

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA
LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL,
COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD”.

MARIA TERESA QUIÑONEZ CRUZ

GUATEMALA, AGOSTO DE 2010

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA
LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL,
COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD”.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MARIA TERESA QUIÑONEZ CRUZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 474-2010
CODIPs. 1250-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

24 de agosto de 2010

Estudiante
Maria Teresa Quiñonez Cruz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO (10º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL DIEZ (25-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de agosto de 2010, que copiado literalmente dice:

"DÉCIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD"**, de la carrera de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

MARIA TERESA QUIÑONEZ CRUZ

CARNÉ No.8813828

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Jeannette Irene Hernández de Godoy y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. 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 de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Nelveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaopsic@usac.edu.gt

CIEPs	474-10
REG	063-09
REG	089-09

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de Julio 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Velásquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD."

ESTUDIANTE:
Maria Teresa Quiñonez Cruz

CARNÉ No:
88-13828

CARRERA: Profesorado en Educación Especial

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 05 de Julio 2010, y se recibieron documentos originales completos 14 de Julio 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

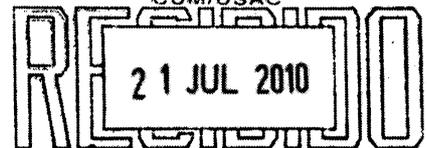
Licenciada Mayra Frine Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

c.c archivo
Arelis



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: HORA: 12:50 Registro: 474-10



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 475-10
REG: 063-09
REG. 089-09

Guatemala, 19 de Julio 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs - "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD."

ESTUDIANTE:
María Teresa Quiñonez Cruz

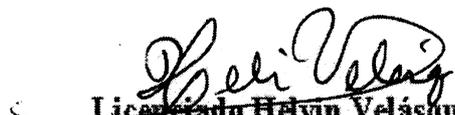
CARNE
88-13828

CARRERA: Profesorado en Educación especial

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 27 de Mayo 2010 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR

/Arelis.
c.c. Archivo



Guatemala, 27 de Mayo de 2010

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Centro de Investigaciones de la
Escuela de Ciencias Psicológicas CIEPs.
Centro Universitario Metropolitano
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta le informo que tuve a bien asesorar el trabajo de Investigación titulado "PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD", realizado en la Clínica de Rehabilitación Física, atendida por la Fisioterapeuta Maisa de Santos, ubicada en la Ciudad de Guatemala, presentado por la señorita:

Maria Teresa Quiñonez Cruz Carné 8813828

Considerando que el mismo llena los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, solicito se le dé trámite para su revisión.

Atentamente,



Licda. Jeanette Irene Hernández de Godoy
Colegiado 1206
Asesor



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

CIEPs. 030-10
REG.: 089-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 10 de Febrero 2010.

ESTUDIANTE:
Maria Teresa Quiñonez Cruz

CARNÉ No.
88-13828

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Profesorado en Educación Especial** titulado:

“PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD”.

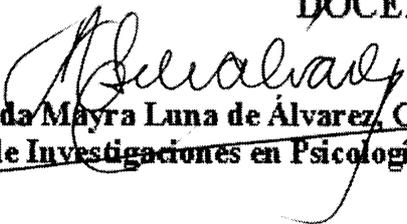
ASESORADO POR: Licenciada Jeannette Irene Hernández Pérez

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación el día 09 de Febrero 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

/Arelis
CC. Archivo



**Centro clínico de fisioterapia
JIREH**

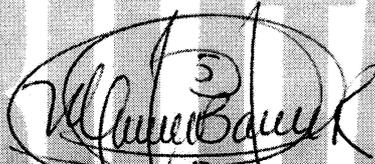
Guatemala, 26 de marzo de 2010

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez,
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
CIEPs. "Mayra de Gutierrez"

Licenciada de Alvarez:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que la Clínica de Rehabilitación Física atendida por Maisa de Santos fisioterapista, avaló la realización del trabajo de investigación de la estudiante MARIA TERESA QUIÑONEZ CRUZ, con número de carné 8813828. Titulado: "PROPUESTA DE CREACIÓN DE UN AULA PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL, COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES 6 A 10 AÑOS DE EDAD", durante los meses de febrero y marzo del año 2010.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo de usted atentamente,



Licda. Maisa Barrera de Santos
Fisioterapista



ACTO QUE DEDICO

A DIOS MI FORTALEZA EN TODO MOMENTO:

Mejor es adquirir sabiduría que oro preciado; y adquirir inteligencia vale más que la plata.
Proverbios 16:16

A LAS IGLESIAS GETHSEMANI Y PRIMERA IGLESIA CENTROAMERICANA

Gratitud por su apoyo espiritual en cada momento de mi vida

A MIS PADRES.

Alfredo Quiñonez Lazo, Lidia cruz de Quiñonez por su amor, apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por ser la columna vertebral de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Carlos y Lily, a la memoria de Loyda Elizabeth Quiñonez de Arana, Dora Leticia, Ervin Alfredo y Mayra, quienes en todo momento me han apoyado, en el proceso de mi carrera y en la culminación de la misma, para lograr alcanzar mi meta, gratitud eterna.

A MIS SOBRINOS:

Karla María y Joe, Ana Lorena, Carlos Alfredo, Héctor Alfredo, David Alejandro, Ervin, Pamela, Carlos David, Silvia, Andrea y Oscar, por compartir momentos muy especiales y su apoyo incondicional que en el momento preciso que los necesite estuvieron conmigo, haciendo posible llegar a este momento tan especial para mi vida.

A MI PRIMO:

Edgar Samuel Cruz, quién me brindó su cariño, su apoyo incondicional durante el transcurso de mi carrera QUE DIOS LO TENGA EN SU GLORIA.

A LA FAMILIA:

Enríquez Estrada muy especialmente a Sheida por su apoyo, por Compartir parte de sus conocimientos en la elaboración del trabajo de investigación

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por poner en mi camino Instituciones y Personas muy especiales que me brindaron su apoyo, su colaboración espontánea y desinteresada:

A la Fisioterapeuta Maisa de Santos quien abrió las puertas de su Clínica de Rehabilitación Física, apoyándome en todo momento logrando alcanzar las metas que nos propusimos, compartiendo experiencias y conocimientos; a cada una de las madres de familia, a los niños y niñas que asisten a la clínica, por compartir sus experiencias, sufrimientos y esperanzas.

A la Licenciada Jeannette Irene Hernández de Godoy, por su apoyo, orientación, por compartir su experiencia y conocimientos, por el tiempo y dedicación con que asesoró la investigación.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

Al Centro de Educación Especial Alida España de Arana, donde me formé poniendo en práctica los conocimientos adquiridos, pase momentos muy felices, como muy tristes, pero siempre con el ánimo de seguir adelante y con gran satisfacción por la labor realizada, creyendo en cada uno de los y las alumnas que asisten al Centro.

Muy especialmente a la población que asiste al Centro Alida España de Arana por haber compartido maravillosos momentos y por dar ese amor tan incondicional como solo ellos pueden dar, nunca los voy a olvidar.

A María del Rosario Hernández Dardón, Sandra Carola García Ramos, Clara Luz Jacobo, Ana Dolores Cos, por su apoyo incondicional y colaboración desinteresada.

A la Licenciada María Teresa de Adderley por su gran apoyo y por compartir información y experiencia vital para el desarrollo del trabajo de Investigación, eterna gratitud.

MADRINAS

Dora Leticia Quiñonez Cruz
Licenciada en Psicología
Número de Colegiado 499

Soemia Karenina Enríquez Estrada
Licenciada en Arquitectura
Número de Colegiado 1771

ÍNDICE

	PÁGINA
CAPÍTULO I	
1.1 Introducción	1
1.2 Metodología de trabajo	18
1.3 Metodología de abordamiento	19
CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Descripción de la muestra	26
2.2 Instrumentos de recolección de datos	26
2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo	28
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
3.1 Presentación	31
3.2 Vaciado de información	31
CAPÍTULO IV	
4.1 Conclusiones	40
4.2 Recomendaciones	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	44
RESUMEN DEL INFORME	57

PRÓLOGO

Esta investigación es el fruto de muchas horas de trabajo, pero sobre todo con el convencimiento de que todos los seres humanos tienen una gran riqueza interna que es preciso expresar, por lo que se observó la necesidad de crear un aula pedagógica, para impulsar la inclusión educativa de niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física atendida por la Fisioterapeuta Maisa de Santos, logrando la integración activa de los padres de familia y la comunidad en el proceso educativo de la población.

Este grupo de población es vulnerable e insuficientemente atendido, ya que constantemente presentan problemas de tipo quirúrgico y de hospitalización, por lo que se les dificulta recibir un tratamiento continuo y requieren apoyos especiales para desarrollar plenamente sus potencialidades como seres humanos y alcanzar los máximos logros educativos posibles.

Por lo anteriormente expuesto este tipo de trabajo es de gran satisfacción personal y para la Fisioterapeuta Maisa de Santos, quien tuvo a bien abrir las puertas de su Clínica de Rehabilitación Física, porque sabemos que por medio de este trabajo, se abren nuevas esperanzas para todas aquellas personas que por alguna razón no han tenido acceso a la educación regular, siendo testigos del esfuerzo de padres de familia y de la población que asiste a la Clínica de Rehabilitación Física, que han podido lograr lo que muchos otros hubieran juzgado imposible; para ellos mi más sincero reconocimiento.

Como profesional egresada de la Escuela de Ciencias Psicológicas, la realización de esta investigación fue el deseo de dejar un aporte a cada persona que cree que las cosas pueden ser y profundizar en esta clase de investigaciones para mejorar la calidad de atención que hasta el momento recibe la población de niños y niñas con parálisis cerebral.

CAPITULO I

1.1 Introducción

La vida institucional y la convivencia social en el país están condicionados por la vigencia de un conjunto de códigos sociales, políticos y económicos atados a la historia, a las relaciones sociopolíticas y productivas tradicionales y a las causas que dieron origen al conflicto armado, en las condiciones actuales agravan los problemas de antaño y generan nuevos puntos de conflicto.

Esta situación se altera aun más por la influencia proveniente del exterior, caracterizado por el constante reacomodo del sistema internacional y de las tendencias regionales, particularmente en lo concerniente a la economía, el comercio y la seguridad, lo cual impacta en los distintos ordenes de la vida nacional y genera aun más tensiones en el ámbito interno.

Todo ello crea condiciones que están empujando al país hacia una crisis de gobernabilidad y a fuertes niveles de inestabilidad, lo cual se evidencia por: Un intenso ambiente de violencia y criminalidad que afecta a la población de manera generalizada y que es provocado por fenómenos diferenciados como el narcotráfico y el crimen organizado, la delincuencia común, las pandillas juveniles o “maras”, la intolerancia social y la violencia con motivación política.

“Por lo que el país enfrenta rezagos sociales que mantienen a importantes segmentos de población por debajo de la pobreza y que día a día sufren las consecuencias del hambre, el desempleo y la falta de oportunidades. Frente a ello no existen políticas públicas integrales y efectivas que posibiliten en el mediano plazo transformar estas condiciones. Tan solo desde la esfera estatal algunas medidas de carácter asistencialista, de corto alcance y sin resultados palpables. De tal manera que derechos humanos, particularmente económicos y sociales, son incumplidos e inobservados en la medida en que se de esta situación los problemas se van acentuando cada día más”.¹

Con base al contexto anterior la Educación es la presentación sistemática de hechos, ideas, habilidades y técnicas a los estudiantes. La educación es gratuita para todos los estudiantes. Sin embargo, debido a la escasez de escuelas públicas, también existen muchas escuelas privadas y parroquiales. Debe de ayudar y orientar al educando para conservar y utilizar nuestros valores fortaleciendo la identidad nacional. Se refiere a la influencia ordenada y voluntaria ejercida sobre una persona para formarle o desarrollarle: de ahí que la acción ejercida por una generación adulta sobre una joven para transmitir y conservar su existencia colectiva. Es un ingrediente fundamental en la vida del hombre y de la sociedad y apareció en la faz de la tierra desde que apareció la vida humana.

¹ Fundación Mirna Mack, *Algunos Rasgos que definen el contexto Nacional Guatemalteco*, Network in solidarity with people of Guatemala, News & Análisis, 2009. Pág. 1-2

Es la que da vida a la cultura, la que permite que el espíritu del hombre la asimile y la haga florecer, abriéndole múltiples caminos para su perfeccionamiento.

Sistema Educativo Nacional: Es el conjunto ordenado e interrelacionado de elementos, procesos y sujetos a través de los cuales se desarrolla la acción educativa de acuerdo con las características, necesidades e intereses de la realidad histórica, económica y cultural guatemalteca.

Sus características principales son:

- Participativo
- Regionalizado
- Descentralizado

El Sistema Educativo Nacional se conforma con los niveles, ciclos, grado y etapas siguientes:

- Primer nivel: Educación Inicial
- Segundo Nivel: Educación Preprimaria
- Párvulos 1, 2 y 3
- Tercer Nivel: Educación Primaria de primero a sexto grado
Educación acelerada para adultos de primera a la cuarta etapa
- Cuarto Nivel. Educación Media
Ciclo de Educación Básica
Ciclo de Educación Diversificada.

Dentro de la Educación general se da la educación especial, que es un área de ésta primera en mención que, a través de métodos y recursos especiales, proporciona una educación diferenciada a las personas que, por diferentes circunstancias, no se adaptan a los programas regulares diseñados para el resto de la población.

Sin desligarla de los objetivos de la educación en general, los objetivos de la educación especial son, básicamente, cuatro:

- Compensar las deficiencias de las personas con discapacidad y las consecuencias que se deriven de ellas.
- Ayudar al individuo en la búsqueda de su autonomía personal.
- Mejorar el desarrollo de todas las capacidades del alumno y de la alumna que requiera de educación especial, y
- Ayudar a integrar a la persona con discapacidad a su sociedad.

Para compensar las deficiencias se hace necesario, como se indicó anteriormente, utilizar todos los recursos pedagógicos, tecnológicos y materiales disponibles a fin de que el individuo aprenda y se convierta en un individuo independiente y útil a la sociedad.

La utilización de técnicas y recursos que permitan maximizar el aprendizaje de las personas con necesidades educativas especiales, conlleva a realizar adecuaciones al currículo nacional base.

En la actualidad, las personas con discapacidad ya no deben considerarse como los eternos protegidos de la sociedad. La sociedad misma ha hecho enormes esfuerzos para que las personas con discapacidad gocen de los mismos derechos y obligaciones del resto de la población. Cuando ello se logre, se podrá afirmar que ya no existe discriminación.

Debido a que el individuo con discapacidad tiene los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población “Se es primero un individuo y luego un individuo con discapacidad”, su formación debe darse en las escuelas regulares, docentes regulares y con alumnos y alumnas regulares. Las adaptaciones deben hacerse, sin embargo, en el currículo nacional base.

“Por ello tiene tanto sentido lo que expresó en alguna oportunidad el Dr. Sotomayor (Ex director de UNESCO): “No es el niño el que debe adaptarse a la escuela sino la escuela la que debe adaptarse al niño”.²

En este tipo de educación la inclusión educativa es el contexto normalizador, en donde todos los alumnos y alumnas son aceptados y reconocidos en su singularidad, valorados y con posibilidades de participar en la escuela en concordancia con sus capacidades. Una escuela inclusiva es aquella que ofrece a todos sus alumnos las oportunidades educativas y los soportes necesarios para su desarrollo académico y personal.

“Según la definición brindada elaborada por Blanco y Duk, (2000) el concepto de educación inclusiva es más amplio que el de integración y tiene relación con la naturaleza misma de la educación. La educación inclusiva implica que todos los niños y niñas de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales, incluso aquellos que presentan discapacidad”.³

Desde la perspectiva de la Inclusión Educativa, los centros escolares requieren de una reorganización interna para mejorar el aprendizaje de todos los niños y niñas, y proporcionar a los alumnos y alumnas con discapacidad, ambientes cada vez más normales.

² García Lira, Beatriz, *Modulo I, Atención a la diversidad*, Ministerio de Educación, Guatemala, Improsa, 2002. Pág.17-19

³ *Adecuaciones Curriculares para Niños y Niñas con Discapacidad Intelectual*, Ministerio de Educación, Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo, (Dicade), Guatemala. Pág. 21-22

En las escuelas inclusivas, el aula es la unidad básica de atención que se organiza de forma heterogénea y se estimula e implementa a los maestros para que se apoyen mutuamente.

En las Aulas Incluyentes: “El objetivo de estas es garantizar que todos los y las alumnas, los discapacitados físicos, psíquicos graves profundos, los que plantean serios problemas de disciplina, los niños y niñas normales, los superdotados y quienes están en riesgo; sean aceptados en sentido de igualdad, reconocidos por lo que tienen que ofrecer a la comunidad educativa y se les ofrezca adecuaciones curriculares y las ayudas necesarias para que su aprendizaje sea satisfactorio”.⁴

En estas aulas se hace hincapié en lo que se va enseñar, a preocuparse más y responsabilizarse por cada uno de los y las alumnas. Se presta especial atención a cada uno de los y las alumnas que se sienta acogido y seguro, apoyado en el plano educativo como en el social y a que aprendan a respetar y respetarse a sí mismos y convencerse de que forman parte de la sociedad. Por lo general esto se lleva a cabo mediante la participación de los padres, profesores y alumnos en el funcionamiento cotidiano con las decisiones de sus respectivas escuelas.

En todas las fases los padres deben asociarse con los profesionales que atienden a sus hijos, para obtener mejores resultados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo cual es importante conocer los diferentes Tipos de Familia que existen:

La paternidad-maternidad es un ajuste para el cual la mayoría no están preparadas; esa fase implica grandes demandas en el tiempo de los padres, en su economía y vida emocional. Los tres hitos del ciclo de la familia son abandonar la familia de orientación; el matrimonio o establecimiento de una relación con otra persona; el nacimiento de un hijo.

“Según Galinsky (1980), los padres pasan por una serie de seis etapas interactivas junto con sus hijos. Esas etapas incluyen una etapa de cuidados del niño, en la cual forman apego con ellos; una etapa interpretativa, que reexaminan teorías muy arraigadas; una etapa de separación, en la cual los hijos dejan el hogar. Cada etapa exige que los padres resuelvan sus propios conflictos en un nivel más avanzado”.⁵

⁴ Stainback, Susan y Stainback, William, *Aulas Inclusivas; Un Nuevo Modo de Enfocar el Currículo*, 4ª. Ed. Traducción de Pablo Manzano, Madrid, España, Narcea S.A. de Ediciones, 2007. Pág. 11

⁵ Craig, Grace J., *Desarrollo Psicológico*, 4ª. Edición Traductora: Rosa María Rosas Sánchez, México, D.F. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 1988. Pág. 502-504

El periodo de nido vacío del ciclo de vida familiar empieza cuando el último hijo deja la familia. Los padres deben entonces hacer un ajuste para volver a ser una pareja. En los últimos años ha habido un incremento notable en el número de madres solteras. Ross y Sawhill afirman que el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas, así como el de la condición de la mujer, posiblemente hayan contribuido a ese incremento, pues ahora las mujeres están mejor equipadas para sobrevivir sin el esposo. Los padres solteros encaran mucho de los mismos problemas que la madre soltera.

La tasa de divorcios se ha elevado mucho en la última década. Entre los problemas del divorcio figuran una mayor carga económica para ambos ex cónyuges, sentimientos de incompetencia, depresión, cambios en la vida social y deterioro de la salud. Sin embargo, al cabo de dos años esos efectos negativos muestran una gran disminución.

Las familias reconstruidas, o familias con padrastros o madrastras, exigen un gran ajuste a los adultos y niños por igual. Las madrastras tienen más dificultades para ganarse la aceptación de los niños que los padrastros.

Las familias en que trabajan ambos cónyuges encuentran a menudo que es muy ardua la combinación de los roles familiares y profesionales. Muchas mujeres posponen el desarrollo profesional mientras sus hijos son jóvenes.

LOS PADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, COMO INDIVIDUOS Y COMO PAREJA: Hay un número de factores vitales dentro de cada familia los cuales influenciarán su bienestar general. Uno de ellos es la salud emocional y física de cada padre en forma individual. Debido a que por lo general son los padres los que confrontan los temas asociados con la incapacidad del niño (la relación con doctores, el cuidado del niño), mientras en forma simultánea tratan de mantener el funcionamiento del hogar (su actividad laboral, muchas veces falta de empleo para los dos o uno de ellos, hacer compras, cuidar a los otros hijos), no causa sorpresa que muchos padres de niños con discapacidades reportan sentirse sobre abrumados. Por eso, es muy importante que como padre, se cuide a sí mismo durmiendo lo suficiente, comiendo a sus horas regulares y tratando de hacer ejercicio cada día.

Muchas familias pueden ser familias con solo papá o mamá, pero para aquellas que no lo son, la relación entre los padres es un factor que puede influenciar el bienestar de la familia.

Cuando la relación entre los padres es fuerte y apoyante, esta enriquece la vida familiar de todos los miembros. En forma contraria, cuando hay problemas en la relación, la tensión afectará al resto de la familia. Esto es algo que todos ya sabemos, así como el hecho de que el matrimonio sufre cambios con el nacimiento de un hijo, cualquier hijo. Pero cuando un hijo en la familia tiene necesidades especiales, los cambios serán más grandes y más demandantes.

Por un número de razones, el ser padre de un niño con necesidades especiales puede causar tensión y conflicto entre los padres. Una de ellas, es que los padres y las madres pueden reaccionar en forma diferente al hecho de la discapacidad.

Las madres típicamente responden en forma más emocional que los padres, quienes en ocasiones son más aptos para pensar en el futuro y en las preocupaciones a largo plazo del niño. Otras veces, un padre puede vivenciar duelo y sentirse solo si el otro padre es incapaz de expresar su propio pesar y tristeza. En ocasiones, se deben tomar decisiones acerca del cuidado del niño y los padres pueden no estar de acuerdo. Y cuando todo está dicho y hecho, el exceso de demandas sobre los padres puede dejarlos exhaustos y agotados y olvidar el hecho de que tienen que darle tiempo a su pareja.

“Un conjunto de factores hereditarios, ambientales, sociales y culturales moldean al niño y a la niña, dándoles la hermosa forma humana que nos diferencia de otras especies”.⁶

Desarrollo Biosocial: Engloba todo el crecimiento y los cambios que tienen lugar en el cuerpo de una persona, y los factores genéticos, nutricionales y de salud que determinan este desarrollo, así como las habilidades motoras: desde agarrar un sonajero hasta conducir un automóvil.

Los factores sociales y culturales que influyen en estas áreas, como la duración de la lactancia materna, la educación de los niños con necesidades especiales, las actitudes sobre la forma corporal ideal y la motivación para aceptar riesgos, forman también parte del desarrollo biosocial.

Desarrollo cognitivo: Abarca todos los procesos mentales que se utilizan para adquirir conocimiento o conciencia del entorno. En él se pueden incluir la percepción, la imaginación, el juicio, la memoria y el lenguaje, así como los procesos que las personas utilizan para pensar, decidir y aprender. También forma parte de este ámbito la educación, que se recibe a través de los planes formales de la escuela, a través de la educación informal impartida por la familia y los amigos, e incluye todo lo que llega gracias a la curiosidad y creatividad individuales.

Desarrollo Psicosocial: Comprende el desarrollo de las emociones, la personalidad y las habilidades sociales. Las influencias de la familia y de la comunidad, la cultura y la sociedad en general son temas especialmente centrales en el ámbito psicosocial (aunque también son relevantes para los otros dos ámbitos).

⁶ Tenutto, Marta, et al. *Enciclopedia de Pedagogía Práctica; Escuela Para Maestros*, Montevideo, Uruguay, Cadiex Internacional, S.A. 2004-2005. Pág. 273

En este ámbito, se exploran principalmente las diferencias culturales en los valores transmitidos a los niños, en las ideas sobre los roles sexuales más apropiados, o en lo que se considera la estructura familiar ideal.

“Idea de Piaget sobre el desarrollo. Piaget pensaba que la inteligencia es una adaptación biológica. Evoluciona gradualmente en pasos cualitativamente diferentes, como resultado de infinidad de acomodaciones y asimilaciones, mientras el sujeto trata de alcanzar nuevos equilibrios. La mente es activa, no pasiva. La teoría de Piaget subraya la interacción entre las capacidades biológicas de cada persona y el material que afronta en el ambiente. Nos desarrollamos gracias a esa interacción”.⁷

Estadio de los Reflejos, o montajes hereditarios, en conjunto con las primeras tendencias instintivas (nutrición), así como también las primeras emociones.

Estadio de los Primeros Hábitos Motores, además de las primeras percepciones organizadas, juntamente con aquellos primeros sentimientos diferenciados.

Durante el Periodo Sensoriomotor, que abarca más o menos los primeros 18 a 24 meses de vida, el niño empieza a combinar la recepción sensorial y las reacciones motoras, como por ejemplo el jalar el cordón de un cascabel, pero carece aún de una representación mental del mundo.

Periodo Preoperacional, los niños entre los 2 y los 7 años de edad adquieren la capacidad de hacer uso de significadores y piensan en forma simbólica en acciones que aún no han realizado.

Sin embargo, no es sino hasta más o menos el séptimo año de vida cuando el niño ingresa al periodo de *Operaciones Concretas*, en que puede comprender y aplicar reglas tales como las de la conservación de la materia.

El último estadio del desarrollo cognoscitivo, El Periodo de las *Operaciones Formales*, empieza alrededor de los 12 años en la mayor parte de los niños y en él destaca la capacidad del niño de razonar en un nivel formal y abstracto y resolver así problemas clásicos en una forma lógica y ordenada.

Uno de los admiradores de Piaget, Jerome Bruner, ha tratado de ir más allá de las descripciones de Piaget y explicar psicológicamente la forma en que se adquiere el conocimiento cognoscitivo.

⁷ Craig, Grace J., *Desarrollo Psicológico*, 4ª. Ed. Traductora Rosa María Rosas Sánchez, México, D.F., Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 1988. Pág. 45

“En la teoría de Bruner, se supone que cada uno de nosotros posee un sistema de almacenamiento bastante perfeccionado que nos permite utilizar las experiencias del pasado para aplicarlas en problemas actuales, aprender de las experiencias de los demás y escoger entre varias alternativas antes de proceder a actuar. Todos estos logros se concilian a través de las modalidades por medio de las cuales representamos al mundo, las que aparecen en forma sucesiva a medida que el niño madura”.⁸

La Modalidad Actuante, que es la que viene primero, se refleja en la necesidad del niño pequeño de reaccionar (como el niño que traza un triángulo con sus dedos) con el fin de representarlas.

Mediante la Modalidad Icónica, que aparece después, el niño empieza a almacenar imágenes mentales que pueden ser manipuladas en forma independiente de las cosas que representan. Bruner opina que tal conjunto de imágenes desempeñan un papel vital en el desarrollo del razonamiento durante los primeros años de escuela.

La tercera forma de representación mental. La Modalidad Simbólica, que es la más perfeccionada y abstracta, se refiere al uso de palabras y otras representaciones que no tienen semejanza forzada con las cosas que simbolizan; esta modalidad permite el uso simultáneo de muchas ideas en la solución de problemas.

Todo niño o adolescente sea éste o no con alguna discapacidad, se desarrolla en el plano psíquico y físico. Los mecanismos auto-reguladores del desarrollo son susceptibles de entrenar las compensaciones necesarias en el caso de un trastorno motor o intelectual.

La Parálisis Cerebral se puede definir de manera formal como un trastorno del movimiento y de la postura como resultado de un defecto o lesión permanente no progresivo en el cerebro inmaduro.

“Aunque la Parálisis Cerebral fue descrita en términos médicos ya desde 1843 por el Doctor LITTLE, y SIGMUD FREUD, mostró un interés inicial con un ensayo sobre Parálisis Cerebral en 1891, el padecimiento fue considerado principalmente como un tema médico y quirúrgico y no se hicieron implicaciones para entrenamiento, terapia, educación, actuación social y actividad vocacional; por lo general se dio por sentado que se asociaba con retardo mental y no fue hasta 1930 cuando las evaluaciones más precisas mostraron que por lo menos la mitad de estos niños tenían inteligencia más o menos dentro de los límites normales y que la gran mayoría eran capaces de mejorarse con entrenamiento, terapia y educación.”⁹

⁸ Broussi Finkelberg, Gloria, *Psicología General*, México, D.F., Editorial Limusa, 1984. Pág. 274-278

⁹ Ascated, *Parálisis Cerebral Infantil; Modulo VIII, Unidad del Área de Educación Especial*, s.n.t. Pág. 36

Si un niño tiene parálisis cerebral significa que el funcionamiento o el desarrollo de una parte de su cerebro no es el "normal". Generalmente el área afectada es una de las que controla la coordinación muscular y ciertos movimientos corporales necesarios para mantener una posición en contra de la gravedad.

En algunos la parálisis cerebral es casi imperceptible; otros estarán más severamente afectados. No habrá dos personas igualmente afectadas porque la compensación de cada cerebro es única.

La Parálisis Cerebral afecta a niños y niñas por igual, sin importar raza o nivel socioeconómico. El daño cerebral que ocasiona la parálisis cerebral generalmente tiene lugar antes, durante o poco después del nacimiento.

Sus causas pueden ser:

- Infección materna durante las primeras semanas de gestación (por ejemplo, rubeola o citomegalovirus).
- Parto difícil o prematuro, que impida al bebé respirar normalmente.
- Hemorragia cerebral (hematoma), posible en bebés prematuros.
- Hemorragia intraventricular, (hacia cavidades internas del cerebro), posible en los bebés prematuros.
- Desorden genético heredado, aunque ambos padres estén completamente sanos.
- Desarrollo anormal del cerebro sin razón aparente.

La parálisis cerebral es un trastorno neuromotor que confunde los mensajes que van del cerebro a los músculos y/o la información que llega al cerebro. Son tres las áreas importantes del cerebro que se mantienen en comunicación para coordinar los mensajes que afectan la calidad de la postura y el movimiento.

Existen cuatro tipos principales de parálisis cerebral:

Atáxica, espástica, atetósica, mixta y otros tipos, dependiendo del área del cerebro que fue afectada. Son muchas las personas que presentan una combinación de dos o más tipos característicos y no siempre es posible determinar el área lesionada.

La complejidad de la parálisis cerebral y sus efectos varían de una persona a otra. Esto hace que, frecuentemente, sea difícil clasificar con precisión el tipo de parálisis cerebral que presenta un niño, aunque usemos las pruebas más sofisticadas.

Atáxica: Las personas con este tipo de parálisis cerebral encuentran muy difícil mantener el equilibrio; el caminar, si lo logran, probablemente será inestable; también tendrán dificultades en la coordinación y control en manos y ojos, un lenguaje entrecortado. El daño al cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, la cual es comparativamente rara.

Espástica: (espástico que significa tieso). Las personas con este tipo de parálisis cerebral encuentran muy difícil controlar algunos o todos sus músculos o iniciar algún movimiento. La cantidad y rango del movimiento están limitadas también. Sus músculos tienden a estar tensos y débiles. Generalmente, los brazos, piernas y cabeza adoptan ciertas posiciones características, debido al daño en la corteza cerebral con afección de los centros motores.

La extensión del impedimento varía:

- a) Monoplejía: Sólo una de las cuatro extremidades se afecta
- b) Hemiplejía: Cuando sólo la mitad, izquierda o derecha, del cuerpo está afectada, y la otra funciona normalmente.
- c) Paraplejía: Se afectan sólo las piernas.
- d) Displejía: ambas piernas están afectadas pero los brazos funcionan normalmente o sólo están ligeramente afectados.
- e) Cuadriplejía: Piernas y brazos están afectados.

Atetósica: Los músculos de estas personas cambian rápidamente de la flacidez a la tensión. Sus brazos y piernas se mueven mucho y de una manera que no pueden controlar. Son frecuentes las torsiones de las extremidades, de la cara y de la lengua, la gesticulación, el babeo y el lenguaje indistinto. Los defectos en la audición son bastante comunes en este grupo, lo cual interfiere con el desarrollo del lenguaje. El daño a los ganglios basales del cerebro parece ser la causa en este estado.

Parálisis Cerebral Mixta y otros tipos: Un pequeño porcentaje de niños y niñas sufre de parálisis cerebral mixta y presenta tipos especiales de tensión muscular, como distonía, hipertonía, hipotonía, rigidez y temblor.

El grado de minusvalía se puede clasificar como leve, moderado o serio. Minusvalía leve. Este término se emplea para niños que pueden caminar, hablar y cuyos movimientos son poco torpes.

Minusvalía moderada. Se refiere a niños cuyo lenguaje es impreciso y que tienen algo de dificultad para controlar sus manos y cuya marcha es inestable.

Minusvalía seria. La independencia de los niños seriamente minusválidos es muy limitada, ya que tienen control escaso de brazos, manos y piernas; es probable que se afecten también los músculos que controlan el lenguaje.

Es difícil, para los médicos, predecir cómo afectará la parálisis cerebral a un niño, en especial si aún está muy pequeño.

Aunque la parálisis cerebral no es progresiva en términos de la lesión cerebral (no se hace más severa conforme crece el niño) algunas dificultades se harán más notorias por las distorsiones en el movimiento y hábitos posturales. También es probable que sus prioridades de ayuda al niño cambien

con el tiempo. Por ejemplo, quizá cuando esté pequeño quiera concentrar todos sus esfuerzos en “sentarse”, pero conforme crece decida enfocar todo su apoyo al desarrollo de habilidades de comunicación.

Puesto que el sistema nervioso central (cerebro) no logra coordinar una respuesta corporal adecuada a la influencia de la gravedad, los niños con esta afección tienden a adoptar determinadas posiciones al sentarse o acostarse. Iniciar fisioterapia tan pronto como se sospecha la presencia de parálisis cerebral puede contribuir a reducir el riesgo de estas complicaciones. Los padres de familia pueden ayudar mucho con cambios de posición en casa.

Existen ciertas dificultades y condiciones médicas que se presentan con mayor frecuencia en niños con parálisis cerebral.

Percepción Espacial: Algunos niños con parálisis cerebral no pueden percibir el espacio y relacionarlo con sus propios cuerpos (no pueden evaluar las distancias) o pensar en términos espaciales (visualizar una construcción tridimensional), ya que ello requiere la función coordinada de ambos ojos. Esto se debe a una lesión cerebral, y no está relacionado con la inteligencia.

Visión: El problema más común es estrabismo, que puede requerir corrección con lentes y terapia visual o, en casos muy severos, cirugía. El noventa por ciento de los niños con parálisis cerebral tiene trastornos visuales y puede responder favorablemente a una intervención específica.

Algunos niños pueden tener defectos corticales de la visión; significa que la parte del cerebro responsable de comprender las imágenes que el niño ve no funciona adecuadamente. Es posible que los ojos del niño se vean sanos al examen, pero su visión no sea normal. En un reducido número de casos muy severos el niño puede parecer ciego pero la mayoría, simplemente, parece tener dificultades para descifrar los mensajes que reciben de sus ojos (por ejemplo, cuando están aprendiendo a leer) razón por la cual es importante la evaluación de un optómetra funcional.

Audición: Los niños con parálisis cerebral atetósica presentan dificultades auditivas severas con más frecuencia que otros niños de otras formas de parálisis cerebral, en los cuales la afección es con frecuencia sordera para los tonos agudos. Los niños con parálisis cerebral tienen las mismas posibilidades que otros niños de presentar infecciones óticas o catarro ótico, lo cual puede ocasionar un problema auditivo leve, lo cual a su vez puede dificultar aún más el aprendizaje del lenguaje.

El lenguaje depende de una buena respiración y de la habilidad de controlar los pequeños músculos de la boca, lengua, paladar y laringe. Las dificultades de lenguaje y las dificultades para masticar y tragar frecuentemente van de la mano en los niños con parálisis cerebral. Estas dificultades varían desde fallas muy pequeñas en la articulación de las palabras hasta la ausencia completa del lenguaje.

La terapia de lenguaje puede ayudar a superar estas dificultades. La mayoría de los niños con parálisis cerebral aprende algún tipo de comunicación verbal, mientras los equipos de microtecnología comunicacional apoyan a aquellos más severamente afectados.

La epilepsia afecta a uno de cada tres niños con parálisis cerebral, pero es imposible predecir si el niño convulsionará y cuándo. Algunos empiezan a convulsionar desde bebés, y otros sólo cuando llegan a adultos. Si un niño desarrolla epilepsia, es posible, controlar los ataques con medicamentos. Según investigaciones realizadas se ha encontrado que la epilepsia es más frecuente entre los cuadripléjicos y hemipléjicos que en los otros tipos de parálisis cerebral. En casos graves, la epilepsia interfiere seriamente con el aprendizaje y los ataques frecuentes pueden producir disfunción intelectual.

Daño Intelectual: Se ha encontrado que en general, los niños con los impedimentos físicos mayores, tienen inteligencia más escasa, lo cual es comprensible en vista de la extensión del daño cerebral. Por lo general los niños con cuadriplejía espástica son menos inteligentes como grupo, que los hemipléjicos, aunque por supuesto existen sorprendentes excepciones individuales a este resultado general de grupo. Se dan casos de niños con serios impedimentos motores que tienen inteligencia extremadamente alta y algunos con leve impedimento motor, tienen inteligencia muy limitada o muchas dificultades específicas de aprendizaje.

Algunos niños con parálisis cerebral pueden presentar otras dificultades, tendencia al estreñimiento, dificultad para controlar la temperatura corporal, dificultad para subir de peso, problemas de conducta debido a frustración, dificultades para dormir. Frecuentemente se asume que las personas que no controlan muy bien sus movimientos, o no pueden hablar, tienen deficiencia mental. Algunas personas con parálisis cerebral tienen problemas de aprendizaje, pero no siempre es el caso; otras tienen una inteligencia promedio o superior a lo normal.

Si un niño tiene dificultades de aprendizaje significa que aprenderá lentamente o de manera especial. Esta dificultad puede ser leve, moderada o severa. Hay niños que tienen dificultad para aprender ciertas tareas, como leer, dibujar, hacer operaciones aritméticas, porque una parte de su cerebro está afectada. Si el problema es desproporcionado en relación con la inteligencia general del niño se le llama "dificultad específica de aprendizaje".

Los trastornos en la percepción visual se ejemplifican por dificultades en la concordancia de figuras, la distinción entre figuras semejantes, la distinción del perfil de un dibujo de su fondo, el reconocimiento de las direcciones diferentes de ciertas figuras como las letras "b" y "d". Otros niños parecen percibir las formas satisfactoriamente para su edad, pero tienen dificultades enormes para construir figuras con cubos, completar un rompecabezas y para escribir y dibujar; éstos se conocen como trastornos motores visuales y al parecer son más frecuentes entre los espásticos que entre los atetoides.

El hecho que estos trastornos se puedan observar en algunos niños cuyo control de la mano y la visión son casi normales y cuyo razonamiento verbal y social se encuentra en un nivel muy elevado, sugiere que éstas son dificultades especiales de aprendizaje, debidas posiblemente a irregularidad en la maduración de ciertas partes del cerebro y de áreas superiores del sistema nervioso central.

La distracción produce gran dificultad a los niños para dirigir su atención; se distrae fácilmente en el salón de clases con los ruidos o movimientos leves que los niños ordinarios no tienen dificultad para ignorarlos, el resultado es un periodo breve de atención que con frecuencia interfiere con el aprendizaje en la escuela de tal manera que su rendimiento es al final muy escaso. En la mayoría de los casos hay mucho que puede hacerse para vencer o reducir estas dificultades.

Un niño rara vez tiene sólo un tipo de dificultad, como la confusión de direcciones a la izquierda y a la derecha o la coordinación en sus respuestas motoras y visuales; es más probable que tenga una combinación de varias de las dificultades que se han señalado, que pueden ser bastante leves cuando se miran de manera aislada, pero que se multiplican en un impedimento formidable de aprendizaje cuando se combinan y afectan al niño desde el nacimiento.

TRATAMIENTO: No hay cura para la parálisis cerebral. El daño cerebral no es, hasta hoy, reversible. Pero si la persona afectada recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá llevar una vida plena. Se aconseja la asistencia a escuelas regulares.

Tradicionalmente se admite que son cuatro los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral: Fisioterapia, terapia ocupacional, educación compensatoria y logopedia, psicoterapia para la familia y cuidadores.

Los niños con parálisis cerebral, como todos los niños, también necesitan amor, estímulo y apoyo; necesitan compañía, oportunidades para aprender habilidades sociales y para construir su confianza y autoestima.

“EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: Su propósito es la medición del alcance del aprendizaje del niño, niña con Discapacidad Motora. Para la mayoría de los niños y niñas con Parálisis Cerebral las pruebas psicológicas individuales estándar son de valor considerable como: STANFORD BINET, WECHSLER y la MERRILL-PALMER.”¹⁰

¹⁰ Ascated, *Parálisis Cerebral Infantil; Modulo VIII, Unidad del Área de Educación Especial*, s.n.t.
Pág. 51

Para los niños y niñas seriamente discapacitados motores, el psicólogo puede emplear pruebas de tipo Selección Múltiple para las cuales el niño o niña puede proporcionar una señal simple "Si" o "No". Por ejemplo la Escala Columbia de Madurez Mental (Burgemeister, 1972). Consta de varias figuras en una tarjeta grande, una de las figuras difiere de las otras en virtud de su color, forma, tamaño, clase de objeto; el psicólogo señala a cada una de las figuras y el niño proporciona algún tipo de señal cuando la figura correcta es indicada. La señal puede consistir en cualquier tipo de respuesta, como murmullo, levantamiento de la cabeza o incluso un movimiento generalizado del cuerpo; la prueba contiene 92 tarjetas, para niños y niñas de aproximadamente de 3 a 10 años; no existen suficientes tarjetas para cada edad, por lo cual esta forma parte de un grupo numeroso de pruebas.

Otra prueba que se puede realizar de manera semejante es la Escala de Matrices Progresivas de Raven, para niños y niñas de 6 años en adelante; aunque un resultado deficiente puede indicar trastornos de la percepción visual más que inteligencia general baja. Nuevamente se tiene que confiar en un grupo de pruebas y nunca en una sola.

Una prueba que es menos dependiente de las destrezas perceptuales visuales, es la prueba Inglesa de Vocabulario de figuras (Brimer y Dunn 1973) el niño o niña indica cual figura de cada tarjeta corresponde a la palabra dicha por el Psicólogo, ejemplo: ¿cuál es la mesa?

Joan Reynell 1977, ha creado una escala más amplia del lenguaje, tanto para sus aspectos receptivos como expresivos para niños de 6 meses a 6 años. Emplea figuras de objetos familiares y de uso diario que son por lo general más interesantes para los niños que las figuras y tienen el gran merito de la medición, no solo del lenguaje expresivo sino también su lenguaje interno y comprensión del lenguaje.

Para los niños con sordera parcial se emplean las Escalas de Columbia y Raven, la Escala Nebraska se ha creado de manera especial para niño o niña sordo pero requiere bastante más control manual de lo que muchos niños con Parálisis Cerebral pueden llevar a cabo.

Para niños con ceguera parcial, es de valor considerable la Escala Williams para niños con ceguera total y parcial, siempre que la audición y el lenguaje del niño sean adecuados.

PROBLEMAS DE LOS PADRES: Ningún padre o madre desea tener un hijo discapacitado, todos deseamos hijos sanos, hermosos, inteligentes, que hagan buen papel en la competitiva sociedad en que vivimos. Los padres de los niños, niñas con Discapacidad el dolor suele ser muy intenso. Al principio los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación y autocompasión, pueden ser abrumadores al grado que predomine el deseo de alejar de sí la dura experiencia. En algunos casos el dolor llega al punto de desear la muerte del

niño o la muerte propia. Si la pena de enfrentarse a la situación es intolerable, los padres pueden repudiar totalmente al niño, niña o negarse a aceptar que tenga nada de “Anormal”, o pensar que es hijo de otra persona. A medida que disminuye el dolor inicial la familia debe prepararse a desempeñar la tarea de ser más conducente a favor del nuevo hijo discapacitado. Quizá las más importantes cualidades que puede tener una familia son la unión y el compañerismo de los padres. Lo ideal es que ambos padres se unan y se ayuden uno al otro con el propósito de compartir plenamente los problemas y las alegrías.

Los niños necesitan un contacto frecuente, cercano e íntimo con la madre, a fin de formar el lazo social que permita a la madre y después a otras personas influir en el comportamiento del niño y niña. La importancia de este proceso para el desarrollo social del niño es evidente pero es igualmente importante para su desarrollo intelectual. La enseñanza más importante la imparte la madre, generalmente en forma espontánea e inconsciente.

“NANCY FINNIE hace hincapié en el papel vital de los padres y en el manejo cotidiano del niño y en la necesidad de que se les enseñe la manera de llevarlo a cabo, esto completa el tratamiento de los terapeutas. Los padres son los miembros más importantes del equipo que cuida al niño, niña con Parálisis Cerebral y deben participar a fondo en la tarea desde el principio. El tratamiento del niño con Parálisis Cerebral incluye cuidados personales, terapéutica y juego los cuales deben organizarse a través de los padres.”¹¹

SON IMPORTANTES EL TRATAMIENTO, ORIENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO TEMPRANOS CON EL APOYO DE:

- A) FISIOTERAPIA: En la Parálisis Cerebral, la parte que controla los movimientos de los músculos se ha dañado, y el motivo del fisioterapeuta es proporcionar entrenamiento sistemático que ayude al niño, niña a realizar movimientos correctos y útiles; cuando esto no se realiza, el niño escoge el camino más fácil y utiliza sus músculos más fuertes y permite que los débiles se atrofién.
- B) TERAPIA DE LENGUAJE: Resulta necesaria para muchos niños, niñas. Una vez más el objetivo importante es el control muscular adecuado de los labios, lengua y garganta que cuando se desatienden pueden no aprender los movimientos correctos. La orientación del terapeuta es un aliento constante al niño pequeño para comunicarse en forma que tengan sentido para él, por supuesto el aliento para los padres en el hogar, donde es muy importante el empleo del lenguaje con sentido, en las innumerables oportunidades que surgen para el niño, niña.

¹¹ Ascated, *Parálisis Cerebral Infantil; Modulo VIII, Unidad del Área de Educación Especial*, s.n.t.
Pág. 63

C) TERAPIA OCUPACIONAL: Es un método de tratamiento aleado y de manera especial en la enseñanza en el período preescolar; su propósito es la mejoría de las habilidades motoras finas, la autoayuda para las actividades de la vida diaria, como alimentarse y vestirse. La terapeuta ocupacional trabaja con un niño aisladamente o con grupos pequeños; son auxiliares invaluable para la mejoría de la capacidad perceptual y en la preparación del camino para un aprendizaje formal posterior.

APOYOS EXTRA-AULA

a) Las ventajas de usar las bibliotecas son de 2 tipos:

1. Permite que el niño y niña, a la vez que se divierte, desarrolle habilidades especiales en las diferentes etapas de crecimiento.
2. Da a los padres la oportunidad de comentar alrededor del tema del libro algunas situaciones instructivas.

Los libros infantiles proporcionan una excelente oportunidad para intercambiar ideas entre los padres de familia.

b) Relajación con Musicoterapia se puede definir desde dos puntos de vista: desde el punto de vista científico y desde el punto de vista terapéutico.

Desde el punto de vista científico “la musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”. Desde el otro punto de vista: “la musicoterapia es una disciplina paramédica, que utiliza en sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad”.

La música y las actividades musicales poseen una influencia beneficiosa sobre el nivel de tensión, perturbación, hipersensibilidad y tono afectivo de muchos niños con parálisis cerebral.

“Autores como Bruner, Cass, Frampton y Rowell señalan que la música y las actividades musicales ayudan a efectuar la relajación que se necesita. Además la música ayuda a traer atención y aumentar el nivel de concentración. Carlson señala que la música puede servir como agente para reducir al mínimo los efectos de los estímulos indeseables del ambiente. Sugiere que la música estimula o motiva la actividad; cree que la música proporciona alivio emocional a los niños y niñas que sufren parálisis cerebral.”¹²

¹² Mora, Ricardo, *Musicoterapia, En: Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia: Parálisis Cerebral*, editorial Dilema: www.musicoterapia.norte.com.ar

Cuando se utiliza la música como estímulo ambiental para mejorar el control motor o conseguir la relajación, deben de considerarse cuidadosamente los distintos diagnósticos de parálisis cerebral. Luego debe observarse con suma atención para determinar si el paciente responde en efecto a la meta terapéutica.

- c) La equinoterapia: Es un método terapéutico que utiliza el caballo, las técnicas de equitación y las prácticas ecuestres dentro de un abordaje interdisciplinario en las áreas de equitación, salud y educación, buscando la rehabilitación, integración y desarrollo físico, psíquico y social de personas con capacidades diferentes.

“Los primeros estudios sobre éste tema datan del año 458 AC. Y ya en esa época Hipócrates en su libro “LAS DIETAS”, aconsejaba la equitación para regenerar la salud y preservar el cuerpo de muchas dolencias.”¹³

Una ayuda ideal: Los movimientos del andar equino producen en el jinete vibraciones que son transmitidas por la médula, con una frecuencia de 180 oscilaciones por minuto, siendo la misma información que recibe el cerebro cuando camina. Por ello, se debe cabalgar sin montura, para que el contacto con el animal sea directo y el paciente reciba calor y masajes en la pelvis y las piernas. En media hora de caminata sobre el caballo, el paciente practica alrededor de 2 mil ajustes tónicos. El caballo es el único animal que produce este estímulo neurológico.

- d) La logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone, que la voluntad de sentido, es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente. Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una “Voluntad de sentido” en oposición a la doctrina de Adler de “Voluntad de poder” o la “Voluntad de placer” de Freud.

AUXILIARES MECÁNICOS Y ELECTRÓNICOS INDICADORES

Los auxiliares más simples y baratos son los tableros de letras o palabras, el niño simplemente indica el símbolo deseado, con el indicador de la cabeza cuando su control manual es demasiado pobre; alternativamente alguna otra persona puede hacer el señalamiento y el niño expresa un signo acordado para indicar “SI” en respuesta al señalamiento.

¹³ Rodríguez, Marina, *Equinoterapia*, A.A.A.E.P.A.D., Buenos Aires, Argentina, 2005. Pág. 1

MAQUINAS DE ESCRIBIR COMO AUXILIARES: Es la forma principal de educación para la mayoría de los niños, niñas con seria minusvalía física y del lenguaje; muchos niños son capaces de emplear maquinas electrónicas ordinarias siempre que las maquinas se encuentren en posición adecuada y dispongan de soportes convenientes, para sentarse y para los brazos; se colocan sobre las teclas tableros de metal o madera con agujeros.

TECLADOS AMPLIADOS: Se dispone de varios tipos de teclados ampliados que proporcionan mayor facilidad de selección para el niño, con teclas sensibles al toque más ligero. Además de que se facilita la parte del teclado de la máquina, existen también pantallas visuales, como la máquina escritorio de Toby Churchill, en la cual lo que se marca, aparece con letras grandes y claras en una pantalla electrónica.

SISTEMA ELECTRÓNICO DE MAQUINA DE ESCRIBIR: En 1960 por Malig (Sistema Possum) creado originalmente para los que habían sufrido poliomielitis grave con parálisis extrema. Con la inclusión de una maquina de escribir IBM. El sentido y la succión se pueden equipar a los puntos y rayas del código Morse; el Possum y el Aparato ELECTRAID POSTERIOR, utiliza varios códigos y mecanismos de activación-interruptores manuales, palanca de mano, pedales. El equipo eléctrico permite a los niños y niñas con seria Discapacidad Motora y Carencia de Lenguaje, comunicarse con movimientos simples de la cabeza.

NUEVOS AVNCES EN LOS AUXILIARES PARA LA COMUNICACIÓN: Maquina de escribir Eléctrica: Un poco mayor que una calculadora manual ordinaria, pequeña y de poco peso; para que pueda ajustarse a la muñeca de la mano. La compañía que la fabrica es la de CANON DE JAPÓN con apoyo de Compañías Holandesas, para la producción de una maquina que mide solamente 70mm 90mm y que proporciona una tira de papel claramente mecanografiada; esto completo portátil y tiene una cubierta de plástico para protegerla de la lluvia.

Auxiliares Basados en Computadoras; los microprocesadores (Computadoras Pequeñas): Se pueden utilizar para almacenar palabras y frases que se pueden Reproducir y hacer visibles en una pantalla, como la de un aparato modificado de televisión a color.

Metodología de trabajo

El proceso de Planificación Centrada en el Alumno es utilizado para la Planificación Educacional. Sabemos que todos los niños, niñas son diferentes y que este proceso se enfoca sobre el interés, necesidades y destrezas de cada alumno específico. Los pasos de este proceso de planificación son los siguientes:

1. Conducir una Evaluación Funcional
2. Organizar en orden de prioridad las Necesidades del Alumno para desarrollar un Plan Educacional Individualizado.

EVALUACIÓN FUNCIONAL: Utilizando un enfoque funcional las necesidades e intereses del alumno proporcionan la base para desarrollar un currículo funcional. Este currículo está diseñado para preparar a los alumnos con conocimiento y destrezas para lograr futuros deseables y llegar a ser miembros contribuyentes a sus comunidades. Es importante planificar por adelantado los siguientes 3 años, para que todas las actividades de aprendizaje trabajen hacia el desarrollo de las destrezas necesarias en el ambiente futuro. La Evaluación Funcional se conduce para determinar los intereses y necesidades del alumno.

PASOS PARA ESTABLECER UNA REUNION PARA LA PLANIFICACIÓN CENTRADA EN EL ALUMNO:

1. Contactar a los miembros de equipo
2. Organizar el lugar y la hora de la reunión
3. Preparar los materiales para la reunión.

Metodología de abordamiento

SISTEMAS DE COMUNICACIÓN NO VERBAL PARA PARALÍTICOS CEREBRALES: Las personas que sufren parálisis cerebral y que no poseen un lenguaje verbal tienen, como todo ser social, la necesidad de comunicarse con los demás, aunque, por lo general, los parálíticos cerebrales que físicamente están más afectados son dueños de una capacidad de lenguaje interno mejor estructurada que aquellos que pueden expresarse corporalmente, por lo que resulta necesario encontrar un sistema alternativo de comunicación.

Con tal fin, se ha estado trabajando en la elaboración de un sistema que cubra la necesidad que estos jóvenes tienen de comunicarse y que, además, les ayude a superar sus deficiencias de lenguaje corporal (señales y mímica).

Este sistema consiste en el uso de algunas tablas compuestas por un determinado número de conceptos, representados con dibujos (grafismos), que les permite comunicar sus inquietudes, necesidades, sentimientos, etcétera. Existen también tablas de palabras para aquellos que saben leer, pero a quienes, aún así, les resulta difícil señalar letra por letra. Los chicos que presentan una coordinación precisa y una rapidez adecuada logran comunicarse con el simple uso de la tabla alfabética.

En la selección del vocabulario que cada tabla debe contener (que cada alumno va a utilizar), se consulta con el profesor y la familia del paciente para tomar en cuenta su opinión al respecto. Una de las pautas más importantes en la selección del vocabulario es la valoración del lenguaje, cuyos resultados, aunados a la información proporcionada por los familiares y profesores del paciente, ayudarán a determinar la forma de presentación y el número de conceptos que contendrá cada tabla, ya que éstos varían dependiendo del grado de desarrollo interno del sujeto. El objetivo de este procedimiento es que el muchacho maneje en forma ordenada su vocabulario (sustantivos, verbos, artículos, etcétera).

Existen tres tipos de señalamiento motor como medio para la comunicación no verbal en paralíticos cerebrales:

Señalamiento Directo: consiste en señalar, como su nombre lo indica, directamente con alguna parte del cuerpo (mano, pie o cabeza), los conceptos de la tabla (figuras, palabras o letras).

Señalamiento Indirecto: consiste en indicar, con la mirada, los colores que se encuentran ubicados en los extremos de la tabla. Al combinarse formarán la clave correspondiente a cada una de las figuras incluidas en está. Cada figura tiene una clave diferente que puede ser de uno, dos, tres o cuatro colores. Es importante mencionar que la función que desempeñan los colores (azul, rojo, verde y amarillo), puede ser sustituida por letras (A, I, O, U y la E para indicar espacios), o por números (1, 2, 3 y 4).

Señalamiento combinado: se usa cuando ninguna de las formas anteriores (señalamiento directo e indirecto) permiten al alumno comunicarse. Generalmente se usa con personas limitadas físicamente y que, además, no tienen la capacidad de fijar la vista debido a problemas visuales. Para que este tipo de señalamiento sea posible, es necesario que existan algunos movimientos voluntarios en las partes del cuerpo que se mencionan en el señalamiento directo (mano, pie o cabeza), no siendo necesario que tales movimientos sean del todo precisos y coordinados.

ALTERNATIVAS PARA EL LENGUAJE Y ESCRITURA

EL SISTEMA BLISS: El método de Charles Bliss, es un sistema gráfico. Los símbolos Bliss son de una gran simplicidad y no es necesario saber leer para usarlos. En la pre-lectura, el Bliss puede usarse para identificar objetos sencillos y expresar ideas y sentimientos.

Las personas con discapacidad, con un adiestramiento previo, son capaces de utilizar este método con mucha habilidad, por medio de tableros convencionales, que presentan entre 150 y 400 símbolos, según la necesidad del usuario de éste método. Con la ayuda de un sistema informático, el rendimiento en el uso del bliss y la comunicación con el exterior se pueden extender. Se utiliza muy frecuentemente en personas que presentan dificultades de expresión oral y que sean susceptibles de nuevos aprendizajes. Se ha aplicado a personas con parálisis cerebral, como así también a personas deficientes mentales, afásicos y sordos.

- La posibilidad de dar salida a toda la información por diferentes vías, permite poder iniciar el proceso comunicativo, sin tener que ganar la atención visual del interlocutor.
- La permanencia en el tiempo del acto comunicativo, ofrece la posibilidad de una mayor elaboración de los mensajes.
- Promueve un aumento en la velocidad de transmisión.
- Facilitar la organización e información de forma individualizada y aumentar las opciones comunicativas.

- Retroalimentación objetiva y constante al permitir al usuario escuchar y/o escribir su propio mensaje.
- Ausencia de restricciones en el número de símbolos, por lo cual se puede disponer de un vocabulario mucho más extenso.

Los requisitos y habilidades necesarias para elaborar un programa de comunicación con el sistema Bliss, son los siguientes:

Habilidades cognitivas: El usuario de éste sistema aumentativo de comunicación ha de saber comprender que una representación simbólica visual, puede servir como señal comunicativa, aceptable discriminación visual: de forma, de tamaño y orientación, posibilidades de indicar el símbolo elegido, buena comprensión auditiva y visual.

Características de Bliss:

- Indicado para personas que aún no están preparadas para la utilización del Alfabeto gramatical y necesitan un vocabulario extenso.
- Permite crear nuevos símbolos combinando un vocabulario extenso.
- Es de fácil memorización, dado que incluye símbolos pictóricos.
- Contribuye a mejorar el desarrollo global del niño o del sujeto que lo utilice.
- Como buen sistema aumentativo de comunicación, posibilita la interacción en el medio, con lo cual aumenta la estima personal social del usuario.
- Se agrupan en categorías, que se identifican por colores:
 - Nombres: naranja
 - Personas: amarillo
 - Verbos: verde
 - Adjetivos: azul
 - Sociales: rosa.

El sistema es gráfico, basado en significados. Proviene de las formas geométricas y de los segmentos de éstas formas (circulo, cuadrado, triangulo....). Existen formas adicionales, que son de tamaño completo. (corazón). Se utilizan símbolos internacionales: números, signos de puntuación, flechas en diferentes posiciones, etc.

El programa de Educación Compensatoria está destinado a garantizar el acceso, la permanencia y la promoción en el sistema educativo del alumnado en situación de desventaja social, procedente de minorías étnicas, de colectivos de inmigrantes, así como de familias con graves dificultades socioeconómicas. De igual forma, con este programa se atiende al alumnado que debe permanecer largos periodos de hospitalización o convalecencia. Según sus distintas peculiaridades, estos alumnos presentan, desde un desfase escolar significativo, hasta dificultades de inserción educativa y necesidades de apoyo derivadas de su incorporación tardía a la escuela.

OBJETIVOS:

1. Promover la igualdad de oportunidades en educación, prestando atención preferente a aquellos sectores desfavorecidos, mediante la articulación de medidas que hagan efectiva la compensación de las desigualdades de partida.
2. Facilitar la incorporación e integración social y educativa de todo el alumnado, contrarrestando los procesos de exclusión social y cultural, desarrollando actitudes de comunicación y de respeto mutuo entre todos los alumnos independientemente de su origen cultural, lingüístico y étnico.
3. Potenciar los aspectos de enriquecimiento que aportan las diferentes culturas, desarrollando aquellos relacionados con el mantenimiento y difusión de la lengua y cultura propia de los grupos minoritarios.
4. Fomentar la participación de los diferentes sectores de la comunidad educativa y del resto de los estamentos sociales, para hacer efectivo el acceso a la educación y a la sociedad en igualdad de oportunidades y para facilitar la incorporación de las familias provenientes de otras culturas o con otras dificultades de integración social.
5. Impulsar la coordinación y la colaboración con otras administraciones, instituciones, asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro para la convergencia y desarrollo de las acciones de compensación social dirigidas a los colectivos en situación de desventaja.

MÉTODO DE GLENN DOMAN

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

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

“Glenn Doman, basándose en la idea de que una adecuada estimulación visual, con palabras grandes y en contextos muy familiares es suficiente para que los niños y niñas muy pequeños discriminen palabras a partir de la edad en que aprenden a hablar y a utilizar conceptos significativos, propuso un primer método, para enseñar a leer, individual y lúdico, para que lo pudieran llevar a cabo los mismos padres con sus hijos e hijas incluso antes de haber cumplido los dos años.”¹⁴

¹⁴ Sánchez Sánchez, Isabel María, *Leer bien al alcance de todos; El Método Doman adaptado a la escuela*, Revista: Enseñanza y Educación, publicado el 25 de marzo, Encuentro Educativo, Experiencia con el Método Glenn Doman. Número 3, año 2009. Pág. 3

Su metodología de intervención se basa en aprovechar al máximo las posibilidades del individuo, siendo fundamental el momento temprano en que se comienza. Dicha metodología se desarrolla por el método de los bits de inteligencia (como en los ordenadores, el bit de inteligencia es la máxima cantidad de información que puede ser procesada a la vez en un segundo). Las palabras, los números, las láminas de animales...son enseñadas a los niños en grupos de 10 varias veces al día (3 o 4 veces) y cada lámina se le muestra durante un segundo. El niño al final acaba reconociendo la lámina, ya sea un dibujo, una palabra, un cuadro o un conjunto de puntos.

El método en sí sigue unos pasos:

- En una primera fase son carteles en cartón blanco de unos 15 cm. de altura y las letras son de color rojo de entre 12 x 10 cm. todas minúsculas, con una separación de al menos 1.2 cm. Entre cada letra. Las palabras son las más cercanas al niño, papá, mamá, su nombre, el de familiares cercanos o cosas placenteras para él, agua, biberón, muñeco....y se hacen series normalmente con cierto acercamiento semántico. Se hacen diariamente en sesiones secuenciadas y hasta que el niño reconozca las palabras.
- En una segunda fase se confeccionan carteles de 12 cm. de altura con letras de unos 10 cm. las letras seguirán siendo rojas y minúsculas. Las palabras tendrán relación con el cuerpo. Las sesiones seguirán igual.
- En un tercer paso los carteles serán de 15 cm. de altura y con letras minúsculas de 8 cm. y las palabras serán de vocabulario doméstico, objetos, profesiones acciones.
- En una cuarta fase eligiendo el libro que se le va a enseñar en el sexto paso (de no más de 150 palabras, de no más de 15-20 páginas, de letras de no menos de 6 cm. de altura, con texto e ilustraciones bien separados). Se extraen las palabras de ese libro escribiendo cada una en una tarjeta de cartulina blanca de 7-8 cm. de altura, con letras minúsculas de color negro (por primera vez). Estas palabras se le van enseñando en el orden en que aparecen en el libro, en sesiones similares a las anteriores.
- La quinta fase es muy similar a la anterior y consiste en enseñar frases hechas con las palabras anteriormente preparadas. Se preparan esas frases en cartulinas de 2.5 cm. de altura y letras negras de 2.5 cm. Estas tarjetas, de dos o tres palabras, se unen con anillas formando un libro de hojas sueltas de unas 50 páginas.
- El sexto paso consiste en la lectura del libro elegido para extraer palabras en el paso cuarto.
- La última fase se le enseña el alfabeto, las letras por separado.

Este método exige la repetición de las diversas actividades durante varias veces al día, lo que se traduce en horas de intervención diarias. Además, es muy estricto en cuanto al cumplimiento de estas rutinas.

ALGUNOS CONTENIDOS NECESARIOS DEL TRABAJO CON PADRES Y MADRES DE FAMILIA:

- a) La Aceptación: El dolor de los padres suele ser muy intenso, a principio los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación, autocompasión, pueden ser abrumadoras, al grado que predomine el deseo de alejar de si la dura experiencia. Ningún padre o madre desea tener un hijo con Discapacidad.
- b) Aceptación Social: El niño, niña con Discapacidad llegará a ser un adulto, y cuando esto pase su felicidad dependerá de que sea socialmente aceptado. Nada es más importante para los padres que darse cuenta desde el principio y recordarlo todo el tiempo, que el objetivo último de educar a su hijo es producir un adulto que se comporte como los otros adultos hasta donde lo permita su discapacidad, esto es factible, más de lo que la mayoría de las personas cree. Cualquier forma de comportamiento extraño, especialmente difícil o un comportamiento inapropiado para su edad, hará imposible una verdadera aceptación social.
- c) La Madre como Maestra: Los niños necesitan un contacto frecuente, cercano e intimo con la madre a fin de formar el lazo social que permite a la madre y después a otras personas, influir en el comportamiento del niño, niña.
- d) Juego: La importancia del juego para el desarrollo de un niño es bien conocido, pero aún hoy en día a pocos padres se les instruye sobre la manera de jugar con sus hijos. La esencia del juego para con el niño debe de ser el PLACER; placer mutuo para los padres y el niño, si el niño se muestra sonriente y responde al adulto, quiere decir que está jugando y aprendiendo.
- e) Habilidades para ayudarse a si mismo: Aquí se aplican los mismos principios que para el juego. Debe hacerse cualquier esfuerzo para animar al niño a intentar hacer cosas por sí mismo. Esto no solo requiere paciencia sino tiempo. No se le debe dejar mucho tiempo sin ayuda porque acabaría por descorazonarse, pero tampoco hacer por él apresuradamente todo lo que necesita, porque terminaría por volverse tan pasivo como un muñeco.
- f) Disciplina: Este puede parecer un tema muy severo e inapropiado para tratarse en relación con los niños con Discapacidad. Los niños, niñas con Discapacidad deben desarrollar un comportamiento socialmente adecuado, Como cualquier otra persona y deben aprender que una conducta inconsiderada, causa la desaprobación social.
- g) Obstinación y Berrinches: La tendencia a dejar que el niño, niña hagan su voluntad probablemente hará al niño excesivamente obstinado. Si un berrinche obtiene éxito, es decir si los padres se doblegan por miedo hacer sufrir al niño pequeño continuará entonces utilizando los berrinches para salirse con la suya.

La manera de prevenir es aceptar que el cambio de comportamiento tiene que ser gradual, a medida que el niño se desarrolle e insistir de manera calmada, pero firme para que se someta a exigencias razonables.

- h) Caprichos alimenticios: La educación relacionada con las funciones alimenticias suele ser otro campo de batalla. El asunto les parece tan importante a los padres que tratan de obligar al niño a ser limpio, pero él tan pronto se da cuenta de que en sus manos está molestar fácilmente a sus padres utiliza los caprichos alimenticios.
- i) Sobre Protección: El proceso de desarrollo social debe ser gradual, de manera que el niño primero se sienta seguro solo con su madre y después, lentamente generalicen el sentimiento con más y más personas. Unos padres sobreprotectores no producen niños felices y confiados, sino por el contrario niños, niñas angustiados, dependientes y asustados del resto del mundo.

Con base a este referente teórico se definió el siguiente problema de investigación: Propuesta de creación de un aula pedagógica para la atención de niños y niñas con parálisis cerebral, comprendidos entre las edades de 6 a 10 años, que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos de la Ciudad de Guatemala, durante los años 2009 y 2010.

Con base a este problema se definieron los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Aportar conocimiento sobre la atención de la niñez sujeta a la Educación Especial en el campo psicopedagógico en Guatemala.

Objetivos Específicos:

Establecer el cociente de madurez social en los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física atendida por la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

Promover el acceso de la población infantil con parálisis cerebral que asiste a la Clínica de Rehabilitación Física atendida por la Fisioterapeuta Maisa de Santos, a los servicios educativos.

Establecer la efectividad del programa de aula pedagógica para los niños y niñas que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física atendida por la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Descripción de la población

Los niños y niñas con Daño Cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física, son 20 en total, 5 niñas y 15 niños, comprendidos entre las edades de 4 a 12 años de edad, presentan Daño Cerebral flácido-espástico, atáxico, espástico-atetósico y dos con hemiplejía, la situación socioeconómica en su mayoría de escasos recursos y dos de condición media alta, escolaridad ninguna, cultura ladina, condiciones de salud variable.

Muestra

La Fisioterapeuta Maisa de Santos quien atiende a los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la clínica de Rehabilitación física, con la inquietud de brindar una atención integral a dicha población refirió a un grupo seleccionado de 7 niños y 3 niñas, comprendidos entre las edades de 6 a 10 años:

6 niños y 2 niñas de 6
1 niño de 7
1 niña de 9

En su mayoría no caminan, son llevados en brazos por su mamá, no hablan, algunos dicen pocas palabras, hay dos que presentan hiperactividad pero están medicados, muestran falta de atención, si imitan, siguen instrucciones muy sencillas con instigación, sin embargo a criterio de la profesional a su cargo muestran potencial para recibir atención pedagógica.

Instrumentos

1. *La Entrevista*: proporciono información acerca del tratamiento y la problemática que presenta la población, logrando así analizar la planificación, las estrategias didácticas y otros temas por el estilo, buscando acuerdos en las áreas de trabajo.

Item	Criterio de elaboración	Criterio de evaluación
Cuáles son los tratamientos que recibe el niño(a)	Tipo de atención que recibe el niño(a)	Fisioterapia, Terapia de lenguaje, Terapia ocupacional, Atención pedagógica, Psicoterapia, Otros tratamientos.
Cuántas personas están involucradas en el tratamiento del niño(a)	Determinar si el Niño(a) está recibiendo la atención adecuada	Una persona, Dos personas, Tres personas, Cuatro personas o más.
Con qué frecuencia recibe el tratamiento el niño(a)	La intensidad del tratamiento	Diario, Una vez a la semana, Dos veces a la semana, Tres veces a la semana

2. La Escala de Madurez de Vineland: Es un procedimiento de medición del desarrollo social y conductual de los niños minusválidos, ya que este es un aspecto tan importante como el desarrollo intelectual y educacional. La Escala de Madurez social Vineland, brindó información interesante sobre las habilidades de la vida diaria del niño y niña con parálisis cerebral, como sus capacidades para autoayuda, juego, actividades sociales, desarrollo motor, de comunicación, la evaluación precisa de lo que el niño puede o no atender, en relación con labores particulares. El cociente de madurez se obtuvo: al convertir los punteos totales de Vineland a valores equivalentes de edad social. (Punteo básico, punteo adicional y punteo total).
3. La Pauta de evaluación para determinar el grado de independencia del niño con Problemas Físicos: (adaptada de Bleck, 1981, por The Roeher Institute, Quality Child Care For All. Canada, 1992). Proporciono información importante para conocer con precisión que tan independiente es el niño, es un interrogatorio que se aplico a cada padre de familia individualmente. Evaluación que abarca las áreas de alimentación, vestido, higiene, cuidado de los aditamentos para control de orina (catéter o colector), evacuación anal, utilización de equipo de movilización, modalidad de desplazamiento, método de transporte, interacción social. Puntuación (desde 0, 10, 20, 30, 40 a 50 puntos) y Descripción de la conducta.
4. Inventario de las necesidades del niño: (elaborada por The Roeher Institute, Quality Child Care For All. Canada, 1992). Es un interrogatorio a los padres de familia individual, que brindan orientación a algunas áreas en las cuales se puede proporcionar ayuda extra al niño, con el establecimiento de objetivos

razonables a corto plazo, tanto para el niño como los adultos relacionados con él y con una serie de mediciones precisas de progreso para varios años; los padres tienen un papel fundamental en esta área. En cada rubro presenta la necesidad del niño a evaluar: como son las médicas, sensoriales, de movilización, de autoayuda, de juego, habilidades, destrezas y necesidades emocionales. Escala con una X se marca la necesidad que presenta el niño. Descripción de la necesidad que presenta el niño.

5. Evaluación Funcional: Estudia las destrezas de la vida, necesarias para el alumno en aquellos ambientes en los cuales funciona actualmente o funcionará en el futuro (como adolescente y adulto) y proporciona información para desarrollar un currículo funcional apropiado para cada alumno. Inventario del ambiente: Este es un inventario informal de los ámbitos o ambientes del futuro cuando el alumno funcione como adulto (el hogar, escuela, comunidad, recreo/tiempo libre, trabajo y social. El inventario determina los ámbitos apropiados alrededor de los cuales se desarrolla el currículo durante los próximos 1 a 3 años. El rendimiento del alumno es evaluado en las actividades en ambientes actuales y futuras (dentro de 1 a 3 años) para determinar las necesidades del alumno. Una lista de control (una lista de destrezas que el alumno necesita para la actividad) puede asistir a los maestros y padres en observar el rendimiento del alumno en varias actividades en el hogar, escuela y comunidad.

El inventario del ambiente identifica:

- Los ambientes o ámbitos apropiados para la edad y participación del alumno
- Actividades que ocurren en el ambiente de una manera natural
- Una secuencia de pasos para cada actividad
- La duración y demandas de las actividades (tales como conducta-social o comunicación, motora); y los apoyos naturales disponibles.

Procedimiento:

Se realizó el proceso de evaluación en los días, lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, dos padres de familia fueron citados por día, en el lugar y en horarios, a continuación detallados:

1. La Entrevista

Lugar: Oficina de atención a padres de familia de la Clínica de Rehabilitación Física.

Horario de: 8:00 a 8:30 y de 10:00 a 10:30 a.m.

2. La Escala de Madurez Vineland
Lugar: Clínica de Rehabilitación Física, en la oficina de atención a padres de familia.
Horario de: 8:30 a 9:00 y de 10:30 a 11:00 a.m.
3. Pauta de Evaluación para Determinar Grado de Independencia del niño con problemas físicos
Lugar: en la oficina de atención a padres de familia, de la Clínica de Rehabilitación Física
Horario: 9:00 a 9:30 y de 11:00 a 11:30 a.m.
4. Inventario de las Necesidades del Niño
Lugar: Oficina de atención a padres de familia, de la Clínica de Rehabilitación Física.
Horario de: 9:30 a 10:00 y de 11:30 a 12:00 m.
5. Evaluación Funcional
Participantes: Familia, alumno, fisioterapeuta, amigos, y otras personas
Lugar: Clínica de Rehabilitación Física, oficina de atención a padres de familia
Horario de: 9:00 a 12:00 para cada alumno
Esta evaluación se realizó para priorizar las necesidades, intereses y destrezas de los alumnos, observando el rendimiento del alumno en situaciones presentes.
6. Programa del aula Pedagógica: Aplicación del Proceso de Planificación Centrada en el alumno el cual se utilizó para la planificación educacional. Se sabe que todos los niños son diferentes y que este proceso se enfoca sobre el interés, necesidades y destrezas de cada alumno específico. Durante la sesión de planificación, los miembros del equipo (incluyendo al alumno, familia, amigos sin discapacidad, terapeuta) se reunieron para discutir las necesidades educacionales y funcionales de la vida e intereses del alumno. El líder que coordina la sesión de planificación hace preguntas claves, anima una discusión abierta, y toma nota de los principales puntos que son discutidos. El líder debe estar comprometido a un esfuerzo colaborador, el cual trabaja hacia los resultados deseables para el alumno, con la provisión de los apoyos necesarios.

La planificación centrada en el alumno considera las metas futuras del alumno. Se pregunta qué hará el alumno como adulto y planifica el currículo y actividades educacionales para desarrollar las destrezas del alumno para sus metas futuras. (por medio de enfocarse en las metas futuras, los maestros podrán asegurar que las destrezas que se están enseñando ahora llevarán a metas intermedias y finalmente, a las metas futuras del alumno.

Es importante que las destrezas que son enseñadas hoy día sean útiles para los alumnos en sus actividades futuras en familia y trabajo).

La información recolectada en la reunión se enfocó en el futuro del alumno y proporciono la base para planificar un programa educacional funcional que servirá para generalizar el medio ambiente de la vida real.

7. Segunda evaluación funcional al finalizar el plan educacional y la planificación de la instrucción en la sala de clases, basándose en los resultados enfocados en la participación y el rendimiento del alumno en las actividades programadas.

Participantes: padres de familia, alumno y fisioterapeuta

Lugar: Clínica de Rehabilitación Física, oficina de atención a padres de familia.

Los días lunes, martes se atendieron tres familias por día

Horario: de 8:00 a 9:00, de 9:00 a 10:00, de 10:00 a 11:00 a.m.

Los días miércoles y jueves se atendieron a dos familias por día

Horario: de 9:00 a 10:00 y de 10:00 a 11:00 a.m.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron seleccionados con el propósito de evaluar a los niños y niñas para tener conocimiento preciso de la problemática a investigar en la muestra seleccionada.

Se utilizó la entrevista estructurada aplicada a los padres de familia con el objetivo de analizar la atención, conocer cuantas son las personas involucradas y la frecuencia con que reciben el tratamiento los niños y niñas con parálisis cerebral.

CUADRO No.1

Tipo de atención que recibe el niño o niña

Tipo de tratamiento	Niños	Niñas
Fisioterapia	7	3
Terapia de lenguaje	2	1
Terapia ocupacional	0	2
Atención pedagógica	4	1
Otros tratamientos	7	2

Fuente: Entrevista aplicada a padres de familia de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

El tipo de atención que recibe la población es: 7 niños y 3 niñas reciben fisioterapia este tratamiento proporciona al niño y niña entrenamiento sistemático el cual le ayuda a realizar movimientos correctos y útiles.

2 niños y 1 niña reciben terapia de lenguaje evidenciándose una desatención en esta área, ya que solamente 3 de los 10 niños y niñas son atendidos con este tratamiento, lo cual perjudica al niño y niña porque no aprenden los movimientos correctos para el empleo del lenguaje con sentido.

2 niñas únicamente reciben terapia ocupacional, sino se brinda este tratamiento el niño y niña será incapaz de mejorar las habilidades motoras finas, autoayuda para las actividades de la vida diaria, como alimentarse y vestirse.

4 niños y 1 niña reciben atención pedagógica, pero no es una atención educativa, porque se reduce a la estimulación, dejando de lado el aspecto pedagógico.

CUADRO No. 2

Atención recibida por los niños y niñas

Caso	Sexo	Personas involucradas en los tratamientos del niño y niña
A	F	5 ó más
B	F	3 ó más
C	F	5 ó más
D	M	7 u 8
E	M	7 u 8
F	M	7, 8 ó más
G	M	8, 10 ó más
H	M	6 u 8
I	M	6 u 8
J	M	8

Fuente: Entrevista aplicada a los padres de familia de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

Se observa que en los tratamientos que reciben, una niña en los tratamientos que le brindan tres personas son las involucradas, dos niñas cinco personas, dos niños seis personas, los otros cinco niños son de siete ó más las personas; estimulando únicamente el área motora importante para el niño y niña con parálisis cerebral, pero obteniendo resultados limitados ya que esta población también necesita de una atención integral para lograr independencia en autocuidado y lograr la inclusión educativa.

CUADRO No. 3

Intensidad del tratamiento

Caso	Sexo	La frecuencia con que recibe el tratamiento el niño o niña
A	F	3 ó 4 veces a la semana
B	F	3 veces por semana
C	F	3 veces a la semana
D	M	3 veces a la semana
E	M	3 veces a la semana
F	M	3 veces a la semana
G	M	5 veces a la semana
H	M	4 veces a la semana
I	M	3 veces a la semana
J	M	3 veces por semana

Fuente: Entrevista aplicada a padres de familia de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

Se puede observar que la intensidad de los tratamientos recibidos por los niños y las niñas en mayoría es de cada tres veces por semana; un niño cada cuatro veces por semana y solamente un niño recibe a diario; evidenciándose que hay poca atención individual diaria lo cual limita desarrollar adecuadamente sus potencialidades.

LA ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Se logro establecer la edad y el cociente de madurez social de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física

CUADRO No. 4

Cociente de madurez y edad de madurez social de los niños y niñas

CASO	SEXO	EDAD CRONOLOGICA	EDAD DE MADUREZ SOCIAL	COCIENTE DE MADUREZ SOCIAL
A	Femenino	6 años 1 mes	2 años	33
B	Femenino	6 años 3 meses	2 años	32
C	Femenino	9 años 6 meses	9 años 4 meses	98
D	Masculino	6 años 7 meses	4 años	61
E	Masculino	6 años 6 meses	2 años	31
F	Masculino	6 años 6 meses	2 años	31
G	Masculino	6 años 7 meses	3 años	46
H	Masculino	7 años	2 años 8 meses	38
I	Masculino	7 años	2 años 6 meses	36
J	Masculino	7 años 8 meses	3 años 5 meses	45

Fuente: Escala de madurez social de Vineland aplicada a los padres de familia o encargados de los niños y niñas, para identificar la edad social obtenida por la población que asiste a la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos.

En la aplicación de la Escala de Madurez Social se muestra un esquema definido de las realizaciones detalladas de la capacidad del niño según edad cronológica que le permite recibir educación y realizar acciones de autocuidado:

- Como se observa 2 niñas y 2 niños presentan una edad de madurez social de 2 años, lo que imposibilita la movilización y autovalía.
- 5 niños se encuentran entre los 2-4 años de edad de madurez social lo cual indica que no poseen habilidades motoras finas, de autoayuda para las actividades de la vida diaria, como alimentarse y vestirse.
- 1 niña se encuentra en los 9 años 4 meses de edad de madurez social lo que muestra dependencia, pero que realiza acciones de autocuidado. Se puede observar un enorme contraste entre la edad cronológica y edad social, esto como consecuencia a la inadecuada atención recibida por la población que asiste a la Clínica de Rehabilitación Física.

RESULTADOS DE LA PAUTA DE EVALUACIÓN PARA EL NIÑO CON PROBLEMAS FISICOS: proporcionó información importante y precisa para conocer el grado de independencia de cada uno de los niños y niñas.

En el área de alimentación: 6 niños y 2 niñas presentan una total dependencia; mostrando no estar desarrollada la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, 1 niño se alimenta con los dedos y 1 niña se alimenta con cubiertos mostrando habilidad motora fina en actividades de la vida diaria.

Vestido: 5 niños y 2 niñas son incapaces de vestirse; evidenciando una inadecuada estimulación para desarrollar las habilidades de las actividades diarias, 2 niños ayudan a vestirse y 1 niña se viste sola con alguna ayuda evidenciando habilidad en autoayuda.

Higiene: 4 niños y 2 niñas no poseen hábitos higiénicos, podrían hacerlo pero no les han dado la oportunidad; mostrando poca estimulación para desarrollar la habilidad y ser personas independientes, 3 niños se lavan los dientes y las manos con ayuda y 1 niña necesita muy poca ayuda para bañarse mostrando habilidad para las actividades de la vida diaria.

En el cuidado de los aditamentos para control de orina (catéter o colector): solamente 1 niña utiliza el colector y ayuda a cambiarlo cuando se le recuerda mostrando autovalía.

Evacuación anal: 6 niños y 2 niñas totalmente dependientes; 1 niño 1 niña muestran interés necesitan ayuda evidenciando que por falta de una estimulación integral no logran superar esta dependencia.

Utilización de equipo de movilización: 5 niños y 1 niña deben ser transportados, 2 niños y 1 niña es transportada o utiliza un equipo de ruedas, mostrando dependencia total por falta de una estimulación integral para desarrollar plenamente sus habilidades, 1 niña es independiente en moverse sin utilizar silla de ruedas pero con mucha supervisión muestra habilidad para adquirir autovalía.

Modalidad de desplazamiento: 1 niña solo puede pararse, 2 niños se pueden subir a los muebles, se logra observar que con una adecuada estimulación van a adquirir autovalía; 1 niña utiliza silla de ruedas no puede moverla mostrando dependencia para su movilización.

Método de transporte: 1 niño no sale mostrando falta de oportunidad para adquirir autovalía, 3 niños y 2 niñas pueden viajar en vehículo normal, 3 niños y 1 niña utilizan el servicio público de transporte lo cual indica dependencia por no estimular adecuadamente las habilidades de autovalía.

Interacción social: 3 niños y 1 niña permanecen solos realizan pocas actividades; 1 niño y 1 niña juegan activamente pero solos evidenciando falta de oportunidad para interactuar con niños de su propia edad, 2 niños y 1 niña juegan activamente con otras personas o a veces lo hacen solos y otras veces con otras personas, 1 un niño inicia la relación con otras personas lo cual indica que con una adecuada estimulación logrará establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Puede observarse que la mayor parte de población dependen de cuidado, por lo tanto son personas que necesitan ayuda para realizar determinadas funciones básicas, como las relacionadas con la comunicación, lenguaje, motricidad, etc.

RESULTADOS DEL INVENTARIO DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO: determinó los resultados funcionales de los y las alumnas.

En las necesidades médicas: 1 niño y 2 niñas presentan las necesarias para su edad, 6 niños 1 niña necesitan que se les monitoree o administre medicación, dietas u otros.

Sensoriales: 1 niña presenta las apropiadas para su edad, 1 niño y 1 niña disfunción leve en el uso de sentidos básicos, 3 niños y 1 niña disfunción moderada en el uso de sentidos básicos, 3 niños con disfunción severa en el uso de los sentidos básicos; esta área está afectada totalmente debido a la lesión cerebral que presentan. Se evidencia falta de apoyo en el desarrollo de los sentidos para obtener una libertad dirigida, la cual se logra con una educación integral.

Movilización: 1 niña necesita asistencia para subir y bajar gradas o hacer uso de los juegos, 3 niños se arrastran o caminan con paso poco estable, utilizan muletas, necesitan ser supervisados para su seguridad, 2 niños utilizan silla de ruedas o andador, necesitan ser supervisados por su seguridad, necesitan ayuda para sentarse en su silla; 2 niños y 2 niñas no se pueden movilizar por sí solos. Se comprueba nuevamente la importancia que los padres de familia le dan a la estimulación únicamente de esta área ya que 6 de los niños y las niñas son más independientes.

Uso de sanitario: 1 niña apropiado para su edad, 7 niños y 1 niña utilizan pañales, y 1 niña está en proceso de entrenamiento. Nuevamente se logra evidenciar que en mayoría de la población la falta de educación especial con un programa para el entrenamiento y la superación en el control de esfínteres.

Vestido: 7 niños y 2 niñas no se pueden vestir solos, 1 niña debe dársele recomendaciones orales y orientación. Evidenciándose nuevamente la falta de estimulación en la habilidad para realizar las actividades diarias.

Alimentación: 1 niña debe dársele recordatorios orales y orientación, 2 niños requieren de guía y monitoreo durante la alimentación, 5 niños y 2 niñas necesitan supervisión constante para su seguridad. Puede observarse la falta de alianza especial en la enseñanza para mejorar sus habilidades motoras finas.

Habilidad para jugar: 1 niña puede integrarse a un grupo de juego si se le lleva, 3 niños pueden integrarse a un grupo si el adulto interviene para mantenerlo en él, 2 niños y 1 niña pueden jugar solos pero no juegan cerca o con otros niños. Tienen contacto limitado con otros niños, 1 niño no puede jugar con otros niños, presenta conductas agresivas, 1 niño y 1 niña no pueden jugar con otros niños por su problema motor. Esta habilidad es de gran importancia desarrollarla, ya que el juego es el que consolida las funciones sensoriomotrices y cognoscitivas.

Habilidades de atención y concentración: 2 niños y 1 niña necesitan orientación verbal para involucrarse en tareas y actividades. 1 niño y 1 niña necesitan una orientación activa para que desarrollen el interés en las tareas, tienen dificultad para concentrarse en las tareas; 4 niños lapsos de atención cortos, pasan de una actividad a otra, severamente limitados en su habilidad para fijar su atención, 1 niña si tiene atención pero debido a su lesión motora se le dificulta concentrarse. Evidenciando la necesidad de establecer un programa educativo de rehabilitación para lograr mantener periodos más largos de atención, motivándolos constantemente para lograr desarrollar su interés.

Habilidades motoras finas o perceptomotoras: 3 niños y 1 niña necesitan orientación verbal para seguir instrucciones y utilizar los materiales, es necesaria alguna adecuación de los materiales; 1 niño necesita orientación activa para el uso de materiales, tiene limitada coordinación motriz fina; 3 niños y 2 niñas necesitan una orientación intensa, deben realizar varias veces el mismo ejercicio hasta dominarlo, tienen grandes dificultades de motricidad fina. Como consecuencia de la falta de orientación para lograr el desarrollo de estas habilidades se presentan estas dificultades.

Destrezas de comunicación: 2 niños y 1 niña nivel de lenguaje receptivo apropiado, tienen un lenguaje expresivo inmaduro, necesitan terapia de lenguaje; 5 niños y 2 niñas no tienen lenguaje expresivo pero tienen pocos problemas a nivel de lenguaje receptivo, necesitan terapia de lenguaje. Por falta de atención educativa se dan estos tipos de problemas en la comunicación.

Destrezas cognitivas: 2 niños y 1 niña retraso moderado, tienen dificultades de aprendizaje, necesitan orientación verbal; 5 niños y 2 niñas retraso sustancial en todas las áreas, dificultades de aprendizaje, necesitan orientación verbal estructurada. Se observa nuevamente que los padres de familia no le dan la importancia que tiene el desarrollar estas destrezas con programas de rehabilitación educativa para lograr superar estas dificultades.

Habilidad para cambiar de actividad: 1 niño y 1 niña requieren de recordatorios verbales; 4 niños manifiestan cambios de comportamiento cuando se les pide cambiar de actividad, necesitan períodos más largos para ajustarse al cambio; 2 niños y 2 niñas presentan severas dificultades para cambiar de actividad. Estas dificultades son presentadas por la falta de un programa de rehabilitación educativa para lograr desarrollar estas habilidades.

Destrezas sociales: 1 niña presenta las apropiadas para su edad; 4 niños y 2 niñas responden a las demandas verbales, necesitan ayuda para planificar y estructurar actividades sociales; 1 niño necesita de intervención activa para respetar turnos, compartir o interactuar; 2 niños se observan con mayores dificultades para respetar límites, pueden ser auto-agresivo o manifestar su agresión contra otros por lo que necesitan ser aislados. No se han desarrollado estas habilidades ya que los niños y niñas no tienen la oportunidad de interactuar con niños de su edad ni de participar en actividades sociales.

Necesidades emocionales: 2 niñas presentan las apropiadas a su edad; 1 niño necesita ayuda para desarrollar lazos afectivos; 3 niños aparentan tener dificultades para establecer relaciones afectivas, necesitan frecuentes contactos físicos; 3 niños y 1 niña no establecen relaciones afectivas ni permiten el contacto físico (solamente con su familia), esta situación se da debido a que existe sobreprotección a nivel familiar aislándolos de la comunidad que los rodea.

Este inventario presentó las destrezas de la vida en situaciones presentes y futuras (evaluando las necesidades de los alumnos, intereses y destrezas); determinando los resultados funcionales de los alumnos, proporcionó las bases para priorizar sobre que enseñar.

Resultados de la evaluación funcional se realizó la reunión con las familias de los y las alumnas; en 7 de los casos se presentó papá, mamá, un vecino o vecina, uno o dos amiguitos, la fisioterapeuta e investigadora; en los tres casos restantes se presentaron una tía en representación de la mamá porque ellas son las encargadas de los niños (as) abuelos maternos primos y un vecino la fisioterapeuta e investigadora.

Responsabilidades del líder de la reunión:

- ❖ Se organizó a los participantes en un semicírculo. Esto es importante para dar a todos la oportunidad de tener contacto directo a los ojos entre sí y con el líder.
- ❖ Haciéndose énfasis sobre la importancia de la contribución de cada persona al inicio de la reunión. Se recordó que todos estaban allí para la meta común de planificar el futuro educacional del alumno
- ❖ Se escribieron todas las ideas generadas en las hojas grandes de papel. Colgadas en la pared alrededor de la sala para mostrar que todas son importantes.

- ❖ Se logró una discusión activa e involucrar a cada uno de los participantes en responder a las preguntas, sin permitir que solamente una persona participara, haciendo ver la importancia de cada aportación que se brindaba.
- ❖ Animando la interacción de cada uno de los participantes se logró desarrollar el mejor plan obteniendo un futuro deseable para el alumno.

Parte 1: Durante la reunión se discutieron seis preguntas (2 horas)

- ¿Cuál es la historia del alumno? Se solicitó a los padres de familia que proporcionaran una breve historia de la vida del alumno (a), llevando y mostrando una fotografía.
- ¿Cuál es su sueño como padre para su hijo(a)? Esta fue la pregunta más importante a discutir en la reunión, se solicitó a los participantes compartir y discutir con los demás como veían al alumno en el futuro, se presentaron ejemplos como: empleos futuros, estilo de vida en el hogar, recreación, pasatiempos, viajes.
- ¿Cuál es la mayor preocupación (o temor) por su hijo o hija? Esta fue una pregunta complicada para los padres de familia y difícil de responder. Pero se hizo énfasis en discutir sobre esto para lograr hacer una planificación en la cual el alumno supere y venza todos los obstáculos que pueda enfrentar.
- ¿Quién es el alumno o cómo es? Esta fue una discusión positiva, a cada participante se le permitió decir una palabra o frase acerca de como es el alumno, esta fue una oportunidad para el alumno y los padres de familia, escuchar comentarios positivos acerca de él o ella.
- ¿Cuáles son los puntos fuertes, habilidades y talentos especiales del alumno? Cada participante mencionó uno o varios puntos fuertes, los cuales fueron utilizados para el desarrollo del plan educacional.
- ¿Qué debe suceder? Cada uno de los participantes pensó en que debía suceder para que el sueño del alumno o de los padres se realice.

Parte 2: Discusión de las necesidades del alumno (1 hora)

- Las necesidades específicas del alumno identificadas fueron priorizadas haciendo más fácil el proceso de planificación educacional del alumno y alumna.

En la segunda evaluación funcional nuevamente se realizó una reunión en la cual participaron los padres de familia o encargados de los niños y niñas, para determinar cómo es el rendimiento del alumno en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve: En su hogar, la comunidad, la clínica.

Los padres de familia informaron que los niños si están respondiendo tratan de saludar al ingresar a un lugar, tratan de poner atención a las instrucciones sencillas que se les dan, participan por lo menos parcialmente o con adaptaciones. Logrando determinar que las actividades propuestas si están adecuadas para alcanzar las metas propuestas.

CAPÍTULO IV

Conclusiones

Se comprobó la necesidad de la creación del aula pedagógica, para la atención integral de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física de la fisioterapeuta Maisa de Santos.

Se comprobó la diferencia existente entre la edad cronológica y la edad de madurez social de los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la clínica de rehabilitación física.

Con la implementación del programa pedagógico en la Clínica de Rehabilitación Física de la Fisioterapeuta Maisa de Santos, se brindó una atención integral a la población asistente, facilitándoles el acceso a los servicios educativos.

Se obtuvieron buenos resultados en cuanto a involucrar activa y participativamente a los padres de familia en la realización de materiales para trabajar con la población y en la toma de decisiones en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se evidenció la necesidad de un acercamiento entre profesionales que tienen a su cargo la atención de población con parálisis cerebral y el sistema educativo, con el propósito de ayudar a los padres y/o cuidadores a través de capacitaciones que les proporcionen las herramientas necesarias para ayudar en el autocuidado de sus hijos e hijas.

Se evidenció la necesidad de que los profesionales que tienen a su cargo la atención de niños y niñas con parálisis cerebral, se acerquen a las asociaciones y agrupaciones de padres de familia de esta población, para trabajar en el desarrollo integral, competencias que les permitan beneficiarse de las oportunidades que ofrece el sistema educativo, para un mejor acceso y uso más efectivo del mismo.

Recomendaciones

Que los padres de familia tomen conciencia de la importancia de brindar a sus hijos e hijas una atención integral, trabajando en equipo activamente con las personas que tienen a su cargo la estimulación para desarrollar todas sus potencialidades.

Que los profesionales y servicios encargados de prestar asistencia a los niños y niñas con parálisis cerebral, coordinen acciones con el fin de mejorar la atención a esta población y sus familias cambiando las concepciones acerca de la discapacidad para ajustarla a las necesidades especiales, acercándose a las formas de trabajo habituales de la escuela regular, ejecutando los programas educativos con el propósito de incluirlos a la escuela regular.

Que los futuros profesores de educación especial, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realicen este tipo de trabajos de investigación, para brindar a los niños y niñas con parálisis cerebral, la oportunidad de una atención integral con los apoyos necesarios, logrando así alcanzar niveles adecuados para comprender, reconocer y valorar sus propias limitaciones como también sus potencialidades, porque son personas con discapacidad capaces de manifestar sus necesidades y participar activamente en las decisiones que les incumbe.

Bibliografía

Adecuaciones Curriculares para Niños y Niñas con Discapacidad Intelectual, Ministerio de Educación, Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo, Guatemala, Páginas 100

Alejos G., Arturo, **Un Viaje no planeado; cuando mi hijo tiene una inhabilidad**, PCYE Psicología Clínica y Educativa, Guatemala, C.A. Páginas 10

Broussi Finkelberg, Gloria, **Psicología General**, Editorial Limusa, México, D.F., 1984. Páginas 602

Craig, Grace J., **Desarrollo Psicológico**, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., México, D.F., 4ª. Edición. Páginas 682

Cruickshank, William M., **El Niño con Daño Cerebral en la escuela; en el Hogar y en la Comunidad**, Editorial Trillas, México, 1990. Páginas 420

Doman, Glenn, **Qué hacer por su niño con Lesión Cerebral**, editorial Diana, México, 4ª. Impresión, abril de 1997. Páginas 418

Enciclopedia de Pedagogía Práctica; Escuela Para Maestros, Cadiex Internacional, S.A. Montevideo, Uruguay, 2004. Páginas 1,024

Estrada Carranza, Luis Arturo, y Soto Arrécis, Sandra Magali, **Tesis: Educación Psicomotriz en el niño deficiente mental a nivel leve y fronterizo de 0 a 6 años de edad cronológica**, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1985

Ferguson, Monica L., **Enseñando a Niños y Niñas de Escuelas Primarias (edades de 4 a 12 años) con Retraso Mental Leve a Moderado**, Oficina de Educación del Estado de Utah, U.S.A. 2003. Páginas 240

Fundación Mirna Mack, **Algunos rasgos que definen el contexto nacional guatemalteco**, Network in solidarity with people of Guatemala, News & Análisis, 2009. Páginas 2

Guía de Medicina Familiar, Salvat Editores S.A., México, D.F., mayo 1988. Páginas 131

Limón Rojas, Miguel, **Unidad Uno: Marco Jurídico y Políticas de Calidad e Integración Educativa**, La Secretaria de Educación Pública, con el financiamiento de la OEA, México, D.F., 1995. Páginas 32

Limón Rojas, Miguel, **Unidad Dos: Perfiles de Las Discapacidades**, La Secretaria de Educación Pública, con el financiamiento de la OEA, México D.F., 1997. Páginas 37

Limón Rojas, Miguel, **Unidad Tres: La Escuela Integradora, Atención a Menores con Discapacidad, en: Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000**, La Secretaria de Educación Pública, con el financiamiento de la OEA, México D.F., 1996. Páginas 40

Osorio Borrayo, Olga Siomara, y Reyes Urrutia, Nancy Fabiola, **Tesis, Técnicas de teatro y su aplicación psicopedagógica en niños y niñas con Lesión Cerebral**, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1999

Owran, L., **Los Símbolos Bliss: una introducción**, Servicio de Publicaciones del Mec. 2001-2008, Majo Producciones Madrid, España, Páginas 3

Rapin, Isabelle, M.D., **Disfunción Cerebral en la Infancia**, Ediciones Martinez Roca, S.A., 1987. Páginas 349

Sánchez Sánchez, Isabel Maria, **Leer bien al alcance de todos; El Método Glenn Doman adaptado a la escuela**, Revista de Enseñanza y Educación, publicado el 25-3-2009, Experiencias Educativas numero 3, Editorial Biblioteca Nueva. Pág. 3

Santos Hernández, Wilda Edith y Hernández Pérez, Jannette Irene, **Tesis: Guía de Matemáticas dirigida a Maestros Integradores del Primer Grado que atienden a niños y niñas con Discapacidad Mental Leve**, Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2001

Silva Roa, Miriam y Mora Hernández, Juan Armando, **Sistemas de Comunicación no verbal para parálisis cerebrales**, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A., México D.F. 1983. Páginas 37

Stainback, Susan y Stainback, William, **Aulas Inclusivas, Un nuevo modo de enfocar el currículo**, Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid, España, 4ª. Edición. Páginas 53

Zaric Kruljac, Sofia, **El alumno con Parálisis Cerebral en el aula regular**, Licenciada en Educación: Dificultades de Aprendizaje – MSC Orientación, Profesora de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador – Instituto Pedagógico Rural “El Macaro”. Páginas 9

ANEXOS

ENTREVISTA AL PADRE O MADRE DE FAMILIA

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE DEL PADRE, O MADRE: _____
LUGAR Y FECHA DE ENTREVISTA: _____

¿Cuáles son los tratamientos que recibe su niño (a)?

¿Cuántas personas están involucradas en los tratamientos que recibe su hijo(a)?

¿Con qué frecuencia recibe el tratamiento su niño (a)?

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Edgar A. Doll, Director de Investigación
Escuela de Entrenamiento en Vineland, New Jersey

NombreSexo

Fecha de entrevista
Día Mes Año

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

Edad
Años Meses

Informante.....Parentesco.....

Recopilador

Punteo Básico

Puntos Adicionales

Punteo Total

Edad Equivalente

Cociente Social

Clave

AG	Auto ayuda general	O	Ocupación
AC	Auto ayuda en comida	C	Comunicación
AV	Auto ayuda en vestido	AD	Auto dirección
L	Locomoción	S	Sociabilización

NIVELES DE EDAD

0-I

C	1. Balbusea; sonrie	_____	_____
AG	2. Equilibra la cabeza	_____	_____
AG	3. Coge objetos a su alcance	_____	_____
S	4. Tiende los brazos a personas familiares	_____	_____
AG	5. Puede dar vueltas	_____	_____
AG	6. Alcanza objetos cercanos	_____	_____

- O 7. Se entretiene solo _____
- AG 8. Se sienta sin apoyo _____
- AG 9. Se empuja para verticalizarse _____
- C 10. "Habla"; imita sonidos _____
- AC 11. Toma de vaso o taza sin ayuda _____
- L 12. Se mueve por el suelo _____
- AG 13. Coge con pulgar y dedo _____
- S 14. Demanda atención personal _____
- AG 15. Se para solo _____
- AC 16. No babea _____
- C 17. Sigue órdenes sencillas _____

I-II

- L 18. Camina por el cuarto sin ayuda _____
- O 19. Marca con lápiz o crayón _____
- AC 20. Mastica la comida _____
- AV 21. Se quita los calcetines _____
- O 22. Transfiere objetos _____
- AG 23. Vence obstáculos simples _____
- O 24. Trae o lleva objetos familiares _____
- AC 25. Bebe en taza o vaso sin ayuda _____
- AG 26. Abandona el carruajito _____
- S 27. Juega con otros niños _____
- AC 28. Come con cuchara _____
- L 29. Circula por la casa o el patio _____
- AC 30. Distingue sustancias comestibles _____
- C 31. Usa nombres de objetos familiares _____
- L 32. Sube gradas sin ayuda _____
- AC 33. Desenvuelve dulces _____
- C 34. Habla con frases cortas _____

II-III

- AG 35. Pide ir al baño _____
- O 36. Inicia actividades de juego, solo _____
- AV 37. Se quita el saco o el vestido _____
- AC 38. Come con tenedor _____
- AC 39. Bebe sin ayuda _____
- AV 40. Se puede secar las manos _____
- AG 41. Evita riesgos sencillos _____
- AV 42. Se pone saco o vestido sin ayuda _____

- O 43. Corta con tijeras _____
- C 44. Relata experiencias _____

III-IV

- L 45 Baja un pie en cada grada _____
- S 46 Juega cooperativamente a nivel de kínder _____
- AV 47 Se abotona saco o vestido _____
- O 48 Ayuda en pequeñas tareas caseras _____
- S 49 Actúa para otros _____
- AV 50 Se lava las manos sin ayuda _____

IV-V

- AG 51 Se atiende solo en el inodoro _____
- AV 52 Se lava la cara sin ayuda _____
- L 53 Va por las vecindades sin ayuda _____
- AV 54 Se viste solo, exceptuando ataduras _____
- O 55 Usa lápiz o crayón para dibujar _____
- S 56 Juega ejercicios competitivos _____

V-VI

- O 57 Usa patineta, vagón o trineo _____
- C 58 Escribe palabras sencillas _____
- S 59 Juega sencillos juegos de mesa _____
- AD 60 Se le confía dinero _____
- L 61 Va a la escuela sin compañía _____

VI-VII

- AC 62 Usa cuchillo de mesa para untar _____
- C 63 Usa lápiz para escribir _____
- AV 64 Se baña con ayuda _____
- AV 65 Se va a dormir sin ayuda _____

VII-VIII

- AG 66 Dice la hora hasta los cuartos _____
- AC 67 Usa cuchillo de mesa para cortar _____
- S 68 No cree en Santa Claus, como persona literal _____
- S 69 Participa en juegos de preadolescencia _____
- AV 70 Se peina o cepilla el cabello _____

VIII-IX

- | | | | | |
|----|----|-----------------------------------|-----|-----|
| O | 71 | Usa herramientas o utensilios | ___ | ___ |
| O | 72 | Hace las tareas caseras de rutina | ___ | ___ |
| C | 73 | Lee por iniciativa propia | ___ | ___ |
| AV | 74 | Se baña sin ayuda | ___ | ___ |

IX-X

- | | | | | |
|----|----|--------------------------------|-----|-----|
| AC | 75 | Se sirve a sí mismo en la mesa | ___ | ___ |
| AD | 76 | Hace compras menores | ___ | ___ |
| L | 77 | Va libremente a la ciudad | ___ | ___ |

X-XI

- | | | | | |
|---|----|----------------------------------------------------------|-----|-----|
| C | 78 | Escribe cartas cortas ocasionalmente | ___ | ___ |
| O | 79 | Hace llamadas telefónicas | ___ | ___ |
| O | 80 | Hace pequeños trabajos remunerativos | ___ | ___ |
| C | 81 | Contesta anuncios en periódicos, hace compras por correo | ___ | ___ |

XI-XII

- | | | | | |
|----|----|------------------------------------------------|-----|-----|
| O | 82 | Hace trabajo creativo simple | ___ | ___ |
| AD | 83 | Se le deja cuidar a sí mismo o de otros | ___ | ___ |
| C | 84 | Le divierten los libros, periódicos y revistas | ___ | ___ |

XII-XV

- | | | | | |
|----|----|----------------------------------------------------|-----|-----|
| S | 85 | Juega juegos difíciles | ___ | ___ |
| AV | 86 | Cuida completamente de su ropa | ___ | ___ |
| AD | 87 | Compra sus accesorios de vestir | ___ | ___ |
| S | 88 | Se alista en actividades de grupos de adolescentes | ___ | ___ |
| O | 89 | Ejecuta tareas de responsabilidad ordinaria | ___ | ___ |

XV-XVIII

- | | | | | |
|----|----|------------------------------------|-----|-----|
| C | 90 | Se comunica por carta | ___ | ___ |
| C | 91 | Sigue noticias recientes | ___ | ___ |
| L | 92 | Va solo a lugares cercanos | ___ | ___ |
| AD | 93 | Sale de día sin supervisión | ___ | ___ |
| AD | 94 | Tiene su propio dinero para gastar | ___ | ___ |
| AD | 95 | Se compra toda su ropa | ___ | ___ |

XVIII-XX

- | | | | | |
|----|----|-----------------------------|-----|-----|
| L | 96 | Va a lugares distantes solo | ___ | ___ |
| AD | 97 | Cuida de su salud | ___ | ___ |

- O 98 Tiene un empleo o continúa estudiando _____
- AD 99 Sale de noche sin restricción _____
- AD 100 Controla sus gustos mayores _____
- AD 101 Asume responsabilidad personal _____

XX-XXV

- AD 102 Usa prudentemente el dinero _____
- S 103 Asume responsabilidad más allá de sus propias necesidades _____
- O 104 Contribuye al bienestar social _____
- AD 105 Se provee para el futuro _____

XXV-+

- O 106 Ejecuta trabajo práctico _____
- O 107 Se alista en recreación beneficiosa _____
- O 108 Sistematiza su propio trabajo _____
- S 109 Inspira confianza _____
- S 110 Promueve el progreso cívico _____
- O 111 Supervisa tareas ocupacionales _____
- AD 112 Compra para otros _____
- O 113 Dirige o maneja asuntos de otros _____
- O 114 Ejecuta trabajo experto o profesional _____
- S 115 Comparte la responsabilidad de la comunidad _____
- O 116 Crea sus propias oportunidades _____
- S 117 Promueve el bienestar general _____

OBSERVACIONES:

**PAUTA DE EVALUACIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE
INDEPENDENCIA DEL NIÑO CON PROBLEMAS FÍSICOS
(Adaptada de Bleck, 1981)**

Área	Puntuación	Descripción
Alimentación	0	Totalmente dependiente
	10	Se alimenta con los dedos
	20	Se alimenta con cubiertos
	30	Ayuda a preparar los alimentos
	40	Independiente en el momento de la alimentación
Vestido	50	Independiente: compra y prepara los alimentos. Limpia después de comer.
	0	Incapaz de vestirse o podría hacerlo pero no tiene interés
	10	Ayuda a vestirse
	20	Se viste solo con alguna ayuda
	30	Solamente puede colocarse las prendas de la parte superior del cuerpo
Higiene	40	Independiente si se modifica la ropa
	50	Independiente
	0	Incapaz de hacerlo o podría hacerlo pero no tiene interés
	10	Se lava los dientes y las manos con ayuda
	20	Independiente en lavarse la cara, manos y dientes
Cuidado de los Aditamentos para control de orina (catéter o colector)	30	Necesita muy poca ayuda para bañarse
	50	Totalmente independiente
	0	Dependiente
	10	Puede vaciar los colectores cuando se le recuerda
	20	Vacía los colectores, sin problemas
Evacuación anal	30	Vacía los colectores cuando se le recuerda y ayuda a cambiarlos. Muestra interés
	40	Vacía los colectores sin problemas y ayuda a cambiarlos
	50	Independiente
	0	Dependiente
	10	Muestra interés. Necesita que se le ayude
	30	Es independiente si se le recuerda
	50	Independiente. Va solo

Utilización de equipo de movilización	0	Debe ser transportado
	10	Es transportado o utiliza un equipo con ruedas
	20	Utiliza silla de ruedas eléctrica o se arrastra en la casa y utiliza el equipo al salir
	30	Independiente en la utilización de silla de ruedas en la casa
	40	Independiente en moverse utilizando equipo y silla de ruedas
	50	Independiente en moverse sin utilizar silla de ruedas
Modalidad de desplazamiento		
Si utiliza pies	0	Solo puede pararse
Si utiliza silla	0	No puede moverla
Si utiliza pies	10	Camina apoyándose en las manos
Si utiliza silla	10	Necesita mucha ayuda
Si utiliza pies	20	Se puede subir a los muebles
Si utiliza silla	20	Necesita poca ayuda para realizar la mayoría de actividades
Si utiliza pies	30	Los arrastra alternadamente
Si utiliza silla	30	Necesita poca ayuda
Si utiliza pies	40	Los levanta alternadamente
Si utiliza silla	40	Casi no necesita ayuda
Si utiliza pies	50	No tiene dificultades
	50	No necesita ayuda
Método de transporte (solo para los mayores 36 meses)	0	No sale
	10	Utiliza ambulancia u otro vehículo especial
	20	Puede viajar en vehículo normal
	30	Puede caminar o utilizar silla de ruedas
	40	Utiliza el servicio público de transporte
	50	Conduce su propio auto
Interacción social (niño o adolescente)	0	Permanece solo. Realiza pocas actividades
	10	Juega o trabaja activamente pero solo
	20	Juega o trabaja activamente con otras personas o a veces lo hace solo y otras veces con otras personas
	30	Prefiere gente menor o mayor que él
	40	Juega con gente de su edad
	50	Inicia la relación con otras personas

INVENTARIO DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO
 (Adaptado de The Roeher Institute. Quality Child Care for All.
 A Guide To Integration, Canada, 1992)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del inventario: _____ Completado por: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la necesidad que presenta el niño en cada rubro a evaluar

	Necesidades	(X)	Escala	Descripción de la necesidad
A	Médicas		0	Las necesarias para su edad
			1	Necesita que se le monitoree o administre medicación, dietas u otros
			2	Necesita que se le proporcione soporte de vida (alimentación por tubo, caterizaciones, etc.)
B	Sensoriales		0	Las apropiadas para su edad
			1	Disfunción leve en el uso de sentidos básicos (indicar el sentido afectado)
			2	Disfunción moderada en el uso de sentidos básicos (indicar el sentido afectado)
			3	Disfunción severa en el uso de sentidos básicos (indicar el sentido afectado)
C	Movilización		0	Apropiada a su edad
			1	Necesita asistencia para subir o bajar gradas o hacer uso de los juegos
			2	Se arrastra o camina con paso poco estable, utiliza muletas, necesita ser supervisado para su seguridad
			3	Utiliza silla de ruedas o andador, necesita ser supervisado para su seguridad, necesita ayuda para sentarse en su silla
			4	No se puede movilizar por sí solo

D	Uso del sanitario		0	Apropiado para su edad
			1	Necesita ayuda
			2	Utiliza pañales
			3	Está en proceso de entrenamiento
E	Vestido		0	Apropiado para su edad
			1	Deben dársele recordatorios orales y orientación
			2	Necesita ayuda periódica o parcial
			3	No se puede vestir solo
F	Alimentación		0	Apropiada para su edad
			1	Deben dársele recordatorios orales y orientación
			2	Requiere de guía y monitoreo durante la alimentación
			3	Necesita supervisión constante para su seguridad
G	Habilidad para jugar		0	Apropiada para su edad
			1	Puede integrarse a un grupo de juego si se le lleva
			2	Puede integrarse a un grupo si el adulto interviene para mantenerlo en él
			3	Puede jugar solo pero no juega cerca o con otros niños. Tiene un contacto limitado con los otros niños
			4	No puede jugar con otros niños, presenta conductas agresivas
H	Habilidades de atención y concentración		0	Apropiadas para su edad
			1	Necesita orientación verbal para envolverlo en tareas y actividades
			2	Necesita una orientación activa para que desarrolle el interés en las tareas. Tiene dificultad para concentrarse en las tareas
			3	Lapsos de atención cortos, pasa de una actividad a otra, severamente limitado en su habilidad para fijar su atención

I	Habilidades motoras finas o perceptomotoras		0	Apropiadas para su edad
			1	Necesita orientación verbal para seguir instrucciones y utilizar los materiales. Es necesaria alguna adecuación de los materiales.
			2	Necesita una orientación activa para el uso de materiales. Tiene limitada coordinación motriz fina.
			3	Necesita una orientación intensa. Debe realizar varias veces el mismo ejercicio hasta dominarlo. Tiene grandes dificultades de motricidad fina.
J	Destrezas de comunicación		0	Apropiadas para su edad
			1	Nivel de lenguaje receptivo, apropiado. Tiene un lenguaje expresivo inmaduro. Necesita terapia de lenguaje.
			2	Retraso en el desarrollo del lenguaje expresivo. Necesita orientación activa en el uso de palabras y conceptos.
			3	No tiene lenguaje expresivo pero tiene pocos problemas a nivel de lenguaje receptivo. Necesita terapia de lenguaje.
			4	Tiene severo problema de comunicación (receptivo/expresivo). Necesita una atención directa para lograr comunicarse.
K	Destrezas cognitivas		0	Apropiadas para su edad
			1	Retraso moderado. Tiene dificultades de aprendizaje. Necesita orientación verbal
			2	Retraso sustancial en todas las áreas. Dificultades de aprendizaje. Necesita orientación verbal estructurada
			3	Retraso severo en su habilidad para aprender. Necesita de orientación verbal estructurada y una motivación directa.

L	Habilidad para cambiar de actividad		0	Apropiada para su edad
			1	Requiere de recordatorios verbales
			2	Manifiesta cambios de comportamiento cuando se le pide cambiar de actividad. Necesita períodos más largos para ajustarse al cambio.
			3	Severas dificultades para cambiar de actividad.
M	Destrezas sociales		0	Apropiadas para su edad
			1	Responde a las demandas verbales. Necesita ayuda para planificar y estructurar actividades sociales
			2	Necesita de intervención activa para respetar turnos, compartir o interactuar
			3	Mayores dificultades para respetar límites, puede ser auto-agresivo o manifestar su agresión contra otros por lo que necesita ser aislado
N	Necesidades emocionales		0	Apropiadas para su edad
			1	Necesita ayuda para desarrollar lazos afectivos
			2	Aparenta tener dificultades para establecer relaciones afectivas, necesita frecuentes contactos físicos
			3	No establece relaciones afectivas ni permite el contacto físico

Resumen

El objetivo general de este trabajo de investigación fue aportar conocimiento sobre la atención de la niñez sujeta a la Educación Especial en el campo psicopedagógico en Guatemala.

Debido a que los niños y niñas con Parálisis Cerebral, que asisten a la Clínica de Rehabilitación Física atendida por la fisioterapeuta Maisa de Santos, recibían tratamiento físico indispensable para su recuperación, fue necesario el trabajo en equipo, de modo que el conocimiento del niño abarcó todos los aspectos y que los objetivos del desarrollo estén en función de las características específicas del niño o niña.

Se propuso la creación de un aula pedagógica para lograr la atención integral de los niños y niñas con parálisis cerebral, implementando un programa pedagógico para facilitarles el acceso a los servicios educativos.

Con la aplicación de la Escala de madurez Social de Vineland se comprobó la gran diferencia existente entre la edad cronológica y la edad de madurez social, evidenciándose una atención sin implicaciones para el entrenamiento, educación, actuación social y actividad vocacional.

Por lo general, los trastornos neuromotores que presentan los niños y niñas con parálisis cerebral por ser estos tan complejos se asocian con discapacidad intelectual severa. Estudios anteriores han demostrado que en gran mayoría ésta población presenta inteligencia dentro de los límites normales y son capaces de mejorar con entrenamiento, terapia y educación. Evidenciándose la necesidad de que profesionales que tienen a su cargo la atención de este tipo de población, se acerquen a las asociaciones y agrupaciones de padres de familia, para trabajar en el desarrollo integral, competencias que les permitan beneficiarse de las oportunidades que ofrece el sistema educativo, para un mejor acceso y uso efectivo del mismo.

Con la implementación del programa psicopedagógico se brindó a la población, una educación individualizada con competencias de autocuidado con apoyos apropiados, promoviendo la normalización, integrando la educación especial y la educación regular, para lograr la inclusión del niño y niña con parálisis cerebral a la escuela regular.