UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

NIVEL DE PREGRADO

MACROPROYECTO:
"ATENCIÓN A PERSONAS CON NESECIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN LA REGIÓN SUR.

TEMA:

"ATENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE A PERSONAS CON SINDROME DE DOWN DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS ESPECIALES LUZ Y ESPERANZA APNELE DEL CANTÓN ZAMORA, PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE, PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

AUTORA:

Mónica Garzón Carrión

DIRECTOR:

Dr. Mg. Sc. Oscar Cabrera Iñiguez.

LOJA-ECUADOR

2009-2010

CERTIFICACIÓN

DOCTOR OSCAR CABRERA IÑIGUEZ, CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE LA PRESENTE TESIS.

CERTIFICA:

Que la egresada Mónica Gabriela Garzón Carrión, ha cumplido con los requisitos estipulados para la graduación de licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, mediante la presente tesis: "Atención terapéutica en lenguaje a personas con síndrome de down de la asociación APNELE, cantón Zamora, provincia Zamora Chinchipe, periodo Octubre 2009-Febrero 2010".

La misma que ha sido dirigida, supervisada y revisada, por tanto autorizo su presentación para la defensa.

Loja, Mayo del 2010

……

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, así como el tratamiento formal y científico, la metodología de la investigación observada en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

……..

Mónica Gabriela Garzón Carrión

AGRADECIMIENTO

Por la feliz culminación de este trabajo investigativo agradezco: en primer lugar a Dios nuestro creador, a mis padres por su incondicional apoyo durante toda mi vida estudiantil; y a toda mi familia

A mi querida Universidad Nacional de Loja, al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, a la Asociación Autónoma de Padres de Familia de niños Especiales Luz y Esperanza (APNELE) del cantón Zamora, provincia Zamora Chinchipe y sus directivos, al Ilustre Municipio del Cantón Zamora, al patronato de Amparo Social del cantón Zamora por su valiosa colaboración durante el proceso de vuestra investigación.

A la Dra. Flora Cevallos Carrión asesora del proyecto, al Dr. Oscar Cabrera Iñiguez coordinador del proyecto, y Director de Tesis, por las pertinentes tutorías en el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis queridos padres: Duvalio de Jesús Garzón Armijos y Elvia Esperanza Carrión Carrión, a mi hija Solange y a mi esposo Daniel Machado.

A mis hermanos y a toda mi familia.

A mis maestros de Escuela, Colegio y Universidad, quienes con sabiduría contribuyeron a mi formación personal y académica.

A los padres de familia de los niños que asistieron a la Asociación APNELE del cantón Zamora para las diversas terapias realizadas.

ESQUEMA

- CERTIFICACIÓN
- AUTORÍA
- AGRADECIMIENTO
- DEDICATORIA
- ESQUEMA
- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- REVISIÓN DE LITERATURA
- MATERIALES Y MÉTODOS
- RESULTADOS Y DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo se lo realizó mediante la ejecución del proyecto denominado: "Atención terapéutica en lenguaje a personas con síndrome de down de la asociación APNELE del cantón Zamora, provincia Zamora Chinchipe, periodo Octubre 2009-Febrero 2010".

Tema que se desglosa del macro proyecto "Atención a personas con Necesidades Educativas Especiales en la región Sur."

Su objetivo general es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad del cantón Zamora.

Los objetivos específicos; Recolectar información de las personas con discapacidad que formaron parte del proyecto de Psicorrehabilitación comunitaria I etapa,. Valorar el área de lenguaje en los niños con discapacidad,. Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con discapacidad,. Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con discapacidad de la asociación APNELE e incluir dentro de la terapia a los padres de familia.

Para ello se inició con una recopilación de datos generales de las personas con discapacidad de la asociación y de los que ingresaban por primera vez, se valoró el tipo y grado de discapacidad que presentaban con ayuda de un médico neurólogo y un médico en medicina general, para en base a la necesidad elaborar programas de actividades y establecer la rehabilitación específica para cada paciente. El mismo que se realizó en un periodo de 100 días laborables, de lunes a viernes en dos jornadas en la mañana de 8hoo a 12h30 y en la tarde a partir de las 14hoo a 17h45 con un tiempo de 45 minutos de terapia para cada paciente.

El convenio suscrito entre la Universidad Nacional de Loja y la Ilustre Municipalidad del cantón Zamora y la Asociación de padres de Niños Especiales Luz y Esperanza APNELE se lo califica como una actividad de servicio y ayuda a las personas con discapacidad, a sus familiares y al cantón, sus parroquias y comunidades, el cual permitió un conocimiento profundo e integral de los principales problemas; y así brindar el tratamiento oportuno mediante la utilización de técnicas, métodos e instrumentos prácticos según las necesidades particulares de los pacientes.

Las actividades se enfocaron a la atención del área de lenguaje, área motriz, área de estimulación temprana, área conductual, y talleres adicionales como terapia ocupacional, psicodeporte, danza terapia e hidroterapia. Para ello se aplicó las siguientes técnicas e instrumentos:

Técnicas

La observación, la valoración, la entrevista, el estímulo, el modelo, el refuerzo, entre otras.

Instrumentos

Ficha de inscripción, ficha de identificación, ficha individual de información, fichas logopedicas, copias con ilustraciones, rompecabezas, computador test; de Zimertman, test de melgar, test de autoestima, test de CATT, test de Woodworth, test de toulose, entre otros.

En base a lo antes mencionado se dio un diagnóstico descriptivo para luego realizar las respectivas planificaciones mensuales de la rehabilitación adecuada

personal e integral de los niños jóvenes y adultos de APNELE, ya que se puso en práctica los conocimientos adquiridos con mucho afecto, y que con la ayuda de los padres de familia se corroboró el trabajo puesto en acción.

Por lo cual se recomienda para que la persona con síndrome de Down u otra discapacidad, logre desarrollar su lenguaje entre otras áreas es indispensable la participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

SUMMARY

The present research work has as a principal purpose the performing of the project designated: “Therapeutic Attention in the language area to the down syndrome kids and adults of the association APNELE of the Zamora canton, Zamora Chinchipe province, period October 2009-February 2010”.

Its general aim is to improve the life quality of the people with incapacity of the Zamora canton. Firstly it was initiated with a recompilation of general data of the people with incapacity of the association, who were booked by first time, where, then the type and degree of incapacity was valued with help of a neurologist doctor and also general medicine doctor, so that based the needs it is important to elaborate programs of activities and to establish the specific rehabilitation for each patient. The same one that was carried out in a period of 100 working days, from Monday to Friday in two days in the morning from 8hoo to 12h30 and in the afternoon from 14:oo to 17h45 with a time of 45 minutes of therapy for each patient.

The agreement signed among Loja's National University, the Illustrious Municipality of the Zamora canton and the Association of Special Children parents “APNELE” Lights and Hopes it qualifies as an activity of service which helps the persons with incapacity, its relatives and the canton, its parishes and communities, which allowed me to get a deep and integral knowledge of the principal problems; and at the same time to offer appropriate treatment by the use of techniques, methods and practical instruments according to the particular needs of the patients.

The activities focused on the attention of the language area, motivational area, early stimulation area, behavioral area, and additional workshops as occupational therapy, psycosport, dancing therapy and hydrotherapy. Where following techniques and instruments were applied:

Techniques: Observation technique, valuation technique, interview technique, stimulus technique, demonstration technique, model technique, reinforcement technique.

Instruments: Registering Card, identification card, individual card of information, logopedicos cards, copies with illustrations, puzzle, and computing test of Zimertman, test of melgar, self esteem test, CATT's test, Woodworth's test, test of Toulouse, and some others.

Before mentioned a descriptive diagnosis, was considered to establish more frequent anomalies in order to perform the respective monthly planning’s of the rehabilitation to be adapted on each patient.

After finished the enquiry project, it is that concluded, it has contributed to the physical rehabilitation, personal and integral development of the children, teenagers and adults of APNELE, since was put into practice the acquired knowledge with ethics and love, and also with the family parents help the project had success.

For this reason, it is recommended that the person with Down's syndrome or another disability, starts earlier to develop his/her language among other areas, it

is indispensable also the participation of the family in the process of rehabilitation.

1.- INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la situación biopsicosocial de las personas con discapacidad desde épocas remotas ha sido sujeto de desinterés y olvido, evidenciándose que aquellos que se sitúan y cuentan con una economía estable tienen el privilegio de favorecerse de recursos y servicios, en un nivel más óptimo, por otro lado los que se encuentran en un nivel económico bajo o pobre no pueden acceder a estos servicios, esta realidad se refleja y está cada vez más latente en las sociedades de los países subdesarrollados.

En nuestro país, en la década de los setenta se comienza a trabajar con las personas con discapacidad, priorizando la atención a la niñez, generalmente con personal voluntario pero sin conocimientos suficientes y adecuados por lo que buscaban ayuda de profesionales e instituciones, esto se empezó con la iniciativa privada en las provincias de Quito, Guayaquil y Cuenca.

Se deduce que las discapacidades son de origen genético y congénito en su mayoría, luego las adquiridas y por último por accidentes domésticos.

El habla y el lenguaje presentan muchos desafíos para los niños con síndrome de Down, estos aprenden a hablar y usan el lenguaje como medio de comunicación principal, comprenderán el lenguaje y desearán comunicarse mucho antes de que puedan hablar.

Los niños con síndrome de Down frecuentemente comienzan a usar palabras sueltas sobre los dos o los tres años, pero la edad de la primera palabra varía, y la primera palabra verdadera puede no ser una palabra hablada sino con señas.

Las madres de los niños de la presente investigación en su mayoría son de avanzada edad, confirmándose las estadísticas sobre la prevalencia de este síndrome. Así mismo cabe indicar que los niños down en su mayoría nunca antes recibieron ninguna clase de estimulación en el área de lenguaje razón por lo cual presentan mayor dificultad en el habla.

De ahí nace la idea de este trabajo de investigación, que es parte de un macro proyecto que hoy toma vigencia por las características del entorno social, como la competitividad en todos los ámbitos de la vida, en la productividad laboral, en la participación de la ciudadanía y en general en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con necesidades educativas especiales (síndrome de down); y principalmente por las grandes limitaciones en el lenguaje que presentan estos niños, validando así una propuesta metodológica que puede ser útil al momento de fortalecer el lenguaje con actividades en el hogar; además, permite relacionar la teoría con la práctica en el proceso de investigación de tesis, al contribuir con sus resultados para enfrentar un problema que tiene incidencia en la pronunciación y producción de sonidos en los niños down.

En este contexto el presente trabajo inicia con el resumen, el objetivo general es:
-Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad del cantón Zamora.
Los objetivos específicos:
-Recolección de información de las personas con discapacidad que formaran parte del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria I etapa.
-Valorar el área de lenguaje en los niños con discapacidad.

-Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con discapacidad.
-Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con discapacidad de la asociación APNELE.

Esta intervención se fundamenta en un marco teórico, en el cual se expone varios de los conceptos, características y teorías relacionadas con la temática propuesta, seguidamente se integra una redacción de los materiales y métodos utilizados en el transcurso de la investigación que empieza con un diagnóstico, posteriormente la intervención ordenada basada en una planificación adecuada para continuar con el proceso terapéutico y finalmente presentar los resultados, lo cual permite elaborar conclusiones y recomendaciones.

En este trabajo es imprescindible el amor, la comprensión y la entrega al niño, tomando en cuenta su problema en todas sus limitaciones y fortalezas; promoviendo un ambiente de confianza entre terapeuta, paciente y padre de familia con la misión del terapeuta en ayudar y apoyar a cada paciente, a desarrollar todo su potencial.

Por lo cual se recomienda que para que la persona con síndrome de down logre desarrollar su lenguaje entre otras áreas fue indispensable la participación de la familia en las terapias realizadas en los últimos minutos para las indicaciones de las tareas de reforzamiento en el hogar.
La presente investigación culmina con la bibliografía y los anexos que sustentan y evidencian todo lo aquí descrito.

2.- REVISIÓN DE LITERATURA

POSICIONAMIENTO TEÓRICO

El síndrome de Down es un trastorno que se denominó así gracias al médico John Langdon Down quien fue el primer en identificarlo, en este trastorno se presentan defectos congénitos, entre ellos cierto grado de retraso mental, con frecuencia algunos defectos cardiacos y además facciones características, se ocasiona por la presencia de un cromosoma de mas, el cromosoma es la estructura celular que posee nuestra información genética. www.ladiscapacidad.com

Los niños con síndrome de Down por lo general presentan enfermedades asociadas; tales como: Problemas Cardiacos; aproximadamente el 50% de los bebés con síndrome de down desarrollan defectos cardiacos, algunos de poca importancia fácilmente tratados y otros más delicados que incluso pueden llegar a requerir cirugía, es por eso que todos los niños con diagnóstico de síndrome de Down deben ser evaluados por el cardiólogo, como manera de prevenir o intervenir cualquier defecto que se tenga en este sentido www.ladiscapacidad.com

Estos niños, además tienen mayor riesgo de tener malformaciones intestinales, deficiencia visual o auditiva (presentan hipotonía en órganos bucofonatorios los que dificultan el desarrollo del lenguaje), algunos problemas respiratorios, mayores resfriados, tienen riesgo de problemas de tiroides y leucemia, por estas características es importante que el niño con síndrome down tenga sus controles médicos permanentes y sus vacunaciones al día www.ladiscapacidad.com

www.google.com/ladiscapacidad.com/sindromededown; 24/03/010; 10hoo 30

¿Qué es el Síndrome de Down?.- Este síndrome es un trastorno genético en el cual, el niño presenta un cromosoma de más. Tiene tres unidades del cromosoma 21 (trisomía 21) en lugar de los dos normales. Aún se desconoce por qué un bebé tiene este cromosoma extra, y cómo ello perturba y distorsiona el desarrollo de su estructura y funciones normales. Sin embargo, será uno de los gametos (óvulo o espermatozoide) el que lleve en su contenido cromosómico este error. Siendo más frecuente la presencia de esta anomalía en el óvulo que en el espermatozoide, de ahí, que a partir de cierta edad (40 a 45 años) se recomiende a las mujeres evitar el embarazo, ya que existen mayores posibilidades de errores de este tipo. Asimismo, si una mujer de esta edad o mayor, queda embarazada, aunque no haya ningún otro problema, su embarazo es considerado de alto riesgo.www.psicopedagogia.com/definición Síndrome de down y deficiencia mental.

Los niños con síndrome de Down suelen compartir características faciales como el rostro plano, los ojos orientados hacia arriba, orejas pequeñas y lengua más grande o sobresaliente.

Tener un tono muscular deficiente, conocido como hipotonía, también es un rasgo característico de los niños(as) con el síndrome de Down. Los bebés en particular puede que parezcan más débiles en su constitución física. Aunque esta característica tiende a mejorar con el tiempo, la mayoría de los niños(as) que padecen del síndrome de Down típicamente alcanzan importantes avances en su desarrollo por ejemplo, sentarse, gatear y caminar un poco más tarde que otros niños(as)

El tratamiento depende del grado de retraso y de los problemas relacionados. Los defectos cardiacos, por ejemplo, requieren una corrección quirúrgica. Más allá de los problemas físicos, el niño necesita educación especial. Muchos padres encuentran que es fácil proveer esto, ya que los niños con Síndrome de Down y otros retrasos tienden a ser calmados y tratables cuando son jóvenes. Por lo general estos niños son plácidos, agradables y rara vez lloran o se quejan. Los niños con síndrome de Down suelen desarrollar un vocabulario rico y variado a medida que maduran. Tienen buenas destrezas interactivas sociales y usan los gestos y las expresiones faciales eficazmente para ayudarse en la comunicación. Generalmente tienen el deseo de comunicarse e interactuar con las personas. De ahí que los padres y la familia en general juegan un papel importante en el desarrollo del habla y el lenguaje del niño down porque las actividades de comunicación diaria y en el hogar son el centro de la comunicación. http/medical/genetic/downsyndromehtm

El Lenguaje, es la capacidad que toda persona tiene de comunicarse con las demás personas, mediante signos orales y, si su desarrollo cultural lo permite, también escritos. Se trata, pues, de una facultad humana, independientemente de que, al hablar, emplee una lengua u otra español, inglés, chino, en fin. www.monografias.com/trabajos7/perde.shtml.

En las relaciones entre las personas también toman parte la mímica y los gestos, pero sin embargo, estos son únicamente medios auxiliares del lenguaje que aparecen sobre la base del idioma oral y tienen un papel muy limitado en las relaciones humanas. Si no existiera el idioma, los gestos y la mímica no podrían

servir de medio de relación entre las personas para que éstas se comuniquen. MóduloVII. Dra Mayra Rivas Paladines pág5

El lenguaje en su forma actual es operación compleja en la que participan la percepción, la ideación y la motricidad. Cada una de esas formas de asociaciones se vuelve automática o automatizada por el hábito y por la experiencia. Para el individuo que habla la palabra es una asociación de movimientos voluntarios, y para la persona que escucha es sensación sonora; es el lenguaje exterior. Más parte de esas dos condiciones, la palabra existe también para la conciencia como imagen verbal que llega al encantamiento del pensar sin recurrir a manifestación motora o sonora; es el lenguaje interior. J Alves García Trastornos del lenguaje pág 20

El niño que aprende a hablar, junto con asimilar las claves fonológicas, se acomoda a las características fonéticas, semánticas y sintácticas del código verbal utilizado en su idioma lo que se manifiesta en una manera de hablar, que también condiciona un modo de pensar. Lenguaje y dislexias, Luis Bravo Valdivieso pág. 68

La teoría cognoscitiva de Piaget se basa en una serie de supuestos que se fundamentan en los principios siguientes: El crecimiento biológico da lugar a los procesos mentales, y son estos la continuación de los procesos motores innatos. No obstante la adquisición de los sistemas cognoscitivos en el ser humano no es exclusivamente social y tampoco es del todo un resultado de la maduración. Antes bien, esos sistemas se originan a partir de las formas naturales de vida e un individuo. Así la conducta cognoscitiva humana es resultado según Piaget de la interrelación siguiente:

1.- Maduración (maduración del sistema nervioso), 2.- Experiencia (interacción con el mundo físico), 3.- Trasmisión social (el cuidado y la educación para influir sobre la naturaleza de la experiencia individual), equilibrio (autorregulación de la adaptación cognoscitiva). Teorías del desarrollo infantil: Niños con síndrome de down, Milagros Damián Díaz pág34

Piaget tomó el lenguaje como un agente socializador del niño con su ambiente de hecho debido al constante intercambio con los demás, podemos descentrarnos y coordinar internamente relaciones que derivan de puntos de vista diferentes. www.teorias Piaget.

Durante estos años, los símbolos del niño empieza a relacionarse entre sí, igual que las palabras se relacionan en modelos de lenguaje. El lenguaje comienza a operar como vehículo del pensamiento.

La interacción social con el lenguaje es una contribución importante al desarrollo de las estructuras mentales entre los cuatro y los ocho años de edad, y lo seguirá siendo de ahora en adelante. Estos factores influyen en la descentralización de la visión infantil del mundo. Cuanto más socialmente el niño, y cuanto más use el lenguaje en sus actividades, más reorienta el modelo mental del medio.

Piaget

www.monografias.com/trabajos 29/03/010; 14hoo
Mayra Rivas TALLER DE TERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE:MÓDULO VII 2007-2008
J. Alves García, TRASTORNOS DEL LENGUAJE. Editorial ALFA Buenos Aires 1958, pág 20
Luis Bravo Valdivieso,LENGUAJE Y DISLEXIAS: Enfoque cognitivo del retardo Lector.Edición Universidad Católica de Chile, Tercera edición 2007, pág 68
www.monografias.com/teorias piaget 29/03; 15H30
Milagros Damián Díaz, NIÑOS CON SÏNDROME DE DOWN: Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico, Editorial Trillas México 2003, pág 34

La mayoría de los niños con síndrome de Down se comunican desde el nacimiento mediante el llanto, la mirada y los gestos. Ellos tienen el deseo de comunicarse y aprenden que llorar o emitir sonidos puede afectar el ambiente y traerles ayuda, juegos y atención. Muchos niños con síndrome de Down entre los 10 y los 12 meses comprenden la relación entre una palabra y un concepto. Sin embargo, a esa edad los niños generalmente carecen de las suficientes destrezas neurológicas y motoras desarrolladas para poder hablar. Por eso es importante proporcionar un sistema que le permita al niño comunicarse y aprender el lenguaje antes de que pueda hablar. www.crisalida.com/sindromededown.html

Existe un amplio espectro de habilidades que los niños con síndrome de Down demuestran cuando usan el habla. La inteligibilidad del habla es una de las áreas más difíciles para las personas con síndrome de Down en todas las edades. Muchos niños tienen dificultades con la fortaleza, el momento oportuno y la coordinación de los movimientos musculares para el habla. El habla implica la coordinación de la respiración, la voz (fonación) y la forma en que se producen los sonidos (articulación). Los factores que contribuyen con los problemas de inteligibilidad del habla incluyen: problemas de articulación con sonidos específicos, disminución del tono muscular oral y facial, dificultad con el procesamiento sensorial y retroalimentación táctil oral, uso de procesos fonológicos (como excluir los sonidos finales de las palabras) y dificultades en la planificación motora del habla. Destrezas del habla y el lenguaje en niños y adolescentes con síndrome de Down www.psicopedagogia.com

Los servicios para la patología del habla y el lenguaje pueden comenzar en la infancia. El tratamiento puede incluir estimulación con sonidos, juegos de

acompañamiento para la estimulación del lenguaje, alimentación, ejercicios motores orales y otras técnicas. La familia no esta al margen, siempre debe estar incluida la familia como socio en el tratamiento, ya que la familia es el primer maestro de habla y lenguaje. La intervención temprana del lenguaje (ELI, por sus siglas en inglés) es la designación que se da a los servicios suministrados a bebés y niños desde el nacimiento hasta que cumplen tres años de edad. Los servicios para patología del habla deben ser parte de un plan tratamiento general integral para bebés y niños pequeños. Puede incluir sesiones en la casa o en un centro, y puede formar parte de un enfoque de grupo que incluye fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros que trabajan conjuntamente con la familia. www.crisalida.com/sindromededown.html

El habla, es una función secundaria que usa las mismas estructuras anatómicas usadas para la alimentación y la respiración. La disminución del tono muscular (hipotonía) afecta la alimentación y también afectará el habla. En la alimentación, los niños adquieren práctica en el fortalecimiento y la coordinación de los músculos que se usarán para hablar.

La terapia a través de la alimentación puede ayudar a fortalecer los músculos orales. Esto también puede tener un efecto positivo en el habla.

Otras destrezas importantes previas a la aparición del habla y el lenguaje son la capacidad de imitar y hacer eco de sonidos; las destrezas para turnarse (aprendidas en juegos como “peek-a-boo”[las escondidas]); destrezas visuales (mirar al que habla o a objetos); destrezas auditivas (escuchar música y lo que se habla por

períodos más extensos, o escuchar sonidos del habla); destrezas táctiles (aprender sobre el tacto, explorar objetos con la boca); destrezas motoras orales (usar la lengua, mover los labios); y destrezas cognitivas (entender la permanencia de los objetos y las relaciones de causa y efecto). Destrezas del habla y el lenguaje en niños y adolescentes con síndrome de Down www.psicopedagogia.com

Por último es recomendable trabajar en forma individualizada; terapista-paciente para luego coordinar con la familia, escuela, paseos, visitas a los amigos, familias, compañeros, presenciar espectáculos para hacer del niño Down un ser integrado a la sociedad.

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

Para poder llevar a cabo la presente investigación siendo el mismo de carácter social, se apoyó de distintos métodos e instrumentos que se detalla a continuación:

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

Recolección de información de los pacientes con discapacidad que formaron parte del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria I etapa.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los reglamentos estipulados en la institución y por el Coordinador Técnico del Proyecto se aplicó: Anexo Nro. 2 Registro Diario de Asistencia de Facilitadores, lo que sirvió de constancia de cumplimiento a las normas establecidas en el Convenio.

MÉTODOLOGIA ESPECÍFICA

Para poder obtener datos informativos de los pacientes que fueron atendidos durante el desarrollo del proyecto, se aplicó la hoja de vida Anexo Nro. 3 la misma que sirvió para obtener información como nombres completos, fecha y lugar de nacimiento, diagnostico medico, entre otros, de igual forma se aplico la ficha de identificación Anexo Nro. 4 la misma que fue de gran ayuda para conocer la ubicación geográfica y unidad de atención de cada uno de los pacientes del programa. Así mismo se aplicó la ficha del paciente en la cual constan datos personales, desarrollo del alumno como: vestimenta, aspecto personal, aspecto social, motricidad fina y gruesa, también se enfocó en el desarrollo cognitivo entre ello el área de lenguaje Anexo Nro. 5 Ficha del paciente

Posterior a ello se empleo la ficha individual de información Anexo Nro. 6, la misma que facilitó tener un diagnóstico descriptivo del paciente, dentro de la ficha constan datos informativos del paciente, antecedentes familiares, antecedentes personales (periodo prenatal, perinatal y postnatal), escolaridad, antecedentes patológicos entre otros. También se aplicó un registro de actividades diarias. Anexo Nro. 7 que proporcionó tener constancia del trabajo realizado en la Asociación.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Valorar el área de lenguaje en los niños con discapacidad.

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para tener un referéndum general en el área de lenguaje en cada uno de los niños se procedió aplicar instrumentos como el test de Melgar, tarjetas logopedias, videos logopedicos entre otros para medir y evaluar el lenguaje y el nivel auditivo también se aplicó el test de Zimertman, Anexo Nro. 8 Test de Zimertman, de articulación y discriminación auditiva, el mismo que se utilizó para diagnosticar el retraso en el lenguaje y comprensión auditiva, en cuanto se ubica el retraso en años puede ser de 1,2,3 años de retraso, se tomó en cuenta la edad para la aplicación de ítems, permitiendo su desarrollo mediante la escala de lenguaje preescolar de la habilidad verbal, algunos por observación o información de la madre o representante, mediante preguntas y respuestas, para lo cual se utilizó visualmente con la utilización de 15 tarjetas con gráficos diversos en forma, tamaño, peso y situación, tablas con diversas texturas, objetos como monedas,

cubos de varios colores y animalitos de goma. Mientras que también se utilizó 40 ítems para valorar la comprensión auditiva mediante preguntas y respuestas, discriminación de gráficos de diversas formas, tamaño y para que se usa, graficados en las 15 tarjetas, preguntas referentes a la orientación tempo-espacial, noción de cantidad, ordenes direccionales, operaciones simples de matemáticas, suma y resta.

Con los niños down, el niño autista y los que tenían retardo mental se valoró el área de lenguaje con láminas ilustradas, para lo cual se procedió indicar cada lámina al niño con el fin que pronuncien e imitan cada ilustración indicada, se hizo el mismo procedimiento con juguetes de goma y otras láminas logopedicas.

Con la ayuda de la computadora portátil se procedió a exponer al paciente juegos supervisados de educación especial para la emisión de sonidos onomatopéyicos, el cuál consiste en hacer clic en cada animalito, para saber el nombre, escuchar y reconocer el sonido del mismo; estos juegos están divididos en varias actividades como cuentos, acciones, ritmo, tiempo aseo, frutas, alimentos, bebidas, vestimenta y otros. A este se lo bajo de internet de la página www.DISPROVE.es creado por Felipe Iglesias y otros autores.

En lo que respecta a la aplicación del test de Zimertman se lo hizo con la ayuda de la madre de familia y representante para realizar la evaluación en el lenguaje, para lo cual se apoyó en láminas y en objetos que se huso para que el niño realizase de la mejor manera lo que se le indicaba.

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con discapacidad.

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Luego de haber tomado en cuenta la información obtenida mediante la aplicación de las fichas ya mencionadas anteriormente, se realizó la planificación correspondiente al área afectada de cada paciente con discapacidad, para la posterior intervención terapéutica, dentro de la cual se abordó, datos informativos: Nombre, edad, discapacidad, facilitador responsable, tiempo de ejecución, área de lenguaje, talleres adicionales hidroterapia, terapia ocupacional, psico-deporte, danza terapia, objetivos basados en las áreas y talleres de intervención a rehabilitarse, estos pueden ser alcanzados a corto, mediano o largo plazo.

También constó el parámetro de actividades acordes a los objetivos planteados, recursos; dentro de los mismos se incluyen recursos humanos y recursos materiales y finalmente evaluación, en la cuál se constó el avance obtenido en los pacientes durante el transcurso del proyecto. Anexo Nro. 9 Planificación Individual de actividades

CUARTO OBJETIVO

Brindar atención especializada e individualizada a los pacientes con discapacidad de la asociación APNELE

METODOLOGÍA ESPECÍFICA

Para poder brindar una adecuada intervención terapéutica con el fin de lograr y alcanzar un buen desenvolvimiento de las planificaciones previamente elaboradas y así obtener resultados esperados, la atención se llevó a cabo en los espacios de la asociación de cada área, y en las piscinas de la policía ubicadas en el paraíso para el taller adicional de hidroterapia.

El proceso de atención individualizada se lo hizo de acuerdo a las necesidades de cada uno de los pacientes.

AREA DE LENGUAJE

Para el mejoramiento del habla en los niños Down se realizó ejercicios faciales, linguales, ejercicios de soplo, ejercicios guturales entre otros.

Ejercicios de lengua (utilizando miel)

1.- Sacar la lengua hacía adelante recta y meterla.

2.- Sacar la lengua hacía adelante, moverla hacía la derecha, centro y adentro.

3.- Sacar la lengua hacía adelante, moverla hacía la izquierda, centro y adentro.

4.- Sacar la lengua hacia delante, subirla, centro y adentro lamiendo la miel que se la coloca en la parte superior del labio suprior

5.- Sacar la lengua hacía delante, bajarla, centro y adentro lamiendo la miel que se coloca en la parte inferior del labio inferior.

6.- Colocar miel alrededor de los labios y pedir al niño que saque la lengua y lama la miel de forma circular.

Ejercicios de Soplo:

1.- Encender la vela, acercar la silla a la distancia de 20cm, respirar y contener hasta contar 5 y soltar el aire tratando de apagar la vela.

2.- Encender la vela, alejar la silla a una distancia de 30 cm respirar y contar hasta 5 y soltar el aire tratando de apagar la vela.

3.- Encender la vela, alejar la silla a una distancia de 35 cm respirar contar hasta 5 y soltar el aire poniendo todo el esfuerzo para apagarla con energía.

Soplo de pluma por el salón

Soplo de globos por el salón; globos pequeños, medianos y grandes.

Alveolos.

Se realizó articulación de vocales y consonantes.

Para el refuerzo del aprendizaje de vocales y consonantes se utilizó el cuaderno de trabajo del paciente, se utilizó hojas de papel boom, láminas; se hizó dibujar vocales, pintarlas, unirlas con puntitos, picar con el punzón, bordarlas, entro otras.

Se realizó acciones, dame, toma, comer, beber; completación de frases, proyección de videos, canciones y sonidos a través del computador y grabadora.

4.- RESULTADOS

Primer Objetivo Específico:

Recolección de información de los pacientes con discapacidad que formaron parte del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria I etapa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Para la justificación del presente dato estadístico se analiza la quinta pregunta del instrumento aplicado.

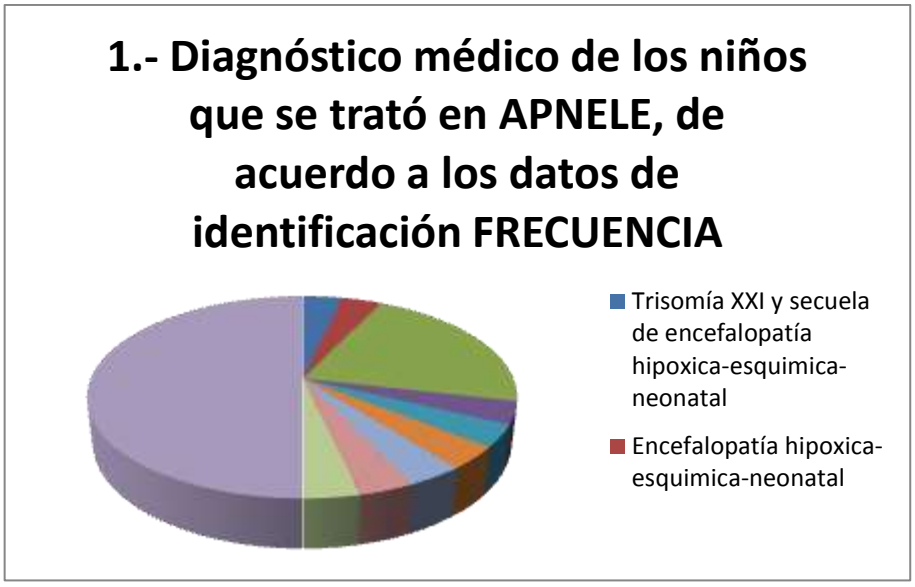
1 Cuadro

Diagnóstico médico de los niños que se trato en APNELE, de acuerdo a los datos de identificación

INDICADOR	FRECUENCIA	%
Trisomía XXI y secuela de encefalopatía hipoxica-esquimica-neonatal	1	7.143
Encefalopatía hipoxica-esquimica-neonatal	1	7.143
S. Down	6	42.857
Cardiopatía congénita	1	7.143
Problemas auditivos	1	7.143
R. Motriz Grueso	1	7.143
R. Mental Leve	1	7.143
R. Mental Grave	1	7.143
Derrame Cerebral, parte derecha	1	7.143
Total	14	100.001

El instrumento aplicado de la ficha de Identificación es recopilado del Centro de de Atención y Desarrollo de Niños y Niñas adolescentes Especiales CADE de la ciudad de Loja.

1 Gráfico



INTERPRETACIÓN:

El trabajo fue realizado con 14 personas con distintas discapacidades, como se indica en el grafico, con los mismos que se trabajo en terapia motriz gruesa y fina, atención psicopedagógica, terapia de lenguaje aparte de los talleres adicionales como terapia ocupacional, danza-terapia, hidroterapia las cuales se trabajó en conjunto con las compañeras terapistas pasantes padres de familia y niños.

2.- ANAMNESIS

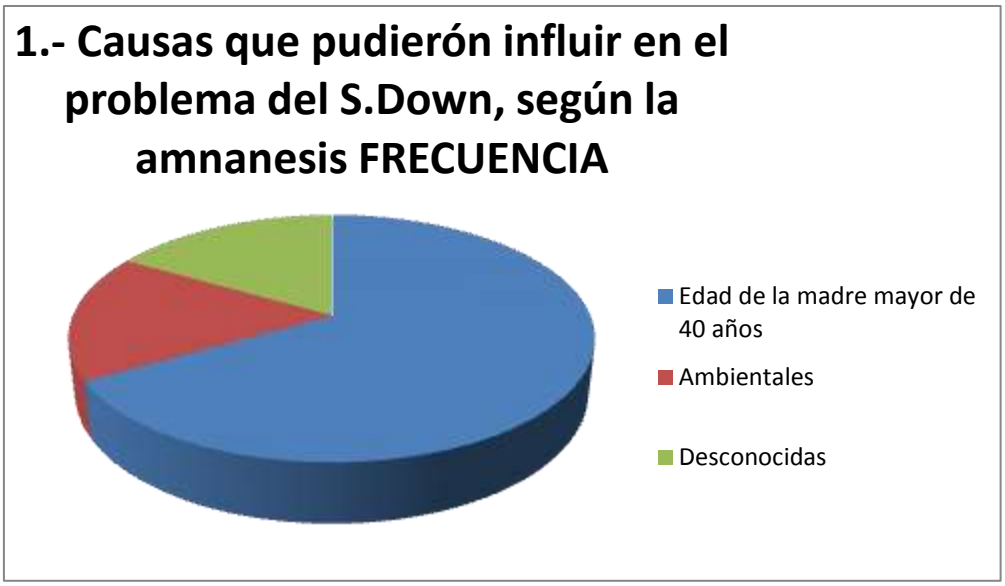
Así mismo para dar cumplimiento al primer objetivo específico se procedió aplicar la historia clínica, el cual se expone a continuación para lo cual se analiza la vigésima segunda pregunta.

2 Cuadro

1.- Causas que pudieron influir en el problema de S. Down.		
INDCADORES	FRECUENCIA	%
Edad de la madre mayor de 40 años	4	66.7
Ambientales	1	16.7
Desconocidas	1	16.7
Total	6	100.1

La historia clínica aplicada es tomada del Centro de de Atención y Desarrollo de Niños y Niñas adolescentes Especiales CADE de la ciudad de Loja.

2 Gráfico



INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la aplicación de la historia clinica a los padres de familia se llegó a la conclusión que el S. Down prevalece en su mayor porcentaje en niños cuyas madres son mayores de 40 años, una madre supo manifestar que se debe a causas ambientales y otra madre manifestó que no entiende el porque se presento el problema.

Para la explicación del siguiente cuadro estadítico se consideró la trigesima novena pregunta.

3 Cuadro

2.- ¿Ha buscado orientación especializada para atender mejor a su niño en los diferentes problemas de enseñanza?

INDICADORES	FRECUENCIA	%
Si	3	50
No	3	50
Total	6	100

3 Gráfico

INTERPRETACIÓN:

De los 6 niños con S. Down que se trabajó, 3 de ellos han asistido a una escuela de educación especial, incluso dos de ellos los más pequeños de 7 años de edad, están integrados en escuela regular pero cabe indicar que nunca antes recibieron terapia de lenguaje.

Los otros 3 niños no han asistido a ningún centro de rehabilitación.

Estas son las razones por lo cual los niños presentan un déficit bastante marcado en el lenguaje. En conclusión no han sido atendidos en este ámbito.

Segundo Objetivo Específico:

Valorar el área de lenguaje en los niños con discapacidad (S. Down)

3.- TEST DE ZIMERTMAN

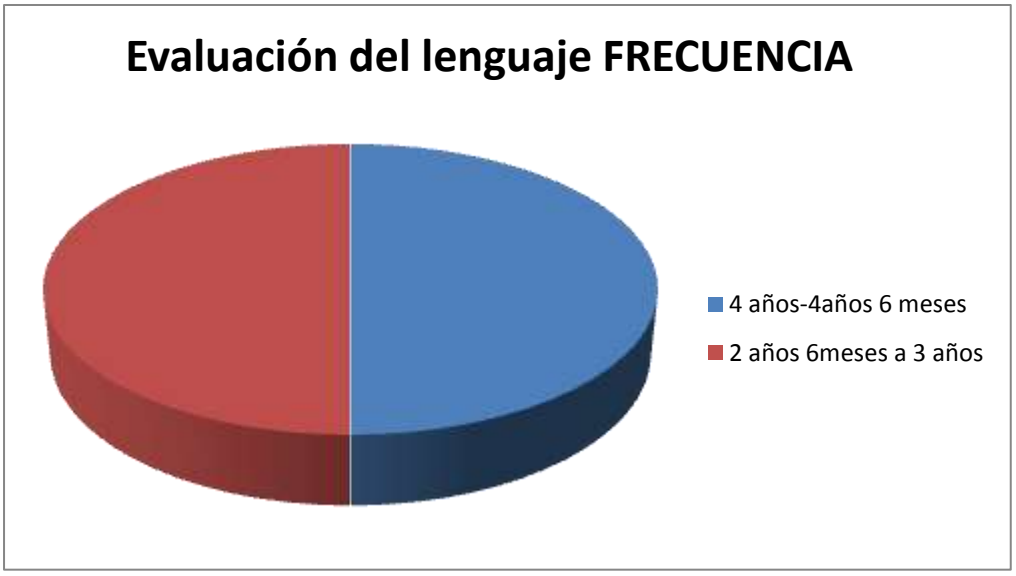
4 Tabla

Evaluación del lenguaje

INDICADORES	FRECUENCIA	%
4 años-4años 6 meses	3	50
2 años 6meses a 3 años	3	50
Total	6	100

Dra. Mayra Rivas, TALLER DE TERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE Modul o VII

4 Gráfico



INTERPRETACIÓN:

La evaluación del lenguaje de acuerdo al test aplicado nos dio como resultado que la mitad de las personas con S. Down tienen un promedio en lenguaje de 4 años a 4 años 6 meses, dentro de este promedio se encuentran los adolescentes de 14, y

15 años de edad. Teniendo de esta manera un retraso de 10 años a 9 años 6 meses y 11 a 10 años 6 meses aproximadamente.

El resto se encuentran en un promedio de 2 años 6 meses a 3 años dentro de este se encuentran los niños de 7 años y una adolescente de 14 años. Teniendo un retraso de lenguaje de 4 años 6 meses a 4 años y 11 años a 11 años 6 meses respectivamente.

4.- PLANIFICACIONES

Tercer Objetivo Específico.-

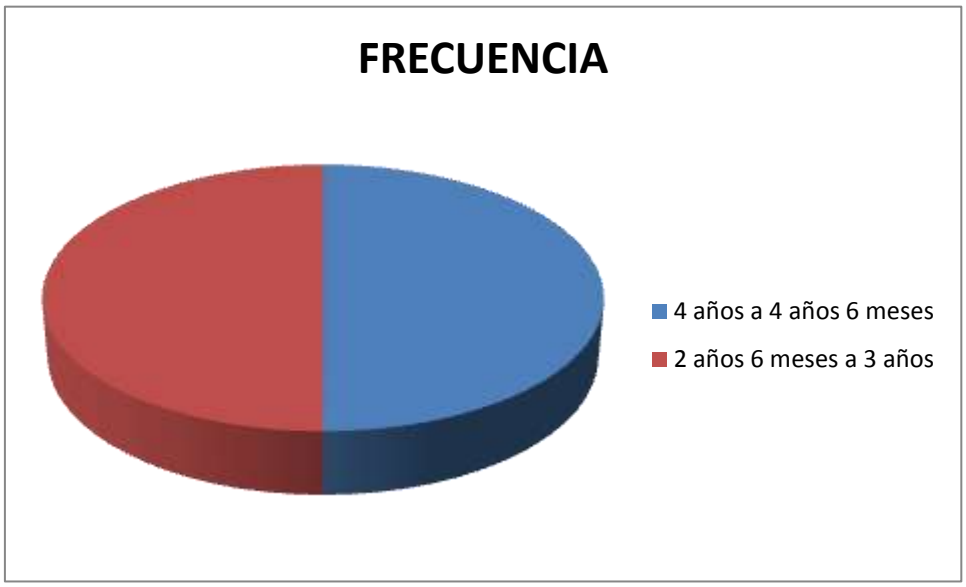
Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con discapacidad.

5 Cuadro

Emisión de sonidos onomatopéyicos:

INDICADORES	FRECUENCIA	%
4 años a 4 años 6 meses	3	50%
2 años 6 meses a 3 años	3	50%
Total	6	100%

5 Gráfico



INTERPRETACIÓN

Como indica el cuadro los 3 adolescentes que se encuentran en un promedio de 4 a 4 años 6 meses en relación al lenguaje, se logró a través de las actividades planificadas que emitan sonidos onomatopéyicos tanto de animales como de cosas, al igual que los que se encuentran en el promedio de 2 años 6 mese a 3 años.

6 Cuadro

2**.-** Producción de vocales

INDICADORES	FRECUENCIA	%
4 años a 4 años 6 meses	3	50%
2 años 6 meses a 3 años	2	50%
Total	5	100%

6 Gráfico

INTERPRETACIÓN

Se logró la producción de las vocales en todos los adolescentes que se encuentran en el promedio de 4 años a 4 años 6 meses en relación al lenguaje y en dos que están en el promedio de 2 años 6 meses a 3 años.

¿Cómo se los encontró a los niños Down y como quedaron?

INDICADOR	Descripción
Antes	**No pronunciaban vocales ni producían sonidos onomatopéyicos, no obedecían ordenes**
Después	**Pronunciación y escritura de vocales producen sonidos onomatopéyicos, obedecen ordenes**

5.- DISCUSIÓN

En el proceso de intervención terapéutica que se llevo a efecto en la asociación de Padres de familia de niños Especiales Luz y Esperanza APNELE del cantón Zamora, Provincia Zamora Chinchipe, periodo Octubre 2009-Febrero del 2010, se creyó necesario partir con una perspectiva orientada a:

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad del cantón Zamora; para ello se plantearon algunos objetivos específicos como el de:
Recolección de información de las personas con discapacidad que formaran parte del proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria I etapa.

La recolección de información de las personas con discapacidad que formaron parte del proyecto de Psicorrehabilitación fue de significada importancia ya que la información recopilada sirvió para iniciar con el proceso de Rehabilitación.

Es así que la ficha de Identificación ayudó a identificar la discapacidad de cada paciente lugar de residencia, teléfono en fin; se procedió a trabajar con 14 personas de distinta discapacidad que estaban bajo mi responsabilidad con los cuales se trabajó en terapia motriz, lenguaje, terapia conductual, talleres adicionales, como terapia ocupacional, danza-terapia, psicodeporte e hidroterapia.
El 42.857% con quienes se laboró fueron con personas con S. Down que corresponde al número total de 6 personas.

Con la ayuda de la historia clínica se pudo conocer las causas que pudieron influir en el problema del S. de Down, tal es el caso que el 66,7% de la discapacidad

prevalece en madres que concibieron pasado los 40 años de edad, el 16.7% por razones ambientales, y el otro 16,7% no entiende el porqué se ha presentado el problema. Esto se logró con la colaboración de las madres de familia de cada paciente.

De los 6 niños con síndrome de Down que se trabajó, 3 de ellos que corresponde al 50% han asistido a una escuela de educación especial, pero nunca antes recibieron atención en terapia de lenguaje; y el otro 50% no han existido a ningún centro de rehabilitación, razón por lo cual estos niños presentan un déficit bastante marcado en el área de lenguaje.

Una vez conocida la población con la cual se inició la I etapa de Psicorrehabilitación Comunitaria, se procedió a evaluar el lenguaje en cada uno de los niños y adolescentes de APNELE, dando de esta manera cumplimiento al segundo objetivo específico y entre otros uno de los instrumentos que se aplicó para medir el lenguaje es el test de Zimertman, el mismo que sirvió para saber los años de retraso en el lenguaje de cada paciente, que una vez obtenidos los resultados se distinguió que las personas con Síndrome de Down de APNELE tienen un retraso de 10 años a 9 años 6 meses y 11 años a 11 años 6 meses. Tomando en cuenta este promedio en los adolescentes de 14 y 15 años de edad. Y 4 años 6 meses a 4 años en los niños de 7 años y una adolescente de 14 años.

Ubicándonos ya en el tercer objetivo: Realizar las planificaciones respectivas al área afectada de los pacientes con discapacidad.

Y luego de haber tomado en cuenta la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos, se realizó la planificación correspondiente al área

afectada de cada paciente para la intervención terapéutica de los niños y adolescentes.

En el área de lenguaje se procedió a la estructuración de un plan de tratamiento específico para cada paciente y para que se realizarán las actividades programadas, se requirió de la constancia, decisión y empeño del paciente, del padre de familia o representante y de la orientación respectiva del facilitador.

De esta manera en lo que concierne a la producción de sonidos onomatopéyicos se logró que el 100% lo realicen, y el 100% pronuncien y escriban vocales.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1.- La recolección de información ayudó identificar a cada paciente el tipo de discapacidad y distinguir la ubicación geográfica en cada uno de ellos.

2.- De acuerdo a la aplicación de la historia clinica a los padres de familia se llegó a la conclusión que el S. Down prevalece en su mayor porcentaje en niños cuyas madres son mayores de 40 años

3.- Los niños/as y adolescentes con S. de Down que se trato nunca antes tuvieron estimulación en el área de lenguaje, es así que el diagnóstico realizado reveló que las personas con síndrome de down no han desarrollado su lenguaje: tienen problemas en el habla, problemas en la producción y pronunciación de sonidos onomatopéyicos, palabras y fonemas.

4.- La mitad de los niños/as y adolescentes con S. de Down tienen un retraso en el lenguaje de 10 y 11 años, el resto tienen un retraso de lenguaje de 4 años.

5.- Con las planificaciones se logró la producción de sonidos onomatopéyicos y emisión y producción de vocales.

RECOMENDACIONES:

1.- Que es de gran importancia una educación, estimulación, manejo y apoyo de los niños con Síndrome de Down o de cualquier niño especial desde su primera infancia, para lograr el desarrollo integral del niño con la sociedad.

2.- Es elemental concienciar a las parejas, a madres de familia que concebir niños pasados los cuarenta años es considerado embarazo de alto riesgo ya que puede ocasionar daños en la madre como en el feto, el niño puede nacer con síndrome de down.

3.- Es necesario estimular el lenguaje a los niños con S de Down en forma natural, por medio del diálogo, cánticos y el juego de manera constante y sistemática, adecuada a las condiciones del niño y su familia, desde las etapas más tempranas del desarrollo.

4.- Es necesario e importante que se siga trabajando con los niños Down de APNELE en el área de lenguaje y que los padres de familia, participen en el proceso terapéutico ya que éstos son los interlocutores de las necesidades y afectos de su hijo.

5.- Es recomendable que desde el primer módulo que se ingresa a la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial se empiece a desarrollar prácticas en los diferentes centros de rehabilitación de acuerdo a la temática que se esté abordando para que el aprendizaje sea más significativo y cuando se egrese se nos facilite desarrollar las prácticas profesionales de la mejor manera.

7.- BIBLIOGRAFÍA

www.conadis.com

www.discapacidades.com

www.monografias.com/trabajos

www.monografias.com/teorias piaget

Microsoft Encarta 2009

www.psicopedagogia.com/definición síndrome de Down y deficiencia mental

BRAVO VALDIVIESO, Luis. Lenguaje y dislexias: Enfoque cognitivo del retardo lector, tercera edición 2007, edición original publicada por ediciones Universidad Católica de Chile

LUCCHINI, Graciela editora. Niños con Necesidades Educativas Especiales/Verónica Pesse Q. Problemas de Lenguaje, primera edición, Alfaomega Colombiana S.A. 2007

MILAGROS, Damián Díaz. Niños con síndrome de down: Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico. Editorial Trillas México 2003.

PRIETOEGAS CRUZ, Luisa María. Retardo mental. Primera edición 1994 Lima Perú

YVES POINSO, Roland Gori. DICCIONARIO PRACTICO DE PSICOPATOLOGIA, 1976 Editorial Herder S.A, Provenza 388, Barcelona España.

ORDOÑEZ, Lourdes. DEFICIENCIA MENTAL Y PSICOMOTORA. Módulo VIII, 2009

RIVAS, Mayra. TERAPIA EN LOS TRASTORNOS DE LENGUAJE. Módulo VII, 2008-2009

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

PROYECTO DE DESARROLLO

TEMA:

"ATENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE A PERSONAS CON SINDROME DE DOWNN DE LA ASOCIACIÓN APNELE, DEL CANTÓN ZAMORA, PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE, PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010"

PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÒN DEL TITULO DE LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÒN Y EDUCACIÒN ESPECIAL

AUTORA:

Mónica Garzón Carrión

LOJA –ECUADOR

2009-2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DESARROLLO

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

- **TEMA:**

"ATENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE A PERSONAS CON SINDROME DE DOWN DE LA ASOCIACIÓN APNELE DEL CANTÓN ZAMORA, PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2009 A FEBRERO DEL 2010"

- INSTITUCIONES EJECUTORAS:

  Universidad Nacional de Loja

  Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial

  Proyecto de Investigación Desarrollo.

  Municipio de Zamora

  Asociación APNELE

- DIRECCIÓN:

  UNL. Ciudad Universitaria. Área de la Educación el Arte y la Comunicación, carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial Proyectos de Desarrollo Social.

- TELEFONO

  2545558/2547192 Ext.110

- EMAIL:

psicorrehabilitacionpdsunl@latinmail.com

- REPRESENTANTE LEGAL

  Mg.Sc. Dr. Gustavo Villacis Rivas

- COORDINADOR DEL PROYECTO

  Dr. Oscar Cabrera Iñiguez Mg.Sc. (Proyectos de desarrollo social Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial)

- ASESORES DEL PROYECTO

Dr. Oscar Cabrera Iñiguez.

Dra. Flora Cevallos Carrión.

- PERSONAL TÉCNICO

  Egda. Mónica Gabriela Garzón Carrión

- INSTITUCIÓN PARTICIPANTE

  APNELE

  - DIRECCIÓN

    Av. Fernando de Benavente

  - REPRESENTANTE LEGAL

    Lcda. Narcisa de Jesús Cueva Guamán

- DURACIÓN DEL PROYECTO

  800 horas (100 días)

PROBLEMATIZACIÓN:

A nivel mundial la situación biopsicosocial de las personas con discapacidad desde épocas remotas ha sido sujeto de desinterés y olvido evidenciándose que aquellos que se sitúan y cuentan con una economía estable tienen el privilegio de favorecerse de recursos y servicios, en un nivel más óptimo, por otro lado los que se encuentran en un nivel bajo o pobre no pueden acceder a estos servicios, esta realidad se refleja y está cada vez más latente en las sociedades de los países subdesarrollados.

Es así que se estima que más de cinco millones de personas en el mundo padecen algún tipo de discapacidad intelectual o física, entre ellas se destacan la deficiencia mental en sus tres categorías: Leve (80%), moderada (18%) y profunda (2%), en donde el coeficiente intelectual es de gran importancia para su diagnóstico, así como las manifestaciones clínicas, la cultura y la adaptación del sujeto con el medio.

En épocas pasadas la sociedad marginaba y eliminaba a las personas con discapacidad no tomaban conciencia de que eran seres humanos que poseen capacidades diferentes. Con el transcurso del tiempo esta idea fue cambiando, quedando claro que los individuos con discapacidad podían aprender y retenían a pesar del déficit cognoscitivo, conductual y afectivo.

En España el último siglo ha traído consigo una nueva forma de conceptuar a las personas con discapacidad planteando nuevas concepciones y tomando

importancia en su tratamiento, asistencia, educación e integración con plenos derechos en la sociedad.

En nuestro país, en la década de los setenta se comienza a trabajar con las personas con discapacidad, priorizando la atención a la niñez, generalmente personal voluntario pero sin conocimientos suficientes y adecuados por lo que buscaban ayuda de profesionales e instituciones, es así que el comienzo a esta labor estuvo a cargo de la iniciativa privada principalmente en las provincias de Quito, Guayaquil y Cuenca.

Según el CONADIS existen en el ecuador aproximadamente 1 [1]600.000 personas que representan el 13.2% de la población. Entre ellas el 50% se encuentra en el grupo de 0 a 15 años y el 30% en edades de 16 a 30 años que experimentan algún tipo de discapacidad mental sensorial y física.

El estado cuenta en la actualidad con organismos, instituciones, centros creados con el objetivo de dar atención a los discapacitados y a sus diferentes deficiencias, sin embargo estas no satisfacen las necesidades y demandas de la población todo ello debido al bajo presupuesto y a la falta de recursos humanos, restringiendo aún más el acceso de brindar información acerca de la prevención, causas, características, evolución y cuidados de las distintas discapacidades.

Zamora Chinchipe no está ajena a esta realidad, la provincia cuenta con una población total de 83.453 habitantes (producto de la aplicación de modelos matemáticos que combinaron los datos de la encuesta de discapacidades del 2004 y la información del Censo 2001), de esta población las 9.238 que corresponde al

11, 07% tienen algún tipo de discapacidad, lo cual se distribuyen de la siguiente manera: Deficiencia y limitación leve infantil: 145 personas, equivale al 1,57%; Deficiencia general: 2.927 personas, equivalente a 31,69%; Limitaciones leves y moderadas: 1.630 personas, equivalente a 17.64%; Limitaciones estructurales graves: 3.425 personas, equivalente a 37.08%; Limitaciones funcionales graves: 1.111 personas, equivalente a 12,0%. Conadis-Ecuador en cifras

En la deficiencia general hay más mujeres que hombres mientras que en los demás tipos de discapacidad se encuentra que los hombres tienen un número mayoritario.

En el área rural es donde se encuentran mayoritariamente todos los tipos de discapacidad lo cual va con la tendencia de la región amazónica.

La cabecera cantonal Zamora cuenta con un número de 2.419 personas con discapacidad, Yantzaza con 2.147 personas, Chinchipe con 1.160 personas, Centinela del Cóndor con 975 y el Pangui con 901. Conadis-Ecuador en cifras.

A esto se deduce que las discapacidades son de origen genético y congénito en su mayoría, luego las adquiridas y por ultimo por accidentes doméstico.

Las madres de los niños de la presente investigación en su mayoría son de avanzada edad, confirmándose las estadísticas sobre la prevalencia de este síndrome.

Ecuador en cifras; INEC- Encuestas de Discapacidades del SIEH 2004.
www.conadis.com

Así mismo cabe indicar que los niños Down en su mayoría nunca antes recibieron ninguna clase de estimulación en el área de lenguaje razón por lo cual presentan dificultad en el habla.

Por otro lado los padres de familia reciben ayuda del INFA a cambio de que sus hijos acudan a un centro de rehabilitación e inviertan en medicina entre otros que beneficie a los niños, de no ser así se les suspende el bono. Por esta razón los padres se ven en la necesidad de llevar a sus hijos a los centros de rehabilitación para justificar de una u otra manera lo acordado con la institución antes mencionada.

Al no ser por esta ayuda los niños, adolescentes y jóvenes seguirían sin recibir ningún tipo de terapias.

También cabe indicar que los centros de Educación especial del cantón no han venido cumpliendo con su papel, razón por lo cual los padres se han visto en la necesidad de retirar a sus hijos de dichas instituciones y tenerlos la mayoría en sus casas sin ninguna atención que les permita desarrollar tanto su lenguaje como su nivel cognitivo. En virtud de lo antes mencionado, como egresada de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, he considerado la posibilidad de realizar el proyecto de Investigación denominado: “atención terapéutica en lenguaje a personas con síndrome de Down de la Asociación APNELE, del cantón Zamora, provincia Zamora Chinchipe durante el periodo octubre 2009 a febrero del 2010”, con el cual se pretende ayudar a la comunidad de Zamora Chinchipe en

uno de los problemas de significancia que adolece la población como son las discapacidades.

JUSTIFICACIÓN:

En nuestra sociedad actualmente se observa un alto índice de personas con discapacidad y capacidades excepcionales, que requieren una atención especializada. Frente a ello la Universidad Nacional de Loja, a través de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial decide ejecutar un proyecto encaminado a atender prioritariamente a este grupo poblacional carente de cuidado e intervención, creando un proyecto de atención a la colectividad con algún tipo de discapacidad, que ha tenido como misión y objetivo fundamental, brindar una atención acorde a las necesidades de la sociedad, formando profesionales críticos, analíticos capaces de servir con una mentalidad científica, humanista y solidaria a aquella población que presente algún tipo de discapacidad o necesidades educativas especiales.

Por ello surge la necesidad de insertar a los egresados en la investigación-acción y participación como parte importante de su quehacer profesional y de la utilización de los conocimientos adquiridos en la formación profesional con lo que se aporta a la colectividad ofreciendo la atención a personas con discapacidad.

Siendo el presente proyecto de desarrollo viable en donde los beneficiarios serán en este caso las personas que asistan a la asociación de padres de familia de niños especiales luz y esperanza APNELE, con la colaboración de los egresados de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, mismo que cuenta con el apoyo de la Universidad Nacional de Loja, el Ilustre municipio del cantón Zamora, Gobierno seccional de Zamora y Patronato de Amparo Social del Cantón Zamora, para lo cual existe un convenio de cooperación interinstitucional.

Para el proceso del presente proyecto de desarrollo se contará con el respaldo y la asesoría constante de las instituciones antes mencionadas.

BENEFICIARIOS:

- Asociación de padres de niños especiales Luz y Esperanza. (APNELE)
- Personas con necesidades educativas especiales de los lugares Rurales
- Patronato de Amparo Social del Ilustre Municipio del Cantón Zamora de la provincia de Zamora Chinchipe
- Universidad Nacional de Loja
- Egresadas de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial

OBJETIVOS

GENERAL

- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad del cantón Zamora.

ESPECÍFICOS

- Recolección de información de las personas con Discapacidad que formarán parte del Proyecto de Psicorrehabilitación Comunitaria I etapa.
- Valorar el área de lenguaje en los niños con Discapacidad
- Realizar las planificaciones correspondientes al área afectada de los pacientes con Discapacidad.
- Brindar atención Especializada e individualizada a los pacientes con discapacidad de la asociación APNELE.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. Discapacidad

1.1 Definición

1.2 Tipos de Discapacidad

1.2.1 Discapacidad Mental

1.2.1.1 Definición

1.2.3 Tipos de discapacidad Mental

1.2.3.1 Causas de la Discapacidad Mental

1.2.3.2 Clasificación de la Discapacidad Mental

2. Síndrome de Down

2.1 Historia

2.2. Definición

2.3 Características

2.4 Causas

2.5 Problemas médicos asociados al síndrome de down

2.6 Niveles de Prevención

3 El aparato Fonador

3.1 Definición

3.2 Lenguaje y comunicación

3.3 Definición

3.4 El lenguaje asociado a la teoría de Jean Piaget

3.5 Lenguaje y comunicación en los niños Down

3.6 Terapia de Lenguaje en niños Down

CAPITULO

I

1. Discapacidad

1.1 Definición

En los años 70 la Organización Mundial de Salud plantea la necesidad de traspasar las barreras del proceso de la enfermedad en su secuencia: Etiología, patología; cuya manifestación pretende ir más allá, con la clasificación de las consecuencias que la enfermedad deja en el individuo, tanto en su propio cuerpo con las repercusiones en su actividad y en su relación con el entorno.

- De acuerdo a la O.M.S., una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Discapacidad, es toda "limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una "deficiencia" y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social. Conadis-Ecuador en cifras
- Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales. Limitaciones en la actividad y restricciones en la "participación". Conadis-Ecuador en cifras

www.discapacidades.com, 24-03-010, 10h30

1.2.TIPOS DE DISCAPACIDAD

Existen diferentes tipos de discapacidad, entre ellas se encuentra la discapacidad física, discapacidad sensorial y la discapacidad mental, también existen muchas enfermedades que producen discapacidades y que en muchas casos no son tipificadas como tal por ejemplo la obesidad, la artrititis, los problemas cardiacos, etc.

DISCAPACIDAD COGNITIVA

Es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están: El Autismo, El síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. Cuando estudiamos la discapacidad cognitiva de acuerdo con la teoría de Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservan intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal.

DISCAPACIDAD FISICA

La visión que tenemos de la persona con discapacidad física ha variado con el paso de los años, anteriormente veíamos que las personas eran relegadas a su hogar, sin posibilidades de socializar y mucho menos opciones laborales, esta condición día a día va mejorando, y los gobiernos van tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad.

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores

congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.

Dentro de ellas tenemos:

LESIÓN MEDULAR

Es un daño que se presenta en la medula espinal puede ser por una enfermedad o por un accidente y origina perdida en algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión.

La medula espinal es la conexión mas importante entre el cerebro y el resto del cuerpo, recoge información de los brazos, las piernas, el pecho y la espalda y la envía al cerebro lo que nos permite poder sentir y tocar, de igual manera la medula espinal recibe órdenes enviadas en el cerebro y es lo que nos ayuda a respirar, caminar y movilizarnos.

Los síntomas de una lesión medular dependen de la ubicación y la gravedad de la lesión, es decir entre más alta sea la lesión mayor es el área de funcionamiento que se ve afectada, existe lesión medular completa o parcial, cuando la lesión es completa no existe ningún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión y la lesión parcial indica que existe algún funcionamiento por debajo del lugar de la lesión.

Paraplejía: Es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas pero no afecta los brazos.

Tetraplejía: Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completas en las piernas.

ESCLEROSIS MULTIPLE

Es una enfermedad fundamentalmente inmunológica, en la cual se produce una serie de alergia de una parte del sistema nervioso central, afectando los nervios que están recubiertos por la capa de mielina. Se llama esclerosis porque hay endurecimiento o cicatriz del tejido en las áreas dañadas y múltiple porque se afectan zonas salpicadas del sistema nervioso central, donde los síntomas pueden ser severos o leves, los cuales pueden manifestarse con una periodicidad impredecible y errática, diferente en cada paciente. Existen dos formas básicas de EM: La más corriente se manifiesta con brotes (síntomas) espaciados que pueden durar días o semanas. Los brotes no son necesariamente acumulativos y entre uno y otro pueden pasar meses o años. La segunda es crónica, más compleja, con brotes progresivos. Además, la EM puede expresarse de otras formas mixtas.

PARALISIS CEREBRAL

Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular. Es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, como también por situaciones traumáticas (accidentes). Existen diversos grados de parálisis cerebral. Tradicionalmene se distinguen cuatro tipos: Espástica, Disquinética, Atáxica y Mixta

MAL DE PARKINSON

Entre las enfermedades neurológicas, el Mal de Parkinson (MP) ocupa el cuarto lugar en incidencia. Es una de las afecciones más antiguas que conoce la

humanidad y recibe su denominación del médico Londinense James Parkinson, quien la padeció y la describió en 1817. De causa desconocida, es una enfermedad crónica y progresiva, que causa una lenta pérdida de la capacidad física en la época de la vida que se creía llegar a un merecido descanso.

ESPINA BIFIDA

Malformación congénita manifestada por falta de cierre o fusión de uno o varios arcos posteriores de la columna vertebral, con o sin exposición de la médula espinal, lo que sucede durante el primer mes de embarazo. Existen tres tipos: Espina bífida oculta, Meningocele y Mielomeningocele. Las investigaciones indican que una de sus causas es

la falta de ácido fólico en el organismo de la madre.

DISTONIA MUSCULAR

Es un síndrome que consiste en contracciones musculares sostenidas en el tiempo. La mayoría de las veces causa torsiones, movimientos repetitivos y/o posturas anómalas. Además, presenta tics regulares o irregulares y afecta a una o varias partes del cuerpo. Estos desórdenes musculares no afectan las otras funciones del cerebro, como la personalidad, la memoria, las emociones, los sentidos, la capacidad intelectual y la actividad sexual se mantiene absolutamente normal. Existen diversas clasificaciones de la distonía, las cuales dependen según donde estén ubicadas en el cuerpo: Distonía primaria o idiopática; distonía secundaria; distonía generalizada; distonía focal; hemidistonía y distonía segmental.

ACONDROPLASIA

El término Acondroplasia lo propuso Parrot en 1878, palabra que proviene del griego (**chondros** = cartílago y **plasis** = formación), por el escaso crecimiento cartilaginoso que se produce en esta displasia.

La acondroplasia es la forma más frecuente de enanismo. Se trata de una alteración ósea de origen cromosómico, caracterizada porque todos los huesos largos están acortados simétricamente, siendo normal la longitud de la columna vertebral, lo que provoca un crecimiento disarmónico del cuerpo. La acondroplasia es debida a un cambio en la información genética que recibe el factor receptor de crecimiento de fibroplastos, células que hacen que los huesos crezcan a lo largo. Esto produce una malformación en el desarrollo de los cartílagos, con una calcificación acelerada que impide el crecimiento normal de los huesos.

ALBINISMO

El albinismo es una anomalía genética en la que hay un defecto en la producción de melanina, dicha anomalía es la causa de la ausencia parcial o total de pigmentación de la piel, los ojos y el pelo, es hereditario y aparece con la combinación de los dos padres portadores del gen recesivo, recibe su nombre del latín albus que significa blanco, es también conocido como hipopigmentación

Tipos de al binismo:

Oculocutáneo: afectando todo el cuerpo

Ocular: sólo los ojos están despigmentados

Parcial: se produce melanina en el cuerpo menos en algunas partes tales como extremidades superiores

El albinismo afecta a todas las razas, muchas veces los padres no reconocen que su hijo tiene albinismo, hasta después de algunos años de nacido.

DISCAPACIDAD SENSORIAL

Dentro de la categoría de las discapacidad sensorial, encontramos la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos, por ejemplo la hipoagusia que es la disminución en la sensación del gusto.

DISCAPACIDAD VISUAL

La discapacidad visual es la carencia, deficiencia o disminución de la visión. Para muchas personas la palabra ciego significa carencia total de la visión, sin embargo la discapacidad visual se divide en ceguera total o amaurosis, ceguera legal.

La pérdida de la visión puede ocurrir debido a herimientos, traumatismos, perforaciones o vaciamiento en los ojos. Durante la gestación, enfermedades como rubéola, toxoplasmosis y sífilis, además del uso de substancias tóxicas, pueden ocasionar esta discapacidad en el niño.

DISCAPACIDAD AUDITIVA

La discapacidad auditiva es la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva, existen tres tipos de discapacidad auditiva: Pérdida auditiva conductiva, pérdida auditiva sensorial y pérdida auditiva mixta.

La deficiencia auditiva (hipoacusia) puede ser adquirida cuando existe una predisposición genética (por ejemplo, la otosclerosis), cuando ocurre meningitis,

ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a los nervios relacionados a la audición), exposición a sonidos impactantes o virosis. Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades, como rubéola, sarampión, sífilis, citomégalovirus y toxoplasmosis, además de la ingestión de medicamentos que dañan el nervio auditivo durante el embarazo, problemas de incompatibilidad sanguínea, o de infección bacterial, meningitis, fiebre tifoidea, difteria

1.2.1 DEFICIENCIA MENTAL

1.2.2 DEFINICIÓN

La Asociación Americana sobre deficiencia Mental (AARM) desde su fundación en 1876 ha tenido como una de sus principales ocupaciones la de conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con deficiencia mental.

La deficiencia intelectual o mental es la dificultad que tiene el individuo de pensar, percibir y analizar correctamente las cosas y situaciones que suceden en el entorno, incapacidad para desarrollar tanto su potencial intelectual como social, y por lo tanto no le es posible enfrentarse a las exigencias del medio ambiente, incapacidad que posee para adquirir hábitos independientes y desenvolverse adecuadamente en la sociedad. Condición de origen orgánico o ambiental, que puede padecer el individuo, quizás por causas pre peri o post natales, interfiriendo con sus procesos cognitivos ocasionando interferencias con el proceso de crecimiento desarrollo y maduración del mismo. El retardo mental es un desarrollo mental detenido, se refiere en general a las funciones intelectuales

subnormales que se originan durante el periodo del desarrollo y esta asociado con dificultades en la adaptación de la conducta o comportamiento. Luisa María Prietoegas, pág 9

1.2.3 TIPOS DE RETRASO MENTAL

Existen riesgos biológicos y ambientales. En el retraso clínico, el grado de deficiencia intelectual va desde el moderado al profundo, o sea, el CI es inferior a 55. El diagnóstico de deficiencia mental se establece, de modo típico o al nacer, o durante los primeros años de vida.

El retraso clínico suele coincidir con deficiencias orgánicas de índole neurológico, metabólico o fisiológico. Aproximadamente, un 20 a un 25 por 100 de todos los niños mentalmente retrasados pertenecen a la categoría clínica.

El restante 75 a un 80 por 100 queda incluidos dentro del retraso de tipo sociocultural, que implica deficiencias intelectuales leves, con CI entre 55 y 69. Este tipo de retraso no suele diagnosticarse hasta que el niño ingresa a la escuela y presenta dificultades de aprendizaje. Estos niños proceden con mayor frecuencia de padres en condiciones económicas, sociales y educación desventajosas.

Esta categoría a diferencia de la clínica es que los que padecen retraso sociocultural pueden comportarse de modo bastante aceptable en su vida cotidiana, aun cuando sus rendimientos escolares se sitúan por debajo del promedio.

www.google.com/Tipos de discapacidades, 29/03/010; 14hoo
PRIETOEGAS CRUZ, Luisa María. Retardo mental. Primera edición 1994 Lima Perú, pág 9

1.2.4 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD MENTAL

El origen de estas alteraciones puede encontrarse tanto en la época prenatal como en la postnatal. En general, un gran número de las causas de la deficiencia mental se producen alrededor del periodo perinatal, es decir en la fisiopatología de la reproducción, concepción, periodo embrionario, fetal y neonatal.

Una familia puede sospechar que existe retardo mental cuando las habilidades motoras, del lenguaje y de autoayuda no parecen desarrollarse en un niño o cuando se desarrollan a un ritmo mucho menor que en otros niños de su edad.

El grado de deficiencia producto del retardo mental varía ampliamente desde deficiencia profunda hasta retardo leve o limítrofe. Actualmente se hace menos énfasis en el grado de retardo y más en el grado de intervención y cuidado que se requieren para la vida diaria. La deficiencia mental afecta a cerca del 1 al 3% de la población.

ALTERACIONES PRENATALES

Para producir lo reflejado más arriba pueden incidir factores genéticos ambientales o uterinos.

FACTORES GENÉTICOS

-Anomalías Cromosómicas: Son las que se producen cuando el material genético no tiene una distribución adecuada. Se asocia a malformaciones congénitas múltiples, que son más numerosas cuando mayor sea el disbalance genético. Pueden ser polisomías, disomías parentales, microdelecciones, etc.

-Alteraciones monogénicas: Son aquellas que se producen por mutación de un gen.- Herencia multifactorial.

FACTORES AMBIENTALES:

Son agentes teratogenos externos que producirán una alteración en la forma o en la función del feto. Su acción depende de la dosis, el tiempo de exposición, la susceptibilidad del individuo y de las interacciones con otros factores.

Pueden ser los siguientes:

-Infecciones por virus: (rubéola, citomégalovirus, herpes), bacterias (listeria, sífilis), protozoos (toxoplasma) o fúngicas. Son las infecciones intrauterinas, que producen diferentes cuadros clínicos según el tipo de microorganismo que la produzca y el momento de su actuación.

*Rubeola Congénita: Si una mujer embarazada contrae la rubeola durante los tres o cuarto mes de gestación . El recién nacido puede verse afectado por varias anomalías congénitas, incluyendo defectos cardiacos, retraso mental, sordera y cataratas.

* Citomegaluvirus: La infección puede ocurrir por diferentes vías: aérea, sanguínea transplacentaria, orina, leche materna, saliva y secreciones genitales.

En la madre esta enfermedad acostumbra a ser leve, en cambio en el feto produce retraso mental o cerebral, hepatomegalia, esplenomegalia e ictericia. Los cuerpos malignos son detestables en los tejidos, en la orina y en el líquido cefalorraquídeo.

*Sífilis Congénita: En la actualidad la sífilis congénita es una enfermedad rara en los países desarrollados. La infección se produce en el útero a través de la placenta. Se puede ver una erupción en la piel y en la parte de piel que rodea a las uñas. Poco después del nacimiento del niño presenta palidez y se desarrolla su retraso mental.

En el 15% de los casos la sífilis terciaria afecta al sistema nervioso central. Esta neurosífilis puede presentarse en tres formas distintas: demencia paralítica, parálisis general progresiva y tabes dorsal. La tabes se caracteriza por una parálisis peculiar, falta de coordinación muscular (ataxia), pérdida del control de esfínteres urinarios y degeneración de los reflejos osteotendinosos. En todas las neurosífilis acaba apareciendo psicosis o demencia en mayor o menor grado. La infección de la madre gestante puede producir abortos, muerte del feto o hijos con sífilis congénita. Éstos últimos presentan síntomas patognomónicos (inequívocos) llamados estigmas sifilíticos: frente elevada, nariz en silla de montar y deformidades dentales. En la segunda década de la vida puede iniciarse el deterioro del sistema nervioso central.

Todas las antes mencionadas son infecciones intrauterinas, que producen diferentes cuadros clínicos según el tipo de microorganismo que la produzca y el momento de su actuación.

-Agentes físicos: Las radiaciones ionizantes, la hipertermia, los factores mecánicos, etc.

-Drogas y agentes: Químicos: alcohol, fenitoína, talidomida, etc.

Factores Uterinos:

Inciden en la segunda mitad del embarazo, y aunque podrían considerarse como un factor externo, se separa por ser el punto de unión entre el feto y la madre, con unas características determinadas. Son por ejemplo el oligoamnios, las bandas amnióticas, etc.

En general, las alteraciones en el periodo prenatal se suelen clasificar según el momento en el que se producen:

-Gametopatías: Se consideran como patologías preconsepcionales, de causa endógena. Se dividen en dos tipos:

1. Cromosomopatías, que son los errores en el número y estructura cromosómica. Estas alteraciones afectan a las estructuras que derivan de las tres hojas blastodérmicas en el desarrollo embrionario.

2. Genopatías, son las mutaciones puntuales en el ovocito o en el espermatocito, o en ambos, y que se transmiten a los descendientes.

-Blastopatías: Son las alteraciones que inciden en el feto durante la tercera semana de vida intrauterina. En este momento las agresiones que se produzcan son tan importantes que conllevan a la muerte, o bien son lo suficientemente tolerables para que el feto pueda reparar el daño. Los resultados de las Blastopatías son los abortos, las aberraciones estructurales del feto o los mosaicismos cromosómicos.

- Embriopatías: Son las alteraciones que se producen en el desarrollo de los órganos durante el periodo que comprende desde la cuarta a la duodécima semana de vida prenatal, dando origen a malformaciones congénitas, disrupciones o displasias.

-Fetopatías: Se desarrollan a partir de la duodécima semana hasta el final del embarazo, y pueden evolucionar a deformidades o enfermedades fetales.

En las dos últimas alteraciones prenatales la causa que las produce es externa a la madre y al feto, y para que se produzcan necesitan de una predisposición genética para ellas.

ALTERACIONES EN EL PERIPARTO

En la exposición de estas alteraciones haré más hincapié en las producidas en el periparto, aunque como ya se ha comentado, son válidas para el resto de la vida. Su origen puede estar en:

-Traumatismos: Óseos, cutáneos, musculares, de los órganos internos, del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Pueden ser accidentales o no.

En el periparto pueden ser primarios o secundarios. Los primeros pueden depender del feto (prematuridad, macrosomía, anomalías congénitas) o de la madre (características del canal del parto, de la placenta, duración del parto, etc).

Los traumatismos también pueden ser secundarios a procedimientos instrumentales (amniocentesis, fórceps, etc.), maniobras manuales, fármacos (anticoagulantes, anestésicos), o alteraciones físico-químicas (alteraciones térmicas).

-Hipoxia: Por diversas causas (inmersión, atragantamiento, etc.)

Infecciones: Pueden producir deficiencias y discapacidades sobretodo en los primeros momentos de la vida. Pueden ser víricas, bacterianas, protozoarias o fúngicas.

-Fármacos: Algunos fármacos a dosis altas o por susceptibilidad individual pueden producir alteraciones (ototoxicidad de los amino glucósidos).

1.2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La clasificación universalmente acogida es la propuesta por la Organización mundial de la Salud- OMS.

Según el coeficiente de Inteligencia.

GRADO DE DEFICIENCIA	COCIENTE INTELECTUAL
Retraso Mental Límite	70-85
Retraso Mental Ligero	50-69
Retraso Mental Moderado	35-49
Retraso Mental Severo	20-34
Retraso Mental Profundo	Inferior a 20

DEFICIENCIA MENTAL LEVE (Límite y Ligero)

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica.

Psicoafectivo:

- El bebé con deficiencia mental suele ser muy tranquilo, en ocasiones demasiado, lo que puede inquietar ya desde un principio a las personas que lo tienen a su cuidado

Deficiencia mental y psicomotora modulo VIII, págs. 47, 48, 49, 50

- Es capaz de sonreír, conseguir los movimientos oculares adecuados y mirar con atención, al menos en apariencia.
- El niño puede desarrollar aptitudes sociales de relación y de comunicación, presentando un mínimo.
- Las diferencias con el niño normal son poco notables durante los primeros años de su evolución, pero es en el inicio de la escolaridad cuando los padres comienzan a apreciar las diferencias existentes a través de las dificultades que el niño presenta.
- Los niños con retardo leve presentan una mayor sensibilidad ante el fracaso y una baja tolerancia a las frustraciones, especialmente las afectivas.
- Tienen mayores dificultades en las relaciones con los otros niños y posteriormente en las situaciones sociales en general.
- Los juegos suelen ser más estereotipados y menos estructurados.

Teniendo en cuenta toda la organización psíquica del niño, incluyendo su retardo, se pensará en ayudas de tipo estimulativo, educacional y psicoterapéuticos si fuese necesario.

Aspecto Motriz

- En la evolución motora, PIC y Vayer observan un cuadro de hipotonía.
- No aprecian diferencias significativas en la coordinación.
- Las sincinecias y la paratonía son normales en la mayoría de los niños con retardo mental leve.

- En cambio, el equilibrio en relación con los trastornos posturales, la orientación espacio-temporal y las adaptaciones a un ritmo (especialmente precisión-rapidez) suelen ser dificultosos.

Lenguaje:

- Algunos niños deficientes mentales se expresan utilizando palabras correctamente, sin trastornos en la articulación.
- Su lenguaje presenta cierta y en ocasiones, aparece más evolucionado de lo que podía preverse atendiendo al coeficiente intelectual; pero, en otras, se crean retrasos intelectivos del lenguaje, especialmente en los niños que presentan trastornos emocionales asociados.
- Los individuos afectados de deficiencia mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista.

Intelectuales:

- Como trastornos intelectivos propiamente dichos, se presentan disminución de la comprensión, pobreza de razonamiento y falta de autocrítica. B. Inhelder observa las dificultades del pensamiento abstracto en los niños deficientes.
- El deficiente pasa por los estadios sucesivos del desarrollo a un ritmo más lento que el niño normal, sin acabar de desprenderse del todo de las formas anteriores de su razonamiento.

- También los resultados de las operaciones concretas de los niños retardados y los normales son muy semejantes; pero en cambio, en los primeros no aparecen indicios de las operaciones formales.
- Inhelder considera que el pensamiento conceptual, explorado por medio de actividades de clasificación, utiliza criterios inhabituales y de gran variabilidad.
- Como reacciones compensatorias se consiguen rendimientos verdaderamente sorprendentes en las capacidades de la memoria inmediata.

Aprendizajes Escolares:

- En los aprendizajes escolares, estos niños pueden alcanzar niveles 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. Esto ocurrirá cuando la insuficiencia intelectual no presente ningún trastorno emocional grave, que pueda dificultar el máximo aprovechamiento de sus capacidades intelectuales y de adaptación.
- Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, muchos presentan problemas en la lectura y escritura.

- Frente a situaciones nuevas o extrañas, aparecerán dificultades para adaptarse, pudiendo llegar a necesitar ayuda cuando se encuentren bajo un fuerte estado de tensión.

Aspectos de la vida diaria:

- La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades practicas. El desarrollo es más lento de lo normal.
- Pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia.

Desempeño Laboral

- La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores de la deficiencia mental leve pueden desempeñar trabajos prácticos, más que académicos, entre ellos los trabajos manuales semicalificados.
- Las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal, que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

DEFICIENCIA MENTAL MODERADA

Las personas con deficiencia mental moderada son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo

normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Generalmente presentan algunas características en las siguientes áreas:

Lenguaje:

- Llegan a hablar y aprenden a comunicarse de formas diversas, aunque les es difícil expresarse con palabras y utilizar formulaciones verbales correctas.
- Su vocabulario es limitado, en ocasiones cuando el ambiente es suficientemente acogedor y sugerente, el niño puede ampliar su lenguaje y expresión hasta extremos realmente sorprendentes.
- La estructura de su lenguaje hablado es semejante a etapas anteriores del desarrollo en el niño normal.
- La percepción elemental no está demasiado alterada.
- Hay trastornos de juicio y razonamiento, pero estos niños pueden hacer generalizaciones y clasificaciones mentalmente, aunque después tengan dificultades o no sean capaces de expresarlas a nivel verbal.

Psicoafectiva:

- En lo social, se manejan con dificultades, aunque en un grupo estructurado pueden desenvolverse con cierta autonomía.
- Se benefician de la formación, pese a que necesitan cierta supervisión, y se desenvuelven con bastante habilidad en situaciones y lugares que les son familiares.

Intelectuales:

- Durante la edad escolar, pueden llegar a aprender hasta niveles de segundo grado en la elemental, y adquirir conocimientos sociales y ocupacionales.
- En condiciones favorables, y con un entrenamiento previo, pueden auto mantenerse con trabajos semicalificados o no cualificados.

Psicomotor:

- La evolución del desarrollo psicomotor es variable, pero frecuentemente esta alterado. El perfil psicomotor es semejante al de los niños débiles, aunque más retardado, siendo las sincinecias más numerosas y la paratonía mas evidente.

DEFICIENCIA MENTAL GRAVE

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA

El C.I., en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones, requerimientos o para actuar de acuerdo a ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda e inspección constante.

Las personas con este tipo de deficiencia durante los primeros días de vida se evidencia bajo peso y estatura, algunos presentan hipotonía abdominal, leves deformaciones torácicas, insuficiencia respiratoria.

A continuación se detallan algunas pautas para su diagnóstico:

- Tienen una movilidad restringida o totalmente inexistente.
- No controlan esfínteres.
- Tienen formas muy rudimentarias de comunicación verbal.
- Presentan incapacidad para producir sonidos.
- En la adultez pueden llegar a desarrollar un lenguaje muy lento, pero la escritura no.
- Presentan algún tipo de malformaciones cefálicas o faciales, el origen de estos es de tipo orgánico.
- Poseen reflejos inmaduros, estado protopático primitivo (falta de maduración).

Cognitiva:

- Durante los primeros años y hasta la edad escolar, logran desarrollar una mínima capacidad de funcionamiento sensorio motor.
- Algunos pueden adquirir mecanismos de relaciones afectivas elementales.
- Motricidad alterada (marcha, equilibrio, coordinación, dinámica, dificultades para la relajación muscular, defectuoso control de la respiración y órganos de la fonación).
- Logran relaciones afectivas simples durante el periodo escolar.

- En otros casos no logran desarrollar ninguna de estas áreas por lo que necesitan ayuda y vigilancia permanente e incluso requieren de cuidados especializados (hospitalización, enfermería).

Personal Social:

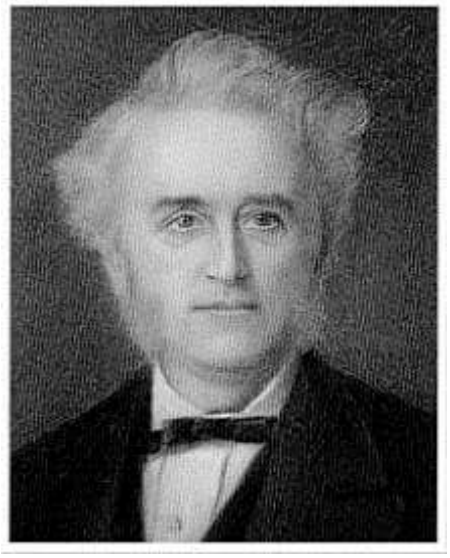
- Constantemente presentan cólera, ansiedad generalizada.
- Algunos con entrenamientos pueden llegar a desarrollar habilidades para la auto manutención.
- Falta de confianza en sí mismos.
- Desarrollan actitudes mínimas de auto protección.
- Podrían realizar trabajos manuales mecánicos simples bajo control.

CAPITULO II

2.- SINDROME DE DOWN

2.1.- HISTORIA DEL SINDROME DE DOWN

Las primeras descripciones del síndrome achacaban su origen a diversas enfermedades de los progenitores, estableciendo su patogenia en base a una involución o retroceso a un estado filogenético más "primitivo".



John Langdon Haydon Down

Alguna teoría más curiosa indicaba la potencialidad de la tuberculosis para "romper la barrera de especie", de modo que padres occidentales podían tener hijos "orientales" (o "mongólicos", en expresión del propio Dr. Down, por las similitudes faciales de estos individuos con las razas nómadas del centro de Mongolia). Tras varias comunicaciones científicas, finalmente en 1909 G. E. Shuttleworth menciona por primera vez la edad materna avanzada como un factor de riesgo para la aparición del síndrome. De camino a la denominación actual el síndrome fue rebautizado como "idiocia calmuca " o "niños inconclusos".

En cuanto a su etiología, es en el año 1932 cuando se hace referencia por vez primera a un reparto anormal de material cromosómico como posible causa del SD. En 1956 Tjio y Levan demuestran la existencia de 46 cromosomas en el ser humano y poco después, en el año 1959 Lejeune, Gautrier y Turpin demuestran que las personas con SD portan 47 cromosomas. (Esto último lo demostró de manera simultánea la inglesa Pat Jacobs, olvidada a menudo en las reseñas históricas).

En 1961 un grupo de científicos (entre los que se incluía un familiar del Dr. Down) proponen el cambio de denominación al actual "Síndrome de Down", ya que los términos "mongol" o "mongolismo" podían resultar ofensivos. En 1965 la OMS (Organización Mundial de la Salud) hace efectivo el cambio de nomenclatura tras una petición formal del delegado de Mongolia. El propio Lejeune propuso la denominación alternativa de "trisomía 21" cuando, poco tiempo después de su descubrimiento, se averiguó en qué par de cromosomas se encontraba el exceso de material genético.

2.2 DEFINICIÓN DEL SINDROME DE DOWN

El síndrome de Down es un trastorno cromosómico que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de discapacidad intelectual, facciones características y, con frecuencia, defectos cardíacos y otros problemas de salud. La gravedad de estos problemas varía enormemente entre las distintas personas afectadas.

El retraso mental puede variar entre leve y moderado, con un coeficiente intelectual (IQ) de 50 como promedio. Cerca de la tercera parte de quienes nacen

con Síndrome de Down tienen graves defectos cardiacos, lo que ocasiona muertes prematuras. Otros sobreviven gracias a una cirugía correctiva.

2.3 CARACTERISTICAS

A pesar de que hay más de 50 síntomas reconocidos del síndrome de Down, es raro encontrar una persona con todos o una gran cantidad de éstos. Algunas características incluyen:

- ✓ Falta de tono muscular
- ✓ Ojos alargados, con el cutis plegado en el rabillo del ojo
- ✓ Hiperflexibilidad (la habilidad de estender excesivamente las coyunturas
- ✓ Manos chicas y anchas con una sola arruga en la palma de una o ambas manos
- ✓ Pies anchos con los dedos cortos
- ✓ El puente de la nariz plano
- ✓ Orejas pequeñas, en la parte inferior de la cabeza
- ✓ Cuello corto
- ✓ Cabeza pequeña
- ✓ Cavidad oral pequeña
- ✓ Llantos cortos y chillones durante la infancia.

www.google.Discapacidades.com/sindrome de down. 24-03-010/10h30

2.4 CAUSAS

El síndrome de Down esta causado por un número mayor de cromosomas. Normalmente hay 23 pares de cromosomas. Una mitad proviene de la madre y otra del padre.

Aproximadamente uno de cada 800 bebés nace con síndrome de down, independientemente de la raza o nacionalidad de sus padres. Es imposible de contraerlo después de haber nacido.

El tipo más común de Síndrome de Down es la trisomía 21. Casi un 95% de personas con síndrome de Down tiene la trisomía 21. Con este tipo de síndrome de Down, el niño nace con un cromosoma extra. Tiene 47 cromosomas en ves de 46. En lugar de tener dos cromosomas 21, tiene tres de ellos.

Generalmente, las personas con síndrome de down sufren retraso mental de leve a moderado. Algunos tienen un retraso de desarrollo y otras tienen unretraso grave. Cada persona con síndrome de down es distinta.

FACTORES GENETICOS

Algunas anomalías genéticas presentan síntomas evidentes en el momento del nacimiento. Pueden ser causadas por mutaciones de un gen, de varios genes o por alteraciones cromosómicas complejas. Muchas enfermedades se heredan de modo recesivo: ninguno de los padres padece la enfermedad pero ambos son portadores del gen causante de ella. Cuando ambos padres presentan un gen dominante A y

un gen recesivo a, sus descendientes pueden heredar una de las cuatro posibles combinaciones: AA, Aa, aA, o aa. Si el gen recesivo a transmite la enfermedad, existe 25% de probabilidades de que cada hijo este enfermo. En otras anomalías congénitas la presencia de un solo gen recesivo produce la enfermedad.

Para comprender la explicación genética del síndrome de Down hay que conocer el mecanismo general de la reproducción. El ovulo contiene 23 cromosomas, estos a su ves contiene los genes que determinan los caracteres peculiares como son físicos: el color de pelo, de sus ojos, etc. Cada espermatozoide también contiene 23 cromosomas, la concepción se lleva a cabo cuando el espermatozoide se junta con el ovulo entonces el gameto contiene 46 cromosomas, este número es normal en el ser humano.

El síndrome de Down se da cuando un individuo tiene tres copias del cromosoma 21 en lugar de dos. En aproximadamente el 95% de los casos, la causa de la anormalidad genética es la no disyunción durante la formación de un gameto progenitor, dando como resultado 47 cromosomas con una copia supernumeraria del cromosoma 21 en las células del individuo afectado.

El 5 % restante de los casos de este síndrome puede resultar de una traslocación en los cromosomas de uno de los padres.

AGENTES EXTERNOS

En torno a un 10% de las anomalías congénitas están causadas por factores externos: como la radiación de bombas atómicas, la radioterapia. El riesgo para el

feto es menor en las radiografías utilizadas para la elaboración de diagnósticos. Someter a una gestante a temperaturas elevadas (como la de un baño muy caliente).

En los años cincuenta se descubrió que la placenta (órgano de unión del feto a la madre) no es una barrera protectora frente a sustancias químicas presentes en la sangre materna porque muchos niños nacieron con focomelia (miembros ausentes de forma total o parcial) debido a la utilización de sedantes, alcohol, anticonvulsivos, cocaína, etc. Diferentes infecciones padecidas por una gestante pueden lesionar al feto. La más típica, la rubeola, puede producir retraso mental, ceguera o sordera en el recién nacido.

Las mujeres con diabetes mellitus tipo I (insulina-dependiente), mal controlada durante la gestación, pueden tener hijos con cardiopatías congénitas y otros problemas. La fenilcetunuria (enfermedad del metabolismo) puede producir polimalformaciones y retraso mental en el niño, si no se controla durante el embarazo.

POLIGÉNICAS Y MULTIFACTORIALES

Se piensa que algunas malformaciones cardiacas y de la columna vertebral son poligénicas, es decir, producidas por la presencia simultánea de varios genes anómalos. Otras anomalías congénitas parecen ser multifactoriales, esto es producidas por genes anormales que interactúan con agentes ambientales perjudiciales. Algunas malformaciones se producen con mas frecuencia en padres

de edades avanzadas; por ejemplo el riesgo de que nazca un niño con síndrome de Down se incrementa con la edad de la madre.

2.5 PROBLEMAS MEDICOS AOCIADOS AL SÍNDROME DE DOWN

Problemas Cardiacos: Aproximadamente el 50% de los bebes con síndrome de down desarrollan defectos cardiacos, algunos de poca importancia fácilmente tratados y otros más delicados que incluso pueden llegar a requerir cirugía, es por eso que todos los niños con diagnóstico de síndrome de Down deben ser evaluados por el cardiólogo, como manera de prevenir o intervenir cualquier defecto que se tenga en este sentido.

Los niños que presentan síndrome de Down además tienen mayor riesgo de tener malformaciones intestinales, deficiencia visual o auditiva, algunos problemas respiratorios, mayores resfriados, tienen riesgo de problemas de tiroides y leucemia, por estas características es importante que el niño con síndrome down tenga sus controles médicos permanentes y sus vacunaciones al día.

Algunas personas con síndrome de down también pueden tener una condición conocida como inestabilidad Atlantoaxial, una desalineación de las dos primeras vertebras del cuello. Esta condición causa que estos individuos sean más propensos a las heridas si participan de actividades durante lo cual pueden extender demasiado o encorvar el cuello.

2.6 NIVELES DE PREVENCIÓN

PRECONCEPCIÓN

- Una mujer ha de prevenir a nivel de edad. Ha de hacer una planificación familiar entre embarazo y embarazo. Es recomendable que pasen 18 meses sin estar embarazada, porque la matriz necesita regeneración.
- Evitar drogas, alcohol y tabaco. Se tienen que eliminar bastante tiempo antes de quedarse embarazada, porque algunas sustancias quedan en sangre.
- Reconocimiento precoz de situación de riesgo. Si hay un mapa genético conflictivo ir a un profesional para que haga un esquema de los riesgos.
- Evitar radiaciones nucleares
- Evitar medicamentos de riesgo
- No sobrealimentarse.

PRENATAL

Amniocentesis: Consiste en introducir una aguja en el vientre atravesando la placenta para llegar al liquido amniótico. Hay un riesgo de 10% de dañar al feto, pero esto la madre no lo sabe. Se extraen 4 o 5 cm2 que llevan información genética y se pueden ver las alteraciones cromosómicas, también detecta los trastornos metabólicos, así como la espino bífida (si está cerrado o no el tubo neural).

Biopsia del corión: Consiste en insertar una aguja que no atraviesa la placenta pero si llega a las pilosidades de ésta. Se extraen las pilosidades y se analizan porque también tienen información genética.

Es menos fiable, pero también se detectan trastornos cromosómicos, metabólicos, si hay un buen riesgo sanguíneo. Es menos peligrosa pero menos fiable, y por lo tanto se utiliza menos.

PERINATAL

Hay el riesgo de que la placenta venga antes que el niño. Si es así, la madre tiene una hemorragia muy fuerte y el niño no puede salir porque se lo impide la placenta, así el niño tiene una anoxia, falta de oxigeno y por segundos y por segundos o minutos puede quedar deficiente.

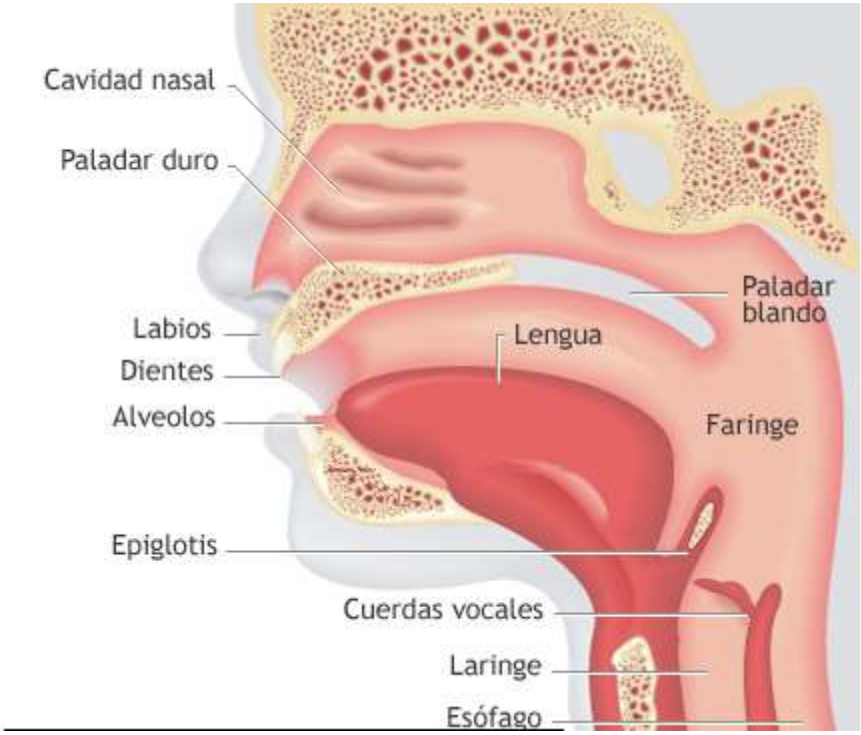
Los partos con forcéx o ventosas son partos de riesgo, se aconseja realizar cesárea.

POSTNATAL

Tiene que ver con el ambiente. Hay que vigilar la nutrición, las infecciones y el nivel de afecto, ya que si el niño no es querido, éste hecho llevará a Psicopatologías.

CAPITULO III

3. EL APARATO FONADOR



Los sonidos se originan en nuestro aparato fonador y se modifican en la boca por el movimiento de los labios, la lengua, el velo del paladar y la mandíbula inferior, diferenciándose unos de otros. Es lo que se llama la articulación. Para pronunciar correctamente necesitamos aprender a articular los fonemas.

Cualquier palabra o frase que emitimos, es producto de una serie de movimientos en los que intervienen varios órganos, que actúan regidos por el cerebro y que constituyen el aparato fonador. Estos órganos son: órganos de respiración, órganos de fonación y órganos de articulación.

1.- Òrganos de Respiración.- También llamados cavidades infraglóticas.

Dentro de estos órganos encontramos: los pulmones, los bronquios y la tráquea.

Pulmones; Tiene dos movimientos: la inspiración y la espiración, la fonación se realiza en este segundo movimiento, más largo que el primero.

En la espiración, el aire contenido en los pulmones sale de estos y, a través de los bronquios y la tráquea llega a la laringe.

Cuando inspiras introduces aire rico en oxígeno en tus pulmones. El aire llega a través de la tráquea y los bronquios hasta unos sacos diminutos que se llaman alveolos pulmonares. Los alveolos están rodeados por pequeños vasos sanguíneos, los capilares. Entre los alveolos y los capilares se produce el intercambio de gases. El oxígeno del aire pasa a la sangre y el dióxido de carbono pasa de la sangre al aire. Cuando vacías tus pulmones, cuando espiras, el aire con el dióxido de carbono sale al exterior.

Bronquios; Se dividen en ramificaciones cada vez más pequeñas hasta terminar en múltiples cavidades llamadas alveolos pulmonares.

En el centro del pecho aproximadamente, la tráquea se divide en dos tubos, los bronquios derecho e izquierdo. El bronquio derecho se divide en tres ramas, que llevan el aire a los tres lóbulos del pulmón derecho. El bronquio izquierdo se bifurca en dos ramas, que proporcionan aire a los dos lóbulos del pulmón izquierdo.

Tráquea; Es un tubo semirrígido, situado debajo de la laringe, conformado por los anillos cartilaginosos que no se cierran completamente en su parte en la parte posterior y cuyos extremos se unen por un musculo que permite estrechar la luz

traqueal y otorgar mayor presión al aire aspirado. Luego de penetrar en el tórax se bifurca con los bronquios.

2.- Òrganos de fonación.- Cavidad laríngea. En esta cavidad se encuentran las cuerdas

vocales, elemento clave del aparato fonador. Las cuerdas vocales son dos pequeños músculos elásticos. Si se abren y se recogen a los lados el aire pasa libremente, sin hacer presión: respiramos. Si por el contrario se juntan, el aire choca contra ellas, produciendo el sonido que llamamos voz.

3.- Òrganos de articulación.- Cavidades supragloticas. Una vez que el aire ha llegado a la laringe podemos hablar de sonidos; sin embargo, donde se origina esa diversidad de sonidos es fundamentalmente en los órganos de articulación. El sonido es distinto según las posiciones de estos órganos al hablar.

Son órganos de articulación: la cavidad nasal, y la cavidad bucal; que actúan como verdaderas cajas de resonancia.

Cavidad Bucal, esta constituida por los labios, los dientes, alvéolos, el paladar, la úvula o campanilla y la lengua.

Alveolos, saco terminal del aparato respiratorio en el que se realiza el intercambio de gases entre la sangre y el aire respirado.

Cada alveolo está envuelto por una tupida red de capilares interconectados entre sí. El revestimiento interno de los alveolos está compuesto por neumocitos tipo I,

aplanados, a través de los que se produce el intercambio de gases, y neumocitos tipo II, redondeados, que fabrican el surfactante pulmonar (sustancia que disminuye la tensión superficial de la interfaz aire-líquido facilitando la expansión alveolar). Las paredes de separación entre alveolos presentan intercomunicaciones (poros de Kohn), abundantes fibras elásticas (responsables de la contracción pulmonar durante la espiración) y macrófagos encargados de la primera barrera de defensa inmune.

El paladar, techo de la boca; consta de dos porciones: el paladar duro o bóveda palatina

y el paladar blando o velo del paladar, situado por detrás del anterior. El paladar duro está formado por periostio revestido de membrana mucosa; forma un arco que une los laterales y la porción anterior de la encía superior y que constituye el suelo de la cavidad nasal. El paladar blando es un pliegue móvil de una membrana mucosa que envuelve un haz de fibras musculares; los lados se fusionan con la faringe, pero el borde inferior queda libre y cuelga del extremo posterior del paladar óseo para formar un tabique incompleto que separa la boca de la faringe y que se eleva para obstruir la entrada a las vías nasales durante la deglución, y en la salida de aire hacia la nariz durante la emisión de determinados sonidos.

La úvula o campanilla, es una pequeña estructura cónica que cuelga del borde inferior del velo del paladar. El espacio que queda entre los laterales del paladar se llama istmo de las fauces; está delimitado por el borde libre del velo del paladar

por arriba, por la lengua por abajo, y por los pilares del velo del paladar y las amígdalas por los lados.

La lengua, órgano musculoso móvil, encargado de modificar la cavidad oral. Está dividido en ápice y dorso, dividido este último en predorso, mediodorso y postdorso. La punta y el dorso constituyen la parte activa en la articulación, mientras que el dorso y la parte posterior están relacionados con la deglución.

Son órganos móviles: la lengua, los labios, y el velo del paladar. Son inmóviles: los dientes, alvéolos y el paladar duro.

www.monografias.com, 29-03-010/14hoo
Microsoft encarta 2009/APARATO FONADOR

3.1 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

3.2 Definición

Lenguaje es la capacidad que toda persona tiene de comunicarse con las demás personas, mediante signos orales (y, si su desarrollo cultural lo permite, también escritos). Se trata, pues, de una facultad humana, independientemente de que, al hablar, emplee una lengua u otra (español, inglés, chino...).

En las relaciones entre las personas también toman parte la mímica y los gestos, pero sin embargo, estos son únicamente medios auxiliares del lenguaje que aparecen sobre la base del idioma oral y tienen un papel muy limitado en las relaciones humanas. Si no existiera el idioma, los gestos y la mímica no podrían servir de medio de relación entre las personas para que éstas se comuniquen.

Para el hombre, el intercambio de pensamientos es una necesidad vital constante en su vida social. Aquí intervienen dos sujetos el que habla y el que escucha.

El que habla escoge las palabras que necesita para expresar su pensamiento, las ordena según las reglas gramaticales del idioma y las pronuncia por medio de los órganos del lenguaje.

El que escucha percibe el lenguaje y, de una manera u otra, comprende el pensamiento expresado, así resulta que en cada uno de los interlocutores hay un proceso distinto de los receptores, en el cerebro y los órganos eferentes.

La base fisiológica del lenguaje, son las conexiones temporales formadas en el cerebro por la influencia en el sujeto de los objetos o fenómenos reales y de las palabras con que se denominan.

Resumen del desarrollo evolutivo del lenguaje:

0-1 año: etapa del laleo

1-2 años: periodo de comprensión pura y esbozo de expresión verbal.

18 meses: palabra frase.

20-24 meses: primera frase, acoplamiento de dos palabras.

2-3 años: periodo de adquisición del lenguaje materno.

4-5 años: periodo de expansión del lenguaje. Lenguaje socializado centrado en el dialogo.

6-8 años: lenguaje oral adquirido en todos sus niveles. Se puede dar inicio al aprendizaje lectoescrito.

8-12 años: periodo de operaciones concretas. Aparecen habilidades que apuntan a operaciones reversibles que se ven beneficiadas con el uso de la lectura.

12 años

en adelante período formal. Aparece el pensamiento abstracto y reflexivo, que permite armar un discurso de tipo adulto. Niños con necesidades educativas especiales. Cap.7 Problemas de Lenguaje/ M. Verónica Pesse Q, pàg.159

3.3 EL LENGUAJE ASOCIADO A LA TEORIA DE JEAN PIAJET

Piaget destaca la prominencia racional del lenguaje y lo asume como uno de los diversos aspectos que integran la superestructura de la mente humana. El lenguaje es visto como un instrumento de la capacidad cognoscitiva y afectiva del individuo, lo que indica que el conocimiento lingüístico que el niño posee depende de su conocimiento del mundo.

Su estudio y sus teorías se basan en las funciones que tendría el lenguaje en el niño. Para Piaget las frases dichas por los niños se clasifican en dos grandes grupo: las del lenguaje egocéntrico y las del lenguaje socializado; estas a su vez se dividen en las siguientes categorías:

- Lenguaje Egocéntrico: Repetición o Ecolalia.

El monólogo.

El monólogo colectivo.

- Lenguaje Socializado: La información adaptada.

La crítica.

Las órdenes, ruegos y amenazas.

Las preguntas.

Las respuestas.

LENGUAJE EGOCÉNTRICO: "Se caracteriza porque el niño no se ocupa de saber a quién habla ni si es escuchado (…) Es egocéntrico, porque el niño habla más que de sí mismo, pero sobre todo porque no trata de ponerse en el punta de vista de su interlocutor (…) El niño sólo le pide un interés aparente, aunque se haga evidente la ilusión de que es oído y comprendido.

1. Repetición o Ecolalia: el niño repite sílabas o palabras que ha escuchado aunque no tengan gran sentido para él, las repite por el placer de hablar, sin preocuparse por dirigirlas a alguien. Desde el punto de vista social, la imitación parece ser una confusión entre el yo y el no-yo, de tal manera que el niño se identifica con el objeto imitado, sin saber que está imitando; se repite creyendo que se expresa una idea propia.
2. El monólogo: el niño habla para sí, como si pensase en voz alta. No se dirige a nadie, por lo que estas palabras carecen de función social y sólo sirven para acompañar o reemplazar la acción. La palabra para el niño está mucho más ligada a la acción que en el adulto. De aquí se desprenden dos consecuencias importantes: primero, el niño está obligado a hablar mientras actúa, incluso cuando está sólo, para acompañar su acción; segundo, el niño puede utilizar la palabra para producir lo que la acción no puede realizar por sí misma, creando una realidad con la palabra (fabulación) o actuando por la palabra, sin contacto con las personas ni con las cosas (lenguaje mágico).
3. Monólogo en pareja o colectivo: cada niño asocia al otro su acción o a su pensamiento momentáneo, pero sin preocuparse por ser oído o comprendido

realmente. El punto de vista del interlocutor es irrelevante; el interlocutor sólo funciona como incitante, ya que se suma al placer de hablar por hablar el de monologar ante otros. Se supone que en el monólogo colectivo todo el mundo escucha, pero las frases dichas son sólo expresiones en voz alta del pensamiento de los integrantes del grupo, sin ambiciones de intentar comunicar nada a nadie.

LENGUAJE SOCIALIZADO:

1. La Información Adaptada: el niño busca comunicar realmente su pensamiento, informándole al interlocutor algo que le pueda interesar y que influya en su conducta, lo que puede llevar al intercambio, la discusión o la colaboración. La información está dirigida a un interlocutor en particular, el cual no puede ser intercambiable con el primero que llega, si el interlocutor no comprende, el niño insiste hasta que logra ser entendido.
2. La crítica y la Burla: son las observaciones sobre el trabajo o la conducta de los demás, específicas con respecto a un interlocutor, que tienen como fin afirmar la superioridad del yo y denigrar al otro; su función más que comunicar el pensamiento es satisfacer necesidades no intelectuales, como la combatividad o el amor propio. Contienen por lo general, juicios de valor muy subjetivos.
3. Las órdenes, ruegos y amenazas: el lenguaje del niño tiene, principalmente, un fin lúdico. Por lo tanto, el intercambio intelectual representado en la información adaptada es mínimo y el resto del lenguaje socializado se ocupa,

principalmente, en esta categoría. Si bien las órdenes y amenazas son fáciles de reconocer, es relevante hacer algunas distinciones. Se les denomina "ruegos" a todos los pedidos hechos en forma no interrogativa, dejando los pedidos hechos en forma interrogativa en la categoría preguntas.

4. Las Preguntas: la mayoría de las preguntas de niño a niño piden una respuesta así que se les puede considerar dentro del lenguaje socializado, pero hay que tener cuidado con aquellas preguntas que no exigen una respuesta del otro, ya que el niño se le da solo; estas preguntas constituirían monólogo.
5. Las respuestas: son las respuestas dadas a las preguntas propiamente dichas (con signo de interrogación) y a las órdenes, y no las respuestas dadas a lo largo de los diálogos, que corresponderían a la categoría de "información adaptada". Las respuestas no forman parte del lenguaje espontáneo del niño: bastaría que los compañeros o adultos hicieran más preguntas para que el niño respondiera más, elevando el porcentaje del lenguaje socializado.

En conclusión el lenguaje egocéntrico va disminuyendo con la edad. Hasta la edad de 7 años, los niños piensan y actúan de un modo más egocéntrico que los adultos.

El porcentaje del lenguaje egocéntrico depende de la actividad del niño como de su medio ambiente. En general, el lenguaje egocéntrico aumenta en actividades de juego (especialmente el de imaginación) y disminuye en aquellas actividades que constituyan trabajo. Con respecto al medio social, el lenguaje egocéntrico

disminuirá cuando el niño coopere con otros o cuando el adulto intervenga sobre el habla del niño, exigiendo el diálogo.

EDADES: Para Piaget los en los niños menores de 7 años sólo existe comprensión en la medida que se encuentren esquemas mentales idénticos y preexistentes tanto en el que explica como en el que escucha.

Después de los 7 u 8 años del niño, cuando comienza su verdadera vida social, comienza el verdadero lenguaje

ENFOQUE COGNITIVO:

Posición Constructivista: Las estructuras de la inteligencia incluyen el desarrollo del lenguaje. El sujeto tienen un papel activo en el desarrollo de la inteligencia, en la construcción cognitiva, si un sujeto no interactúa no desarrolla la inteligencia ni el lenguaje.

Piaget ha denominado etapa de las operaciones concretas al período que va de los siete a los once años de edad. El niño en esta fase se caracteriza por la habilidad que va adquiriendo con la percepción de los distintos aspectos o dimensiones de una situación y el entendimiento de cómo tales aspectos o dimensiones se relacionan. El pensamiento presta ahora más atención a los procesos que a los estados. Tales cambios capacitan al niño para manipular conceptos, especialmente si las cosas e ideas que éstos implican no son ajenos a su realidad. Del mismo modo, el habla del niño se hace menos egocéntrica en la medida en que aumenta en él la necesidad de comunicarse y la obligación de reconocer la importancia de su oyente. Esta situación es diferente de la que verbalmente se caracteriza el niño

en la etapa anterior o pre-operacional (de 4 a 7 años), en la que el niño trata de satisfacer más sus propias necesidades verbales que las de su oyente. La mayor parte del habla de un niño en esta fase no tiene, según Piaget, intención comunicacional. Así, la actuación verbal tiende a ser repetitiva o de monólogo individual o colectivo.

3.4 LENGUAJE Y COMUNICACIÒN EN LOS NIÑOS DOWN

El habla y el lenguaje presentan muchos desafíos para los niños con síndrome de Down, estos aprenden a hablar y usan el lenguaje como medio de comunicación principal, comprenderán el lenguaje y desearán comunicarse mucho antes de que puedan hablar.

Los niños con síndrome de Down frecuentemente comienzan a usar palabras sueltas entre los dos y los tres años, pero la edad de la primera palabra varía, y la primera palabra verdadera puede no ser una palabra hablada sino con señas. La mayoría de los niños con síndrome de Down se comunican desde el nacimiento mediante el llanto, la mirada y los gestos. Ellos tienen el deseo de comunicarse y aprenden que llorar o emitir sonidos puede afectar el ambiente y traerles ayuda, juegos y atención. Muchos niños con síndrome de Down entre los 10 y los 12 meses comprenden la relación entre una palabra y un concepto. Sin embargo, a esa edad los niños generalmente carecen de las suficientes destrezas neurológicas y motoras desarrolladas para poder hablar. Por eso es importante proporcionar un sistema que le permita al niño comunicarse y aprender el lenguaje antes de que pueda hablar.

Existe un amplio espectro de habilidades que los niños con síndrome de Down demuestran cuando usan el habla. La inteligibilidad del habla (habla que puede comprenderse fácilmente) es una de las áreas más difíciles para las personas con síndrome de Down en todas las edades. Muchos niños tienen dificultades con la fortaleza, el momento oportuno y la coordinación de los movimientos musculares para el habla. El habla implica la coordinación de la respiración, la voz (fonación) y la forma en que se producen los sonidos (articulación). Los factores que contribuyen con los problemas de inteligibilidad del habla incluyen: problemas de articulación con sonidos específicos, disminución del tono muscular oral y facial, dificultad con el procesamiento sensorial y retroalimentación táctil oral, uso de procesos fonológicos (como excluir los sonidos finales de las palabras) y dificultades en la planificación motora del habla.

3.5 TERAPIA DE LENGUAJE EN NIÑOS DOWN

Los servicios para la patología del habla y el lenguaje pueden comenzar en la infancia. El tratamiento puede incluir estimulación con sonidos, juegos de acompañamiento para la estimulación del lenguaje, alimentación, ejercicios motores orales y otras técnicas. La familia no esta al margen, siempre debe estar incluida la familia como socio en el tratamiento, ya que la familia es el primer maestro de habla y lenguaje. La intervención temprana del lenguaje (ELI, por sus siglas en inglés) es la designación que se da a los servicios suministrados a bebés y niños desde el nacimiento hasta que cumplen tres años de edad. Los servicios para patología del habla deben ser parte de un plan tratamiento general integral para bebés y niños pequeños. Puede incluir sesiones en la casa o en un centro, y

puede formar parte de un enfoque de grupo que incluye fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros que trabajan conjuntamente con la familia.

El habla es una función secundaria que usa las mismas estructuras anatómicas usadas para la alimentación y la respiración. La disminución del tono muscular (hipotonía) afecta la alimentación y también afectará el habla. En la alimentación, los niños adquieren práctica en el fortalecimiento y la coordinación de los músculos que se usarán para hablar.

La terapia a través de la alimentación puede ayudar a fortalecer los músculos orales. Esto también puede tener un efecto positivo en el habla.

¿Qué otras destrezas se relacionan con el desarrollo del habla y el lenguaje?

Otras destrezas importantes previas a la aparición del habla y el lenguaje son la capacidad de imitar y hacer eco de sonidos; las destrezas para turnarse (aprendidas en juegos como "peek-a-boo"[las escondidas]); destrezas visuales (mirar al que habla o a objetos); destrezas auditivas (escuchar música y lo que se habla por períodos más extensos, o escuchar sonidos del habla); destrezas táctiles (aprender sobre el tacto, explorar objetos con la boca); destrezas motoras orales (usar la lengua, mover los labios); y destrezas cognitivas (entender la permanencia de los objetos y las relaciones de causa y efecto).

A continuación detallo algunos ejercicios prácticos para el desarrollo del habla y lenguaje:

- ✓ Movimiento de la lengua dentro de la boca hacia cada uno de los maxilares y debajo de cada uno de los labios sin separarlos.
- ✓ Soplar una pelota de ping-pong, colocada a un extremo de la mesa hasta llegar al otro extremo.
- ✓ Movimiento de la lengua sacándola y punteando, llegando a la barbilla; hacía la nariz, costado de la boca lo más amplio que se pueda.
- ✓ Jugar a inflar la boca, llenándola con aire y dar golpes suaves sobre los pómulos, expeliendo simultáneamente el aire de una sola vez con un soplido.
- ✓ Soplar picadillo de papel
- ✓ Ejercicios de respiración, ejercicios de masticación, gimnasia facial entre otros.

Ejercitación Bucal:

- ✓ Suprimir el uso del chupete.
- ✓ No tomar leche ni jugos en mamadera
- ✓ Beber en vasos o jarritos con mango.
- ✓ Tomar helado en cucurucho
- ✓ Masticar trozos de plátano, peras manzanas, papas zapallos, fideos y carne.

Intervención Lingüística:

- ✓ Se le debe favorecer el vocabulario tanto en el aspecto articulatorio como en el aspecto semántico, trabajando ambos paralelamente.
- ✓ Para ayudar al niño a articular, es necesario hablarle clara y lentamente para que el niño pueda reconocer las palabras e imitarlas, siempre mirándolo a la cara.
- ✓ En general hay dificultad con las vocales, y para las consonantes nasales: m,n,ñ, se coloca los dedos del niño en las aletas de la nariz del adulto mientras este articula fuertemente, luego se invita al niño que repita el sonido con los dedos en su nariz y que tome conciencia de la vibración nasal.
- ✓ Para las consonantes t y d, se coloca al niño frente del adulto de manera que mire la parte delantera de la boca y el movimiento de la lengua por delante de los dientes y luego hacía atrás.
- ✓ Para las consonantes v y j, se coloca la mano del niño en la laringe del adulto para que perciba las vibraciones que se producen en ella. Se repite lo mismo con las consonantes f, s y ch de manera que el niño perciva la ausencia de las vibraciones y mostrarle que acústicamente son mas sordas.
- ✓ Para las consonantes f y v, mostrar al niño como vacila la llama de una vela cuando coloca los incicivos superiores en posición próxima o en contacto leve con el labio inferior.

- ✓ Para la consonante r, se coloca la mano del niño en la garganta del adulto mientras este pronuncia una serie de r hacer que tome conciencia de la vibración de la boca.
- ✓ Enseñar al niño a tomar aire y luego emitir sonidos.
- ✓ Para ayudar a la articulación de los sonidos es conveniente que el niño ejercite combinaciones con sentido, como mi, tu, sol, pan, etc. Asimismo palabras simples que tengan significado.
- ✓ Hacer que el niño manipule objetos relacionados a lo que se esta hablando, como también mostrarle imágenes de ello.
- ✓ Mostrarle láminas según categorías: casa, mesa, cama, ventana, puerta, lámpara.

  Alimentos: azúcar, sal, leche, chocolate.

  Vehículos: auto, bicicleta, moto.

  Cuerpo humano: nariz, boca, ojos, manos, pies, pelo.
- ✓ Para que el niño comprenda el lenguaje del adulto y favorecer la construcción de oraciones es necesario trabajar con los referentes semánticos primeramente a nivel no verbal, donde el lenguaje sirva solo de acompañamiento, procurando que el niño establezca relaciones entre los objetos de su entorno. El niño al principio solo dirá una palabra para luego pronunciar dos y luego tres.

- ✓ La función del lenguaje es la comunicación que tiene como subfunción la Descripción de personas, objetos y eventos, y a la función conativa: Un medio para actuar sobre el otro. Para ello debe enseñrsele las relaciones entre entidades objétales y entidades, procesos mediante juegos de roles: la feria, supermercado, la farmacia, etc..Utilizando material concreto.

Por último es recomendable trabajar en forma individualizada; terapista-paciente para luego coordinar con la familia, escuela, paseos, visitas a los amigos, familias, compañeros, presenciar espectáculos para hacer del niño Down un ser integrado a la sociedad.

www.monografias.com/trabajos 29/03/010; 14hoo
www.monografias.com/teorias piaget, 29/03/010; 15h30
Mayra Rivas TALLER DE TERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE:MÓDULO VII 2007-2008, pág 5
TECNICAS PARA TRABAJAR POR AREAS EN LOS NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y DEFICIENCIA MENTAL: www.psicopedagogia.com/definición síndrome de down y deficiencia mental 31/03/010, 15h35

RECURSOS DEL PROYECTO

Tabla I. RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	NRO	ESPECIALIDAD	CATEGORÏA	INSTITUCIÖN
DR. Oscar Cabrera	1	Dr. Mg.Sc. Psicorrehabilitador y Ed. Es	Coordinador de Proyectos de Desarrollo Social	UNL
Egda. Mónica Garzón C.	1	Egda. Psicorrehabilitadora y E.E	Técnica del proyecto de desarrollo	UNL
Niños con quienes se trabajó	14	----------	Niños del proyecto de desarrollo I etapa	APNELE
Padres de familia	14	----------	Padres de familia del proyecto de desarrollo I etapa	APNELE
Lcda. Narcisa Cueva	1	Lcda.	Coordinadora del Proyecto I etapa	APNELE
TOTAL	31			

Tabla 2. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	2009												2010																															
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aplicación de instrumentos			X	X	X	X	X	X	X	X																																		
Tabulación y análisis de resultados											X	X	X	X	X																													
Elaboración del Proyecto																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Aprobación																												X																
Elaboración del informe final																													X	X	X	X	X											
Aprobación																																			X	X								
Presentación para la defensa																																						X	X	X	X			
Graduación																																												

Tabla 3. PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO

RECURSOS MATERIALES		
MATERIALES	**CANTIDAD**	**VALOR**
1. Material de oficina		
Papel bon	-	4,00
Impresiones	200 unidades	10,00
Lápices	4 Unidades	1.00
Pinturas	1 caja	0,50
Copias ceros	500 unidades	10,00
Marcadores	1 caja	1,00
2. Material Didáctico		
Temperas	1 unidad	2,00
Goma	1unidad	1,75
Fómix	20 hojas tamaño INEN A4	5.00
Papel lustre	5 fundas	2.50
Algodón	2 fundas pequeñas	0,70
Papel crepe	-	1.00
Tijeras	1	1,25
Paletas	2 fundas	3,50
Globos	10 unidades	1,00
Silicón	2 unidades	1,25

Láminas de cartulina	100	5.00
Punzón	1 unidad	1,25
Tabla de punzado	1 unidad	0,50
3. Material de intervención Terapéutica		
Miel de abeja	1 botella pequeña	5,00
Goma de mascar	20 unidades	5.00
Espejo	1	10,00
Velas	1 unidad	0,30
Cajas de fósforo	10 cajas	0,50
Guantes de látex	3 pares	3,75
Vasos de plástico	100 unidades	2,50
Rompecabezas	5	6,25
Aceite johnson para masajes	1	1,00
Mandil	1	10,00
4. Viáticos		
Transporte	-	96,00
Alimentación	Desayuno y merienda	240,00
TOTAL		433.50

ANEXO 2

ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES

“LUZ Y ESPERANZA”

GOBIERNO SECCIONAL DE ZAMORA

ILUSTRE MUNICIPIO DEL CANTÓN ZAMORA

PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL CANTÓN ZAMORA

UNIVERSIDAD NACONAL DE LOJA

REGISTRO: DIARIO DE ASISTENCIA DE PASANTES

Fecha: día…….mes…….año……											
DÍA						TARDE					
Nro.	PASANTE	HORA DE INICIO	FIRMA	HORA DE CULMINACIÓN	FIRMA	Nro	PASANTE	HORA DE INICIO	FIRMA	HORA DE CULMINACIÓN	FIRMA
Fecha: día……mes……año…….											
DÍA						TARDE					
Nro.	PASANTE	HORA DE INICIO	FIRMA	HORA DE CULMINACIÓN	FIRMA	Nro	PASANTE	HORA DE INICIO	FIRMA	HORA DE CULMINACIÓN	FIRMA

Firma de la presidenta de APNELE

ANEXO 3

HOJA DE VIDA

CONOCIENDONOS UN POCO MAS:

Fotografía

Mi nombre es:……...

Mi padre se llama:…….

Mi madre se llama:…….

Cual de los padres trabaja:…….

En donde y que ocupación tiene:……...

El teléfono del trabajo de mi……..es……

Vivo actualmente con:……

Dirección:……...

Fecha de nacimiento:……..

Tengo……..años cumplidos

Mis teléfonos son:……..

Soy un ángel especial porque me diagnosticaron con:……...

En el centro médico llamado:……

Me atendió el Dr.(a):…….

……..Tengo carné de discapacidad

……..estoy integrado a un centro educativo, el nombre del plantel es:…….

Mi Maestro(a) es:……...

El nombre de medicamentos que tomo son:……..

Estos alimentos no debo consumir:……...

Estos medicamentos no debo consumir:……

Mis colores favoritos son:……..

Mis frutas predilectas son:…….

Le gusta bailar:……...

Le gusta la música:……

Mis artistas favoritos son:……..

Tengo miedo a:……...

Que me pone feliz:…….

Que me enoja o me disgusta:……

……

Mis golosinas favoritas:…….

Mis sabores favoritos:……

Estos son mis familiares con los que mejor me llevo:……...

……

Estas son las personas con quienes no me llevo:……...

……

Observaciones:……...

……

……

ANEXO 4

ASOCIACION DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES "LUZ Y ESPERANZA"

DATOS DE IDENTIFICACIÒN

NOMBRES Y APELLIDOS:…….

FECHA DE NACIMIENTO:…….

EDAD:……

PROCEDENCIA:……...

DIAGNÒSTICO:……...

TIPO DE DISCAPACIDAD:…….

AÑO:……..

REPRESENTANTE:……..

DOMICILIO:…….

TELÈFONO:……..

FECHA:……..

TERAPISTA RESPONSABLE:……

……..

FIRMA

ANEXO 5

ASOCIACIÓN AUTONOMA DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES

"LUZ Y ESPERANZA"

Zamora-Ecuador

FICHA DEL ALUMNO-PACIENTE

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 la cara			
Se lava las manos			
Se baña			
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 miembros de su familia			
identifica a tíos, primos, abuelos			
reconoce las partes de su casa			
se orienta en su comunidad			
identifica los miembros de transporte			

MOTRICIDAD

MOTRICIDAD GRUESA

	solo	con ayuda	no puede
Gatea			
Camina			
Corre			
Salta:			
1 pie			
2 pies			
Alterna			

MOTRICIDAD FINA

	solo	con ayuda	no puede
Aplaude:			
sin ritmo			
con ritmo			
Amasa			
Recorta			
Hace bolitas			
Hace palos			
Pinta:			
Crayola			
Témpera			
Lápices			
Escribe			
Grafos			
Letras			
Apila			
Arma			

Fichas			
rompe-cabezas			
Ensarta			

DESARROLLO COGNITIVO

CUERPO HUMANO

partes del cuerpo	cabeza		tronco		Extremidades	
partes de la cabeza	ojos		nariz		Boca	
	orejas		cejas		Pelo	

NÚMEROS

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	
agrupa según su color	blanco		Negro		marrón		Celeste	
	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	círculo		Cuadrado		triángulo		rectángulo	
	rombo		Óvalo					
agrupa según su forma	solo		con ayuda		no puede			

ANIMALES

Reconoce	domésticos		salvajes		de granja	
imita su sonido	domésticos		salvajes		de granja	
dice su nombre	domésticos		salvajes		de granja	
sabe lo que comen	domésticos		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-ESCRITURA

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					
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	Indicar que consonantes				
copia oraciones	3 palabras		5 palabras		más de 5					
escribe oraciones	3 palabras		3 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 sonidos onomatopéyicos indicar cuales

Si sólo habla algunas palabras indicar cuales

ANEXO 6

ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES "LUZ Y ESPERANZA"

ANAMNESIS

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Apellidos y nombres……..

Fecha de nacimiento……...

Procedencia……

Residencia……..

Institución a la que pertenece……

II ANTECEDENTES PRENATALES

Características del embarazo……..

Hijo deseado…….Sexo deseado……

Hipertensión arterial de la madre……...

Rubéola……..

Tomo algún medicamento durante el embarazo……

Tubo algún tratamiento u operación……..

Se aplico rayos x……

Tubo alguna transfusión sanguínea……

Se hicieron exámenes de sangre los padres antes de la concepción……..

Estado psicológico de la madre durante el embarazo……

Amenazas físicas de aborto……

Enfermedad o accidente…….

Hemorragias……...

Otros……...

Número de embarazos……

Número de partos……...

Número de abortos…….

Lugar que ocupa el niño entre sus hermanos…….

III ANTECEDENTES PERINATALES Y POSNATALES QUE PUEDEN HABER INCIDIDO SOBRE LA EVOLUCIÓN NORMAL DEL NIÑO:

Estado del niño al nacer:

Ictericia……Malformaciones……..Asfixia……..Cianosis…...

Lloro al nacer……Fracturas……Meningitis……..Lesión cerebral……..

Convulsiones……Quemaduras……Trastornos circulatorios……

Cuál fue el diagnóstico del médico……

……

Otros antecedentes familiares o ambientales que pudieron influir en el niño/a…….

IV ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS:

Los padres trabajan……

Solo el padre……Sueldo……

Solo la madre……Sueldo……..

Hijos……Sueldo……

Posee vivienda propia……Arrendada…….Presentada…….

El dinero que gana le alcanza para cubrir sus necesidades……

Recibe ayuda de otras personas o instituciones…….

V RELACIONES SOCIO AFECTIVAS:

Normalmente el niño/a sale a pasear……..

El niño/a comparte de las reuniones sociales…….

Colabora toda la familia en la integración social del niño/a……..

Participa el niño/a en juegos con los demás integrantes de la familia……...

Piensa Ud. que atiende a su hijo como él lo necesita ……

Participa de las reuniones de la escuela a la que asiste el niño……..

Presta atención al niño en casa……...

Cree que el niño necesita ayuda psicopedagógica…….

Ha pedido ayuda en la escuela……...

Ha buscado orientación especializada para atender mejor a su niño en los diferentes problemas de enseñanza…….

Se compromete ha trabajar conjuntamente con los profesionales para ayudar a su hijo/a…

VI ASPECTO PSICOPEDAGÓGICO

Cree Ud. que el nivel de aprendizaje de su hijo está acorde con su edad cronológica?

Si ( ) No ( )
¿Porque?.....

……

En que materia cree Ud. que esta más atrasado?

Matemáticas……...

No sabe operaciones……..Cuales……..

No lee correctamente las cantidades……..

Lectura……

Escritura…….

Cómo se dio cuenta que su hijo tiene dificultades en el aprendizaje…….

……

a. No podía realizar sus tareas……

b. El profesor se lo indicó……

Que medidas ha tomado al respecto:

a. Le ayuda diariamente en sus deberes

Si ( ) No ( ) A veces ( )

Concurre periódicamente a la escuela para enterarse del avance o retroceso que tiene su hijo:

Si ( ) No ( ) A veces ( )

El niño por su bajo rendimiento es maltratado física o psicológicamente:

Si ( ) No ( ) A veces ( )

En dónde?.....Por quién?.....

Hace con gusto sus tareas escolares……...

Tiene todos los útiles escolares……..

Realiza algún trabajo después de las horas de clase:

Si ( ) No ( )
Cuál?.....
.....

Llega puntualmente a casa después de que sale de la escuela:

Si ( ) No ( ) Por qué?.....

Cuando tiene malas notas, el niño muestra tranquilamente su libreta?.....

Que hace Ud. ante la mala nota……..

Siempre que lleva una nota de muy buena o sobresaliente, lo alienta……...

¿cómo?.....

El niño va a la escuela sin desayunar:

Todos los días ( ) Pocas veces ( ) Con frecuencia ( )

Actualmente el niño padece de alguna enfermedad:

Si ( ) No ( )
Enumérelas…….

……

Ha sido atendido por parásitos?.....

VII. DIAGNOSTICO:

……

……

……...

……

……

VIII. PRONÓSTICO

……

……

……

……

IX. TRATAMIENTO:

……

……

……

……

X. RECOMENDACIONES

……

……

……

……

XI. OBSERVACIONES

……

……

……

DATOS REFERIDOS POR……

FECHA……..

RESPONSABLES:……...

---------- ----------

FIRMA FIRMA

ANEXO 7

ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES

"LUZ Y ESPERANZA"

GOBIERNO SECCIONAL DE ZAMORA

ILUSTRE MUNICIPIO DEL CANTÓN ZAMORA

PATRONATO DE AMPARO SOCIAL DEL CANTÓN ZAMORA

UNIVERSIDAD NACONAL DE LOJA

PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES Y ATENCIÓN FIRMADO

FECHA	REPRESENTANTE	NIÑO	DISCAPACIDAD	TERAPISTA	ACTIVIDAD	FIRMA DEL REPRESENTANTE

Firma de la coordinadora de APNELE

.....

ANEXO 8

TEST DE ZIMTMERMAN-ESCALA DE LENGUAJE PREESCOLAR Y ESCOLAR HABILIDAD VERBAL

1AÑO A 1 AÑO 6 MESES

1.Repite o imita el lenguaje

Por observación el niño debe imitar:

Diferentes sonidos o palabras:

Nota: 2 diferentes sonidos o palabras.

2. Pide necesidad simple

Por observación o informe de la madre. El niño sabe pedir agua, leche, etc.

Nota: Usa una palabra

3. Usa 10 palabras

Por observación o informe de la madre el niño usa por lo menos 10 palabras. Por ejemplo si, no, hola, José, mamá, carro, etc.

Nota 10 palabras diferentes

4. Nombra un dibujo (objetos comunes o dibujos). ¿Qué es esto? ¿Qué ve aquí?, ¿Cómo se llama esto?

Nota: 1

1AÑO 6 MESES A 2 AÑOS

5. Combina palabras

Por observación o informe de la madre, el niño puede combinar 2 0 3 palabras apropiadamente

Nota: 2 combinaciones diferentes

6.Nombra objetos del ambiente (objetos en el medio) mesa, pelota, silla, bloque, lápiz, pino

Nota: 3

7. Usa pronombres

22. Sabe opuestos

El hermano es un niño, la hermana es una……...

De día es claro de noche es……..

Papá es un hombre, mamá es una……

La tortuga es lenta el conejo es……..

El sol brilla de día, la luna brilla de……

Nota: 2

23. Comprende necesidades físicas lo mismo que en el 15 y 19

Nota: 3

24. Cuenta hasta 10

Puedes contar hasta 10? Di 1-2-3

Ahora cuenta hasta 10

Nota: Puede contar hasta 10

4 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES

25. Repite 4 números

Escúchame y repite " 3-4-2" Ahora dime: 7-2-8-1/ 2-1-6-4/ 6-5-9-8

Nota: 1

26. Sabe opuestos lo mismo que en numero 22

Nota: 3

27. Comprende los sonidos

¿Qué hacemos con o para que nos sirven:

Los ojos/ los oídos/ la nariz/

Nota: 1

Por observación o informe de la madre el niño debe usar pronombres como: yo, mi, mío, tu, ti, etc. ¿De quién es eso) Nota: 1 (puede usar incorrectamente) 8. Usa su nombre Por observación o informe de la madre, el niño da su propio nombre cuando se le pregunta. ¿Cómo te llamas? Nota: su nombre. **2 AÑOS A 2 AÑOS 6 MESES** 9. Repite 2 números Escúchame y repite: 2, ahora dígame: a4,7,;b 5,8;c3,9 Nota: 1 10. Nombra objetos del ambiente. Lo mismo que en el número 6 Nota: 5 11. Repite oraciones Dígame: yo soy un niño grande. Ahora repite: a. Me gusta jugar en el agua b. Tengo un perrito c. El perro sigue al gato Nota: 1 12. Articulación El niño ruede pronunciar por imitación, los fonemas siguientes: a. p/ pescado, papá b. /b/ vaca, árbol c. /m/mamá, cama d. /n/ noche, mano	28. Comprende eventos remotos ¿Qué haces: cuando pierdes algo? Antes de cruzar la calle Nota: 1 **4 AÑOS 6 MESES A 5 AÑOS** 29. Conoce monedas (1,5,10,25,50 cvs) ¿Cómo se llama esto? ¿Qué es esto? 25cvs o 50cvs. 1cv 10cvs Nota: 2 30. Nombre de animales ¿Cuántos animales conoces? Dime si lo conoces a todos? Nota: 6 animales en 1 minuto 31. Comprende los sentidos lo lo mismo que en el numeral 27 Nota: 2 32. Articulación El niño puede pronunciar por imitación. Los siguientes fonemas: • /ch/ chico, leche • /ñ/ niña • /l/ luna, pala, sol Nota: Imita los fonemas correctamente **5 a 6 AÑOS** 33. Repite 4 números lo mismo que en # 25 Nota: 2 34. Nombra animales lo mismo que en # 30

e. las vocales a, e, i, o, u

Nota: imita los fonemas correctamente.

2 AÑOS 6 MESES A 3 AÑOS

13. Repite 3 números

Escúcheme y repita: 4-2. Ahora dígame

1-4-9, /9-6-1, /2-5-3

Nota: 1

14. Una plurales (lámina número 10)

Qué son estos?: zapatos, bloqueo, medias, guineos.

Nota: 2

15. Comprende necesidades físicas

¿Qué haces cuando tienes:

Sueño,/ hambre,/ frío?

Nota:1

16. Conversa en oraciones completas

Por observación se le pregunta al niño sobre su familia, sus juguetes, etc..

El niño debe contestar en frase de 4 a 5 palabras.

Nota: 2 o más frases de 4 a 5 palabras.

3 AÑOS A 3 AÑOS 6 MESES

17. Da su nombre completo. ¿ Cómo te llamas? Y tu apellido?

Nota: Su nombre completo

18. Cuenta hasta el 3. ¿Cuántos cubos hay aquí? Cuéntalos (2veces)

Nota: puede contar hasta 3 (2 veces)

19. Comprende necesidades físicas.

Lo mismo que en el numeral 15

Nota: 2

Nota: 8 en un minuto

35. Sabe la diferencia entre mañana y tarde

- ¿Tomas tu desayuno por la mañana o por la tarde?
- Los niños vuelven de la escuela de mañana o de tarde?
- A qué hora (cuándo) empieza la tarde?
- ¿Cuál viene primero la tarde o la mañana?

Nota: 3

36. Articulación

El niño puede pronunciar los fonemas siguientes:

- /r/ toro, flor
- /s/ silla, mesa, lápiz
- /rr/ regalo, perro
- /ll/ llave, calle

Nota: imita los fonemas correctamente

6 A 7 AÑOS

37. Repite 5 números

Escúchame y repite: 3-4-2

Ahora dime: 3-1-8-5-9/ 4-8-3-7-2/ 9-6-1-8-3

Nota:1

38. Construye oraciones

Escucha. Yo voy hacer una frase con las palabras: gato, sigue y ratón.

El gato sigue al ratón

Ahora tu vas hacer una frase con éstas palabras:

- Vaca, mas grande, el chancho

20. Articulación El niño puede pronunciar por imitación, los fonemas siguientes: • / t/ torta, botas • / d/ dedo, vestido, etc • / k/ café, saco • / f/ foco, gafas • /g / gallina, borrego Nota: imita los fonemas correctamente **<u>3 AÑOS 6 MESES A 4 AÑOS</u>** 21. Repite oraciones Repítame "Soy un niño grande" ahora repite: María y yo tenemos un perrito Los niños fueron a la tienda hoy Mi mamá lava los platos y las tazas Nota: 2	• Niño, se cayó, la pierna • Niña, las flores, el campo Nota: 2 frases 39. Sabes la dirección de tu casa ¿En dónde vives tú? ¿Cuál es la dirección de la casa? Nota: El número de la casa y la calle 40. Articulación El niño domina la pronunciación de todos los fonemas del idioma, incluyendo los diptongos y combinaciones.

TEST DE ZIMTMERMAN-ESCALA DE LENGUAJE PREESCOLAR Y ESCOLAR

COMPRENSIÓN AUDITIVA

1 AÑO A 1 AÑO 6 MESES	**4 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES**
1. Comprende preguntas a Dónde está tu mamá? b Dónde está la puerta? Nota: 1 2. Presta atención (lámina # 1) ¿Dónde está? a el niño, b el perro Nota: 1 3. Reconoce las partes de la muñeca. (lámina # 2) "Muéstrame…… de la muñeca: a. el pelo, b. la boca, c. los ojos, d. los pies, e. la nariz, f. las orejas, g. las manos Nota: 2 4. Sigue instrucciones (1 cubo) Pon el cubo: a. sobre o en la silla, b. sobre o en la mesa, c. en la caja. Dime el cubo. Nota: 2 **<u>1 AÑO 6 MESES A 2 AÑOS</u>** 5. Identifica dibujos (lámina #3) "donde esta: a. la taza, b. la cuchara, c. el zapato, d. la pelota. Nota: 2 6. Discrimina dibujos (láminas #s 4 y 5) a. Cuál es el perro (el caballo)? b. Dónde está el triciclo (el patín)? 7. Reconoce las partes de la muñeca (lámina #2) lo mismo que en # 3	25. Reconoce colores (6cubos) lo mismo que en el # 21 Nota: 5 26. Toca pulgares Tócate el pulgar izquierdo con el derecho o pon el dedo gordo izquierdo sobre el dedo gordo derecho Nota: 1 27. Comprende el concepto de 3 (12 cubos). Dame 3 cubos solamente 3 Nota: 1 28. Distingue diferencia del peso (lámina 15) ¿Cuál pesa más: a. un pájaro o una vaca, b. una cama o una silla, c. una bota o un zapato, d. un carro o un camino, e. un candado o una hoja. Nota: 4 **<u>4 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES</u>** 29. Comprende el concepto de derecho a. Enséñame tu mano derecha b. pon las dos manos en la cabeza c. Ahora pon las dos manos en la mesa d. Enséñame tu mano derecha Nota: pasa a y d 30. Imita Ritmo Haz lo que yo hago o puedes dar golpecitos como yo? a. 2 veces, b. 4 veces, c. 3 veces

Nota: 6

8. Sigue instrucciones (un cubo)

Lo mismo que en # 4

Nota: 4

2 AÑOS A 2 AÑOS 6 MESES

9. Comprende el concepto de: "1" (12 cubos)

"Deme un cubo no más"

Nota: 1 cubo

10. Comprende tamaños diferentes (láminas # 6) "Enséñame la cuchara más pequeña"

Nota: la primera vez

11. Comprende el uso de objetos (lámina # 7)

Enséñame que: a. Usamos para peinarnos, b. usamos para tomar la leche, c. usamos para jugar, d. usamos para planchar la ropa, e. usamos para cortar papel, f. usamos para barrer la casa, g. nos ponemos en los pies.

Nota: 3

12. Sigue órdenes simples (12 cubos, 1 caja)

a. Hágame una torre así, b. hágame un tren así, c. Ponga los cubos en la caja.

Nota: 2

2 AÑOS 6 MESES A 3 AÑOS

13. Reconoce actividades (láminas # 8)

Enséñame: a. dónde alguien está jugando, b. dónde alguien esta bañándose, c. donde alguien está comiendo.

Nota: 2

14. Distingue proposiciones (1 cubo)

Ponga el cubo: a. sobre o encima de la silla, b. debajo de la silla, enfrente o delante de la silla, d. a lado de o junto a la silla, e. detrás

Nota: 2

31. Comprende el uso de objetos (lámina 14) lo mismo que en # 24)

Nota: 7

32. Reconoce las partes del cuerpo.

Enséñame o donde esta tu: a. cabeza, b. brazo, c. dedo pulgar, d. mano, e. rodilla, f. talón, g. palma, h. mentón o quijada, i. ceja, j. dedo más pequeño, k. codo.

Nota: 8

5 AÑOS A 6 AÑOS

33. Comprende órdenes direccionales

Pon tu mano izquierda sobre tu rodilla izquierda, o tócate la rodilla izquierda con tu mano izquierda.

Nota: 1

34. Cuenta cubos (12 cubos)

Puedes poner cubos…… o pon cubos aquí?

a. 3 b. 9 c. 5 d. 7

Nota: 3

35. Distingue partes de los animales (lámina16)

¿Cuál tiene:

a. la nariz más larga

b. un rabo peludo

c. orejas puntiagudas o más largas

d. una cola larga y delgada

Nota: 4

36. Suma números hasta 5 (lámina 17)

a. Si tienes 1 centavo y yo te doy 2 más, cuántos tienes?

b. Si tienes 2 centavos y yo te doy 2

de la silla.

Nota: 2

15. Comprende el uso de objetos lo mismo que en el # 11 (lámina # 7)

Nota: 5

16. Distingue partes (lámina # 9)

Enséñame: a ¿dónde están las ruedas del tren?, b ¿dónde esta la puerta del carro?, c ¿dónde esta el rabo (la cola) del cabello, d ¿dónde está el hocico de la vaca ?

Nota: 3

3 AÑOS A 3 AÑOS 6 MESES

17. Reconoce el concepto de tiempo (lámina# 11) ¿Cuál dibujo nos muestra que es de la noche?

Nota: 1

18. Compara tamaños diferentes

Enséñame cuál es la raya más larga.

(4 veces cambiando la posición de las rayas)

Nota: 3

19. Imita cantidad de cubos.

a. Mira. Yo pongo un cubo aquí. Has tu igual

b. 4, c. 2, d. 3.

Nota: 3

20. Clasifica objetos

¿Dónde están?: a. todos los animales, b. las cosas que se comen, los juguetes.

Nota: 2 (3 objetos en cada grupo)

3 AÑOS 6 MESES A 4 AÑOS

21. Reconoce colores (6 cubos)

Enséñame el cubo: a. rojo, b. azul, c. centavos más cuántos tienes?

c. Si tienes 3 ctvs. y yo te doy 2 más, cuántos tienes?

Nota: 2

6 AÑOS A 7 AÑOS

37. Comprende órdenes direccionales.

Tócate el pulgar derecho con el dedo chiquito derecho, o junta el dedo gordo derecho con el dedo pequeño derecho.

Nota: 1

38. Cuenta golpes. Dime cuántas veces golpeo yo. ¿puedes dar golpecitos como yo?

a. 7 veces, b. 5 veces, c. 8 veces.

Nota: 3

39. Sabe el valor de las monedas (1,5,10,25 y 50 ctvs.).

a. ¿Cuántos ctvs. hay aquí? (5cvs)

b. ¿Cuántos ctvs. hay en esta moneda (10,25,50?

c. ¿Cuántos ctvs. tendrá 1 dólar?

Nota: 3

41. Suma o sustrae hasta 10

a. ¿Si tienes 10 ctvs. Y me das 4, cuántos ctvs. tienes?

b. ¿Si tienes 5 ctvs., y yo te doy 5 más, cuántos ctvs. tienes?

c. ¿Si tienes 25 ctvs. y perdiste 5, cuántos ctvs. tienes ahora?

Nota: 2

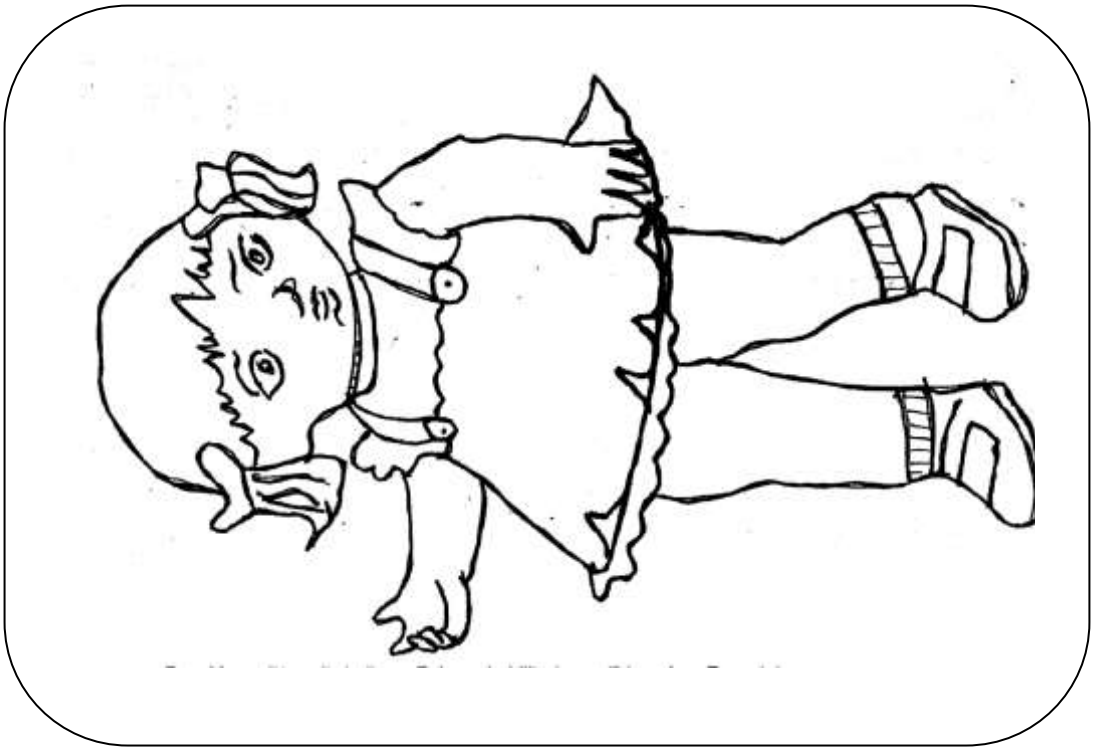
amarillo, d. verde, e. tomate, f. morado Nota: 2 22. Distingue preposiciones (1 cubo) lo mismo que en el # 14 Nota: 4 23. Diferencia texturas (papel de lija y lino)a. cual es más suave?, (liso), b. cuál es más áspero (tosco duro) Nota: 2 24. Comprende el uso de objetos (lámina 14) Enséñame cual: a nada en el agua, b nos dice que hora es, c usamos para escribir, d usamos para leer, e usamos para comer o en donde comemos, f usamos para clavar dos piezas de manera, g usamos para cortar. Nota: 5	

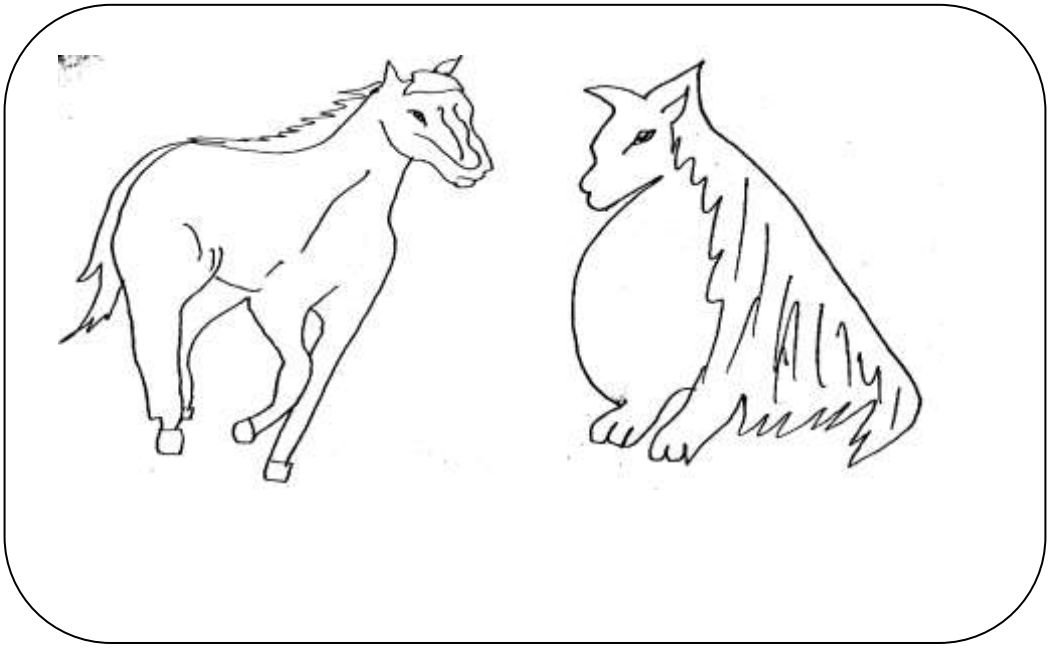
A a B b E e F f

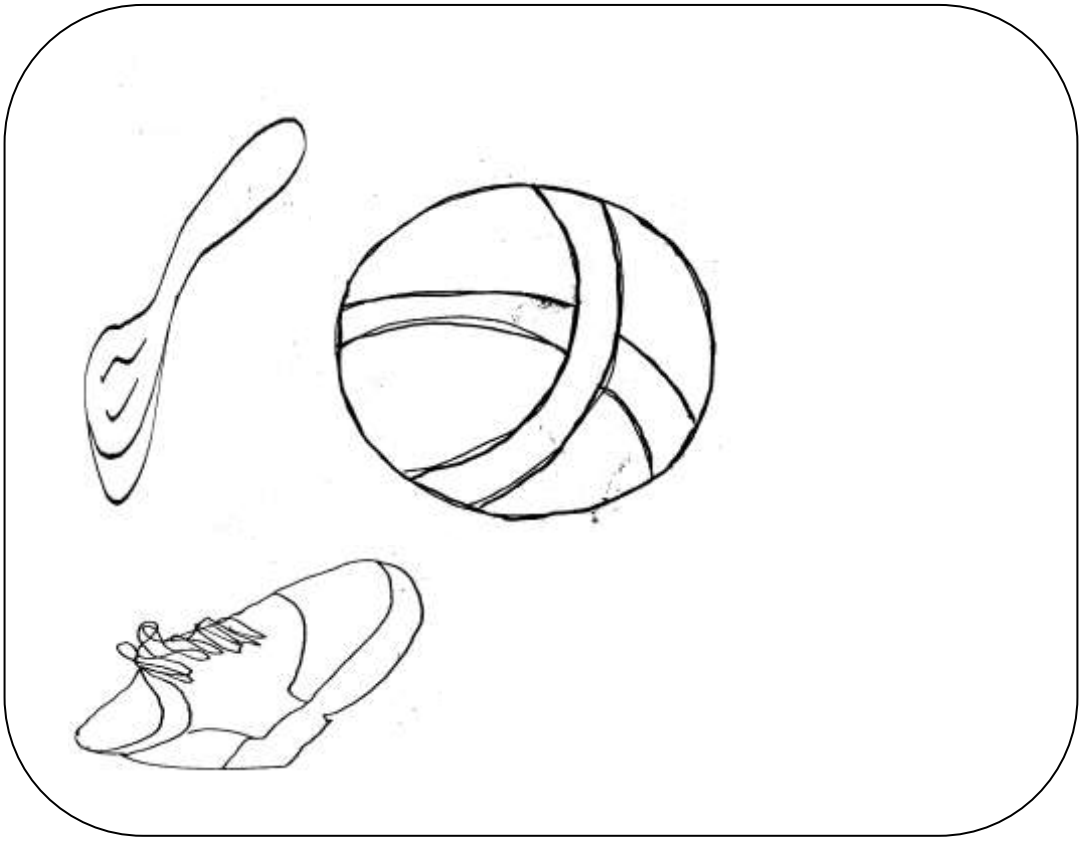
C c D d G g H h

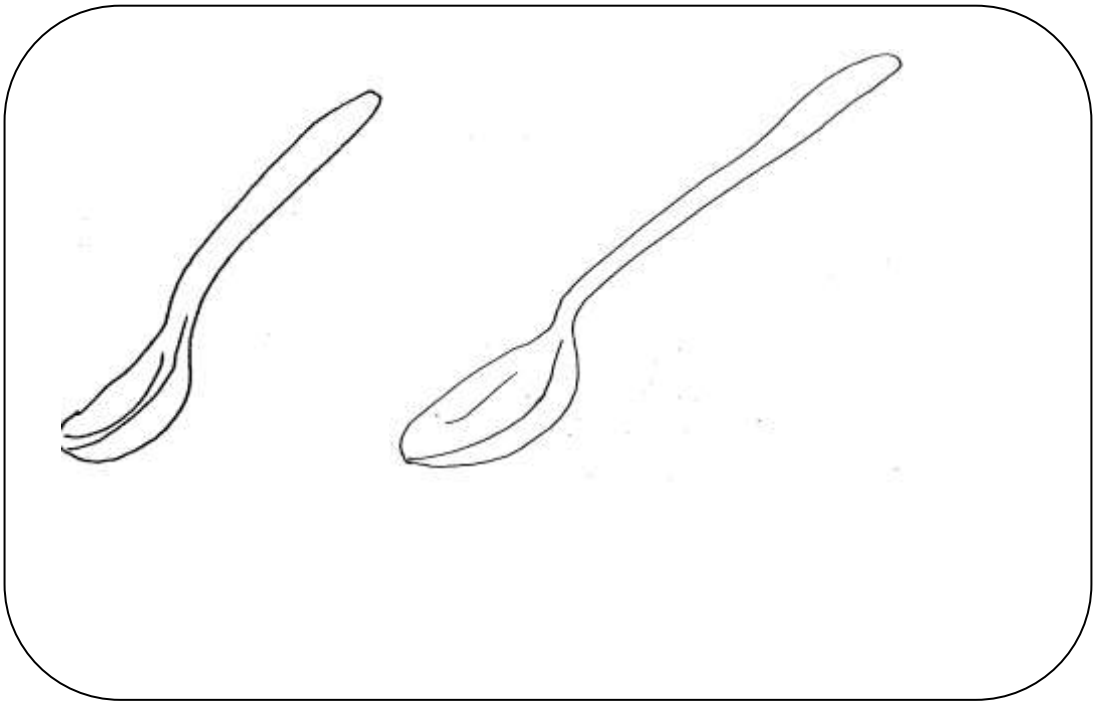
I i J j K k L l

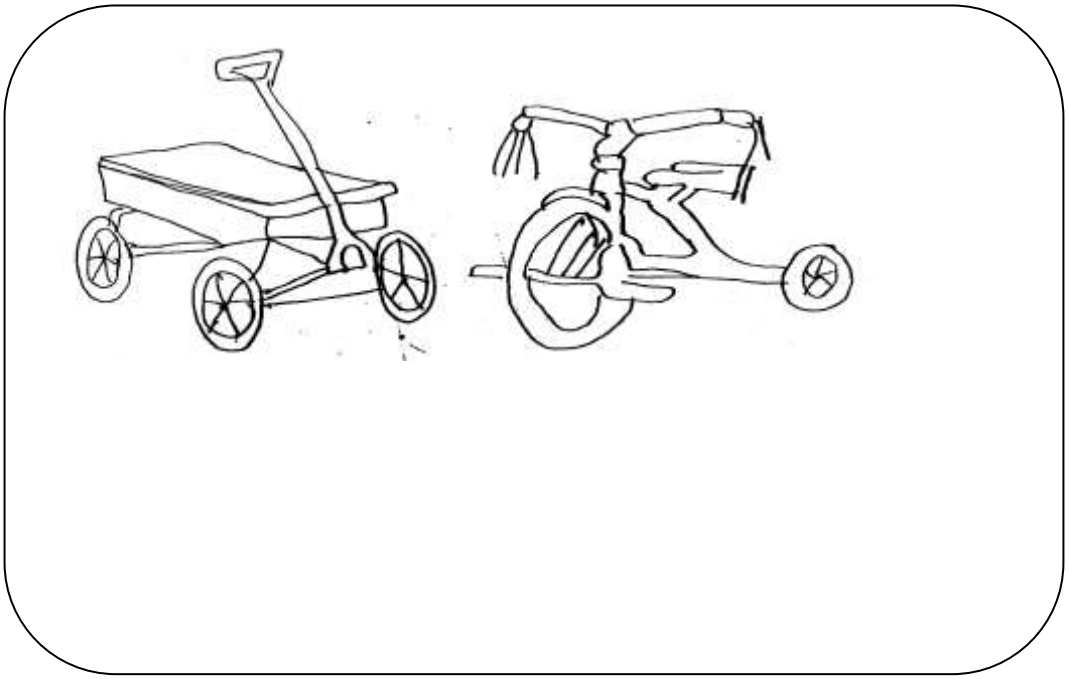
LLll Mm

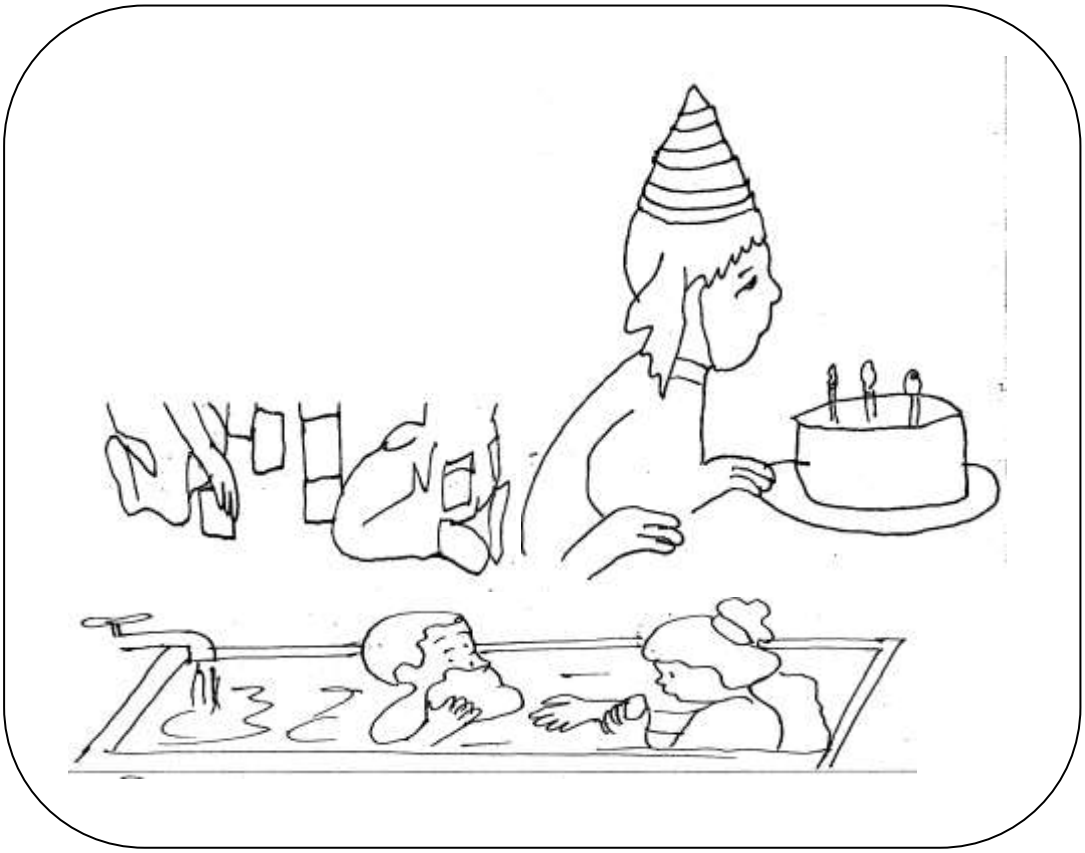


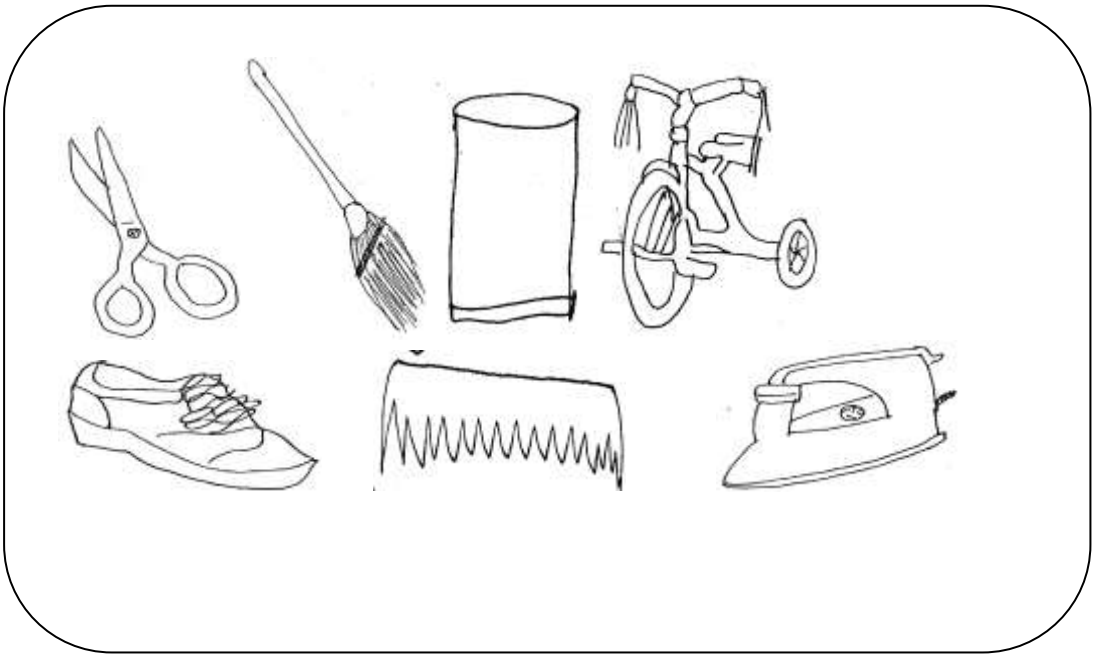


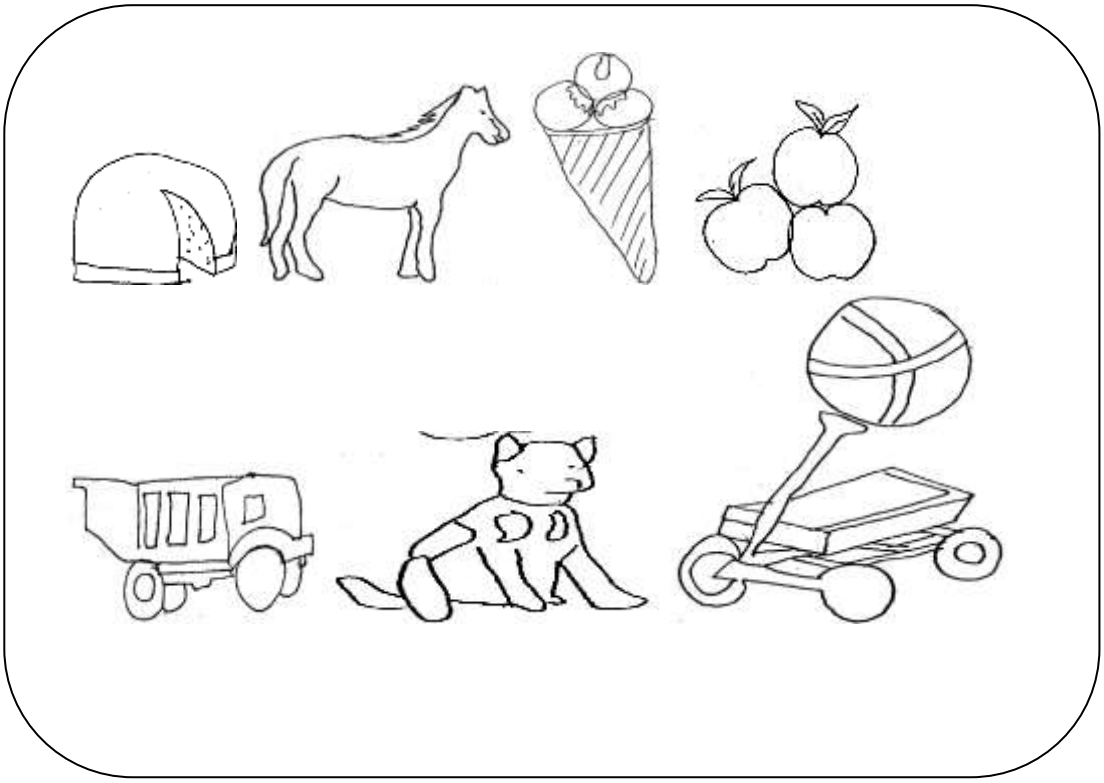


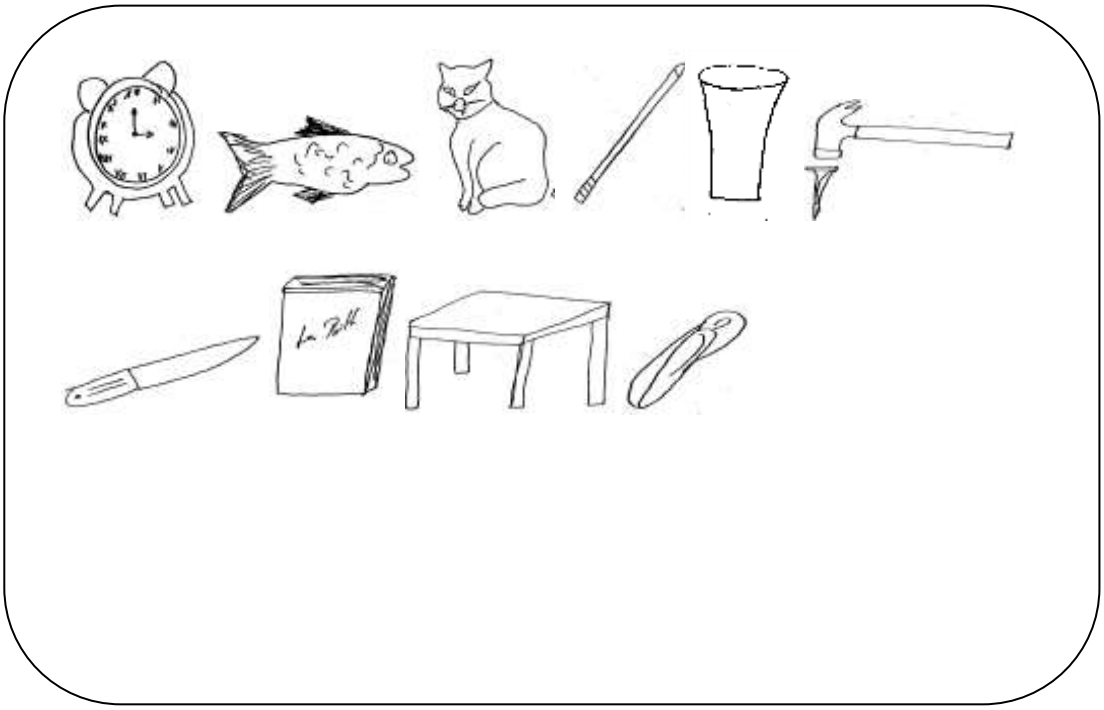


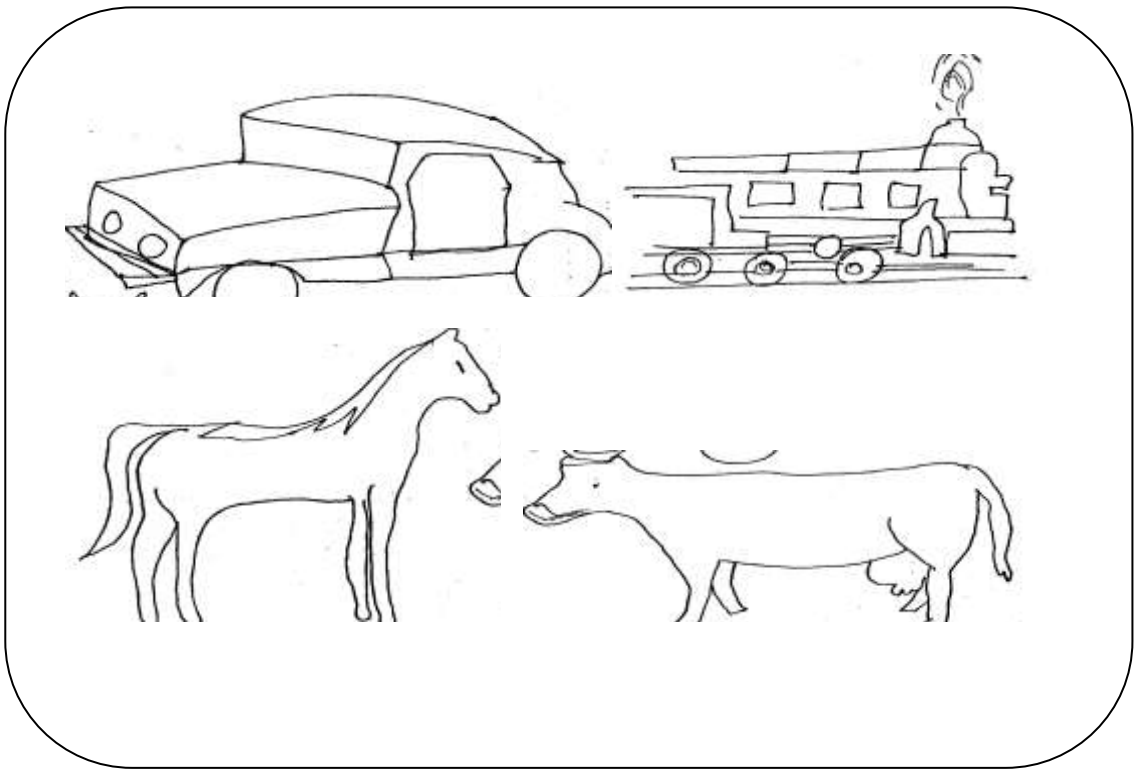


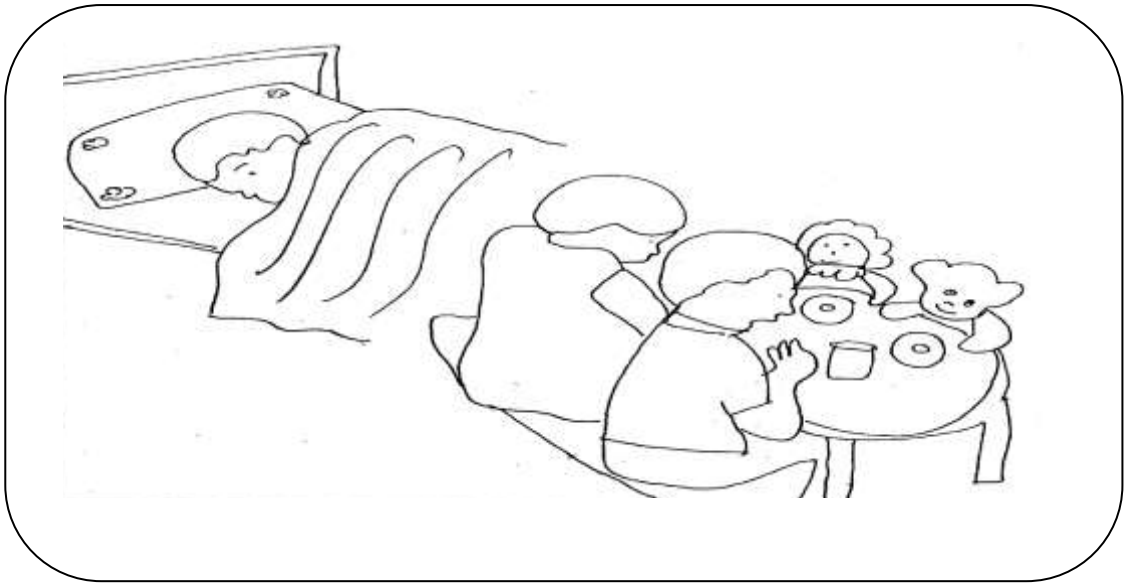


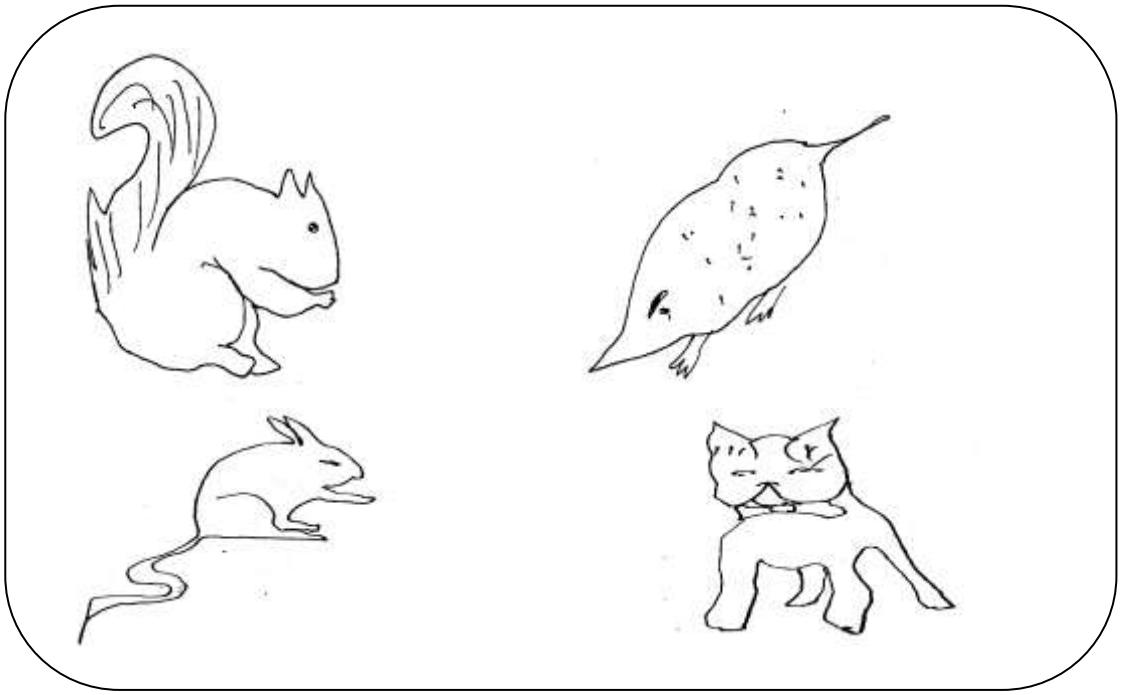


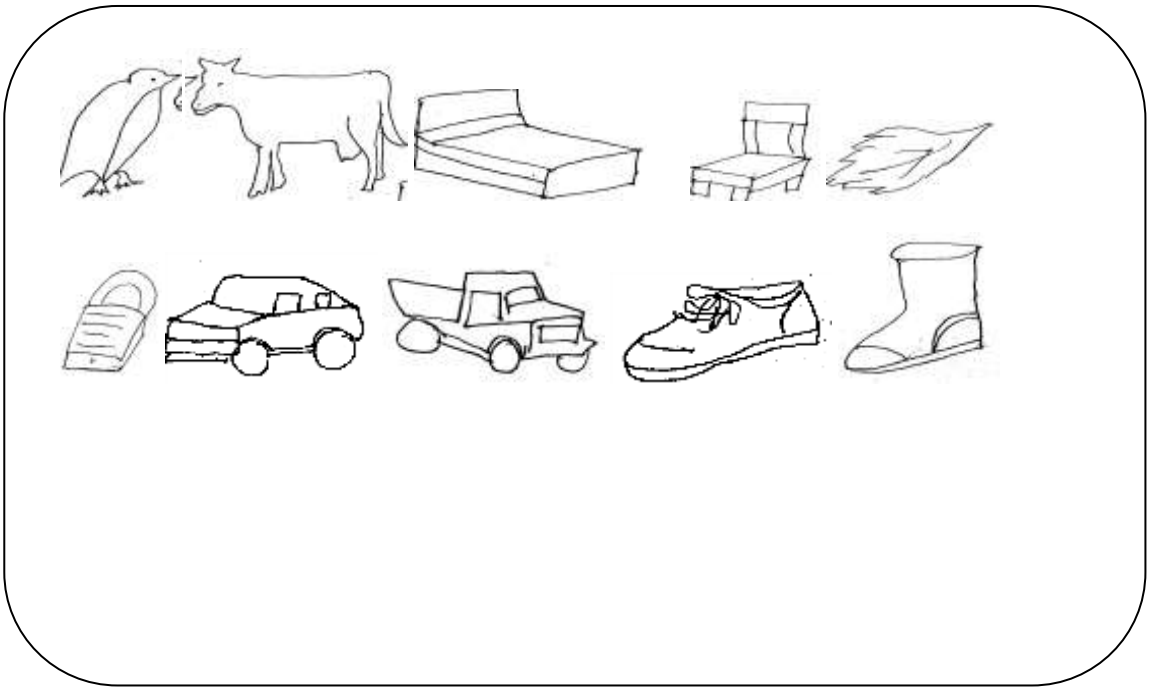


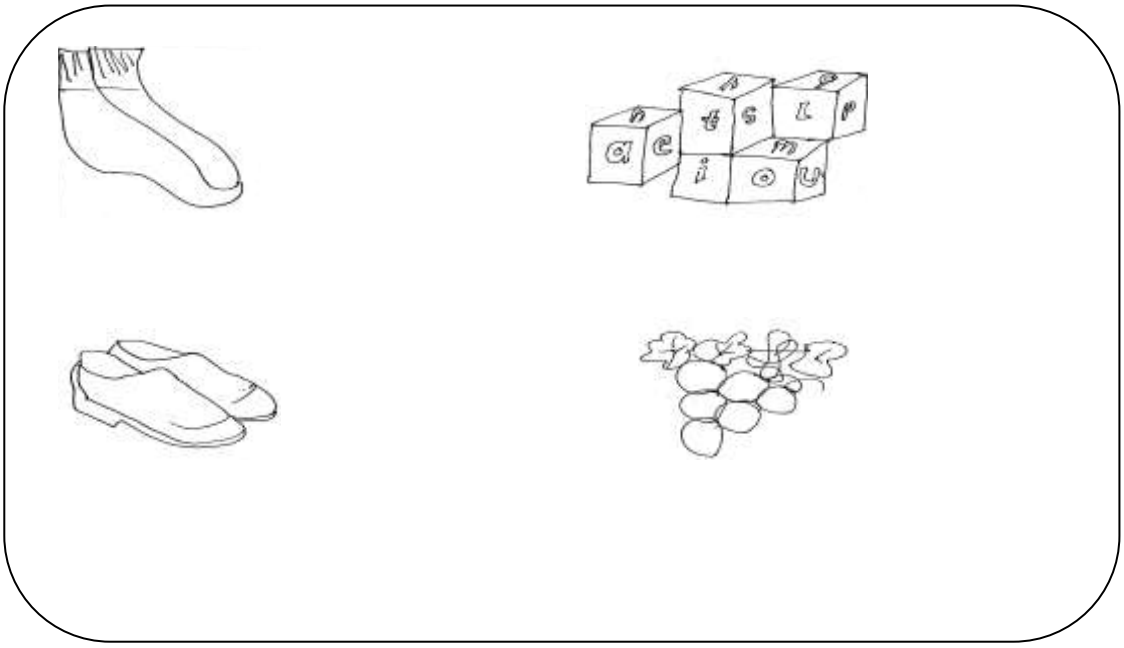


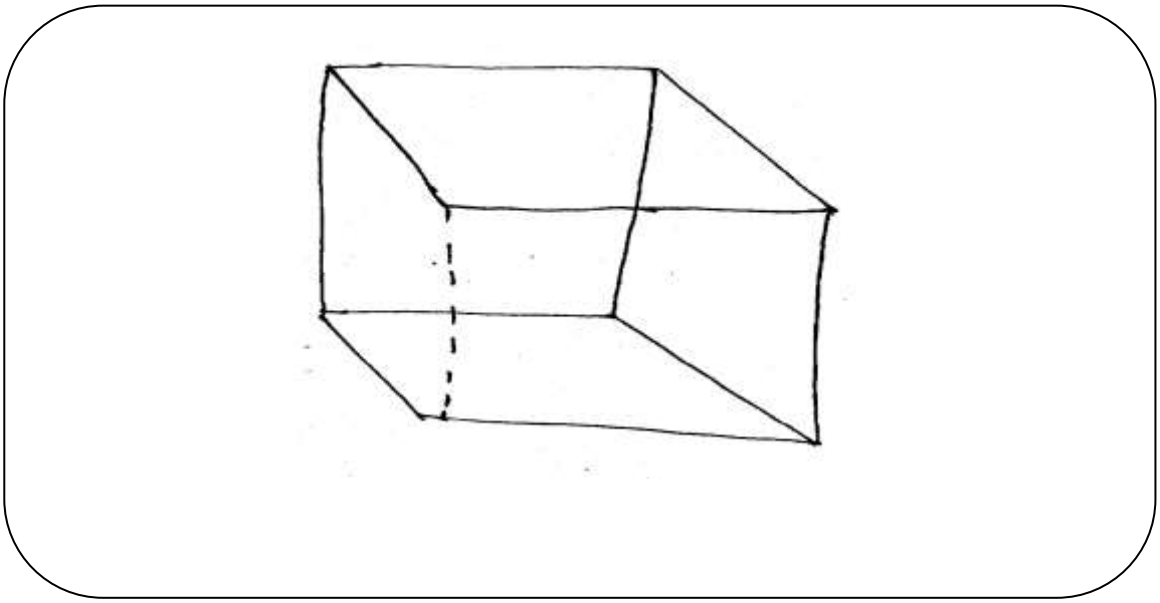


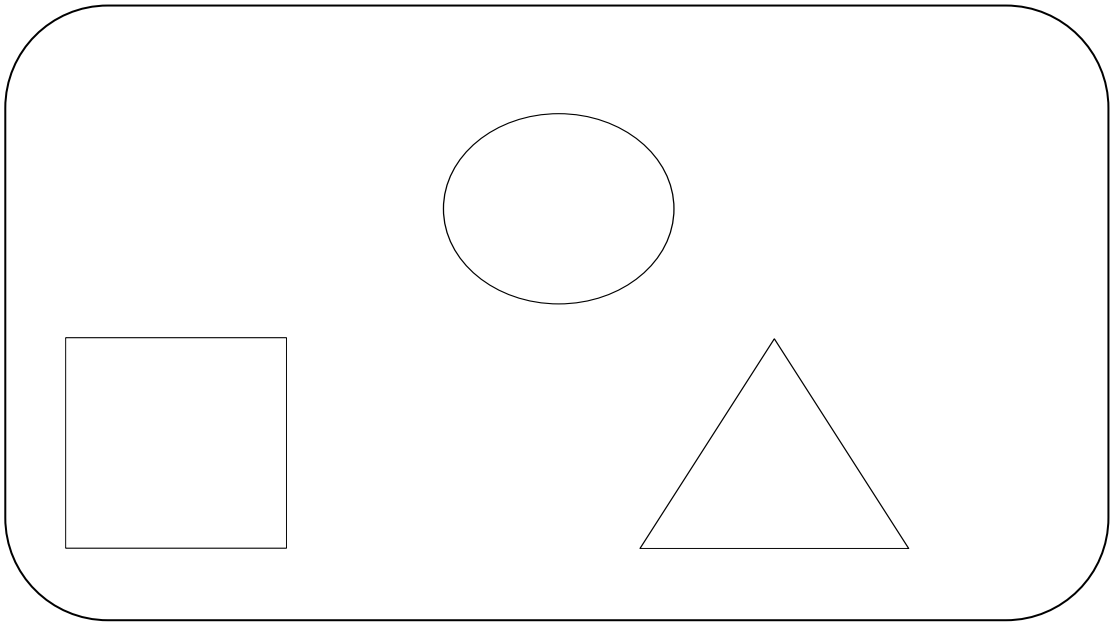


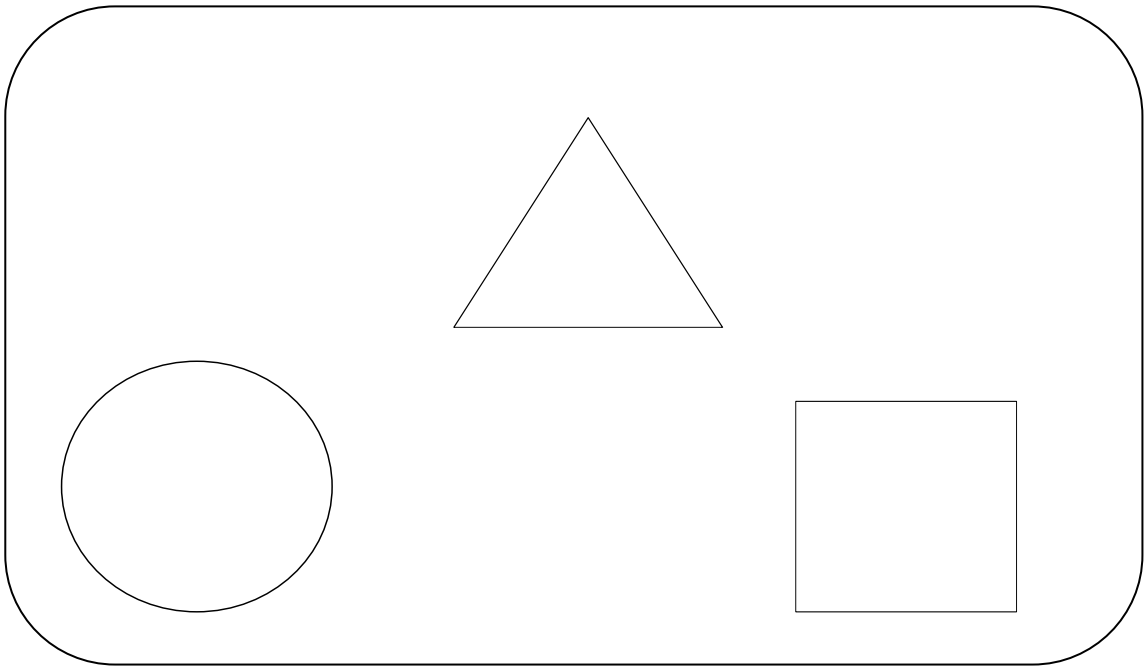












ANEXO 9 **ASOCIACIÓN AUTONOMA DE PADRES DE NIÑOS ESPECIALES "LUZ Y ESPERANZA**

ZAMORA ECUADOR

Programa de Trabajo:

Nombre Lugar de Procedencia:

Edad: Promotor de Psicorrehabilitación Comunitaria:

Discapacidad: Tiempo de Ejecución:

Horario:

AREA	SUB-ÁREAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN
					Se logro ☐ En proceso ☐ No se logro ☐ Nota:
OBSERVACIONES:					

ANEXO 10

EVIDENCIAS DEL TRABAJO