictorios. Adquiere la reversibilidad que le permite invertir mentalmente una acción que sólo llevaba a cabo físicamente.

Demuestra un rápido incremento en su habilidad para conservar ciertas propiedades de los objetos (número, cantidad, forma, tamaño, volumen, color, etc.), y al mismo tiempo realizar una clasificación y ordenamiento de éstos.

Las operaciones matemáticas también surgen en este período. El niño se convierte cada vez más en un ser capaz de pensar en objetos físicamente ausentes que se apoyan en imágenes vivas de

experiencias pasadas. Sin embargo, el pensamiento está limitado a cosas concretas en lugar de ideas.

Otras características a este período son:

1. **Realismo:** Cuando los niños confunden sucesos psicológicos con la realidad objetiva y consideran los nombres, las imágenes, los pensamientos y sentimientos como entidades reales.
2. **Animismo:** Consiste en dotar a objetos inanimados de vida consciente.
3. **Artificialismo:** Los niños egocéntricos se consideran a sí mismos como el centro del universo.

Sienten que ellos u otros seres humanos han creado todas las cosas en el mundo.

Con la ayuda de los adultos, los niños logran darse cuenta de que la actividad humana no está implicada en la creación de fenómenos naturales.

2.3.4 Período de operaciones formales. Período del pensamiento lógico ilimitado (hipótesis, proposiciones 11 a 15 años aproximadamente).

Este período se caracteriza por la habilidad para pensar más allá de la realidad concreta. La realidad es ahora sólo un subconjunto de las posibilidades para pensar.

Puede ahora pensar en la relación de relaciones y otras ideas abstractas, (proposiciones y conceptos de segundo orden).

El niño en esta etapa tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales proposiciones en vez de objetos concretos únicamente.

Es capaz de entender y apreciar las abstracciones simbólicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES EN EL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS *y*

3.1.1 **Hidrocefalia.** La hidrocefalia es de carácter heterogéneo puede darse:

1. Hidrocéfalo Interno: Se presenta un aumento de líquido en el interior de los ventrículos cerebrales.
2. Hidrocéfalo Externo: Se presenta un aumento de líquido en el espacio subdural. Este puede ir acompañado de un cráneo de tamaño normal, o incluso pequeño.

3. Hidrocéfalo comunicante: Cuando no existe ninguna obstrucción en el interior del sistema ventricular o del canal medular. Si está impedido el paso se trata de un hidrocéfalo obstructivo.

Cerca de un 80% de casos de hidrocéfalo obstructivo va acompañado de Espina Bífida.

Cuando el tamaño del cráneo puede detectarse el nacer se habla de "hidrocefalia obstétrica", si su detección se hace durante los 4 primeros meses de vida se habla de "hidrocefalia del lactante".

Toda hidrocefalia se debe a una disminución de la absorción del líquido cefalorraquídeo. El líquido se produce en cantidad normal, sin que pueda absorberse; por consiguiente, se acumula en las zonas proximales al bloqueo. Cerca de un 75 - 90% tiene una etiología prenatal.

La hidrocefalia puede ser además secundaria a Espina bífida o a diversas causas postnatales, infección hemorragia, quistes o tumor.

La señal ordinaria de diagnóstico es una cabeza grande que crece rápidamente, de manera especial al frente. Algunas veces la cabeza alcanza proporciones grotescas, con la circunferencia del cráneo al doble

de la de una cabeza normal. En esta situación extrema, los huesos del cráneo resultan muy delgados y separados entre si, y la cabeza produce fácilmente llagas de presión. Esta presión sobre el cerebro suele causar un daño muy considerable, dando por resultados que muchos sean profundamente retrasados, siendo también frecuentes, otras señales de daño cerebral como espasticidad. Algunas veces la presión saca a los ojos de su orientación normal terminando en una condición llamada "Síndrome del Sol poniente" por que sólo la parte superior de las pupilas aparecen como saliendo de los párpados inferiores.

En otros casos se detienen espontáneamente y el individuo no da ninguna muestra de deficiencia mental, aunque la cabeza puede seguir de tamaño anormal, en otros casos tiene una inteligencia normal pero con impedimentos motores. El grado de retraso puede ser muy variado desde limítrofe hasta profundo.

En muchos casos el tratamiento es quirúrgico, insertando en la cabeza una desviación mecánica para soslayar la oclusión. Esta operación tiene que hacerse generalmente poco tiempo después del nacimiento y no siempre tiene éxito, ya que bien puede suceder que el daño en el cerebro haya ocurrido antes del parto.

3.1.1.1 Etiología.

- * El sistema de drenaje se malforma.
- * Resultado de alguna infección pre o postnatal
- * Traumas físicos.
- * Generalmente el mal está presente al nacer, otros sobrevienen después del nacimiento.
- * En la mayoría de los casos se desconoce la causa.

3.1.1.2 Características.

- * Aumento de tamaño de la cabeza.
- * Ingurgitación de las venas epicraneales.
- * Suturas y fontanelas aumentadas de tamaño y separadas.

3.1.2 Microcefalia. La microcefalia es un signo, raras veces una afección.

Puede presentarse por casos debidos a un gen único, a alteraciones cromosómicas graves y a factores ambientales, así como por etiología desconocida.

Por definición, el pequeño afecto tiene un perímetro cefálico menor de 3 DE (desviaciones estándar) para la edad y sexo. En casos extremos puede ser evidente en recién nacidos caracterizándose por frente hundida, occipucio plano, fontanelas pequeñas o cerradas. Generalmente el cabello frontal tiene tendencias a elevarse.

El crecimiento corporal suele estar retrasado. La marcha, el lenguaje y el desarrollo mental presentan diversos grados de retraso, y en algunos casos padecen además estrabismo, convulsiones y espasticidad.

A medida que el niño crece, se va haciendo más aparente el pequeño tamaño del cráneo. La frente retrocede, el cabello se vuelve grueso y áspero, y generalmente existen pliegues en el cuero cabelludo por exceso de piel, las Orejas y la nariz aparecen grandes.

Un cráneo pequeño ordinariamente indica retraso, pero de ninguna manera siempre.

Sin embargo, existe el síndrome de microcefalia pura o primaria en cuyo caso el retraso es generalmente severo, y la espasticidad es frecuente.

3.1.3 Espina bifida.

3.1.3.1 Definición. Espina bifida quiere decir una partidura en la espina, o sea que la columna vertebral no se ha cerrado completamente.

Existen 3 tipos de Espina bífida las cuales varían de leve a severo y son:

1. Espina Bífida Oculta: Consiste en una apertura en una o más de las vértebras de la columna espinal, sin ningún daño aparente en la médula espinal.
2. Meningocele: Los meninges (o cobertura protectora que rodea la medula espinal) se han salido a través de una apertura en las vértebras, en un saco llamado el "Meningocele"
3. Myelomeningocele: Esta es la forma más severa de espina bífida, en la cual una porción de la médula espinal sobresale a través de la espalda. En algunos casos, los sacos están cubiertos de cutis, en otros, los tejidos están expuestos.

Generalmente los términos de "Espina bífida" y " Myelomeningocele" son asociados en forma intercambiable.

3.1.3.2 Características. Los efectos de Myelomeningocele, pueden incluir debilidad muscular, o parálisis bajo el área donde ocurre la apertura o hendidura, falta de sensación bajo la hendidura, e incontinencia.

Existe el peligro, además, de una acumulación anormal de líquidos en el cuerpo y por lo tanto en el cerebro resultando una - Hidrocefalia- un alto porcentaje de niños que nacen con Myelomeningocele tienen Hidrocefalia.

3.1.3.3 Sintomatología y Clínica. La persona afecta presenta una tumoración de mayor a menor envergadura. Lo habitual es una tumoración, recubierta o no de una piel de características inmaduras generalmente en la región lumbosacra, y con poca incidencia en la región cervical.

Esta tumoración si esta abierta o presenta efracciones en su cubierta cutánea puede infectarse y provocar meningitis, aracnoiditis, mielomeningitis, encefalitis y meningoencefalitis.

En este saco tumoral están la médula espinal y la raíces espinales, todo ello de tejidos displásicos y distorsionados anatómicamente; por ello, en el aspecto neurológico, se provocará una parálisis motora de extremidades inferiores de mayor a menor alcance según a que nivel se localice la disrafia; ya que la médula espinal es el más claro exponente de la segmentación en nuestro organismo. La parálisis es flácida en función de la sustancia gris o raíces afectadas, espástica en aquellos casos que es consecuente a la interrupción de cordones descendentes en la sustancia blanca. Acompaña a la parálisis existe una pérdida sensorial segmentaria por afección de la sustancia gris y también perdida distal por afección de los cordones ascendentes de la sustancia blanca.

Alteraciones de los esfínteres vesical y anal y de la funcionalidad de la vejiga urinaria y del recto. Esto condiciona vejigas retencionistas o incontinentes y esfínteres hipertónicos o hipotónicos con consecuencia del tipo de micción obstruida y secuelas para la vejiga y vías urinarias superiores que puede llevar al reflujo y alteraciones renales graves, o también a la incontinencia permanente.

Se presenta además malformaciones esqueléticas derivadas de un hecho malformativo concurrente con la espina bífida o de malposiciones en el

periodo de vida intrauterina, porque la parálisis existente crea desequilibrios musculares entre segmentos de la economía que están normalmente inervados y otros que no lo están, de este modo los huesos de las extremidades inferiores pueden estar incorrectamente alineados o hipoplásicos y de esta manera se presentan alteraciones como: pie zambo, pie talo, luxación de cadera, torsiones tibiales, incurvaciones anormales de los huesos largos.

En otro aspecto de las complicaciones y trastornos del desarrollo cabe decir que por la falta de una información sensorial correcta de su propio organismo por falta medular y periférica, es un individuo que no está adquiriendo una consciencia correcta de su propio esquema corporal y por este motivo pueden tener lugar disfunciones neuropsicológicas importantes: retraso psicomotor, disfunción cerebral, trastornos del lenguaje, retraso escolar. Por los mismo motivos aunque requiriendo la presencia de una lesión orgánica habrá síntomas mayores: epilepsia, trastornos de paredes craneales, seudoparálisis bulbar, debilidad motora global, distonías, alteraciones de equilibrio y coordinación, debilidad mental y oligofrenia en todos sus grados.

3.1.3.4 Proceso de Intervención. Para el estudio correcto y tratamiento de la espina bifida se requiere de un equipo multidisciplinario coordinador para alcanzar la integración de estos niños.

Para iniciar la intervención se debe empezar por las posibilidades preventivas que puedan llevar a la disminución de la incidencia de la malformación.

* Evitar factores ambientales (radiaciones ionizantes, exceso de vitamina A, determinados antiepilépticos, etc).

* Intervención precoz.

* Intervención de neurocirujanos infantiles que extirpan las estructuras displásicas inútiles y cierran el saco intentando conseguir una integridad anatómica.

* Si presenta hidrocefalia también puede requerir intervención pronta que asegure el drenaje del líquido cefalorraquídeo.

* El rehabilitador debe orientar una serie de pautas para reducir malformaciones, evitar su progresión y aparición de otras nuevas.

Debe cuidarse la postura de los miembros, reducir mediante movilizaciones las actitudes viciosas de las articulaciones en caderas, pies y rodillas y fijarlas en posturas correctas con ayuda de vendajes y férulas blandas que no permitan lesiones tróficas y ulcerativas de la piel.

Reeducación muscular de todos aquellos músculos que conservan su función total o parcial y evitando en lo posible desequilibrios.

Vigilancia de la columna y su desarrollo con el crecimiento.

* Hay que educar en el niño las fases de gateo, sedestación, bipedestación y marcha, hasta donde sea posible. Dados los déficit neuromusculares se debe conseguir por medio de cinesiterapia, hifroperapia, mecanoterapia y ayuda de órtesis en colaboración con un fisioterapeuta.

* Se debe estudiar el desarrollo neuropsicológico del niño y proceder a tratamientos de estimulación precoz para perfeccionar el aporte de

aferencias sensoriales e integración sensoriomotriz para ello se requieren grupos de psicomotricidad orientados por rehabilitadores con terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

* Tratamiento foniatrico para trastornos del lenguaje y lecto-escritura.

3.1.4 Parálisis cerebral.

3.1.4.1 Definición. Es un trastorno de la postura y el movimiento, originado por una disfunción del cerebro inmaduro. Este puede suceder durante la gestación, el parto o en la infancia.

La parálisis no es progresiva, pero a nivel funcional puede deteriorarse, sino es adecuadamente intervenida.

3.1.4.2 Clasificación. La parálisis cerebral se clasifica de acuerdo a diferentes aspectos. Según la parte del sistema nervioso que se encuentre afectada, trastorno tónico, postural y de movimiento.

3.1.4.3 Espástica. Aumento de la tensión muscular. Los movimientos normales están sustituidos por movimientos en grupo que involucran a todo el cuerpo, encontrándose generalmente todo el cuerpo estirado con

las piernas en posición de tijeras cuando el niño esta boca-arriba y con el cuerpo doblado cuando esta boca abajo.

- Los músculos pierden su elasticidad.

- No hay crecimiento normal del niño debido a la presión anormal de los músculos "tensos" sobre los huesos y articulaciones.

- Se les dificulta mucho o no pueden enderezar la cabeza no sentarse.

- Incoordinación en sus movimientos y presencia de movimientos anormales dependiendo de la posición en que se encuentre el niño.

- El lenguaje puede ser casi imposible o producirse con gran esfuerzo explosividad y falta de claridad.

- Babinski positivo / Retardo mental.

- La mímica es rígida, inadecuada, deficiente y lenta.

- Hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.

3.1.4.4 Atetósica. El niño cambia rápida y constantemente de estar "tenso" o a estar "flácido" y viceversa.

Este cambio se nota en las piernas, tronco, brazos, cuello, cara, boca y lengua.

Cuando quiere hacer movimientos por él mismo, estos son mal coordinados, dirigidos y bruscos, además se presenta otros movimientos que él no puede controlar. Estos movimientos pueden presentarse en las partes más cercanas al tronco, como hombros y caderas o en las partes más alejadas como pies y manos.

Alterna sus movimientos bruscos y mal orientados con las posturas rígidas, pero solo las mantiene por segundos.

- Se encuentra afectada la respiración, alimentación y lenguaje.

- La atetosis no se presenta como tal en el recién nacido, sino hasta los 4 meses que intenta realizar movimientos voluntarios.

- Reflejos anormales o disminuidos.

3.1.4.5 Atáxica. Los músculos del niño están un poco flácidos.

- No hay o está afectado el equilibrio y la coordinación.

- No puede controlar la dirección de sus movimientos ni calcular el tamaño de éstos.

- Sus movimientos voluntarios son amplios, no rítmicos e irregulares.

- Hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.

- La ataxia se manifiesta de una forma más clara cuando el bebé inicia movimientos voluntarios, aunque en el recién nacido se puede notar un llanto anormal que puede ser suave y sin esfuerzo o en forma de gritos agudos.

- Con frecuencia pies valgos.

- Dismetría o disartría.

3.1.4.6 Mixta. Es muy frecuente que los tipos de parálisis cerebral no se presenten con sus características en forma pura; sino que existen combinaciones de éstas. Compromiso de las 4 extremidades.

De acuerdo con la distribución topográfica del compromiso motor y según la parte del cuerpo afectada se dividen en :

- Cuadruplejía o cuadriparesia. Afecta los 4 miembros.
- Triparesia o Triplejía. Afecta 3 miembros.
- Paraparesia o Paraplejía. Afecta las 2 piernas.
- Diparesia o Diplejía. Afecta los 2 brazos.
- Hemoparesia o Hemiplejía. Afecta 1 brazo y 1 pierna del mismo lado.
- Monoparesia o Monoplejía. Afecta 1 miembro.

La observación sistemática es el procedimiento más fiable para detectar parálisis cerebral.

Cuando el bebé se sienta y si presenta un pulgar contraído en la palma de la mano y mantiene sus piernas en extensión rígida; si al llevarlo hacia atrás y cuando no se le sostiene la cabeza el cuello procede a su hiperextensión, si al levantarlo no es capaz de levantar la cabeza cuando

se trata de sentar; si el ponerlo boca abajo y levantando la cabeza aprisiona un brazo con su propio cuerpo; si al levantarse la cabeza y el pecho y mientras se apoya sobre sus antebrazos mantiene sus manos cerradas, debe sospecharse la presencia de una parálisis cerebral.

La presencia de un reflejo tónico cervical más allá de los 6 meses indica una patología del sistema nervioso central.

3.1.4.7 Evaluación Neuropsicológica. La evaluación neuropsicológica del trastorno es el procedimiento que debe seguirse por parte de un médico experto, para identificar y clarificar los déficit físicos de la persona en alguna de sus categorías.

Un examen de las reacciones posturales y reflejas de las destrezas motoras que se conservan y de las que se han visto dañadas, esto permite decidir los objetivos para la intervención y los medios para que sea eficaz. Así mismo una descripción de los efectos sobre el comportamiento.

3.1.4.8 Evaluación del desarrollo Físico. "Los sujetos normales nacen con ciertos reflejos posturales primitivos que siguen una secuencia de aparición y desaparición ordenada. Comienza en el período fetal y

empiezan a integrarse muy rápidamente, normalmente antes de los 6 primeros meses de vida. La persistencia de estos reflejos o su evolución inusual refleja la existencia de una disfunción del sistema nervioso central. Cuando el sujeto padece un trastorno neurológico o se ven alterados sus funciones intelectuales, la duración de un reflejo y su desaparición se ve tempranamente alterada.

El perfil de reflejos primitivos (Capute, Accardo, Vining, Rubenstein y Tanyman, 1978) permite evaluar los reflejos primitivos más caracterizados².

Estos autores describen los distintos reflejos, reseñando los procedimientos para activarlos y una puntuación para evaluar su desarrollo.

3.1.4.9 Evaluación del Desarrollo Cognitivo. Para la evaluación cognitiva del niño se sugieren categorías de test que pueden referirse a un currículo o a un criterio teórico no normativo.

Los primeros permiten definir una serie de objetivos específicos y un programa de instrucción orientada a su consecución. Estos pueden

² MAYOR SANCHEZ, Juan. Manual de Educación Especial. Editorial Anaya S.A. Madrid, 1988.

derivarse del propio test o de un análisis de las tareas en que se manifiesta una habilidad particular.

3.1.4.10 Dificultades de Aprendizaje en el niño con parálisis Cerebral. Por definición el niño con parálisis cerebral presenta un déficit motor, el cual le impone limitaciones a su conducta incluyendo su aprendizaje escolar, asociados a este déficit se encuentran otros a saber:

3.1.4.10.1 Déficit sensoriales. Su diagnóstico se hace difícil aunque en ocasiones son evidentes. Es difícil además diagnosticar la actividad intelectual, ya que en ocasiones el niño presenta una capacidad cognoscitiva elevada frente a otra disminuida.

3.1.4.10.2 Déficit perceptivo. Este aspecto presenta una gran barrera para el niño con parálisis cerebral; ya que la discriminación de sensaciones (temperatura, forma, color entre otras), posiciones y movimientos de las articulaciones hacen difícil el conocimiento y la aprehensión del mundo que le rodea.

3.1.4.10.3 Trastornos de los movimientos oculares. En general las dificultades de aprendizaje en los niños con parálisis cerebral se pueden distinguir:

- Pobre o inadecuado conocimientos del esquema corporal.

- Dificultades de memoria: Visual y auditiva.

- Dificultades perceptuales: distinguir figura - fondo.

- Dificultades en la coordinación visomotora: reproducción de formas bidimensionales y tridimensionales.

- Distractibilidad: incapacidad para centrar en forma adecuada su atención sobre los estímulos por la inestabilidad postural y la incoordinación.

- Disociación: dificultad que tiene para ver las cosas como un todo, su tendencia es captar las partes antes que el todo.

- Perseverancia.

- Inestabilidad en el movimiento.

- Alteraciones en la conceptualización de nociones espaciales por la dificultad para realizar movimientos voluntarios e intencionados, manejo del espacio, ritmo.

- Problemas de lenguaje a nivel de contenido, forma y uso.

3.1.5 Retardo mental.

3.1.5.1 Cognición y aprendizaje en el retardo mental. El retraso o deficiencia mental se ha definido en términos del C.I. (coeficiente intelectual), referido a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media.

Con los aportes de investigaciones realizadas por, algunos autores en este campo tanto el término de inteligencia como el de deficiente mental han llevado a cambios sucesivos en las conceptualizaciones y por ende las han dinamizado y flexibilizado lo cual exige analizar el funcionamiento cognitivo en términos de procesos y estrategias.

"Para dar respuesta esta cuestión se han propuesto dos modelos - el que subraya la existencia de un déficit de una diferencia cualitativa (Milgran

1973) y el que reduce la desviación a un simple retraso en el desarrollo, diferencia cuantitativa (Zigler 1969, Gallagher 1985).

El primero interpreta la deficiencia mental en términos de un deficiente funcionamiento cognitivo que alcanza a todas las áreas cognitivas, desde la memoria, al razonamiento formal, pasando por la metacognición.

El segundo modelo considera que la deficiencia es el resultado de un lento desarrollo siendo las estructuras mentales y los procesos cognoscitivos de los deficientes los mismo que los de los sujetos normales y explican el más pobre rendimiento de aquellos en función de variables motivacionales y de personalidad, así como en razón de una diferente historia de refuerzos"³.

3.1.5.1.1 Deficiencias Cognitivas y adaptativas. Según investigaciones revisadas en los últimos años Landerman - Dwyer y Butterfield (1986 págs. 492 -494) extraen la siguiente característica, sobre cognición y aprendizaje:

³ MAYOR SÁNCHEZ, Juan. SÁINZ SÁNCHEZ, Javier. "La Psicología en la Escuela Infantil". Pág. 472.

- Las deficiencias cognitivas de los retrasados mentales se sitúan principalmente en el nivel de los procesos superiores más que en los procesos subordinados.

- A pesar de todo, ni el entrenamiento cognitivo, ni el apoyo ambiental son suficiente para eliminar, las diferencias entre los deficientes mentales y los sujetos normales.

- Factores no cognitivos - los motivacionales, la personalidad o las destrezas sensoriales o motoras, afectan a la cognición y al aprendizaje.

3.1.5.1.2 Déficit Cognitivos. “En los últimos años se han hecho grandes esfuerzos para determinar el papel que juegan los procesos cognitivos en la deficiencia mental”⁴, con ello se ha tratado de desmitificar la caracterización de la deficiencia mental por su nivel cognitivo bajo.

Dentro de los procesos más investigados se tienen, la atención, la memoria, la solución de problemas y el razonamiento. .

⁴ MAYOR S., Juan. “Manual de Educación Especial”. Editorial Anaya S.A. Madrid, 1988. Pág. 400 -

Inicialmente cuando se utilizan o emplean los términos de inteligencia y procesos cognitivos se tiene siempre presente el mismo referente; lo que ha ocurrido durante la mayor parte de este tiempo, utilizando el término "Inteligencia" en el contexto de una psicología diferencial adoptando el concepto desde lo psicométrico y global definida en función de un instrumento de medida el cual determina el C.I. mientras que la expresión "Procesos cognitivos" esta vinculada a una psicología experimental que adopta un concepto funcional y analítico del funcionamiento cognitivo, el cual estudia cómo se procesa la información y cómo se elabora la respuesta a nivel de memoria, categorización, solución de problemas, lenguaje y conocimiento social.

3.1.5.1.3 Procesos cognitivos en los deficientes mentales. “El déficit cognitivo puede deberse al tipo de representaciones que el deficiente maneja y a los procesos que actualizan la información relevante ante un problema”⁵.

3.1.5.1.3.1 Déficit de Memoria. La atención es uno de los procesos más complejos del ser humano, ya que tiene como tarea determinar de qué modo las alternativas de estímulo se asignan a las de respuesta. (Farrell, 1984; Sainz, 1985).

⁵ MAYOR S., Juan. “Manual de Educación Especial”. 1988. Pág. 402.

La memoria activa es el subsistema responsable de este proceso de asignación. Para que éste tenga lugar la memoria activa cumple las siguientes funciones:

- Selecciona los objetivos a alcanzar y los planes que previsiblemente determinan su consecución.

- Define los datos de entrada (que proceden de la memoria interna o del medio).

- Asigna el tipo de control (automático y/o estratégico) según convenga al proceso de ejecución.

- Conserva la información relevante durante el proceso.

- Evalúa las consecuencias parciales y globales de la ejecución.

- Mantiene y/o altera los recursos del sistema, sus datos y procedimientos, dependiendo del resultado de la evaluación.

Un déficit primario es el que se refiere a las representaciones de que dispone el sistema para llevar a cabo una tarea. La persona con deficiencia mental no cuenta con representaciones complejas ni objetivos que trasciendan el contexto más inmediato.

Difiere el deficiente del normal en cuanto a:

- El tipo de procesamiento, ya que el control no es eficiente, ya sea por la dificultad de evaluar las demandas de la tarea, o por dificultades en la automatización de proceso que liberan a la memoria activa de ejercer una atención constante.
- La capacidad de registro de la memoria activa ya sea estructural (si el sistema cuenta con una menor capacidad) o funcional (si esta menor capacidad procede de la dificultad para liberar recursos automatizando una cierta serie de procesos).
- Las estrategias de ejecución: provienen de la dificultad de integrar las diferentes etapas por las que pasa el proceso de solución de un problema.

3.1.5.1.3.2 Déficit de la memoria Semántica. Estos afectan a los procesos de codificación y de recuperación de la información. Las actividades de procesamiento más complejas (procesos de inferencia y solución de problemas) dependen de la actuación y coordinación de una secuencia de operaciones de procesamiento semántico fundamentales que se basan, en los procesos de codificación y de recuperación de la memoria semántica.

Las investigaciones muestran que los deficientes no disponen de menos información que los sujetos normales; sino que son incapaces de utilizar la que efectivamente poseen cuando llevan a cabo una tarea.

Las dificultades proceden además de su incapacidad para juzgar las relaciones jerárquicas, que se dan entre los conceptos, especialmente cuando estas relaciones exigen considerar ciertas propiedades abstractas siendo independientes de la modalidad del material presentado (de dibujo o de palabra).

3.1.5.1.3.3 Déficit en la Categorización. Las personas deficientes transfieren menos información y más lentamente desde la memoria activa a su interpretación o codificación en la memoria semántica.

3.1.5.1.3.4 Déficit en la atención. Las personas deficientes mentales atienden a los estímulos que son relevantes para resolver un problema (tareas de discriminación) y atienden perseverantemente a cierto tipo de estímulos, dificultando su adaptación a circunstancias cambiantes.

3.1.5.1.3.5 Déficit en la solución de problemas. Un sujeto se encuentra en problemas cuando no dispone en su repertorio de alternativas de respuesta que le permitan alcanzar cierto objetivo. La representación interna que el sujeto construye del entorno de la tarea se denomina "Espacio del problema".

Esta representación no sólo incluye las alternativas de respuesta que se toman; sino todas aquellas que cabe considerar antes de seleccionar y ejecutar una cierta respuesta y que no necesariamente se actualizan. El espacio del problema varía dependiendo de las estrategias que el sujeto utiliza y de las consecuencias que se derivan de las acciones ejecutadas.

La solución de un problema implica cuatro etapas:

- Comprender la naturaleza del problema.
- Diseñar plan de solución.
- Ejecutar plan.
- Deducir un principio general.

En los deficientes la aparición de estas etapas, no es, a menudo espontánea para la cual puede llegar a producirse de forma efectiva cuando el sujeto es sometido a una serie de programas de entrenamiento específicos.

3.1.5.1.3.6 Déficit Lingüísticos. Se ha venido considerando habitualmente que el lenguaje de los deficientes mentales no es diferente del de los sujetos normales, aunque, eso sí está menos evolucionado en función de la severidad de su deficiencia. Las diferencias encontradas con respecto a los normales han sido a nivel de:

- Competencia comunicativa.
- Manejo de los actos del habla (dificultades articulatorias, lenta adquisición del léxico, retraso en el uso correcto de reglas morfosintácticas).

3.1.5.1.3.7 Déficit en el Conocimiento social. Lamb y Sherrod (1981, p. XI) definen el conocimiento social en la infancia como un proceso complejo en el que se integran:

- El desarrollo de la capacidad de identificar, recordar y reconocer los objetos sociales(personas) distintas de los objetos inanimados. El desarrollo de la capacidad de llevar a cabo inferencias sobre las actitudes, emociones y motivaciones de otras personas, habilidad para atribuir significado a sus experiencias sociales.

Una de las cuestiones más relevantes de cuantas afectan el desarrollo del conocimiento social es la que se refiere a su independencia o dependencia de procesos cognitivos más básicos.

Parece razonable suponer que el conocimiento social depende, no del conocimiento en general; sino de los procesos cognitivos que subyacen a su adquisición, pero a su vez el comportamiento de estos procesos depende de la naturaleza específica del intercambio comunicativo.

Es posible entrenar a los deficientes a través de la manipulación experimental de la experiencia social para que sean capaces de

comprender las reglas de la interacción, siempre y cuando se proporcione un contexto social apropiado, optimizando de esta forma el desarrollo de habilidades cognitivo - sociales.

3.1.5.2 Síndrome de down. El síndrome de Down es el resultado de la presencia de un cromosoma adicional, en el par 21 causado por una alteración genética.

Existen 3 tipos de síndrome de Down, según el modo en que adquirió el individuo el cromosoma adicional.

El cromosoma adicional resulta de un proceso llamado no disyunción.

Normalmente en la formación de los gametos los 46 cromosomas de la célula madre se dividen por igual entre las dos células hijas, cada una tiene 23 cromosomas, uno de cada tipo.

La no disyunción es un error en este proceso en el que los cromosomas no se dividen por igual entre las dos células hijas; sino que una recibe 24 cromosomas y la otra 22.

3.1.5.2.1 En la Trisomía 21. Ambos cromosomas de número 21 van de las células hijas y ninguna a la otra célula.

La célula con sólo 22 cromosomas nunca produce un individuo viable, pero el gameto con 24 cromosomas si puede ser fertilizado produciendo una célula con 47 cromosomas, el niño resultante tiene Síndrome de Down.

3.1.5.2.2 En la Traslocación. El cromosoma de uno de los padres se ha adherido a otro cromosoma, ordinariamente el 15. Cuando se examinan los cromosomas de este progenitor con un microscopio solamente se pueden ver 45, pero el cromosoma 15 es más grande de lo normal, por que contiene los genes del cromosoma 21. Como al progenitor no le esta faltando ningún material genético, no aparece ninguna anomalía en el fenotipo, sin embargo cuando las células madres se dividen para producir gametos puede producirse un espermatozoide o un óvulo que contenga el material genético del cromosoma 21, reproduciéndose dos veces y así si la concepción ocurre con esta célula el resultado se parecerá la trisomía 21.

3.1.5.2.3 Mosaicismo. El defecto sobreviene después de la concepción, el cigoto inicial tiene un número normal de cromosomas, pero en algún momento durante el desarrollo prenatal y durante una de las primeras divisiones celulares, ocurre un error por, una de las células recibe 47 cromosomas y otra 45. La célula con sólo 45 muere, pero como los cromosomas siempre se reproducen exactamente de la misma manera, la célula con 47 cromosomas seguirá reproduciendo células con 47 cromosomas.

En el caso del niño mosaico unas células tienen el número normal de 46 cromosomas y otras de 47 atípico más células normales más normal será.

3.1.5.2.4 Patología y aprendizaje en el Síndrome de Down. El exceso de carga genética acarreada por el tercer cromosoma perteneciente al par 21 provoca un profundo desequilibrio de la función reguladora que los genes ejercer sobre la síntesis de proteínas. Este desequilibrio se traduce en la pérdida de armonía en el desarrollo y en la función de las células persistiendo durante toda la vida.

Entre los cuadros patológicos de los diversos órganos en el síndrome de Down se destacan los del cerebro como causa de la discapacidad intelectual. Aparecen siempre en mayor o menor grado, porque los procesos de formación y desarrollo del cerebro son los variados y complejos, dependiendo de la acción o interacción de diferentes genes situados en todos los cromosomas.

En el síndrome de Down aparece una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central que se manifiesta de manera generalizada es decir: afecta a la cantidad total de neuronas en su organización, estructura y áreas.

- Una neurona alterada afecta a sus componentes subcelulares.
- Alteración de los procesos funcionales de comunicación.
- Además se presentan alteraciones cerebrales como:

* Afecta y se extiende no solo por un área o núcleo, sino por amplias zonas del cerebro.

* Hay reducción generalizada de extensas áreas corticales del cerebro y cerebelo.

* Las áreas mas afectadas son las sensoriales y además el mesencefalo que afecta la atención y la iniciativa, el hipocampo que afecta los procesos de memoria, correlación y análisis.

(ves anexo No. 2).

Para que los niños y jóvenes con síndrome de Down logren una autonomía es indispensable que desde el principio, desde que se inicia con programas de intervención temprana, se tenga en cuenta que cada objetivo que se planifica y programa incluso cada pequeña tarea o paso tiene que ir encaminado a conseguir sucesivos pasos de autonomía creciente y responsable.

Es así como se contemplan seis grandes bloques que deben plantearse para la educación de niños con síndrome de Down.

- La lectoescritura

Si excepcionalmente no adquiere una lectoescritura funcional a pesar de intentarlo de un modo creativo, motivador y perseverante, hay que enseñarle a interpretar, a "leer" pictogramas para que pueda entender las

señales, (paradas de autobuses, semáforos, el empuje - tire de las puertas, etc.), además aprender a firmar y llamar por teléfono.

Es decir aprender una serie de actividades funcionales que deben realizar cotidianamente.

- Área de Experiencia

En esta área es preciso intervenir en temas que sean prioritarios para su propia vida. En lo referente al cuerpo humano y las necesidades de las personas. Alimentación, principios de nutrición, higiene, deporte y salud.

- Área de cálculo.

La realidad diaria y las investigaciones muestran que la aritmética es especialmente difícil para las personas con síndrome de Down.

Los objetivos conseguidos no superan a los correspondientes al ciclo inicial o primario.

Aquí conviene aplicar el criterio de la funcionalidad. Se debe dar un sentido práctico y útil a los diferentes conocimientos aritméticos que el niño vaya adquiriendo.

- Área de Lenguaje

Esta área presenta el índice más bajo de [progresión pero se van venciendo con los diferentes medios de intervención educativa.

El objetivo básico y fundamental es conseguir la comunicación funcional. Siendo los factores emocionales y afectivos de gran repercusión en el desarrollo de la expresión del lenguaje.

- Área dinámica.

Esta área hace referencia a las actividades físicas que se deben desarrollar con los niños Down.

Propiciar la participación activa en la educación física. .

- Habilidades sociales y hábitos de la vida diaria.

3.1.5.3 "La Nueva Definición del Retardo Mental". "El Cambio del Paradigma". Definición de retardo mental de la A.A.M.R.

1959 - 1961

El Retardo mental relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en el comportamiento.

1973

Se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficit en la conducta adaptativa y que se manifiesta en el periodo de desarrollo.

1983

Se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficit concurrentes en la conducta adaptativa y que se manifiesta en el periodo de desarrollo.

1992

En esta no se tiene en cuenta el C.I.; sino que se clasifica según el tipo de intensidad de apoyos que se necesitan en el proceso de rehabilitación.

El retardo mental hace referencia a limitaciones substanciales en el funcionamiento actual del niño.

Se caracteriza por un funcionamiento significativamente inferior a la media que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación, auto cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, auto-dirección, salud y seguimiento, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

Esta definición asume además los siguientes postulados:

- Una evaluación válida ha de considerar la diversidad cultural y la lingüística, así como la diferencia en aspectos comunicativos y comportamentales.

- La existencia de limitaciones en habilidades adaptativas ha de tener en lugar en un contexto comunicativo típico para iguales en edad y requerir apoyos individualizados.

- A menudo junto a las limitaciones adaptativas específicas, coexiste potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidad personal.

- Generalmente el funcionamiento de la persona con Retardo mental mejorara si se le proporcionan los apoyos apropiados durante un periodo de tiempo continuado.

Diagnóstico y Sistemas de apoyo

Enfoque Multidimensional.

La nueva definición esta basada en un enfoque multidimensional que pretende ampliar la conceptualization del Retardo Mental y evitar la confianza depositada en el coeficiente intelectual (CI), como criterio para asignar un nivel de discapacidad y relacionar las necesidades individuales del sujeto con los niveles de apoyo apropiados.

Para ello la A.A.M.R. establece cuatro dimensiones diferentes de evaluación.

- Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.
- Consideraciones psicológico - emocionales.
- Consideraciones físicas de salud y etiológicas.
- Consideraciones ambientales.

3.1.5.3.1 Dimensiones.

3.1.5.3.1.1 Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.

El nivel de funcionamiento intelectual debe ser determinado por un profesional calificado y con experiencia en el trabajo con personas con retardo mental, el cual debe realizar un examen psicológico de la inteligencia conceptual del individuo.

Es necesario en algunos casos realizar una evaluación interdisciplinaria.

Para determinar la existencia de una limitación intelectual significativa la puntuación debe encontrarse de dos o mas desviaciones típicas por debajo de la media. Estos resultados constituyen solo una parte de todo

el proceso de evaluación de inteligencia por esto es necesario utilizar otros medios de evaluación y el juicio clínico para determinar si la puntuación del C.I. es válida o no para determinado individuo. "Dado que el funcionamiento de un individuo en situaciones de la vida diaria debe ser consistente con el rendimiento obtenido en medidas estandarizadas, si no se observan esta congruencia debe ponerse en tela de juicio la validez de las medidas obtenidas a través de los test"⁶.

Habilidades adaptativas.

"El término "Habilidades adaptativas" sustituye a su precursor "comportamiento adaptativo".

El nuevo término refiere la diferenciación de diez áreas, las cuales componen un amplio rango de competencia. Esto permite realizar evaluaciones más precisas especificando fortalezas y debilidades.

Se pasa a considerar las conductas emitidas como respuesta a las condiciones ambientales y en otros casos a una falta de habilidades alternativas de comunicación.

⁶ VERDUGO ALONSO, Miguel Angel. "Personas con Discapacidad Perspectivas Psicopedagógicas y rehabilitadoras". Cap. II. La Persona con Retardo Mental. Editorial Siglo XXI S.A. Primera Edición. Madrid, 1995. Pág. 537.

Clarificación de la importancia evolutiva de determinadas destrezas.

Otorga un mayor peso diagnóstico a las habilidades adaptativas frente a la confianza depositada en los test de inteligencia.

Descripción de las habilidades.

Comunicación : Incluye la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (palabra hablada, escrita, símbolo gráficos, lenguaje de signos) y comportamiento no simbólicos (expresión facial, movimientos corporales, gestos). Además la capacidad de comprender y recibir mensajes y la mas elevada escribir (relacionado con habilidades académicas funcionales).

Autocuidado : Incluye las actividades básicas cotidianas (aseo, comida, vestido, higiene).

Habilidades de la vida en el hogar : Actividades relacionadas con el funcionamiento de la vida en el hogar (cuidado de la ropa, preparación de alimentos, hacer compras sencillas, comunicación de preferencias y necesidades, interacción social y desenvolvimiento en la comunidad).

Habilidades sociales : Relacionadas con intercambios sociales con otras personas (iniciar, mantener y finalizar una conversación e interacción, recibir y responder a claves o pistas)..

Utilización de la comunidad : Adecuada utilización de los recursos de la comunidad (transporte, compras, áreas recreativas y demás servicios comunitarios).

Autodirección : Realiza elecciones, aprender a seguir un horario iniciar actividades adecuadas, completar las tareas necesarios o requeridas, buscar ayuda en casos necesarios, habilidad de autodefensa.

Salud y seguridad : Actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud (alimentarse, identificar síntomas de enfermedad, prevención de accidentes entre otros).

Académicas funcionales : Habilidades cognitivas y las relacionadas con repertorios académicos (lectoescritura, logicomatemáticas., conocimiento del entorno físico, ciencias sociales, salud, sexualidad entre otros).

Ocio y tiempo libre : Hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio (recreación, juego, etc.).

Trabajo: Habilidades relacionadas con un comportamiento social apropiado, habilidades laborales específicas.

3.1.5.3.1.2 Consideraciones psicológicas y emocionales. Esta dimensión refiere a aquellas personas (unas minorías) que presentan retardo mental y requieren algún tipo de servicio de salud mental ya que coexiste enfermedad mental.

El establecimiento diagnósticos de esta segunda dimensión posibilita la implantación y adecuación de programas que incrementen la independencia / interdependencia, productividad e integración comunitaria de la persona.

3.1.5.3.1.3 Consideraciones físicas de salud y etiológicas. Los problemas de salud en las personas con retardo mental pueden tener efectos diferentes debido a los ambientes en que estas, personas se han de desenvolver y a sus limitadas habilidades de afrontarlas (pobre entendimiento de las necesidades de tratamiento, dificultades de comunicación, interpretación inadecuada de síntomas).

El aspecto etiológico permite la realización de un diagnóstico diferencial del problema, compuesto por hipótesis de causa posibles.

"En esta dimensión III se asume que el individuo ya ha sido diagnosticado de Retardo mental, conforme a la primera dimensión por lo que el objetivo en este nivel del proceso reside en identificar todos aquellos factores causales que pueden resultar operativos"⁷

3.1.5.3.1.4 Consideraciones ambientales. La nueva conceptualización enfatiza en las características ambientales que pueden facilitar o impedir el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción de la persona.

Esta dimensión refiere los entornos saludables caracterizados por: proporcionar oportunidades que fomentan el bienestar y promueven la estabilidad (Scharlocky Kieman, 1990).

Proporcionar oportunidades a las personas con retardo mental para estimular su crecimiento y desarrollo. Para ello es necesario generar

⁷ VERDUGO ALONSO, Miguel Angel. "Personas con Discapacidad Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras". Cap. II. "La Persona con Retardo Mental". Editorial Siglo XXI S.A. Primera Edición. Madrid, 1995 Pag. 544

ambientes integrados, servicios de apoyos educativos, vivienda, trabajo, actividades para el uso del ocio y el tiempo libre. Es decir, establecer ambientes óptimos.

La estabilidad posibilita un ambiente predecible y susceptible del control. Además para la mejora del aprendizaje y la afiliación emocional, facilitando la formación de sistemas de apoyo social.

Para evaluar estas características es necesario observar a la persona en su entorno para determinar que características del entorno están inhibiendo o facilitando esos factores de desarrollo y calidad de vida.

Esta nueva visión requiere describir la persona con retardo mental de un modo comprensivo y global determinando y analizando:

- La existencia de retardo mental frente a otras posibles condiciones de discapacidad.

- Las potencialidades y limitaciones existentes en aspectos psicológicos, emocionales, físicos y de salud.

- Las características de los entornos habituales del sujeto que facilitan o impiden su desarrollo y su satisfacción.

- Las características óptimas del entorno que permitan desarrollar apoyos necesarios para facilitar la independencia, productividad e integración de éstas personas a la comunidad. Es un tipo de evaluación dirigida al desarrollo de programas de intervención.

Teniendo en cuenta estas 4 dimensiones el proceso de evaluación se estructura en una serie de pasos que comienzan con:

Diagnóstico diferencial del retardo mental (determina si una persona requiere de apoyos).

Este debe basarse en tres criterios

- Nivel de funcionamiento intelectual.
- Nivel de habilidades adaptativas.
- Edad cronológica de aparición.

Clasificación y descripción : En este se hace necesario describir los puntos fuertes y débiles de la persona a lo largo de las cuatro dimensiones y los apoyos requeridos.

Perfil e intensidad de los apoyos necesarios : Identifica los apoyos necesarios

Este requiere de un equipo interdisciplinario que define la intensidad de los apoyos que la persona necesita en cada una de las cuatro dimensiones.

Esto supone un cambio sustancial frente a la concepción anterior de Retardo mental, desde el tipo de intervención y expectativas de logros venían determinados por el C.I. y por los diferentes niveles de funcionamiento (ligero, medio, severo y profundo). A partir de este momento se establecen cuatro niveles de intensidad de apoyos:

"Apoyo Intermitente". Apoyo cuando sea necesario. Se caracteriza por su naturaleza episódica, así, la persona no siempre necesita el (los apoyo(s) o requiere de corta duración durante momentos de transición

"Apoyo Limitado". Apoyos intensivos caracterizados por su constancia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente.

"Apoyo Extenso". Caracterizado por una implicación regular (diaria) en al menos algunos entornos.

"Apoyo Generalizado". Caracterizado por su constancia y elevada intensidad proporcionada en distintos entornos con posibilidad de sustentar la vida.

Implicaciones del sistema de clasificación. La persona es diagnosticada con retardo mental o no , con base al cumplimiento de los tres criterios: edad de aparición, habilidades intelectuales significativas inferiores a la media y limitaciones en dos o mas de las 10 áreas de habilidades adaptativas establecidas.

Los términos de retardo mental ligero, medio, severo y profundo dejan de utilizarse, así un diagnóstico podría expresarse: "Una persona con

retraso mental que necesita apoyos limitados en habilidades de comunicación y sociales"⁸.

" El cambio de paradigma ha tenido repercusiones en los patrones de prestación de servicios, situando el énfasis en la actuación profesional en las posibilidades y capacidades de la persona en los entornos normalizados y típicos, en los servicios integrados con apoyos y en la capacitación de los individuos"⁹. A su vez este nuevo cambio ha suscitado la reestructuración y la adaptación de los servicios en las personas y en sus necesidades.

Para la inclusión de apoyos existen implicaciones a nivel de investigación que se resumen en:

- "Necesidad de operacionalizar las cuatro intensidades de apoyo (criterios)".

- "Necesidad de desarrollar normas o criterios de apoyo".

⁸ L. SCHALOCK, Robert. PH. D. "Implicaciones para la Investigación de la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo d ella A.A.M.R. 1992". Revista Siglo Cero. Vol. 25. Madrid Febrero de 1995. Pag 10

⁹ iki/4

- “Determinar los criterios de retirar el apoyo cuando sea conveniente, en su caso, para reinstaurarlo”.

- “Establecimiento de apoyos individualizados, en función del incremento o una disminución de las intensidades requeridas”.

- “Evaluación del papel que cumple estos apoyos en los resultados obtenidos por la persona, considerada individualmente”.

- “Desarrollo de sistemas de financiación basados en las necesidades de apoyos de los individuos con retardo mental”.

- “Evaluar si los apoyos logran o no de hecho mejorar y enriquecer la integración de un modo eficaz”.

- “Superar algunos de los problemas metodológicos existentes en la investigación sobre apoyo social y redes sociales”¹⁰.

¹⁰ Ibid.

3.2 DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO

Este da más atención a los aspectos conceptuales e interpretativos de los distintos modelos existentes y de las técnicas más apropiadas en el campo del deficiente mental.

3.2.1 Clases de diagnóstico.

3.2.1.1 Funcional. Analiza los sistemas más importantes que aquejan al sujeto en función de los objetos perseguidos y del contexto en que está inmerso la persona.

Los criterios de validez son criterios y ecológicos. Su técnica es la observación.

El diagnóstico se realiza lo más natural posible, con el fin de que los síntomas presentados respondan a las exigencias reales del contexto en que está ubicada la persona.

Ej.: para los problemas de aprendizaje el observador debe estar en el aula.

3.2.1.2 General. La importancia de este diagnóstico reside, en llegar a saber el grado de retardo o deficiencia que la persona posee y el tipo de síndrome o deficiencia en que se puede encuadrar la persona diagnosticada.

Es un diagnóstico nomotético y cuantitativo. Es homónimo al diagnóstico psicométrico o diagnóstico de selección.

Es nulo para el tratamiento psicopedagógico.

3.2.1.3 Diferencial. El objetivo es el conocimiento de los defectos específicos que posee la persona en cada una de las áreas analizadas: funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y lingüísticas, desarrollo de la personalidad.

Es un diagnóstico idiográfico y cualitativo, mucho más interpretativo que descriptivo. Quienes lo realicen deben ser expertas en el tema.

3.2.2 Modelos de Evaluación Diagnóstica.

3.2.2.1 Modelo Psicométrico Tradicional. Enfoque evaluativo con el que se describe y clasifica el comportamiento del individuo a partir de sus características cognitivas (Edad Mental y CI) medida a través de un test.

Binet y Simón publicaron la Escala para medir la inteligencia y con ella se pretendió determinar la edad mental y por consiguiente ubicar a la población infantil en las instituciones escolares.

3.2.2.1.1 Características Relevantes.

- Proporcionar un índice cuantitativo (Edad Mental).
- Es una evaluación indirecta.
- Mide el producto.
- Análisis descriptivo (no toma en cuenta el entorno).
- Es selectivo y clasificativo.
- Es normativo.
- Arroja datos de carácter general.

- Es predictiva a nivel administrativo.
- Se centra en los grupos (Homogenización).

3.2.2.1.2 Ventajas.

- Ayuda a tomar decisiones de tipo administrativo (ubicación) de los sujetos en un mismo grupo teniendo en cuenta su edad mental (CI).
- Ayuda a predecir el éxito de una persona en un programa o lugar de trabajo (Información parcial).

3.2.2.1.3 Desventajas.

- Clarifica y segrega.
- Mide el producto.
- No tiene en cuenta el contexto socio cultural y económico del sujeto (familia, comunidad).
- No proporciona información sobre los factores intelectuales a nivel académico.
- No proporciona información cualitativa útil para la elaboración de programas de tratamiento.
- Los criterios de standarización difieren en la publicación de sus ítems en culturas diferentes (descontextualización).

3.2.2.2 Análisis Funcional de la Conducta. Se centra en el análisis e identificación de las conductas - problemas de sus variables externas e internas con el fin de plantear su posterior modificación.

Este modelo se origina desde las primeras corrientes conductistas con Kanfer y Maslow.

3.2.2.2.1 Características Relevantes.

- Proporciona información cualitativa.
- Es una evaluación directa.
- Se centra en el individuo.
- Tiene en cuenta el entorno del cual proviene el individuo.
- Es predictivo a nivel de tratamiento.

3.2.2.2.2 Ventajas.

- Los datos posibilitan elaborar un tratamiento (datos cualitativos).
- Brinda una muestra amplia y detallada de las funciones mentales superiores.
- La evaluación abarca todos los aspectos del desarrollo.
- Permite la realización de una evaluación diferencial (conductas adaptadas inadaptadas).

- Las conductas a evaluar pueden ser observadas por diferentes personas (profesores, padres, psicólogos, etc.).
- El tratamiento para la modificación de diferentes conductas pueden ser llevadas a cabo por diferentes personas.

3.2.2.2.3 Desventajas.

- A pesar de ser un modelo que cobija todas las áreas del desarrollo, requiere de mucho tiempo, el análisis de los resultados dados por la evaluación.

3.2.2.3 Modelo Dinámico. Se centra en la detección de las fallas que presenta el individuo en su desarrollo cognitivo con el fin de establecer estrategias pedagógicas que modifiquen dichos errores y así, potencializar su aprendizaje.

Vigotsky ha sido considerado el creador de este modelo a partir de su constructo denominado “potencial de Aprendizaje”.

La evaluación diagnóstica presentada lleva la siguiente secuencia:

- a. Presentación de un test (mediciones clásicas).
- b. Entrenamiento. Se suministra una ayuda para que el individuo desarrolle el test planteado.
- c. Retest. Con éste se intenta evaluar el efecto que tuvo la administración de la ayuda durante el entrenamiento.

Este arroja dos resultados:

- Grado de modificabilidad: diferencia de puntuación entre la línea base y la obtenida en la presentación enriquecida.
- Grado de transferencia: diferencia de puntuación entre la línea base y la obtenida en la presentación no requerida.

3.2.2.3.1 Características Relevantes.

- Proporciona tanto información cuantitativa como cualitativa.
- Cuantitativa. Se obtiene el nivel de desarrollo actual y el nivel de desarrollo potencial.
- Cualitativa. Se detecta el modo de trabajo de cada individuo (infiere posibles, funciones deficitarias y estilo cognitivo predominante) con el fin de implementar programas rehabilitadores.

Mide la capacidad cognitiva del individuo.

Tiene en cuenta el CI.

Su aplicación puede ser individual o en pequeños grupos.

Es un proceso interactivo adulto - niño.

3.2.2.3.2 Ventajas.

- Permite corregir errores a medida que se aplica.
- Procura una movilización de esquemas cognitivos.
- Su evaluación cualitativa sirve de base para la elaboración de los programas que requiere el individuo.

3.2.2.3.3 Desventajas.

- Evalúa la parte cognitiva desconociendo las demás áreas de desarrollo.

3.2.2.4 Técnicas más utilizadas para el Diagnóstico Psicopedagógico.

3.2.2.4.1 La Observación. Es la técnica diagnóstica más pertinente, debe existir una participación del observador que interpreta en función del marco referencial teórico, equivale a percepción más interpretación del contenido de la observación.

3.2.2.4.2 Tipos de Observación.

- Pasiva Vs Activa. Se diferencia por la intensidad del observar.

El científico y el evaluador marcan la observación activa.

- Natural Vs Laboratorio. La de laboratorio, observación como técnica, existe manipulación de la situación, se provoca la conducta a observar.

La natural, registra la conducta tal y sin previa manipulación.

- **No sistematizada Vs Sistematizada.** La sistematización afecta el grado de control y estructuración de todo el proceso de observación y muy especialmente el registro de datos, el tipo de muestreo con repercusión en el tratamiento.

La no sistematización se define como una descripción simple, llama y un estilo que recoge todas las características de la conducta, evento, esencia o situación.

3.2.2.4.3 Procedimiento de Observación

Narraciones. Se trata de describir acciones y conductas incluyendo rasgos del contexto, además de aspectos de interpretación ya que valora el significado de las conductas.

El observador adopta un rol activo permitiendo una captación mayor. No está sujeto a control de validez y confiabilidad.

Lista de central. Registra la conducta modificada en listas de acciones, son típicas de la observación sistematizada.

El observador participa pasivamente a nivel externo. Permite control de validez y fiabilidad.

Escala de Estimación. Son procedimientos que son adaptativos a la situación de observación sistematizada por la previa determinación de las conductas a registrar.

Los datos recogidos son susceptibles de análisis estadísticos por que reflejan diferencias de grado.

El observador puede no ser participante, aunque es recomendable que lo sea, para poder tener más elementos de juicio a la hora de realizar la valoración.

El control de validez y la fiabilidad. Uno de los problemas de los sesgos es que puede contaminar los resultados y poner en peligro la validez y fiabilidad de dicha técnica.

Control de validez. Mide realmente lo que se propone medir.

- A menor grado de la inferencia en las categorías mayor grado de validez del instrumento.

- El acuerdo para categorizar una conducta elaborada por varios profesionales garantiza la validez.

Control de Fiabilidad. Que las medidas resultantes sean consistentes o aproximadamente constantes cuando el test se repite en el mismo grupo o en distintos grupos igualmente representativos de la población para la cual el test ha sido destinado.

- A medida que los intervalos son más breves, menor rapidez en el registro.
- Si la frecuencia es elevada, hay fiabilidad siempre que es registrada la frecuencia en cada intervalo.
- Desciende la fiabilidad, si se registra el número de ocurrencias por intervalo. Disminuye si no hay participación de intervalos.
- Si la frecuencia es baja, se resiste la fiabilidad al despistarse el evaluador.
- La utilización de medios técnicos favorece el acuerdo entre observadores.

- Si el registro es aprobado por el conocimiento de los observadores se aumenta la fiabilidad.

La entrevista. Es una relación directa entre personas una vía comunicación simboliza (preferentemente oral), con unos objetivos prefijados y conocidos (al menos por el entrevistador con una asignación de roles que significa, al menos idealmente, un control de la situación por parte del entrevistador.

3.2.2.4.4 Tipos de Entrevista

De Investigación. Tiene como finalidad la investigación, son conocidos también como “Encuestas”, de ahí que se encuentre enraizada en la psicología social.

Posee un carácter impersonal.

De Intervención. Se destaca la entrevista diagnóstica y terapéutica con la cual se pretende obtener información útil para elaborar programas de tratamiento. Es interpersonal.

La entrevista diagnóstica lleva consigo un momento modificador o terapéutico, una entrevista terapéutica lleva a su vez un momento diagnóstico (recopilación de información) para la acción futura.

En las entrevistas diagnósticas se distinguen:

- **De recepción.** Permite conocer al individuo, suministrando información que va desde las quejas y problemas hasta la exploración de comportamientos problema y sus posibles determinantes funcionales.

- **Anamnéstica.** Con la cual se busca obtener información acerca de áreas más amplias de la vida tanto actual como pasada.

- **De planificación.** Se plantean los objetivos, las prioridades y las estrategias a seguir, luego de haberse recogido toda la información necesaria.

Más o menos Estructuradas. De acuerdo al grado de estructuración se distinguen las siguientes:

Estructuradas: Se caracteriza por llevar un cuestionario preelaborado.

Abiertas. El entrevistador lleva el curso de la conversación de acuerdo con el ritmo y temas presentados por el entrevistador. No requiere de cuestionario.

Semiestructurada. Se trabaja con esquemas o pautas de entrevista, preguntas abierta.

Las entrevistas Directas tienen por objetivo valorar sistemáticamente y modificar si es preciso todo rasgo importante de la personalidad y del funcionamiento cognitivo.

Ventajas. Mayor Objetividad

- Estructuración de preguntas y respuestas.
- Categorías de registro.
- Ordenación de las respuestas.

- Unidad en perspectivas de juicio entre entrevistadores.
- Entrenamiento en registro y tabulación.

Mayor Fiabilidad.

- Estimulación de las bases motivacionales de respuesta.
- Utilización de escalas o racimos de preguntas.
- Especificación temporal de las respuestas.
- Preguntar por acontecimientos objetivos o indicadores observables de la conducta.
- Posibilita contrastar la adecuación de respuesta.

Mayor Validez.

- Instrucciones y aclaraciones al entrevistado.
- Transparencia en las preguntas.
- Lenguaje comprensible.
- Alternativas de respuesta.
- Detectar y neutralizar tendencias de respuestas.
- Confiabilidad de información.
- Posibilidades de contratación.
- Evitar sugerencias.

- Estructura hipotética - deductiva - experimental que permita contrastar consistencias e inconsistencias del relato.

Registro Acumulativo de datos Personales

“Recoge y resume todos los progresos del alumno y su índice de información a través de la acumulación de datos referidos a las potencialidades, rendimiento, necesidades y adquisiciones a través de numerosas experiencias que afectan su desarrollo y formación”¹¹.

- Un registro acumulativo debe llevar los siguientes pasos.
- Datos personales e información del hogar.
- Información sanitaria: física y mental: datos sobre enfermedades, vacunas e inmunizaciones, exámenes periódicos de salud, información particular sobre trastornos de la condiciones físicas, salud mental (Estado emocional, sentimental).

¹¹ MOLINA GARCIA, Santiago. "Deficiencia Mental. Aspectos Evolutivos. Diagnóstico Psicopedagógico". Cap. VII Editorial Aljibe. España, 1994.

- Información obtenida a través de “test” de aptitud especial y aptitud escolar; éstos dan algunas indicaciones de las potencialidades presentes.

Los test de aptitudes especiales proporcionan información sobre potencialidades específicas (arte, música, etc.).

- Información sobre el rendimiento escolar.

- Información sobre la formación y desarrollo social del niño: observación continua y registro de las relaciones interpersonales que se dan dentro del grupo.

- Información sobre los intereses y planes para el futuro.

Revela las metas y objetivos en los programas de orientación relativos al niño.

3.3 PRUEBAS DE DESARROLLO E INTELIGENCIA EN LA PRIMERA INFANCIA (REVISADAS EN EL PROCESO INVESTIGATIVO)

3.3.1 Inventario de Desarrollo Gesell. Estos inventarios miden cuatro áreas principales del desarrollo. Abarcan un margen de edad que va desde las 4 semanas hasta los 6 años.

Se distinguen los siguientes aspectos:

3.3.1.1 Comportamiento motor. Mantener erguida la cabeza, sentarse, pararse, gatear, caminar, saltar y brincar.

3.3.1.2 Comportamiento adaptativo. Evalúa coordinación oculomanual (alcanzar y manipular objetos). Exploración de nuevos objetos y lugares.

3.3.1.3 Comportamiento Lingüístico. Entender ^ las personas y como reaccionan mediante a expresiones faciales, gestos, movimientos corporales, balbuceo y habla.

3.3.1.4 Comportamiento personal - social. Se tiene en cuenta: cómo responde a otras personas y a la cultura. Control de esfínteres, alimentación, sonrisa social.

3.3.2 La Escala Catell de Inteligencia Infantil (1947). Se trata de una extensión posterior de la prueba stanford Brinet, del Gesell y de otras pruebas.

Examina percepción y habilidades motoras no tiene límites de tiempo para ninguna tarea. (Ver anexo No. 3).

3.3.3 Guía Portage. Fue publicada en 1976, es aplicable a niños desde el nacimiento hasta la 6 años de edad, también es aplicable a niños con limitaciones.

La guía esta dividida en tres partes:

- La lista de objetivos que corresponde al título de cada ficha en función de la conducta.

- Fichero que enumera posibles métodos de enseñar y los objetivos o conductas.

- El manual: propone las instrucciones para el uso de la guía.

Esta guía es integral, incluye las siguientes áreas:

* Estimulación de los sentidos (como estimular al bebé).

* Socialización (Comportamientos apropiados con otras personas).

* Lenguaje (Desarrollo sistemático)

* Autoayuda (Posibilita la independencia)

* Cognición (Establece relaciones entre ideas y cosas)

* Desarrollo Motriz (Movimiento coordinado de los músculos).

La guía busca evaluar el comportamiento del niño o su nivel de funcionamiento y planear un programa de estudio con metas que

Para el uso del fichero se debe tener en cuenta que las actividades que en ella se presentan son meras sugerencias que pueden ser base para nuevas modificaciones en áreas a satisfacer las necesidades de cada niño.

La actividad elegida debe ser la más eficaz para la enseñanza del niño, el cual tiene como base el conocimiento que se tenga sobre él.

Los objetivos que aparecen en los listados se formulan en función de una conducta. Para la práctica se deben establecer las condiciones y criterio teniendo en cuenta la capacidad de cada niño.

(Ver anexo No. 4)

3.3.4 Escala Abreviada del Desarrollo. Ministerio de Salud, Plan Nacional Colombia. Este instrumento fue diseñado por la división Materno Infantil del Ministerio de Salud para contribuir y subsanar de algún modo la no existencia en Colombia de una escala de desarrollo adecuadamente normalizada a la población, ya que las existentes constituyen síntesis de pruebas construidas en otros contextos

culturales, lo que no permite hacer inferencia validas sobre el estado de desarrollo de los niños en comparación con su grupo de referencia.

Este instrumento pretende monitorear el desarrollo psicosocial de los niños atendidos y disponer de una base de datos que permitan emprender estudios descriptivos regionales sobre los patrones de desarrollo de los menores de 5 años.

El instrumento se presenta como preliminar; ya que está en proceso de adaptación y normalización regional.

Consta de un Manual de Instrucciones de aplicación el cual contempla.

* Instrucciones a la Madre

* Condiciones del ambiente

* Condiciones del niño

* Tiempo de evaluación

* Instrucciones específicas para la aplicación

Las instrucciones se estructuraron en dos columnas, en la columna izquierda aparece el enunciado del ítems; y en la derecha aparece especificado los criterios que debe satisfacer el niño para que este sea aprobado.

Además tiene una hoja de registro en la que se califica la prueba con 1 si el niño aprueba el ítems, 0 si el repertorio no se observa.

Esta hoja de registro incluye variables como:

* Rango de edad, de acuerdo a esta se espera la aprobación de ciertos ítems.

* Numero de los ítems.

* Área a evaluar

* Espacio para anotar edad en meses para cada evaluación.

La escala evalúa las siguientes áreas:

* Motricidad Gruesa:

Maduración neurológica, control de tono y postura, coordinación motriz de cabeza, miembros, tronco.

* Motriz Fino - Adaptativa:

Capacidad de coordinación de movimientos finos específicos, coordinación intersensorial: ojo - mano, control y precisión para la solución de problemas que involucran prehesión fino, calculo de distancia y seguimiento visual.

* Audición - Lenguaje:

Solución y perfeccionamiento del habla y el lenguaje: orientación y articulación de fonemas formación de palabras, comprensión de vocabulario, uso de frases simples y complejas, nominación, comprensión de instrucciones, expresión espontanea.

* Personal - Social:

Proceso de iniciación y respuesta a la interacción social, dependencia - independencia, expresión de sentimientos y emociones, aprendizaje de pautas de comportamiento relacionadas con el autocuidado.

" No se realizó una categorización Independiente del área cognitiva ya que este aspecto se encuentra implícito en la comprensión y solución de problemas en todas las demás áreas".

Para obtener la calificación global de cada área se cuenta el número de ítems aprobados, se suma los ítems anteriores al primer ítem aprobado y se obtiene el puntaje de cada área.

Para conseguir el puntaje total de la Escala se suman todos los puntajes parciales obtenidos en cada área y se ubican en casillas correspondientes a las tablas establecidas. (Ver anexo No. 5).

3.3.5 Examen del Desarrollo del Niño en Denver (1970). El examen fue designado y estandarizado para llenar la necesidad de encontrar una herramienta útil y simple para la temprana detección de niños con problemas de desarrollo.

El instrumento de evaluación consta de 105 tareas o ítems que los niños pueden realizar desde el nacimiento hasta los 6 años.

Evalúa 4 áreas que son:

* Personal - Social:

Indica la capacidad del niño para relacionarse con personas y cuidarse a sí mismo.

* Motor - Fino Adaptativo:

Capacidad del niño para ver y usar sus manos.

* Lenguaje:

Capacidad del niño para oír, llevar a cabo ordenes y hablar.

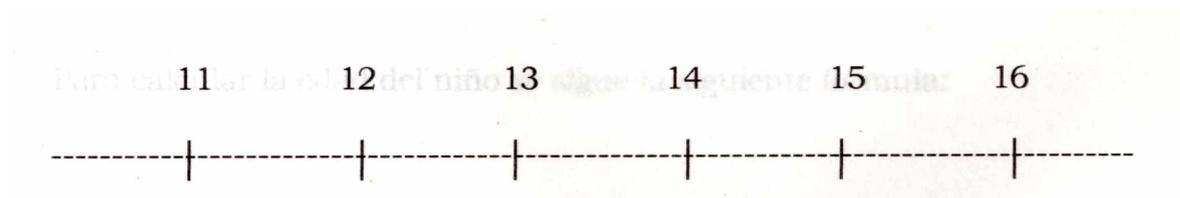
* Motor Grueso:

Capacidad del niño para sentarse, caminar y saltar.

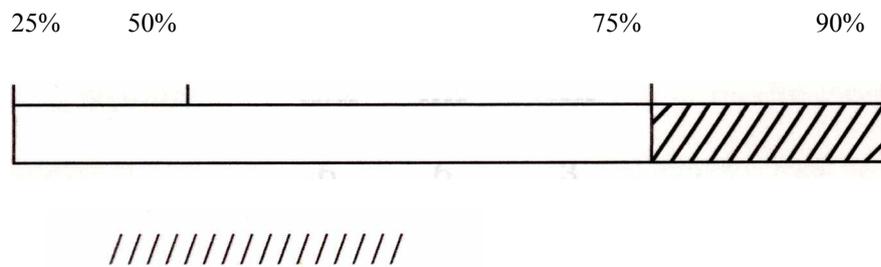
En la hoja de registro aparecen las áreas que evalúa en la parte superior e inferior de la hoja aparecen las escalas de edades en meses desde 1 a 24, y en años de 2 1/2 a 6 años.

Los 105 ítems están representados en barras, colocadas entre las escalas de edades, para mostrar cuando el 25%, 50%, 75% y 90% de niños normales pueden realizar ese ítem.

Línea de Edad



Porcentaje de niños normales que salen aprobados en el ítems



El seguimiento y aplicación de la prueba se basa en la observación directa sobre lo que el niño puede realizar y en algunas ocasiones el ítem se aprueba con reporte de la madre, sin embargo es conveniente observarlo.

Para calcular la edad del niño se sigue la siguiente formula:

Fecha del examen menos la fecha de nacimiento esto dará la edad del niño, calculando primero los días, luego los meses y luego los años. Ej.:

	año	mes	día
Fecha del examen	96	08	13
Fecha de nacimiento	90	02	10
	_____		_____
	6	6	3

Edad del niño: 6 años 6 meses 3 días

Luego se traza una línea en la hoja de registro de acuerdo a la edad del niño. Esta línea debe cruzar las cuatro áreas a evaluar.

(Ver anexo No. 6).

Los ítems son valorados así:

"A" Aprobado

"R" Rehusó

"N.A" No aprobado

"S.O." Sin oportunidad

El número de ítems para cada niño variará por la edad. Se comienza la evaluación con los ítems que están bajo la edad del niño, avanzando

luego hasta su edad continuando a su derecha, hasta que obtenga 3 fracasos consecutivos.

Se permite en esta prueba tres ensayos por parte del niño antes de ser aprobado o reprobado el ítem, así mismo pedir a la madre examinar al niño cuando este se rehúsa a realizarlo cuando el examinador se lo pide.

Un ítem no aprobado para su rango de edad es un retraso, si la línea de edad toca el extremo derecho de la barra, no se considera retraso.

La hoja de registro por edades y habilidades que debe presentar un niño a una edad determinada va acompañado de una tabla en la cual aparecen el número de ítems que deben ser aprobados en cada área para su rango de edades comenzando desde los 12 meses hasta los 72. (Ver anexo No. 6).

Para determinar la edad de desarrollo en cada área se sigue una fórmula.

Edad del niño en meses x número de ítems aprobados

ítems que debe cumplir para su edad

Luego de determinar la edad de desarrollo en cada área, estos resultados se suman y se dividen entre cuatro dando como resultado la edad de desarrollo del niño aproximadamente.

Este examen o prueba determina las áreas fuertes y débiles del niño para iniciar un proceso de intervención.

3.3.6 Inventario de Desarrollo (Centro de Servicios Pedagógicos).

(Ver anexo)

3.3.7 Evaluación del Desarrollo, Físico, Mental y Social de un Niño.

El cuadro del desarrollo muestra las edades promedio en las cuales un niño normal comienza a realizar ciertas habilidades.

Este puede ser usado para determinar en que nivel se encuentra un niño en su desarrollo y planear los pasos siguientes para los cuales necesitara ayuda.

El instrumento fue diseñado con base en el desarrollo de un niño normal para determinar las prioridades a seguir cuando no se observan en el desarrollo de un niño "desabilitado" (ver anexo No. 7).

Su operativización y manejo es de fácil acceso para que cada madre pueda seguir la evaluación de su hijo, además esta acompañado de una serie de actividades para lograr el paso siguiente cuando no se observa en el niño.

Se evalúa dibujando un círculo alrededor del nivel de desarrollo en el que el niño esta en cada área. Se dibuja un cuadro alrededor de cada habilidad la derecha de las habilidades encerradas en circulo.

La intervención se debe concentrar en estas habilidades.

La evaluación esta planteada para los rangos de edad entre 0 meses hasta 5 anos, separadas así:

0 meses, 3 meses, 6 meses 9 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos, 5 anos.

Evalúa las áreas:

* Desarrollo mental y social

* Desarrollo físico

4. PROPUESTA DE EVALUACION

4.1 CUADRO OPERATIVO DE DISCAPACIDADES FRECUENTES EN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Parálisis Cerebral Espástica	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del tono muscular. - Presenta reflejos primitivos. - Los músculos pierden elasticidad. - Alteraciones en el crecimiento. - Posición corporal doblada cuando está en posición boca abajo (prona) Extensión cruzada, positivo de soporte, contracturas manos y rodillas, aducción de brazos, pulgar en posición supina y en algunos casos asume posición fetal. - Presentan malformaciones músculo esqueléticas en ocasiones. - Presentan trastornos en la succión, deglución y en la respiración. - Incoordinación e imposibilidad de movimientos voluntarios e intencionales. - Expresión gestual rígida. - Retardo mental severo, moderado (alto compromiso intelectual) - Curvatura lumbar en posición sedente. - Anodoncia. <p>Hiper o hipo-extensión.</p>	Apoyo Generalizado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de Evaluación y seguimiento de forma específica 2. Exploración refleja para integrar e inhibir, la presencia de reflejos anormales 3. Intervención para el mejoramiento de la calidad de vida en: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de condiciones sociales y ambientales - Manejo del niño dentro del hogar <ul style="list-style-type: none"> * Posturas adecuadas * Aspectos del A.B.C y A.V.D acorde con el compromiso intelectual - Aditamentos - Servicios en salud 4. Intervención Pedagógica. <ul style="list-style-type: none"> Intervención en las áreas del dlo posibilitando adquisiciones funcionales - Control Cefálico - Giros Corporales - Control Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Posición Sedente * Posición de Gateo * Posición Bípeda - Agarre de Objetos - Estimulación Muscular <ul style="list-style-type: none"> * Masajes de Relajación * Fuerza muscular * Flexión y Extensión 5. Intervención de servicios profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Física o Fisioterapia - Terapeuta del Lenguaje - Terapia Ocupacional - Implementación de aparatos ortopédicos y aditamentos

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Parálisis Cerebral Atetósica	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios constantes del tono muscular - Incordinación de movimientos voluntarios en partes cercanas al tronco (hombros, caderas) y en partes alejadas (pies, manos) - Posturas rígidas por segundos - Presencia de reflejos anormales o disminuidos - Retardo Mental Moderado y Severo 	Apoyo Extenso o Apoyo Generalizado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de Evaluación y seguimiento de forma específica 2. Exploración refleja para integrar e inhibir, la presencia de reflejos anormales 3. Intervención para el mejoramiento de la calidad de vida en: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de condiciones sociales y ambientales - Manejo del niño dentro del hogar <ul style="list-style-type: none"> * Posturas adecuadas * Aspectos del A.B.C y A.V.D acorde con el comportamiento intelectual - Aditamentos - Servicios en salud 4. Intervención Pedagógica. Intervención en las áreas del dlla posibilitando adquisiciones funcionales <ul style="list-style-type: none"> - Control Cefálico - Giros Corporales - Control Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Posición Sedente * Posición de Gateo * Posición Bípeda - Agarre de Objetos - Estimulación Muscular <ul style="list-style-type: none"> * Masajes de Relajación * Fuerza muscular * Flexión y Extensión 5. Intervención de servicios profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Física o Fisioterapia - Terapeuta del Lenguaje - Terapia Ocupacional - Implementación de aparatos ortopédicos y aditamentos

DISCAPACIDADES MÁS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Parálisis Cerebral Atáxica	<ul style="list-style-type: none"> - Músculos un poco flácidos - No hay o está afectado el equilibrio y la coordinación - No controla la dirección de los movimientos - Sus movimientos voluntarios son amplios e irregulares - Puede ir o no asociado, compromiso intelectual (leve, moderado) - Presenta alteraciones en la succión, deglución y respiración (algunas ocasiones) - Con frecuencia presenta pies valgos, dismetría o disartria - Los niños con Parálisis Cerebral <ul style="list-style-type: none"> * Déficit Sensoriales * Déficit Perceptuales 	Apoyo Limitado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen Físico 2. Evaluación Pedagógica para determinar niveles de funcionamiento en todas las áreas de desarrollo Intervención específica para lograr la adquisición funcional de habilidades según su edad cronológica o edad de desarrollo 3. Intervención Pedagógica. - Ejercicios Prelingüísticos Estimulación Muscular: * Lengua <ul style="list-style-type: none"> * Labios * Garganta * Maxilar * Expresión Gestual * Succión * Masticación * Deglución * Soplar * Balbuceo - Actividades Lingüísticas <ul style="list-style-type: none"> * Limitación de gestos * Limitación de sonidos * Palabra * Palabra - frase * Oración simple * Frase compuesta - Coordinación Visomotora <ul style="list-style-type: none"> * Seguimiento de objetos * Alcanzar objetos * Diferentes posiciones corporales * Relaciones espaciales * Manipulación de materiales - Esquema Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Masajes * Movimientos coordinados de extremidades * Control corporal * Reconocimiento corporal - Actividades del A.B.C - A.V.D 4. Proceso de integración escolar 5. Intervención Servicios Profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Médico Fisiatra - Aditamentos - Ayudas Ortopédicas

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
			<p>RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lograr una postura adecuada - Incrementar actividades propioceptivas, cinestésicas (multisensorialidad) - Reconocimiento del esquema corporal - Actividades de memoria visual y auditiva - Movimientos oculares y en lo posible óculo-manuales (formas bi-tridimensionales) - Actividades a nivel de lenguaje (prelingüístico - lingüístico) a nivel de contenido forma y uso

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Hidrocefalia	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la absorción del liquido cefalorraquídeo - Puede presentarse como consecuencia de la espina bífida - Aumento del tamaño de la cabeza (particularmente la frente) - Presenta compromiso intelectual (leve - severo) en pocas ocasiones no existe compromiso - A nivel del tono muscular presentan espasticidad y otros impedimentos motores (flacidez muscular) - alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo - Dificultades en la coordinación motora 	<p>Apoyo Extenso o Apoyo Generalizado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer diagnóstico diferencial <ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias relevantes de la discapacidad 2. Evaluación Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Determinar nivel de funcionamiento en áreas de desarrollo - Establecer áreas fuertes y débiles - Consideraciones de salud - Evaluación de los entornos del niño 3. Intervención Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Control Cefálico - Control Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Diferentes posiciones corporales Supina, prona, sedente, gateo, bípeda - Coordinación óculo-manual <ul style="list-style-type: none"> * Seguimientos Visuales * Agarre de diferentes objetos * Pinza Manual * Garabateo - Identificación y reconocimiento corporal - Actividades Prelingüísticas - Estimulación Muscular <ul style="list-style-type: none"> * Masajes corporales * Masajes (labios, lengua, garganta, maxilares) * Expresión gestual (succión, deglución, masticación, respiración soplar) - Percepción <ul style="list-style-type: none"> * Háptica * Visual * Auditiva * Formas - Actividades Lingüísticas <ul style="list-style-type: none"> * Praxias orofaciales * Imitación de gestos * Sonidos guturales, vocálicos, consonánticos * Sonidos silábicos * Palabras * Palabra frase, frases cortas, oración compuesta

OIS CAPACIDAD ES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERISTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGOGICAS
			<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades adaptativas Independencia personal * Control de Esfinteres * Lavado de manos y cara * Cepillarse los dientes * Vestirse * Desvestirse * Alimentación (mano, uso del vaso, uso de cuchara) - Socialización * Reacción ante otra persona * sonrisa social * Expresión de sentimientos (vocalización, excitación, exaltación) * Reacción ante el espejo * Realización de juegos * Responde a su nombre * Cumplimiento de normas 4. Acompañamiento de otros profesionales en intervenciones grupales e Individuales - Fonoaudiología - Terapia Ocupacional - Evaluación por médico Fisiatra cuando las condiciones del niño lo requieran - Acompañamiento a padres por Psicología

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> - Cráneo y perímetro cefálico pequeño - Crecimiento corporal retrasado - Generalmente aparecen orejas y nariz grandes - Espasticidad en muchos casos - El compromiso intelectual oscila entre leve y severo - Dificultades en el lenguaje expresivo y comprensivo - Dificultades en su coordinación gruesa - Alteraciones en la coordinación óculo-manual 	<p>Apoyo limitado Apoyo Extenso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico diferencial 2. Evaluación Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Determinar nivel de funcionamiento en áreas de desarrollo - Establecer áreas fuertes y débiles - Consideraciones de salud y Psicología - Evaluación de los entornos del niño 3. Intervención Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Control Cefálico - Control Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Diferentes posiciones corporales Supina, prona, sedente, gateo, bípeda - Coordinación óculo-manual <ul style="list-style-type: none"> * Seguimientos Visuales * Agarre de diferentes objetos * Pinza Manual * Garabateo - Identificación y reconocimiento corporal - Actividades Prelinguísticas - Estimulación Muscular <ul style="list-style-type: none"> * Masajes corporales * Masajes (labios, lengua, garganta, maxilares). * Expresión gestual (succión, deglución, masticación, respiración soplar) - Percepción <ul style="list-style-type: none"> * Háptica * Visual * Auditiva * Formas - Actividades Lingüísticas <ul style="list-style-type: none"> * Praxias orofaciales * Imitación de gestos * Sonidos guturales, vocálicos, consonánticos * Sonidos silábicos * Palabras * Palabra frase, frases cortas, oración compuesta

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
			<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades adaptativas Independencia personal <ul style="list-style-type: none"> * Control de Esfínteres * Lavado de manos y cara * Cepillarse los dientes * Vestirse * Desvestirse * Alimentación (mano, uso del vaso, uso de cuchara) - Socialización <ul style="list-style-type: none"> * Reacción ante otra persona * sonrisa social * Expresión de sentimientos (vocalización, excitación, exaltación) * Reacción ante el espejo * Realización de juegos * Responde a su nombre * Cumplimiento de normas 4. Acompañamiento de otros profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Fonoaudiología - Terapia Ocupacional - Evaluación por médico Pediatra

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Espina Bífida	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de desarrollo adecuado en las áreas de la columna vertebral - Se produce hinchazón poco después del nacimiento (meningocele) aparece en la región sacra. - Parálisis flácida de las extremidades inferiores (paraplejia) - Insensibilidad cutánea - Compromiso intelectual variable (leve - severo) - Asociada en la mayoría de los casos a Hidrocefalia - Alteraciones visoespaciales - Control de válvula para evitar convulsiones o ceguera, asi mismo infecciones - No adquiere de forma natural el control de vejiga e intestinos - Presenta dificultades en ocasiones óculo-manuales - Malformaciones esqueléticas - Presenta pié zambo o talo - Puede presentarse trastornos del lenguaje 	Apoyo Limitado o Apoyo Extenso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer diagnóstico Diferencial 2. Evaluación Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Determinar nivel de funcionamiento - Establecer áreas fuertes y débiles - Consideraciones de salud y problemas asociados - Evaluación de los entornos del niño 3. Intervención Pedagógica 4. Intervención de otros profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapeuta <ul style="list-style-type: none"> * Mantener fuerza y equilibrio en los músculos * Evitar contracturas (caderas, rodillas y tobillos) * Manejo de muletas si es conveniente y/o necesario * Manejo de silla de ruedas * Educar fases de gateo, sedestación bipedestación y marcha, cuando las condiciones del niño lo permitan - Terapia Ocupacional - Urólogo <ul style="list-style-type: none"> * Control de vejiga con tratamiento específico - Neurólogo

DISCAPACIDADES MAS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
Síndrome de Down	<ul style="list-style-type: none"> - Resultado de una alteración genética por exceso o defecto de cromosomas - Rasgos físicos específicos - Alteración del sistema nervioso que se manifiesta de manera generalizada - Disminución generalizada del volumen cerebral - Alteración en los procesos atención, memoria a corto plazo - Dificultad para procesar información visual y auditiva - Alteración de áreas prefrontales que repercuten sobre la programación temporal del lenguaje - Hipotonía muscular - Dificultad para integrar los estímulos propioceptivos - Deficiencia en el cálculo aritmético - Dificultad para la integración y retención de información - Escasa calidad cinestésica - Falta de orientación corporal - Lentitud en sus desplazamientos y movimientos - Dificultades para mantener el equilibrio - Compromiso intelectual que oscila entre moderado alto y bajo - Presentan facilidad para imitación gestual - Presentan buenas habilidades sociales - Presentan alteraciones sociales (estrabismo, nistagmus, miopía) - Cardiopatía congénita - Alteraciones en órganos respiratorios 	Apoyo Limitado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico Diferencial 2. Evaluación Pedagógica 3. Intervención Pedagógica <ul style="list-style-type: none"> - Integración refleja - Control Cefálico <ul style="list-style-type: none"> * Posición supina * Posición prona - Control Corporal <ul style="list-style-type: none"> * Diferentes posiciones corporales supina, prona (viceversa), sedente gateo, bipedestación, marcha, salto equilibrio - Esquema corporal <ul style="list-style-type: none"> * Nominación, identificación conocimiento - Coordinación óculo-manual <ul style="list-style-type: none"> * Seguimientos visuales * Agarre de diferentes objetos * Pinza manual * Encajes, ensartado, rasgado * Garabateo * Manejo del espacio gráfico * Manejo del lápiz, tijeras - Identificación y reconocimiento corporal - Estructuración temporal - Estructuración espacial - Actividades Prelingüísticas - Estimulación corporal <ul style="list-style-type: none"> * Masajes corporales * Masajes (labios, lengua, garganta, maxilares) - Expresión gestual <ul style="list-style-type: none"> * succión, deglución, masticación, respiración, soplado * Imitación de movimientos - Actividades lingüísticas <ul style="list-style-type: none"> * Praxis orofaciales * Imitación de gestos * Sonidos: Guturales, vocálicos, consonánticos * Sonidos silábicos * Uso de palabras * Uso de palabra - frase <ul style="list-style-type: none"> • Oración compuesta

DISCAPACIDADES MÁS COMUNES EN EL C.S.P.	CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO	TIPO DE APOYO SUGERIDO	IMPLICACIONES PEDAGÓGICAS
			<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades Adaptativas - Independencia personal <ul style="list-style-type: none"> * Control de esfínteres * Lavado de manos y cara * Cepillarse los dientes * Vestirse * Desvestirse - Alimentación <ul style="list-style-type: none"> * Biberón * Mano * Uso de cuchara * Uso de vaso - Socialización <ul style="list-style-type: none"> * Reacción ante otra persona * Sonrisa social * Expresión de sentimientos (vocalización, excitación, exaltación) * Reacción ante el espejo * Realización de juegos (juegos solitarios, simbólicos, sociales, cumplimiento de normas) - Percepción <ul style="list-style-type: none"> * Auditiva * Visual * Háptica * Memoria visual * Formas, tamaños, colores - Clasificaciones - Seriaciones - Figuras geométricas <ul style="list-style-type: none"> * Círculo * Cuadrado * Triángulo - Inicio de conteo - Escritura del nombre 4. Intervención de otros profesionales <ul style="list-style-type: none"> - Neurólogo - Genetista - Cardiólogo - Fonoaudiólogo - Acompañamiento por Psicología

4.2 FLUJOGRAMA DE POBLACIÓN

I. ETAPA SENSORIO MOTRIZ (0 - 3 años)

Subetapas

1. Bebés
 - A. 2 meses - 6 meses
 - B. 7 meses - 12 meses
 - C. 13 meses - 18 meses

2. Gateadores 19 meses - 25 meses

Intensidad de 2 veces por semana

3. Caminadores 26 meses - 36 meses

Posibilidad de Integración Escolar a nivel de Regular o Educación

Especial (Guardería - Jardín)

II. ETAPA PREOPERACIONAL (3 - 7 AÑOS)

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. Preadquisiciones | 3 años - 4 años |
| 2. Preconceptual | 4 años - 5 años |
| 3. Conceptual | 5 años - 6 años |

4.3 PROCESO DE DESARROLLO

4.3.1 Motricidad gruesa. Se incluye coordinación óculo manual, óculo pedica y equilibrio.

Exploración Refleja

Control Cefálico

- Controla cabeza en prona.
- Controla cabeza en supina

Reacciona ante estímulos con movimientos de:

- Gira hacia los lados.
- Patalea.
- Hace esfuerzo para levantarse tomándolo de las manos.
- Halado de la manos se levanta.

Logra posición sedente.

Se arrastra.

Asume posición de gateo.

Se desplaza gateando.

Asume posición bípeda

Camina con apoyo.

Se agacha y levanta.

Disocia movimientos. Grueso (Brazos, piernas, mano).

Camina sin apoyo.

Patea una pelota.

Retrocedo.

/ Sube escalas.

Baja escalas.

Mantener el equilibrio en un solo pie por segundos.

Salta en su lugar.

Corre.

Controla sus movimientos gruesos al jugar, caminar sin caerse.

Corre con coordinación.

4.3.2 Motricidad fina.

Posee patrones funcionales.

- Sigue línea media.
- Presenta movimientos simétricos
- Mira de un objeto a otro.

Posee patrones integrales.

- Alcanza objetos.
- Retiene los objetos en su mano.
- Se lleva los objetos a la boca.
- Presenta agarre palmar.
- Presenta pinza trípode.
- Busca objetos que se caen dentro de su campo visual.
- Pasa un objeto de mano.
- Manipula dos objetos a la vez.
- Golpea dos objetos.

- Guarda y saca objetos de un recipiente.

Coordinación óculo-manual.

- Aplauda (hace arepitas).
- Coge objetos con pinza perfecta.
- Presenta preferencia manual.
- Forma torres.
- Garabatea espontáneamente.
- Copia líneas de muestra (horizontales y verticales).
- Arruga papel.
- Amasa.
- Pica papel.
- Rasga papel (tiras largas).
- Ensarta cuentas.
- Punza papel sobre una superficie.
- Recortado:

Utiliza pinza manual

Usa tijeras

- Abotona y desabotona prendas de vestir.
- Ata y desata cordones.

- Presenta dominancia lateral (derecha - izquierda).
- Presenta direccionalidad en sus trazos.

Manejo del lápiz.

- Realiza líneas horizontales y verticales.
- Realiza líneas curvas.

- Copia + 

- Copia

- Realiza figuras geométricas 

Dibujo de la figura humana.

- Realiza figura humana de 3 partes.
- Realiza figura humana de 6 partes.

Manejo del espacio gráfico

- Colorea.
- Pinta.
- Usa el renglón.

Escritura del nombre.

- Escribe su nombre con apoyo (muestra)
- Escribe su nombre sin apoyo.

4.3.3 Área del lenguaje

Reacciona ante estímulos auditivos

- Se sobresalta.
- Presenta llanto fuerte.
- Busca la fuente del sonido.

Con los ojos.

Vuelve la cabeza.

Actividades pre lingüísticas.

- Presenta llanto diferenciado.
- Se ríe espontáneamente.
- Gorjea.

- Balbucea.
- Presenta diálogo tónico.
- Abre la boca.
- Succiona.
- Respiración adecuada.
- Deglute alimentos semisólidos - sólidos.
- Mastica alimentos sólidos.

Órganos fonoarticulatorios.

- Presenta soplo controlado.
- Realiza movimientos linguales.
- Realiza movimientos de los labios.
- Presenta movimientos maxilares.
- Realiza práxias orofaciales.

Actividad lingüística (Lenguaje expresivo).

- Produce sonidos vocálicos.
- Produce sonidos consonánticos.
- Emite sílabas.

- Pronuncia primeras palabras (mamá, papá).
- pronuncia dos palabras además de mamá, papá
- Emite palabra - frase.
- Expresa oración simple (telegráfica).
- Usa artículos.
- Usa oración compleja.
- Formula preguntas.
- Establece diálogo.
- Responde a preguntas directas (movimiento, gesto, palabras).
- Lenguaje comprensivo
- Mantiene los tópicos de una conversación.

Lenguaje Lecto-Escrito

- Garabatea
- Realiza señado letras.
- Diferencia dibujo de grafía
- Realiza lectura de imágenes
- Trabaja con rótulos

Comunes

Nombre de objetos comunes y de espacio cercano al niño

Nombre del niño.

4.3.4 Área cognitiva

Percepción

- Reacciona ante estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfativo, gustativos con movimientos de cabeza o extremidades.
- Observación de cara.
- Seguimiento visuales.
- Gestos faciales.
- Observa objetos y personas dentro de su campo visual.

Intencionalidad

- Observa y juega con sus manos.
- Sigue la trayectoria de un objeto
- Intenta coger un objeto
- Coge diferentes objetos que estén a su alcance
- Golpea dos objetos
- Golpea objetos en una superficie

- Explora su entorno
- Regresa al sitio de donde procedió
- Utiliza un objeto para tomar otro
- Busca objetos y personas cuando se le nombran
- Selecciona objetos de mayor interés
- Lanza objetos con intención
- Encaja objetos
- Hace construcciones
- Resuelve problemas sencillos

Estructuración Espacio - Temporal

- Organiza secuencias temporales
- Ubica diferentes posiciones en el espacio (arriba, abajo, cerca, lejos, abierto, cerrado, adentro, afuera, encima, debajo)
- Percibe la duración de los sucesos.
- Identifica los momentos del día con relación a las actividades cotidianas.

Construcción lógico-matemática

Agrupar objetos por características físicas

Identifica semejanzas y diferencias de los objetos

Identifica figuras geométricas (



)

Maneja cuantificadores

Mucho

Poco

Ninguno

Uno

Todos

Algunos

Anticipa las consecuencias de un^acción

Identifica tamaños (grande - pequeño).

Reconoce los colores primarios

Asocia cantidades con el número de objetos.

Hace correspondencias

Esquema corporal

- Percibe globalmente su cuerpo
- Reconoce su cuerpo
- Nomina las partes del cuerpo
- Identifica las partes del cuerpo
- Reconoce las partes finas y gruesas de su cuerpo
- Identifica las funciones de algunas partes del cuerpo.

Desarrollo de dispositivos básicos

- Recuerda su nombre y el de personas familiares.
- Memoriza sucesos de la vida cotidiana
- Presta atención a explicaciones, narraciones y descripciones
- Recuerda canciones y cuentos cortos.
- Realiza actividades de mesa hasta terminar.

4.3.5 Área personal social

Alimentación

- Succiona
- Ingiere alimentos

Líquidos

Semisólidos

Sólidos

- Toma el biberón con las manos
- Toma alimentos de un plato con la mano
- Bebe de una taza o vaso
- Usa cuchara
- Come solo

Autonomía personal

- Usa pañal
- Controla esfínteres (diurnos - nocturnos)
- Colabora cuando se le viste

- Se quita ropa sencilla
- Se pone ropa sencilla
- Se lava y seca las manos
- Se abotona, desabotona
- Se baña solo
- Hace nudo de zapatos

Socialización

- Responde a otra persona
- Sonríe ante un estímulo
- Extiende brazos a una persona familiar
- Se muestra tímido ante extraños
- Se separa fácilmente de su madre
- Reacciona a su imagen en el espejo
- Responde a su nombre
- Saluda , se despide
- Realiza juegos de imitación
- Juega solo
- Juega a esconderse
- Realiza juego paralelo

- Realiza juego simbólico
- Realiza juego socializado
- Presta o enseña sus juguetes
- Respeto el turno
- Sigue normas

Actividades en el Hogar

- Imita actividades domésticas
- Colabora en actividades del hogar

Actividades en la comunidad

- Identifica espacios en el hogar

Baño

Alcoba

Cocina

Patio

Comedor

- Identifica lugares comunes del barrio

Iglesia

Tienda

Parque de juego

Escuela

Hospital

4.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (PROPUESTA)

El instrumento de evaluación está diseñado teniendo en cuenta la secuencia normal del desarrollo, el cual permite realizar una observación directa del niño con necesidades educativas especiales en sus primeros años de vida para alcanzar metas paulatinas y lograr el desarrollo de sus potencialidades a través de un programa coordinado de intervención temprana.

El presente instrumento permite la valoración del desarrollo del niño de forma cuantitativa y cualitativa.

Cuantitativa en términos de asignarle un valor a las habilidades y destrezas alcanzadas por el niño de acuerdo a su crecimiento y desarrollo. Este aspecto posibilita la ubicación del niño en un nivel de funcionamiento de acuerdo a sus adquisiciones y al mismo tiempo facilita su promoción teniendo en cuenta sus fortalezas y debilidades.

La evaluación cualitativa sustenta la valoración en términos de promoción de sus áreas de desarrollo, esta realizada de manera descriptiva proporciona elementos importantes que fundamentan el programa de intervención, brindando información sobre el “como” se encuentra la habilidad y los mecanismos que el niño utiliza para lograrla y de igual manera dar las recomendaciones o sugerencias requeridas para potenciar áreas débiles del desarrollo.

Es importante anotar que los aspectos sugeridos en cada etapa del desarrollo son prerrecurrentes generales para la adquisición de aspectos más complejos del proceso de aprendizaje, y que éstos no se dan de forma aislada sino integral. Sin embargo, para objeto de este trabajo y para la población a la cual se dirige fue necesaria su separación jerárquica.

4.5 CRITERIOS DE INGRESO

Para ingresar al programa de Estimulación Adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia se requiere:

* El niño debe presentar un diagnóstico de Retardo Mental, Parálisis Cerebral, Hidrocefalia, Microcefalia, Espina Bífida u otra discapacidad que tenga compromiso intelectual, exceptuando niños con limitación sensorial.

* Tener una edad entre 2 meses hasta 5 años de edad cronológica.

* No recibir ningún tipo de atención especializada o de Educación Especial.

* Someterse a proceso evaluativo para su posterior ubicación en un grupo de atención de acuerdo a los resultados obtenidos.

* Compromiso familiar.

4.6 CRITERIOS DE EGRESO

* Edad cronológica entre 6 y 7 años.

* Cumplimiento de los objetivos propuestos para el programa con una duración máxima de 6 años y/o la posibilidad de integración familiar, social o escolar.

* Cuando no hay compromiso familiar y el niño no logra los objetivos, se puede tomar la decisión de retirarlo del programa.

4.7 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN

Valoración

El instrumento está diseñado por edades cronológicas atendiendo a los estadios del desarrollo propuestos por Piaget, para los cuales los ítems están planteados con un margen para el cumplimiento en niños con diagnóstico de Retardo Mental de 3-6 meses más, en sus primeras etapas contemplando todas las áreas del desarrollo, a medida que aumenta la edad cronológica se aumenta el espacio para

la adquisición de cierto nivel de funcionamiento en un año, hasta lograr un nivel de hasta los 6 años en sus adquisiciones.

Los ítems propuestos para cada grupo y área varían de acuerdo a l proceso de desarrollo planteado para esa época.

Para su valoración se debe tener en cuenta que cada área alcanza un porcentaje máximo del 20% cuando el niño logra los ítems esperados sin apoyo.

La suma de los porcentajes máximos de cada área nos dará como resultado el 100% del nivel de funcionamiento de un niño en su desarrollo.

Este porcentaje esta dado por el puntaje obtenido por el niño en el momento de su evaluación final establecida así:

No lo logra	10	0	8
Lo logra con apoyo	16	1	16
lo logra sin apoyo	16	2	18
	14	-	12

De acuerdo a la valoración anterior surge una tabla en donde se establece los puntajes totales por edad y área, la cual posibilita sacar más rápidamente los porcentajes.

Además de elaborar un perfil del desempeño del niño.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

No lo logra

0 d

Lo logra con apoyo

1 de

Lo logra sin apoyo

2 e.

PORCENTAJE

Edad	M/G		M/F		COG.		LENG		P/S	
	Ptos/Pje		Ptos/Pje		Ptos/Pje		Ptos/Pje		Ptos/Pje	
6 Meses	20	20%	14	20%	6	20%	12	20%	8	20%
12 Meses	26		14		14		24		14	
19 Meses	14		8		8		14		14	
25 Meses	24		10		8		12		12	
36 Meses	24		16		16		20*		16	
48 Meses	12		16		18		20		18	
60 Meses	12		14		12		14		12	
72 Meses	10		16		18		14		10	

4.8 CRITERIOS DE PROMOCIÓN

Para la promoción de los niños en los diferentes grupos se tendrá en cuenta el porcentaje obtenido al finalizar el período, el cual deberá alcanzar entre un 16% y 20% para ser promovido.

La promoción no sólo estará dada a nivel cuantitativo o porcentual, sino que se deberá acompañar de los aspectos que se deben reforzar en esa área en el grupo siguiente.

Si después de realizado el perfil de funcionamiento de un niño este no logra obtener el porcentaje requerido para ser promovido se dará un margen de tiempo para lograr los objetivos propuestos, así:

Grupos: 1 - 2 y 3

6 Meses

Grupos: 4 - 5 - 6 7 y 8

12 Meses

5. INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN

La recolección de datos implica tres actividades estrechamente ligadas :

- Seleccionar un instrumento de medición. Este debe ser válido y confiable.
- Aplicar el instrumento : Obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para el estudio.
- Codificación de los datos : O sea preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente.

“Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos variables que el investigador tiene en su mente”¹.

Todo instrumento de recolección de datos requiere de dos elementos esenciales :

CONFIABILIDAD : Este aspecto se refiere “al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados”.

VALIDEZ : Se refiere “al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”.

“La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Wiersma, 1986, Gronlund, 1985).

- Evidencia relacionada con el contenido.

¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y Otros. Metodología de la Investigación. Primera Edición 1991. Graw-Hill Interamericana de México. Pág. 241 - 243.

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto medido (Brohrnstedt, 1976).

- Evidencia relacionada con el criterio.

Establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento (Wiersma, 1986).

Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo).

Si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva.

- Evidencia relacionada con el constructo.

Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo

medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. Esta incluye tres etapas :

1. Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
2. Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

5.1 ENCUESTA

Ver anexos.

5.1.1 Análisis de resultados. Para medir el impacto y funcionalidad del instrumento de evaluación se aplicó una encuesta a 12 practicantes del proyecto de estimulación quiépes tuvieron la posibilidad de evaluar a los niños del programa con dicho instrumento.

En la encuesta se contemplan tres aspectos fundamentales (preparación, aplicación y registro) para sustentar la confiabilidad y validez de la prueba. Este proceso acompañado de observación directa en su aplicación así como del análisis de algunas finalizada la evaluación.

La encuesta presenta los siguientes resultados:

PREPARACIÓN

A la pregunta referida - es necesario el conocimiento previo de las características de la discapacidad que tenga un niño para ser evaluado con el instrumento elaborado- el 100 % responden afirmativamente sustentando sus afirmaciones en las siguientes categorías:

* De acuerdo a su diagnostico permite tener una base de ubicación.

* No se puede exigir al niño algo que por su discapacidad no puede realizar.

* Se observan áreas fuertes y débiles y se obtendrá mejores resultados.

* Se tiene una visión general y clara de las potencialidades del niño.

* Cada discapacidad presenta unas implicaciones pedagógicas y un proceso de desarrollo diferenciado que inciden en la evaluación y valoración.

* Permite una visión clara del diagnóstico y facilidad en la evaluación.

* Para establecer los respectivos ítems y establecer los niveles.

* Dos personas de las encuestadas responden afirmativamente pero no sustentan sus respuestas siendo el 16.6%, de la muestra total.

A la pregunta contemplada en el literal B...Considera importante que la practicante conozca el proceso de desarrollo del niño con discapacidad antes de la aplicación del instrumento de evaluación. El 92% responden afirmativamente, sustentando sus respuestas en las siguientes categorías:

- * Permite mirar las posibilidades de trabajo pedagógico.
- * Es necesario saber cuando aparecen determinadas conductas y si es preciso evaluarlas.
- * Para establecer ítems en un nivel en forma secuencial.
- * Da pautas previas y claridad sobre lo que el niño debe alcanzar.
- * Permite ubicarlo bajo el criterio de desarrollo integral.
- * Permite evaluar de acuerdo a las potencialidades del niño.
- * Permite objetividad y determinar el desarrollo más acertado con respecto a la ubicación
- * De acuerdo al nivel de desarrollo la practicante puede ubicarlo.
- * Se establecen diferencias para ubicar niveles y edad de desarrollo.

El restante 8 % sustenta que es importante conocer el proceso de desarrollo en ambos casos - desarrollo de un niño normal y desarrollo de un niño con discapacidad.

Con relación a la pregunta: El tiempo empleado para la explicación y sustentación teórica del instrumento fue suficiente, el 75%, responden afirmativamente sustentando sus respuestas así:

* El resto de la fundamentación surge a partir de la aplicación y compete a quien evalúa.

* Se explicó en forma practica y teórica.

* El tiempo empleado sirvió para exponer dudas y tener claridad frente a lo que se va a hacer.

* Fue suficiente para despejar dudas.

* Se dio el espacio, más no fue tomado en forma participativa.

* Aunque hubo taller práctico falta claridad frente al manejo.

* A pesar de la explicación y el tiempo empleado se notaron vacíos en la aplicación por parte de las practicantes.

El 25% restante responde que no fue suficiente sustentado, su negación en las siguientes categorías:

* Se debió reforzar más, ya que se aplicará pedagógicamente a los niños.

* Hay confusión en su manejo en especial en la parte del porcentaje.

* Era necesario reforzar más la explicación del instrumento.

* Cada practicante tiene conceptualizaciones diferentes, debió haber una explicación individual.

A la pregunta: considera necesario preparar con anterioridad los materiales que se requieren para aplicar el instrumento de evaluación el total de las encuestadas responde afirmativamente sustentando sus respuestas en:

- * Promueve la observación, facilita la aplicación permitiendo que el niño tenga una secuencia.

- * Ahorra tiempo y optimiza la aplicación.

- * Evita la distracción.

- * Permite mayor tiempo con el niño.

- * Facilita mayor empleo del instrumento.

- * Permite tener claridad frente a lo que se va a evaluar.

Frente a la pregunta-considera que hizo un análisis crítico frente a la propuesta del instrumento de evaluación, el 41.6% respondieron afirmativamente, mientras que un 58.4% responden negativamente, sus respuestas las sustentan en las siguientes categorías:

- * Hubo falta de interés por parte de las practicantes así como de lectura previa.

- * Quedaron vacíos desde la explicación.
- * No se aplicó prueba en todos los niveles.
- * Dedico mucho tiempo a la aplicación.
- * No tengo unos criterios claros sobre ventajas y desventajas.
- * Las inquietudes se limitaron solo a: explicación general, cuantificadores, pero no en torno a los procesos y a la sustentación teórica.
- * Con cada una se miraron los ítems y los objetivos.
- * No me considero con ese derecho de crítica.

ANÁLISIS

- Se deduce que todas las practicantes dan validez al conocimiento previo de la discapacidad para realizar la evaluación pedagógica de

un niño en sus primeros años de vida. Sin embargo sus sustentaciones no dan cuenta de lo que se pregunta.

- Las practicantes sustentan la importancia del conocimiento previo, no sólo del proceso de desarrollo de un niño normal; sino también con discapacidad, lo cual permitiría su adecuada evaluación e intervención.

- La valoración del tiempo en la explicación del instrumento es subjetiva dada las respuestas de las practicantes, ya que un grupo afirma que el tiempo fue suficiente y las dudas e inquietudes compete a quien evalúa, y el otro grupo, afirma que no fue suficiente; ya que se debió brindar una explicación individual, además por el poco interés demostrado cuando la explicación no correspondía al grupo orientado por la practicante.

- Todas las practicantes validan la preparación de los materiales con anterioridad, ya que permite mayor efectividad y rapidez cuando se aplica el instrumento.

- En las respuestas dadas por las practicantes referida a la pregunta sobre el análisis del instrumento se encuentran inconsistencias por

falta de comprensión y claridad frente al proceso de desarrollo del niño discapacitado además no hubo lectura previa del instrumento en su totalidad lo que implica desconocimiento del planteamiento de la propuesta.

En la presentación del instrumento no se realizaron los análisis críticos pertinentes por parte de las practicantes, dejándose entrever la poca conceptualización sobre la discapacidad al igual que sobre procesos de desarrollo . Esta se evidenció notablemente en los vacíos que quedaron luego de las explicaciones.

APLICACION

- A la pregunta referida: El instrumento permite tener una visión general del nivel de funcionamiento de un niño con retardo mental finalizada su aplicación, las encuestadas responden en un 83.3% afirmativamente sustentando sus respuestas en:

* Permite observar las conductas de los niños en todas las áreas. Esta sustentación en un alto porcentaje 20.8%.

* Secuencia lógica que permite evidenciar logros y dificultades para el trabajo individual y grupal.

* Nos sitúa en las dificultades mayores del niño.

* Permite conocer el nivel de desarrollo de los niños.

* Observación que permita una evaluación cualitativa.

El 16.3% restante de las practicantes respondieron negativamente, justificando sus respuestas en:

* La actitud del niño no permite observar su funcionamiento, sólo una aproximación al grupo donde podría estar.

* Se necesita ser ampliado cualitativamente, ya que por si sólo el instrumento no ubica.

* Los ítems deben ser ampliados con la evaluación.

Con relación a la pregunta : - El instrumento de evaluación es funcional para su aplicación en niños con retardo mental. La totalidad (100%) de

las encuestadas responden afirmativamente justificando sus respuestas en las siguientes categorías:

- * Es conciso y claro permitiendo establecer actividades a trabajar.
- * Permite una observación clara y posibilita planear adecuadamente.
- * En la media de las respuestas se puede ubicar al niño apoyándose en lo cualitativo.
- * Permite visualizar el desempeño del niño.
- * Debe haber mayor claridad en cuanto a las márgenes de edad.
- * Los ítems planteados son claros y no ofrecen mayor dificultad.
- * Contiene ítems que el niño puede lograr.
- * Los criterios de evaluación son claros en todas las áreas, falta claridad en motricidad gruesa en el aspecto de los reflejos.

* Con visión analítica e integral puede ser funcional y si es adecuadamente aplicada.

* Presenta margen cronológica pertinente.

Las practicantes encuestadas frente a la pregunta: - Las instrucciones establecidas en el instrumento de evaluación son claras para su aplicación - Responden afirmativamente un 81.8% mientras que un 18.2% responden negativamente sustentando sus respuestas así:

- Todas las justificaciones afirmativas se agrupan en la siguiente categoría:

* Las explicaciones son claras, concretas y comprensibles.

- Mientras la respuesta negativa se agrupa en tres categorías:

* Establecer otros criterios para la exploración refleja.

* Establecer otra valoración.

* Incluir una pequeña guía que oriente, previa a la aplicación que vaya más allá del la regla de 3 simple y de los porcentajes.

- Con respecto a lo que adicionarían respondieron:

* Ítems más específicos en el grupo conceptual.

* Explicación acerca de como sacar el perfil.

* Tabla de puntajes para la exploración refleja.

* Explicación de la exploración refleja.

A la pregunta - Los resultados obtenidos finalizada la aplicación del instrumento permite tener claridad para la ubicación e intervención del niño con retardo mental; las practicantes respondieron que si un 67% sustentadas en:

* Permite reconocer logros y dificultades e identificar la intervención.

* De acuerdo a sus características podrá determinarse en que nivel se ubica.

* Permite determinar habilidades y destrezas y una intervención adecuada.

* Tiene en cuenta resultados cuantitativos para su ubicación y cualitativos para su intervención.

* El promedio permite ubicación de acuerdo a sus logros.

El 33% restante responde que no, sustentando sus respuestas en:

* El instrumento de evaluación no está muy claro y su aplicación tiende a confundirse con la edad cronológica o el nombre del nivel.

* Las denominaciones de los niveles son confusas; ya que se relacionan con habilidades motrices o porque no se tenga claridad frente a las implicaciones de los demás, incide en el inicio como en su ubicación.

* Solo cuando la evaluación se realice llevando, un proceso de observación.

Frente a la pregunta - Presenta dificultades en el momento de la aplicación del instrumento de evaluación - El 72.7% responde afirmativamente, mientras que un 23.3% responden negativamente categorizándose las dificultades en:

- * Realización de la curva de funcionamiento.
- * Ubicar al niño para la aplicación del instrumento.
- * En la valoración de algunos ítems.
- * En el área del lenguaje.
- * En la exploración de reflejos.
- * Elaboración de los porcentajes.

A la pregunta - Es necesario establecer un criterio diferente a los sugeridos para iniciar la aplicación del instrumento de evaluación - El 16.6% de las practicantes responden que si justificando sus respuestas en la siguiente categoría:

- Es necesario valorar de otra manera la exploración refleja.

Mientras que el 75% de ellas responde que no es necesario sustentando sus respuestas en :

- Cubren de forma integral el desarrollo del niño.
- Son claros y suficientes.

El restante 8.4% de las practicantes no justifica su respuesta.

Con relación a qué criterios consideraría, las practicantes responden :

- Estado de salud del niño.
- Observar al niño en situación alterna a la evaluación.
- Considerar la anamnesis y la historia clínica.
- Que la practicante del nivel evalúe al niño inmediatamente para verificar o no esa primera ubicación.

- Edad de desarrollo, habilidades.

Con relación a la pregunta -El instrumento de evaluación es confiable para determinar el nivel de funcionamiento de un niño con retardo mental- el 75% responden afirmativamente justificando sus respuestas en las siguientes categorías :

- El instrumento da pautas para determinar funcionamiento del niño.
- Presenta el desarrollo progresivo del niño en las diferentes áreas.
- Los objetivos dan una visión general del niño.
- Se puede visualizar áreas fuertes y débiles.
- Se toman instrumentos standarizados y acordes.

El 8.3% responden que no y justifican su respuesta en :

- No se evidencia potencialidades del niño con una sola evaluación.
- Es necesario buscar otras ayudas.
- Debe acompañarse de un proceso de observación.

El restante 16.6% no responden.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- La mayoría de las practicantes valoran el instrumento, ya que permite visualizar el funcionamiento general del niño con retardo mental e implementar al mismo tiempo la intervención pedagógica requerida por el niño de acuerdo a sus necesidades. El grupo restante de practicantes validan el instrumento siempre y cuando se acompañe de un proceso cualitativo.
- Las respuestas de las practicantes frente a la funcionalidad del instrumento presentan desfases con respecto a la anterior, ya que están abiertamente relacionadas y en ésta todas lo validan porque permite observar el desempeño integral del niño, sin embargo en sus justificaciones apuntan su validez a la claridad que se tenga de

él y a su adecuada aplicación. Deduciéndose de esta manera que la funcionalidad del instrumento depende de quien lo aplique.

- Un alto porcentaje de practicantes sustentan la claridad de las instrucciones establecidas en el instrumento, mientras que una minoría responde negativamente dejándose entrever la poca comprensión frente a lo que se preguntaba. En cuanto a lo que adicionarían hubo aciertos y desaciertos lo que ratifica la no comprensibilidad de algunas frente a la pregunta y al mismo tiempo dan cuenta de la no claridad sobre exploración refleja.
- Un porcentaje significativo de practicantes validan la claridad del instrumento, ya que permite la identificación de logros y dificultades del niño y su posterior ubicación e intervención adecuada.
- El otro grupo de practicantes aluden la no claridad, ya que para la evaluación inicial y ubicación del niño en un nivel confunden la denominación del grupo, la edad cronológica y las habilidades motrices del evaluado, sin embargo, después de realizado un proceso de inducción y explicación teórico-práctico las practicantes

aún presentan dificultades para identificar los criterios que se establecieron para iniciar la evaluación.

- La mayoría de las practicantes presentan dificultades al momento de aplicar el instrumento, dejándose entrever que las falencias no sólo contemplan la operativización de la evaluación, sino a nivel de los conceptos que se contemplan en ella. Muy pocas responden no tener dificultades.

- Frente a la pregunta es necesario establecer otros criterios para la evaluación, la mayoría de las practicantes consideran que los establecidos son suficientes para su manejo, sin embargo ambos grupos las que están de acuerdo y las que no al referenciar otros criterios establecen otros que descontextualizan la pregunta, presentándose respuestas confusas y poco claras. Con relación a esta pregunta se deduce que las practicantes presentan poca claridad frente a la utilización de los términos instrucción y criterio.

- La mayoría de las practicantes avalan y sustentan la confiabilidad del instrumento ya que da pautas para establecer el nivel de funcionamiento del niño en todas las áreas, mientras que el grupo minoritario de practicantes responden que no, sin embargo en sus

justificaciones lo consideran confiable si el instrumento se acompaña de un proceso de observación y otro tipo de ayudas que no especifican.

REGISTRO

A la pregunta referida : Los ítems planteados en cada área y grupo son claros al momento de ser evaluados. El 75% de las practicantes responde positivamente justificando sus respuestas en las siguientes categorías :

- La mayoría son claros para aplicarlos.
- Son conductas fáciles de observar.
- Los ítems no son ambiguos.
- Van de acuerdo al nivel de desarrollo.

El 25% restante responde negativamente sustentando sus respuestas en la siguiente categoría :

- Si no se conoce el proceso de desarrollo no se puede dar claridad.
- Se necesita secuencia que de mayor claridad.

Frente a la pregunta -Los ítems planteados en cada grupo son suficientes para observar el proceso de desarrollo de un niño con retardo mental en sus primeros años de vida. El 75% de las practicantes responden afirmativamente sustentando su respuestas en las siguientes categorías :

- Están planteados en forma secuencial.
- Tienen en cuenta las conductas relevantes del niño.
- Están acordes a su nivel de desarrollo.
- Se evidencia el proceso de desarrollo del niño.
- Reúne las características más importantes.

- Son funcionales aunque se podrían adicionar.

El restante 25% de las practicantes responden negativamente sustentando sus respuestas en :

- Es necesario agregar otros ítems a los niveles superiores.
- No todas las áreas tienen el mismo número de ítems.

Con relación a la pregunta : Los ítems planteados en el instrumento son pertinentes y observables en el niño con retardo mental. El 83.3% de las practicantes responde que si justificando sus respuestas en las siguientes categorías :

- Permiten llevar un buen seguimiento.
- No hay dificultad en el momento de evaluar.
- Se pueden lograr.
- Permiten ver el proceso de desarrollo del niño.

- Son acordes y propios.
- Los niños alcanzan las conductas descritas.
- Son claros.
- Están acordes a la realidad del niño.

El restante 16.6% no responden.

A la pregunta : Cambiaría algún ítem de los planteados en los diferentes grupos, el 25% responde afirmativamente contrastando con el mismo porcentaje de practicantes que no responde. Estas afirmaciones las justifican en :

- Aumentaría y ejemplificaría.
- Ampliarlo.

El restante 50% responden que no cambiarían ya que :

- Los que hay son claros.
- Son suficientes.
- Se presentan secuenciales y orden de prioridad.

Al preguntarse sobre cuáles cambiaría se refieren los siguientes ítems :

- Usa pañal.
- Se alimenta cuando se le ofrece.
- Nombra objetos comunes, nombre propio y familiares pasarlo de conceptual a preconceptual.
- Se desplaza sentado.

Frente a la pregunta -Los ítems registrados en el instrumento de evaluación dan cuenta del proceso de desarrollo de los niños con retardo mental en cada grupo establecido. El 66.6% de las

practicantes responden afirmativamente sustentando sus respuestas en las siguientes categorías :

- Para cada edad se tienen en cuenta los aspectos más esenciales.
- Se tiene en cuenta una visión general del niño.
- Se tiene en cuenta un margen de tiempo para alcanzarlo.

El 8.3% no justifica su afirmación.

Mientras que un 8.3% responde que no sin encontrarse justificación y un 25% no responde.

A la pregunta -Considera usted que se deban suprimir ítems del instrumento de evaluación. El 75% de las practicantes responden negativamente, mientras que el 25% restante no responde.

Las justificaciones ante la respuesta negativa son categorizadas en

- Son precisos y coherentes.
- Son necesarios.
- Responden a los requerimientos para evaluar.
- Son organizados, secuenciales y suficientes.
- Van de acuerdo al proceso de desarrollo de los niños.

Frente a la pregunta : Los criterios establecidos para la valoración de la evaluación son adecuados para el tipo de población a la cual va dirigida. El 66.6% responde afirmativamente justificando sus respuestas en :

- Posibilita tener en cuenta si el niño lo hace solo o con ayuda.
- Tiene en cuenta lo que es capaz de hacer el niño.
- Ayuda a elaborar informe cualitativo.

- Son funcionales.
- Son concretos.
- Cada criterio fue estudiado.
- Es necesario establecer una guía.
- Presenta visión rápida y eficaz.

El 83% responde negativamente y no justifican su respuesta, mientras que el restante 25% no responde.

Con relación a la pregunta : La curva de funcionamiento establecida para cada grupo proporciona aportes para hacer observaciones sobre el desarrollo del niño el 58.3% de las practicantes responde afirmativamente sustentando sus respuestas en las siguientes categorías :

- Puede ser opcional.
- No incide en la evaluación.
- Facilita el trabajo a nivel conceptual.
- El proceso se evidencia a partir de los ítems.

Mientras que el 25% de las practicantes responde negativamente justificando sus respuestas en la siguiente categoría :

- Solo si se hace una observación cualitativa.

El restante 16.7% de las encuestadas no responde.

A la pregunta : Considera necesaria la realización de la curva de funcionamiento cada vez que se aplique el instrumento de evaluación el 66.6% de las practicantes responde que si, sustentando sus respuestas en :

- Determina avances y retrocesos del niño.
- Es una ayuda para una observación descriptiva.
- Se observa claramente el desarrollo del niño.
- Es una evidencia clara de los avances del niño sin olvidar la evaluación cualitativa.

Mientras que el 25% de las practicantes responde negativamente, justificando sus respuestas en :

- Se debe hacer al final.

Y el restante 8.3% no responde.

Frente a la pregunta : Ha tenido dificultades para realizar la curva de funcionamiento finalizada la evaluación las practicantes responden afirmativamente un 41.6% justificando sus respuestas en :

- Se requiere calculadora.
- No hay claridad como hay que hacerla.
- No hay claridad frente a los porcentajes.
- Falta claridad sobre su uso.

El 50% de las demás responde negativamente sin justificar sus respuestas. El restante 8.3% no responde la pregunta.

A la pregunta referida : Finalizada la evaluación, esta permite hacer un registro cualitativo del desempeño del niño. El 66.6% de las encuestadas responde positivamente sustentando sus respuestas en :

- Según como se responda permite elaborar un buen informe.
- Se pueden describir las características de las conductas.
- Se completa el informe cuantitativo.

- Se puede hablar de logros y dificultades.
- Se tienen en cuenta todas las áreas del desarrollo.
- Se mencionan las áreas e ítems trabajados.
- Permite una observación más directa y constante para análisis cualitativo.
- Se debe hacer ya que hay vacíos.

El 25% de las practicantes responden negativamente sustentando sus respuestas, la siguiente categoría :

- Sólo se toma un aspecto de la evaluación las áreas débiles, el restante 8.3% de las encuestadas no responde.

Frente a la pregunta: Realiza con frecuencia una observación^{*} cualitativa de los niños. Las practicantes encuestadas responden que si un 91.6%, mientras que el restante 8.3% no responde.

Las afirmaciones se justifican en las siguientes categorías

Permite establecer logros y dificultades.

Permite describir el proceso de una forma más precisa.

Concreta en que va el proceso para continuar intervención.

Permite tener elementos para la evaluación final.

Da mayor seguridad para hacer planes individuales.

Se requiere en el trabajo diario con los niños.

Permite observar los logros.

Brinda mayor información.

Da continuidad a la evaluación.

- Va más allá del esquema rígido que concibe el instrumento.

ANÁLISIS

- La mayoría de las practicantes sustentan la claridad de los ítems planteados, ya que permiten su observación y están planteados en forma secuencial, sin embargo un pequeño grupo aluden la no claridad, dejándose entrever el desconocimiento frente al proceso de desarrollo de un niño.
- Un alto porcentaje de practicantes están de acuerdo que los ítems planteados son suficientes en cada grupo ya que dan cuenta del proceso de desarrollo de los niños de acuerdo a las edades contempladas, mientras que un pequeño grupo de ellas no les parece suficiente sustentando sus respuestas desde la forma (porque no tienen la misma cantidad de ítems) dejando de lado el contenido y algunas plantean la necesidad de aumentar algunos ítems en los niveles superiores.

- La mayoría de las practicantes validan los ítems planteados, ya que son observables en el niño con retardo mental y permiten determinar su nivel de funcionamiento. Un porcentaje pequeño de encuestados no respondió a la pregunta.
- Muy pocas practicantes de las encuestadas cambiaría algún ítem de los referidos en los grupos aludiendo la poca funcionalidad. La mayoría de ellas no cambiaría ninguno dándole validez a todos los planteados.
- La mayoría de las practicantes encuestadas sustentan que los ítems registrados a lo largo del instrumento dan cuenta del proceso de desarrollo del niño con retardo mental, sin embargo en sus justificaciones no dan cuenta de esa afirmación ya que algunas no responden, otras no justifican y otras descontextualizan la pregunta.
- Un alto porcentaje de practicantes están de acuerdo en no suprimir ítems de los planteados dándoles validez por ser precisos y coherentes, y porque se presentan de forma secuencial mientras que un pequeño grupo no responde.

- La mayoría de las encuestadas están de acuerdo con la valoración establecida en el instrumento, sin embargo en sus justificaciones presentan confusión y poca claridad frente a lo que se les estaba preguntando. Se deja entrever entonces el desconocimiento sobre lo que es un criterio de valoración.
- Un poco más del 50% de las practicantes dan validez a la curva de funcionamiento, sin embargo sus justificaciones se presentan desfazadas y no dan cuenta de la pregunta. Mientras que otro grupo también valida la curva siempre y cuando se realice una observación cualitativa.
- Frente a la necesidad de realizar la curva de funcionamiento un alto porcentaje de practicantes validan su elaboración, ya que permite determinar avances y retrocesos del niño que se evalúa, sin olvidar la evaluación cualitativa, hay otro grupo de practicantes que validan la curva sólo en la evaluación final.
- Un grupo significativo de practicantes 41.6% afirman tener dificultades para realizar la curva, aludiendo la no claridad frente a cómo se debe realizar, lo mismo que frente al porcentaje. Dicha

situación se presenta a pesar del tiempo estipulado para la explicación teórico-práctica sobre su manejo. Mientras que el restante 50% no presentan dificultades, sin embargo no justifican sus respuestas.

- La mayoría de las practicantes consideran válido el instrumento para realizar un registro cualitativo del desempeño del niño ; ya que se retoman todas las áreas del desarrollo y se puede hacer una descripción de logros y dificultades. Otro grupo de practicantes responden negativamente aludiendo que solo se retoman áreas débiles.
- Un alto porcentaje de practicantes casi la totalidad de ellas consideran de vital importancia el registro cualitativo del niño y según sus respuestas lo hacen porque permite tener elementos para describir el proceso en forma más precisa, elaborar planes de intervención individual y grupal y detectar logros y dificultades del niño entre otros.

6. CONCLUSIONES

1. La experimentación en la aplicación del instrumento y su estructuración permite concluir su validez y confiabilidad para determinar el nivel de funcionamiento de un niño en su primera infancia con diagnóstico de retardo mental, sin embargo estos aspectos pueden verse alterados cuando los practicantes que lo aplican presentan falencias conceptuales sobre el proceso de desarrollo de un niño, así como las características y la intervención pedagógica en una discapacidad determinada.
2. La práctica pedagógica debe trascender más allá de los esquemas que en un momento inicial plantea la evaluación, dicha práctica iniciada desde el primer contacto que se establece con el niño (evaluación) a través de la ambientación del espacio y la organización previa de los materiales posibilita una observación más detallada del niño.

3. El instrumento de evaluación planteado presenta una jerarquización adecuada dando cuenta del proceso de desarrollo de un niño en su primera infancia, lo cual permite hacer una observación y seguimiento del niño con discapacidad e implementar la intervención que requiera para potenciar áreas de desarrollo.
4. El instrumento de evaluación es avalado sólo cuando se acompaña de un proceso de observación en situaciones específicas y se realice una descripción cualitativa del funcionamiento del niño que se evalúa, dicha condición determinada para cada período evaluativo que se realice.
5. El instrumento plantea una secuencia jerárquica en los ítems atendiendo al proceso de desarrollo y las leyes que lo rigen.
6. La mayoría de las estudiantes que inician práctica no se encuentran lo suficientemente preparadas teórica y conceptualmente para asumir el reto que les plantea la práctica, por lo cual antes de iniciar la evaluación de los niños con el instrumento se requiere de su apropiación y entendimiento.

7. Para determinar el impacto del instrumento de evaluación fue necesaria la aplicación de la encuesta a las practicantes en dos ocasiones, ya que sus respuestas iniciales no permitieron un análisis de la información, por considerarse descontextualizadas, y en la segunda en algunas respuestas continúa presentándose la misma dificultad. Esta situación ratifica que : El bajo nivel conceptual, la falta de una buena lectura, falta de explicación previa y los conocimientos previos sobre procesos de desarrollo, discapacidades específicas, son necesarias no solo para una evaluación pedagógica, sino para el buen desempeño en la práctica profesional.

8. El análisis de la información suministrada por las practicantes a través de la entrevista revela la poca y/o falta de conceptualización de algunas de ellas para la aplicación adecuada que requiere el instrumento de evaluación.

9. A pesar del tiempo dedicado a la explicación y sustentación teórica del instrumento se presentan vacíos y confusión en su aplicación.

7. RECOMENDACIONES

- Para darle continuidad a la búsqueda del modelo de intervención más adecuado a la población beneficiaria del programa de Estimulación del C.S.P. de la Universidad de Antioquia se sugiere un seguimiento del instrumento de evaluación con el fin de realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a las características y necesidades de los niños ; ya que se requiere más para darle tiempo de experimentación con el instrumento para darle mayor validez, el tiempo de su experimentación no fue suficiente.
- Se detectaron vacíos conceptuales en las practicantes que lo aplicaron, lo cual incide en su funcionalidad.

- Se hace necesario que las practicantes se apropien de conceptos básicos sobre teorías del desarrollo, así como estrategias de intervención en niños con discapacidad para definir un modelo pedagógico a seguir.
- Para permitir una apropiación más significativa de los procesos de desarrollo de los niños cuando se tiene a cargo un grupo, es importante establecer un período de evaluación para niños que ingresan por primera vez al programa, al inicio y al final del semestre, permitiendo de esta manera un flujo poblacional más dinámico y la oportunidad para que todas las practicantes evalúen.
- Para dinamizar el proceso de ingreso al Programa y darle salida efectiva a la población que demanda el servicio se sugiere seleccionar una persona con conocimiento suficiente sobre el programa e información sobre los criterios de ingreso para la recepción y orientación de las personas que soliciten el ingreso, de esta manera se evaluarían los niños que realmente son aptos para el Programa.

- ◆ En el momento en que se realice la evaluación inicial o de ingreso es pertinente realizar una indagación al padre de familia sobre el conocimiento y claridad frente al diagnóstico de su hijo y de igual manera las consecuencias e implicaciones para su posterior desarrollo, esto con el fin de orientar y en alguna medida minimizar las expectativas que en muchos casos son desfazadas y en otros se espera una cura del menor. Además es necesario y en igual medida aprovechar ese espacio para conocer la historia clínica del niño y su diagnóstico.

- ◆ Brindar una explicación oportuna y adecuada a los padres en el momento del ingreso sobre el programa de Estimulación teniendo en cuenta los siguientes aspectos :
 - ◆ Criterios de ingreso.

 - ◆ Objetivos del programa.

 - ◆ Metodología de trabajo.

 - ◆ Importancia del compromiso familiar.

- ◆ Criterios de promoción.

- ◆ Criterios de egreso.

- Determinar fechas con anterioridad para llevar a cabo en los seminarios de práctica “análisis de casos” en donde la situación específica de un menor lo amerite y sea necesario el cambio de intervenciones pedagógicas para que su proceso de desarrollo sea significativo, de esta manera se contarán con elementos metodológicos, y estrategias de intervención para potenciar su desarrollo. De igual manera se tendría otros puntos de análisis con la participación del equipo profesional de apoyo (Psicopedagoga, Trabajo Social, Fonoaudiología) para hacer una intervención interdisciplinaria.

- La práctica pedagógica se contextualiza bajo la idoneidad de quienes por su acción orientan un programa para la optimización y el logro de objetivos tendientes a una meta determinada, en este caso para la intervención de niños entre 2 meses y 5 años con diagnóstico de retardo mental para lo cual :

- * Es necesario la capacitación previa de las practicantes en aspectos del desarrollo evolutivo de un niño en sus primeros años de vida tanto desde la normalidad como desde la discapacidad ; ya que ésta posibilita parámetros para determinar con mayor certeza áreas débiles y fuertes en el momento de la evaluación, lo cual permitiría la ubicación del niño con retardo mental en un nivel de funcionamiento acorde con sus potencialidades y necesidades.

- Antes de iniciar la evaluación y aplicación del instrumento se requiere de una socialización sobre la fundamentación teórica del instrumento. Así, como, los aspectos más relevantes sobre la intervención pedagógica en cada una de las discapacidades más comunes en el programa de estimulación.

8. GLOSARIO

ANODONCIA : Ausencia de los dientes.

APRAXIA : Trastorno de la movilidad voluntariosa, incapacidad de ejecutar movimientos voluntarios, a pesar de estar conservados la potencia muscular, la sensibilidad y la coordinación en general.

ARRINIA : Ausencia congènita de la nariz.

ATRESIA : Imperforacion, ausencia o cierre de un orificio natural.

ANOSMIA : Ausencia del sentido del olfato.

ATRERIA : Coaxial, cierre entre la cavidad nasal y la narofaíngea.

DISLALIAS : Trastornos de articulación.

DISGRAFIA : Trastorno de tipo funcional de la escritura que afecta a la forma o al significado.

DISPLASIA : Trastorno en el curso del desarrollo de un tejido u órgano, se produce una alteración de tamaño y forma por una proliferación excesiva de células.

DISTOMIA : Alteración de la tonicidad o tensión de un órgano o tejido.

HIPODONCIA : Ausencia de algunos dientes.

HIPOGENSIA : Disminución del sentido del gusto.

HIPOMENCIA : Disminución de la actividad mental.

HIPOTONIA: Disminución de la tensión o toxicidad o reducción del tono muscular.

HEMIANOPSIA : Defectos del campo visual.

MACROGLOSIA : Hipertrofia de la lengua.

MACROSOMIA : Aumento del tamaño corporal.

NISTAGMO : Movimiento rápido e involuntario del globo ocular y puede ser horizontal, vertical, relativo mixto.

OLEGOFRENIA : Ausencia de lenguaje o grave retraso.

PRESBICIA : Defecto visual debido a pérdida de elasticidad del cristalino.

RETINITIS : Pigmentaria pérdida progresiva de la visión periférica.

OLIGROFRENIA : Insuficiencia mental congénita o adquirida en los primeros años de vida. De grado variable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Memorias, simposio "Manejo Terapéutico del niño con parálisis cerebral"
PRO PACE Santafé de Bogotá Agosto/95

MAYOR, S. JUAN ” La Psicología en la escuela Infantil” Cap. 22
Cognición y aprendizaje en la deficiencia mental".

Documentos " NICHCY" 161 en español Septiembre/94.

MAYOR. Sánchez. Juan "Manual de Educación Especial" 1988

MOLINA, García Santiago "Deficiencia Mental" Aspectos Evolutivos. Ed.
Aljibe. Cap. VII España 1994

FLORES, Jesús y María Victoria Troncoso "Síndrome de Down y
Educación" Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona España 1991.

PAPALIA, Diane E, y Salty Wendkos Olds. ' Desarrollo Humano" Ed. McGraw - Hill Ed. lo. en Español. Bogotá 1990.

FRAAZEE, Susie Pollard. "Introducción a Piaget" pensamiento - aprendizaje. Pensamiento Fondo educativo Interamericano S.A. Bogotá 1982

GURALNICK, Michael J. y Forrest C. Bennett. " Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo". Colección Rehabilitación Ministerio de asuntos sociales. 1989.

VERDUGO, Alonso, Miguel A. "Personas con discapacidad", perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras Ed. Siglo XXI S. A. la. Ed. Madrid 1995.

HERNANDEZ, Roberto Sampieri, HERNANDEZ COLLADO, Carlos y Otros. "Metodología de la Investigación". Editorial Me Graw-Hill Interamericana. Primera Edición. México, 1991.

ROBERT L., Schalack, P.H. D. "Implicaciones para la Investigación de la Definición, Clasificación y sistemas de Apoyo de la A.A.M.R. 1992".
Revista Siglo Cero. Febrero de 1995.

TEXTO. "El Cambio de Paradigma en la Concepción del Retardo Mental : La Nueva Definición de la A.A.M.R." Revista Siglo Cero. Vol. 25. N° 153. España, 1994.