



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, ARTE Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL

"ATENCIÓN A PERSONAS CON RETARDO MENTAL. EN LA PARROQUIA "EL LUCERO"
DEL CANTÓN CALVAS, DE LA PROVINCIA DE LOJA PERIODO ENERO – JUNIO DEL
2007."

*Informe Final de Desarrollo Comunitario previo a la
obtención del Título de Licenciada en
Psicorrehabilitación y Educación Especial*

AUTORA:

Yasenia Amparito Suíng Vuele

DIRECTOR:

Dra. Andrea Paucar

1859
LOJA-ECUADOR

2007

CERTIFICACIÓN

Dra. Andrea Paucar.

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, DEL ÀREA DE EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACION Y EDUCACIÓN ESPECIAL Y DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA.

Que la presente investigación titulada **“ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON RETARDO MENTAL. PARROQUIA “EL LUCERO”, DEL CANTÓN CALVAS, PROVINCIA LOJA. EN EL PERIODO ENERO – JULIO DEL 2007.”** Previa la obtención del título de Lcdo. En Psicorrehabilitación y Educación Especial realizada por la aspirante: Yasenia Amparito Suing Vuele, ha sido prolijamente revisada, dirigida y orientada con sus respectivas sugerencias y observaciones. En tal virtud, y que cumple con las normas legales de graduación tanto en forma como en contenido establecida por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación ante el Tribunal competente para su estudio calificación sustentación y publicación.

Loja 7 de Enero del 2009

Dra. Andrea Paucar Villalta.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Las ideas, conceptos y resúmenes vertidos en el presente trabajo de indagación, son de absoluta y total responsabilidad de la autora.

Masenia Amparito Suing Vuele.

AGRADECIMIENTO

Quiero hacer extensiva mi eterna gratitud a las **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, AL ÁREA DE EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN, AL DOCTOR OSCAR CABRERA COORDINADOR DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL, DE IGUAL MANERA AL ILUSTRE MUNICIPIO DEL CANTÓN CALVAS, EN LAS PERSONAS DEL SEÑOR ALCALDE, DR. FRANKLIN CUEVA ROSILLO, SU DIGNA ESPOSA SEÑORA NARCISA TORRES RODRÍGUEZ, PRESIDENTA DEL PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL, AL DR. WILSON ANDRADE, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA, A LOS NIÑOS /AS, ADOLESCENTES, JÓVENES Y PADRES DE FAMILIA DE LA PARROQUIA EL LUCERO** por la apertura y colaboración manifestada durante el desarrollo de las pasantías. Y finalmente quiero agradecer a mis **MAESTROS** quienes con sus enseñanzas y conocimientos me supieron guiar en mi formación académica, especialmente a la **DOCTORA ANDREA PAUCAR**, por su desinteresada y correcta dirección en el presente trabajo.

Yasenia Amparito Suing Vuele.

DEDICATORIA

Quiero dedicar todo mi esfuerzo a **DIOS** por sus bendiciones, su amor y por ser el principal artífice de mi vida y de mis metas, a mí **MADRE: MARÍA CLEMENTINA VUELE RUQUE**; a mi **PADRE: JULIO SUING MEDINA**, por su apoyo incondicional, sacrificios y amor constante, he logrado cumplir mis metas, ya que ellos han sido mi mayor inspiración y a quienes más amo en esta vida, dedico mi trabajo a mis hermanos: **FLAVIO ALBERTO, ALBITO ROMEL, CARMITA YAQUELINE SUING VUELE**, a mis cuñadas, (o): **LORENA HERRERA ESTRADA, TEREZA HERRERA ESTRADA, SEGUNDO MARCELINO BALCÁZAR BECERRA** a mis sobrinos (as): **JULIO CÉSAR, JEFFERSÓN MARCELO, JUNIOR DAVID BALCÁZAR SUING, BRIGGITHE ELIZABETH, KATEANA ANABELLA SUING HERRERA, MARJORIE LORENA, KAREN ANDREA SUING HERRERA** por ser para mí una fuerza motivadora y un apoyo incondicional.

Masenia Amparito Suing Vuele.

INDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Caratula	I
Certificación	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice	VI
1. Resumen	7
2. Introducción	11
3. Revisión de Literatura	15
4. Materiales y Metidos	18
5. Resultados	25
6. Discusión	40
7. Conclusión	43
8. Recomendaciones	45
9. Bibliografía	46
10. Anexos	48

1. RESUMEN

El presente trabajo comunitario se lo realizó con el objetivo fundamental de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los discapacitados y se denominó: “Atención a personas con retardo mental que presentan problemas de aprendizaje. En la Parroquia “El Lucero” del Cantón Calvas, de la Provincia de Loja Período Enero – Junio del 2007”.

Los objetivos principales fueron recopilar datos informativos de los habitantes, valorar el tipo y grado de discapacidad y en base a esta valoración elaborar un plan de actividades para el tratamiento específico de cada paciente, creando para ello una unidad de atención cercana a la comunidad a fin de acoger a los pacientes para su respectiva intervención.

Dicho proyecto se lo realizó en un período de seis meses, en horario de lunes a miércoles de 8 de la mañana a 4 de la tarde. De acuerdo al convenio Suscrito entre la Universidad Nacional de Loja y el Patronato de Amparo Social del Cantón Calvas. (Anexo N° 2 Firma del convenio).

El trabajo Comunitario es considerado como una actividad de servicio y ayuda a las personas con capacidades diferenciadas, a sus familiares y a la colectividad del Cantón específicamente de sus parroquias y comunidades, lo cual permitió un conocimiento más profundo e integral de los principales problemas y necesidades especiales.

Estas actividades se enfocaron en la atención de 5 áreas y subáreas; lo que permitió la ejecución oportuna de las acciones. Para ello se aplicó algunos instrumentos psicopedagógicos: ficha de Inscripción, ficha de Información, ficha de Valoración

En base a estas fichas se permitió dar un diagnóstico descriptivo para luego realizar las respectivas planificaciones mensuales de la rehabilitación adecuada para cada paciente, y al término del mismo se realizó la evaluación final.

Con toda la utilización de estos instrumentos, se obtuvieron resultados satisfactorios, tanto para los pacientes, padres de familia, dando como gran satisfacción a los facilitadores y a todo el personal que intervino en este convenio.

Uno de los aspectos que se logró fue, que las familias concienticen del problema de sus hijos, para luego de ello integrarlos a un proceso de rehabilitación.

Para que estas personas mejoren a un más su calidad de vida, se recomienda; a las principales autoridades del Cantón, de apertura a los proyectos de Rehabilitación Comunitaria, ya que de los mismos, dependerá el mejoramiento y el nivel de socialización de cada paciente.

SUMMARY

This community work was realized with the principal objective to contribute for improving of quality life in incapacity people and was denominated: “attention to people with mental delay who have learning problems”. In the Lucero Parish from Calvas Canton in the Loja province during January-June 2007.

The main objectives were recover residents’ informative dates, to value the type and grade of incapacity and to make activities for specific treatment to each patient. Therefore, creating an attention unit near to the community and choosing patients for its intervention.

The project was realized in six months, from Monday to Wednesday, from Monday to Wednesday, from 8:00 am. until 4:00 pm. According to treat between Universidad nacional de Loja and patronato de Amparo Social del Cantón Calvas. (Anexe N.2 sing of the treat).

The community work is considered as service activity and help people with with different capacities to their family and specifically to the city community and its parishes.

This allowed a complete knowledge to the principal problems and special needs.

These activities were focused in attention to five areas and sub areas. It allowed the suitable actions. For that it applied some psicopedagogical instruments: inscription filing card, information filing card, assessment filing card.

With these filing cards we can give a descriptive diagnostic and then making the corresponding month plans and correct rehabilitation to each patient, at the end we realized a final evaluation.

Using these instruments we got satisfy results, for parents and facilitators.

An aspect gotten, eamilies are sensible of their son's problems, after that integrate them to the rehabilitation problem.

For the best quality life we recommend to the canton authorities, open rehabilitation community projects, from this will depend the development and socialization level for each patient.

2. INTRODUCCIÓN

Es de conocimiento común que el mundo vive en una inestabilidad constante, y nuestro país no es la excepción, nuestra sociedad está dominada por pequeños élites que luchan por su propio bienestar y provecho. Al mencionar nuestra ciudad, la situación y condiciones de vida son similares, estos hechos lastiman y atentan a nuestra población en general, pero con secuelas más notorias y acentuadas en los pobres y por supuesto en las personas con necesidades educativas especiales.

Actualmente las personas con discapacidad unen sus fuerzas y llevan a costas una lucha diaria por lograr la aceptación e integración en un mundo convulsionado y discriminante. La dura realidad se hace visible cuando observamos altos índices de personas discapacitadas y una mínima atención especializada que ellos requieren y merecen.

El presente trabajo investigativo se efectuó en el Cantón Calvas, de la provincia de Loja, específicamente en la parroquia El Lucero, la misma que está ubicada a 14Km, al Sur Oriente de la Cabecera Cantonal “Cariamanga”, en dicho lugar existe un alto porcentaje discapacidad y lamentablemente no existe atención y ayuda para tales personas.

Dicha problemática fue motivo de preocupación para el gobierno seccional del Cantón Clavas, quien con el apoyo del Patronato de Amparo Social, decidieron unir fuerzas con el fin de buscar solución, a los problemas y mejorar la condición de vida de las personas con necesidades educativas especiales a este grupo se adjuntó la Universidad Nacional de Loja, particularmente la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial con el firme propósito de contribuir a esta noble causa, de esta manera nace el Convenio de “Cooperación Interinstitucional”; en que la Universidad Nacional de Loja se fundamenta en la contribución del contingente humano y el Municipio de Calvas colabora con la situación Logística.

Dicho programa incorporó a las personas de las comunidades cercanas como es el caso de la parroquia el Lucero. El proceso de intervención dio prioridad a personas

con escasos recursos económicos sin embargo no se hizo excepciones con personas que tenían una economía regular.

La atención que brinda este proyecto se la denominó “Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria”. En la parroquia el Lucero se atendió a diez personas los mismos que presentan, discapacidad intelectual.

Vale recalcar que el proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria, fue muy favorable para cada uno de sus participantes ya que en ello queda un acumulado banco de experiencias y aprendizajes significativos, que incrementan notablemente nuestros conocimientos, y mejoran nuestro nivel profesional. Así mismo, dejó en cada uno de los colaboradores una enorme satisfacción de haber contribuido en la mejoría y rehabilitación de las personas con necesidades educativas especiales.

En este trabajo se hace una recopilación de cada una de las actividades que se realizó, así mismo el posicionamiento teórico en el que se fundamenta, los materiales y métodos utilizados en su desarrollo, la descripción de los resultados obtenidos, la discusión y análisis de los contenidos.

La parte que incluye los anexos: se refiere en primer lugar al proyecto en el que se hace énfasis a la problemática actual, en la que se encuentra los países subdesarrollados, y también como decir nuestro país, provincia y cantón, y ante esto se da a conocer una justificación en la que es importante recalcar la importancia que tiene dicha intervención.

Para mayor conocimiento de dicha intervención era necesario tomar en cuenta un aporte científico; la misma que se encuentra recopilado en dos capítulos: el primero se refiere a la anatomía y fisiología del cerebro, a la definición de retraso mental y los diferentes tipos de retraso mental. En el segundo capítulo tiene referencia al tratamiento del retraso mental a la familia con niños especiales, adaptación de la familia, la importancia que tienen los hermanos, estrategias que deben de tener los

padres de familia y un tercer capítulo que enfoca el tratamiento en cada una de las áreas a rehabilitarse.

De acuerdo a esta problemática los objetivos planteados son:

OBJETIVO GENERAL

1. **Mejorar** la calidad de vida de las personas con discapacidad de la parroquia “El Lucero” del cantón Calvas en la provincia de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊗ **Recopilar** datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.
- ⊗ **Valorar** el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con discapacidad en la comunidad.
- ⊗ **Elaborar** una planificación para el tratamiento de acuerdo a cada tipo de discapacidad.
- ⊗ **Crear** una UNIDAD DE ATENCIÓN a fin de acoger a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.

Este presente trabajo es de gran satisfacción por que por medio del mismo se pudo brindar la ayuda profesional a las familias con hijos que presentan necesidades educativas especiales, con la colaboración de los padres de familia, Patronato de Amparo Social del Cantón Calvas y la Universidad Nacional de Loja se pudo llevar a cabo las terapias de rehabilitación en las diferentes áreas como son; personal-social, cognitiva, lenguaje y comunicación, psico-motricidad, psico-afectiva. Obteniendo resultados favorables, en lo afectivo, en la autoestima, la atención, auto cuidado, relaciones interpersonales, contacto social, su independencia personal y el

conocimiento de si mismo y de su entorno. Hay que tomar en cuenta que, se debe concientizar a toda la comunidad de la importancia que tiene la integración y reinserción laboral de niños, jóvenes y adultos con retardo mental, porque, ellos también forman parte del desarrollo social y económico del país.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

POCISIONAMIENTO TEÓRICO

3.1 CORRIENTE COGNITIVA

El hombre se relaciona con el medio o la realidad exterior a través de su capacidad de movilizarse. Estos constituyen en medio de exploración del exterior. Nuestras habilidades motoras son las encargadas de enviar información al cerebro, el cual se encarga de organizar y procesar dicha información a fin de lograr una correcta adaptación al entorno.

“Hasta el siglo XX se consideraba que, solo existían cinco sentidos u órganos encargados de recibir los estímulos exteriores. Dicha clasificación se remonta a Aristóteles (IV a.C.) que llevó a cabo una clasificación exhaustiva de dichos sentidos. Aristóteles mantenía así mismo que el sujeto era un ser pasivo que se limitaba a captar la estimulación del medio.”¹

Actualmente, las últimas investigaciones han puesto de manifiesto que el sujeto es un ser activo que cuando percibe mediante las exploraciones que realiza está condicionado por el aprendizaje, las experiencias pasadas, las motivaciones, etc. En este proceso va adquiriendo nuevas experiencias que mejoran su locomoción a lo largo de su medio ambiente.

Esta actividad del sujeto conduce a que cada uno explore la misma realidad de forma diferente. Además de los cinco sentidos, existen receptores que se encuentran dentro del organismo y que nos informan del calor, el frío, el hambre, etc. También existen receptores situados en los músculos y que nos informan del movimiento del cuerpo y de su equilibrio. Existe un último tipo de receptores que se encuentran

¹ Caparrós, A. (1976). HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

repartidos por todo el cuerpo y que son los encargados de comunicar al cerebro las estimulaciones nocivas, como por ejemplo: el dolor.

Teniendo en cuenta que se trata de personas con retardo mental, se ha tomado algunos puntos relevantes de esta escuela que serán señalados brevemente.

Agrupación de los estímulos:

- Proximidad.- se tiende a unir el estímulo que se encuentra lo más próximo, y se lo agrupa como un todo. (Por ejemplo una forma de rehabilitar el Retardo Mental sería; la enseñanza de las Figuras Geométricas, etc.).

- Continuidad.- también se agrupa estímulos que posean continuidad en su forma; es decir esto puede ser (con la demostración de las Figuras Geométricas en los colores primarios).

- Semejanza.- se agrupa el estímulo por que se parece en alguna característica (como puede ser la exposición de las figuras Geométricas, en los diferentes colores primarios: amarillo, azul, rojo).

Constancia perceptiva:

Se conoce como constancia perceptiva a la acción del cerebro ya que tiende a fijar características constantes e invariables de los objetos, a partir de la estimulación. Esta constancia es imprescindible para nuestra adaptación al medio.

3.2 Posicionamiento Teórico.

A mi criterio personal, a esta corriente psicológica lo considerado como la que más se acopla a las necesidades del proyecto, teniendo en cuenta que se trata de personas con Retardo Mental, entendiéndose así, que el hombre a través de su vida sufre cambios tanto en el comportamiento como en el conocimiento ya que organiza y reorganiza su vida, ideas y metas, transformándolos así en más complejos pero con

su fuerza de voluntad se pueden llegar a alcanzar logros y observar con claridad los resultados de dichas rehabilitaciones.

Tomando en cuenta que los miembros de la familia son parte fundamental de la rehabilitación y recuperación del paciente, porque a partir de ello forma parte de la integración social y familiar.

Si se logra una rehabilitación como lo espera el terapeuta, se tendrá una persona independiente y productiva ante la sociedad o el medio que lo rodea.

4.- MÉTODOS Y MATERIALES

4.1 PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

- Recopilar datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.**

4.1.1 Tarea 1. Aplicar la ficha de inscripción e información.

Metodología Específica.-

Se procedió a realizar fichas de inscripción, (Anexo N° 3 Ficha de Inscripción) con el objeto de registrar a los pacientes; con datos muy generales de su discapacidad, así como un registro de la persona que lleva al paciente por primera vez, y de esta manera facilitar posteriormente su clasificación y mejor acceso a sus datos informativos.

Se realizó la indagación a cada representante de las personas que requerían esta atención y para ello se aplicó una ficha informativa, (Anexo N° 4 Ficha de Información), la misma que permite recopilar datos más claros enfocados a los antecedentes familiares, personales, el desarrollo motor, lenguaje, en el aspecto psicológicos y emocional, para luego poder definir un diagnóstico descriptivo.

Al recoger la información correspondiente, se elaboró una ficha de localización, (Anexo N° 5 Ficha de Localización). La cual permitió detallar el lugar en donde habitaba cada paciente.

4.2 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con necesidades educativas especiales, en la comunidad.**

4.2.1. Tarea 2. Aplicar la ficha de valoración.

Metodología Específica.-

A fin de lograr este objetivo se empleó una ficha de valoración, (Anexo N° 6 Ficha de Valoración), mediante la cual se hizo la evaluación descriptiva sobre el grado y el tipo de discapacidad de la persona que fue intervenida.

Esta contiene los aspectos en las diferentes áreas, como son: Área personal-social, Área motora, Área de lenguaje, Área cognitiva, y el Área psicoafectiva, lo que permitió en lo posterior establecer con claridad cuales son las personas calificadas para recibir atención.

Para realizar un diagnóstico más acertado, pese a que no había los instrumentos adecuados, se trabajó con materiales del medio; tales como: plantas, agua, tierra, palos, piedras, barro, granos secos, etc.

Al haber adquirido estos materiales del medio, se procedió aplicarlos de acuerdo a la valoración a realizarse; tal es el caso, del área cognitiva, para comprobar si el paciente reconoce las dimensiones y el tamaño se le entregaba tallos de diferente porte y el paciente tenía que decir cual es más grande, pequeño, etc.

4.3 TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

- ☑ **Elaborar una planificación de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posee el paciente.**

4.3.1 Tarea 3. Aplicar la ficha de planificación de actividades.

Metodología Específica.-

Como un medio para facilitar el trabajo de una forma organizada, precisa y acorde a las necesidades propias de cada paciente se utilizó una ficha de planificación de actividades (Anexo N° 7 Ficha de Planificación de Actividades) la misma que se la realizó de acuerdo al diagnóstico de las áreas valoradas de cada paciente; aquí se expone las diferentes áreas:

Área a trabajar: Que fue Personal social, Motora, Lenguaje, Cognitiva, Psico Afectiva. Esto permitió que el facilitador realice sus actividades de una forma precisa y adecuada para poder lograr de alguna manera un resultado.

Sub Área: Dentro de cada área existen sub áreas que permiten desglosar el trabajo y de igual manera delimitar una planificación a fin de aprovechar al máximo el corto tiempo que va a durar el programa. Las sub áreas son:

Personal – Social: Vestimenta, aspecto personal, aspecto social, adaptación, independencia. **Física y Motriz:** Motricidad gruesa, movilidad, equilibrio, fuerza muscular, motricidad fina, comprensión manual, comprensión táctil, coordinación viso motora. **Cognitiva:** Esquema corporal, matemáticas funcional, lecto-escritura, nociones espaciales, com. Del entorno. **Lenguaje:** Lenguaje comprensivo, fonético, fonológico, morfosis taxis, semántica, pragmática. **Psicológico:** conducta, pasiva,

agresiva, afectiva – emocional, pensamiento, percepción, orientación, memoria, concentración, atención.

Objetivos: Para este tipo de proyectos de desarrollo, es de vital importancia, que el facilitador planifique basándose en los objetivos a corto, mediano y largo plazo a fin de abarcar la mayor cantidad de áreas de rehabilitación posible en los seis meses que duró la intervención.

Actividades: Las actividades estuvieron en función de los objetivos a fin de que los mismos sean logrados, y estas actividades tenían sus respectivos recursos que eran: materiales y humano.

Recursos: En ello se describe los materiales a utilizarse para dichas actividades.

AREAS DE TRABAJO

AREAS	SUB-AREAS
1.- Personal – Social	1.1. Vestimenta 1.2. Aspecto Personal 1.3. Aspecto Social 1.4. Adaptación 1.5. Independencia
2.- Física y Motriz	2.1. Motricidad Gruesa 2.1.1. Movilidad 2.1.2. Equilibrio 2.1.3. Fuerza Muscular 2.2. Motricidad Fina

	<p>2.2.1. Comprensión Manual</p> <p>2.2.2. Comprensión Táctil</p> <p>2.2.3. Coordinación Viso motora.</p>
3.- Cognitiva	<p>3.1. Esquema Corporal</p> <p>3.2. Matemáticas Funcional</p> <p>3.3. Lecto- Escritura</p> <p>3.4. Nociones Espaciales</p> <p>3.5. Com. del Entorno</p>
4.- Lenguaje	<p>4.1. Lenguaje Comprensivo</p> <p>4.2. Fonético</p> <p>4.3. Fonológico</p> <p>4.4. Morfosintaxis</p> <p>4.5. Semántica</p> <p>4.6. Pragmática</p>
5.- Psicológico	<p>5.1. Conducta</p> <p>5.1.1. Pasiva</p> <p>5.1.2. Agresiva</p> <p>5.2. Afectiva – Emocional</p> <p>5.3. Pensamiento</p> <p>5.4. Percepción</p> <p>5.5. Orientación</p> <p>5.6. Memoria</p>

	5.7. Concentración
	5.8. Atención

4.4 CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer una UNIDAD DE ATENCIÓN a fin de acoger a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.**

4.4.1 Tarea 3. Buscar ayuda con los miembros de la comunidad a fin de conseguir un espacio físico donde realizar la atención.

Metodología Específica.-

Se creó la unidad de atención en la Parroquia El Lucero; establecida en la Junta de Agua, con el único objetivo de que las personas inscritas llegaran a ser atendidos, y de igual forma, dar una adecuada utilización a los materiales que se entregaron por parte del programa. Para que el local fuera utilizado se reunió los siguientes requisitos:

- Cercanía a la comunidad.
- Facilidad de acceso para las personas inscritas al programa.
- Amplio espacio físico a fin de que se pueda realizar las actividades lúdicas previamente establecidas.
- Una infraestructura que resguarde a los pacientes de los factores ambientales durante la espera, previa a su intervención.

MATERIALES

Los materiales utilizados para la rehabilitación de las personas con necesidades educativas son los siguientes:

MATERIAL DIDACTICO

1.- Material de Desgaste

- Plastilina
- Crayones
- Temperas, pincel
- Papel lustre, seda.
- Papel boon.
- Sorbetes
- Paletas
- Aceite para masajes
- Laminas educativas
- Fomix

2.-Material Pedagógico

- Goma
- Cuaderno
- Lápiz , borrador
- Punzón
- Tabla para punzar
- Aguja punta roma
- Hilo
- Tijeras
- Revistas
- Rompecabezas

3.- Materiales del Medio

- Barro
- Piedras
- Hojas
- Tallos
- Raíces
- Semillas
- Flores

5.- RESULTADOS

Uno de los aspectos fundamentales de todo este trabajo de campo fue conseguir que los padres y familiares participen, se capaciten y promuevan el desarrollo, crecimiento y fortalecimiento de las capacidades de sus hijos e integrarlos más al seno familiar y de la comunidad.

Para entender de una mejor forma los resultados, se lo explicara por objetivos y son los siguientes:

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

- Recopilar datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.**

➤ Resultado.

La ficha de inscripción que se la utilizó en primera instancia, favoreció que se inscribieran: una cantidad de veintidós personas, de diferentes lugares de esta parroquia.

Este instrumento permitió conocer los datos personales y de la ubicación del paciente, así como también se conoció en forma general las limitaciones que poseía la persona a inscribirse.

Con la ficha de Información (Anexo N° 8 Ficha de Información con los datos correspondientes), se obtuvieron resultados un nivel muy general, esto fue basándose en las indagaciones que contiene el documento, el mismo que el representante respondía a las misma, y estos dieron como resultados, respuestas que de alguna manera ayudaban a tener un acercamiento a el problema que poseía el paciente.

Así mismo con la ficha de localización (Anexo N° 9 Ficha de Localización con los domicilios correspondiente), se pudo obtener la dirección domiciliaria del alumno para luego establecer el horario de atención.

Todas estas fichas fueron utilizadas de una manera correcta, ya que por medio de ellas se logro obtener la información correspondiente, para poder poner en marcha la rehabilitación a cada paciente.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

- Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con necesidades educativas especiales, en la comunidad.**

➤ Resultado

El instrumento que nos sirvió para este objetivo es la ficha de Valoración (Anexo N° 10 Ficha de Valoración con toda la información.) la misma que se deriva en relación al diagnóstico proporcionando un resultado en base a las indicaciones que se le daba, como por ejemplo, se le indicaba un dibujo y él tenía que colorearlo de acuerdo a su forma, luego de ello se precedía a decir, de que color lo había pintado; esto en lo que

respecta a el área cognitiva, y de esa manera se continuaba con todas las áreas; al termino de todo este proceso se verificaba en lo que el paciente se desempeñaba, al no hacerlo se procedía a realizar el tratamiento adecuado para que de una o de otra manera se pueda mejorar la calidad de vida.

Dando de alguna manera el siguiente resultado, tres pacientes con retardo mental moderado y uno con retardo mental profundo.

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

- Elaborar una planificación de actividades para el tratamiento de rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posee el paciente.**

➔ Resultado

La ficha Mensual de Programa de trabajo, (*Anexo N° 11 Ficha de programa con todas las actividades*), facilitó la labor de una forma organizada precisa y acorde a las necesidades propias de cada paciente.

Se procedió a planificar de acuerdo a todas las áreas ya valoradas, las mismas que eran mensuales, y de acuerdo a la discapacidad valorada de cada paciente.

En esta ficha se llenaban los ítems que eran: Área, sub área, objetivos, actividades y recursos. A continuación de detallara en qué consiste cada uno de estos ítems:

<u>AREAS</u>	<u>SUB-AREAS</u>
<i>1.- Personal – Social</i>	<i>1.1. Vestimenta</i> <i>1.2. Aspecto Personal</i> <i>1.3. Aspecto Social</i> <i>1.4. Adaptación</i> <i>1.5. Independencia</i>
<i>2.- Física y Motriz</i>	<i>2.1. Motricidad Gruesa</i> <i>2.1.1. Movilidad</i> <i>2.1.2. Equilibrio</i> <i>2.1.3. Fuerza Muscular</i> <i>2.2. Motricidad Fina</i> <i>2.2.1. Comprensión Manual</i> <i>2.2.2. Comprensión Táctil</i> <i>2.2.3. Coordinación Viso motora.</i>
<i>3.- Cognitiva</i>	<i>3.1. Esquema Corporal</i> <i>3.2. Matemáticas Funcional</i> <i>3.3. Lecto- Escritura</i> <i>3.4. Nociones Espaciales</i> <i>3.5. Com. del Entorno</i>
<i>4.- Lenguaje</i>	<i>4.1. Lenguaje Comprensivo</i> <i>4.2. Fonético</i> <i>4.3. Fonológico</i> <i>4.4. Morfosintaxis</i> <i>4.5. Semántica</i> <i>4.6. Pragmática</i>
<i>5.- Psicológico</i>	<i>5.1. Conducta</i> <i>5.1.1. Pasiva</i> <i>5.1.2. Agresiva</i> <i>5.2. Afectiva – Emocional</i> <i>5.3. Pensamiento</i>

	<p>5.4. <i>Percepción</i></p> <p>5.5. <i>Orientación</i></p> <p>5.6. <i>Memoria</i></p> <p>5.7. <i>Concentración</i></p> <p>5.8. <i>Atención</i></p>
--	--

CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer una UNIDAD DE ATENCIÓN a fin de acoger a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.**

➔ Resultado.

Se obtuvo una buena participación de la comunidad, autoridades, padres de familia, ya que fueron quienes nos proporcionaron un local en el barrio este sitio fue la Junta de Agua Potable del sector, y este sirvió para dar la atención especializada a cada uno de los pacientes que llegaban a recibir la atención.

5.1. RESULTADO POR CASOS

CASO N° 1

DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombre: “Pepe”

Fecha de nacimiento: 5 de Febrero de 2000

Nombre del Padre: “Lucho”

Nombre del Madre: “Luisa”

Edad: 7 años

Ocupación: Agricultor

Ocupación: Ama de casa

Estado civil de los Padres: Separados

Lugar que ocupa en la familia: Primero

Persona con quien vive: “Luchito” (su padre), “sus abuelitos”.

Representante: Abuelita “Juana”

Ocupación: Ama de Casa

Dirección: Parroquia LUCERO

CAUSAS DE REMISIÓN:

Paciente con deficiencia mental presentaba las siguientes características:

- No pronuncia claramente las palabras.
- Sobre protección familiar.
- Problemas de aprendizaje.
- No reconoce claramente a los miembros de su familia.

DIAGNOSTICO:

- ▶ Paciente con Retardo Mental Leve, presentando dificultades en el lenguaje, problemas en el aprendizaje, con marcada dependencia familiar, con alteraciones emocionales.

TRATAMIENTO:

🍏 Área cognitiva:

- ⊗ Reconocimiento del esquema corporal por medio de láminas y muñecos
- ⊗ Indicación de las figuras geométricas en diferente tamaño, grosor y forma.
- ⊗ Enseñar al paciente láminas, pinturas de diferentes colores.
- ⊗ Identificación, aprendizaje de las vocales y colores.

🍏 Área de Lenguaje:

- ⊗ Realización de ejercicios faciales.

- ✘ Pronunciación de palabras simples, para luego hacerlas con palabras más complejas.

🍏 **Área Psicológica:**

- ✘ Realizar juegos en los que llamen la atención y que no se distraiga con facilidad.

RECOMENDACIONES:

♣ **Área de Lenguaje:**

- ✓ Terapia de lenguaje, con ejercicios faciales, para una buena pronunciación.

♣ **Área Cognitiva:**

- ✓ Dar a conocer al paciente su esquema corporal.
- ✓ Enseñarle cuales son las figuras geométricas.
- ✓ Reconocimiento de los colores primarios.
- ✓ Indicar los números.
- ✓ Identificar las nociones espaciales, (arriba, abajo, dentro, fuera, etc.)
- ✓ Indicarle gráficos para que identifique cuales son los animales domésticos, salvajes, plantas.
- ✓ Hacer que el paciente identifique al menos las vocales.

♣ **Resultados:**

- ✓ Se logró que el paciente aprenda a distinguir las vocales.
- ✓ Se logró que el niño realizara satisfactoriamente los ejercicios de lenguaje, para una adecuada pronunciación.
- ✓ Respondió en forma en todos los juegos.

CASO N° 2

DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombre: “Isabel”

Fecha de nacimiento: 17 de Junio de 1984

Edad: 23 años

Nombre del Padre: “Pancho”

Ocupación: Agricultor

Nombre del Madre: “Lucha”

Ocupación: Ama de casa

Estado civil de los Padre: Casados

Lugar que ocupa en la familia: ”Primera”

Persona con quien vive: “Pancho” (su padre), “sus abuelitos”.

Representante: Abuelita “Luisa”

Ocupación: Ama de Casa

Dirección: Parroquia LUCERO barrio Centro Cívico.

CAUSAS DE REMISIÓN:

Paciente con deficiencia mental presentaba las siguientes características:

- Es inquieta.
- Requiere de la ayuda de otra persona para caminar.
- Es dependiente de su familia.
- Necesita ayuda para vestirse.
- Es distraída.

DIAGNOSTICO:

- ▶ Joven con Retardo Mental Moderado, con dificultades, motrices, de lenguaje, aprendizaje, con alteraciones emocionales, dependencia familiar.

TRATAMIENTO:

🍏 Área cognitiva:

- ⊗ Exploración de la naturaleza de la localidad, para que haga el reconocimiento del las plantas, y sus diferentes partes.
- ⊗ Observar su propio medio, para que el paciente pueda identificar las nociones del espacio; ejemplo: arriba, abajo, atrás, adelante, derecha, izquierda.
- ⊗ Realizar observaciones, con el paciente, en muñecos, personas; para que así reconozca las partes del cuerpo.
- ⊗ Utilizar diferentes maneras para que el paciente, pueda realizar su aseo personal; como: lavarse las manos, la cara. Etc.

🍏 Área de Lenguaje:

- ⊗ Realizar ensayos de pronunciamiento, con palabras simples y dobles.

🍏 **Área Físico – Motriz:**

- ⊗ Realizar técnicas de juego en las que pueda mejorar su motricidad gruesa y fina.

🍏 **Área Personal – Social:**

- ⊗ Enseñarle al paciente cómo se debe asearse correctamente, cómo debe utilizar adecuadamente las prendas de vestir.

🍏 **Área Psicológica**

- ⊗ Por medio de juegos fijar la atención del paciente.

RECOMENDACIONES:

♣ **Área de Lenguaje:**

- ✓ Continuar con la terapia de lenguaje.

♣ **Área Físico Motriz:**

- ✓ Punzado.
- ✓ Rasgado.
- ✓ Ensartado.
- ✓ Pegado.
- ✓ Subir y bajar gradas.
- ✓ Caminar sobre andamios.
- ✓ En forma recostada realizar ejercicios de piernas, (subir, bajar, etc.)

♣ **Área Cognitiva:**

- ✓ Enseñar el esquema corporal.
- ✓ Iniciarle cuáles son las figuras geométricas.
- ✓ Enseñarle a reconocer los colores primarios.
- ✓ Indicar los números.
- ✓ Identificar las nociones espaciales, (arriba, abajo, adentro, afuera, etc.)
- ✓ Indicarle gráficos para que identifique cuáles son los animales domésticos, salvajes, plantas, tallos, frutos.
- ✓ Hacer que el paciente identifique al menos las vocales.

♣ **Área Personal Social:**

- ✓ Enseñarle a vestirse.
- ✓ Enseñarle hábitos de higiene.

♣ **Resultados:**

- ✓ Se logró que la paciente aprenda lavarse adecuadamente las manos, cara.
- ✓ Se logró que reconozca los colores primarios
- ✓ De igual manera se logró que la paciente reconozca las diferentes partes del cuerpo.

CASO N° 3

DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombre: “Anita”

Fecha de nacimiento: 10 de Mayo de 1996

Edad: 11 años

Nombre del Padre: “Agucho”

Ocupación: Agricultor

Nombre del Madre: “Lola”

Ocupación: Ama de casa

Estado civil de los Padre: Casados

Lugar que ocupa en la familia: Sexta

Persona con quien vive: Sus padres.

Representante: Sus padres.

Dirección: Parroquia LUCERO barrio Pindo Bajo.

CAUSAS DE REMISIÓN:

Paciente con deficiencia mental presentaba las siguientes características:

- Es tímida.
- No reconoce a los miembros de la familia.
- Se presentó un ejercicio de suma y no pudo resolver esta operación matemática.
- Es distraída.

DIAGNÓSTICO:

- ▶ Niña con Retardo Mental Leve, demostrando dificultades en aprendizaje específicamente el área de las matemáticas, dificultades en las relaciones interpersonales, con alteraciones emocionales.

TRATAMIENTO:

🍏 Área Cognitiva:

- ✘ Indicar a la alumna cuál es la manera en la que debe ordenar los números, ya sea en forma ascendente y descendente para que pueda realizar las operaciones básicas.

🍏 Área de Lenguaje:

- ✘ Por medio de CD hacer que el paciente escuche sonidos de animales, naturaleza, etc. Y luego trate de realizarlos, de esta manera también se podría mejorar el lenguaje.

🍏 Área Personal – Social:

- ✘ Con la presentación de fotografías de su familia, hacer que el paciente, reconozca a los miembros de la familia; con sus respectivos nombres, apellidos y el grado de familiares: esto puede ser, tíos, primos, etc.
- ✘ A la familia se debe indicar que, su hija no debe estar la mayor parte del tiempo enserada, se no que salir para que aprenda a socializarse con las demás personas que la rodean.

RECOMENDACIONES:

♣ Área de Lenguaje:

- ✓ Discriminación de sonidos onomatopéyicos.

♣ Área Cognitiva:

- ✓ Enseñarle como debe ordenar los números, para que pueda realizar las operaciones básicas.

♣ **Área Personal Social:**

- ✓ Enseñarle a que reconozca a los miembros de la familia.

♣ **Resultados:**

- ✓ Se logró el conocimiento de los miembros de la familia.
- ✓ Se logró la integración hacia las personas que le rodean.
- ✓ Se logró que la niña aprenda cual era la manera adecuada de ordenar los números para que pueda realizar las operaciones básicas.

CASO N° 4

DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombre: “Mateo”

Fecha de nacimiento: 2 de Agosto de 1987

Edad: 20 años

Nombre del Padre: “Pato”

Ocupación: Agricultor

Nombre del Madre: “Maritza”

Ocupación: Ama de casa

Estado civil de los Padre: Casados

Lugar que ocupa en la familia: Primero

Persona con quien vive: Su padres”.

Representante: Sus Padres

Ocupación: Ama de Casa

Dirección: Parroquia LUCERO barrio Pindo Bajo.

CAUSAS DE REMISIÓN:

Paciente con deficiencia mental presentando las siguientes características:

- Muy inquieto.
- Dificultades en la pronunciación y articulación.
- Es muy dependiente de su familia.
- Tiene problemas en la motricidad fina y gruesa.
- Problemas de orientación espacial.
- Necesita ayuda para vestirse.

- Requiere de ayuda para realizar sus necesidades biológicas.
- Necesita de la ayuda para su aseo personal.

DIAGNÒSTICO:

- ▶ Paciente con Retardo Mental Profundo, manifestando dificultades en el lenguaje, aprendizaje, con dependencia familiar, problemas motrices necesitando la ayuda de otra persona para movilizarse, con alteraciones emocionales.

TRATAMIENTO:

🍏 Área Cognitiva:

- ✘ Con la exposición de muñecos, personas; y de si mismo, hacer que el paciente reconozca las partes del cuerpo.
- ✘ Llevar al paciente a un lugar amplio e indicar, nociones del espacio; ejemplo: arriba, abajo, atrás, adelante, derecha, izquierda.

🍏 Área de Lenguaje:

- ✘ Con masajes faciales, mejorar en el paciente el movimiento de la boca, luego hacerle pronunciar palabras que contengan una sola sílaba y como vaya respondiendo aumentar la cantidad de silaba para que de esta manera mejore su comunicación.

🍏 Área Físico – Motriz:

- ✘ Utilización de un espejo, y en él, hacer que el paciente observe los movimientos que se realiza, para luego los vuelva a realizar, y de esta manera mejore su equilibrio al caminar.

🍏 Área Personal – Social:

- ✘ Con la presentación de fotografías de su familia, hacer que el paciente, reconozca a los miembros de la familia; con sus respectivos nombres, apellidos y grado de familiares: esto puede ser, tíos, primos, etc.

RECOMENDACIONES:

♣ Área de Lenguaje:

- ✓ Realizar Ejercicios de lenguaje que le permitan articular palabras.
- ✓ Terapia de lenguaje.
- ✓ No existe coherencia en las palabras que pronuncia.

♣ Área Físico Motriz:

- ✓ Punzado.
- ✓ Rasgado.
- ✓ Ensartado.
- ✓ Pegado.
- ✓ Subir y bajar gradas.
- ✓ Marchar.
- ✓ Gatear.
- ✓ Caminar sobre tablados.
- ✓ Hacer Ejercicios con el balón terapéutico.
- ✓ En el colchón, de una forma recostada realizar ejercicios de piernas, (subir, bajar, etc.)

♣ Área Cognitiva:

- ✓ Enseñarle a reconocer las partes gruesas y finas de su cuerpo.
- ✓ Iniciarle cuales son las figuras geométricas.
- ✓ Enseñar le a reconocer los colores primarios.
- ✓ Indicar los números.
- ✓ Identificar las nociones espaciales, (arriba, abajo, a dentro a fuera, etc.)
- ✓ Indicarle gráficos para que identifique cuáles son los animales domésticos, salvajes, plantas, tallos, frutos.
- ✓ Hacer que el paciente identifique al menos las vocales.

♣ Área Personal Social:

- ✓ Enseñarle a vestirse.
- ✓ Hábitos de higiene y aseo personal

♣ **Resultados:**

- ✓ Se logró que el paciente adquiriera equilibrio al caminar
- ✓ Se logró que realizara movimientos de motricidad fina, y pinza.
- ✓ De la misma manera se logró que la paciente reconozca algunas partes del esquema corporal.

6.- DISCUSIÓN

A través del programa de rehabilitación comunitaria se logró que los padres de familia participaran en el tratamiento de sus hijos, la misma que se la hacía en diferentes Áreas y Subáreas y para el cumplimiento de trabajo, se utilizaron algunas herramientas que a continuación se detallan:

Recopilar datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.

Se aplicó una ficha de inscripción con el objetivo de registrar a las personas; con datos muy generales. Luego de ello se utilizó la ficha informativa en la que el representante del paciente, debía de responder con claridad las preguntas que se le hacían, en este aspecto una de las dificultades que se presentó, fue que algunas no recordaban con exactitud las fechas de nacimiento de sus hijos, ni tampoco recordaban cuales eran los problemas que tenían durante el embarazo.

Cabe resaltar que las personas que llegaban, hacerse inscribir o despejar cualquier inquietud que tenían, no les importaba las horas que tenían que caminar, el sol o la lluvia, o cualquier condición climática presente.

Valorar el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con necesidades educativas especiales, en la comunidad.

Al fin de recopilar toda la información se empleó una ficha de valoración, mediante la cual se hizo el diagnóstico descriptivo, conociendo así el grado y tipo de discapacidad de cada persona inscrita.

Esta ficha contiene datos de las diferentes áreas, como son: Área personal-social, Área motora, Área de lenguaje, Área cognitiva, y el Área psicoafectiva.

Esta ficha fue de gran ayuda para establecer la dificultad que poseía el paciente.

Pero ante esto se debe anotar que por ser la primera vez de intervención no contamos con la asesoría adecuada, ni con materiales o reactivos psicológicos que se pudieran

utilizar para saber con verdadera certeza que grado de discapacidad poseía el paciente.

Además de ello la población tiene dificultades económicas muy grandes ya que hacerse un examen especializado fue muy difícil.

Por otro lado hay que tomar en cuenta que cuando se trabaja con la comunidad las condiciones cambian y en ese preciso momento el profesional se tiene que enfrentar a una dura realidad, haciéndose necesario actualizarse y capacitarse de forma continua.

Elaborar una planificación de actividades para la rehabilitación de acuerdo al grado de discapacidad que posee el paciente.

Para facilitar el trabajo y hacerlo de una forma organizada, precisa y acorde a las necesidades propias de cada uno de los pacientes, se utilizó una ficha de planificación de actividades, la misma que se ejecutó de acuerdo al diagnóstico en las áreas valoradas.

Esta ficha fue de gran importancia la elaboración de esta ficha, porque al final de la fecha propuesta, se observaba si se llegó a cumplir el objetivo propuesto y de no ser hacer así, se reforzaba en la fecha siguiente.

Establecer una UNIDAD DE ATENCIÓN

Se creó la unidad de atención en la Parroquia El Lucero; establecida en el domicilio de la Junta de Agua, con el único objetivo de conseguir que las personas inscritas llegaran a ser atendidas y dar una adecuada utilización a los materiales que se entregaron por parte del programa. Además para que este local fuera utilizado se reunió algunos requisitos:

Cercanía a la comunidad; facilidad de acceso para las personas inscritas, amplio espacio físico, a fin de que se pueda realizar las actividades lúdicas previamente

establecidas, una infraestructura que resguarde a los pacientes de los factores ambientales durante la espera, previa a su intervención.

Al principio fue muy difícil, laborar en el local llamado junta de agua, porque se encontraba con una gran cantidad de material de construcción. Pero con el transcurso del tiempo las condiciones cambiaron, disponiendo de un espacio muy amplio, para realizar las diferentes terapias.

7.- CONCLUSIONES

Al final de este trabajo de campo, se ha llegado a establecer las siguientes conclusiones las mismas que sintetizan los resultados teóricos y estadísticos, obtenidos en la Parroquia El Lucero del Cantón Calvas.

- 1.** Se brindó atención, a las personas con necesidades educativas especiales y a sus familias, que habitan en el sector urbano marginal y rural de Cantón Calvas promoviendo sus derechos.
- 2.** Las personas con necesidades educativas especiales, se beneficiaron con la atención terapéutica y educativa, de acuerdo al área valorada.
- 3.** Se realizó un proceso de intervención basado en cinco áreas que son: (áreas: personal-social, cognitiva, lenguaje y comunicación, psicomotricidad, psicoafectiva.) además el uso de terapias alternativas como: (Hipopoterapia, e Hidroterapia) a fin de favorecer: el contacto afectivo, autoestima, centrar la atención, auto cuidado, relaciones interpersonales, y lograr que mejoren: su comunicación, sus posibilidades físicas, su contacto social, su independencia personal y el conocimiento de si mismo y de su entorno.
- 4.** Con la participación de los padres y familiares de los alumnos, se estableció la unidad de atención en donde se les indicó métodos, prácticos y eficientes a fin de que estos se involucren en el proceso educativo y rehabilitatorio, dándoles una pauta del tratamiento, a su vez fomentando la integración familiar, asesorándolos apropiadamente sobre posibilidades de rehabilitación que tienen sus hijos.
- 5.** Con la colaboración y entusiasmo de la facilitadora, los padres de familia, y la comunidad, se pudo obtener algunos logros entre ellos una mejor

socialización en su propio medio, mejorando las habilidades psicomotrices.
Y de esta manera elevar la calidad de vida de cada uno de ellos.

6. En los cuatro pacientes que recibieron el tratamiento de rehabilitación, se observaron grandes resultados, entre los más importantes fue, la socialización e integración ante los demás, auto cuidado, mejorar: sus posibilidades físicas, el conocimiento de sí mismo y de su propio entorno.

8.- RECOMENDACIONES

Luego de dar a conocer las conclusiones se recomienda lo siguiente:

1. Que las autoridades del Área de Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, permitan que los egresados de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, continúen realizando pasantías o trabajos de campo, pero en un período más amplio, para de que esta manera los profesionales se involucren con la realidad bio- psico- social y económica que presentan los pobladores de las diferentes comunidades.
2. Que los Gobiernos Seccionales del Ecuador se adhieran a estos Proyectos de Desarrollo, para que así se puedan dar cuenta del avance de las personas que requieren de este tipo de atención, y aparte de ello aportar con la logística que se establezcan en estos Proyectos, de manera que esto sea un incentivo a los futuros profesionales.
3. Crear una conciencia clara del rol que desempeña la familia en el proceso soci-educativo y de rehabilitación de su hijo (a), ya que debe ser la principal protagonista en desarrollo de habilidades y destrezas básicas.
4. Una de las recomendaciones que considero importante, es que, se haga campañas de prevención de las discapacidades. Iniciando por los establecimientos educativos, la comunidad, para ello se puede hacer uso de los medios de comunicación: radio, prensa y la televisión.

9.- BIBLIOGRAFIA

- ⊗ ALONSO, P.; GUTIERREZ, A.; FERNÁNDEZ, y VALMASEDA, M. (1991) “El alumno con problemas de audición. Implicaciones en su desarrollo”. Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencias auditivas de Madrid, Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, MEC.
- ⊗ AUTORES VARIOS “Necesidades Educativas Especiales” 2ª edición
Colec. Educación para la diversidad Ediciones Aljibe S.L.
- ⊗ BARON Robert, HALL **Psicología** México Tercera edición 2000.
- ⊗ BERLO David y PELLIZA Mónica, Psicología de la comunicación, EDITORIAL S ANTILLANA 1999.
- ⊗ CARO Isabel **Manual de psicoterapias cognitivas** Piados. Barcelona, España 2000.
- ⊗ CHRIS L. Kleinke Principios comunes en psicoterapia. Segunda edición, Biblioteca de psicología Desclee de Browser. Boston, Estados Unidos. 2000.
- ⊗ FERNANDEZ Roció, Introducción a la Evaluación Psicológica.
- ⊗ JODELET Denisse, La representación social, concepto y teoría, Editorial Hartkey 1998.
- ⊗ MARTORELL James, Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos de Ediciones pirámide, 1996. Madrid, España.
- ⊗ PAU WATZWICK, JANET BEAVI Teoría de la comunicaron humana, Editorial Hender, 1989.
- ⊗ SCHILLER, H: Psicología de las masas, Editorial Augustus M 1969.
- ⊗ SCHILLER, H, comunicación de masas en imperialismo yanqui, Barcelona, Gustavo Gili 1977.
- ⊗ SCHRAMM, W: La ciencia de la Psicología urbana, University of Illinois press. 2004.
- ⊗ STEVEN Jay Linn Y GARSKIE John Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos. Biblioteca de Psicología de Desclee de Browser 1998, Ohio, Estados Unidos.

- ⊗ TRIGUERO, M.J.; “La educación del alumno sordo” (1994), editado por M^a José Triguero Rodríguez.
- ⊗ VERDUGO, M.A. “Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras”, Siglo Veintiuno de España Editores S.A., Febrero 1999.

10. - ANEXOS

ANEXO 1

PROYECTO DE DESARROLLO

TITULO

Atención a personas con retardo mental. En la Parroquia “el Lucero” del Cantón Calvas, de la Provincia de Loja Periodo Enero – Junio del 2007.”

1. PROBLEMATIZACIÓN

En la actualidad vivimos en un mundo donde existe un desarrollo científico y tecnológico que penetra en todos los rincones de la tierra a través de un fenómeno conocido como la **globalización**. Fenómeno que empieza por ser económico pero que trasciende en lo político, ideológico, cultural y por ende en la educación, involucrando al mundo en diferentes realidades de acuerdo a la situación de cada país.

Aunque realmente el concepto de globalización cautivó a la humanidad en la década anterior con la idea de un mundo sin fronteras ni barreras ideológicas, es hoy cuando nos damos cuenta de que en realidad existen pocos **globalizadores** y millones de **globalizados**. Esta condición nos obliga como seres humanos a entrar en la continua competencia por la búsqueda del éxito, es decir retomar el proceso de selección natural, o la **supervivencia del más apto**. Al encontrarnos dentro de esta condición podemos determinar que aquellos que llevan la desventaja son las personas con discapacidad, debido que, a lo anteriormente mencionado se le suma una gran carga de prejuicios que hacen más difícil aún su desempeño en la sociedad.

Al referirnos a la Psicorrehabilitación y Educación Especial que es el área de nuestro interés podemos afirmar que los gobernantes de las grandes potencias dedican cada vez mayor proporción de sus recursos y realizan mayores esfuerzos para mejorarla, utilizando sistemas modernos, una mejor administración puesto que son poseedores de grandes recursos, la tecnología es avanzada lo que permite formar al futuro Profesional en esta rama preparándolo en una forma, eficiente y efectiva para enseñar a una población que demanda conocimientos bien enfocados, concienzudamente preparados es decir el profesional encargado del mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad posee un gran arsenal de

conocimientos, técnicas, e incluso herramientas tecnológicas que le permiten brindar una intervención eficaz, oportuna y de un muy amplia cobertura.

Lamentablemente esto no ocurre en los países subdesarrollados como los latinoamericanos, donde la educación, y muy puntualmente la Educación Especial y la Rehabilitación de las personas con capacidades diferenciadas, ha tenido que enfrentar serios problemas que afectan a la formación profesional de los futuros psicorrehabilitadores, manteniendo así una atención de un bajísimo alcance que ha minado el desarrollo de este tipo de personas en los sectores alejados de los núcleos urbanos, debido a lo establecido por este sistema capitalista que ha impuesto EE.UU, el cual es manejado de acuerdo a sus propios intereses, lo que no permite que aquellos que no generen riqueza dentro de una gran metrópoli, vean cada vez mas lejana sus posibilidades de mejoría sea cual fuere su afección sea esta física, sensorial o mental.

El Ecuador, no está ajeno a esta realidad, porque en nuestro sistema de protección al discapacitado, la formación inicial superior del profesional satisface ajustadamente las expectativas, lo que en algo favorece a los psicorrehabilitadores alcanzar un buen desempeño, al momento de brindar una intervención científica y pedagógica que permita mejorar la calidad de conocimientos impartidos al discapacitado dentro del sector urbano, pero por otro lado la asistencia al discapacitado en los sectores rurales se ve sumamente limitado debido al difícil acceso a las diferentes comunidades, que en muchos de los casos son las que mayor índice de discapacidad presentan.

Otro factor que limita la atención eficaz para las poblaciones rurales son las políticas de gobierno que tiene a nuestro país inmerso en una gran crisis, realidad que se puede notar mediante el presupuesto designado al Ministerio de bienestar social que en los últimos años ha sido un porcentaje escaso que no abastece las necesidades de contratación profesional calificado y especializado, además los

gobiernos de nuestro país no han puesto sus ojos en los rincones mas alejados de nuestra patria, sino que se han centrado casi al cien por ciento en las grandes masas poblacionales (Quito Guayaquil Cuenca).

A todo lo anterior se le suma que los gobiernos de turno asignan un limitado presupuesto a la investigación, causa principal para que los docentes no puedan mejorar sus conocimientos académicos y la calidad de educación no satisfaga las necesidades de la sociedad educativa ecuatoriana.

Loja es una parte del Ecuador que no deja de estar inmersa en la grave crisis que enfrentamos los ecuatorianos en los ámbitos sociales y educativos, por tanto la misma realidad de nuestro país está vigente en nuestra ciudad, y haciendo énfasis en la problemática de la atención a los sectores rurales de Loja, nos podemos dar cuenta que uno de los principales problemas radica en los ámbitos psicológico y pedagógico debido al evidente déficit de instrucción a todos los niveles, lo cual resulta en peso adicional a los escasos profesionales que logran insertarse, establecerse, y dar intervención en una comunidad rural, los mismos que tienen que cumplir labores de profesor primario, servidor publico, y su rol como psicorrehabilitador muchas de las veces pasa a segundo plano.

El cantón Calvas, es uno de los cantones con mayor índice de discapacidad en la provincia de Loja, tanto en su cabecera cantonal como es Cariamanga, como en sus diferentes parroquias como por ejemplo: El Lucero, Utuana, Sanguillin, Colaisaca, Lagunas Usaime etc.

“El alto grado de alcoholismo, y el consumo de alimentos de mala calidad, así como carne contaminada, contribuyen a una mala alimentación de las futuras madres, que obviamente resulta en niños con discapacidad”¹.

¹ I. Municipio de Calvas “ Realidad del Discapacitado en el cantón Calvas” año 2006

Los índices alarmantes de personas disminuidas en sus capacidades tanto físicas, sensoriales, mentales y otras más. Las autoridades del Cantón Calvas y otros organismos han tomado conciencia de este fenómeno y han desarrollado una serie de estrategias que en la práctica real del campo no han arrojado resultados claros o resultados esperados.

También podemos mencionar la escasa o nula proposición de campañas de prevención de discapacidades, para concluir con la inexistencia de planes hechos por y para ser desarrollados por profesionales de la Psicorrehabilitación y la Educación Especial, por esta razón resulta cada vez mas importante, que el futuro profesional de la psicorrehabilitación realice proyectos destinados a mejorar la calidad de vida de la personas con discapacidad.

2. JUSTIFICACIÓN

Conscientes de la importancia que hoy en día tiene brindar atención especializada a las personas con capacidades diferenciadas de las parroquias rurales del cantón Calvas y conocedores de las exigencias que la sociedad demanda a los psicorrehabilitador en el desempeño profesional, consideramos que es de vital importancia a través del presente trabajo, partir de una realidad existente, que para muchos es aún desconocida, aplicar los conocimientos aprendidos en los años de formación profesional palpar las condiciones en las que las personas con discapacidad viven en la parroquia El Lucero. Si bien es cierto su representatividad demográfica no es significativa en cifras, la evidente existencia de discapacitados en estos sectores representa una señal de alerta para las autoridades de turno, debido a que si bien es cierto las personas con capacidades diferenciadas no deben ser segregadas de la sociedad, en nuestra realidad social no podemos permitir el hecho de que las personas con discapacidad engendren más discapacitados.

Esto conlleva no solo a un incremento desproporcionado de los discapacidades, sean estas sensoriales, mentales, físicas etc. lo cual limita grandemente el contingente humano destinado a generar propuestas encaminadas a una atención de excelencia.

De igual manera el presente trabajo busca crear un precedente de una VERDADERA vinculación con la sociedad, no solo en enunciados escritos sino afianzarlo con una vivencia practica.

Basados en esto el Ilustre municipio de Calvas consciente de la realidad en la que vive la gente de su cantón y sus diferentes parroquias se ha preocupado por llevar a sus habitantes personal que brinde sus servicios especializados en los sectores mas necesitados de intervención a personas con discapacidad.

Por otro lado, la Universidad Nacional de Loja, en su constante afán de vincularse a la comunidad con profesionales formados en sus aulas, prestos a integrarse a los diferentes campos productivos, han convenido sumar esfuerzos a fin llegar a las diferentes comunidades y de alguna manera enfrentar esta realidad y a su vez entregar a la sociedad, profesionales mas comprometidos con su área debido a su formación en el campo real de trabajo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

1. **Mejorar** la calidad de vida de las personas con discapacidad mental de la parroquia “**El Lucero**” del cantón Calvas en la provincia de Loja.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ⊍ **Recopilar** datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.
- ⊍ **Valorar** el tipo y el grado de discapacidad que presenten las personas con discapacidad en la comunidad.
- ⊍ **Elaborar** una planificación para el tratamiento de acuerdo a cada tipo de discapacidad.
- ⊍ **Crear** una UNIDAD DE ATENCIÓN a fin de acoger a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.

4. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO I

RETARDO MENTAL

- 1. Definición del Retardo Mental.**
 - 1.1. Anatomía y Fisiología del Cerebro**
 - 1.2.1. Tipos de Retardo Mental**
 - 1.2.1.1. Retardo mental Leve**
 - 1.2.1.2. Retardo Mental Moderado**
 - 1.2.1.3. Retardo mental Severo**
 - 1.2.1.4. Retardo Mental Profundo**
 - 1.2. Clasificación del retardo mental.**
 - 1.3. Causas del Retardo Mental**

CAPITULO II

LA FAMILIA CON NIÑOS ESPECIALES

- 2.1. La familia como un sistema social.**
- 2.2. Características de la familia.**
 - 2.2.1. Tamaño de la familia.**
 - 2.2.2. Condición Socioeconómica.**
 - 2.2.3. Religión.**
- 2.3. Adaptación de la familia con niños especiales.**
- 2.4. La importancia de los hermanos.**
- 2.5. Colaboración de la familia y la educación especial.**
 - 2.5.1. Veinticinco estrategias de los padres.**

CAPITULO III

INTERVENCION EDUCATIVA Y DE REHABILITACION EN EL DEFICIENTE MENTAL

3. Generalidades.

3.2. Métodos de la intervención educativa.

3.2.1. Áreas y campos de trabajo.

3.2.1.1. Área cognitiva.

3.2.1.1.1. Actividades para el área cognitiva.

3.2.1.2. Área del lenguaje.

3.2.1.2.1. Actividades para el área del lenguaje.

3.2.1.3. Área motriz.

3.2.1.3.1. Actividades para el área motriz.

3.2.1.4. Área personal social.

3.2.1.4.1. Actividades para el área personal social.

5. MARCO TEORICO

5. 1. RETARDO MENTAL

5.1.1. DEFINICION DE RETARDO MENTAL

El termino discapacidad tiene su origen en dos raíces latinas el termino DIS que quiere decir “restado” o “reducido” y CAPACIDAD que se refiere a la habilidad determinada de realizar una actividad mental o labor manual.

En la actualidad el termino discapacitado se encuentra en desuso ya que, una persona que presenta una condición que represente un desempeño social inferior en al menos un aspecto de su desenvolvimiento social no quiere decir que no posee otras habilidades por lo tanto, nos referimos a ellos como personas con **capacidades diferenciadas** o **personas con discapacidad**.

5.1.1.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CEREBRO

CEREBRO.- Se parece un poco a una nuez grande, de unos 1.300 gramos.

Su superficie tiene una arrugas llamadas circunvoluciones, y unos surcos llamados cisuras, las más notables son las de Silvio y de Rolando.

Todo el Cerebro está formado por la "sustancia gris", por fuera, que son células, neuronas... y por la "sustancia blanca", por dentro, debajo de la gris, que son millones de fibras nerviosas, formando el Cuerpo Calloso en el centro.

Está dividido en dos partes muy semejantes, dos Hemisferios, derecho e izquierdo, unidos por el Cuerpo Calloso, que son millones de fibras uniendo a los dos Hemisferios muy íntimamente.

HEMISFERIOS.-

1- Lóbulo Frontal: a). Su parte anterior está encargado de controlar la personalidad, emociones, razonamiento... Cuando se lesiona, da trastornos de las funciones psíquicas, intelectuales, y emocionales, con cambios del humor y carácter, confusión en el espacio y el tiempo, desorientación, trastornos en el juicio, perturbación alegre y cínica del humor, trastornos demenciales, amnesia (se le olvidan las cosas), y diferentes clases de alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias, con falsa percepción de olores nauseabundos o de perfumes... y también con trastornos de la masticación, salivación, deglución, tartamudeos, incoordinación como cerebelosas... también puede dar epilepsia especial.

b). Su parte posterior, junto al Lóbulo Parietal, está encargado de mover los músculos. Cuando se lesiona, da parálisis de la pierna y el brazo del lado opuesto.

2- Lóbulo Parietal: Encargado especialmente de recibir las sensaciones de tacto, calor, frío, presión, etc. Y coordinar el balance. Cuando se lesiona, da anestesia en el brazo y pierna del lado opuesto, a veces con dolores y epilepsias sensitivas, y desequilibrios de balance. La lesión del lado izquierdo da trastornos en el lenguaje y dificultad para leer.

3- Lóbulo Temporal: Encargado de la audición, lenguaje, dicción... el Lenguaje está localizado en el Hemisferio izquierdo, en las personas que usan la mano derecha, y por eso en los derrames del lado izquierdo del cerebro pierden el lenguaje. En los derrames del lado derecho del cerebro no pierden el lenguaje. Los sentidos de sabor y olor, poco desarrollados en los humanos, suelen estar representados en áreas pequeñas de los lóbulos temporal y frontal.

Muchas epilepsias se deben a cicatrices o trastornos de los lóbulos temporales.

4- Lóbulo Occipital: Encargado de la visión. Su lesión da una ceguera especial llamada hemianopsia homonima, con alucinaciones visuales en forma de centelleos, bolas o

puntos luminosos, y agnosia visual que consiste en que ve los objetos pero no los reconoce.

EL CEREBELO.- Está situado detrás del cerebro y es más pequeño (120 gramos). Tiene forma de una mariposa con las alas extendidas: En el centro está el cuerpo vermiforme (forma de gusano), y a los lados los dos hemisferios cerebelosos. Como el cerebro, tiene sustancia gris en la corteza, y fibras en el centro (sustancia blanca), con forma arborescente, por lo que se le ha llamado "árbol de la vida".

Coordina los movimientos de los músculos al caminar, escribir, coger cosas, etc.

Cuando se lesiona da un andar como de un borracho, temblores, movimientos exagerados, desmesurados, demasiado cortos o largos. Al escribir da golpes con el lapicero en el papel, la dicción es monótona, y tiene vértigo y nistagmo (movimientos involuntarios de los ojos).

DIENCÉFALO.- Está en la base del Cerebro, entre los dos hemisferios, con órganos tan importantes como el Tálamo, hipotálamo, Glándula Pituitaria, y Amígdala... y entre ellos, la importantísima Sustancia Reticular.

Está encargado de controlar y coordinar las emociones de gozo, tristeza, miedo, agresión dulzura... y muchos movimientos automáticos.

La Hipófisis, es una glándula endocrina que regula todas las demás glándulas endocrinas: Tiroides, ovarios y testículos, suprarrenales, páncreas.. Su lesión puede dar alteraciones en el crecimiento, como gigantismo, diabetes insípida, bulimia, obesidad, y trastornos en todas las demás glándulas endocrinas.

EL BULBO RAQUÍDEO.- Es la continuación de la médula, que se hace más gruesa al entrar en el cráneo. Regula el funcionamiento del corazón, músculos respiratorios, masticación, tos, estornudo, vida sexual...

Por eso una lesión en el Bulbo produce la muerte instantánea por paro cardio-respiratorio irreversible.

5.1.2. Definición de Retardo mental

Existe un amplio grupo de personas cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente como para hacer frente a las exigencias del ambiente, y poder así establecer una existencia social independiente. Este tipo de personas han sido estudiadas desde tiempos históricos, siendo etiquetadas como "idiotas", "imbéciles", entre otros. Estos términos, cargados de connotaciones negativas, fueron sustituidos por el de "retardo mental", como un intento de proporcionarles una etiqueta más positiva. Las creencias y conceptos acerca del retardo mental han ido evolucionando con el paso del tiempo, y hoy en día aún continúa en su evolución. El retardo mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento diario de cada persona, quien lo posee. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

5.1.2.1 TIPOS DE RETARDO MENTAL

5.1.2.1.1. RETARDO MENTAL LEVE

Esta categoría constituye la mayoría de los retrasados mentales (aproximadamente el 85%). En el período preescolar adquieren las habilidades sociales y de comunicación y no muestran deterioro en las actividades motoras o el déficit es pequeño (Martin, B. 1985). "A menudo no se distinguen de los niños normales sino hasta años después. Su inteligencia subnormal se manifiesta en los años escolares, ya que tienden a retrasarse respecto a su grupo de edad."²

² Martin, B. 1985 El retardo mental

En los aprendizajes escolares, estos niños pueden alcanzar niveles aproximados de hasta sexto grado en la enseñanza primaria, aunque a un ritmo más lento que el normal. En la secundaria, presentan grandes dificultades en los temas generales, y necesitan de una enseñanza individual o especializada. Posteriormente, pueden alcanzar una adaptación social adecuada y conseguir aptitudes vocacionales que les permitan desenvolverse durante la adultez con cierta independencia.

5.1.2.1.2. RETARDO MENTAL MODERADO

Este grupo constituye alrededor del 10% de los retrasados mentales. Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente (CIE-10, 1992). “Aprovechan poco la enseñanza escolar, pero si reciben clases especiales pueden aprender lo esencial de escritura, lectura y cálculo; y aprender otras destrezas sociales y ocupacionales”³(Martín, B. 1985). En la adultez rara vez obtienen independencia total, pero suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos si las tareas son estructuradas y se les supervisa de modo adecuado. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica.

5.1.2.1.3. RETARDO MENTAL SEVERO

Este retardo se evidencia ya en las primeras semanas de vida, aunque los niños afectados no presenten características morfológicas especiales (Excepto los mongólicos). Su desarrollo físico es generalmente normal en peso y estatura; no obstante, muestran, por

³ Martín, B. 1985 El retardo mental

lo general, una total hipotonía abdominal y, consecuentemente, leves deformaciones torácicas con frecuentes escoliosis. Suelen tener insuficiencia respiratoria (respiración corta y bucal) y posibilidad de apnea (suspensión transitoria de la respiración). Como conductas motrices alteradas están la marcha, el equilibrio, la coordinación dinámica y grandes dificultades de relajación.

5.1.2.1.4. RETARDO MENTAL PROFUNDO

La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica el retardo mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan alteraciones del funcionamiento sensorio motor bastante graves, por lo que su movilidad es muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Requieren de ayuda adulta y supervisión constantes. Los retardados profundos suelen presentar algún tipo de malformaciones cefálicas o faciales. Normalmente, el origen de estos déficits es de tipo orgánico, y su etiología es conocida, aunque no reversible. Este estado se caracteriza por la persistencia de los reflejos primitivos, con una falta de maduración que deja al niño en un estado protopático, primitivo.

5.1.1.2. CLASIFICACION DEL RETARDO MENTAL

La clasificación de la deficiencia mental generalmente se realiza con criterio psicométrico (CI), estableciendo espacios y límites potenciales según el grado de deficiencia.

La clasificación universal de la deficiencia mental según la Organización Mundial de la Salud es:

GRADO DE DEFICIENCIA	COCIENTE INTELECTUAL
Ligero o Leve	50 – 70
Moderado o Medio	35 – 50
Severo o Grave	20 – 35
Profundo	Inferior a 20

Con compromiso en el campo cognitivo, los leves accederán aprendizajes de los instrumentos básicos de toda cultura como son: Lectura, escritura y cálculo, a un nivel de los ciclos medios o superiores de la escuela primaria. Podrán desenvolverse aceptablemente en el medio familiar y social.

Los déficit que sitúan a los niños por debajo de los treinta son más graves, estos niños necesitan de atención, supervisión y hasta custodia permanente en el desarrollo de las actividades cotidianas.

Genera expectativas bajas, por parte de padres y profesores, en relación con lo que puede llegar aprender ese alumno y que generalmente se concentran en un menor grado exigencia en la adquisición de determinados aprendizajes que pueden ser de gran importancia para que el alumno progrese en su aprendizaje.

Se debe seguir avanzando hacia una mentalidad más integradora y renovadora en la forma de asociar esfuerzos para dar respuesta a las necesidades educativas de todos los alumnos.

5.1.1.2. CAUSAS DEL RETARDO MENTAL

El retardo mental se debe a muchas causas diferentes, aunque en ocasiones no se identifica una evidente.

Infecciones:

Las más importantes son: toxoplasmosis, sífilis, rubéola, y citomegalia (provocada por un virus relacionado con los herpes). De estas enfermedades la rubéola se encuentra en la actualidad bastante bien controlada. Para las otras, no se disponen todavía de vacunas o de tratamiento. Hay también diversas enfermedades que provocan encefalitis posinfecciosas, causante de retraso mental en niños: meningitis, rubéola, parotiditis y varicela.

Intoxicaciones

Las principales intoxicaciones que afectan al feto en desarrollo son: la toxemia, del embarazo, la fenilcetonuria materna, la hiperbilirrubinemia, intoxicación saturnina, y el alcoholismo materno.

Todas estas pueden dañar el cerebro en vías del desarrollo. Así una madre con fenilcetonuria da a luz hijos mentalmente retrasados un, cuando representen ellos mismos fenilcetonuria. La intoxicación saturnina es un antiguo problema, al cual se esta se está presentando actualmente renovada, ya que se sabe que reducidas cantidades de plomo pueden causar retraso mental. El consumo de alcohol, por parte de la madre, es considerado en la actualidad con una amenaza potencian para la evolución de feto.

El retraso mental puede ser así mismo debido a traumas sufridos por la madre gestante, lesiones perinatales producidas por aplicación inadecuadas de fórceps durante el parto, o daño posnatalmente sufridos por el niño a causas de accidentes o malos tratos. La anoxia (falta de oxígeno), bien la que se presenta en el parto causa de dificultades de índole obstétrica, o bien más adelante, en el transcurso de la vida, a causa de accidentes (ahogamiento, asfixia, etc.) puede también dejar a la victima profundamente retrasada.

Trastornos del metabolismo o de la nutrición.

Existen diversos trastornos metabólicos (como, por ejemplo, la enfermedad de Tay – Sachs) que producen retraso mental, con frecuencia tras un periodo de degeneración

cerebral. El retraso mental ser causado por trastornos del metabolismo tales como al galactosemia, afección que un niño no tolera la leche.

Anomalías genéticas.

Existen múltiples anomalías genéticas que provocan retraso clínico, con diversos grados de gravedad. La anomalía de este tipo más conocida como en síndrome de Down, producido habitualmente de un número anormal de cromosomas, de igual manera el síndrome de Turner, entre otros. Las causas genéticas conocidas de retraso mental son por anomalías cromosómicas.

5.2. LA FAMILIA CON NIÑOS ESPECIALES

5.2.1 LA FAMILIA COMO UN SISTEMA SOCIAL.

La familia no es solo una colección de individuos; es un sistema social.

Los principios de la familia como un sistema social son:

- “La familia es sí misma un todo estructurado, una unida completa con elementos interdependientes.
- Como un sistema social, las interacción de la familia son reciprocas y representan un dar y recibir continuo, acomodación y adaptación, en lugar de patrones de interacción.
- La familia intenta mantener la estabilidad. En el esfuerzo por consérvala, el comportamiento de algunos integrantes de la familia, la resistencia a l cambio parece ser una ocurrencia natural.”⁴

En la familia, el funcionamiento de cada uno de los miembros del sistema ayuda a mantener y cambiar el comportamiento de los otros.

Cuando nace un integrante de la familia y es diagnosticado con discapacidad mental los demás miembros de la familia adquieren nuevos papeles y en sistema familiar se

⁴ Anne M. Baver. Educación especial.

reorganiza, dicha reorganización modifica las expectativas y actitudes de los integrantes de la familia.

5.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Las características de la familia, entre ellas el tamaño, las condiciones socioeconómicas y la religión son factores preponderantes. Además las actitudes y aspiraciones de los padres, junto con las características de edad, sexo y temperamento tanto de la persona con necesidades educativas especiales como del niño normal y el tipo de severidad de limitación, también influyen en la relación de los hermanos y afectan a la adaptación del hermano normal. A continuación analizaremos estos cuatro factores importantes:

5.2.2.1 Tamaño de la familia: La adaptación de los hermanos es mejor en las familias grandes que en las familias pequeñas. “Cuando hay solamente hay dos hijos uno de ellos es discapacitado los padres tienden a depositar todas sus esperanzas y aspiraciones en el niño normal”⁵, pero cuando la familia es grande los padres pueden distribuir sus deseos y aspiraciones entre varios hijos.

5.2.2.2. Condición socioeconómica: La condición socioeconómica de la familia también puede influir sobre la respuesta de los hijos normales frente al niño con discapacidad. “Las familias con clase media tienen un mejor acceso a la educación de sus hijos tanto normales y con discapacidad.

Lo contrario ocurre con las familias de estratos Socioeconómico inferiores que no cuenta con suficientes recursos, por lo que es imposible pagar los servicios de educación de sus hijos, en estas circunstancias los miembros de la familia tienen que salir trabajar para llevar el sustento familiar, aunque siempre en estos casos las mujeres deben quedarse a cargo de los con necesidades educativas especiales.”⁶

5.2.2.3. Religión: la religión desempeña un papel muy importante en la aceptación de los hijos con retraso mental por parte de los progenitores,

⁵ Anne M. Baver. Educación especial.

⁶ Anne M. Baver. Educación especial.

Las creencias religiosas influyen en la reacción de los padres frente al nacimiento de los niños con discapacidad,

“Estudios realizados afirman que las familias católicas aceptan mejor al niño con retardo mental, aunque lo contrario sucede con las familias judías, protestantes.”⁷

5.2.3 ADAPTACION DE LA FAMILIA CON NIÑOS ESPECIALES.

La aceptación de las familias a los miembros con discapacidad se percibe como la progresión a través de una serie de etapas psicológicas: conmoción, negación, ira depresión y aceptación, es comprensible que las familias con niños especiales experimentan tristeza a lo largo de sus vidas.

Exciten factores personales para la aceptación de un hijo con necesidades educativas especiales, para afrontar estos factores incluyen la capacidad del individuo para mejorar la tensión psicológica en el escenario familiar.

A continuación se darán a conocer algunos de los factores que influyen en la aceptación de niños con necesidades educativas especiales: **Relaciones intrafamiliares**, los padres con retraso en su desarrollo presentan tensión psicológica relacionada con la cantidad de tiempo dedicada a proporcionar cuidados, preocupación por las necesidades presentes y futuras de sus hijos e incertidumbre respecto a su progreso. **Apoyos familiares externos**, se encuentran en el trabajo, la iglesia, en el vecindario, en la escuela y en la comunidad, “ los profesionales que interactúan con la familia y los sistemas de apoyo externos constituyen factores significativos en el contexto del desarrollo de niño y el crecimiento moral de de los padres”⁸ la colaboración entre padres y maestros en beneficio del niño especial aumenta cuando la interacción de las “características personales y influencias ambientales, características familiares que pueden cambiar, las

⁷ Anne M. Baver. Educación especial.

⁸ Anne M. Baver. Educación especial.

características difíciles de cambiar”⁹. **Interrelaciones entre contextos**, los grupos socioeconómicos entre ellos los de mayor ingreso aceptan con mayor facilidad el atontamiento de la educación de sus hijos y los que son de bajos ingresos económicos, no pueden acudir a lugares de integración y educación de a sus hijos con retraso mental. **Creencia y valores sociales respecto a la familia y a la necesidad educativa especial**, la sociedad considera el matrimonio como una unión continua de dos personas que procrean niños sanos y perfectos, la familia que no generan hijos perfectos se consideran diferentes, como consecuencia de eso los padres pueden exhibir una pérdida de autoestima, vergüenza, actitud defensiva, soledad, sentimientos de insignificancia o pérdida de la creencia es decir, la trasmisión de una parte de sí mismo a sus hijos.

5.2.4 LA IMPORTANCIA DE LOS HERMANOS

Otra de las relaciones fundamentales para el desarrollo de los niños especiales es contacto físico y emocional de los hermanos.

Los hermanos proporcionan una relación permanentemente que jamás se anulan. Esta relación continua permite que dos individuos influyan de manera sustancial en sus respectivas vidas a través de unas interacciones longitudinales.

Los hermanos son agentes de socialización. Esta relación especial entre iguales establece el contexto para el desarrollo social. Mediante interrelaciones continuas y a largo plazo, los hermanos se enseñan mutuamente las destrezas sociales. A partir de las interacciones sociales, el niño establece la base para aprender y desarrollar su personalidad en futuro.

En ese contexto de interacciones sociales se producen experiencias relacionadas con aspectos tales como el papel sexual, la moral, la motricidad y el desarrollo del lenguaje.

⁹ Anne M. Baver. Educación especial.

“La interacción social con los hermanos es vital para el desarrollo general. La relación fraterna brinda la oportunidad para ser buen compañero, para demostrar lealtad o rivalidad y para expresar los sentimientos”.¹⁰

Por medio de las interacciones sociales, los hermanos aprenden a dar y a recibir, aprenden a compartir; se imitan el uno al otro; se enseñan mutuamente la importancia de transigir y las ventajas de colaborar; aprenden a resolver los desacuerdos. Este proceso de la socialización influye de manera profunda en la vida de los hermanos.

La relación fraterna constituye un sistema único de apoyo recíproco. Además de ser compañero del juego, el hermano puede servir de confidente y consejero; por lo general los hermanos se aconsejan.

“En la familia encuentra los niños las primeras oportunidades de explorar el mundo y comunicarse y de relacionarse con otros seres humanos, en ella aprenden acerca de los modales, estados temperamentales, etc.”¹¹

La noticia de que uno de los hijos tiene discapacidad obliga a la familia, especialmente a los padres y los hermanos, confrontar sus propios sueños y aspiraciones.

5.2.5 COLABORACION DE LA FAMILIA Y LA EDUCACION ESPECIAL.

Los esfuerzos de intervención deben basarse en las necesidades, aspiraciones y proyectos personales identificados en el núcleo familiar para promover un funcionamiento positivo del niño, los padres y la familia. Las ventajas y actitudes de la familia debe ser la base sobre la que se promueva su capacidad para movilizar recursos. El énfasis principal de programación se debe dirigir al fortalecimiento de la red social

¹⁰ Anne M. Baver. Educación especial.

¹¹ Anne M. Baver. Educación especial.

personal de la familia, así como las fuentes potenciales de ayuda y asistencia informal que no se ha explotado, los comportamientos de ayuda deben promover la adquisición y uso, por parte de la familia, de las aptitudes y habilidades necesarias para movilizar y asegurar recursos.

Las actividades que proporcionan información, la familia recibe de manera pasiva. La información usualmente es objetiva y el contacto entre el profesional y los padres es breve, actividades que comparten información, es la junta de padres y maestros. En educación especial, se realiza con los padres al menos una conferencia al año en forma de una reunión

Las actividades en el área de apoyo colaborativa para programas escolares requieren un aumento de la actividad y el compromiso por parte de los integrantes de la familia. Una actividad común en el área de apoyo para el programa escolar es la intervención hogar escuela, en la que los miembros de la familia trabajan juntos para poner en práctica las metas y objetivos. Además, los padres pueden actuar como maestros de sus hijos o supervisar el estudio del chico en casa para apoyar el programa.

Familias que deciden no colaborar, si se acepta que cada familia es un sistema social único resulta lógico que los factores que influyen en cuanto se involucra está en la educación de su hijo también son únicos para cada núcleo.

En el trabajo con padres con problemas, indican la existencia de tres conjuntos de problemas que deben enfrentar el profesional. En primer lugar están los problemas innatos de los padres, como la energía física necesaria para vivir con un hijo. En segundo lugar las defensas, psicológicas como resultado de la necesidad educativa especial de su hijo.

Hay algunas padres, sin embargo, cuyas dificultades personales son tales que no es posible la colaboración padre / maestro, o no es adecuada para satisfacer sus necesidades.

5.2.6. ESTRATEGIAS PARA LOS PADRES CON NIÑOS ESPECIALES.

5.2.6.1. VEINTICICO ESTRATEGIAS PARA LOS PADRES.

1.- Ser francos y sinceros, los hermanos necesitan saber que cuenta con unos padres a quienes pueden hacer preguntas y quienes pueden proporcionarles respuestas directas. Si los padres reconocen la respuesta, deben decirlo y hacer un esfuerzo mancomunado por encontrarlo. Los padres deben facilitar las cosas para que los hijos hagan preguntas y, en caso de producirse ninguna, deben plantearlas ellos mismos.

2.- Valorar a cada hijo como individuo. Comparar a los hijos es una tendencia natural, especialmente en lo que se refiere a sus características físicas, sus cualidades y sus defectos. Cuando uno de los hijos tiene una limitación, la comparación casi siempre favorecerá a los demás hermanos, lo cual no dejara de generar conflictos entre los hijos. Los padres deben dialogar con cada hijo individualmente.

3: Limitar las responsabilidades de los hijos. Cuando uno de los hijos sufre una limitación severa, lo más probable es que los demás hermanos tengan que asumir responsabilidades adicionales para ayudar al discapacitado. Todos los hermanos mayores ayudan a educar a los pequeños, pero ésta es una responsabilidad que puede llegar a ser muy grande cuando uno de los hijos requiere un cuidado fuera de lo común. Es posible lograr el necesario equilibrio repartiendo las responsabilidades o recurriendo a servicios externos cuando sea preciso.

Es importante recordar que los hermanos reciben con beneplácito toda muestra de reconocimiento por su labor.

4.- Utilizar servicios de relevo y apoyo. Los servicios de relevo tienen por objeto ayudar a la familia a satisfacer las necesidades constantes e intensas que implica atender a un niño con discapacidad. Los padres pueden recurrir a estos servicios a fin de aliviar su carga de obligaciones y poder dedicar más tiempo a los demás hijos.

5.- Ser justos. Los padres siempre deben tratar de ser justos en lo que se refiere a la disciplina, atención y reparto de recursos. Al niño discapacitado se lo debe tratar de la forma más normal posible. Los hermanos reconocen inmediatamente el proceder justo de los padres. Estos deben ser especialmente equitativos cuando se trata de resolver peleas entre hermanos. Si los padres se ponen siempre al lado del niño con necesidades educativas especiales, o del hermano, lo más probable es que generen conflictos entre sus hijos.

6.- Aceptar la limitación. Si los padres no aceptan la limitación de su hijo, es poco probable que los demás miembros de la familia lo hagan. Una vez que los padres aceptan la limitación, la familia puede comenzar a formular los planes necesarios para enfrentar, de una manera justa y constructiva, todos los problemas relacionados con la limitación. Cuando se niega la limitación, la adaptación de los hermanos se hace muy difícil.

7.- Formar una biblioteca con libros sobre limitaciones. Una de las mejores formas de brindar información a los hijos normales consiste en entregarles libros que ellos mismos puedan leer. En las bibliotecas locales generalmente hay publicaciones para todas las edades acerca de las enfermedades limitantes y las relaciones entre hermanos.

8.- Establecer una hora especial para dialogar con los hermanos. Todo el mundo reconoce que los niños discapacitados absorben mucho tiempo. Cuando los hermanos maduran comprenden la necesidad de que sus padres den al niño discapacitado esta atención adicional. Los padres pueden, hasta cierto punto, equilibrar esta desigualdad

estableciendo un horario especial para estar con los hermanos. Por ejemplo, uno de los padres puede destinar la noche del jueves, entre las 7 y 8, para construir modelos con sus hijos normales. En un caso en particular, los padres se turnaban para llevar a la hija normal al cine. Al establecer un horario especial, los padres reafirman la importancia de sus otros hijos.

9.-Dejar que los hermanos arreglen sus propias diferencias. Las peleas entre hermanos son naturales, y en muchos casos, saludables. Son un medio para llegar a conocerse y para establecer las normas de una relación de cooperación. Interrumpir siempre las peleas equivale negarle a los hermanos la oportunidad de resolver sus conflictos (claro está que los padres nunca deben dejar que los hermanos se hagan daño).

10.- Aceptar la presencia de amigos y otros niños en casa. Algo que preocupa a los hermanos es su relación con personas ajenas a la familia. Los padres pueden anticiparse a minimizar situaciones difíciles en este sentido, haciendo que en el hogar sean bienvenidos los amigos y demás niños. Compartir con extraños la intimidad familiar es una forma de manifestar que se aceptan las limitaciones del discapacitado y de reafirmar la voluntad de la familia de participar plenamente en la vida de la comunidad.

11.- Elogiar a los hermanos. Todos los niños necesitan del elogio de sus padres. Cuando los padres vean que los hermanos se han sacrificado, se han mostrado pacientes o han querido ayudar, deben reconocer esos esfuerzos y proporcionales estímulo. El elogio debe ser generoso, porque es un bien que nunca sobra y siempre será bien recibido. El elogio los padres ayudará a los hijos a formarse una idea positiva de sí mismos.

12.- Los padres deben reconocerse como los principales educadores de sus hijos. Por lo general, los niños siguen el ejemplo de sus padres e imitan su comportamiento. Por lo tanto, los padres deben reconocer el valor de las lecciones informales y servir de

ejemplo en lo referente a la interacción con el niño especial. Así mismo, deben demostrar mediante el ejemplo que saben aceptar a todas las personas y convivir con ellas, sean discapacitados o normales.

13.- Los padres deben reconocer que su familia es única. Sentirse bien en lo atinente a la familia y a los hijos implica evitar las comparaciones con otras familias y otros hijos. Las demás familias generalmente no hacen públicos sus problemas. Por lo tanto, si los padres insisten en comparar su propia familia con lo que aparentan ser las demás, lo único que lograrán será que sus hijos establezcan metas ficticias.

14.- Escuchar a los hijos. Los hermanos ven al niño con discapacidad de manera diferente de cómo lo ven los padres. La relación entre los hermanos es única. A medida de que los hermanos crecen, sienten el deseo de hacer observaciones y preocupaciones, comentarios y sugerencias acerca del niño discapacitado. Es preciso prestar atención a sus observaciones y preocupaciones. Esa atención implica observar también los mensajes y comportamientos tácitos. Los hermanos sabrán que sus sugerencias y opiniones son bien recibidas si los padres estimulan la comunicación con ellos.

15.- Contar con los hijos cuando hay decisiones. A medida que los hijos crecen, es probable que deseen participar en las decisiones que atañen al niño con discapacidad.

Los padres pueden fomentar esta participación de varias formas:

- a) Invitándoles a las reuniones de la escuela (por ejemplo, a las reuniones del programa de educación individualizada).
- b) Planificando con ellos el futuro.
- c) Pidiéndoles sus opiniones sobre el tratamiento y los servicios que necesita el niño con necesidades educativas especiales.
- d) Invitándoles a que conozcan los profesionales que trabajan con el discapacitado.
- e) Ayudándoles a capacitarse para enseñar habilidades nuevas al niño con discapacidad.

f) Proporcionándoles la oportunidad para constituirse en defensores del niño discapacitado.

16.- Tratar de que el niño discapacitado llegue a ser lo más independiente posible.

Cuando el niño discapacitado aprende a valerse por sí mismo, no tiene que depender tanto de sus hermanos afín de crear un clima favorable para que el niño con discapacitado llegue a ser independiente, los padres deben alentarlos a que haga por sí mismo todo lo que les sea posible. Mediante esta clase de aspiraciones, los padres hacen saber que reconozcan los límites de las responsabilidades de sus demás hijos y establecen la base de las características que ha detener la relación futura de los hermanos.

17.- Reconocer las cualidades únicas de cada hijo y su aporte a la familia. Siempre que sean posibles los padres debe destacar las cualidades positivas de cada uno de sus hijos y sus aportes a los demás miembros de la familia. Esto es algo que nunca está de más.

18.- Promover la recreación de programas especiales para hermanos. Los padres han construido de manera decisiva al establecimiento de muchos programas de servicio encaminados a ayudar a los hijos normales. Instar a una asociación de padres o a una escuela para que organicen (día de los hermanos) o un (taller para hermanos) es una forma de lograr que los hijos reciban parte de la información que necesitan.

19.- Ayudar a establecer un grupo de apoyo para hermanos. En virtud de su contacto con otros padres y profesionales los padres son las personas indicadas para propulsar la creación de grupos de apoyo a los hermanos. Estos grupos, organizados por edades, sirven de foro para que los hermanos puedan compartir sus sentimientos y preocupaciones con otras personas que se encuentran en su misma situación. Los padres deben reconocer la ventaja de promover ese intercambio.

20.- Reconocer los momentos de tensión y prepararse para minimizar los efectos negativos. Al igual que los padres, los hermanos de los niños discapacitado tienen momentos de mucha tensión. Hasta donde llegan nuestros conocimientos al respecto, parece que la tensión es mayor en las situaciones siguientes:

- a) Cuando nace otro hijo.
- b) Cuando el niño discapacitado ingresa en la escuela.
- c) Cuando el discapacitado a salir con otras personas de otro sexo.
- d) Cuando los amigos rechazan a los niños con discapacidad.
- e) Cuando los amigos comienzan a preguntar acerca del niño con discapacidad.
- f) Cuando el niño discapacitado enferma gravemente.
- g) Cuando se trata en secreto los problemas relativos a los niños con discapacidad.
- h) Cuando fallecen los padres.
- i) Cuando los hermanos contraen matrimonio, la tensión tiende a acrecentarse en esos momentos principalmente por falta de información y comunicación entre padres e hijos. En una forma de disminuir esta contención consiste en adelantarse a la ocurrencia de tales situaciones, estableciendo un diálogo permanente, abierto y sincero acerca de las mismas y de lo que pueda hacerse para resórbelas. Es probable que los hermanos no siempre sepan que sienten más ira, resentimiento, temor tristeza o soledad en un momento determinado. Los padres deben ayudar facilitando el dialogo para encontrar soluciones a sus dificultades mutuas.

21.- Buscan ayuda profesional. Hay ocasiones en que los hermanos necesitan la atención especial de sus maestros, de los trabajadores sociales, de los concejeros y de los psicólogos. Si los padres ven la necesidad de proporcionales esa ayuda, deben de hacerlo de la misma manera como lo harían con el niño con necesidades educativas especial. Por fortuna, estas ocasiones no son frecuentes porque, en la mayoría de los casos, no necesitan ayuda profesional; sin embargo, en caso de sobrevenir una situación crítica, es preciso buscar asesoría sin demora.

22.- Enseñar a los niños a interactuar. Muchos hermanos necesitan ayuda para aprender a interactuar socialmente con el niño discapacitado. Los padres deben organizar actividades recreativas y proporcionar actividades que faciliten este tipo de interacción. Otra forma de enseñar la interacción social es dando el buen comportamiento por medio de su propia interacción o de alguna actividades de enseñanza formal. Es necesario premiar a los hermanos cada vez que interactúa con el niño discapacitado. Por lo general los hermanos invierten muchas energías y paciencia cuando interactúa con el niño con discapacidad.

23.- Brindar la oportunidad para que la vida y las actividades de la familia sean normales. Las contrariedades entre hermanos tienden a surgir cuando la familia gasta toda su energía y recursos en el cuidado de su hijo con necesidades educativas especiales. Esta es una situación en la cual los hermanos se les niegan las posibilidades normales de superación personal y de vivir sus propias experiencias. Ninguna persona ajena a la familia se halla en condiciones de determinar que es una actividad normal para la familia, dado que cada familia valora de distinta manera sus experiencias.

Sin embargo, si la familia desea realizar cierta actividad pero se ve impedida para hacerlo a causa de las exigencias del niño con capacidades diferenciales, es preciso redoblar el esfuerzo para no sacrificar a los demás miembros de la familia.

Los hermanos deben participar en actividades de la comunidad, tales como las que realizan los grupos de exploradores, los equipos deportivos, los clubs y las asociaciones u otras aficiones creativas.

Para ello deben contar con el estímulo e interés de los padres. La familia debe compartir ratos de esparcimiento, cuando la limitación del niño impide estas actividades, es necesario recurrir a los servicios de relevo y a otras formas de apoyo social.

De hecho, estos servicios pueden beneficiar más a los hermanos que a los padres.

Cuando pase a la condición límite de uno de sus miembros, la familia puede realizar sus actividades normales, ya que estas fortalecen la unidad familiar.

24.-No pretender que los hermanos sean santos. Al igual que las demás personas, los hermanos pueden perder la paciencia y enfurecerse con el discapacitado. En realidad son muy raros los hermanos que siempre se muestren pacientes y comprensivos. Los padres han de entender que los sentimientos de sus hijos normales tienen límites y no pretender que su comportamiento sea excepcional

25.- Impulsar a los hijos a vincularse a loa asociaciones de hermanos. Nadie mejor que los padres para alentar a sus hijos a vincularse a grupos locales y nacionales dedicados a velar por sus necesidades propias de sus hermanos con necesidades educativas especiales.

5.3. INTEREVENCION EDUCATIVA.

5.3.1. GENERALIDADES.

Siempre que hablamos de intervención, desde el punto de vista educativo, podemos enfrentar como profesionales de la educación a múltiples situaciones, que de una forma u otra dificulten el proceso en el que estamos involucrados tanto nosotros como nuestros alumnos, y que no es otro que el proceso de educación y aprendizaje a las personas con necesidades educativas especiales.

Pues bien, un caso que viene a dificultar dicho proceso sería el caso valga la redundancia en el que nos enfrentamos a la intervención educativa con niños o alumnos que poseen las necesidades educativas especiales severas o bastante graves.

De alguna forma, el asunto al que, hay que considerar como el siguiente paso a seguir, el hecho de planificar objetivos y métodos a emplear, eso sí, teniendo en cuenta siempre a la familia. Partiendo la participación de los padres deberá ser directa por variados motivos:

Son los que mejor conocen a sus hijos, aun en los casos en los que se desvirtúa la realidad.

Cada familia tiene sus prioridades y su estilo de vida, y la educación de esta persona ha de encontrar un hueco primordial.

5.3.2. METODOLOGIA DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.

5.3.2.1. ÁREAS Y CAMPOS DE TRABAJO.

5.3.2.1.1. ÁREA COGNITIVA.

El alumno aprenderá con mayor facilidad de una persona la que le demuestre, y le preste su tiempo y su amistad, para ellos tendrá que dar todo de sí para conseguirlo.

Para conseguir un aprendizaje en la persona con necesidades educativa especial es de vital importancia.

5.3.2.1.1.1. ACTIVIDADES PARA EL ÁREA COGNITIVA.

Las actividades para conseguir logros en esta área son:

- Descubrimiento y toma de conciencia de las diferentes partes del cuerpo, tomando en cuenta la valorización de sí mismo.
- Orientación izquierda-derecha, en su propio medio.
- Apreciación de distancias.
- Grafismo y orientación (antes y después) etc.
- Percepción de tus elementos del espacio y estructuras de espacio.
- Consolidación de las relaciones especiales simples a partir de los objetivos.
- Percepción y formas geométricas.
- Grafismo y orientación.

5.3.2.1.2. ÁREA DEL LENGUAJE.

La capacidad de comunicar ideas complejas por medio de un sistema organizado, no solo apoya a toda interacción social, desempeña una función fundamental en el desarrollo cognitivo.

El lenguaje se desarrolla a partir de las necesidades de comunicar, ser atendido y atender.

El habla es un modelo de respuesta vocal del lenguaje, el habla integra la respiración producida por sonidos, control de la calidad y articulación de sus sonidos para formar la palabra.

5.3.2.1.2.1 ACTIVIDADES PARA EL ÁREA DEL LENGUAJE.

Ejercicios en las que se realiza la terapia de lenguaje:

- Ejercicios de respiración.
- Movimientos suaves de cabeza.
- Ejercicios de boca con movimientos de labios y mandíbula superior.
- Ejercicios de mejilla: derecha e izquierda.
- Ejercicios de soplo, lo puede hacer en forma suave y duramente.
- Movimientos de lengua, en la parte de adentro y fuera de la boca.

5.3.2.1.3. ÁREA MOTRIZ.

Para que un niño pueda tener equilibrio es indispensable contar con la madures de dos agentes:

- Los músculos.
- Los órganos sensoriales.

Para cada proceso evolutivo, hay un nivel de desarrollo muscular y de madurez de los órganos sensoriales, que habilitado dentro de la motricidad el equilibrio.

Las funciones motoras también dependen de la madurez y seguridad emocional.

“Si el niño presenta alteración en algún órgano sensorial o en el desarrollo muscular, y más aún, si el déficit no ha sido estimulado, equilibrio se verá comprometido, los ejercicios de equilibrio permiten promover la conciencia de propio cuerpo”

En esta área la motricidad se divide en gruesa y fina, para que estas tengan un mejor desarrollo en cada niño, deben mantener una estimulación adecuada, y para ello se realizan ejercicios en las que benefician su desarrollo y estas son:

5.3.2.1.3.1. ACTIVIDADES PARA EL ÁREA MOTRIZ.

○ Motricidad Gruesa

- El ejercicio consiste en lograr el equilibrio en sus pies juntos.
- Movimiento de cintura
- Ejercicio que consiste en caminar
- Reconocimiento de las partes del cuerpo con actividades motoras (aplausos, contar, etc.)
- También se puede utilizar técnicas de Bobath, o también llamado técnica global, esto consiste en normalizar el tono muscular.
- El juego con algún objeto ya sean pelotas, etc.

○ Motricidad Fina

- Actividades de ensartado (hijo, piolín, lana)

- Ejercicio en dos que el niño realiza la pinza de agarre con el dedo pulgar e índice; para ello lo puede hacer con papel cortado
- Ejercicios de destrezas de manos
- Ensartados
- Punzando juego en plastilina

5.3.2.1.4. ÁREA PERSONAL SOCIAL.

En los últimos años y cada vez más, la sociedad tiene una marcada tendencia a la integración del individuo con necesidades especiales.

Las prestaciones de asistencia social y de salud cada vez intentan brindar más beneficios.

Socializarse con ellos, ya que son seres que pueden y quieren estar a nuestro lado, porque socializar e integrarlos, y esto a su vez independizar.

Es por ello, que todo caminar de un niño tiene como objetivo la búsqueda de la afectividad. El niño da y espera recibir afecto, las primeras experiencias afectivas del niño son causales para el desarrollo de la vida afectiva y las relaciones interpersonales toda se relaciona con la enseñanza y la estimulación que debe desde su infancia, con la participación fundamental de su familia y del medio que le rodea.

5.3.2.1.4.1. ACTIVIDADES PARA EL ÁREA PERSONAL SOCIAL.

- **PERSONAL:**

- lavar las manos utilizando agua y jabón.
- Lavar la cara utilizando agua y jabón.
- Bañarse.

- Lavarse los dientes utilizando cepillo y pasta dental.
- Escoger su ropa.
- Vestirse adecuadamente (camisa, pantalón, medias, zapatos, etc.).

- **SOCIAL:**

Lo más importante es el desarrollo de un niño con necesidades educativas especial es la integración social, para ello se toma encuentra las siguientes actividades:

- Integración familiar (mamá, papá, hermano).
- Reconocimiento de demás miembros de la familia (tíos, primos, abuelitos, etc.)
- Juegos en los que se integren otras personas.
- Asistir a actividades sociales y culturales que se realicen en la comunidad que habita la persona con necesidades educativas especiales.

6. METODOLOGIA

6.1 PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Recopilar datos informativos de los pobladores de la parroquia el Lucero que van a recibir asistencia en rehabilitación de discapacidades.

6.1.1 Metodología específica:

Para ello, se procederá a elaborar fichas de inscripción, con el objetivo de registrar a los pacientes y con datos muy generales de su discapacidad, así como un registro de la persona que lleva al paciente por primera vez, y de esta manera facilitar posteriormente su clasificación y mejor acceso a sus datos informativos (Anexo No3. Ficha de Inscripción).

Acto seguido se procederá a la aplicación de una ficha informativa (Anexo No4. Ficha de Información), que incluya datos informativos, antecedentes familiares, Antecedentes personales datos prenatales, datos post natales, información sobre el desarrollo tanto en aspecto motor, lenguaje, en el aspecto psicológico y emocional; también se ha considerado importante incluir ítems que por lo general se han descartado pero que pueden ser de gran utilidad en este tipo de trabajo de campo, como son información sobre el Sistema nervioso, escolaridad y antecedentes patológicos.

Esta ficha contiene en su parte final un apartado donde consta impresión diagnóstica, aplicación de reactivos, tratamiento propositivo, diagnóstico definitivo, pronóstico, además contiene el nombre del responsable de la elaboración de la herramienta antes mencionada.

6.2 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO:

Valorar el tipo y el grado a las que personas que presentan algún tipo de discapacidad en la comunidad.

6.2.1 Metodología específica

A fin de conseguir este objetivo se empleara una ficha de valoración mediante la cual se evalúa el grado y el tipo de discapacidad que presenta la persona que va ser intervenida por el equipo facilitador (Anexo No5. Ficha de Valoración).

Esta ficha contiene los aspectos a evaluar en los cuales el equipo facilitador posteriormente delimitara las áreas de tratamiento. Las áreas a evaluar son: Área personal-social, Área motora, Área de lenguaje, Área cognitiva, y el Área psicoafectiva. Esta herramienta permitirá en lo posterior establecer con claridad cuales son las personas calificadas para recibir la atención y cuales serán descartadas por no reunir los requisitos establecidos en el convenio.

6.3 OBJETIVO ESPECIFICO TRES

Elaborar una planificación estratégica para el tratamiento de acuerdo a cada tipo de discapacidad.

6.3.1. Metodología específica

Como un medio para facilitar el trabajo de una forma organizada y precisa acorde a las necesidades propias de cada paciente el equipo facilitador empleará una ficha de planificación de actividades la misma que reunirá características como: (Anexo No6. Ficha de Planificación Mensual por Paciente).

6.3.1.1 Área a trabajar: Que fue Personal social, Motora, Lenguaje, Cognitiva, Psico Afectiva. Esto permitirá que el facilitador realice sus actividades de una forma precisa y adecuada para poder lograr de alguna manera un resultado.

6.3.1.1 Sub Área: Dentro de cada área existen sub áreas que permiten desglosar el trabajo y de igual manera delimitar una planificación a fin de aprovechar al máximo el corto tiempo que va a durar el programa. Las sub áreas son: **Personal – Social:** Vestimenta, aspecto personal, aspecto social, adaptación, independencia. **Física y Motriz:** Motricidad gruesa, movilidad, equilibrio, fuerza muscular, motricidad fina, comprensión manual, comprensión táctil, coordinación viso motora. **Cognitiva:** Esquema corporal, matemáticas funcional, lecto-escritura, nociones espaciales, com. Del entorno. **Lenguaje:** Lenguaje comprensivo, fonético, fonológico, morfosis taxis, semántica, pragmática. **Psicológico:** conducta, pasiva, agresiva, afectiva – emocional, pensamiento, percepción, orientación, memoria, concentración, atención.

6.3.1.3 Objetivos: el saber trazar objetivos en este tipo de proyectos de desarrollo es de vital importancia, el equipo facilitador deberá planificar basándose en objetivos a corto, mediano y largo plazo a fin de abarcar la mayor cantidad de área de intervención posible.

6.3.1.4 Actividades: Las actividades serán en función del objetivo a fin de que el mismo sea alcanzado. Las actividades por consecuencia llevaran su respectivo recurso material o humano que también quedara detallado en la ficha de planificación.

6.3.1.5 Recursos: En ello se describe los materiales a utilizarse para dichas actividades.

6.4 OBJETIVO ESPEFICO CUATRO:

Crear una UNIDAD DE ATENCIÓN a fin de acoger a los pacientes considerados aptos para recibir las terapias de rehabilitación.

6.4.1 Metodología específica.

Con el objeto de lograr una atención óptima y confortable para los pacientes que vendrán a la atención promocionada previamente a través de los medios radiales disponibles en el cantón, se ha creído conveniente el establecimiento de una Unidad de atención en la parroquia con el objeto de poder manejar de una mejor forma los materiales a utilizarse.

El establecimiento de la unidad de atención deberá reunir los siguientes requisitos:

- ✓ Cercanía a la comunidad
- ✓ Facilidad de acceso para las personas inscritas al programa
- ✓ Amplio espacio físico a fin de poder desarrollar en dicho lugar actividades lúdicas previamente establecidas.
- ✓ Deberá poseer una infraestructura que resguarde a los pacientes de los factores ambientales durante la espera, previa a su intervención.

De igual manera se hará énfasis en las potencialidades del paciente más no en sus limitaciones, ya que es importante optimizar el tiempo y alcanzar la mayor cantidad de resultados, en la mayoría de los pacientes.

5. CRONOGRAMA

7.1. A. CRONOGRAMA GENERAL

ACTIVIDAD TIEMPO	2006															2007																											
	OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL					MAYO					JUNIO					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4						
Elaboración del Proyecto	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x																												
Aprobación del proyecto																				x	x	x	x	x	x	x	x																
Ejecución del proyecto																				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

7.2. B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDADES	SECTORES	RECURSOS	RESPONSABLE
-------	-------------	----------	----------	-------------

			MATERIALES	
ENERO 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión y Presentación del Equipo Facilitador de Trabajo. • Reconocimiento de la Parroquia Lucero. • Capacitación por parte del Coordinador Técnico, a los Promotores del Programa de Psicorrehabilitación Comunitaria. • Inscripciones de los pacientes. • Planificaciones de actividades para comenzar la rehabilitación de los pacientes, basadas en cinco áreas lenguaje, Cognitiva, Psicomotricidad, Psico-Afectiva, Personal Social 	Parroquia Lucero	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo Oficial para traslado a la Parroquia. • Materiales de Oficina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yasenia Suing.
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las fichas de Inscripción, Información Y 	Parroquia	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo Oficial para traslado a las 	

<p>ABRIL 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de Programaciones, en las mismas que constan las Actividades por cada paciente. • Reforzamiento en las diferentes áreas programadas para cada paciente en la Parroquia El Lucero. • Continuación de las terapias alternativas en el BI-20 CAP. Díaz • Entrega de Informe Mensual de las actividades trabajadas. 	<p>Parroquia Lucero</p> <p>BI-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo Oficial para traslado a las comunidades. • Plastilina • Crayones • Goma • Punzón • Tijera • Revistas • Papel Seda • Laminas • Aceite • Materiales del medio 	<ul style="list-style-type: none"> • Yasenia Suing.
------------------------------	--	--	--	--

<p>MAYO 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de Programaciones, en las mismas que constan las Actividades por cada paciente. • Reforzamiento en las diferentes áreas programadas para cada paciente en la Parroquia El Lucero. • Entrega de Informe Mensual de las actividades trabajadas. • Revisión del Cuaderno de Campo. 	<p>Parroquia Lucero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo Oficial para traslado a las comunidades. • Plastilina • Crayones • Regleta • Goma • Punzón • Tijera • Papel Seda • Laminas • Rompecabezas • Materiales del 	<ul style="list-style-type: none"> • Yasenia Suing.

			medio	
JUNIO 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamientos de las actividades trabajadas de acuerdo a las programaciones elaboradas en meses anteriores. • Continuación de las terapias alternativas en el BI-20 CAP. Díaz. • Entrega de los kit de aseo a los pacientes. • Devolución de materiales al Coordinador del Programa. • Entrega de Informe Mensual de las actividades trabajadas. • Entrega del Informe final. 	<p>Parroquia Lucero</p> <p>BI-20</p> <p>Parroquia Lucero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo Oficial para traslado a las comunidades. • Plastilina • Crayones • Regleta • Goma • Punzón • Laminas • Papel Seda • Aceite • Sorbetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Yasenia Suing.

			<ul style="list-style-type: none">• Materiales del medio	
--	--	--	--	--

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO :	Transporte	\$ 130
	Alimentación	\$ 2.25
	Vivienda	\$ 270
MATERIAL DIDACTICO	Balón Terapéutico	\$ 70,0
	Colchoneta	\$ 50,0
	Espejo	\$ 12,0
	Aceite para masajes	\$ 2,00
	Legos, rompecabezas, etc.	\$ 3,00
MATERIAL DE DESGASTE	Resma de Papel	\$ 4,00
	Lápiz	\$ 3,75
	Temperas, pinceles	\$ 12,50
	Crayones	\$ 3,75
	Paletas	\$ 5,00
	Guantes	\$ 5.00
	Sorbetes	\$ 1,50
	Tijeras, goma	\$ 3,20
	Impresión y publicidad	\$ 400
TOTAL		\$ 1200.7

9. FINANCIAMIENTO

Dentro del financiamiento los gastos correspondientes a:

Alimentación	\$ 225,0
Transporte	\$ 72,00
Vivienda	\$ 270,00
Material de Oficina	\$ 38.70
Material de Intervención	\$ 137.00
TOTAL	\$ 742.70

Serán financiado por el Patronato de amparo Social y Cultural del I. Municipio del Cantón Calvas respectivamente.

Los gastos correspondientes a:

Publicidad e Impresión	\$ 400
TOTAL	\$ 400

Será financiado por la Investigadora del Proyecto con el propósito de realizar la Tesis previo a la obtención del **Título de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.**

10.ANEXOS

(Anexo No2. Firma del convenio).

(Anexo No3. Ficha de Inscripción).

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTREINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL
DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA
FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**NUMER
O DE
EXPEDIE
NTE**

CLAVE

FOTO

Nombre del Alumno	
Edad	
Dirección	
Teléfono	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Nombre del Apoderado	
Situación Familiar	
Problema que describe el apoderado	

TIPOS DE DISCAPACIDAD

DESHABILIDADES	ACCIÓN FUTURA Fecha: Hecho:
-----------------------	--

Movimiento	regresará
Deformidad	verá especialista
Retraso	visitaré en casa
Ceguera	otra
Sordera	
Habla	
Convulsiones	
Conducta	

Horario:

Fecha de Inicio:

Promotor de Psicorrehabilitación:

Coordinador Técnico del Programa:

(Anexo No4. Ficha de Información)

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTREINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL
DE CALVAS**

PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA

FICHA INDIVIDUAL DE INFORMACIÓN

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____
DIRECCION: TELEFONO: _____ **LUGAR:** _____
PERSONA O LUGAR POR LA QUE REFERIDA: _____
ESTA PERSONA FUE REFERIDA POR: _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DE LA MADRE: _____ **EDAD:** _____ **OCUPACIÓN:** _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ **EDAD:** _____ **OCUPACIÓN:** _____
NUMERO DE HIJOS: _____ **LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO:** _____
FAMILIARES CON PROBLEMAS: _____

ANTECEDENTES

Prenatal

Duración del embarazo: _____ **Traumatismo:** _____ **Edemas:** _____
Enfermedades: _____
Radiografías: _____ **Hemorragias:** _____ **Alimentación:** _____
Otros: _____

Natal Postnatal

Lugar de nacimiento: _____
Parto Normal: _____ **Cesárea:** _____ **Fórceps:** _____

Asfixia: _____ Ictericia: _____

Novedades: _____

DESARROLLO

Motricidad

Cuello firme: _____ Sedentación: _____ Arrastre Gateo: _____

Bipedestación: _____ Marcha: _____ Literalidad: _____

Lenguaje

Dificultad para trabajar: _____ Balbuceo: _____ Usa gestos: _____

Primeras Palabras: _____ Si habla: _____

Cuando empezó: _____ Expresa Monosílabas: _____ Una combinación de palabras: _____ Dice oraciones: _____

Audición: _____

PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL

Controla esfínteres: _____ Dependencia: _____

Sobrepotección: _____ Agresividad: _____ Desobediencia: _____

Conducta: _____ Afecto: _____

SISTEMA NERVIOSO

Movimiento de ojos: _____ Coordinación viso-manual: _____

Movimiento corporal: _____ Voluntario: _____ Involuntario: _____

Equilibrio: _____ Reflejos: _____ Rotuliano: _____ Aquiles: _____ Babinski: _____

Sensibilidad: _____ Hay dolor en que parte: _____

Anestesia en que parte: _____ Parálisis en que parte: _____

Control de Intestino: _____ Control de Vejiga: _____

Existe problema de columna y/o médula espinal: _____

Fuerza Muscular:- _____ Contractura: _____ Espasticidad: _____ Flacidez: _____

Existe daño cerebral: ____ Síndrome de Down: _____ P.C.I.: ____

Otros: _____

Problema: _____

ESCOLARIDAD

Estimulación Temprana: ____ Año de Educación Básica: ____

Años repetidos: ____ Por qué: _____ Aprovechamiento: ____ Relación
con profesores y compañeros: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Enfermedades: _____

Fiebres: ____ Convulsiones: ____

Traumatismo: ____ Operaciones: ____ Afecciones del oído: _____

Otros: _____

Toma medicinas ¿Cuáles?: _____

Exámenes y tratamientos anteriores: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

APLICACIÓN DE REACTIVOS: _____

TRATAMIENTO PROPOSITIVO: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PRONÓSTICO: _____

EXAMINADOR -----

(Anexo No5. Ficha de Valoración).

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINTTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS**

**PROGRAMA DE PSICOREHABILITACIÓN COMUNITARIA
FICHA DEL ALUMNO**

DATOS PERSONALES

Nombre del alumno	
Edad	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Situación familiar	
Dirección	
Teléfono	

DESARROLLO DEL ALUMNO

VESTIMENTA

		Solo	Con ayuda	No puede
Polo				
Medias				
Pantalón/falda				
	Abrocha			
	Abotona			
	Cierra			
Camisa				
	Abotona			
	Abrocha			

Zapatos			
Amarra			

ASPECTO PERSONAL

	Solo	Con ayuda	No puede
Se peina			
Se lava			
Se lava las manos			
Se baña			
Se lava la cabeza			
Come			
Líquidos			
Sólidos			
Corta			
Hace sus necesidades			
Micciona			
Defeca			

ASPECTO SOCIAL

	Solo	Con ayuda	No puede
Identifica a los Familiares de su familia			
Identifica a tíos,, Primos y abuelos			
Reconoce las partes de su casa			
Se orienta en su			

comunidad			
Identifica los medios de transporte			

MOTRICIDAD

MOTRICIDAD GRUESA

		Solo	Con ayuda	No puede
Gatea				
Camina				
Corre				
Salta				
	1 pie			
	2 pies			
	Alternar			

MOTRICIDAD FINA

		Solo	Con ayuda	No puede
Aplaudir				
	Sin ritmo			
	Con ritmo			
Amasa				
Recorta				
Hace bolitas				
Hace palos				
Pinta				
	Crayones			
	Témpera			

	Lápices			
Escribe				
	Grafos			
	Letras			
Apila				
Arma				
	Fichas			
	Rompe- cabezas			
Ensarta				

DESARROLLO COGNITIVO

CUERPO HUMANO

partes Gruesas del cuerpo	cabeza		tronco		extremidades	
partes Finas de la cabeza	ojos		nariz		Boca	
	orejas		cejas		pelo	

NUMEROS

Cuenta	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
Escribe	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
asocia cantidad-numeral	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	
sumas gráficas			hasta 5		hasta 10		más de 10	
sumas literales					hasta 10		más de 10	

restas gráficas			hasta 5		hasta 10		más de 10	
restas literales					hasta 10		más de 10	
ordena secuencialmente	hasta 3		hasta 5		hasta 10		más de 10	

COLORES

Reconoce	rojo		amarillo		azul		
	verde		anaranjado		rosado		morado
	blanco		negro		marrón		celeste
agrupa según el lugar	solo		con ayuda		no puede		

TAMAÑOS

Reconoce	2 tamaños		3 tamaños		5 tamaños	
----------	-----------	--	-----------	--	-----------	--

DIMENSIONES

Reconoce	largo		corto		grueso		delgado	
	alto		bajo					

NOCIONES ESPACIALES

Reconoce	dentro		fuera		arriba		abajo	
	cerca		lejos		encima		debajo	
	primero		último					

FIGURAS GEOMETRICAS

Reconoce	circulo		cuadrado		triángulo		rectángulo	
	rombo		óvalo					
agrupa según su forma	solo		con ayuda		no puede			

ANIMALES

Reconoce	doméstico		salvajes		de granja	
imita su sonido	doméstico		salvajes		de granja	
dice su nombre	doméstico		salvajes		de granja	
sabe lo que come	doméstico		salvajes		de granja	

PLANTAS

Reconoce	árboles		arbustos				
partes de la planta	hojas		tallo		flor		fruto

UBICACIÓN EN EL TIEMPO

Distingue	mañana		tarde		noche	
	primavera		verano		otoño	invierno
	pasado		presente		futuro	

sabe la fecha	del día		cumpleaños		fiestas	
sabe su edad	si		No			

LECTO - LECTURA

lee las vocales	a		E		i		o	
	u							
copia las vocales	a		E		i		o	
	u							
escribe las vocales	a		E		i		o	
	u							
lee palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3		Indicar que consonant es	
copia palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3			
escribe palabras	2 sílabas		3 sílabas		más de 3			
lee oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5			
copia oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5			
escribe oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5			

FRUTAS

Escribir cuales

reconoce	
Sabe el nombre	

VERDURAS

Escribir cuales

reconoce	
Sabe el nombre	

LENGUAJE

	Por imitación	libremente	Por reflejo
emite sonidos onomatopéyicos			
dice palabras			
dice oraciones			

Si sólo emite sonido onomatopéyicos indicar cuales

Si sólo habla algunas palabras indicar cuales

(Anexo No6. Ficha de Planificación Mensual por Paciente).

<p style="text-align: center;">CONVENIO DE COOPERACIÓN INTREINSTITUCIONAL UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA</p>					
<p><u>PROGRAMA DE TRABAJO</u></p> <p>Nombre: Edad: Discapacidad: Promotor de Psicorrehabilitación: Tiempo de Ejecución: Lugar:</p> <p style="text-align: right;">Clave: Horario:</p>					
AREA	SUB-AREA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
					<p>Logro</p> <p>No Logro</p> <p>En Proceso</p>
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>COORDINADOR TÉCNICO DEL PROGRAMA Dr. Wilson Andrade</p>					

11. BIBLIOGRAFIA

- ☑ ALONSO, P.; GUTIERREZ, A.; FERNÁNDEZ, y VALMASEDA, M. (1991) “El alumno con problemas de audición. Implicaciones en su desarrollo”. Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencias auditivas de Madrid, Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, MEC.
- ☑ AUTORES VARIOS “Necesidades Educativas Especiales” 2ª edición
Colec. Educación para la diversidad Ediciones Aljibe S.L.
- ☑ BARON Robert, HALL **Psicología** México Tercera edición 2000.
- ☑ BERLO David y PELLIZA Mónica, Psicología de la comunicación, EDITORIAL S ANTILLANA 1999.
- ☑ CARO Isabel **Manual de psicoterapias cognitivas** Piados. Barcelona, España 2000.
- ☑ CHRIS L. Kleinke Principios comunes en psicoterapia. Segunda edición, Biblioteca de psicología Desclee de Browser. Boston, Estados Unidos. 2000.
- ☑ FERNANDEZ Roció, Introducción a la Evaluación Psicológica.
- ☑ JODELET Denisse, La representación social, concepto y teoría, Editorial Hartkey 1998.
- ☑ MARTORELL James, Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos de Ediciones pirámide, 1996. Madrid, España.
- ☑ PAU WATZWICK, JANET BEAVI Teoría de la comunicaron humana, Editorial Hender, 1989.
- ☑ SCHILLER, H: Psicología de las masas, Editorial Augustus M 1969.
- ☑ SCHILLER, H, comunicación de masas en imperialismo yanqui, Barcelona, Gustavo Gili 1977.
- ☑ SCHRAMM, W: La ciencia de la Psicología urbana, University of Illinois press. 2004.

- ☑ STEVEN Jay Linn Y GARSKIE John Psicoterapias contemporáneas: modelos y métodos. Biblioteca de Psicología de Desclee de Browser 1998, Ohio, Estados Unidos.
- ☑ TRIGUERO, M.J.; “La educación del alumno sordo” (1994), editado por M^a José Triguero Rodríguez.
- ☑ VERDUGO, M.A. “Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras”, Siglo Veintiuno de España Editores S.A., Febrero 1999.

ANEXO 3

FICHA DE INSCRIPCIÓN

ANEXO 4

FICHA DE INFORMACIÓN

ANEXO 5

FICHA DE LOCALIZACIÓN

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINTTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DE CALVAS
FICHA DE LOCALIZACIÓN

CANTÓN:

PARROQUIAS:

PROMOTOR:

CLAVE	NOMBRE DEL PACIENTE	U. ATENCIÓN	HORARIO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE	DIRECCIÓN EXACTA

FECHA:

FIRMA:

REVISADO POR:

PROMOTORA DE PSICORREHABILITACIÓN

ANEXO 6

FICHA DE VALORACIÓN

ANEXO 7

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ANEXO 8

FICHA DE INFORMACIÓN CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES

ANEXO 9

FICHA DE LOCALIZACIÓN CON LOS DOMICILIOS CORRESPONDIENTES

ANEXO 10

FICHA DE VALORACIÓN CON TODA LA INFORMACIÓN

ANEXO 11

FICHA DE PROGRAMAS DE TRABAJO, CON LAS RESPECTIVAS ACTIVIDADES A REALIZARSE

ANEXO 12

FOTOGRAFÍAS

INFRAESTRUCTURA DE PARTE EXTERNA DE LA JUNTA PARROQUIAL.



PARTE INTERNA DE LA JUNTA PARROQUIAL.



REALIZACION DE ACTIVIDADES.



Discriminación de colores con pinturas.





ANEXO 13

REGISTRO DE LOS PACIENTES

ANEXO 14

CROQUIS DE LA PARROQUIA

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA
CUADRO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES: Emérito Sabino Pardo Castillo.

FECHA DE NACIMIENTO: 01 de enero de 1963

EDAD: 32 Años

DISCAPACIDAD: Problemas Cognitivos

UNIDAD DE ATENCIÓN: Junta de Agua

REPRESENTANTE: María Castillo

DIRECCIÓN: Cango Pita

PROMOTOR RESPONSABLE: Yasenia Suing.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	RECOMENDACIONES	AVANCES
Área Personal- Social		
Área Psicomotora ➤ Motricidad Fina: No hay coordinación viso manual, tampoco hay buen dominio muscular y coordinación en los movimientos.	<u>Motricidad Fina:</u> - Rasgado, pintado, ensartado, pegar papel de colores en dibujos, etc.	- Se logro que el paciente trozara el papel pedazos muy pequeños, y los pegara en el dibujo que se le entregase.
Área Cognitiva ➤ El paciente debe adquirir conocimientos para el reconocimiento de las vocales, de los números, de las nociones espaciales (derecha, izquierda).	- Enseñar a que reconozca las vocales, números, además de ello a que aprenda a distinguir la derecha, izquierda.	- Se logro que el paciente aprenda a reconocer las vocales, lo hizo por medio del dibujo. - De igual forma se logro que reconozca los números, lo hizo por medio de plastilina. - Logro reconocer, la derecha, la izquierda; esto lo hizo con la pintura en la que se utilizo los colores primarios.
Área del Lenguaje y Comunicación		
Área Psico – Afectiva		
Educación Sexual.		

OBSERVACIONES: Se recomienda continuar con la terapia, trabajar en lo que respecta al área personal social.

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

CUADRO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES: Carmen Vicente Gaona.

FECHA DE NACIMIENTO: 01 de Abril de 1995

DISCAPACIDAD: Problemas Cognitivos y Psicológicos

REPRESENTANTE: Carmen Gaona

PROMOTOR RESPONSABLE: Yasenia Suing.

EDAD: 11 Años

UNIDAD DE ATENCIÓN: Junta de Agua

DIRECCIÓN: Pindo Bajo

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	RECOMENDACIONES	AVANCES
Área Personal- Social ➤ No reconoce los miembros de la familia.	- Enseñarle a los miembros de la familia por medio de fotografías	- Reconoce a los miembros de la familia - Tiene mayor integración con las personas que la rodean.
Área Psicomotora		
Área Cognitiva ➤ El paciente debe adquirir conocimiento en lo referente al orden del sistema numérico para que pueda realizar las operaciones básicas (suma, resta, multiplicación división)	- Enseñar el orden numérico para que pueda realizar las operaciones básicas.	- Se logro que, aprenda de que manera deben ir ordenados los números; para que pueda realizar las operaciones básicas, básicamente se lo hizo con la suma.
Área del Lenguaje y Comunicación		
Área Psico – Afectiva		
Educación Sexual		

OBSERVACIONES: Se recomienda reforzar lo trabajado anteriormente, trabajar e aspecto personal social

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

CUADRO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES: Luís Stalin Cueva Sánchez

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD: 7 Años

DISCAPACIDAD: Problemas Cognitivos

UNIDAD DE ATENCIÓN: Junta de Agua

REPRESENTANTE: María Sánchez

DIRECCIÓN: Lucero.

PROMOTOR RESPONSABLE: Yasenia Suing.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	RECOMENDACIONES	AVANCES
Área Personal- Social		
Área Psicomotora		
Área Cognitiva ➤ El paciente debe adquirir conocimiento en el abecedario pero principalmente lo debe hacer con el reconocimiento de las vocales.	- Enseñar a escribir y reconocer las vocales.	- Se logro que aprenda las vocales
Área del Lenguaje y Comunicación ➤ El paciente no pronuncia correctamente las palabras.	- Enseñarle a pronunciar correctamente las palabras y para ello, primeramente se debe realizar ejercicios fonéticos, como de soplo y de lengua	- Se logro que el niño realizara satisfactoriamente los ejercicios recomendados..
Área Psico – Afectiva		
Educación Sexual		

OBSERVACIONES: Se recomienda que se siga reforzando lo trabajado anteriormente, básicamente, trabajar el aspecto Psico-afectivo.


 PSICORREHABILITADOR
 EDUCADOR ESPECIAL
 COORDINADOR TÉCNICO

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

CUADRO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES: Polivio Vicente Gaona

FECHA DE NACIMIENTO:

DISCAPACIDAD: Problemas Cognitivos

REPRESENTANTE: María Castillo

PROMOTOR RESPONSABLE: Yasenia Suing.

EDAD: 21 Años

UNIDAD DE ATENCIÓN: Junta de Agua

DIRECCIÓN: Cango Pita

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	RECOMENDACIONES	AVANCES
<p>Área Personal- Social</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Medidas de higiene: aseo personal: como lavado de manos, cara, peinado, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al paciente la forma adecuada, de realizar su aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> - No se logro
<p>Área Psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Motricidad Gruesa Hay Déficit en Destrezas Motrices; No hay un buen equilibrio, y Déficit en la movilidad. ✦ Motricidad Fina: No hay coordinación viso manual. No hay agilidad y ductilidad de la muñeca y la mano, tampoco hay buen dominio muscular y coordinación en los movimientos. 	<p><u>Motricidad Fina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular para que agarre y suelte simultáneamente objetos. - Mejorar coordinación viso manual - Utilización del dedo pulgar e índice, esto se lo puede realizar con pegado de goma en las manos. <p><u>Motricidad Gruesa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la postura correcta al caminar. Mediante ejercicios de equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logro que el paciente adquiriera destrezas de motricidad fina. - Se logro que el paciente adquiriera un buen equilibrio para caminar.
<p>Área Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ No reconoce las partes de su cuerpo. ♣ No tiene conocimiento en lo referente a los números. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al paciente las partes gruesas y finas de su propio cuerpo - Dar a conocer los distintos colores pero se debe enfocar los colores primarios. - Señalar al menos dos tamaños (grande 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logro que el paciente al menos reconozca los colores primarios.

<ul style="list-style-type: none"> ♣ Desconoce los colores, tamaños y dimensiones. ♣ Desconocimiento de las figuras geométricas, los animales y las plantas. 	<p>y pequeño).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar en el paciente el conocimiento de los animales domésticos, las vocales, figuras geométricas, plantas, frutas, los números. 	
<p>Área del Lenguaje y Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ No vocaliza claramente las palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicarle al paciente como debe pronunciar correctamente las palabras y para ello, se debe realizar ejercicios fonéticos, como de soplo y de lengua 	
<p>Área Psico – Afectiva</p>		
<p>Educación Sexual</p>		

OBSERVACIONES: Se recomienda trabajar en el reforzamiento de todas las áreas para lograr el objetivo propuesto.




**PSICORREHABILITADOR
EDUCADOR ESPECIAL
COORDINADOR TÉCNICO**

**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – PATRONATO DE AMPARO SOCIAL Y CULTURAL DE CALVAS
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA**

CUADRO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES: Karina Sarango Jaramillo.

FECHA DE NACIMIENTO: 18 de Junio de 1984

DISCAPACIDAD: Problemas Cognitivos y Psicológicos

REPRESENTANTE: Macrina Moncayo

PROMOTOR RESPONSABLE: Yasenia Suing.

EDAD: 22 Años

UNIDAD DE ATENCIÓN: Junta de Agua

DIRECCIÓN: Centro Cívico

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS	RECOMENDACIONES	AVANCES
<p>Área Personal- Social</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Es dependiente de la familia. ♣ Necesita de la ayuda de otra persona para vestirse, asearse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñarle cual es la manera adecuada para vestirse, asearse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logro que aprenda a lavarse adecuadamente las manos, cara.
<p>Área Psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Motricidad Gruesa Hay Déficit en Destrezas Motrices; No hay un buen equilibrio, y Déficit en la movilidad. ♣ Motricidad Fina: No hay coordinación viso manual. No hay agilidad y ductilidad de la muñeca y la mano, tampoco hay buen dominio muscular y coordinación en los movimientos. 	<p><u>Motricidad Fina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular para que agarre y suelte simultáneamente objetos. - Mejorar coordinación viso manual - Utilización del dedo pulgar e índice, esto se lo puede realizar con pegado de goma en las manos. <p><u>Motricidad Gruesa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la postura correcta al caminar. Mediante ejercicios de equilibrio. 	
<p>Área Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ No reconoce las partes de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al paciente las partes gruesas y finas de su propio cuerpo - Dar a conocer los distintos colores pero se debe enfocar los colores primarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se logro que el paciente al menos reconozca los colores primarios.

<ul style="list-style-type: none"> ♣ No tiene conocimiento en lo referente a los números. ♣ Desconoce los colores, tamaños y dimensiones. ♣ Desconocimiento de las figuras geométricas, los animales y las plantas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Señalar al menos dos tamaños (grande y pequeño). - Alcanzar en el paciente el conocimiento de los animales domésticos, las vocales, figuras geométricas, plantas, frutas, los números. 	
Área del Lenguaje y Comunicación		
Área Psico – Afectiva		
Educación Sexual		

OBSERVACIONES: Se recomienda reforzar lo trabajado anteriormente, trabajar e aspecto personal social.


**PSICORREHABILITADOR
 Y EDUCADOR ESPECIAL
 COORDINADOR TÉCNICO**