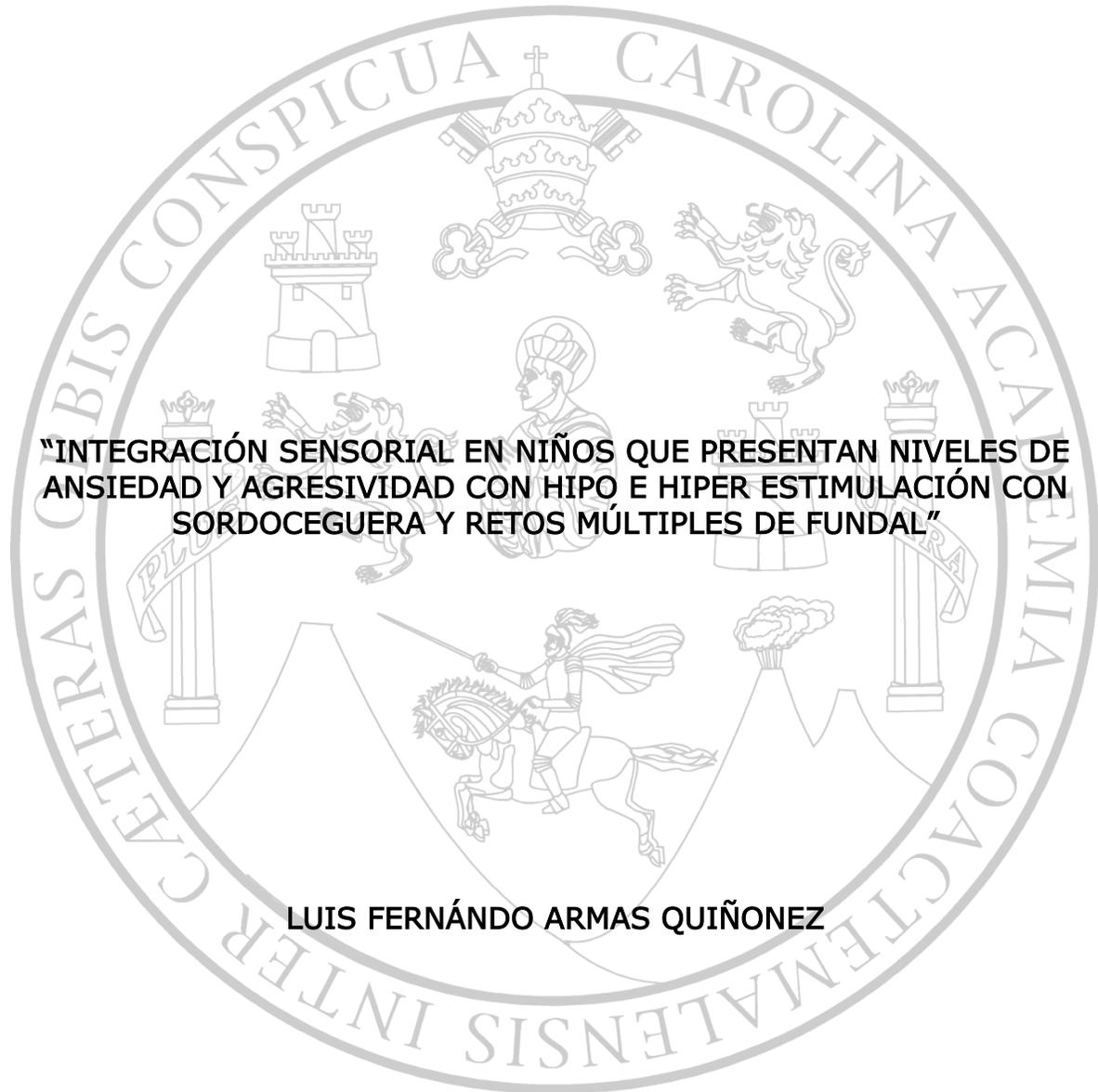


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-**



**"INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE  
ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON  
SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL"**

**LUIS FERNÁNDO ARMAS QUIÑONEZ**

**GUATEMALA, FEBRERO DE 2014**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-**

**"INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE  
ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON  
SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL"**

**INFORME FINAL DE EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**LUIS FERNÁNDO ARMAS QUIÑONEZ**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE**

**TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**TÉCNICO UNIVERSITARIO**

**GUATEMALA, FEBRERO DE 2014**

**MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**Licenciado Abraham Cortez Mejía  
DIRECTOR**

**Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
SECRETARIO a.i.**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño  
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**María Cristina Garzona Leal  
Edgar Alejandro Córdon Osorio  
REPRESENTATES ESTUDIANTILES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano  
REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

REG. 211-2012

CODIPs.93-2014

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

05 de febrero de 2014

Estudiante

Luis Fernando Armas Quiñonez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXAGÉSIMO (60°.) del Acta CERO CUATRO GUIÓN DOS MIL CATORCE (04-2014) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 28 de enero de 2014, que copiado literalmente dice:

**“SEXAGÉSIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: **“INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL”**, de la carrera técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

**Luis Fernando Armas Quiñonez**

**CARNÉ No. 200417762**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por, el Licenciado Domingo Reyes y revisado por, el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
SECRETARIO a.i.



/gaby



Reg. 211-2012  
EPS. 37-2012

23 de enero del 2014

Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

**Luis Fernando Armas Quiñonez**, carné No. **200417762**, titulado:

**“INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL.”**

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
**COORDINADOR DE EPS**



/Dg.  
c.c. Control Académico

Reg. 211-2012  
EPS. 37-2012

20 de enero del 2014

Licenciado  
Oscar Josué Samayoa Herrera  
Coordinador del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

**Luis Fernando Armas Quiñonez**, carné No. **200417762**, titulado:

**“INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL.”**

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

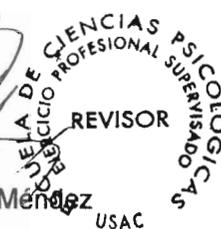
Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
**REVISOR**



/Dg.  
c.c. Expediente

Reg. 211-2012  
EPS. 37-2012

08 de noviembre del 2013

Licenciado  
Oscar Josué Samayoa Herrera  
Coordinador del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

**Luis Fernando Armas Quiñonez**, carné No. **200417762**, titulado:

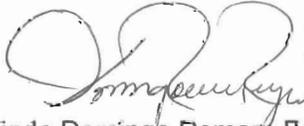
**“INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL.”**

De la carrera de **Terapia Ocupacional y Recreativa**

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Domingo Romero Reyes  
**Asesor-Supervisor**



/Dg.  
c.c. Expediente



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C. C. Control Académico

EPS

Archivo

Reg. 211-2012

DIR. 1,128-2012

De Aprobación de Proyecto de ETS

08 de mayo de 2012

Estudiante

**Luis Fernando Armas Quiñónez**

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CIENTO VEINTE GUIÓN DOS MIL ONCE (1,120-2011), que literalmente dice:

**"UN MIL CIENTO VEINTE:** Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **"INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MÚLTIPLES DE FUNDAL ,"** de la carrera **Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa,** realizado por:

**Luis Fernando Armas Quiñónez**

**CARNÉ No. 200417762**

Dicho proyecto se realizará en: Mixco asignándose Sra. María Fernanda de Morataya quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y Licenciado Domingo Romero Reyes, por parte de esta Unidad Académica. Considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO





Fundación Guatemalteca para Niños con Sordoceguera Alex

# ¡Tu apoyo nos hace sonreír!

Apóyanos apradrinando a un niño o siendo voluntario, para mayor información comunícate con nosotros.

Puedes hacer tus donaciones a través de:



Guatemala, 05 Noviembre 2012

Lic. José Samayoa  
Coordinadora de programa de E.P.S.  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela Ciencias Psicológicas CUM  
Ciudad

Respetable Lic. Samayoa:

Reciba un cordial saludo en nombre de FUNDAL, única institución en nuestro país dedicada a la inclusión educativa, social y cultural de niños, niñas y jóvenes con sordoceguera y retos múltiples, fortaleciendo a sus familias para incidir políticamente y hacer valer sus derechos, a través de sus Centros Educativos con sede en la Ciudad Capital, Quetzaltenango y Huehuetenango, así como por medio de programas de apoyo para el interior de la República.

En nuestros primeros 14 años de servicio hemos confirmado que es una verdadera bendición contar con tantos amigos que con su apoyo permiten que sucedan pequeños milagros en FUNDAL: Desde la sonrisa de uno de nuestros alumnos por haber comprendido que con sus manitas puede comunicarse, hasta la culminación de una tarea bien hecha. Estos milagros nos motivan a seguir creyendo en los niños, niñas y jóvenes con sordoceguera y retos múltiples.

Y es por eso que por medio de la presente quiero hacer constar que el joven Luis Fernando Armas Quiñónez con número de carné 200417762 realizó su ETS de la carrera Técnica de Terapia Ocupacional y Recreativa en esta institución con el proyecto **"INTEGRACION SENSORIAL EN NIÑOS Y JOVENES QUE PRESENTAN NIVELES DE ANSIEDAD & AGRESIVIDAD CON HIPO E HIPER ESTIMULACIÓN CON SORDOCEGUERA Y RETOS MULTIPLES DE FUNDAL"** iniciando el 25 de enero hasta el 19 de octubre del año 2012, en un horario de 7:30 a 12:30. Joven que demostró un excelente trabajo en las áreas de terapia ocupacional y recreativa, servicio e investigación, nos complace haber contado con su talento y su disposición, queremos resaltar que es una persona colaboradora y con altos valores éticos y morales.

Agradeciendo su fina atención a la presente, quedamos a sus órdenes para ampliar cualquier información que requiera y a la vez dejando nuestro centro a su disposición como establecimiento de prácticas.

Atentamente,

  
Maria Fernanda Linares de Morataya  
Directora Centro Educativo Sede Central  
[fundalguate@fundal.org.gt](mailto:fundalguate@fundal.org.gt)



MADRINA

**Diana Maitte Arévalo Lee**  
**Médica y Cirujana**  
**Colegiada No.: 16956**

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I ANTECEDENTES

	Pág.
1.1. Monografía del lugar	1
1.2. Monografía de la institución	6
1.3. Descripción de la población	10
1.4. Planteamiento del problema	11

### CAPÍTULO II REFERENTE TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2.1. Abordamiento teórico	14
2.2. Objetivos	23
2.2.1. Objetivo general	23
2.2.2. Objetivos específicos	23
2.2.3. Metodología de abordamiento	24

### CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1. Subprograma de servicio	27
3.2. Subprograma de docencia	31
3.3. Subprograma de investigación	33

### CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Subprograma de servicio	37
4.2. Subprograma de docencia	44
4.3. Subprograma de investigación	46

## CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	49
5.1.1. Conclusiones generales	49
5.1.2. Subprograma de servicio	49
5.1.3. Subprograma de docencia	50
5.1.4. Subprograma de investigación	51
5.2. Recomendaciones	52
5.2.1. Recomendaciones generales	52
5.2.2. Subprograma de servicio	52
5.2.3. Subprograma de docencia	53
5.2.4. Subprograma de investigación	54

## BIBLIOGRAFÍA

## RESÚMEN

El presente es el Informe del Ejercicio Técnico Supervisado de la Carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, que fue realizado en la Fundación Guatemalteca para Niños con Sordoceguera.

A lo que es importante metodológicamente, se generaron los subprogramas de Servicio, Docencia e Investigación de la siguiente manera:

- Subprograma de Servicio: Se centró en formar una estrecha confianza entre el terapeuta y los alumnos del centro, para que luego generar la socialización e interacción, para lograr una futura comunicación en todo aspecto.

Se planteó una introducción correcta de afectividad entre su círculo de estudio, familiar y social. Y como tratamiento terapéutico se utilizó siempre una adecuación con terapia de juego y recreación que buscó una estimulación sensorial de acuerdo a la exigencia de cada niño, correcta y asertiva, como medio de potencializar sus habilidades y destrezas en el rango de sus capacidades sensoriales.

- Subprograma de Docencia: De la misma forma, se buscó una relación adecuada con los padres y personal docente para integrar actividades en la estimulación de los niños de Fundal, como forma de mejorar las relaciones interpersonales en todo ámbito que se necesitó. Al mismo tiempo, se buscó solventar y apoyar en las necesidades e inquietudes que se tengan en base a la adecuada estimulación sensorial en todo ambiente.

- Subprograma de Investigación: Determinar las acciones y/o estímulos que desencadenaron una respuesta nociva de ansiedad y agresión a su falta de recepción sensorial en los alumnos de Fundal. Es por eso que con una dieta adecuada en Integración Sensorial se pudo trabajar mejor dentro y fuera del centro, limitando las conductas agresivas y de ansiedad que sufren los niños al no ser estimulados correctamente en lo táctil, vestibular y propioceptivo. Incluso, antes de poder llegar a estimular al niño adecuadamente, se tuvo que generar una observación previa para evaluar, consultar y aplicar distintos métodos que llevaron a una asertiva estimulación sensorial en todo aspecto.

## INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad no es habitual, el comunicarnos con personas que presentan alguna limitación visual, mucho menos que involucre la limitación auditiva en cualquiera de sus grados. Cabe recalcar que no se cuenta con una educación humana en la interacción con personas que presentan sordoceguera y otra limitación, es por eso, que nace la idea de crear una institución para las personas que padecen de estas limitaciones como lo es Fundal.

Es una institución no lucrativa que busca ayudar en la discapacidad de dos deficiencias sensoriales para que los que la padezcan puedan comunicarse de una forma receptora y emisora, incluso el percibir, conocer, interesarse y desenvolverse en su entorno de vida. Esto afecta gravemente las necesidades y actividades diarias para poder llevar una vida mínimamente autónoma e independiente con servicios especializados adecuados a la persona, para su atención y comunicación.

Fundal es la única institución en Guatemala dedicada a la educación integral de los niños, niñas y jóvenes con sordoceguera y retos múltiples, es por eso que se crea sobre los pasos de conocer sobre todo los métodos posibles para la comunicación y enseñanza a un niño con dichas dificultades. El crear sistemas alternativos, informarse de las carencias sensoriales y problemas en que se incurría por no tener un conocimiento previo en el manejo. Pero, por medio del ímpetu de esta institución logran tener acceso a dichos sistemas alternativos, como la labiolectura, lenguaje de signos, procesos táctiles y adecuación de ambientes para mejorar su calidad de vida.

Es por eso que nace la idea de apoyar en gran forma a los niños de Fundal para brindarles una correcta Integración Sensorial y adecuada comunicación dentro y fuera del centro, para que por medio de la estimulación pueda ser mejor asimilada la educación, la comunicación y el

desarrollo motor, físico y mental de los niños; bajando los niveles de ansiedad y agresividad que sobresalen al no ser estimulados correcta y adecuadamente en los entornos que se socializa. Como en un niño que no se estimula puede generar un desarrollo no apto para las demandas de una sociedad que requiere de mucha atención en el desenvolvimiento de las dificultades arquitectónicas, ambientales, sociales y personales, que limitan más el aprendizaje que ayude en toda forma a los niños, niñas y toda persona que presente una sordoceguera u otra enfermedad que necesite el trabajo o ayuda de la Terapia Ocupacional, y en niños que con la Ludoterapia se introduce a una recreación que los estimule en táctil, vestibular y propioceptivamente, como visual y auditivo.

## CAPÍTULO I ANTECEDENTES

### 1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

Mixco es un municipio del Departamento de Guatemala ubicado en el extremo oeste de la Ciudad Capital y asentado en la cordillera principal de la zona de influencia urbana de la capital. Cuenta con una extensión de 132 Kms<sup>2</sup>. A su vez con una altura de 1,650 msnm.

De su significado etimológico, el término proviene de "Mixco Cucul", que se traduce como "Pueblo de Loza Pintada", y del Náhuatl "Mixconco", que significa "Lugar Cubierto de Nubes".

La cabecera municipal de Mixco se encuentra a sólo 17 km del Centro Histórico de la ciudad de Guatemala. Aunque la mayor parte de este territorio fue absorbida por la expansión de la capital, quedan expresiones propias del pueblo mixqueño.

En Mixco destacan los chicharrones y el chocolate mixqueño, reconocido como uno de los mejores del país. En enero se realiza la fiesta en honor de la Virgen de Morenos y en agosto la celebración de la fiesta dedicada a Santo Domingo de Guzmán.

Productos: Su agricultura es escasa, por lo que su economía se basa en la industria, ganadería bovina, porcina, avicultura, servicios, comercio y un gran sector laboral que trabaja en la Capital. Está a 29 kilómetros de la Ciudad Capital.

Hechos relevantes en su historia: Se cree que fue fundado en 1526, con los habitantes del destruido Mixco Viejo.

#### **Grupos étnicos:**

Existe una pequeña población Poqomam.

Idiomas que se hablan: Poqomam y Español.

#### **Costumbres:**

Conserva en alguna medida el sistema de cofradías indígenas y se celebran dos festividades durante el año. En enero, en honor a la Virgen de Morenos y en agosto, a Santo Domingo de Guzmán. Entre las danzas folklóricas que se presentan en este Municipio se puede mencionar la de Los Moros.

**Patrono:** Santo Domingo de Guzmán.

**Feria:** 4 de Agosto.

**Patrona:** Virgen de Morenos, fiesta del 12 al 16 de enero.

**Historia:**

Antes de la venida de los españoles, la periferia de lo que en la actualidad es el valle de Guatemala, desde San Lucas Sacatepéquez hasta San Pedro Ayampuc, fue dominado por un señorío indígena de idioma Pokomam que tenía su centro político-militar en el sitio conocido con el nombre de Mixco (Chinautla Viejo). Este lugar había sido fundado durante las primeras guerras entre k'iche's y kaqchiqueles, aproximadamente entre 1200 y 1250. La municipalidad de Mixco, durante la época colonial dependió de la alcaldía mayor de Sacatepéquez, con el gobierno del General Justo Rufino Barrios y del Licenciado Miguel García Granados, todas las municipalidades de Guatemala ganaron la autonomía en la firma del Acta de Patzicía de 1877. Sin embargo, a 1915 aún mantenían la costumbre de tener dos alcaldes: Uno ladino y uno indígena, a éste último lo llamaban "Alcaldito". Se debe recalcar que los alcalditos de aquel entonces, tenían más poderes que los alcaldes ladinos. La mayoría de alcaldes ladinos, eran personajes de la "Calle Real", que voluntariamente aceptaban el cargo por un período no mayor de un año, sin sueldo al igual el alcalde de indígenas, que era electo por el pueblo en la Cofradía de Santo Domingo de Guzmán.

En 1971 se derribaron las galeras y el arco que ocupaba la municipalidad de Mixco de aquel entonces, iniciándose la construcción de los dos primeros niveles del edificio municipal en la administración de Julio Ambrosio; concluyéndose cuatro días antes de entregar el cargo a Enrique Ramírez en 1974, quién durante su administración construyó el primer edificio anexo actual, finalizándolo en julio de 1978. El tercer nivel del edificio central, se construyó en la administración de Berta Argelia Herrera de Ruano.

La Villa de Mixco fue elevada a la categoría de Ciudad el 1 de agosto del 2008, después de nueve años de haber sido aprobado el Acuerdo Gubernativo 524-99.

**Límites:**

Mixco limita al norte con San Pedro Sacatepéquez; al este con Chinautla y Guatemala; luego al sur con Villa Nueva; y por último con el oeste con San Lucas Sacatepéquez y Santiago Sacatepéquez.

**Extensión Territorial:**

Su extensión territorial es de 132km<sup>2</sup> de los cuales 45.6 km<sup>2</sup>equivalen al 45.7%, se encuentran dentro del área de la cuenca del lago de Amatitlán.

**Las vías de acceso a Mixco:**

Mixco fue el primer municipio de Guatemala en conectarse con la carretera que va a la ciudad capital, en el año de 1887.Éste municipio es un lugar que se encuentra rumbo a occidente, siendo sus principales vías de acceso la Calzada Roosevelt y la Calzada San Juan; a diez y siete kilómetros del Centro Histórico, es decir, al poniente por la bifurcación de la ruta asfaltada CA-1 por donde se puede ingresar a la cabecera municipal, pero también se ingresa a la cabecera Municipal de Mixco, por la Calzada Aguilar Batres, siguiendo la vía que se dirige a San Cristóbal, además por este camino se puede acceder a sus múltiples colonias. El transporte para Mixco es frecuente, en camioneta tipo urbano, tienen asignada la ruta que corresponde al sector S-16 la cual salen del municipio rumbo al parque Colón con los números 10, que atraviesa la Avenida Bolívar; 10P que utiliza el Periférico y el número 11 que usa la ruta de La Terminal hasta la avenida Elena, además cuenta con otras líneas que están destinadas exclusivamente a las colonias tal es el caso de las rutas de El Satélite, Lo De Coy, La Comunidad, entre otras. El costo del transporte es de Q.1.00 de lunes a sábado, de Q.2.00 días domingo y festivos, aunque por la noche, a partir de las 20:00 horas, el valor asciende a Q5.00; el transporte de Mixco está supervisado por la Corporación de buses llamada "La Morena".

**Administración municipal de Mixco:**

El edificio municipal se inauguró el cinco de junio de 1974, construido por el Departamento de Ingeniería Municipal de Mixco; actualmente cuenta con dos edificios municipales y un anexo, ambos edificios son de

estilo moderno; la municipalidad cuenta con un aproximado de seiscientos cincuenta empleados.

El centro del municipio se encuentra dentro del patrón de Plaza, debido a que en el Centro se encuentra el Parque Municipal dentro del cuál está la Biblioteca Municipal, frente al Parque Central se encuentran los dos edificios de la Municipalidad mixqueña, a un costado de estos edificios se encuentra el salón municipal y la Iglesia de Santo Domingo Mixco, teniendo por extremo la Estación de Bomberos Voluntarios. Su jurisprudencia comprende once zonas, las cuáles según la dirección de catastro de la municipalidad de Mixco están divididas al 2005 de la siguiente forma general:

Territorialmente el municipio está dividido en once zonas, conformadas por colonias, aldeas, cantones y la cabecera municipal. Sin embargo, algunas aldeas son convertidas en colonias, otras son lotificaciones nuevas y de reciente población, de carácter residencial

Dentro de la Zona 1, se puede observar el primer establecimiento de la cultura, comercio y el Centro Mixqueño de la población asentada; distribuyéndose en 11,784 habitantes para 1950; comprendiendo una población urbana de 4,181 y el área rural 7,653. Al año de 1986 el municipio mixqueño tenía una población de 297,387 habitantes. La información del último censo del Instituto Nacional de Estadística, INE, indica que al año 2002 había 403,689 habitantes. Formando así, las 11 zonas en una superficie de 132 km<sup>2</sup>, distribuyendo las primeras zonas promotoras para nuevas lotificaciones, residenciales y colonias; integrando a la Zona 7 por los cementerios Las Flores y Hermano Pedro; Zona 8 con lo que conocemos como Ciudad San Cristóbal; Zona 9 Ciudad Satélite; Zona 10 con La Planta Xayá Pixcayá y Zona 11 por su diversidad en estructuras nuevas de carácter residencial y condominios.

Mixco cuenta con servicios propios proveídos y controlados por su administración municipal, tales como, drenajes, limpieza y la policía de tránsito (EMIXTRA). Cuenta además con servicios de salud, mercados, bancos, delegaciones de policías y juzgados; centro educativos de nivel primario y secundario; parques, canchas deportivas, paseos recreativos y otros. Según el Consejo Regional de Desarrollo Urbano y Rural, en 1996 se invirtieron más de cuatro millones de quetzales, en proyectos realizados, con aportes de la comunidad y la Municipalidad, entre estos:

Introducción de agua potable, cambio de red de agua potable, construcción de puentes en las colonias: Lo de Bran, Santa Marta, San Francisco II, Ciudad San Cristóbal, pavimentación de calles, entre otras obras realizadas recientemente, tales como la excavación de pozos, jardinería y reestructuración vial.

### **Orografía:**

La Villa De Mixco posee una sierra y doce cerros, casi todos cultivables, entre sus cerros podemos localizar el Cerro Alux, ("hijo predilecto" en cachiquel y en Pocoman quiere decir "Cerro del Duende") el cuál es muy importante, no solo por los recursos naturales que representa, sino que también por que en él se encuentran las cinco antenas de televisión nacional.

De Dávila, El Cuco, El Campanero, El Naranjo, El Pisote, La Comunidad, Lo De Fuentes, San Miguel, San Rafael, son algunas de las aldeas más importantes; la vocación de su suelo es puramente forestal o agrícola. Antiguamente Lo De Bran y Lo De Coy eran fincas grandes, actualmente son aldeas. También existe un barranco llamado El Arenal y dieciséis ríos: De Las Limas, El Zapote, Guacamaya, La Brigada, Mansilla, Mariscal, Molino, Naranjito, Pancocha, Panchiguaja, Pansalic, Salayá, Seco, Zalja, Yumas y Zapote; además se encuentran dos riachuelos: Tempiscal y Zajón. Y los arenales del Campanero y Los Gavilanes. Además cuenta con algunas quebradas: Del Aguacate, El Arenal, Pansiquir y Suncín. Y algunos parajes entre los que están: Belén, La Brigada, Los Pinos, San Cristóbal y El Tangué.

### **Producción:**

La venta de vasos, cántaros, tinajas, platones y trastos de cerámica pintada y barnizada constituyen la base del comercio mixqueño; así como la fabricación de jabón, licor, pieles, chocolate, y los productos porcinos.

### **Industria:**

Mixco cuenta con un aproximado de cuarenta y siete industrias de diferentes tipos de producciones, entre las que figuran, seis de textiles, cuatro de plástico, dos de yeso, seis de alimentos, dos metálicas y veintiuna de químicas, entre otras.

Según el censo del Instituto Nacional de Estadística —INE—en la cuenca existían 9,115 industrias familiares, las que representan una fuente de ingreso para un sector de la población, se observa que 2,985 se catalogan como industrias, habiendo 4,985 de artesanías y 409 de diversas índoles. Estas diversas actividades económicas proporcionan bienestar, desde el punto de vista de ubicación, independencia e integración familiar, aunque indudablemente producen contaminación, sino cuenta con las medidas higiénicas adecuadas, pero se sabe que las grandes industrias son las que producen más contaminación que las pequeñas.

## 1.2 MONOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN

Fundación Guatemalteca para Niños con Sordoceguera Alex o más bien conocida por algunos por su abreviatura "FUNDAL", es la primera institución en su clase y que se encarga de mejorar la calidad de vida de los niños a través de una estimulación adecuada y de una educación individual e integral, que les permita desarrollar sus habilidades potenciales tanto como sus discapacidades y capacidades que dichos niños manejen.

### **Historia:**

Esta organización surge de la necesidad que había en Guatemala de tener un centro educativo creado y orientado a atender niños con sordoceguera. Hasta hace unos años, cualquier niño con este tipo de discapacidad era rechazado en los hospitales o centros de asistencia médica o de terapia, públicos o privados debido a que no se conocía la forma de atender estos casos. La situación que le tocó vivir a Alex, un niño que nació con estas dificultades. Su vida era difícil y para sus seres queridos imposible saber cómo educarlo; lo peor es que su salud se deterioraba, padecía de desnutrición y enfermedades porque, además carecían de los medios para atenderlo. Mientras tanto en un área residencial de Mixco; "El Encinal" Tronco 5 Rama 1 # 75, El encinal, Zona 7 de Mixco; como a mediados de 1996 nació en el corazón de una familia guatemalteca un sentimiento especial cuando conocieron a Alex, un niño de 4 años que no veía, no oía y tampoco hablaba. Era un niño con sordoceguera.

El caso conmovió a la familia Bonilla, quien adoptó a Alex. El afán de brindarle la atención necesaria a Alex, la familia Bonilla Sinibaldi empezó tocando puertas, pero ninguna se abrió ante su necesidad, viajaron a Santa Lucía, donde las instituciones ninguna era apta para las necesidades de Alex. Sus padres buscaron la ayuda de médicos especialistas, pero su pérdida visual y auditiva no era posible recuperar por el síndrome de Rubéola Congénita. Lo difícil era no poderse comunicar con él, fue entonces que se dieron a la tarea de informarse e investigar cómo educarlo, ya que en Guatemala la sordoceguera era desconocida. Al final de su recorrido contactaron a la Organización de Hilton Perkins en Boston, Estados Unidos, la que es pionera en la atención a niños con sordo-ceguera. De allí comenzaron los seminarios, orientación, capacitación y talleres para los padres. Por el mismo contacto con la Perkins School for the Blind de Massachusetts y su programa Hilton Perkins que apoya proyectos educativos para niños con sordoceguera, se pusieron en contacto con otros padres y profesionales de Latinoamérica; a lo que la madre de Alex se dedicó a poner en práctica todo lo aprendido y poco a poco fue logrando que Alex aprendiera a moverse, a comer solo, a saber cuando era hora de dormir, a ir al baño y realizar señas para comunicarse. Al ver los pequeños milagros que le proporcionaban bienestar no sólo a su hijo sino a toda la familia, los padres de Alex, consideraron que era importante contactar a otros padres de familia para compartir con ellos lo que habían aprendido. Así, en diciembre de 1997 con un grupo de amigos y colaboradores, y con el apoyo profesional del programa de Hilton Perkins, constituyeron legalmente FUNDAL y en 1998 su primer centro especializado en la educación para niños con sordoceguera.

El primer lugar para FUNDAL se empezó a preparar desde 1997, en una bodega con la que contaba la familia Bonilla al lado de su casa (originalmente utilizada para guardar muebles y mercadería de un negocio que recién iniciaba la familia). El negocio fue sustituido por este nuevo emprendimiento de crear una fundación y su Centro Educativo, que aún se encuentra localizado al lado de la casa de la familia Bonilla. Aunque para el año 2012 quieren contar con un nuevo Centro Educativo con mayor acceso en la 1era. Calle 0-20, Zona 1 de Mixco, Colonia Lomas de Portugal, Carretera Interamericana, Ciudad de Guatemala.

En 1997, este centro abrió sus puertas al amplio mundo de los necesitados, sin cobrar por el trabajo realizado. Iniciar con tres niños y en la actualidad gracias a donaciones y a la confianza conquistada, brindan atención a más de veintidós, que en la mayoría son de escasos recursos entre bebés, niños y adolescentes. En su totalidad se benefician más de 120 familias en sus tres sedes: en la Ciudad Capital, Quetzaltenango, Huehuetenango; y en los programas de apoyo a instituciones que atienden niños jóvenes con discapacidad en diferentes puntos de la República.

El Centro Educativo FUNDAL está dedicado a los niños, niñas y jóvenes con sordoceguera y retos múltiples a los que tantas veces en el pasado se les ha negado la oportunidad de desarrollar su potencial y ocupar el puesto que por derecho les corresponde como miembros activos en su comunidad.

**Misión:**

Es una institución privada, no lucrativa, dedicada a crear y fortalecer vínculos de comunicación para las personas con sordoceguera y retos múltiples, a través de métodos especializados, aplicados con amor, dignidad y respeto, apoyando e involucrando a sus familias en su desarrollo e incorporación a la sociedad.

**Visión:**

Desarrollar programas integrales y de calidad para personas con sordoceguera y retos múltiples, contando para el 2012 con instalaciones propias, amplias, accesibles, modernas y equipadas, para realizar las actividades educativas, de capacitación, culturales, esparcimiento y recreación. Fortaleciendo e incrementando los vínculos con patrocinadores, colaboradores, voluntarios y programas de apoyo, nacionales e internacionales, logrando una organización fuerte y financieramente estable.

**Valores:**

- AMOR: Valor que inspira y fundamenta nuestra mística de trabajo.
- RESPETO: Reconocemos la dignidad de las personas con discapacidad, la de sus familias y la de nuestros colaboradores.
- VOCACION DE SERVICIO: Anteponemos el bien común a nuestros intereses particulares, buscando satisfacer las necesidades de los demás, trabajando con fe, entusiasmo y optimismo.
- SOLIDARIDAD: Padres, maestros, alumnos y colaboradores, trabajamos como un solo equipo, apoyándonos mutuamente, compartiendo ideales, objetivos y aspiraciones.
- HONESTIDAD: Trabajamos con transparencia y rectitud en todos los ámbitos de nuestra actividad.

**Objetivos:** *(Extraídos de los estatutos legales de la Fundación, 23 de diciembre de 1997)*

- a) Atender integralmente a las personas con sordoceguera, mejorando su calidad de vida y la de sus familias.
- b) Atender la sordoceguera como discapacidad única, así como sus causas y cómo prevenirla.
- c) Cooperación e intercambio con personas e instituciones nacionales e internacionales que tengan fines similares.

**Programas:**

El primer Centro Educativo se inició con 2 alumnos y 2 maestras. Actualmente se atiende a más de 120 familias, a través de sus tres centros y en sus diferentes programas de apoyo al interior de la República.

- Centro Educativo FUNDAL Guatemala.
- Centro Educativo FUNDAL Quetzaltenango.
- Centro Educativo FUNDAL Huehuetenango.

**Estructura de Crecimiento:**

Centro Educativo Central (1998)

Centro Educativo Quetzaltenango (2004)

Programa a Distancia (2001):

Programa Fundal-Quetzaltenango (2001) (Actualmente Centro Educativo)

Programa de Visita Domiciliar (2001)  
Programa de Apoyo en Obras Sociales (2002)  
Programa en la Aldea Los Achiotes (2003)  
Programa de Apoyo al Hogar Marina Guirola (2005)  
Programa de Apoyo al Centro Social Iztapa – PRONINI (2006)  
Programa de Apoyo en San Lucas Tolimán (2007)  
Aula Fundal en Huehuetenango (Enero 2008)  
Centro Educativo Huehuetenango (Enero 2009)

### **Servicios que ofrecen:**

- Evaluación Educativa Inicial.
- Programa educativo individual y personalizado que contribuye para que el alumno con sordoceguera y discapacidad múltiple, construya su destino social, superando los límites de la discapacidad.
- Programa para alumnos sordos con otra discapacidad
- Programa para alumnos ciegos con otra discapacidad
- Fisioterapia educativa y funcional
- Orientación y capacitación a padres de familia
- Psicología
- Centro de práctica para educación especial y fisioterapia.
- Orientación y referencia; padres, docentes o estudiantes universitarios.
- Actividades de sensibilización a la comunidad frente a la discapacidad sensorial.

### **1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

Comprende una población con diferentes diagnósticos como lo es sordera y baja visión, sordera con retraso psicomotor, sordoceguera bilateral, atrofia en el nervio óptico, miopía y sordoceguera total. Durante la visita se pudo interactuar con al menos 8 niños de varias edades con un máximo de 17 años.

La mayoría de los alumnos del centro proceden de familias de escasos recursos que no podrían costear los gastos que demanda un programa educativo de esta naturaleza, por lo que FUNDAL también trabaja por obtener los recursos que le permitan brindar sus servicios basado en costos cómodos para estas familias. Cuentan con una trabajadora

social que elabora un estudio de las familias de su estado socioeconómico para ver cómo pueden colaborar con la institución y así poder integrar una aportación cómoda para la familia de escasos recursos.

La rubéola es una de las causas principales de la sordoceguera en el mundo, se lleva un trabajo de sensibilización y divulgación para poder llegar a difundir y conocer la sordoceguera en nuestro país como sus causas y cómo prevenirla.

Los alumnos están divididos en los siguientes niveles según su edad, capacidades y restos:

- Estimulación Temprana (0-3 años)
- Pre-escolar (4-6 años)
- Escolar (7-12 años)
- Pre-vocacional (13-22 años)

Los grupos están constituidos por un máximo de 5 alumnos a cargo de una maestra, contando con el apoyo de auxiliares. Las madres se capacitan para apoyar el programa educativo de sus hijos por lo menos dos veces por semana y poder dar seguimiento a los programas en casa.

#### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante la visita de reconocimiento realizada por las instalaciones de Fundal se pudieron constatar que hay una gran dificultad en los niños que presentan sordoceguera con retos múltiples que entorpecen una comunicación hacia los padres, terapistas, maestros y a todo su entorno en el que ellos interactúan.

Se observa que los niños tienen un espacio para cubrir todas sus actividades e incluso en el plano vestibular para exigirle al niño una reacción por medio de una acción externa y estimular al punto que los niños no presenten hiperactividad, malas conductas o ciertas manías agresivas que se desencadenan por no cubrir con los requisitos que los sentidos necesitan para llevar un equilibrio físico y neuropsicológico; se cuenta con áreas dedicadas a la recreación pero dichas actividades no se concentran a un fin terapéutico que se administre las capacidades

que tienen los niños y así poder solventar sus discapacidades en todo ámbito de la deficiencia auditiva y/o visual.

Dichas actividades que se elaboran no están dirigidas por ningún terapeuta personal y mucho menos buscan un tratamiento como fin terapéutico, que si bien se sabe es algo placentero y bueno para el niño o la madre, pero no se está desarrollando al niño con el fin terapéutico de ayudarlo con sus deficiencias y mostrando las habilidades y destrezas que el niño pueda interactuar durante la actividad lúdica, encaminando a una mejoría de la calidad de vida que el niño necesita para poder llevar a cabo una correcta independencia de sus roles integrales como persona en su fase de desarrollo evolutivo normal.

También en el centro se cuenta con un equipo de gimnasio para poder trabajar la integración sensorial, pero no va dirigida a todos los niños del centro, para buscar un fin en común y programar sesiones seguidas estimulando cada parte de sus sentidos y al mismo tiempo fomentar día con día las habilidades cognitivas mediante el juego, enfocándose siempre en una acción para una reacción de parte de cada uno de los niños de la cual ellos y ellas puedan recibir más información sensorial, para que luego el trabajo en aulas sea más placentero y puedan cumplir con la enseñanza que dentro de las clases se requiere por sus maestras.

La elaboración de actividades terapéuticas enfocando la recreación para disminuir la ansiedad que los niños tienen por una carencia de información sensorial que no reciben del ambiente, por alguna anomalía congénita o enfermedad que desarrollaron por su pérdida parcial como total auditiva o visual; creando arrebatos, golpeando objetos, brincando, gritando y con movimientos descontrolados, bruscos sin ninguna finalidad; que buscan la activación o introducción de dichos estímulos sensoriales a sus sentidos próximos como la piel para poder sentir que se encuentra en un espacio, lugar y tiempo.

Dichos acontecimientos no son ayudados adecuadamente por los terapeutas y personal, como el buscar y enfocar el desencadenante de la conducta como agresiones que generan dichos estadios de emotividad descontrolada. Como buscar el estresor que desencadena en el niño que se vuelva agresivo y no sea apto para poder trabajar con el en cualquier actividad que se le pida.

De manera continua se logró observar que los y las niñas no buscan la interacción social con otros niños en las actividades propuestas por el personal de trabajo de Fundal; el buscar o que busquen una comunicación de dos vías y su necesidad de interactuar solamente con el personal y no con sus compañeros como una socialización y comunicación entre ellos.

## CAPITULO II REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

### 2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO

La información que sustenta el informe final del terapeuta, es concebida de los estándares del centro y el vocabulario que se maneja dentro de la institución, para ser guía del presente, concretando que las definiciones hechas públicas dentro de este trabajo son características de los estatutos de la Organización FUNDAL. Al igual que ciertas referencias al término de Integración Sensorial, creado por la Doctora Jean Ayres, terapeuta ocupacional estadounidense que acuñó el término en la década de 1960.

Con el afán de lograr una correcta intervención terapéutica con los niños que presentan sordoceguera en el centro, se trabajó la aplicación de técnicas adecuadas para llevar una Terapia Ocupacional tanto al personal como a los padres de familia, que tienen que seguir implementando en casa con sus niños, para que lleguen a interactuar con el entorno en sus actividades de vida diaria y actividades recreacionales; con la finalidad de estimular sus sentidos a manera que se involucren los agentes externos.

Antes de poder llevar a concretizar los aspectos de trabajo se debe de tener una visión anticipada de lo que la sordoceguera involucra como sus definiciones e incluso el lenguaje que se utilizará, por ser un medio social al que se tendrá acceso. Por eso Hellen Keller en el año de 1997 creó una definición como ésta; "una persona es sordociega cuando tiene un grado de deficiencia visual y auditiva grave que le ocasiona serios problemas en la comunicación y en la movilidad. Una persona sordociega necesita ayuda específica para superar esas dificultades en la vida diaria y en actividades educativas, laborales y comunitarias. Se involucran dentro de este grupo, no solamente las personas que tienen pérdida total de estos dos sentidos, sino también a aquellos que poseen un remanente visual y/o auditivo, que debe ser aprovechado de la mejor manera con el fin de que su "Incapacidad" sea la menor posible."

Otra intención de crear una definición fue en Boston en 1991 en representación a los niños que decía así: "Los niños sordociegos son aquellos que padecen impedimento auditivo y visual, la combinación de lo

cual causa problemas severos de comunicación, desarrollo y educación, de manera tal, que ellos no pueden ser acomodados en un programa especial creado para niños deficientes auditivos o deficientes visuales".Al igual que crea su propia definición la Sense Internacional Latinoamérica: "El niño Sordociego no es el niño sordo que no puede ver o el niño ciego que no puede oír, el problema no es una adición de sordera a ceguera o viceversa, es una persona privada multisensorialmente. Ellos son incapaces de utilizar los sentidos de la distancia (visión y audición) para recibir la información" (McInnes, Treffy, 1981). Incluso en el Sentido Internacional llegaron a crear una definición casi igual como la que creo Ximena Serpa en Colombia en el año de 1999. Dejando su definición como "la Sordoceguera es una discapacidad múltiple que implica una limitación en los sentidos de la distancia: visión y audición, lo cual hace que la persona requiera de apoyos especializados como el uso de técnicas de comunicación adaptadas para acceder a la información de la educación o de la vida diaria".

También se toma una definición de la capacitación sobre sordoceguera, de un centro para limitados visuales y auditivos en Colombia en 1992, creando así como el "Ser que no ve, no oye y por lo tanto no habla", "se considera Sordociego aquél que tiene problemas de visión y audición severos, pero, no es frecuente encontrar una persona totalmente sordociega, porque generalmente tienen residuos visuales y auditivos".

Unos de los mayores retos y necesidades de la persona sordociega son los de la comunicación entre ellos mismos y con las personas que se encuentran a su alrededor, incluso también entre la posibilidad de dar una orientación en los diferentes ambientes que se pueden encontrar de su vida, no se diga también la movilidad de dirigirse de un lugar hacia otro, como el reconocer lugares, personas, cosas que se van encontrando en su caminar que con ayuda de su sentido del tacto lo puede ir conociendo a otro nivel de entendimiento del mundo exterior. Casi el 90% de las personas sordociegas presentan residuos en los sentidos de la distancia, por esta razón deben aprender a usar su residuo visual y/o auditivo ya que será la herramienta fundamental para la adquisición del aprendizaje, un ejemplo de esto es la comunicación.

Las capacidades intelectuales de esta población, no dependen de la limitación o de cuándo la adquirieron. Ellos pueden ser menos, tan o más inteligentes que aquellos que vemos y oímos, todo va a depender de las posibilidades de comunicación que les permite el acceder a la información.

Al hablar de Sordoceguera, no se refiere a un sordo que no ve, ni a un ciego que no oye, es una múltiple discapacidad.

"Cuando estos dos canales sufren un deterioro o se pierden por lesión o enfermedad, el mundo de esta persona puede quedar restringido solamente a aquello que puede alcanzar con la punta de sus dedos" (Álvarez D, 1991). Lo anterior puede generar en la persona sordociega un gran impacto emocional. Los efectos emocionales que la Sordoceguera pueden llegar a tener sobre el individuo son muy variados y en diferente grado de intensidad. Es importante anotar que la calidad de los restos visuales o auditivos no dependen necesariamente del grado de pérdida visual o auditiva y que incluso en una misma persona sordociega la calidad de sus residuos puede verse afectada por factores externos del entorno, lo cual debe ser tomado en cuenta.

Consecuencias:

- Ausencia de habilidad para comunicarse inteligiblemente con el entorno.
- Percepción distorsionada del mundo.
- Dificultad para establecer o mantener relaciones interpersonales.
- Ausencia de las motivaciones extrínsecas más básicas.
- Riesgo de ser considerados como discapacitados psíquicos o perturbados emocionales.
- Problemas médicos asociados.
- Depende en gran medida de la existencia o no de otros problemas asociados.
- Falta de comunicación y la no relación con el mundo, como a su vez desencadenar el aislamiento de la persona.

Tipos de Sordoceguera:

En función del momento de aparición:

- Sordoceguera congénita.

Causas:

- Prematuridad.
- Alteraciones genéticas.

- Infecciones intrauterinas (rubeola, toxoplasmosis, sífilis, sida, citomegalovirus, etc.)
  - Traumatismos perinatales como la utilización de fórceps, partos complicados o parálisis cerebral.
  - Hiperbilirrubemia.
  - Problemas de salud durante el embarazo como:  
Embriopatía rubeólica.  
SIDA.  
Consumo de drogas, alcohol y hábitos maternos inapropiados.
- Ceguera congénita con sordera adquirida.  
Causas:
    - Causantes de sordera y ceguera por separado.
    - Enfermedades con fiebres altas como la meningitis, sarampión y paperas.
    - Diabetes.
    - Efectos acumulativos del ambiente como la contaminación acústica, estrés y perturbaciones.
    - Traumatismos.
    - Factores genéticos.
    - Pérdida de la audición asociada a la edad.
- Sordera congénita con ceguera adquirida.  
Causas:
    - Degeneración macular.
    - Retinopatía diabética.
    - Cataratas.
    - Glaucoma.
    - Desprendimiento de retina.
    - Síndrome de Usher tipo I.
 Sordera profunda congénita asociada a la retinosis pigmentaria.
- Sordoceguera adquirida.  
Causas:
    - Enfermedades con fiebres altas como la meningitis, sarampión, paperas, etc.
    - Traumatismos.
    - Efectos iatrogénicos de la medicación.
    - Síndromes infrecuentes.
    - Síndrome de Usher tipo I.
    - Sordera profunda congénita asociada a la retinosis pigmentaria.

En función del nivel de funcionamiento:

De acuerdo a los restos auditivos y de visión pueden ser

- Nivel bajo.
- Nivel medio.
- Nivel alto.

Sistemas de Comunicación para Sordociegos:

- Alfabéticos:
  - Alfabeto dactilológico.
  - Alfabeto de escritura manual.
  - Tablillas alfabéticas.
  - Medios técnicos con salida en braile.
- No Alfabéticos:
  - Lengua de signos.
  - Gestos naturales.
  - Tadoma.
- Algunos otros métodos que involucren objetos variados.

Para atender una correcta conducta observada de un niño se debe tener a la disposición su biología tanto estructural como funcional de sus sentidos, a la vez tener su disposición emocional, su cognición y su dinámica familiar y así poder abordar y conocer la Integración Sensorial.

La teoría de la Integración Sensorial, proviene de los trabajos realizados por la PhD Jean Ayres, terapeuta ocupacional norteamericana entre los años 1964 a 1986.

El concepto de Integración Sensorial, es descrito como "un proceso neurológico, que organiza las sensaciones corporales de nuestros sistemas sensoriales a nivel del sistema nervioso, permitiéndonos responder exitosamente a las demandas ambientales". (Jean Ayres, 1965).

Los aspectos espaciales y temporales del input desde diferentes modos son interpretados, asociados y unificados. Integración Sensorial es procesamiento de información. El cerebro debe seleccionar, destacar, inhibir, comparar y asociar la información sensorial en patrones flexibles en constante cambio: en otras palabras, el cerebro debe integrarlas.

Por lo cual, el trabajo de Jean Ayres incluye hacer partícipe toda experiencia sensorial, y que a su vez haya una respuesta adaptativa del medio. Tiene que centrarse en un ambiente físico y social, que a su vez tenga un contexto de juego, por lo tanto llegar a influenciar en conjunto

la integración sensorial en la vida cotidiana. Llegar a experimentar todo ambiente que los niños van descubriendo en su desarrollo normal, pero a su vez inyectar en la misma recreación que ellos llevan a cabo de su infancia, como la exploración total de un mundo nuevo para ellos trabajarla bajo juegos, que a el niño se integren con la estimulación de sus sentidos, pero en los pacientes sordos es un reto más complicado el trabajar con ellos, pero aun de sus discapacidades y residuos auditivos se pueden trabajar sonidos y vibraciones que para el niño son estimulantes por la carencia de estímulo que se le va dando conforme no se le administre al cerebro información. Una forma de suministrarle información y a su vez estimularlo, es por los sentidos como receptores de todo un ambiente, qué mejor forma que hacer esa recepción lúdicamente para ellos.

Como punto fundamental del desarrollo de la integración sensorial en los niños es que con algunos que generan ciertas conductas emocionales alteradas e inclusive la ansiedad, es por la misma falta de estimulación de los demás sentidos, por lo tanto el cuerpo busca una forma de recurrir a la absorción de estímulos y lo haría con los sentidos que están más próximos a ser receptores, pero a pesar de la carencia de algún sentido, no quiere decir "no ser estimulado", así buscar una autoregulación de las emociones y el alerta de los niños en cualquier actividad que desempeñen e interactúen con el ambiente que los rodea, como el aprender nuevos significados neurolingüísticos, destrezas motoras y sociales.

Mediante toda la información que se tiene se debe de introducir el plan del terapeuta ocupacional a la persona a tratar, cómo en este caso la sordoceguera, y cómo sus mecanismos de trabajo van a influenciar en la calidad de vida de las personas. Por eso los terapeutas ocupacionales tratan a personas de cualquier edad con problemas mentales y físicos mediante una ocupación que mejore su funcionamiento cotidiano y prevenga la incapacidad. Dando una mejor y amplia justificación de este tipo de terapia que abarca la ocupación que tiene la persona en todo ámbito de relación personal y social. Ya que el estar ocupado es un estado natural ligado a la salud, y como tal debe ser creado en un ambiente individual para el tratamiento utilizando agentes terapéuticos. Pero también, se ve reflejada en el tratamiento de la persona en su

conjunto de motivar a cada individuo conforme sus objetivos específicos y necesidades de cada uno, ya que varía según el paciente.

Para el tratamiento del paciente se debería de ingresar cada necesidad en sus aspectos biológicos, necesidad de seguridad, de amor y pertenencia a un círculo de relación, autoestima, cognición, estética, autocuidado e higiene personal, como también del rol que la persona le da a su vida, su existencia.

Estar ocupado es fundamental para la salud y el bienestar, si se ve afectado el rendimiento funcional de la persona puede servirse de una ocupación o actividad para adquirir, mantener o recuperar el rendimiento funcional y a su vez el estado psicológico y mental integralmente. O bien, pueden modificar sus ocupaciones o actividades que regularmente hacen, independientemente si están bien o mal, para facilitar el rendimiento funcional.

Como es la ocupación, se tiene que introducir actividades terapéuticas con un fin, de acuerdo a la necesidad del individuo para generar el estímulo necesario que motive las conductas de la persona en todo ámbito que se vea afectado. Por lo cual, el desarrollo cognoscitivo procede en una secuencia de etapas regular e invariable, que los niños pasan por la misma sucesión de etapas de desarrollo. Y esto es el resultado de una interacción continúa entre la estructura del organismo y el medio ambiente. En cada una de las etapas, el niño tiene ciertas capacidades mentales potenciales y ciertas tendencias organizadoras, y ellas influyen en las formas en que el niño interactúa u opera sobre el medio ambiente y sus propias experiencias. La experiencia es un elemento necesario en el desarrollo cognoscitivo, pero la experiencia no dirige ni conforma el desarrollo; el niño activamente selecciona, ordena, organiza e interpreta sus experiencias. De acuerdo con la teoría de Piaget, la primera etapa del desarrollo cognoscitivo, es el período sensoriomotor, que va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses o los dos años de edad. Durante este tiempo, las percepciones de los niños mejoran y realizan acciones cada vez más complejas, pero no tienen representaciones mentales ni proceso de pensamiento que dependan del lenguaje simbólico. La inteligencia del niño progresa de los reflejos simples y la percepción vaga del medio ambiente hacia percepciones más distintas, complejas y

precisas y hacia respuestas más sistemáticas y bien organizadas. El período sensoriomotor se divide en seis fases. Durante el primer mes, los bebés ejercitan activamente los reflejos que están presentes en el nacimiento (las únicas estructuras mentales en este tiempo); como resultado, devienen modificadas, elaboradas y más eficientes. La segunda fase, que dura aproximadamente del primer al cuarto mes, comprende la coordinación de reflejos y respuestas. Los movimientos de la mano se coordinan con los movimientos del ojo; se mira hacia donde se escucha (reflejo de orientación); los niños alcanzan objetos, los cogen y los succionan. Si por azar un acto produce un resultado disfrutable o agradable o placentero, el bebé inmediatamente intenta repetir esta acción o acto. En la tercera fase, que va aproximadamente desde los 4 a los 8 meses, los bebés comienzan a gatear y a manipular objetos que estén a su alcance. Muestran interés por el medio ambiente y comienzan a anticipar las consecuencias de sus actos, repitiendo intencionalmente las acciones que producen resultados interesantes y agradables. Además, como ahora está interesado en el mundo de los objetos, comienza a buscar los objetos que ha perdido de vista.

Los niños comienzan a inventar nuevos medios de alcanzar metas a través de combinaciones mentales, esto es, por medio de la imaginación y de las ideas. Ellos piensan en un problema antes de intentar resolverlo, utilizan ideas e imágenes para inventar nuevas formas de alcanzar metas. Los objetos pueden ser considerados en nuevas relaciones entre sí. Así, un niño puede utilizar un bastón como herramienta para impulsar un objeto hacia sí, aun cuando nunca haya utilizado antes un bastón para esto.

La resolución de problemas, el recordar, planificar, imaginar y pretender son todos posibles en esta etapa. Es obvio que los bebés realizan tremendos progresos cognoscitivos entre el nacimiento y los dos años de edad. Su desarrollo es gradual y continuo y no abrupto ni súbito. A partir de un estado indiferenciado en el cual difícilmente se distinguen a sí mismos del medio ambiente y pueden reaccionar sólo en actos reflejos, se desplazan hacia un nivel de verdadera inteligencia, hacia una etapa en la cual pueden representar objetos mentalmente, resolver problemas e inventar formas nuevas de hacer cosas. Al mismo tiempo uno de los estímulos del proceso cognoscitivo actúa en gran parte las emociones que agregan un factor emocional al grado en que el individuo conlleva

experiencias terapéuticas en todo su entorno de relación. Incluso el manejo de interés hacía los tratamientos del terapeuta y de los maestros, ya que se ve reflejada en la conducta y ciertas actitudes del niño ante toda acción que se tenga, entre más estimulado sea en todos sus sentidos, independientemente de qué sentido tenga alguna limitación, mejor será trabajado su cerebro y los niveles de ansiedad serán reducidos, al igual que los estados de ánimo serán mejores y así recibir tratamientos de acuerdo a su discapacidad, enrolando sus capacidades valorándolas y capacitándolas mejor.

Una de las formas en que mejor se desenvolverá el niño y la persona ante todo tratamiento es la recreación, ya que se centra en una actitud positiva del individuo hacía la vida en el desarrollo de actividades para el tiempo, que le permitan trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida.

Actitud Positiva: Es una actitud que lleva al aprendizaje, al logro de metas y al crecimiento personal. La recreación debe estar presente en todos los momentos de la vida llevando un equilibrio biológico y social, en un plan que le proporcione equilibrio integral. A su vez, tiene que fomentar un mejoramiento de la calidad de vida, enfocando un plan terapéutico que no dañe a la persona en ningún momento. También la persona que efectúa dichas actividades recreativas debe de interesarse por la persona y con una vocación de servicio, dedicarse a ser un facilitador del proceso comunicativo de la recreación a través de la vivencia persona, apoyándose de los medios y técnicas recreativas. En dichas actividades recreativas se busca la expresión de los niños emocionalmente involucrando siempre el aprendizaje e incentivándolos con música, su expresión corporal, danza y teatro. Ya con estos juegos que van a permitir el desarrollo integral del individuo para fortalecer las habilidades y destrezas psicomotoras. Al inicio de cada actividad lúdica con objetivos específicos se buscará romper el hielo, pero antes una presentación de uno mismo y de la actividad a trabajar, para luego trabajar el aspecto de coordinación psicomotor y contacto físico.

De acuerdo con las actividades lúdicas se puede trabajar de forma asertiva el Esquema Corporal en los niños para que tengan el conocimiento inmediato y continuo que el cuerpo se encuentra en un estado estático y/o en movimiento, en relación con sus diferentes partes que lo compone y en relación con el espacio y los objetos que nos rodean. Con los niños en su etapa inicial de desarrollo se debe fomentar una actividad en que se involucre la experiencia del cuerpo en la que el individuo tome conciencia de su aspecto, dimensión, su espacio de movimiento y de su relación con su medio de interacción, y a su vez cómo sus habilidades y destrezas se van a ver fusionadas con todos los segmentos de su cuerpo. Y así con los niños con sordoceguera puedan ir conociendo su cuerpo, van a desarrollar su capacidad perceptivo motor, el sentido del tacto al ir conociendo parte de su cuerpo y de otros en forma de espejo como sus movimientos que efectúen, el desarrollo de su lateralidad al efectuar bilateralmente de izquierda y derecha sus actividades. Así poder utilizar con preferencia el bastón de guía que los ayude a darse una mejor ubicación táctil del entorno que lo rodea.

## **2.2.OBJETIVOS**

### **2.2.1.OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la comunicación y calidad de vida de las personas sordociegas para promover su participación activa e independiente en todo ámbito en que se desarrollan dentro y fuera de la familia, escuela, actividades laborales, sociales y comunidad en general.

### **2.2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- **Subprograma de Servicio:**
  - Generar una socialización con los alumnos del centro para interactuar, conocerse y poder fomentar una futura comunicación entre ellos.
  - Valorar sus habilidades, destrezas y capacidades que ésta genera a partir de su discapacidad con su familia, escuela, maestros y terapeutas como un ámbito social integral para que se pueda

llegar a una percepción de manera táctil con su medio y las personas que lo rodean.

- Fomentar una correcta afectividad entre sus compañeros, maestros, terapeutas y personas de ayuda, para una adecuación correcta con los distintos entornos sociales, como forma de integración a la sociedad.
  - Involucrar la terapia de juego en las actividades terapéuticas como forma de incentivar las destrezas psicomotoras para poder trabajar adecuadamente la terapia sin ninguna alteración de la conducta, actitud o ánimo.
  - Incentivar el uso del bastón de guía para que pueda sensibilizar el sentido del tacto en todo ambiente y contexto que se le presente.
- **Subprograma de Docencia:**
    - Asesorar a los padres de familia en las actividades de vida diaria, para el manejo de la rehabilitación en casa y su importancia en la continuidad y la puesta en práctica de lo enseñado.
    - Involucrar a la familia en la adecuación de ambientes para mejorar el espacio en que se mueve el alumno sordociego, como forma de explotación de sus capacidades en habilidad y destreza.
  - **Subprograma de Investigación:**
    - Determinar las acciones y/o estímulos que desencadenen una respuesta nociva de ansiedad y agresión a su falta de recepción sensorial en los alumnos de Fundal.

### **2.2.3. METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO**

Con la finalidad de alcanzar los objetivos previstos del Ejercicio Técnico Supervisado, se llegó a realizar una integración sensorial en su máxima capacidad. Se fomentó una adecuación sensorial para el trato con los niños y sus padres; para poder introducir una mejoría, se necesitó cambiar la mentalidad del padre/madre y de cada uno, así, mejorar la actitud de las personas discapacitadas y del ambiente a desarrollarse. Para poder introducir una mejoría en el ambiente y la actitud de la persona discapacitada, se introdujo una nueva valoración en la calidad de vida de

las personas con o sin discapacidad, mejorando en el desenvolvimiento diario hacía sus padres, maestras y compañeros.

- **Subprograma de Servicio:**

Como forma de abordamiento hacía el alumno de Fundal, se fomentó una relación bidireccional de confianza con el terapeuta para que se lograra un rapport, luego se pudo tener la confianza del niño, e involucrando a los padres en cada sesión de terapia del tratamiento que integre su sentido vestibular, propioceptivo, olfatorio y neurolingüístico, para que en casa continuara su estimulación. Se introdujo un ambiente cargado en estímulos sensoriales en tiempos de ocio.

En niños con sordera se hicieron pruebas de la recepción de las vibraciones, que solamente se reflejó en el estado anímico del individuo, estimulando el cerebro con "inputs" sonoros, para solventar la necesidad que se tiene al no recibir neuronalmente lo que presenta en su desarrollo.

El principio del tratamiento terapéutico a la persona, es de manera amplia para concebir toda la problemática que presente el niño en su desarrollo y poder intervenir de manera correcta y acertada; de lo cual se fortalezca la capacidad de las familias, para proteger y cuidar a sus hijos con necesidades especiales.

De esta manera, conviene concretizar el desarrollo de Actividades Terapéuticas Lúdicas, enfocadas al desarrollo neuronal del sentido vestibular, buscando una integración sensorial. Se dio un énfasis a las deficiencias en el hogar, como en el círculo social que se desenvuelven y el colegio, para poder integrar una correcta estimulación en todos sus ambientes; para luego desempeñar con los niños, un reconocimiento de los ambientes y el uso del bastón como guía e involucrar el concepto corporal que maneje. Con esto, lograr una socialización con los demás niños que los rodean y poder crear una comunicación bidireccional. Incluso se evidenció una respuesta clara en la afectividad propioceptiva, generando más confianza en todas las actividades de trabajo, para discriminar sensorialmente lo agradable y desagradable. Al finalizar se buscó la disminución de ansiedad y aumento de

conductas deseables, para que en todo momento se mostrara receptivo en los ambientes de alta y baja estimulación.

- **Subprograma de Docencia:**

Con los padres de familia se estableció una relación adecuada por medio de los niños. Luego, con una buena comunicación bidireccional entre padres e hijos, se pudo crear actividades que tuvieran una mayor funcionalidad e independencia, involucrando al padre con una pedagogía a seguir, sobre los intereses e inquietudes, acerca de los problemas comportamentales del niño en el hogar y ámbitos en general, que influyeran como un estrés sensorial. Manejando el tema de la discapacidad, la ocupación, estimulación sensorial, como distintas técnicas en el manejo de ansiedad y agresividad, abordándola en entrega de informes, consultas individuales y de forma introductora al iniciar terapia con el niño. Se trabajó en conjunto con los padres durante la integración sensorial, explicando cada actividad, resolviendo dudas e interviniendo en los manejos de las actividades cotidianas.

- **Subprograma de Investigación:**

Basado en la terapia de Integración Sensorial y en un modelo clínico al tratamiento, se enfocó en un plan de investigación para determinar las acciones que inciden en los niños, como respuestas a una ansiedad, a un estrés, al temor y a la tensión; que desencadenaron en una respuesta nociva a su falta de estimulación en las personas con sordoceguera, inclusive se pudo observar dichos estímulos y su proveniencia; luego se recogió toda la información posible de los factores estresores, a los cuales en base a su repetitividad desencadenaban agresión a ellos mismos o a las demás personas. Se llegó a elaborar las respectivas Dietas Sensoriales de los niños en conjunto con los padres por medio de una docencia adecuada y analizar las conductas de los niños, basándose en las respuestas sensoriales, para luego, generar conclusiones en los distintos ámbitos de relación sensorial del niño; traduciendo al familiar las respectivas recomendaciones de una estimulación eficiente cómo forma de contribuir a la interacción, comunicación e integración hacia una mejor adaptación y ambiente social para ellos.

## CAPÍTULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

### 3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

El proceso de trabajo no fue simple al inicio, por el hecho que nunca se había tenido la experiencia y gusto de interactuar con la presencia de niños con sordoceguera. Se tomó la decisión de ir a conocer el centro e interactuar en el contexto a trabajar, el terapeuta tuvo que tomar más de una semana de observación, para establecer el rol de trabajo y hacia qué niños iba a ir dirigida la atención. Se empezó en la antigua sede de Fundal, en la Colonia El Encinal; se contaba con salones para explotar las habilidades y destrezas de cada niño; potencial visual, potencial auditivo, taller vocacional, estimulación temprana y el área de fisioterapia. Luego de la observación se delimitó la población a trabajar, mostrando interés por aquellos que mostraban conductas agresivas y de ansiedad, que presentaban los niños por falta de estimulación sensorial en los distintos ámbitos de desarrollo. Los niños fueron seleccionados por sus conductas hacía los estímulos y sus reacciones; que incluso antes de todo, se le platicó al personal sobre el tema de trabajo en Integración Sensorial respecto a los niños, abordando y planteando la metodología. Una vez delimitado, se platicó individualmente con los padres, para instruir y dar conocimiento de la presencia del terapeuta y el trabajo a realizar con sus hijos.

Se tuvo un tiempo prudencial para ir conociendo a los niños y ver sus potencialidades. Con los niños se fueron integrando terapias con distintas actividades individuales, juguetes y procesos lúdicos que llamaran su atención; para generar interés en ellos, de una forma que se adaptaran al terapeuta y el trabajo de terapia en conjunto. Así, empezó la socialización con los alumnos de una forma más recreativa, empezar por un proceso de conocimiento mutuo de ambas partes, para luego, empezar con una agradable comunicación y más adelante generar un ambiente sensorial, que ellos pudieran discriminar cada una de las cosas presentes y así, hacer más fácil el reconocimiento al día siguiente, en otra terapia. Incluso, una de las formas de reconocimiento y que los niños se percataran sensorialmente, como objeto de referencia del terapeuta, fue el uso de pulseras, por la barba y el aroma de la loción, al principio; porque en la sordoceguera, se llega a desarrollar los sentidos que tienen

funcionales, en ausencia de los otros, para una mejor adaptabilidad al ambiente.

Cuando se crea el vínculo terapéutico y de reconocimiento, por medio táctil de una pulsera, los lentes e incluso pelo o barba; se va generando una imagen mental de la persona y asocian de una forma significativa, a la persona que le administra los estímulos agradables. Con la confianza establecida, los padres pudieron evidenciar que el trato con sus hijos era beneficioso, controlando las actitudes y respuestas que ellos tenían en el centro educativo. Generando actividades en conjunto con otros niños, en la hora de recreo, en clases de gimnasia, en actividades de manejo y adecuación de conductas, en el horario de comida, actividades de higiene personal y toda actividad en que se encontraban padres de familia y de dos o más niños presentes.

Con el contacto de una mano similar, se despierta el interés táctil, para conocerse y comunicarse entre ellos; incluso con los niños que tenían potencial visual, colaboraban y ayudaban a sus compañeros interactuando de una forma gradual, en las actividades se anticipaban y participaban al trabajo en conjunto con sus compañeros, incentivándolos. Utilizando una adecuación de la terapia, con música, colores, actividades lúdicas al principio, con finalidad en el estímulo sensorial. Luego de generar todo un ambiente adecuado terapéutico y agradable al estímulo, se pudo empezar con los diferentes procesos de estimulación sensorial, por medio de juegos que a los niños les va interesando cada vez más. Con la terapia de Integración Sensorial, es crear en los niños estados agradables del contexto-ambiente, en que los estímulos sean más constantes y repetitivos, logrando una forma de solicitar con un gesto o movimiento, la participación y ayuda de otros niños e incluso del terapeuta. La terapia fue implementada de forma más directa y llegar a ser auto-participativa, generando nuevas socializaciones y rompiendo las barreras e impedimentos sociales en la comunicación que ellos tienen. A su vez, cuando un niño nuevo ingresaba al centro, era aceptado de una forma más eficiente al interactuar entre ellos mismos. Al final, en conjunto con los padres, los niños recibieron una mejor adecuación de sus actividades curriculares del centro, al recibir estímulos e interactuar de una forma conductual más estable en sus reacciones.

De 12 niños que participaron en la socialización y comunicación, 8 niños generaron adecuadamente el objetivo. Cumpliendo con más del 67% de la socialización prevista, aunque en el resto de los niños se dio de forma esporádica y gradual. Finalizando de una forma exitosa todo el proceso de socialización dentro y fuera del centro educativo, equilibrando sensorialmente sus respuestas a estímulos nuevos, hacía padres, maestros, terapeutas y personas en general.

A su vez, en el trabajo con los niños dentro de cada terapia, individual y grupal; se necesitó valorar las habilidades, destrezas y capacidades, a partir de la discapacidad que ellos presentaban. Por ese hecho se fue involucrando a los niños en la terapia, por sus actitudes y conductas, en ámbitos sociales, para que fomentaran una correcta afectividad con sus padres, maestros y toda persona que se acercara a ellos. Fue el incentivo de sus habilidades, destrezas y capacidades, por medio de la Integración Sensorial, ya que ésta muestra de una forma lúdica y motivante a la realización de distintos juegos terapéuticos, que al niño le agradan y más, si es en compañía de los seres queridos, o bien, de la persona con la que haga el vínculo. En cada sesión se trabajó de una manera amena y creativa, para potencializar sensorialmente cada uno de sus sentidos, agudizarlos de forma táctil, gustativa y vestibular, aunque en algunos casos los niños presentaban potencialidades visuales y auditivas; es por eso que se introdujo la música de fondo y efectos luminosos. En los casos que los niños contaban con visión, se pudo trabajar sensopercepción táctil en la búsqueda de objetos, con ojos tapados.

En el aspecto de la afectividad y convivencia social entre los niños, se logró de forma ascendente, mientras ellos iban conociéndose, aunque ya sabían quienes eran sus compañeros, no habían interactuado de forma segura, en que se involucraran dentro de la terapia de juego, colaborando, asistiendo en el momento que el otro niño carecía de una respuesta sensorial. Pero eso sí, todo empezó de forma individual trabajando en la terapia, alternando la conducta y la habilidad sensorial; en cada momento que se cruzaba en el camino un niño, se motivaba con un saludo, un abrazo, un "hola" en su lenguaje, para generar una mejor relación recíproca, a fin de trabajar la respuesta ante estímulos externos, tales como la propiocepción y así, recrear ciertas imitaciones a las actividades físicas, reconocer su cuerpo; en lo táctil, como forma de aumentar la

atención, discriminar dolor/placer, texturas; para poder ir diferenciando su mundo hostil carente de respuestas, ante el crear su propio ambiente, conociéndolo y desarrollando nuevas destrezas para sentirse seguro.

En lo vestibular costó trabajar con los niños, ya que no se encontraban muy abiertos a cambios repentinos, para percibir movimientos en colchoneta, al caminar, crear balance ante una deformación del suelo, en base a texturas y obstáculos; ésta parte de la terapia empezó causando lloriqueos, frustraciones, alegatos, berrinches y agresividad, pero eso sí, solamente en las primeras semanas de introducción, porque de modo que les iba gustando de forma gradual, ellos pedían hacer los ejercicios, y empezaban juntando los objetos, de una forma más placentera.

A todo esto, las actividades terapéuticas fueron incentivando las destrezas psicomotoras para poder trabajar adecuadamente, e incluso solicitando más y más las actividades, sin ninguna alteración de la conducta, actitud o ánimo dentro de un espacio de tiempo de 45 minutos. Para luego, volver a trabajar integración sensorial con los niños que eran más demandantes, en su ambiente, o bien, que habían perdido el proceso del trabajo, por ausencia en la semana. En niños con mejor potencial visual y auditivo, se trabajó más con música de fondo, sonidos, juegos auditivos y vestibulares, juegos de imagen corporal, para ir desarrollando el habla en los niños, que todavía hacían ruidos con su boca, también, haciendo interpretación de lo que oyen, hacer sonidos con su voz y taparse los oídos. Todo esto, cuando el niño se encontraba recíproco a estímulos tranquilos y con un estado del ánimo calmado. De último, se trabajó el uso del bastón, después de realizada toda actividad de reconocimiento del terapeuta, del área, entendiéndose, del camino de entrada al centro, a su clase o escritorio, de la clase al baño, al gimnasio, al salón de terapia, al salón de usos múltiples, hasta que el niño conociera y edificara mentalmente su área de trabajo y juego. Generando una imagen mental con objetos de referencia y repitiendo siempre el mismo patrón con los niños o niñas, recordándoles a cada momento, ciertos puntos de referencia al caminar o en terapia.

Con la referencia ya grabada sensorialmente, el uso del bastón generó una mejor adecuación y discriminación de su ambiente, palpando y evidenciando los cambios repentinos de suelo, superficie, pasamanos y

paredes; siempre contando perceptivamente de una forma táctil el conocimiento, ir tocando un punto muchas veces para que el niño fuera identificando objeto con actividad de trabajo terapéutico. Con la repetición de cada trabajo con los niños se fue dando el logro, también el trabajo de recompensa por cada actividad lograda, se empezó a dirigir menos a los niños, para que ellos hicieran su propia actividad y terapia, dirigidos por el terapeuta, con lo que ellos habían aprendido. Se logró un porcentaje alto en la realización de cada una de las actividades de los 12 niños atendidos, mejorando un estilo de vida independiente en casi 8 niños. Logrando un porcentaje de beneficio en conducta, actitud, relaciones sociales, destrezas, habilidades y mejor reconocimiento de su ambiente en un 67%, finalizando de forma exitosa en todo aspecto de vida con padre-hijo en el Centro Educativo Fundal.

### **3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

Al momento en que se pudo congeniar una sólida relación entre niño-terapeuta, el ambiente se volvió más receptivo a estímulos en el trabajo terapéutico y de juego. Por lo cual, en padres de familia surgió la armonía del trabajo, manejo y adecuación de ambientes. En cada terapia había una plática con el padre o la madre, juegos iniciales para elaborar un esquema del trabajo con el niño. Trabajando con el padre, al instante que hubiera dudas y a la hora de la comida, se iba dando estímulos y ciertas instrucciones para el manejo en actividades de vida diaria, dentro y fuera del hogar. Se les instruyó de forma en que los padres cambiaran toda actividad nociva en el hogar y que reafirmaran cada actividad con un premio, para trabajar la conducta. Se tuvo espacios abiertos en los cuales se llamó a los padres individualmente para concretar una sesión de 20 minutos, en lugar de trabajar con los niños, en espacio de una vez por semana, o bien, una vez por mes, según el caso de la asistencia del niño al Centro Educativo.

Lo importante del terapeuta era involucrar a la familia en cada aspecto de vida del niño o niña, para que con ayuda mutua, se fueran adecuando los ambientes en que el niño se desarrollara, así, el niño sordociego explotara toda su capacidad sensorial, con ayuda de sus familiares, al conocer cómo ir manejando sus estímulos, sus reacciones conductuales e incluso la misma patología diagnosticada por el médico tratante, pero que

jamás habían profundizado en el tema, explicando en cada detalle la reacción que iba a generar el niño, con el déficit sensorial o el involucrar alguna que otra enfermedad relacionada.

Al principio los padres se mostraban con una actitud de escepticismo, pero al ir conociendo más el tema de Terapia Ocupacional e Integración Sensorial, se motivaron más al conocer ciertos aspectos, que para ellos, eran desconocidos. Con cada duda que presentaban, respecto al trabajo con los niños y los ejercicios a realizar en casa, se iban resolviendo en el momento, trabajando en conjunto con el niño, en colchonetas o en el área de trabajo que se adecuaba sensorialmente a la duda del padre.

También se contó con semanas de exposición de temas, sobre una patología específica y su plan de tratamiento, desarrollando el tema ante las maestras del Centro. A los padres se les explicó y colocó una cartelera informativa con trifoliales, así, se pudo ir incentivando al familiar a generar más dudas y que preguntaran de cualquier aspecto relacionado con el niño, hasta dudas en el diario vivir de ellos mismos. Trabajando de forma individual con los padres y de una forma grupal con las maestras del Centro en las actividades de docencia; con los padres en la mayoría de los casos se contó con la participación de los niños.

Al mostrar más y más interés en la Terapia Ocupacional, en conjunto con sus aportes de vida diaria, el ver el cambio en el niño, era para ellos evidenciar una mejoría en clases y en el hogar, fue en aumento la demanda de intervención terapéutica, para equilibrar sensorialmente a su hijo, incluso con familiares que no eran candidatos al trabajo de Integración Sensorial, pero de una u otra forma, querían la ayuda en las actividades diarias en el hogar y en momentos estresantes para el niño; generando estomás espacios de atención individual. De ese modo, ellos mismos fueron practicando adecuaciones en casa y en sus propias vidas, para hacer más placentero el manejo de sus hijos, no digamos a la hora de un juego terapéutico, mostrando más recompensa y alivio en las actividades de vida diaria.

El manejo de la rehabilitación en casa era un tema difícil, por el hecho que todos los ambientes son distintos en el hogar. Señalar a todo momento, la importancia en la continuidad de los juegos sensoriales, adecuaciones en

el hogar y sus manejos conductuales con la integración sensorial; poniendo en práctica lo enseñado en base a un conocimiento más entendible, en cada reacción que el niño tuviera, aunque en ocasiones no reforzaban el estímulo en casa; era necesario para que ciertas conductas no se instalaran de forma permanente, para ser apartado, anulado o bien intensificado el estímulo sensorial, para que el niño se encontrara en una condición placentera y regulada sensorialmente. Se logró una adecuada docencia en las dudas de los padres, para lograr una modulación y regulación sensorial con una acción de casi el 80% de las adecuaciones, como la puesta en práctica de lo tratado en cada terapia y enseñado en la terapia de integración sensorial, buscando siempre el estresor y la motivación.

### **3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

El inicio de la investigación fue por la dificultad de los padres y maestros, al no poder controlar a su hijo o alumno, según fuera el caso; generando gran inquietud en ambos lados de la relación con el niño e identificar y en buscar una solución o mejoría de los cambios abruptos del niño. El determinante en la evaluación era el buscar el porqué de la conducta del niño tan explosiva y sus reacciones abruptas, que incluso al primer contacto u observación en el niño, se encontraba alterado o haciendo berrinches para empezar las clases y la terapia.

Para la detección de los estímulos y/o acciones que desencadenaban una respuesta agresiva y ansiosa en los niños que llegaban al Centro Educativo de Fundal, se tomó la colaboración de los padres para conocer todo recurso utilizado en su aprendizaje y estimulación, enfocando toda relación existente entre los cuidadores, los maestros e incluso con las personas que les proporcionaban terapia al niño; por el hecho que hubiera un estímulo dentro de sus actividades y después con el terapeuta fuera a ocasionar una respuesta contraria respecto a su ansiedad o agresión. Aportando en todo momento la información recabada por los padres y su interacción con los niños; elaborando entrevistas para establecer parámetros de ayuda en el momento necesario e incluso intervenir de inmediato a la acción que desencadenaba dicha conducta en el niño. Pero eso sí, se trató de buscar el momento indicado para que los padres dieran su testimonio de lo

ocurrido en otros espacios que el terapeuta o el maestro no se encontraba, como forma para determinar dichas acciones. También se utilizó en gran medida la observación en distintos espacios y actividades que el niño desarrollara para poder determinar cuáles eran las causas que fomentaban dicha conducta en el niño.

Todo el proceso para descubrir dichos estímulos fue observado y llevado por medio de casos, anotando las características de cada niño en específico y el estímulo que lo generó.

Caso 1: Que el padre cambiara de carro, que la cuidadora fuera cambiando muy seguido, el padre golpeaba a la niña en ocasiones para que hiciera caso y el no dormir bien. Hacían que la niña se tiraba al piso, mordiera, autoagresión, jalaba el pelo y tenía un desplazamiento arriesgado. Los ruidos altos o ambientes sin ningún estímulo auditivo generaban, gritos, balanceo corporal.

Caso 2: La madre mostraba una actitud muy aprehensiva hacía el niño, desencadenando inseguridad y falta de dinamismo al estar solo, siendo una dependencia de la madre al realizar actividades solo. Falta de estimulación en el hogar.

Caso 3: Dependencia de la madre al realizar cualquier actividad, generando temor al desequilibrio y permitirle berrinches.

Caso 4: Ser muy dependiente en sus actividades de vida diaria con los padres, que le quiten los zapatos, ciertos alimentos con textura rígida, ropa áspera, toquen el pelo o que le quiten los lentes de sol, dejar que camine sin asistencia. Todo esto generaba berrinches, presionarse los ojos con fuerza y no utilizar el bastón adecuadamente.

Caso 5: Por problema ortopédico en cadera desplazada, inseguro al movimiento brusco e inseguro, el traerlo en el bullicio de la camioneta por las mañanas.

Caso 6: Cambios bruscos del ambiente, que le quiten el suéter o la chumpa, por reflejo al estar con el doctor y la inyecten. Viajar mucho

tiempo para llegar al Centro y cierta tipo de música. Férulas y zapatos ortopédicos en ambos pies.

Caso 7: Respuestas nocivas hacía texturas ásperas, que no se encuentre la madre, que no le hablen constantemente, falta de movimiento y actividades en que se encuentre mucho tiempo sentado y la percepción de cambios repentinos del ambiente.

Caso 8: Ansiedad al abandono o no sentir la presencia de la madre, cambios repentinos al equilibrio, ausencia de música o estímulo auditivo placentero suave.

Caso 9: Medicamentos que le producían arrebatos y cambios bruscos del ánimo y sueño, lo cual desencadenaba en llantos y autoagresión.

Caso 10: Paladar hendido, desarrollando una falta de estimulación gustativa y la ansiedad para discriminar objetos, texturas y demás estímulos con la boca. Medicamentos que lo ponían hiperactivo. El colocarle bloqueadores en los brazos, para no morderse. Cuando se le sacaba del equilibrio y el ponerle zapatos ortopédicos altos. No reconocer partes de su cuerpo y la sensación de ausencia de higiene, por no controlar fisiológicamente sus excreciones de orina y heces. Ropa ajustada o mojada. La madre es muy rígida con el niño y en ocasiones es agredido físicamente para controlarlo.

Caso 11: Presentaba desequilibrio emocional con ruidos altos, cambios bruscos al desplazarse; problema genético Smith-Magenis produciendo un deterioro en sus actividades, problemas del sueño, hiperactividad en su comportamiento y ansiedad por cambios repentinos a su rutina.

Caso 12: La niña demostró un cambio repentino de agresión y ansiedad, al cambiar sus actividades cotidianas y de rutina. Dependencia y presencia de la madre en todo tiempo. Se comprobó que tenía cierta resistencia al trabajar sobre la colchoneta o superficies similares.

Así, con la detección de ciertos estímulos aversivos hacia el niño, de forma gustativa, auditiva, táctil y perceptiva, se fue discriminando, el por qué los niños transformaban un aspecto sensorial en una agresión para ellos.

Producidos por acciones anteriores a la terapia o el trato terapéutico dentro del Centro Educativo, en que los padres transmitían la ansiedad a sus hijos, eran muy rígidos al castigo del niño, les colocaban cierta ropa desagradable sensorialmente, problemas de sueño; los medios para llegar al centro eran muy desagradables y condicionaban al niño ante un inminente estímulo aversivo. En otras ocasiones era relacionado con el ambiente tan cargado de estímulos sensoriales, atacando el problema o autoagresión; los cambios tan repentinos de la rutina del niño en su casa y al entrar al centro, era motivo de ansiedad, asimilado como un castigo conductual a sus reacciones. Muchos de los niños que presentaban sordoceguera, contaban con alguna que otra enfermedad congénita, o bien, fiebres, dolores de cabeza o corporales.

A todo esto, produciendo una respuesta agresiva y/o ansiosa con temor, por el repentino desenlace de lo incierto, a lo cual el niño había vivido sensorialmente y que por desconocido, su reacción fuera de forma violenta con las personas.

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

### 4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

En el proceso de concientizar la metodología de abordaje con los niños que presentaban sordoceguera en el Centro Educativo Fundal, no fue sencillo al principio tomar las herramientas como Terapeuta Ocupacional, porque en ciertos aspectos de la terapia había una rivalidad laboral con Fisioterapia. Todo el trabajo efectuado en el Centro era mediado por lo físico y no de forma cognitiva, psicológica, social e integración sensorial; para que esto se diera, se tuvo que incentivar un pensamiento respecto al ocio, la ocupación y reducir las limitaciones en algo productivo de vida diaria. Es por eso que se empezó por generar una socialización de acuerdo a la observación de los niños, en sus espacios de docencia primero, para luego, empezar a observar a los niños que no eran atendidos en aspectos de ocupación, readecuando sus tiempos libres y momentos en que los niños tuvieran conductas agresivas, o bien, necesitaban de un estímulo diferente, para poder presentar un equilibrio en el momento educativo o de terapia y así, ir mostrando interés a la relación terapéutica, generando una correcta adecuación del tiempo, que no encontraba una ocupación de acuerdo a las necesidades del niño o niña.

Plantear la Integración Sensorial con los padres y maestros, fue difícil, por el hecho que, ellos tenían el conocimiento de proporcionar al niño mecanismos funcionales, pero olvidando que también tiene que ir de la mano, un método placentero hacia el infante. He ahí la importancia de introducir la terapia lúdica, modificando ambientes y creando una mejoría en la comunicación de cada niño, porque cada proceso que se necesita es muy difícil si la otra persona tiene dificultad para comunicarse, para ver, oír y escuchar; creando una barrera al tratar de entender cuál de todos, es el estímulo nocivo o bueno. Pero eso sí, se tenía que empezar de lo individual a lo grupal, conociendo al niño o niña, al maestro y al padre de familia, para lograr una convivencia amena y reconocer los estímulos desencadenantes de ansiedad; pero no solo determinar eso, sino a partir de lo individual, generar una socialización de su ambiente y de las personas presentes, para formar un mejor vínculo entre cada tarea, juego o ejercicio que se diera y en lo grupal, más adelante, socializar dentro de la terapia de grupo con los niños, ayudándose, colaborando e incluso

iniciando la terapia ellos mismos, por ser agradable. Pero no en todo momento fue agradable la terapia con los niños, habían momentos en que involucrar a alguien más al círculo de convivencia, era desastroso y se retrocedía todo lo avanzado hasta el momento, porque en efecto, el niño o niña, grababa el estímulo nocivo para él, como una amenaza, por lo cual, había que empezar nuevamente bajando la ansiedad hacía el estímulo, objeto, tacto de la persona o estresor y así, seguir la terapia con el niño.

El propósito primordial era observar cada conducta generada en todo momento, buscar los estímulos, para luego, entrevistar al padre respecto a lo que él hace antes o después de un comportamiento agresivo, modificar las reacciones si están malas, para luego, introducirlas en la terapia en conjunto con el familiar del infante, porque, si se deja el estímulo grabado en el niño, este va a seguir asociando las situaciones desagradables siempre, hasta llegar al punto que toda acción sea totalmente displacentera. Pero, para llegar a tal punto era necesario dar a entender que el proceso no iba a ser fácil, era de forma evolutiva, conforme el niño o niña se le fuera repitiendo más y más un estímulo, él iba a grabar más rápido lo agradable con juegos y estímulos con recompensa; cuando el infante lograra superar esa fase, se podía dar un cambio en todo nivel sensorial e indicar a los padres todo lo sucedido, lo que se debe y no se debe hacer, para no recaer nuevamente en conductas agresivas o de ansiedad en el niño. Por lo cual, la socialización y la atención de los estímulos era de carácter urgente; se convivía uno con el otro, pero no de una forma productiva hacía el aprendizaje especial que necesitaban los niños; los padres de familia solamente conocían a grandes rasgos el papel que tenían que desempeñar ante su hijo, pero no de una forma funcional, incentivando una correcta ocupación y readecuando el tiempo libre, en algo productivo, que buscara beneficiar al hijo en sus actividades de vida diaria, fomentando un desarrollo óptimo, para poder incursionar en todo ambiente y situación que se tenga en el futuro, porque de lo contrario, el infante aprendería a no tolerar de forma correcta todo obstáculo que se le presente y desencadenaría más patrones de agresividad y ansiedad, hasta en momentos que no requieren de una reacción; el niño debe aprender a autorregularse para convivir en todo ambiente que incursione, de lo contrario no tendrá una inserción social y laboral cuando sea mayor de edad.

En la adaptación de tareas y la intervención sobre el ambiente, para que los niños puedan disfrutar de toda actividad que se les presente, era necesario buscar la máxima independencia y calidad de vida que se podía lograr, porque los padres de familia transmiten toda esa ansiedad al no poder resolver los problemas que en la niñez se les ha ido presentado con sus hijos. Es por eso, que se tenía que buscar en la individualidad, toda habilidad, destreza y capacidad presente en el niño o niña y hacerla una gran herramienta de trabajo dentro de la terapia, media vez conocidas, era más fácil empezar desde ese punto y repetir estímulos relacionados a lo que eran diestros y les gustaba. El observar las capacidades del niño no fue difícil, con lo que se tuvo mayores inconvenientes fue el determinar, si sensorialmente un estímulo era recibido adecuadamente o simplemente ignorado, llegando a soportar todo estímulo táctil, porque los niños, al no conocer algo de vista y que interrumpa su espacio personal, era desencadenar sus emociones de una forma violenta, por lo cual se trabajó durante un tiempo prudencial la receptividad táctil de muchas formas: con cepillos, telas de distinta superficie, con frío/caliente, áspero a suave; hasta lograr que él o ella iniciara la actividad, reconociendo las herramientas de trabajo. Pero también, para que el material a utilizar estuviera presente, al inicio se contaba con material propio y con lo que se encontrara a mano para el propósito; conforme se fue evidenciando una mejoría e involucración de padres y del centro, se contó con la ayuda de material y disponer de una caja terapéutica, con material de estimulación sensorial.

Interiorizando que cada actividad tiene un método, un propósito y fin, en el cual se busca valorar las habilidades y capacidades de cada niño, para que tenga una mejor calidad de vida en toda actividad que disponga; para lo cual, el generar más adaptabilidad del niño en su ambiente era necesario no ver una discapacidad sensorial, sino ver qué podía aportar la familia, el maestro, el terapeuta y el niño, para solventar las debilidades sensoriales y transformarlas en fortalezas, porque se contaba con las herramientas y salones para explotar las habilidades, destrezas y capacidades de cada quien, pero era necesario buscar una correcta amalgama entre el trabajo terapéutico, aprendizaje, estímulo sensorial y juego y así, lograr una correcta socialización con los distintos alumnos del centro y todo su personal. Media vez no se diera un vínculo adecuado, no se podía empezar una terapia con el fin de guiar al infante, en el mejoramiento de su ambiente vivencial diario.

El niño o niña, necesitaba de una constante repetitividad de las instrucciones, terapias, juegos y estímulos, para poder desarrollar la actividad o el equilibrio en el cual el infante iba encontrarse seguro y sin molestia, pero para esto, era preciso ganar la confianza del niño a tratar en cada terapia, que reconociera al terapeuta y a las personas que lo ayudaran, para que el vínculo formara una afectividad entre todo el centro, como una forma de integración a la sociedad familiar, escolar y fuera del centro. Pero esto no fue muy eficaz por el hecho que algunos alumnos no llegaban al centro todos los días, habían constantes enfermedades de los niños que necesitaban más estimulación sensorial, actividades del centro que no eran necesarias para un niño con hiper o hipo reactividad sensorial ante estímulos, generando mayor ansiedad y agresión hacia las actividades terapéuticas; interrumpiendo en cada instante el progreso de la terapia, para modular conductualmente al niño, se retrocedía bastante con la integración sensorial, por lo cual, era evidente en algunos casos, que la terapia no funcionaba o no cobraba el efecto necesario para lo cual se aplicaban los ejercicios sensoriales. A los padres se les platicaba de la constante activación sensorial en los niños para no perder avances estructurales en la formación del niño, pero ellos indicaban que no solamente tenían que lidiar con el niño en casa, tenían actividades, otros hijos que atender, que al final resultaban muy cansados, dejando al niño hacer lo posible por auto-equilibrarse, dejando un pensamiento, que únicamente llegaban al centro, para poder descansar de toda actividad con el niño y despreocupándose del mismo, siendo la obligación del Centro Escolar cuidar de él, influyendo inconscientemente la ansiedad en el niño. A toda costa era preciso que el padre y el niño, funcionaran al mismo paso, fortaleciendo la unión padre-hijo e ir disminuyendo todo estímulo nocivo ante cualquier eventualidad sensorial de la mejor forma posible.

Al generar un correcto vínculo, se daba una afectividad de la persona con el niño tratado, al no darse esa unión, no era posible trabajar en la terapia con el niño o niña, por consiguiente, era necesaria la estimulación sensorial de una forma lúdica.

En el mejoramiento de la calidad de vida del niño, como forma de interaccionar con su mundo en compañía de los seres queridos, por medio de una terapia de juego y estimulación sensorial a todo momento, los niños encontraron la forma de ayudarse mutuamente, creando una mejor

afectividad y convivencia social entre ellos, facilitando en gran manera la adecuación de todas las actividades terapéuticas realizadas, es por eso que se empezó de forma individual con los niños, luego, integrar a los padres, para que se repitiera el estímulo en casa y en todo momento que surgiera ansiedad. Logrando una terapia homogénea entre padre-hijo, por medio del juego y la estimulación sensorial, recreando. Si de alguna forma la terapia se tornaba monótona, al niño no le iba a gustar nada, rechazando todo aspecto presentado ante él, alejándose o interrumpiendo las actividades haciendo berrinche; es por eso que se tenía que mantener motivado al niño, haciendo su terapia interesante y solo así, lograr que él participara, colaborando y creando el vínculo necesario de confianza entre padre-terapista-hijo, buscando una correcta modulación sensorial e incentivar su aprendizaje, en base de sus habilidades y capacidades existentes de cada uno de los niños.

Se estableció una terapia lúdica constante, para lograr de forma favorable una integración de los sentidos táctiles con el resto de los demás, dando como fin, un vínculo afectivo y mayor reconocimiento de las personas que ganan confianza ante un niño-padre. Concentrar el contacto físico, para botar las barreras existentes de lo desconocido en la sordoceguera, como beneficio ante toda terapia con ellos y crear una gran cantidad de estímulos sonoros y visuales; aunque en el caso del niño no representara una correcta receptividad de los mismos, pero el cerebro iba guardando los impulsos creados en distintas partes del cuerpo, en otro sentido funcional; como el introducir olores, sabores y cambios de textura o temperatura en la piel, para registrar cambios y se diera un equilibrio en la estimulación del niño; aunque no siempre recibían amablemente el estímulo, en ocasiones era rechazado con violencia y llanto; pero en la Dieta Sensorial era necesario llevar un proceso constante hasta que el niño soportara dicho estímulo; cambiando por otro más intenso o en su defecto, por uno más suave.

Es por eso, que al ingreso por las mañanas, se recibía a los niños con un fuerte "abrazo de oso", para motivarlos desde temprano y generar una mejor relación recíproca, mostrándoles afecto, para que ellos mismos conocieran y generaran afecto con las demás personas.

Sin duda, al principio toda acción del terapeuta fue hostil, por ser una persona extraña, para luego evidenciar lo divertido de la terapia y poder entrar en confianza. Era importante encontrar todo lo negativo

producido, para generar dentro de la terapia lo contrario a sus respuestas, cambiando y alternando distintos ejercicios con un juego, llamando su atención. Es por eso que habían momentos de tensión ante el trabajo, por el hecho que no todo era jugar y habían momentos en donde al introducir "tronadores" (dulce efervescente al contacto del agua o saliva) en la boca era molesto, pero a la vez cargado de una gran receptividad sensorial. Se anotaba cada respuesta generada, sea mala o buena, porque cada respuesta del niño tenía el reconocimiento de su ambiente, como producto del daño o placer generado; el reducir toda esa ansiedad en el niño, hasta que integrara sensorialmente toda acción, equilibrándose para poder empezar a entender que iba a encontrar un mejor estado sensorial y asimilando distintas texturas agradables, sonidos, objetos, comidas, olores y personas no hostiles en su ambiente.

Hubo ciertos momentos en que no era bueno darles la terapia a los niños, por ejemplo, cuando ellos se encontraban indispuestos por una enfermedad, sufrían de un resfriado, una infección viral, un dolor de cabeza, fiebre o una enfermedad; dicha molestia generalmente repercutía en la terapia, provocando que ellos mismos rechazaran todo estímulo, aunque éste anteriormente fuera agradable para ellos, pasando de algo placentero a algo hostil en segundos y botar semanas de terapia. Entonces, se tuvo que hablar con los padres de estos casos, por el hecho que eran momentos, en que el niño no quiere ser estimulado por ninguna forma y descansar. Era preciso hablar con los padres y explicarles, que luego que la enfermedad haya disminuido signos y síntomas, queda grabada la estimulación sensorial, generando un fuerte rechazo nuevamente hasta llegar al punto de no realizar las actividades logradas anteriormente. Es por eso, que era necesario estudiar cada conducta, acción y la receptividad del niño o niña, para poder adecuar en el momento justo la dieta sensorial necesaria.

El uso de materiales y herramientas de autoayuda con los niños, fue una transición difícil al querer involucrar el uso del bastón, pasamanos, reconocimiento de objetos y de personas, por medio de una característica única, porque en la mayoría de actividades y ejercicios realizados durante la terapia, no tenían una sucesión en casa o en los distintos ambientes. Sin el debido proceso de seguir trabajando con la terapia en casa, era muy difícil empezar siempre desde cero, especificar a la cuidadora del niño, a la maestra, los padres y las personas con que se mantiene en contacto el

niño, que todo lleva un proceso en la introducción de nuevas herramientas u objetos de ayuda para ellos. De lo contrario, esta ayuda iba a generar más ansiedad y agresividad, por el simple hecho de no llevar un proceso al introducir nuevos objetos en la vivencia del niño, como lo es una ayuda al poder discriminar un cambio en la superficie al caminar, una pendiente, gradas o el obstáculo en su trayectoria. Se tuvo que empezar con una desensibilización táctil, bajar ansiedad de los objetos desconocidos, para luego, introducir algo totalmente diferente, pero como una extensión de su cuerpo y de sus sentidos más sensibles.

El uso del bastón tuvo gran aceptación en la implementación, porque anteriormente lo utilizaban, pero no de lleno en la terapia; produciendo en ciertos momentos ansiedad, siendo el factor de estrés, por no haber llevado un proceso adecuado. En cambio, en otros niños se logró mejorar el uso del mismo, por usarlo empíricamente y con más cotidianidad. En otras ocasiones era solamente utilizado en situaciones de publicidad del centro, generando una ambivalencia con su uso y la correcta adecuación de objetos de ayuda, mostrando siempre una crítica entre lo que no se hacía bien y el utilizar las herramientas de auto-ayuda; es por eso que el trabajo del bastón fue el último de los objetivos, para no generar mayor ansiedad al principio y una vez equilibrado el niño sensorialmente, generando un buen apego con el niño, introduciendo el uso del bastón diariamente y paso a paso, hasta reducir toda reacción contraria a la deseada, sin ansiedad, por ser un objeto extraño y no estar siempre presente en el hogar, por la falta de constancia.

A pesar de que el primer contacto era el padre, ellos continuaban haciendo caso omiso de las direcciones e instrucciones para reducir toda conducta nociva, de la cual ellos siempre preguntaban los "porqués" de lo que le sucedía a su hijo, no fue hasta ver en carne propia y durante la terapia, las distintas reacciones que tenían con el terapeuta. Incluso habían ciertos ejercicios que necesitaban de fuerza y destreza para poder realizarlos; a pesar del llanto en el niño, era necesario continuar hasta normalizar sensorialmente al niño, pero ellos por ser padres, no les gusta ver a sus hijos llorar y hacer berrinche, viendo al terapeuta como algo negativo, que al niño no le conviene. Era preciso también educar a los padres al principio, que cada acción tiene una reacción en el niño y si se fortalece, esta va a generar el efecto necesario, para que los sentidos no estimulados debidamente anteriormente, se muestren receptivos ante algo

nuevo, sopesando que en el proceso, se van a ir encontrando ciertos obstáculos difíciles. En cambio, había padres de familia, que tomaron nota de todas las indicaciones, depositando una mayor confianza en el terapeuta, para poder realizar todos los ejercicios y las actividades sin ningún problema.

Al conocer el proceso del trabajo terapéutico y la respectiva estimulación, aunque hubiera momentos en que el niño mostraba gran temor, berrinches o el llanto, en ocasiones era preciso continuar ante tal barrera emocional, eso sí, no todo momento era así, es por eso que en la terapia se incluía el juego, con una finalidad de acuerdo a sus capacidades, mostrando siempre interés en la motivación.

#### **4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

El asesorar a padres de familia fue una de las tareas más gratificantes, porque en varias ocasiones el padre o la madre se encontró con un sin número de preguntas sin resolver respecto a su hijo, como el "porqué" de su enfermedad, de sus signos, síntomas y del comportamiento en él. Posiblemente el facultativo les explicó de manera muy técnica y sin mayor énfasis la evolución sensorial y no de un cambio en el desarrollo normal e interacción con un descontrol en la receptividad de los sentidos afectando la estimulación cerebral, llegando a depositar una confianza ante un diagnóstico poco profundizado, a lo cual el padre se ve culpado de la concepción del hijo inconscientemente, por no poder llevar a cabo su rol de concebir un niño sano. Es entonces, durante la generación de confianza y de explicar la terapia de Integración Sensorial con sus hijos, que surge el acercamiento padre-terapeuta, al suplir la falta de información y botar las barreras al comunicarse. Sin duda, fue uno de los aspectos más positivos de la relación en el centro, al ver que el terapeuta tenía mejor acercamiento con el padre e incluso ganaba mejor apego de confianza con el hijo, lo cual encamina el proceso hacia una mejor terapia.

Con las actividades de vida diaria surgió un poco el descontento a nivel de institución y padres, al ver que lo hecho anteriormente era dirigido en forma inadecuada, pero esto no se quedaba así, siempre el terapeuta explicaba de forma coherente, con los respectivos ejemplos, el trabajo adecuado en casa y en toda situación de la terapia que fuera necesaria;

para que luego, en casa, todos los ejercicios de estimulación fueran administrados debidamente, teniendo un orden constante hasta que el niño o niña soportara el estímulo; generando un equilibrio sensorial y luego un equilibrio emocional, adaptando todo ambiente que el niño se encontrara.

Pero no todo fue así, con el cambio siempre hay personas que no se sienten a gusto, es por eso que en ocasiones se invitaba al padre a acudir a la terapia y fuera el protagonista dentro de la misma, evaluando el cambio con sus respectivos ejercicios guiados por el terapeuta, evidenciando el porqué de su realización en conjunto con el significado de la continuidad de la Dieta Sensorial. Solo así, se logró ver un cambio en la conducta del niño, al ir motivando y enseñando al padre de familia, las distintas formas de estimular a un niño, porque anteriormente, el padre no se interesaba en las clases y en la terapia, por el hecho que no era participe de las actividades dentro del centro, al momento de la terapia. En ocasiones dejaba al hijo por 30 minutos de terapia, sin saber qué era lo que le hacían, es por eso que se introdujo al padre a elaborar parte de las actividades, porque era la única forma de que los dos congeniaran y la terapia integrara al padre-hijo, generando un correcto entendimiento de sus reacciones y emociones, pero no solamente para ellos, sino también para el terapeuta, porque podía identificar en qué momento se reforzaba una conducta e impedir algún suceso negativo; y así trabajar armónicamente y con toda la confianza depositada en el terapeuta.

Lo importante era integrar a la familia en cada aspecto de vida del niño o niña y esto se dio de forma positiva por medio del trabajo en conjunto, hacer las entrevistas, dar explicaciones e informando en todo momento que se diera un logro en la terapia.

Es por eso que el escepticismo fue desapareciendo al conocer más de la terapia de Integración Sensorial, el conocer que la Terapia Ocupacional no era otra rama de la fisioterapia y que se encargaba únicamente de lo físico del paciente. Los padres generaron más interés en los aspectos conductuales, psicológicos, sensoriales y emocionales del niño, por ir descubriendo un mundo distinto al físico e implementar más atención a todo momento en que ellos generaban ciertas acciones, para no repercutir en las reacciones de sus hijos y no crear más obstáculos en la comunicación con ellos; pero para esto, los padres tuvieron que darse cuenta antes de hacer algo, pero solamente en la práctica de la terapia

diaria y constante e ir resolviendo dudas en el momento que surgían. Qué más emocionante y gratificante el ver a su hijo hacer cosas que antes no hacía, para que luego, después de ciertos ejercicios, lograra prestar atención durante 15 minutos o que hiciera una sucesión de actividades motoras bajo una instrucción. El ver esto, era motivante para querer conseguir más logros y borrar todo pensamiento escéptico, lo cual no se dio inmediatamente, el terapeuta tuvo que tomar varias semanas para aprender e implementar los procesos de trabajo.

#### **4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

En el transcurso del año en el Centro Fundal, se dieron muchas reacciones de diferentes vías entre padre-hijo-maestra, para poder valorar una mejoría en el estilo de vida de cada uno ellos, su aprendizaje, su conducta y el establecer nuevas relaciones sociales entre niños que presentaban una misma deficiencia sensorial. Esto consistió en ganar confianza entre el niño y el padre, con el terapeuta, como forma de introducir una terapia funcional y estimulante, adecuando al niño con sus capacidades; congeniando una correcta interacción de su ambiente.

La mayoría de las acciones que los padres tenían con los niños no iba encaminada a una adecuada relación, que culminara en la correcta estimulación sensorial en el niño.

El cambio drástico de la rutina que se tenía en el hogar, era un desencadenante de ansiedad en el niño, porque el cambiar ciertas actividades rutinarias en la vida del niño o niña e interrumpirlas de forma brusca, o bien, cambiarlas por otro estímulo, iba a generar elevar la ansiedad en el niño. Por lo cual, el niño cuando ingresaba al Centro se iba a encontrar totalmente indispuesto para realizar cualquier actividad que le fuera impuesta, tomándola como una acción repetitiva a lo que le antecedió, generando un descontrol sensorial e interrumpiendo toda terapia o relación que el niño tuviere durante el día. Sin dejar a duda, el padre era un reforzador de toda conducta nociva del niño, al introducir la ansiedad desde el primer contacto del día con sus actividades diarias. A lo cual, el terapeuta tenía que repetir sesiones de trabajo o incluso, hasta empezar nuevamente la terapia con el infante.

Entre los estímulos obtenidos durante el tiempo que se trabajó con los niños se pudieron encontrar los siguientes: El padre de familia le formaba una dependencia hacia ellos, volviéndolo dependiente de toda actividad realizada dentro del centro, lo cual, generaba ansiedad y temor de los estímulos trabajados dentro de la terapia y realizar una actividad individual, repercutiendo en el desempeño del aprendizaje y equilibrio sensorial. Los cambios drásticos en las rutinas, por ejemplo, una vestimenta, el no dormir adecuadamente, un accidente, el venirse en bus o en carro, iba a generar una indisposición por parte del niño ante toda terapia o aprendizaje provisto, desencadenando atraso en la Dieta Sensorial, por no llevar un proceso de acuerdo a la desensibilización del niño. La ansiedad que transmiten los padres, al no saber manejar y/o controlar a sus hijos, fue uno de los temas que más llevó tiempo por manejar, las dudas sobre el padecimiento de cierta enfermedad o discapacidad, mostrando interrupción del proceso iniciado o logrado hasta ese momento. Ciertos aparatos ortopédicos que utilizaban los niños, producía una mayor ansiedad al ser colocados, porque involucraba dolor, malestar e irritación, generando una elevación de la ansiedad en el niño, a lo cual era imposible el trabajar cuando se los colocaban, interrumpiendo el objetivo del día; el no estar presente alguno de los padres dentro del Centro, como forma de apoyo en sus actividades, ésta generaba inseguridad, mostrándose ansiosos ante lo desconocido y sintiéndose desvalorizados, por no poder desarrollar correctamente algo por cuenta propia, porque en casa todo era hecho por los padres, sobreprotegiéndolos y fomentando una conducta dependiente en todo aspecto y esto, al ser trabajado dentro de la terapia, era una limitante muy fuerte, generando nuevamente la desconfianza hacia el terapeuta ante un ambiente carente de figuras familiares e interrumpiendo el proceso, por no llevar una secuencia debida. Algunos niños los padres le administraban medicamentos que potenciaban sus conductas ansiosas o desencadenaban hiperactividad, lo que hacía una pausa en la terapia, por tener que bajar los niveles de hiperactividad, para luego concentrarse en los estímulos ansiolíticos, para que regresara al punto inicial del trabajo terapéutico y después introducirlos a la terapia sensorial.

A todo esto, era una estimulación incorrecta hacía el niño por parte del padre, cuando introducía acciones que iban a generar un descontrol sensorial y trastornar un ambiente, estímulo u objeto conocido en algo

aversivo. Es por eso, que el estímulo se repetía con más intensidad, cuando el padre le pegaba o regañaba muy fuerte, este iba a grabar mentalmente la reacción con la terapia o el juego que se diera, provocando elevaciones de ansiedad; pero esto no termina aquí, porque cuando esas acciones se repetían más seguido iba a generar conductas violentas en el niño, por no poder soportar el desequilibrio sensorial, incurriendo en autoagresión como puyarse los ojos, golpearse y responder a un estímulo táctil con violencia; por tal proceso sensorial en el niño, era necesidad primordial del terapeuta, empezar a trabajar en los estímulos de ansiedad, reconocerlos y reducir en el padre el manejo inadecuado hacía el infante, logrando así en terapia una recepción más placentera, posterior al dar las acciones.

## CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

#### 5.1.1. CONCLUSIONES GENERALES

- El Centro Educativo Fundal cuenta con la metodología de trabajo necesaria para poder desarrollar activamente el potencial sensorial del niño que presenta sordoceguera y mejorar sus estilos de vida.
  
- La Universidad posee múltiples programas de abordaje en el desarrollo profesional, que únicamente cuentan con el apoyo si el estudiante deja atrás la apatía y el pesimismo por emprender nuevas metas.
  
- El Ejercicio Técnico Supervisado es una excelente herramienta para involucrarse en el ámbito profesional de todo estudiante que aspira una experiencia laboral previa, como incremento en sus habilidades y destrezas a futuro.

#### 5.1.2. SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- La interacción social del niño es un factor indispensable que se consigue al relacionarse con sus compañeros, maestros y terapeuta, como una forma para desenvolverse en los distintos ambientes de la vida y proporcionar un conocimiento de sus capacidades sensoriales que presenta la persona con sordoceguera.
  
- El establecer una correcta armonía y confianza, entre los alumnos del centro, desarrolla una mejor comunicación posibilitando toda interacción social posterior y de comunicación bidireccional.

- Las habilidades, destrezas y capacidades del niño sordociego deben de emplearse siempre para mejorar su desarrollo y estilo de vida, produciendo una adecuación sensorial de todos los ambientes.
- El generar una correcta afectividad del niño dentro de la institución, con las personas que se relaciona, va a producir un mejor desempeño en las actividades a realizar.
- Las actividades de recreación, con un fin terapéutico, tienen una mejor aceptación en el niño, provocando un mejor aprendizaje y atención al terapeuta.

### **5.1.3. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

- El trabajo con los padres en la información de los métodos de estimulación sensorial y el cambio drástico de rutinas en la vida cotidiana, fue un factor que disminuyó los niveles de ansiedad en el niño.
- Los padres de familia son una parte esencial en el trabajo del terapeuta, ya que son los encargados de motivar un correcto seguimiento y mejorar el espacio en que se mueve el niño sordociego como forma de explotar sus capacidades en habilidad y destreza.
- El uso del bastón es necesario en los niños con sordoceguera, porque crea una mejor desensibilización táctil para discriminar cambios u obstáculos en sus distintos ambientes y sirve de autoayuda.

- La utilización de objetos de referencia en la terapia de Integración Sensorial, es un método que potencializa el reconocimiento en todo momento de las personas y herramientas de trabajo, como facilitador de la terapia.

#### **5.1.4. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Las acciones que desencadenan un estado ansioso en el niño, son producto de las acciones que los padres tienen hacia ellos, e incluso la premura para desarrollar las actividades diarias, hacen que el niño con sordoceguera pierda ciertos pasos esenciales para su equilibrio sensorial y emocional.
- La falta de conocimiento e información del padre de familia, hace que no se pueda solventar toda carencia o necesidad del niño que presenta sordoceguera, para lograr un desarrollo óptimo del aprendizaje.
- La sobreprotección y la desvalorización que tienen los padres hacia su hijo con sordoceguera en sus actividades de la vida diaria, son un impedimento para el desarrollo pleno dentro de la terapia, no dejándolo experimentar los estímulos sensorialmente e independencia personal.

## 5.2 RECOMENDACIONES

### 5.2.1. RECOMENDACIONES GENERALES

- Toda institución que atiende niños con sordoceguera, debiera contar con una capacitación constante, para poder desarrollar activamente y suplir las necesidades del niño.
- Es necesario llevar una promoción activa e independiente de las personas que presentan sordoceguera, mejorando la comunicación y calidad de vida en todos sus ambientes; y qué mejor, si desde la infancia se contacta centros escolares especializados como Fundal.
- La Escuela de Ciencias Psicológicas debería de llevar un proceso de enseñanza a nivel universitario que promueva mayores y mejores espacios de publicidad para dar conocimiento del currículo académico, como forma de motivación e incitación en apoyo a su carrera.
- Para incrementar el valor del aprendizaje universitario se debe de completar el proceso con un ejercicio supervisado, como visión profesional de las metas que a futuro el estudiante se planteará laboralmente.

### 5.2.2. SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- Es necesario que se dé una interacción social en el niño, con toda persona que lo rodee en sus distintos ambientes, para que pueda desenvolverse e interactuar mejor de una forma más sensible.
- Es de vital importancia que toda habilidad, destreza y capacidad que tiene el niño sordociego ante su dificultad sensorial, se aborde de una forma que implemente actividades en mejora de su vida diaria.

- Si el terapeuta establece una correcta relación entre padre-hijo y la terapia a realizar, va a provocar una mejor recepción de los estímulos, proyectos, actividades y ejercicios esenciales para generar confianza en ambas vías.
- Con un niño es fundamental el trabajar de una forma lúdica en todo momento, de lo contrario su aprendizaje no va a ser tan enriquecedor y de agrado para congeniar con él.
- Es importante que todas las actividades tengan materiales adecuados y seleccionados para el trabajo con niños que presentan sordoceguera.

### **5.2.3. SUBPROGRAMA DE DOCENCIA**

- Es necesario que el padre se informe de diversos métodos para manejar las conductas de sus hijos, creando espacios de seguimiento en la terapia en casa, para mejorar el aprendizaje del niño.
- Capacitar a los padres en temas relacionados al trabajo con sus hijos, en todo ámbito que se encuentren y llevar una Dieta Sensorial como actividades diarias para el manejo de conductas inapropiadas del infante.
- El fomentar el uso de materiales dinámicos y creativos, como forma de estimular al niño, es necesario para potenciar el aprendizaje o conocimiento de personas y herramientas de trabajo.

- Es recomendable que los padres de familia se involucren en todo momento de la terapia, aprendizaje, recreaciones, autocuidado y aseo personal del niño, porque representa el comienzo de todo proceso que va a orientar la evolución dentro del entorno social del hijo.
- Sin la ayuda del padre de familia en la terapia de Integración Sensorial no fuera posible desarrollar el potencial del niño, por el hecho de que ellos son el pilar de confianza del él ante cualquier actividad a realizar.

#### **5.2.4. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

- Para detectar cualquier alteración emocional que provoque ansiedad o respuesta agresivas en el niño, se debe de involucrar al padre de familia, porque él se encuentra en la mayoría de actividades diarias que el niño realiza.
- En el proceso de aprendizaje o disminución de estados conductuales y emocionales en el niño, es necesario que al padre se le informe de todo método, actividad e introducción de objetos que faciliten el desarrollo sensorial para un estilo de vida mejor.
- Es necesario dar a conocer al padre de familia que al educar al niño; toda actividad la debe de realizar sin desvalorizarlo, ni mucho menos sobreprotegerlo, porque esto lo encaminará a una dependencia en todas sus actividades de vida diaria solicitando ayuda constantemente.
- Para todo aspecto nuevo que se le quiere introducir al niño que presenta sordoceguera, es vital llevar un proceso de desensibilización previa, que lo ayude a minimizar reacciones negativas y ansiosas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cermak, Sharon; Blanche, Erma; Windsor, Margaret. (2011).  
"Integración Sensorial".  
Fundación Vértice y WPS, Universidad del Sur de California. U.S.A.  
Documento fotocopiado y consultado por fines académicos.
2. Desarrollo Motor Normal. (2007).  
"Trastornos de integración sensorial y problemas de aprendizaje".  
Facultad de Medicina. Escuela de Terapia Ocupacional: Sistema Nervioso y Cognición. Universidad de Chile.
3. Dra. Ayres Jean. (2005).  
"Observación basada en la teoría de integración sensorial".  
Pediatric Therapy Network. Erna Imperatores Blanche Compilation.
4. Foster, Marg; Johnson E. Sybil; Turner, Annie. (2003).  
"Terapia Ocupacional y disfunción física". Principios, técnicas y prácticas. Quinta Edición, Editorial Elsevier España S.A.  
Madrid, España.
5. Manual de Sordoceguera. (2009).  
FESOCE 2008. Barcelona, Junio.  
fesoce@fesoce.org www.fesoce.org  
Documento consultado de la página electrónica descrita en formato PDF.
6. Neri de Troconis, María Luz. (2005).  
"Guía de Apoyo para la Sordoceguera".
7. Papalia, Diane E. (2007).  
"Psicología del desarrollo".  
Novena Edición, México, D.F.
8. WWW.FUNDAL.ORG.GT