

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Humanidades
Carrera de Psicología

BIBLIOTECA
La Paz-Bolivia

PROPUESTA

**HIDROTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA EL
DESARROLLO DE LA CONSTRUCCION DEL
APRENDIZAJE PA' NIÑOS CON RETARDO
MENTAL**

Arce Fernández
TRIBUNAL

Rodolfo Lopez
Dr. Rodolfo Lopez
Tribunal
TUTOR

Postulante: IRMGARD WENDE CATAORA

Tutor: Dr. RODOLFO LOPEZ HARTMANN

Enero 2000



BIBLIOTECA
ESPECIALIZADA
La Paz - Bolivia

**Jehová es mi pastor, nada me faltará.
En lugares de deliciosos pastos me hará descansar;
Junto a aguas de reposo me pastoreará.
Confortara mi alma;
Me guiará por sendas de justicia por amor de su nombre.
Salmo 23**

DEDICATORIA

A Jehová mi Señor
a mi esposo, mi compañero y amigo
a mis hijos por su apoyo y paciencia.

Un amanecer nuevo
a los Niños con necesidades especiales
con quienes compartimos y disfrutamos
experiencias nuevas,
construyendo un futuro.

AGRADECIMIENTOS

Con profunda gratitud a los padres de familia, voluntarios, personal de apoyo e instituciones que han contribuido, para que los niños especiales tengan una alternativa para su aprendizaje.

Al

Dr. Rodolfo Lopez Hartmann

RESUMEN

Con la utilización de la hidroterapia se pretende mejorar la adaptación de niños con Retardo Mental al medio social, mostrando a la misma como alternativa en el proceso educativo aplicando una metodología innovadora y apropiada.

La experiencia de la terapeuta como docente de la Escuela Especial en el Nivel Elemental del Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI), al cual asisten niños con Retardo Mental, profundo severo y moderado, ha observado y considerado: Las características del nivel, el desarrollo cotidiano de los niños, sus problemas, dificultades, limitaciones, necesidades y desenvolvimiento especial, reflejados tanto en las diversas actitudes, como en las actividades rutinarias de acuerdo a las características personales de cada uno, también permitió considerar el desarrollo del aprendizaje y la práctica del mismo.

En la búsqueda de posibles soluciones o alternativas para facilitar la educación integral funcional y el aprendizaje, propuso la hidroterapia en piscina, como ludoterapia recreativa conectada al aprendizaje de las funciones básicas para niños con Retardo Mental en todas las áreas y niveles.

Los resultados a los que se pudo llegar fueron muy satisfactorios, mostrando que el uso de un elemento natural como el agua, reproduce positivamente las vivencias participativas, las cuales fungen como instrumento que facilita la construcción del aprendizaje, especialmente para aquellos que no tuvieron posibilidades de acceder a otros medios de educación.

CONTENIDO

INTRODUCCION	Pag. 6
I. SECCION DIAGNOSTICA	Pag. 8
1. Línea de Base	Pag. 8
1.1. Problema	Pag. 14
1.2. Marco Teórico	Pag. 15
1.2.1. Retardo Mental	Pag. 15
1.2.2. Aspectos individuales	Pag. 16
1.2.3. Aspectos sociales	Pag. 16
1.2.4. Aspectos culturales	Pag. 16
1.3. Psicomotricidad	Pag. 17
1.4. Afectividad	Pag. 20
1.5. Comunicación	Pag. 21
1.6. Adaptación social	Pag. 22
1.7. El agua y el aprendizaje	Pag. 22
1.7.1. Tipos de aprendizaje	Pag. 23
1.8. Aplicación del proyecto	Pag. 25
1.8.1. Desarrollo de la enseñanza aprendizaje	Pag. 25
II. SECCION PROPOSITIVA	Pag. 26
2. Objetivos	Pag. 26
2.1. Objetivos específicos	Pag. 26
2.2. Metodología	Pag. 26
2.2.1. Concepto fundamental de la perspectiva constructivista en aplicación al método de la propuesta	Pag. 27
2.2.2. Aplicación al Método	Pag. 30
2.3. Sistematización de la realización de actividades en piscina	Pag. 31
2.3.1. Antecedentes (de la fase de ejecución)	Pag. 32
2.3.2. Ejecución	Pag. 33
2.4. Descripción de los casos de niños con Retardo Mental en la práctica enseñanza aprendizaje	Pag. 45
2.4.1. Materiales	Pag. 66
III. SECCION CONCLUSIVA	Pag. 67
3. Conclusiones	Pag. 67
3.1 Recomendaciones	Pag. 69
IV. BIBLIOGRAFIA	Pag. 71
V. ANEXOS	

INTRODUCCION

El avance de la ciencia y la tecnología condicionan el desarrollo de las sociedades en el mundo actual, este hecho a su vez estructura la percepción y visión de las patologías, los hábitos y costumbres sociales, repercutiendo estas con mayor intensidad en países en vías de desarrollo.

El rápido crecimiento que se va dando en muchos países del Tercer Mundo especialmente en Latino América donde la pobreza actual niega los derechos esenciales a sus habitantes como ser, educación, alimentación, empleo, atención médica, vivienda, servicios sociales y otros. (Iriarte pag 37). La dependencia y el desarrollo lento y desigual ocasionan, falta de perspectivas de mejores condiciones de vida para la población

4

El análisis precedente es también válido para Bolivia que esta incorporada al Tercer Mundo, con incremento de su población y las consecuencias correspondientes. (21)

También es de conocimiento general, el interés que genera la problemática de niños con deficiencia mental tanto en el mundo, como nacional y localmente, hechos que motivan esta investigación propuesta.

La búsqueda de alternativas y de posibles soluciones, para una mejor evolución y adaptación de los discapacitados al medio donde se desarrollan, motiva la creación de nuevos métodos, técnicas y medios de aprendizaje.

En la actualidad los niños con Retardo Mental, se encuentran relegados y sin perspectivas, este trabajo plantea una alternativa para que cuenten con terapias adecuadas y medios tecnológicos suficientes para el aprendizaje.

Debemos destacar que a pesar de existir leyes que los amparan, en Bolivia no se han desarrollado mecanismos reales y efectivos para asistencia a ellos.

Al margen de los aspectos científico-técnicos de un profesionalismo cerrado y desde el simple punto de vista humano, las personas que están dentro de estas categorías, nos mueven a trabajar en pro de ellas, porque nos conmueve la situación en que se encuentran.

La presente propuesta se fundamenta en una metodología contemporánea, que no ha sido aún muy utilizada en nuestro medio. Ella se utiliza para el desarrollo del proceso enseñanza aprendizaje para niños con Trastorno Global del Desarrollo y/o Retardo Mental.

La hidroterapia en piscina se la presenta como un recurso para facilitar el cumplimiento de los objetivos planteados. Siendo un tipo de enseñanza distinto al tradicional supone la puesta en práctica de actividades donde puedan los niños con Retardo Mental construir conocimientos que favorezcan el aprendizaje integral sin diferenciación de niveles, sean: profundos, severos, moderados o leves.

El motivo fundamental que nos llevó a formular esta propuesta, fue querer demostrar que un método terapéutico, como en este caso la hidroterapia, con una metodología sencilla, sin capacitación especializada de terapeutas, psicólogos, pedagogos o instructores, facilitarían el proceso de aprendizaje tanto en las áreas: motora, cognitiva y afectiva permitiendo construir el aprendizaje como resultado de la interacción. El método nos sirve para una función determinada y se adapta a nuestros requerimientos, sin problemas. El mismo se desarrolló sistemáticamente y fue aplicado como un recurso pedagógico, además, mostrando respuestas sorprendentes.

Las ventajas de la metodología utilizada, muestra que cada niño, igual que todo ser humano, construye su aprendizaje de acuerdo a sus percepciones, capacidades y limitaciones, es decir aprende en el contexto de su experiencia personal y no mecánicamente.

Este trabajo se desarrolla tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- * La situación precaria actual de las instituciones y de los niños con poca esperanza de mejoría en su desarrollo integral.
- * Falta de datos que muestran sub registros de la situación real de problemas por los que atraviesan los involucrados en los mismos.
- * Desconocimiento de propuestas o experiencias pasadas como modelos sistematizados para ejecutar nuevos trabajos para mejoramiento de los servicios de atención con métodos contemporáneos.

I. SECCION DIAGNOSTICA

"El desarrollo constituye un proceso continuo desde la concepción a la madurez...pasando el niño por una serie de etapas referidas al desarrollo...el factor que más afecta el índice del desarrollo es la inteligencia del niño.." Illingworth Ronald S El niño Normal.(3)

El desarrollo infantil depende de factores internos y externos. Entre los internos: la base hereditaria y congénita condiciona su maduración neurofisiológica, al mismo tiempo, la influencia del medio ambiente actúa como un estimulante en mayor o menor grado.

Se realiza el diagnóstico según sus manifestaciones, sean físicas o de comportamiento, tomando en cuenta otros factores, detectados por el equipo multidisciplinario.

1. Línea de Base

"Si partimos por la definición de acuerdo "con la American Association on Mental Deficiency (AAMD 1992, pag. 5) Retraso Mental se refiere a:

Limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual presente. Se caracteriza por su funcionamiento intelectual significativamente inferior que el promedio, existente en forma concurrente en limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de habilidades:

a) *adaptativas*: Comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, autodirección, salud y seguridad, áreas académicas.

b) *funcionales*: recreación y trabajo.

El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años de edad.”Woolfolk, Anita E. *Psicología Educativa*.(5). Esta apreciación corresponde al criterio de varios investigadores entre los que citamos a I.Sarason, corroborado por trabajos de Anita Woolfolk.

En la "inteligencia influye la herencia y el ambiente. La inteligencia "pura" se define: como un factor cognoscitivo general e innato o un potencial básico para el aprendizaje. Sin embargo, es prácticamente imposible comprobar esta capacidad innata sin medir también el aprendizaje real que ha asimilado una persona, gran parte del cual depende de lo que se le ha enseñado en la casa, en la escuela o en la comunidad. Por eso es difícil medir la esquivia característica de la inteligencia básica. Es probable que aquello que describimos como inteligencia (el buen rendimiento de una persona en la escuela y en la vida) sea un producto de factores ambientales y genéticos que interactúan en proporciones todavía desconocidas...

Cuando empleamos el término *inteligencia*, consideramos que es una interacción constantemente activa entre la habilidad heredada y la experiencia alcanzada en el medio ambiente, lo cual da como resultado la posibilidad que tiene un individuo de adquirir, recordar y utilizar el conocimiento, entender conceptos abstractos y concretos, comprender las relaciones entre los objetos, los sucesos y las ideas, y aplicar esta comprensión; en síntesis, *la inteligencia significa la habilidad de emplear todo lo anterior en la actividad cotidiana...*

Es necesario recordar que la prueba del Coeficiente Intelectual no constituye la puntuación de algo innato en nosotros, que permanezca sin cambio por el resto de nuestras vidas. Un ambiente mejor desde el punto de vista emocional y cultural puede contribuir a una mejor puntuación, a la vez que un ambiente desfavorable puede hacer que dicha puntuación descienda. Por lo tanto, resulta peligroso y poco confiable catalogar a los niños a una

temprana edad con base en una, o incluso con varias puntuaciones de C.I." Papalia, Diane E..Psicología del Desarrollo(17)

El retraso mental, es una entidad que se considera procesual. En los primeros estadios, se puede considerar que el desarrollo de la inteligencia es paulatino, lento, evolutivo hacia la detección total de un nivel de déficit completo.

En el retardo mental considerado como patológico (desde el punto de vista biológico) se consideran factores hereditarios, genéticos o adquiridos los cuales se atribuyen a lesiones del Sistema Nervioso Central que provocan un insuficiente desarrollo psíquico, especialmente en la generación de la actividad cognoscitiva, cuyo carácter es estable e irreversible León Acosta, Dulce María.Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Pediatría.(1).

De acuerdo al DSM IV Existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual:

Leve	de 50 - 55 a 70
Moderado	de 35 — 40 a 50 - 55
Severo	de 20 — 25 a 35 - 40
Profundo	por debajo de 20 - 25

Según manifestaciones clínicas con reacciones de síntomas, signos y de acuerdo a la presencia predominante de síntomas se permite la observación y clasificación:

"a) Retraso Mental Leve:

Este es el equivalente a la categoría pedagógica de educable, al rededor del 80 % de toda la población con retraso mental corresponde a esta categoría.

Estos pacientes tienen un mínimo deterioro en las áreas sensorio-motoras.

Los adolescentes que padecen este tipo de retraso, pueden avanzar hasta un nivel intermedio, y en la etapa adulta pueden adquirir fácilmente habilidades sociales y laborales

adecuadas para una independencia mínima. No obstante pueden necesitar orientación y asistencia en casos de tener presiones intensas sociales, familiares o económicas.

b) Retraso Mental Moderado:

Este tipo de retraso equivale a la categoría pedagógica de "modificable". Es el 12 % de todas las personas con retraso mental. Pueden beneficiarse del entrenamiento laboral e incluso pueden valerse por sí mismos con una adecuada supervisión. Durante el período escolar pueden aprovechar el entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales pero es improbable que progresen más allá del curso intermedio en relación a temas académicos. Durante la etapa adulta pueden realizar trabajos semi-especializados o sin especializar bajo supervisión en talleres protegidos.

c) Retraso Mental Grave:

Equivalente al 7 % de la población con retraso mental. Esas personas presentan un desarrollo motor pobre y una expresión mínima del lenguaje, por lo cual desarrollan poco o nada el lenguaje de comunicación. Pueden desarrollar hábitos básicos de higiene. Son incapaces de aprovechar un entrenamiento laboral, pero pueden realizar tareas simples bajo estrecha supervisión.

d) Retraso Mental Profundo:

Equivale a menos del 1 % de la población con retraso mental, muestran una mínima capacidad para el funcionamiento sensorio-motor. Requieren de un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constante”Ministerio de Previsión Social y Salud Pública,DNE.Manual de Atención Primaria en Salud Mental.(4).

Niños con retardo mental profundo, severo y moderado manifiestan estereotipos y conductas estereotipadas, conductas autistas, conductas agresivas, conductas inadecuadas y otras.

Con la breve descripción anterior, hemos repasado lo inherente a lo que nos concierne y didácticamente nos servirá para poder describir, analizar y tratar los casos que se encuentran en el IDAI, cual es el motivo de nuestra propuesta.

En Julio de 1966 en la ciudad de La Paz, fue creado como Fundación, el Instituto Nacional de Adaptación Infantil (I.N.A.I), por Decreto Supremo 00691, siendo la primera Institución especializada de concentración en Bolivia y Sud América, para la atención de Deficiencias Mentales, con estructura orgánica, de carácter multidisciplinario y que a partir de 1996 por la Ley de Descentralización, pasa a la Prefectura del Departamento de La Paz como Instituto Departamental de Adaptación Infantil.

El objetivo del I.D.A.I. es el de brindar atención integral bio-psico-social, pedagógica y ocupacional al menor con Trastornos Globales del Desarrollo y/o Retardo Mental, para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades, integrando su personalidad global, preparando su incorporación a la vida laboral y finalmente su integración social, tanto a niños internos como a externos, con la participación profesional interdisciplinaria y la participación de la familia y comunidad. Fuente (I D.A I). (7)

Actualmente el I.D.A.I. tiene 83 niños internos entre las edades de 9 meses a 33 años los que se encuentran en distintos pabellones, como ser pabellón Profundos, pabellón Mujeres, pabellón Varones y pabellón Infantes. (7)

El I.D.A.I. cuenta con un equipo integrado por distintos profesionales, especializados en diferentes disciplinas, que atienden a la población de niños externos e internos, con diversos niveles de retraso en el desarrollo, en la institución se realizan las siguientes actividades:

- 1.- Evaluación y Diagnostico.
- 2.- Rehabilitación y Terapias.
- 3.- Escuela de Educación Especial.

Los niños que son atendidos en la Institución, necesariamente son evaluados por los distintos profesionales, luego en una sesión conjunta de discusión de casos, se establecen los diagnósticos y las respectivas recomendaciones; entre las cuales, se ponderan también las necesidades del niño para efectuar distintas terapias de apoyo, con sus respectivos programas a desarrollar.

También dentro de esas mismas recomendaciones se sugiere o no, el ingreso a la Escuela Especial del IDAI, es a esos niños a los que se los puede incorporar a la terapia que se presenta en este trabajo, es decir a la hidroterapia en piscina, a la cual asisten niños tanto internos como externos. Con los externos se realiza la terapia con alternativa de control abierto.

La Escuela Especial cuenta con los siguientes niveles educacionales:

Elemental

Inicial

Pre - Escolar

Primario

Pre - Taller

A los mismos asisten 71 niños con Trastornos del desarrollo global y/o Retardo Mental, de los cuales 22 son externos y 49 internos. Fuente (IDAI). (7)

Nivel	Alumnos	%	
Profundo	4	5.6 %	Dependientes
Severo	13	18.3 %	Dependientes
Moderado	35	49.3 %	Entrenables
Leve	19	26.7 %	Educables

En el Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI) circunscribimos el problema a los aspectos formativos educacionales, vale decir a los problemas de aprendizaje en las áreas: *motora, cognitiva y afectiva*, para lograr una mejor adaptación a su medio social.

1.1. Problema

Antecedentes

Tomando en cuenta las definiciones anteriores y sus características, nos remitimos a recabar información sobre el tema, encontrando que el mismo ha sido estudiado desde hace mucho tiempo y continua vigente por que no se han establecido conclusiones que permitan determinaciones concluyentes, además por la naturaleza multifacética de la problemática que plantea el retardo mental y en conocimiento de la falta de programas diseñados para hacer frente a esas necesidades para su desarrollo potencial, o para evaluar los progresos realizados y al ser "cada uno de estos niños un enigma tanto para su familia como para los profesionales" Donlon, Edward T. La enseñanza de los deficientes severos y profundos. (6) y ante esta realidad, con la que tropezamos además de múltiples dificultades para su aceptación como ser: El desconocimiento de la sociedad sobre esta problemática, la familia que no acepta esa realidad, la limitada atención especializada que se les pueda brindar y sobre todo por el desconocimiento de muchos padres de la existencia de instituciones que puedan darles apoyo profesional y también factores económicos, nos vemos en la obligación de preguntarnos, será posible resolver las dificultades planteadas en la formulación del problema?

También surgen muchas preguntas al encontrarnos con un grupo heterogéneo de niños con retardo mental profundo, severo o moderado y con conductas propias e individuales como ser: de dispersión, hiperactivos, auto y heteroagresivos, con conductas autistas, con falta de comunicación, dependientes y con otros comportamientos muy particulares que requieren atención personalizada, haciéndose más difíciles de tratar, por no contar con personal especializado y de apoyo que comprendan estos problemas.

Para el nivel elemental de la Escuela Especial del IDAI, se elaboró un programa general donde los niños realizan actividades conjuntas, para la adquisición de hábitos de la vida diaria AVD (alimentación, higiene personal y control de esfínteres) el mismo que ha sido sistematizado, se ejecuta y deseamos complementar con la incorporación de la terapia en el agua en piscina.

De acuerdo a la observación realizada, a niños que asisten a la Escuela Especial del IDAI al nivel elemental, *planteamos los siguientes problemas:*

Niños con Retardo Mental, profundos, severos y moderados, pueden o no, aprender, desarrollar y mejorar su psicomotricidad, afectividad, comunicación, socialización y conductas básicas, realizando actividades recreativas?.

Puede o no, el aprendizaje de nuevos conocimientos, facilitar la adaptación al medio social en el que están o se desenvuelven? y *cómo se les puede enseñar o educar?*

1.2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describe lo relativo a las bases conceptuales y fundamentales del trabajo, para realizar la propuesta.

1.2.1. Retardo Mental

El Retardo Mental, considerado como un trastorno del desarrollo humano existe desde el origen mismo del hombre. Ha recibido a través del tiempo diferentes denominaciones de acuerdo al conocimiento que se tenía de él y del lugar donde ha sido descrito.

Históricamente el Retardo Mental, ha sido y es considerado como algo estático, inmutable e incurable. Vulgarmente se lo denominó y aún se lo sigue considerando como locura y a quienes les afecta se los considera impropriamente como "locos".

El concepto que se tenga sobre el retardo mental afectará la manera como hemos de aceptar al individuo así definido y clasificado. Es por eso que debernos modificar la visión común y segregadora sobre el mismo. El retardo mental constituye una entidad compleja y este problema puede ser enfocado generalmente, desde tres aspectos como mínimo:

1.2.2. Aspectos individuales

El individuo constituye una personalidad compleja con una suma de pensamientos, sentimientos, experiencias, habilidades e ineptitudes, las cuales varían de una persona a otra.

No permanece estático existe una interacción con el medio, es un ser en evolución, con progresos o limitaciones; el paso del tiempo también influye en su dinámica personal, modificando, actitudes y valores propios, de la familia y de la sociedad, que influyen directa e indirectamente en el desarrollo y adaptación.

1.2.3 Aspectos sociales

El medio ambiente es determinante para el desarrollo y la formación del niño y no siempre es negativo.

"Solo un medio ambiente favorable ayudará a que las cualidades en potencia del niño se desarrollen como es debido..." Illingworth Ronald S. El niño Normal (3)

El que un individuo sea o no retardado, depende en gran medida, de lo que se exija de él.

En algunas comunidades, ciertos individuos se desenvuelven con grandes dificultades y son considerados inferiores a lo normal. La escala de valores varía de una familia a otra y de una comunidad a otra. Un niño que en ciertas familias o comunidades sería considerado como bastante brillante, en otras podrá ser visto como retardado.

1.2.4. Aspectos culturales

En el proceso de adaptación e interacción, entre las personas con el medio ecológico y social, existe la tendencia a adaptarse simbióticamente y de una forma particular de

acuerdo a cada condición individual, pero de acuerdo también, a cómo quién se apodera de esa interacción, forma que es heredada y transmitida como norma, por la familia, comunidad y sociedad.

De la misma manera es importante considerar, la influencia determinante del nivel social y económico en el que se desenvuelve la persona y su familia, la cual puede afectar en última instancia la estructura familiar. (21)

Existen exigencias culturales, como costumbres, hábitos y tradiciones, que recaen sobre el individuo en diferentes etapas y épocas de su desarrollo y están con relación al aprendizaje que se va obteniendo progresivamente. La adaptabilidad y por ende la marginalidad o exclusión social del individuo, está vinculada a esas exigencias, de acuerdo a su magnitud y trascendencia.

El medio cultural juega un papel preponderante al imponer sus demandas y presiones las cuales influyen en el individuo y en la familia, en sus comportamientos, acciones y reacciones. (21)

En el retardo mental leve, moderado, severo y profundo, existen deficiencias en el comportamiento de adaptación y se manifiestan en el desarrollo de maduración, en las áreas: motora, cognitiva y afectiva, por lo que las definimos como:

1.3. PSICOMOTRICIDAD

"En términos simples, la motricidad es la acción del Sistema Nervioso Central que determina la contracción muscular" Tasset Jean Maria, Teoría y práctica de la psicomotricidad (15).

Durante el desarrollo existe una secuencia "física, motora, intelectual y social" para la madurez y aprendizaje adecuados de las personas; al no cumplirse esa secuencia de maduración, el individuo está en desventaja en el grupo social.

La psicomotricidad "es una relación entre el razonamiento (cerebro) y el movimiento, de carácter reversible". Antoine Porot, en el "Manuel alphabétique de Psychiatrie (Manual alfabético de Psiquiatría), bajo el título de "Psicomotricidad, Perturbaciones y Síndromes Psicomotores" expresa: "Las funciones psíquicas y las funciones motrices son los dos elementos fundamentales de la actividad social y del comportamiento individual del hombre; rudimentarias ambas en el momento del nacimiento individual del hombre, evolucionan durante la infancia y se desarrollan estrechamente conjugadas al comienzo...

Experimentan luego integraciones de creciente jerarquización y se diferencian en sectores perfeccionados. Pero tanto las funciones psíquicas como las motrices continúan sometidas a interacciones recíprocas, que a pesar de sus respectivas especializaciones, conservan una solidaridad profunda". Tasset Jean Maria, Teoría y Práctica de la psicomotricidad. (15)

Elementos base de la Psicomotricidad:

Esquema corporal.

Se entiende por esquema corporal al conocimiento inmediato que poseemos de nuestro cuerpo, en situación estática o en movimiento, así como las relaciones entre sus diferentes partes y sobre todo de sus relaciones con el espacio y con los objetos que nos rodean.

Educación Psicomotricidad. (8).

Durante el crecimiento el niño, aprende a diferenciar todas las partes de su cuerpo; la cabeza, cuello, pecho, espalda, estomago, vientre y caderas; tobillos, pies, hombros, brazos y codos, antebrazos, muñecas, manos y dedos, según orden y preferencia didáctica.

También es importante comprender, que el esquema corporal no se circunscribe al conocimiento de las distintas partes del cuerpo solamente, sino también es, la capacidad de

traducir ese conocimiento en movimiento, que a su vez es influido por la afectividad para su aplicación cotidiana.

Orientación Espacial.

"El esquema corporal es la toma de consciencia de la existencia de las diferentes partes del cuerpo y de las relaciones recíprocas entre éstas, en situación estática y en movimiento, y de su evolución con relación al mundo externo. El esquema corporal es por tanto, el conocimiento del yo...

Se entiende por esquema espacial la orientación, la estructuración del mundo externo, relacionado éste con el yo referencial, en primer lugar, y luego con otras personas y objetos, así se hallen en situación estática o en movimiento. Es, entonces, el conocimiento de los otros y de los elementos del mundo externo a partir del yo tomado como referente... Existe una estrecha relación entre el esquema corporal y la orientación espacial. Una correcta orientación espacial depende del conocimiento del esquema corporal." Tasset Jean Maria, Teoría y Práctica de la psicomotricidad. (15)

Motricidad y psiquismo.

"Durante la primera infancia Motricidad y Psiquismo están imbricadas, confundidas, son dos aspectos indisolubles del funcionamiento de una misma organización. (Dr. Bascou)...

En efecto es la primera infancia importante para el desarrollo psicomotor, es en los primeros tres años en que se adquieren las coordinaciones neuro-motrices como ser el de "andar, correr, saltar....la palabra y la expresión...*el juego*....el sentido del bien y del mal. Es, con la edad de la razón "un punto culminante y un anuncio en el ciclo del desarrollo del niño" (A.Gessell y F.L. Itg)...

Dupre fue el primero que utilizó el término "*debilidad mental*" demostrando su paralelismo y asociación con la debilidad motriz y enuncio la "Ley de la Psicomotricidad" que domina toda la neuropsiquiatría infantil: "Entre ciertas alteraciones mentales y las

alteraciones motrices correspondientes existe una unión tan íntima y un parecido tal que constituyen verdaderas parejas psicomotrices". Hay un estrecho paralelismo entre el desarrollo de las funciones motrices, del movimiento y de la acción y el desarrollo de las funciones psíquicas.

Estas correlaciones entre el psiquismo y el movimiento existen en estado normal, entonces hay psicomotricidad fisiológica y esas correlaciones que se observan durante la evolución del niño normal, son así mismo "constantes en las alteraciones psíquicas, incluso cuando la sintomatología es aparentemente motriz, intelectual o afectiva." Educación Psicomotricidad. (8).

1.4. AFECTIVIDAD

La afectividad se manifiesta a través del estado de ánimo y las emociones, por las cuales expresamos nuestras necesidades y satisfacciones.

El tono afectivo oscila entre los límites de la alegría y la tristeza siendo una de las expresiones del grado de adaptabilidad activa del individuo a su medio.

"Adecuar los medios educativos a la particular afectividad de cada niño es la tarea más delicada que todo adulto, padre, educador o maestro, debe tener siempre presente" Pedagogía y Psicología Infantil. (9).

La afectividad es función principal, como motor del desarrollo en general.

Desde el momento mismo del nacimiento, el individuo demanda afecto a través de sus necesidades básicas (estímulos internos del organismo, hambre, sed,, calor, sueño) y se satisface, cuando es atendido y esta satisfacción se establece en la relación con cualquier elemento del entorno y la cual se irá construyendo paulatinamente a través de la seguridad o inseguridad que se le vaya proporcionando al niño, frente a sus necesidades y durante sus actividades

1.5. COMUNICACION

Lenguaje y comunicación son dos términos que se confunden, sin lenguaje no hay comunicación. La comunicación es la relación que se da entre dos o más personas. La comunicación es una de las condiciones fundamentales para el desarrollo del niño y ésta se produce de dos formas: verbal y no verbal, sin ninguna de ellas, los deseos y las necesidades no podrán ser transmitidas y por tanto no serán satisfechas, por lo que cualquier medio, forma o sistema es menester para desarrollar su comunicación, la cual se dará a través de la interrelación.

La conjunción entre la impotencia para comunicar sus necesidades y el discernir para satisfacerlas, se halla en el origen de la capacidad del ser para comprender a su prójimo, capacidad que condiciona la relación (comunicación — comprensión — afectividad)

La primera expresión vocalizada del niño es el grito al nacer. El primer mes sus vocalizaciones se limitan a gritos generalizados e indiferenciados y sonidos guturales. Durante el segundo mes parecen hacer uso de distintos gritos para diferenciar estados de incomodidad, de hambre y de dolor. A los tres meses surgen sonidos espontáneos de balbuceo, ruidos guturales, vocales. Entre los 6 a 10 meses hay dos fenómenos muy importantes: el silabeo y sonidos repetitivos (ma – ma —ma) y el comienzo de la imitación de vocales modificándolas por la repetición. Entre el 1 año a los 18 meses se da la primera palabra siendo esta indiferenciada, utilizándola en diferentes contextos. (Intro a la Psicología. 22), el llanto, el lenguaje corporal y la comprensión, son superiores a las posibilidades de expresión.

Al llamar al niño por su nombre se produce un cambio importante ya que comienza a entender, comprende que nos referimos a él, de la misma manera él va interiorizando la palabra "no" y luego va aprendiendo a usarla.

El desarrollo del lenguaje en niños con retardo mental, es lento y diferente o incipiente, tanto en el plano cualitativo como cuantitativo. Se deben considerar las condiciones ambientales en las que evoluciona el niño, ya que son determinantes para el desarrollo de cualquier forma de lenguaje.

El lenguaje hablado constituye la forma de interacción social más extendida, pero no es la única, ya que a través de la estimulación, los niños pueden desarrollar algún tipo de lenguaje.

1.6. ADAPTACION SOCIAL

Adaptación social, es la relación de la persona con el ambiente y el medio social.

El desarrollo infantil depende de factores internos y externos. Entre los internos: la base hereditaria y congénita condiciona su maduración neurofisiológica, al mismo tiempo, la influencia del medio ambiente actúa como un estimulante en mayor o menor grado.

A través de la socialización, el niño se va integrando social y biológicamente al medio educativo y social y es en ésta interacción donde integra aspectos biopsicosociales.

En este proceso de incorporación a una determinada estructura social compuesta por sistemas con distintos valores, actitudes específicas, hábitos y habilidades diversas; la educación entre otros mecanismos institucionales, imparte un aprendizaje, que a la vez que socializa al niño, le proporciona elementos básicos para el desarrollo de su afectividad a través de mecanismos tales como la imitación, la introyección, la proyección y otros que conforman sus niveles de seguridad y equilibrio en sus relaciones sociales.

1.7. EL AGUA Y EL APRENDIZAJE

Al principio fue el agua y en su seno surgió la vida. El hombre siempre ha tenido consciencia de que el agua esta ligada al principio de la vida pero también al de la muerte, su abundancia su escasez marca la barrera entre la vida y la muerte.

La contemplación del agua añade un placer estético a las experiencias humanas: Es agradable verla, oírla, observarla, caminar o descansar junto a ella, tocarla y entrar en su contacto", es decir sentirla. Guerreo Manuel.El Agua,la Ciencia (14).

El agua se usa como sanción o también con fines recreativos. "La vida humana se ha mantenido muy ligada al agua. En la literatura y en el arte los artistas han reflejado su fascinación por este elemento.

Es conocido el uso del agua como una forma de rehabilitación física al ser una actividad menos agresiva por la variedad y calidad de ejercicios que se ejecutan, sobre todo en piscina.

El término hidroterapia deriva de las palabras griegas: Hydor = agua y Therapeia = curación.

La técnica que se utiliza dentro del agua se la denomina hidroterapia, la piel por su contacto, es su lugar de acción y en ella se perciben diferentes sensaciones como ser: reflectógenas por su íntima relación con mecanismos nerviosos y endocrinos, térmica, mecánica, táctil, hidrostática y dinámica.

La terapia en agua no sólo tiene efectos biológicos, sino también es utilizada para terapias psicológicas, por los beneficios que esta proporciona, como ya lo dijimos anteriormente.

El agua utilizada como un recurso pedagógico permite un aprendizaje natural.

1.7.1. Tipos de aprendizaje.

"Dominar la conducta de abrochar un botón, comprender el concepto de democracia, aprender el principio de flotación, memorizar la letra de un himno, aprender algunas

palabras en chino, recordar avisos escolares y hacer un cálculo matemático, son ejemplos de cinco tipos diferentes de aprendizaje: aprendizaje de habilidades motoras, aprendizaje de conceptos, aprendizaje de principios, aprendizaje verbal (que incluye el aprendizaje en serie, el de pares asociados y la evocación libre) y resolución de problemas" Oceano Centro. Enciclopedia de Psicopedagogía, Psicología Pedagógica. (11).

La dinámica pedagógica con el enfoque constructivista en Educación Especial define a la persona portadora de deficiencia como a un ser al mismo tiempo que desea y es pensante, esto es, una persona que es capaz de sentir, de pensar y de aprender con los recursos disponibles, es activa y constructora de su propio conocimiento, con derecho a la educación como cualquier niño, con un desarrollo global del educando.

Para lograr alcanzar ese objetivo, la dinámica pedagógica necesita ser diferente de la habitual, pues el profesor debe adaptar procedimientos pedagógicos que lleven al niño a descubrir por sí mismo el conocimiento.

En este enfoque se afirma que el conocimiento se adquiere por medio de un proceso de construcción o mejor de auto-construcción y no absorción o acumulación de información proveniente del exterior.

Las actividades educativas deben originarse en las necesidades específicas del niño, y, por lo tanto, en el interés del alumno (afectividad) de buscar soluciones (inteligencia), al problema que se le propone. El alumno debe actuar sobre los objetos y el medio ambiente (con su cuerpo y su mente) para alcanzar su objetivo.

La nueva dinámica educativa, se basa en la relación profesor - alumno que se fundamenta en el respeto mutuo, en la cooperación, en el intercambio de puntos de vista y en una creciente autonomía del educando, en la medida en que él puede llegar a ella.

Según Carls Rogers, el profesor debe ser un facilitador del aprendizaje.

1.8. APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo integral de las funciones básicas, los niños, tienen posibilidad de aprender activamente, manipulando, sintiendo y jugando, así se integran socialmente con mayor facilidad.

La utilización del juego como un medio óptimo del aprendizaje, promueve en los niños la espontaneidad, en sus gestos, acciones, su adaptabilidad, siendo más provechoso aún al existir libertad de acción, por lo que se pretende educar a través de la Ludoterapia con agua en piscina a niños con Retardo Mental, durante el desarrollo del ejercicio, posiblemente esta es la mejor forma de promover el aprendizaje, al existir una interrelación del desarrollo físico, intelectual y emocional y en nuestra práctica es ejercitada en piscina como recreación lúdica integral.

1.8.1. Desarrollo de la enseñanza aprendizaje

Las necesidades, intereses y demandas del entorno del niño son diferentes y múltiples y no todas ellas se pueden satisfacer en su integridad.

El niño con sus problemas, limitaciones y aptitudes, es el punto de partida para desarrollar sus posibles habilidades. Nosotros trataremos de incrementar e implementar nuevas conductas para su desenvolvimiento semi independiente en sus necesidades básicas, recolectando información a través de la observación lo que nos facilita analizar los progresos que obtienen al participar en la terapia.

II. SECCION PROPOSITIVA

2. OBJETIVOS

Mejorar la adaptación de los niños con Retardo Mental, al medio social, empleando la hidroterapia en piscina como terapia alternativa en el proceso educativo.

2.1. Objetivos específicos

Realizar actividades en el agua que faciliten: el *desarrollo motor, cognitivo y afectivo* de los niños con Retardo Mental, profundo, severo o moderado *para mejorar sus condiciones generales.*

- Realizar actividades en el agua en piscina para:
 - Que facilite el desarrollo psicomotriz y mejoren su coordinación motora.*
 - *Que facilite la comunicación y mejoren sus expresiones* propias con un lenguaje particular en cada caso.
 - Que favorezca el desarrollo afectivo y logren seguridad emocional.*
 - *Que permita a los niños adaptación social* acorde con las exigencias de su medio.

2.2. METODOLOGIA

Frente a la problemática que nos ocupa y por el grupo heterogéneo con el que se trabaja, donde cada niño deficiente es único con necesidades y limitaciones propias se decide, trabajar y llegar a cada uno de ellos utilizando el *MÉTODO CONSTRUCTIVISTA*, cuya teoría es la base fundamental de la propuesta.

Hacemos notar que se hará hincapié en las características básicas de la descripción, es decir: La *recolección de información y análisis de datos en cada caso*, especialmente la *observación simple y participativa* de la terapeuta en forma *presente y retrospectiva*, con lo que se pretende lograr mayor empatía y calidez en la propuesta a desarrollar.

2.2.1. Concepto fundamental de la perspectiva constructivista en aplicación al método de la propuesta

La teoría constructivista aplicada a la Educación Especial implica la adopción de procedimientos educacionales que se apoyan en fundamentos científicos, teniendo como principales referencias, la Teoría del Aprendizaje y de la Construcción del Conocimiento de Jean Piaget quien mira el desarrollo de la inteligencia y del conocimiento como un medio para conseguir una mejor adaptación de las personas con deficiencias al ambiente social. (Da Costa, Neves Ferrira, Izabel (10)

Este abordaje se opone a los modelos de la educación especial tradicionales que se basaron en las teorías psicológicas de comportamiento, que conciben el aprender como un entrenamiento en habilidades o un fortalecimiento de la información de manera condicionada.

De acuerdo con la teoría piagetiana, enseñar y aprender constituyen dos procesos diferentes, pues lo enseñado no corresponde necesariamente a lo aprendido, esto quiere decir que se puede estar enseñando una cosa y el alumno puede estar aprendiendo otra, en cuanto que el centro del proceso del desarrollo cognitivo es la transformación, o sea, lo que Piaget llamó la asimilación — acomodación y se produce cuando existe una interacción perceptiva.

Siendo así, que lo que se enseña es aprendido en cuanto es transformado por el alumno. Lo que se aprende a partir de una enseñanza depende de la posibilidad que tiene el contenido de ser procesado, siendo que este procesamiento, a su vez, depende de las estructuras cognoscitivas que el sujeto posee.

Esta manera de concebir el aprendizaje es muy diferente del abordaje conductista que ve la enseñanza - aprendizaje como un proceso único.

Una breve revisión de la historia de la educación especial puede mostrar la evolución de los procedimientos educacionales de acuerdo con los respectivos cambios de sus bases teóricas, lo que puede ayudar a la comprensión del perjuicio hecho hasta cuando se llega al constructivismo actual.

La cuestión de como alcanzamos la verdad o el modo en que llegamos al conocimiento, tiene preocupado a los estudiosos desde la antigüedad. Para responder a esa pregunta, se desarrollaron dos corrientes principales: La Empirista y la Racionalista.

En la corriente Empirista, se afirmaba que el conocimiento viene primero de una información sensorial transmitida del exterior del individuo hacia su interior, a través de los sentidos; el conocimiento viene de afuera por medio de la información que proporcionan otras personas.

Este enfoque concibió a la inteligencia como una hoja en blanco donde se irían a escribir los conocimientos y las experiencias. Esta es hoy, a pesar de las críticas que sufre, la base teórica usada por la mayoría de los profesores más tradicionales, llamada "Teoría de la Tabla Rasa".

Los Racionalistas refutaban la información sensorial como fuente para llegar a la verdad, ellos aceptaban a la razón pura como el mejor medio para acercarse a la verdad.

Esos estudiosos defendían la teoría de que la formación de los conocimientos era competencia de la inteligencia, estando esta algo distanciada del cuerpo, pues resaltaba el hecho de que nuestros sentidos nos engañan de varias maneras a través de las ilusiones perceptivas, no pudiéndose por tanto confiar en la información sensorial.

La inteligencia sería innata y la verdad estaría preformada dentro de ella como potencia para transformarse en acto.

La posición de Piaget es una síntesis de Empirismo y Racionalismo, que acredita la construcción del conocimiento como resultado de las interacciones entre la experiencia sensorial y la razón, indisociable una de otra.

Adoptar la teoría constructivista en la Educación Especial hace necesario comprender no sólo el concepto de aprendizaje de modo bastante diferente a lo que se acepta comúnmente en el área de los excepcionales, sino que también se imponen cambios en la concepción de educación, de sus objetivos, de la dinámica pedagógica, de la postura del profesor y de la relación maestro alumno, por esa razón ha sido adoptada como base metodológica para nuestro trabajo.

Al comienzo del trabajo educativo con los niños excepcionales se fueron comprobando las diferencias en el aprender y como solución para mejorar el aprendizaje de estos alumnos se enfatizó el entrenamiento en la percepción. Entonces se pensaba que mejorando la percepción se garantizaba la inteligencia, en consecuencia se crearon innumerables programas de entrenamiento perceptivo que concebían la percepción funcionando como una máquina fotográfica que fijaba de inmediato la imagen que percibía, concepción ésta que ha sido desmentida por los estudios actuales.

Posteriormente, el movimiento, fue considerado el factor primordial para el funcionamiento de la inteligencia, llegándose muchas veces a responsabilizar casi exclusivamente a la acción motora por la organización del pensamiento. De ahí el impulso dado a los programas de psicomotricidad.

Con el psicoanálisis de Freud y sus seguidores, se descubre que las motivaciones son determinadas en la esfera de lo inconsciente y en consecuencia de lo descubierto en el ámbito afectivo, se reivindicó la importancia de los aspectos emocionales en el aprendizaje.

Esta relación entre el aprendizaje y los factores emocionales, fue más evidente en las situaciones de no haber aprendizaje, o sea, que si el alumno no aprendía se debía buscar la explicación en los factores afectivos, siendo indicada como causa del problema: la madre indulgente o autoritaria, el padre agresivo, un desajuste familiar o cualquier otro motivo.

Este énfasis en el desarrollo afectivo emocional en la Educación Especial puede ser verificado en la afirmación comúnmente escuchada de que para que el niño deficiente aprenda basta el amor.

Cada uno de los factores destacados antes, son importantes para la construcción del conocimiento, pero no se puede admitir separadamente. (23)

Para Vigotsky: los conocimientos se construyen en un proceso de interacción social (adulto -niño, niño - niño), luego ese proceso se interioriza gracias a la mediación semiótica del lenguaje y para él, el aprendizaje es básicamente un evento social.

Hoy la perspectiva constructivista considera la interacción de todo ello, en una visión holística, integral para explicar el aprendizaje.

2.2.2. Aplicación del Método.

Por todo lo dicho anteriormente, hemos considerado que la mejor forma de atender las necesidades de los niños con retardo de cualquier nivel y estado, es tratándolos con el enfoque constructivista, vale decir, haciendo con ellos su terapia personal, como si se tratara de confeccionar un traje a su medida.

Procedimiento:

Se realiza la actividad diseñada siguiendo el procedimiento metodológico de terapia en agua, con base en el Constructivismo y para su relato, el descriptivo compuesto de de tres fases:

1 a.Fase:

Establecimiento de Raport efectivo, mediante acercamientos preliminares a cada una de las personas elegidas (en aula) para identificar a los sujetos de estudio, como muestra representativa. Reconocimiento del espacio de trabajo, diferenciación entre aula y piscina.

2a.Fase:

Aplicación del Programa elaborado en aula, centrado en los hábitos de la vida diaria, aplicado a los participantes sistemáticamente en piscina.

3 a.Fase:

Control, supervisión y evaluación en ambos ambientes.

La oportunidad de la actividad en piscina, permite a los niños, tener otras experiencias como las de establecer relaciones interpersonales distintas a las que están habituados, por las que cada niño se apodera de nuevos conocimientos, de acuerdo a su percepción, todo eso, se hace bajo la supervisión de la terapeuta, que facilita la forma de establecer el proceso de enseñanza; aprendizaje el cual se va dando de forma natural y espontánea.

2.3. SISTEMATIZACION DE LA REALIZACION DE ACTIVIDADES EN PISCINA

Niños del IDAI, son los sujetos actores de la presente investigación. Con esto queremos remarcar que no asumimos la distancia existente entre sujeto objeto de investigación ya que esto nos permite ver los procesos y fenómenos estudiados desde adentro y con un enfoque humanista, es decir, asumir una posición no positivista, la misma postura que el conocimiento, para lograr objetividad debe diferenciar radicalmente el objeto de estudio del sujeto cognoscente.

Nosotros asumiremos una posición hermenéutica que acepta la perspectiva de que todo objeto se modifica el momento mismo que entra en contacto con el sujeto cognoscente.

Bajo este principio, se trata en este trabajo de dos sujetos que interactúan modificando tanto sus conductas como su conocimiento y aprendizaje.

Sólo partiendo desde este punto de vista se puede adoptar una posición humanista en la investigación psicosocial y en trabajos de enseñanza aprendizaje.

2.3.1. Antecedentes (de la fase de ejecución)

Si partimos de que el bebé ha vivido los primeros meses de su existencia en el útero materno, un medio acuoso que asegura el desarrollo fetal y le ofrece protección, podemos asumir que todo contacto con un medio similar será asociado con el estado de confort y protección para la vida futura del niño.

Podríamos utilizar como analogía al desarrollo de la vida en el útero materno a las circunstancias en las que el niño se encuentra sumergido en agua. En el agua el efecto de la gravedad es menor, el bebé y el niño no tienen percepción del peso de su propio cuerpo, lo que inevitablemente le recuerda su etapa de vida intrauterina. El baño le da la ocasión de revivir la seguridad que conoció en el claustro materno, además el efecto sedante del agua le permite relajar sus brazos, piernas y le otorga la limpieza corporal con el placer mismo del agua.

Además el contacto con el agua y el efecto antigravitacional permite a los niños y bebés una mayor movilidad por lo tanto facilita el desarrollo motor.

"La natación no sólo es un deporte sino también es un arte en el que participan un alto número de practicantes en el nivel mundial, siendo uno de los deportes más bellos y más completos permitiendo el movimiento de brazos y piernas y el control de la respiración."

Planelles, José María. Enciclopedia de los Deportes (16).

Asumiendo este postulado nosotros no hablaremos de la natación propiamente dicha como ejercicio deportivo sino hablaremos de los beneficios terapéuticos que el nadar, proporciona aunque no sea profesionalmente, produce ciertas sensaciones originadas y almacenadas en lo profundo de la memoria de cada individuo.

La Hidroterapia en piscina como una actividad lúdica, que se realiza con un grupo de niños con necesidades especiales, estimula la adquisición de nuevos conocimientos y comportamientos.

Valiéndonos de algunos medios auxiliares permitimos y facilitamos a los niños con necesidades especiales, que permanezcan dentro del agua sin correr riesgos que lamentar, es decir, nosotros utilizamos la hidroterapia no simplemente para desarrollar las capacidades motrices de los niños discapacitados, sino también como *una terapia integral* como "un todo" de acuerdo a necesidades y demandas individuales prestando atención a las condiciones personales, respetando las características particulares de cada uno y que son consideradas individualmente.

Si una de nuestras primeras metas es lograr una reminiscencia de la seguridad otorgada en el útero materno por el medio acuoso, lo primero que hacemos nosotros es asegurar que dichos niños estén auxiliados con todos los instrumentos y personas necesarias para que les puedan otorgar la necesaria seguridad y luego autosuficiencia.

2.3.2. Ejecución

Esta terapia, permite a los niños con deficiencias o Retardo Mental, concretar vivencialmente la satisfacción de una actividad novedosa bastante compleja, y adquirir experiencias nuevas, que parten desde la idea de participar en la diversión, el ingreso al agua, el contacto con ese elemento, la interrelación con el grupo de niños y adultos, hasta la salida para el retorno al IDAI.

Para seguridad de los niños, tomamos en cuenta las debidas precauciones para prevenir accidentes, traumas o problemas psicológicos que pueden sucederles a los participantes, como temor o rechazo a la actividad o simplemente al agua de forma reactiva. Por ello ingresamos a la piscina secuencialmente, la terapeuta, los niños de uno en uno y conjuntamente las personas de apoyo, como ser los padres, hermanos, acompañantes y/o voluntarios.

A cada niño se le da un tiempo prudente para que se familiarice y se adapte a la actividad realizando un apoyo personalizado e individual, además consideramos que la temperatura del agua no sea diferente a la usual, para evitar reacciones adversas las cuales pueden ser manifestadas a través de gritos de júbilo o de protesta.

En una primera instancia la actividad es personalizada, la terapeuta se acerca al niño y lo prepara paulatinamente para el ingreso a la piscina, realizando con él una interacción "cuerpo a cuerpo, piel a piel", dándole seguridad y confianza, es decir un apoyo afectivo y efectivo, una vez que está familiarizado con el ambiente y el agua, se lo relaciona con el salvavidas para su independencia supervisada dentro del agua y para que desarrolle su desplazamiento y aprendizaje, básicamente de "conductas básicas".

El ambiente, la influencia social y el contacto (piel a piel) que los niños perciben durante esta actividad son elementos que los estimulan, despertando, favoreciendo y facilitando un desarrollo integral de funciones básicas: motoras, cognitivas y afectivas.

La motivación y afectividad existente en esta actividad permite al niño sentirse seguro, aceptado y fortalecido en su "autoestima".

La aceptación de esta actividad es manifestada a través de sus emociones expresada mediante gestos, sonidos, gritos, con un lenguaje incipiente propio de cada uno, ya sea oral o mímico. La realización segura de esta actividad les permite hacer diferentes ejercicios físicos, como flotar con ayuda asistida o mecánica (salvavidas).

Con la modalidad asistida, ellos se desplazan con independencia supervizada. Al ingresar y estar en la piscina dentro del agua, sienten diferentes sensaciones quinestésicas, al pararse y caminar perciben la oposición y resistencia del agua, la motivación que se les da, amplía sus actividades aumentando movimientos, de brazos y piernas y van respondiendo a las órdenes que se les imparte de acuerdo a la necesidad con lo cual amplían su aprendizaje y el conocimiento de su propio cuerpo "*esquema corporal*"

De la misma forma, facilita y estimula su psicomotricidad, desarrolla su motricidad fina y gruesa, al tratar de obtener el dominio del equilibrio y desplazamiento y al tratar de coger algunos objetos propios de la actividad en agua, se permite una mejoría progresiva en el área motora.

Los niños en estas actividades propuestas y descritas, se educan a través del movimiento; nosotros pensamos que al darles la posibilidad de gozar de los beneficios de la práctica en el agua, motivamos, facilitamos y estimulamos dichos movimientos, los que realizan con cierta libertad, de forma natural y espontáneamente el niño ejecuta la práctica de acuerdo a sus posibilidades, habilidades y limitaciones, explorando objetivamente el medio, y adquiere su propia experiencia de forma individual, estando ella sujeta a su percepción, aprehensión y reacción.

Además, permite educarlos y reeducar a aquellos que tienen psicomotricidad disminuida, corrigiendo algunas actitudes posturales, de locomoción y de conducta.

Cuando están sin salvavidas, se les facilita movimientos y flotación sosteniéndolos por la cintura o por la cabeza principalmente, realizando otras maniobras para que puedan flotar de espaldas y puedan relajarse para posteriormente lograr que pataleen, muevan las piernas y pies, lo que les posibilita actividades quinéticas.

El juego en y con el agua, posibilita experiencias afectivas, de socialización, recreativas, de experiencia individual, permite que construyan su conocimiento acorde a sus posibilidades y limitaciones.

Los instrumentos que existen dentro de la infraestructura de la piscina, permiten realizar otros ejercicios que facilitan la terapia y sobre todo lograr nuestros objetivos específicos.

En esta actividad también fueron aceptados, niños que asisten a otras terapias y niveles, con otro tipo de requerimientos específicos, aquellos que reciben tratamientos de fonoaudiología, pedagogía y fisioterapia para reforzar sus terapias individuales, obteniendo con ellos logros satisfactorios, cada uno de esos niños realizan actividades de forma individualizada con personal de apoyo o padres de familia.

En esta experiencia durante un lapso, se contó con una instructora de natación con el mismo problema, es decir con discapacidad mental moderada a leve, la cual, fue facilitadora y al mismo tiempo un apoyo técnico para niños que podían desarrollar un poco más.

La motivación que se da a través del juego en distintas situaciones como ser: el golpear la superficie del agua con las manos y los pies, salpicar, jugar con pelotas u otros objetos que floten; sumergirse dentro del agua y saltar, permite que elaboren sus propias experiencias.

Esta actividad comienza ya en el instituto, donde se los motiva y predispone para ir hacia la piscina, allí se les muestra objetivamente y se nomina cada una de las prendas que utilizamos en la actividad y se las pone dentro de los bolsones a las mismas que posteriormente las irán identificando y reconociendo. A través del desarrollo de la práctica y como respuesta; los niños manifestaran su aceptación o rechazo a través de su propio lenguaje.



El ejercicio, permite también conocer y realizar otras actividades como el de desplazarse por las calles, el de percibir un sin fin de estímulos del entorno tanto visuales como auditivos, de orientación y de memoria al recorrer y reconocer la trayectoria.

Los estímulos que reciben permanentemente, se dan de acuerdo a la realización de la trayectoria en diferentes lapsos, lugares y situaciones como el de subir a las movilidades públicas, recibir otro tipo de estímulos y tener otras experiencias como ser el de equilibrarse, agarrarse, caminar dentro de la movilidad en movimiento, compartir el asiento y otras propias del entorno.

Esta fase de la actividad amplía la posibilidad de un aprendizaje, a través de la experiencia vivencial en la que ellos actúan, participan y disfrutan.

Los niños que participan de esta experiencia ya han adquirido control de esfínteres o han establecido un horario, para lo cual se realiza en la escuela un programa para establecer control de esfínteres, esta actividad favorece también la sistematización de hábitos permitiendo fortalecer el AVD, así mismo permite a los participantes discriminar espacios para realizar sus necesidades como ser el de miccionar, para lo cual ellos piden que se los lleve al baño a través de su propio lenguaje (hablado, por gritos o gestos).

También observamos a los niños participantes, cómo demuestran lo que aprenden al tratar de responder a las indicaciones que se les imparte para efectuar esta práctica, de la misma manera la euforia, el bullicio, la alegría, el entusiasmo que allí reina los motiva para que realicen la actividad, en la que estamos inmersos.

Relato de la experiencia

Corno aprendí a relacionarme.

La psicología tiene un papel importante que desempeñar al tratar de comprender las conductas, acciones y reacciones del individuo en general, en nuestro caso, la aplicamos para tratar de ayudar a paliar las dificultades de los niños.

La observación posibilitó la búsqueda de un acercamiento, una aceptación y relación óptima con los niños, facilitando la enseñanza - aprendizaje que se fue motivando a través de la estimulación a partir de las posibilidades y limitaciones de cada niño buscando posibles habilidades en cada uno para poder desarrollarlas y fortalecerlas en el marco de las posibilidades, para ello surgió la necesidad de brindarles un medio en el cual se podría facilitar una actividad integral y la compensación espontánea de sus limitaciones.

La idea surgió a través del juego, donde al observar a cada uno de los niños el entusiasmo y la satisfacción que demostraban al recrearse con la actividad que realizábamos en el patio, cuando en un recipiente con agua, poníamos a navegar barquitos elaborados de papel y al ver como cada uno de los niños se esforzaba para acercarse al bañador con agua y poder mojarse las manos o tratar de zambullirse o simplemente observar todo eso, fue lo que nos motivó para iniciar e incluir en el programa del nivel, el asistir a una piscina.

Al principio hubo desbordes conductuales, no hubo respuestas ni seguimiento de las instrucciones que se les impartía, podríamos afirmar que reinó el desorden y el anarquismo en el que estuvimos inmersos todo los del nivel, aun con la diferencia de sus comportamientos inusuales evitando resaltarlos considerando sus limitaciones, ello nos permitió un acercamiento y una mejor relación, estableciéndose empatía con los niños.

Una vez que se decidió por esa actividad se comunicó a la Dirección del Instituto que aceptó la ejecución de la misma, se realizaron los trámites correspondientes para que pudiéramos asistir a la piscina estatal de Obrajes. Se abrió la posibilidad de una experiencia nueva para todos incluyéndome, el participar en esa actividad conjuntamente con los niños proporcionaría seguridad, confianza y facilitaría su aprendizaje al motivarlos, estimularlos permanentemente, para, que logren el desarrollo integral de sus funciones y conductas básicas: atención, imitación, discriminación y seguimiento de instrucciones, todo ello sería de forma natural y de acuerdo a las circunstancias, necesidades o demandas que se irían dando al impartirles órdenes, de igual manera se estimularon las otras áreas como: motora, cognoscitiva, y afectiva.

Una vez en el recinto nos dirigimos a los vestidores.

Los niños al esforzarse durante esa práctica, compensaban espontáneamente sus limitaciones de forma natural. Una vez en el recinto nos dirigíamos a los vestidores donde procedíamos a cambiarnos, casi siempre con apoyo de una o más personas como ser, madres, hermanas, voluntarias, ayudantes o acompañantes para esa actividad, una vez cambiados íbamos hacia las duchas para nuestra higiene personal la cual estaba reglamentada por el establecimiento, actividad que les agradaba realizar a los niños sobre todo si el agua estaba caliente, el trabajo sistematizado durante esa actividad nos permitía enseñar el esquema corporal al nombrar partes del cuerpo, aunque de principio no ubicaban, pero al repetirla como rutina y sistemáticamente los niños iban descubriendo y respondiendo de acuerdo a sus posibilidades y sobre todo a su comprensión.

Luego nos dirigíamos a la piscina e ingresábamos a la misma, donde la terapeuta o alguna otra persona ingresaba al agua primero para ir recibiendo los niños uno por uno, algunos niños ingresaban sin salvavidas y otros con salvavidas, la presencia de la terapeuta como apoyo en una primera etapa fue necesaria posteriormente los niños iban adquiriendo confianza y no presentaban resistencia para ingresar al agua aunque la terapeuta no ingresara a la misma.

Los niños tienen que estar atentos para no tragar agua, escuchar y obedecer las ordenes impartidas para su cuidado personal o simplemente para esperar su turno para que se los pueda atender, de la misma forma la imitación se va desarrollando de forma natural al existir en el ambiente otros participantes que les llaman la atención por las actitudes, las actividades, como los ejercicios que realizan, gritos y otros propios del ambiente a los cuales ellos observan y tratan de imitar desde el ingreso al establecimiento y al agua, el movimiento de miembros superiores e inferiores, el tratar de flotar, gritos, risas, temor y otros. También los niños al ingresar a la piscina discriminan cuando la temperatura del agua es baja, transmitiendo esta sensación rechazando o aceptando esta actividad a través de gestos, sonidos, gritos, llanto, palabras o saliéndose de la piscina, no así cuando la

temperatura es adecuada, manifiestan satisfacción a través de gestos, risas, gritos, alegría, palabras, permaneciendo en la misma, realizando independientemente sus actividades.

Toda la actividad se la realizó en la parte baja de la piscina, donde ya contábamos con la delimitación establecida del espacio para nuestra actividad y el tiempo de permanencia, por el lapso de una hora dos veces por semana, determinado por la administración de la institución.

La actividad se empezó a realizar a finales de septiembre de 1994 con un grupo reducido como una primera experiencia, por la novedad y los resultados positivos que se fueron logrando con la experiencia, ello se hizo extensiva a los otros niveles, participando en la misma, niños tanto externos como internos de la escuela del IDAI en los siguientes años hasta 1997.

La terapia se suspendió por causas ajenas a nosotros el año 1998 al no contar con la colaboración del administrador de la piscina, pues nos negó la autorización para hacer uso de la misma, por ese motivo tuvimos que realizar la práctica de hidroterapia en el IDAI en una piscina de inflar y también en un recipiente (bañador) grande, donde los niños recordaron la actividad comenzando a desvestirse sin ayuda para ingresar al agua y mojarse permaneciendo parados o sentados y jugando con el agua en la que se ponía implementos que flotaban dentro del agua o con recipientes para ir mojándose e ir mojando a otros.

Durante el año 1998, ingresaron otros niños a la escuela y al nivel elemental, los mismos que reaccionaron de forma positiva al observar a sus compañeros en esa actividad, en la cual ellos también participaron mojándose las manos en un principio y luego chapaleando en el agua.

Durante el año 1999 reiniciamos la actividad en piscina al haber obtenido la aceptación de que podríamos usar las instalaciones nuevamente, aunque ahora con la concurrencia de

niños de todos los niveles. La actividad durante ese año se facilitó por la experiencia adquirida hasta entonces, facilitando a los niños nuevos que fueron ingresando para que no opongan resistencia, más al contrario llegaron a introducir en su esquema como algo natural. La responsabilidad que implica esta actividad hace que el seguimiento que se realiza sea estricto e individual dando con ello confianza a los niños los cuales pueden recrearse y aprender sin temor.

El proceso de enseñanza, aprendizaje se realizó a través de la práctica cotidiana, es decir hacer jugando (trabajando), lo que permite a los niños una vivencia al darles la oportunidad de nuevas experiencias que se realizaron a través de modelo, estimulándolos para desarrollar sus sentidos a través de la percepción y alcanzar niveles de aprendizaje acorde a sus capacidades.

Los aspectos fundamentales del conocimiento que facilitan el aprendizaje, en la propuesta de esta investigación, en la que al haber ya establecido un grado de comprensión, se van ampliando hacia el aprendizaje selectivo, el cual es facilitado en todas las actividades, en las que se incorporan también, el aprendizaje de las conductas básicas y del desarrollo integral de las funciones básicas.

La tolerancia, que imprescindiblemente tiene que desarrollarse en el niño en esta actividad propuesta, se establece, al marcarle límites, frente a conductas inadecuadas que pueden causarle frustración o daño, pero los mismos, son importantes para la discriminación de conductas adecuadas e inadecuadas, para asentar su comprensión, tolerancia y consideración para con sus compañeros. La trasmisión de normas hace que el niño logre tener un comportamiento socializado.

En la problemática que nos ocupa, hemos observado que están inmersas personas que no pueden realizar actividades rutinarias, cotidianas, que tienen dificultad de aprendizaje, que no hablan, que no se mueven, que no tienen una buena visión o que su comportamiento, no es como los de la mayoría de su edad, es decir de sus pares, manifestando en algunos casos

insensibilidad táctil o con ataques o crisis epilépticas, estas personas se ven limitadas por una o múltiples de estas discapacidades para realizar actividades propias de su edad y de las exigencias del entorno.

En nuestra comunidad, también nos encontramos con personas que presentan algunas o múltiples discapacidades, por lo que requieren apoyo para que puedan realizar su propia atención personal, caminar, comunicarse y otras, para ello, es preciso proporcionarles una enseñanza, dándoles la oportunidad para desarrollar actividades propias como ser: jugar, cuidar de sí mismos, comer, beber, asearse, usar el retrete, vestirse y desvestirse, desplazarse en su habitat, comunicarse, poder participar de actividades familiares y otras tantas que se dan en la comunidad.

El aprendizaje que se realizó fue la adquisición de un hábito preciso, mediante modelo y la repetición de un mismo gesto tendiente a la realización exacta de una tarea determinada, para sus necesidades, existiendo una dinámica entre la terapeuta y el niño en ese caso. El aprendizaje de los niños no siempre fue uniforme ya que unos aprenden más aprisa que otros, y es posible que otros precisen más tiempo para aprender.

La relación afectiva fue determinante en ese proceso, las *actitudes* y el trato que recibieron durante todo ese tiempo, permitió un mejor conocimiento, haciéndose la relación confiable, los niños no necesitaron compasión, sino amor y aceptación tal y como eran y fue a través de la interacción que se estableció un rapport, lo que les permitió percibir si eran aceptados y queridos, permitiendo establecer una empatía entre la terapeuta y los niños, reconociendo los sentimientos hacia sí por la manera en que se los agarraba, levantándolos y dejándolos.

Se ayudó a que los niños aprendan a formar una imagen adecuada de sí mismos, conduciéndolos a tener mayor independencia, proporcionándoles formas de discriminar las necesidades de su propio cuerpo, de igual manera que no deben verse como receptores de atención, sino que ante el deseo de realizar sus necesidades corporales, ellos puedan

hacerlas bajo una supervisión presencial o a distancia, permitiéndoles relativa independencia en esas áreas, de esa manera podrían lograr una adecuada imagen de sí mismos.

Para lograr que adquirieran esa relativa independencia, se realizaron distintas actividades en el ámbito escolar, con los niños que asistieron al nivel (Elemental), elaborando un programa general, para instaurar la adquisición de hábitos, para aprender patrones de conducta socialmente aceptables como ser: Los hábitos de la vida diaria AVD (control de esfínteres, alimentación, higiene personal), mediante la sistematización, con ello lograrían tener independencia, al reconocer los ambientes y lugares adecuados donde se realizarían esas actividades, el apoyo de la familia y/o de las personas encargadas para fortalecer esas actividades, fueron necesarios para que la instauración de esos hábitos sea positiva.

De igual manera se les dio la oportunidad de tener nuevas experiencias a través de juegos y otras actividades, al igual que tienen otros niños cuando crecen y aprenden, aunque esas experiencias significaban que podrían caerse, levantarse y algunas veces lastimarse, al hacerles conocer otros ambientes se les daba la oportunidad de interactuar con el medio, de esa manera se fueron implementando programas de la escuela en ambientes cerrados y abiertos para que vayan desarrollando y descubriendo por sí mismos otras experiencias que les permitan tener nuevas percepciones y sensaciones a través de la hidroterapia, actividad que se la realizó en piscina, la misma que está ubicada en la zona sud, en Obrajes; para llegar a la misma debían desplazarse hasta allí, recibiendo un bombardeo de estímulos a través del juego, la narración, explicación del panorama o simplemente la nominación de los objetos que se fueron dando de forma natural al ser realizadas sistemáticamente estimulando distintas áreas, la terapeuta iba narrando el panorama, explicando las cosas que se hallaban al paso, apurando el paso, lo que possibilitaba a los niños desarrollar a través de esa serie de actividades, sus conductas básicas, su motricidad, comunicación, afectividad y su socialización, ayudándoles a lo mismo a través de estímulos afectivos originando el interés por esas actividades. La estimulación que los niños recibieron fue tanto física, cognoscitiva como emocional.

La relación con el niño con deficiencia, debe tratar de ser similar a la que se tiene con otros niños, no necesita compasión, ni sobreprotección exagerada pero, eso no quiere decir que no necesita supervisión, seguimiento estrecho y afectivo por parte de la terapeuta, proporcionándole confianza y seguridad en las actividades que se realizan.

La orientación que se les iba dando estaba acorde con sus necesidades de socialización, mejoramiento de su psicomotricidad, afectividad, conductas básicas, comunicación y sobre todo para desarrollar su comprensión, siempre buscando formas de facilitar y motivar al grupo haciendo interesante todo lo nuevo que se iría a conocer.

Actualmente se prosigue con esa actividad en la cual se van integrando más niños, siendo la asistencia de una población mayor.

Esta práctica permitió nuevas experiencias como la que se dio en el año 1996 cuando se introdujo en las olimpiadas especiales la disciplina de natación por primera vez en ciudad de La Paz, donde los niños profundos, severos, moderados y leves participaron de la misma manifestando, entusiasmo, júbilo con gritos de alegría y nerviosismo, cada niño participante deseaba demostrar sus habilidades a través de su actividad, esforzándose, así, obtuvieron varias medallas de acuerdo a su categoría.

De la totalidad del grupo de nuestros niños sujetos de estudio participaron dos niñas en esa competencia, caso 1 y caso 2, ambas con retraso en el desarrollo en diferentes niveles severo y profundo, ambas en sus categorías, al ser la primera vez que se realizaba esa actividad sólo se circunscribió al desplazamiento de las mismas y de acuerdo a la llegada se las premiaba, toda esa actividad fue asistida y personalizada de acuerdo a los requerimientos de cada niño o niña.

Durante 1999 también participaron en las olimpiadas departamentales, los que fueron seleccionados para ese evento, de nuestro motivo de estudio, la niña del caso 2 volvió a

representarnos en su rango con resultados satisfactorios, es decir la niña se esforzó para realizar esa competencia demostrando comprensión, sobre todo de las instrucciones que se le fueron dando, lógicamente esa competencia también fue asistida.

2.4 DESCRIPCION DE LOS CASOS DE NIÑOS CON RETARDO MENTAL EN LA PRACTICA ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Caso 1.- Septiembre 94 al 97

Datos recabados de historia clínica

Externa con familia

Fecha de nacimiento 08/08/82

Diagnósticos..

Encefalopatía crónica infantil no progresiva

Retardo Mental Severo

Estrabismo ojo izquierdo

Cardiopatía congénita comunicación A-P

Discapacidad de aprendizaje secundaria

Signos y síntomas:

Movimientos torpes, incoordinados, normotonía.

Marcha lenta y con moderado aumento en la base de sustentación, tambaleante y con la cabeza agachada. Desequilibrio al encontrarse en superficies irregulares.

Equilibrio estático y dinámico deficientes

Presencia de nistagmus, estrabismo convergente más del ojo izquierdo

Tono postura global: hipertono

Marcha en segador lado derecho

Pie plano bilateral

Retraso psicomotor severo

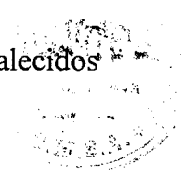
Poca tolerancia a la frustración

Repertorios básicos: instaurados Repertorios adaptativos: deben ser fortalecidos

Sobreprotección

Tímida

Responde con torpeza o agresión



Descripción:

La niña ingresa a la escuela especial a finales de agosto de 1993 contando con la edad cronológica de 11 años con los diagnósticos arriba detallados y su requerimiento o demanda: Socialización y el desarrollo de su comunicación.

La niña ingresó a la escuela especial del IDAI en agosto de 1993 con las siguientes características:

Sensibilidad exacerbada, introvertida, intolerante al alboroto prefiriendo aislarse, rechazaba la actividad de grupo, inseguridad sobre todo en su desplazamiento por padecer de una visión limitada, manifestaba reacciones agresivas (empujar a las personas) como respuesta de aceptación o rechazo (alegría o disgusto), su postura tanto al caminar como al estar sentada no eran adecuadas disminuyendo su auto estima, su accionar en las diferentes actividades que se realizaban en el aula y fuera del aula eran bastante lentas, carencia de lenguaje, con comunicación gestual disminuida, comprensión también reducida, tenía establecido control de esfínteres, realizaba su higiene personal asistida y con cierta inseguridad en el lavado de las manos y podía alimentarse con algunos pequeños accidentes. Manifestaba ansiedad, sobre todo ante nuevas situaciones, le transpiraban las manos al igual que manifestaba un tic (alisarse el cabello o tocarse la cabeza).

A partir de finales de septiembre de 1994, iniciamos la actividad en piscina.

Fue la primera niña que ingresó y que participó del programa de hidroterapia en piscina que se estableció para el nivel, al haber recabado información por parte de la mamá que comunicó que ya en una oportunidad, ella había ingresado a la piscina manifestando

aceptación y agrado por la experiencia, basándonos en ese dato, ingresamos a la piscina, (la niña y la terapeuta) obteniendo una respuesta favorable con manifestaciones de júbilo, lo que favoreció al pequeño grupo que asistió en esa oportunidad, el cual permanecía como espectador fuera del agua.

Todo ese proceso se fue realizando paulatinamente y de forma gradual para permitir a los niños su adaptación al espacio en el que realizaríamos la actividad.

Primero, para conocer el sitio visitamos la infraestructura. Luego en una otra visita realizamos un reconocimiento exhaustivo del espacio lo que permitió que recién pudiéramos realizar la actividad, siguiendo las normas establecidas por la administración de la piscina, exigidas a todos los asistentes.

Al ingresar al lugar la niña, demostró cierta alegría, inhibición y temor por el bullicio que existía en el ambiente, se le proporcionó apoyo afectivo para darle seguridad, la permanencia en esa ocasión fue corta para evitar reacciones de rechazo, durante el retomo hacia la institución, manifestaba alegría cuando se le iba repitiendo la palabra "agua" y "piscina" por lo que al realizar una segunda visita a la piscina pudimos permanecer mayor tiempo de estadía, en la cual inspeccionamos toda la infraestructura externa e interna donde se le fue mostrando, describiendo y explicando de forma verbal y mímica, de acuerdo a su comprensión, la niña fue manifestando aceptación al demostrar alegría conforme íbamos recorriendo el recinto.

Esas visitas a la piscina fueron preparatorias para realizar la actividad en sí, por lo que se trató de estimular a la niña explorando el lugar y permitiéndole que observe, palpe, conozca ese espacio concreto.

Fue en la tercera visita que ingresamos al agua, permaneciendo en la misma por el lapso de media hora. Al ingresar a los ambientes de la piscina, primero fuimos a los vestidores, permitiéndole que tome su tiempo para que vaya adaptándose al espacio y posteriormente

a proceder con la actividad que se convertiría en una rutina. Con timidez ella se acercó al lugar de las bancas y se sentó en una de ellas, esperamos un tiempo para que se familiarice con el espacio y el ambiente propio reinante en ese lugar, luego ella permitió que se la vaya desvistiendo, todo ese proceso se lo realizó conjuntamente con la mamá, lo que permitió a la terapeuta que también pudiera cambiarse y al mismo tiempo pueda ir describiendo y relatando toda la actividad que se estaba realizando, a través del lenguaje oral y con las actitudes propias que íbamos ejecutando en ese momento. Luego fuimos hacia las duchas para realizar conjuntamente esa otra actividad, en un primer momento, la reacción de la niña fue de asombro y curiosidad, al ver como ingresaba primero a la ducha y luego ser invitada para que ingresara, así realizamos las dos esa actividad, ella, manifestó alegría e interrogación a través de su actitud, observamos como el lenguaje gestual se iba desarrollando y era bastante expresivo, sentimos su emoción, su curiosidad y gozo al sentir caer el agua tibia por su rostro y cuerpo y que podía jugar con la misma, salpicando a los del entorno, una vez concluida esa actividad nos dirigimos hacia la piscina para ingresar a la misma.

El realizar toda esa actividad conjuntamente le daba seguridad y motivación lo que a su vez le permitía ir construyendo su conocimiento de acuerdo a su aprehensión. Observamos también como le agradaba que se le vaya nominando las partes del cuerpo al irnos mojando.

Como respuesta obtuvimos manifestaciones de alegría como: gritos acompañados de risas y aplausos de satisfacción, luego nos dirigimos hacia el interior de la piscina e ingresamos al agua, primero la terapeuta para poderla recibir y luego ella. No bajó por las gradas por la dificultad visual y su inseguridad motora, por lo que la alzaron y la pasaron hacia la terapeuta. Al contacto con el agua, desbordó de alegría con manifestaciones guturales, batiendo palmas y salpicando el agua con las manos, su alegría era grande, nos desplazamos ambas por el agua, agarradas de las manos, luego se la tomó de la cintura por la espalda para luego estar frente a frente siempre agarradas de las manos, después se la fue

dejando sola y frente a ella a una distancia prudente se le extendían las manos para que las cogiera, de esa manera se la fue motivando para que comenzara a caminar sola por el agua.

El desarrollo de esa actividad fue a través de ordenes simples.

Para salir de la piscina se la tuvo que ayudar, se la alzó hacia afuera donde estaba la mamá esperando para recibirla, luego, nos dirigimos hacia las duchas y nuevamente nos duchamos, como esa actividad ya no era desconocida para ella, la realizó con mayor seguridad. Aquí ampliamos nuestra actividad, introduciendo un nuevo elemento, el jabón, empezando a enjabonarme, nominando las partes del cuerpo, motivándola a que ella también se enjabone y vaya conociendo o reconociendo las partes de su cuerpo, luego nos enjuagamos y salimos de las duchas cubriéndonos con las toallas fuimos hacia los vestidores y nos secamos con las mismas, para luego vestirnos. La niña fue asistida todo el tiempo por la terapeuta y su mamá.

La interacción que se desarrolló durante toda esa sesión, permitió introducir distintos elementos propios para la actividad, los cuales se fueron nominando secuencialmente en forma verbal y objetiva, permitiendo a la niña, ir conociendo de forma sistematizada los objetos que utilizamos para esa actividad y también para que pueda asimilar las conductas básicas e ir desarrollando de forma integral las funciones básicas, observamos que se iban cumpliendo nuestros objetivos planteados de enseñanza, aprendizaje.

La cuarta vez que fuimos a la piscina, no contamos con la presencia de la mamá, pero sí estaban presentes otras personas que traían a otros niños. Al haber establecido ya la secuencia de la actividad, se hizo de forma más rápida y con mayor precisión, ingresamos al agua, permaneciendo más tiempo y ampliando la permanencia, no sólo nos desplazamos por el agua, sino que en esa oportunidad se la sostuvo del vientre permitiéndole flotar, esa nueva experiencia la emocionó tanto, que desbordó de alegría, llegando a las lágrimas, risas y gritos, posteriormente la fuimos estimulando para que vaya moviendo los pies, los que movía con dificultad, en esa oportunidad, también se introdujo otro elemento en la

práctica, la tabla de auxilio, se le pidió que la sostuviera primero, luego se le instruyó para que la cogiera con las manos y la sujetara. Ambas instrucciones las realizó demostrando comprensión de las instrucciones que se le fueron dando. El uso de la tabla sirvió para mostrarle que podía desplazarse sola por el agua. Al ser el espacio delimitado y con ese nuevo recurso se le permitió desplazarse con mayor seguridad por el agua y con relativa independencia, bajo la supervisión de la terapeuta.

En la siguiente ocasión introdujimos otro elemento para esa actividad, el salvavidas y para que se familiarizara y utilizara ese nuevo elemento de forma adecuada, se le mostró como debía ponerse el mismo, le pedimos que levantara los brazos para que se deslizara el salvavidas por su cuerpo, una vez con el salvavidas y estando frente a frente le pedimos que se agarrara de las manos de la terapeuta, fuimos desplazándonos por el agua hasta que ella flotara, luego se la fue soltando poco a poco y ella sintió que estaba flotando, empezó a girar, a patear y a agitar las manos salpicando con agua al entorno, percibió que ese otro elemento le permitía un mejor desplazamiento independiente.

Notamos como ella podía desplazarse en el agua con una relativa independencia y como seguía las instrucciones a través de ordenes simples y compuestas, desarrollando su aprendizaje no sólo en la comprensión y comunicación sino en la motricidad tanto gruesa como fina.

Fuera de la piscina en el ambiente de la ducha y los vestidores procedíamos a desvestirnos y vestimos y de la misma forma sistematizamos esa actividad, la cual se la iba describiendo y además nominando secuencialmente todo lo que se realizaba, desde desvestirnos, duchamos, vestimos, peinamos, arreglarnos, reconocer y ordenar las prendas de cada uno y poner todo en el maletín, para luego dirigirnos hacia la salida. Toda esa secuencia permitió a la niña ir conociendo y reconociendo esa actividad que se fue convirtiendo en rutina. Cuando buscábamos o se preguntaba dónde estaba, o si alguien había visto alguna prenda de vestir u otro objeto, o si se preguntaba por alguien ella

señalaba, mostrándonos donde encontrar lo que buscábamos, esa actitud nos mostró la atención que prestaba ella durante toda la práctica.

De igual manera cuando nos arreglábamos el cabello ella también lo hacía con coquetería, vimos como iba aumentando su autoestima al tratar de arreglarse y estar bonita, demostrando su satisfacción a través de risas, gritos y aplausos sobre todo si se le decía ¡que bonita estas!.

El trabajo que se fue desarrollando fue individualizado al principio para permitir a los participantes una aceptación y adaptación favorable en esa actividad.

La siguiente vez, no sólo ingreso ella, sino también la segunda niña, siguiendo el mismo procedimiento, la práctica esa vez se realizó con las dos niñas.

Todo ese proceso, permitió sistematizar la terapia, siendo la niña la modelo del pequeño grupo que asistió a esa práctica, no todos ingresaron juntos, sino que fueron ingresando paulatinamente una por una, facilitando así la terapia propuesta.

Esas actividades se las repitió en los siguientes años hasta 1997, sin embargo, no se pudo efectuar el 1998, por no contar con la colaboración del administrador encargado de esa institución, por no tener tolerancia con la problemática habitual de los niños, del IDAI.

En Octubre de 1996 la niña participó de las primeras olimpiadas especiales realizadas en La Paz en la disciplina de natación. Realizando esa actividad con mucho entusiasmo, alegría y expresando sus emociones a través de gritos, batiendo palmas, salpicando el agua al entorno, manifestando en algún momento nerviosismo y deseos de llegar rápidamente a la meta. Previo a la competencia se la preparo para el evento, narrándole el desarrollo de esa actividad y como ella debía realizar la misma. Durante la competencia y al impartirle las instrucciones que se le iban dando y ella al seguir las mismas verificamos su comprensión con relación a la narración que se le dio.

La culminación de esa actividad fue al llegar a la meta con una sonrisa de satisfacción y la posterior premiación que recibió.

Toda esa actividad fue asistida.

La niña al desarrollar esa actividad, empezó a tener mayor seguridad, sobre todo en el desplazamiento en el agua, por ser el espacio circunscrito o limitado y conocido para ella.

Su comprensión y la forma de comunicación que era mímica, la fue implementando con la actividad, su campo de expresión se fue ampliando, adquiriendo también un lenguaje incipiente, al igual que su gesticulación; al extenderse el campo de acción se estableció una interacción con el medio en el que la niña ya era conocida, esa dinámica le permitió ampliar su socialización saliendo del retraimiento en el que estaba sumergida anteriormente.

Notoriamente se fue elevando su autoestima, que por los cambios propios de la edad estaba bastante baja.

Según reporte de la mamá, empezó a tener mayor seguridad en su desenvolvimiento en el hogar; comentó además, que en alguna ocasión tuvo que dejarla sola en la casa, por espacio de varias horas, en las que la niña se desenvolvió perfectamente bien, auto abasteciéndose en las necesidades de momento, como ser: ingresar al baño y realizar sus necesidades, de igual manera, también pudo servirse su alimentación (té, pan), y procurar sentirse cómoda, haciendo funcionar la televisión y la radio; la mamá comentó, que era un logro beneficioso para toda la familia, el que ella podía desenvolverse sola en algunas oportunidades.

Ese reporte nos permite apreciar el desarrollo de su aprendizaje relacionado a su comprensión e independencia personal, habiendo la mamá tomado las debidas precauciones preparando y limitando el espacio en el que se debería desenvolver,

previniendo posibles accidentes; como ser poner el agua en un recipiente adecuado y mostrarle como abrir el recipiente y donde podía encontrar cada cosa.

En la misma forma, manifestó su satisfacción al ver que la niña ya no se aislaba con tanta frecuencia y participaba de las reuniones familiares extensivas, pues ella participaba de las mismas con agrado, alegría y satisfacción y en algunas oportunidades también bailaba.

A partir del siguiente año 1998 ella asiste a un otro centro por convenir así a la familia.

Caso 2 finales 94 al 97 y 99

Datos recabados de historia clínica

Interna

Fecha de nacimiento 3/5/78

Diagnósticos:

Encefalopatía Crónica Infantil no Progresiva

Retardo Mental Profundo

Epilepsia generalizada tónico clónica.

Hiperquinecia

Signos y síntomas:

Ningún déficit motor, existe conducta hiperactiva

Lenguaje expresivo: limitado a sonidos guturales y balbuceo

Detiene acción a la orden de no

Sociable

Hiperfagia, con posterior regurgitación

Trastorno en control de esfínteres: manipulación de heces.

Descripción:

La niña ha tenido seguimiento desde 1991, siendo la misma totalmente dependiente, se manejó con seguimiento y supervisión estricta, trastorno alimentario (conductas bulímicas, coprofágicas y de regurgitación); hiperkinética y con tendencia a escapar, sin discriminación de situaciones de peligro; comunicación propia muy escasa, expresando sus emociones raramente.

Fue sometida a una terapia individual por el lapso de diez meses y con seguimiento casi permanente para controlar y tratar de bloquear conductas inapropiadas bulímicas, coprofágicas y de regurgitación, a través de ensayo y error y sobre todo observación. Durante todo ese período se utilizó la teoría Psicológica comportamental con apoyo humanista.

El trabajo realizado fue para cumplir prácticas en nuestra formación académica. Hacemos notar, que al comenzar el trabajo en la institución seguimos los lineamientos establecidos anteriormente: Para, modificar conductas inadecuadas de la misma y por las características propias de la patología, esta evoluciona con esos comportamientos.

A partir de agosto de 1993, ingresó a la escuela donde se realizó, un seguimiento estricto para lograr su adaptación al medio escolar, se la integró al programa general del nivel (hábitos de la vida diaria). El período de adaptación fue ejecutado en forma gradual y progresiva, empezando por el lapso de media hora diaria que se fue prolongando a una hora y media, en el transcurso del año, obteniendo una respuesta adecuada de forma ascendente de acuerdo a sus limitaciones.

Conociéndola y revisando la teoría ejecutada anteriormente es que vimos por conveniente crear una Educación Especial adecuada para ayudarla en su adaptación, brindándole una posibilidad de que ella tenga una independencia supervisada y sobre todo integrarla a actividades y situaciones diferentes a las que estaba mecanizada, para así cumplir nuestros objetivos planteados.

El siguiente año siguió en el nivel participando de la actividad programada para el mismo (AVD), a partir de septiembre de 1994 empezó a asistir a la actividad que se realizaba en piscina junto con el pequeño grupo. Al principio ella solo era espectadora, permaneciendo fuera de la actividad en sí, por un tiempo prudente, bajo la supervisión estrecha de su acompañante. Nuestro objetivo era que se vaya familiarizando y adaptando al espacio y a la actividad, primero de forma pasiva para que posteriormente se integre activamente.

La niña, al ingresar al lugar por primera vez manifestó temor e inseguridad, aferrándose a su acompañante con fuerza, una reacción natural de ella, al encontrarse en una situación completamente nueva, retrayéndose y agazapándose, poniéndose de cuclillas en el recinto y encerrándose en sí. En esa oportunidad se la levantó, abrazó y habló con afecto para darle seguridad, ese apoyo fue de acuerdo a su demanda, tiempo prudente para bajar la tensión. Esa primera vez, tuvo que dejar el recinto junto con su acompañante, antes que los otros niños, permitiéndole así que vaya disminuyendo su temor a lo desconocido, para facilitar su adaptación al ambiente y a la situación, para su posterior incorporación a la actividad, en piscina.

La segunda vez la reacción fue menos traumática al ser el espacio ya no tan desconocido, lo que permitió que pudiera también pasear, conocer y reconocer las dependencias del recinto.

La forma de adaptación al medio fue gradual e individual, para que pueda participar de la actividad sin oponer resistencia.

La tercera y cuarta vez la participación fue pasiva, estando presente en todas y cada una de las acciones pero sin realizarlas, es decir presencial siempre con su acompañante, al igual que otros dos niños que participaron de la misma forma.

La quinta vez que asistimos a la piscina, ella ingresó al agua junto con la terapeuta y la otra niña (caso 1), realizando la práctica de forma sistemática, cumpliendo la secuencia

establecida para la misma. Al no ser tan desconocida esa actividad, ella no puso resistencia para la realización de la misma, ya que al participar en las sesiones anteriores pasivamente percibió, escuchó, observó y siguió toda la secuencia, despertando su "curiosidad" y la necesidad de participar, activamente en la misma, luego ingresamos a los vestidores, procediendo a realizar el esquema establecido, siendo en ese caso su acompañante la que procedió a cambiarla y ponerle la malla sin que existiera resistencia por parte de la niña más al contrario iba facilitando para que se la cambiara con mayor rapidez.

Luego fuimos hacia las duchas, ingresando a las mismas en forma conjunta, (las dos niñas y la terapeuta). Al ser esta la primera vez que ingresaba a la ducha, se realizó conjuntamente (la terapeuta y la niña) en una sola ducha, dándole un apoyo afectivo y facilitándole esa actividad lo que le agradó mucho, sobre todo, cuando sintió el agua tibia como caía por su rostro y cuerpo, una vez realizada la actividad, nos dirigimos hacia la piscina, siguiendo siempre el esquema trazado, la primera en ingresar al agua siempre era la terapeuta para recibir a las niñas una por una dentro del agua, ella necesitó en esa ocasión ayuda para ingresar directamente al agua y así poder ser recibida.

Es bueno aclarar que la otra niña fue la primera en ser recibida dentro del agua y como la actividad ya fue realizada por ella no hubo resistencia por parte de la misma para permanecer en el agua, esperando que se reciba a la otra niña, manifestaba gritos y aplausos al ver como ella ingresaba al agua se le acercó y le puso la mano en la espalda como aprobación y para darle seguridad.

Al ingreso al agua, se puso rígida, es decir espástica, demostrando temor, aferrándose a la terapeuta por lo que no se la dejó sola ni un momento, se la hizo sentir protegida, sosteniéndola por la cintura, limitándose esa actividad sólo a permanecer en esa situación por el lapso de 10 minutos, después de los que se la sacó, ella subió por las gradas, es decir utilizó las gradas ayudada por la terapeuta y sujeta por su asistente la cual la esperaba para cogerla de las manos y llevarla hacia la ducha para ducharla y proceder a vestirla. En

esa actividad fue la acompañante quien la duchó, pues en la piscina se hallaba la otra niña a la que no se la podía dejar.

La siguiente vez su permanencia en agua fue más larga, donde manifestó alegría al ingresar a la piscina pero aun tenía desconfianza y temor, pero no rechazó esa oportunidad, y nos desplazamos por el agua, permitiéndonos controlar a la otra niña que estaba también en el agua sostenida por el salvavidas.

En esa otra ocasión, se comparó la reacción anterior de espasticidad con la otra, cuando ingresó al agua y se observó satisfacción, entonces se descubrió que la espasticidad fue provocada por la temperatura baja del agua, razón por lo que la niña estaba alterada. En la nueva oportunidad el agua estaba caliente lo que permitió que disfrutara, desplazándose por la piscina, sostenida de las manos por la terapeuta.

La secuencia con que se iban realizando las actividades, permitió la asociación y fijación de la secuencia sistematizada, en la memoria de la menor, permitiendo también ampliar las actividades dentro del agua, donde aprendió a saltar en la misma agarrándose de las manos y emitiendo sonidos guturales, batir las manos salpicando el agua y también llevarse agua a la boca; (característica propia de ella, llevarse las manos a la boca, conducta estereotipada).

Observamos, como sentía curiosidad y prestaba atención al entorno inmediato en el agua, donde se estimulaba al ver a las otras personas lanzarse al agua y nadar, al igual que las gorras y lentes que otras traían puestos, reaccionaba tocándose la cabeza y se frotaba los ojos, en algún momento cuando una de las portadoras de esos lentes se le acercó, ella trató de agarrarlos, también en alguna oportunidad se lanzó al agua, intentando nadar, moviendo los brazos y piernas sincrónicamente, esa experiencia fue interrumpida, porque no sacó la cabeza del agua y se la tuvo que agarrar y sostener del mentón interrumpiéndola de esa acción imitativa.

Todas esas actitudes que se fueron percibiendo, nos demostraron que ella realizaba la actividad, no de forma mecánica sino que estaba atenta al entorno.

Con la niña se estableció un horario distinto para la actividad, ella asistiría sólo una vez por semana y no dos, para facilitar el ingreso de otro niño.

Cumpliendo las estrategias trazadas para ese objetivo, se la motivó, estimuló y proporcionó seguridad constante a través de afectividad, obteniendo una respuesta casi inmediata al manifestar alegría a través de actitudes como el emitir algún sonido gutural o al ir batiendo el agua con sus manos o saltar en el agua, lo que permitió su adaptación a esa situación con mucho entusiasmo, aprendió a reconocer, discriminar elementos como ser: malla, jabón, bolsón que fijo en su mente asociando esos elementos a la piscina, se pudo observar eso cuando reaccionaba positivamente y se disponía a salir del ambiente en el que estaba, es decir, que se prestaba a salir en cuanto veía esos elementos. Se integraba al grupo desplazándose en el mismo, sin escapar, empezó a obedecer ordenes como: dame la mano, no corras, vamos e inclusive en alguna ocasión se le dio el bolsón para que lo sostenga.

En la piscina, llamaba la atención para que se la atiende rápidamente emitiendo sonidos para que se la desvistiera, para llevarla hacia la ducha y seguir la secuencia sistematizada que se estableció para esa actividad (desvestirse- ducharse- piscina- ducharse - secarse- vestirse) se esforzaba para ayudar a que se la desvista y se la vista, saliendo así de su aislamiento, comportamiento diferente al que presentó la primera vez. Durante la actividad de ducharnos y enjabonarnos se la tuvo que asistir, pero si se observó como ella nos daba la mano cuando le decíamos que nos de la mano o levantaba el pie cuando se le pedía, para enjabonarla notamos como ella iba respondiendo las ordenes que se le impartía.

Hubo un período, en el que no participó de esa actividad, por no contar nosotros con personal suficiente de apoyo para la misma y ante la privación de la concurrencia a la piscina, supimos por el reporte de sus acompañantes de pabellón, que manifestaba

conductas depresivas y una baja autoestima, llegando a autoagredirse arrancándose los cabellos, por esas conductas manifestadas, se la incluyó nuevamente en el programa, obteniendo inmediatamente, respuestas positivas y según reportes supimos que disminuyó la autoagresión y objetivamente se vio, que ya no estaban expuestas sus lesiones en el cuero cabelludo.

Esa actividad se la realizó hasta el año 1997, al no contar con la piscina el siguiente año.

En 1996 la niña también participo en las primeras olimpiadas en la disciplina de natación. Fue sorprendente como la niña al realizar esa actividad discriminaba las instrucciones que se le fueron impartiendo, acelerando su paso por el agua, desplazándose con prontitud para llegar a la meta, el bullicio y entusiasmo reinante en la piscina también tuvo su influencia positiva ya que la niña respondía al estímulo del entorno.

En 1999 la niña volvió a participar en las olimpiadas demostrando las mismas características arriba mencionadas, culminando ambos eventos con la premiación correspondiente a su categoría. Durante esos eventos toda esa actividad fue asistida en todo momento.

Durante la gestión de 1999, participó de la actividad en la cual amplió su aprendizaje, manifestó sensaciones quínestésicas, la discriminación de la temperatura fue evidente pues ella no tolera la baja temperatura manifestando disgusto, se dirigía hacia las gradas cuando la temperatura no era de su agrado, pidiendo salir de la piscina, no así cuando era de su agrado sentía, placer y ampliaba su tiempo de permanencia y actividad, estaba muy confiada dentro del agua, jugaba con el agua y cuando se la sostenía por la nuca ella se echaba sobre el agua flotando y relajándose, esa actividad le agradaba mucho pues sentíamos como soltaba, como relajaba su cuerpo y flotaba, cuando se le pedía que moviera los pies, realizaba esa orden con agrado, toda esa actividad siempre fue asistida y personalizada.

Observamos que sus facciones, siempre estaban endurecidas, muy raras veces su expresión se flexibilizaba.

Durante la presente gestión del año 2000 participa de la práctica con mayor entusiasmo y experiencia, sus facciones y expresiones han modificado, transmite alegría a través de sonrisas.

Caso 3 finales 97 y 99

Datos recabados de historia clínica.

Interno

Fecha de nacimiento 6/9/91

Diagnósticos:

Microcefalia

Retraso Global en el Desarrollo Moderado a Severo

Crisis Epilépticas Parciales

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Signos y síntomas:

Sistema motor con tono y fuerza conservada, incoordinación motora gruesa y fina

Crisis de excitación motora con llanto inmotivado, profiriendo gritos y arrojándose al suelo.

Hiperactividad

Lenguaje comprensivo disminuido

Sordera psíquica

Presenta conductas autistas de aislamiento: no interactúa con el medio, no establece contacto persona a persona, contacto visual labil. Nistagmus

Conducta social inadecuada (Irritable, berrinchoso, baja tolerancia a la frustración, área de intereses limitada)

Retraso severo adaptativo.

Descripción:

Comportamiento muy difícil de controlar, con tendencias autistas, sin comunicación verbal motivo de sus berrinches, no tiene atención, disperso, hiperquinético, hiperactivo, caprichoso, presencia de problema visual (nistacmus) no calculaba la altura de las gradas, conducta social inadecuada, presencia de crisis con excitación psicomotriz y llanto inmotivado (con control farmacológico) pero pese a ello esas conductas persistían.

Ingreso a la Escuela Especial a partir de la gestión escolar de 1996.

Características propias del niño: Era intratable, bajaba del pabellón gritando, saltando, correteando sin sosiego, con grandes alaridos, no permitía contacto físico con nadie, no comprendía ninguna explicación y como respuesta se obtenía auto y heteroagresión, algunas veces se lo calmaba con un pedazo de pan, o simplemente esperábamos que se tranquilice por si sólo, hiperactividad, manifestaciones de aislamiento con conductas autistas, generalmente ubicaba un lugar permaneciendo en el por un tiempo, si se lo trataba de cambiar de lugar presentaba berrinche y agresión (rasguños, cabezasos, mordiscones), los cambios de actividades y de ambiente lo irritaban por lo que debía volver al lugar de origen, tendía a aislarse ingresando a todo cajón que encontraba buscando sosiego, hallando el mismo por tiempos cortos. Se le proporcionó un cajón grande donde encontró sosiego introduciéndose y permaneciendo en el mismo, adoptando una posición fetal, toda esa secuencia se la fue observando y se tuvo que elaborar un plan para sacarlo de ese aislamiento voluntario, para ello lo primero que se hizo fue proporcionarle un cajón grande, en el que gradualmente se fue golpeando al mismo tratando de llamar su atención, una vez logrado ese objetivo se comenzó también a hablarle regulando el tono de voz, posteriormente se le abría y cerraba el cajón, observándolo, el niño comenzó a responder a esos estímulos y comenzó a salir del cajón por partes, primero sacaba la cabeza y volvía al cajón, luego sacaba la cabeza y los pies, después las manos, posteriormente salió totalmente, fue como un nuevo nacimiento, es a partir de ese momento que se estableció un "raport" positivo, lo que permitió un acercamiento y contacto con él, obteniendo respuesta objetiva, empezó a sonreír y se fue contactando y adaptando al entorno, durante

todo ese tiempo se fue observando sus necesidades, esa terapia se instauró a través del juego. Actualmente él ingresa a los cajones pero como juego o buscando un refuerzo afectivo. Esa actitud se da en el aula, también esa conducta la utiliza como evasión del medio agresivo.

Su adaptación al medio escolar fue lenta pero de forma ascendente, el niño tiene facilidad para mecanizar actividades y eso favoreció para sistematizar los programas tanto el general en la escuela, como el de piscina, la integración al grupo y el que comparta actividades, está aun se halla en proceso. La integración al programa de piscina fue a partir del mes de septiembre de 1996.

Por la comprensión limitada del niño se lo llevó hacia la piscina de forma mecánica. Al ingresar por primera vez al recinto, manifestó asombro al encontrarse en un medio completamente desconocido para él, lo primero que le llamó la atención fue la puerta de vaivén, luego el bullicio y la actividad en sí. Se lo llevó hacia los vestidores y se le hizo ingresar en el programa, desde el primer instante, el niño permitió que se le desvistiera y pusiera la malla, como era costumbre fuimos hacia la ducha, ingresando a la misma conjuntamente, él no quiso ducharse con la malla puesta y se la saco, (En el instituto, se baña y ducha sin malla, por lo que se la sacó, posteriormente discriminó y asimiló ambos ambientes y sus limitaciones) manifestó agrado y complacencia bajo el agua tibia, se le puso la malla y llevó hacia la piscina donde el ambiente y la actividad era desconocida para él, tuvo una actitud pasiva, ya en el agua él nuevamente quiso sacarse la malla pero, no se le permitió, poniéndole límites a través del tono de voz (no), no le quedó más remedio que aceptar.

Estando, ya en contacto con el agua él busco seguridad aferrándose al cuello de la terapeuta y no se soltó, durante toda la actividad, demandaba afectividad, atención y seguridad, en esta oportunidad permaneció en el agua por 20 minutos, luego salimos y realizamos la rutina establecida_ Como la actividad ya estaba establecida por la rutina y al contar con las acompañantes como personal de apoyo, padres o hermanos de los

involucrados en esta actividad, podíamos dejar al grupo en el agua sin temor, para poder asistir al niño en la rutina establecida, (desvestirse, ducharse, ducharse y vestirse) así cumplimos con nuestros objetivos, para la enseñanza — aprendizaje, del desarrollo integral de funciones y conductas básicas.

Las siguientes prácticas fueron con una actitud similar, él deseaba sentirse seguro. Por lo tanto se vio por conveniente, que pueda utilizar salvavidas para su tamaño, al que fue introducido, ese nuevo elemento le despertó curiosidad, lo olía, deseaba morderlo, lo pellizcaba y finalmente lo aceptó utilizándolo, subía, bajaba del salvavidas, le daba función de "carroussel", se sumergía y salía por el medio del salvavidas, posteriormente se le proporcionó un otro salvavidas un poco más grande, el que aprendió a manipular sirviéndose de él como balancín, subía y bajaba del mismo, sintiéndose dueño del espacio.

El tiempo de permanencia en agua fue ampliándose hasta 45 minutos en las siguientes concurrencias a la piscina, sólo cuando el agua estaba un poco más fría permanecía menos tiempo, prefiriendo salir de la piscina e irse hacia la ducha donde manifestaba agrado debajo del agua caliente, permaneciendo más tiempo en ella y sin mucho deseo de salir de la misma, en esa actividad, empezó a discriminar paulatinamente frío de caliente, desarrolló un lenguaje propio al manifestar sus necesidades, que a través del berrinche quería satisfacerlas.

Esa actividad permitió conocer mejor al niño y sus necesidades, limitaciones y posibles habilidades, facilitando la interacción no sólo en piscina sino también en el aula. Los berrinches eran una forma de comunicarse, al no interpretar así esas conductas, él era rechazado y aislado por el entorno, siendo limitado y marginado en la participación de otras actividades.

Como toda la secuencia que se realizaba en la actividad era relatada tanto de forma verbal y mímica le facilitó y permitió discriminar algunas actitudes y al mismo tiempo permitió

desarrollar su comprensión. Empezó a relacionar algunas actitudes con la práctica que se ejecutaba para ir a la piscina.

Una vez duchado y vestido, permanecía en el recinto bajo supervisión estricta, se establecieron límites para que no se dispersara o desbordara con berrinches y sobre todo para que no vaya hacia la puerta de vaivén para jugar con ella, sólo se le permitió que observara la puerta, hasta que todos estábamos listos para volver al Instituto.

Desarrolló un lenguaje propio pudiendo comunicar sus necesidades y deseos a través de gestos y movimientos corporales como: Mostrar el bolso que se utiliza para llevar la ropa a la piscina llegando a alzarlo y dirigirse hacia la puerta llamando la atención a través de gritos para que se lo lleve a la piscina, o la emisión de sonidos (ejemplos: titiu, cuando se lastimaba; cococa, cuando deseaba tomar líquido, yaya, cuando se le decía no frente a una actitud fuera de lugar) o de forma objetiva (llevar de la mano al adulto y mostrarle lo que deseaba o necesitaba, como ser juguetes, comida)

Los berrinches quedaron lejos, el ingresar a un cajón lo hacía y lo hace como juego o evasión del medio.

Durante el año 1998 realizamos la actividad de bañarse, pero en la escuela, es decir que durante todo ese año, al no contar con la infraestructura de la piscina realizamos la actividad en agua, pero en alguna ocasión en una piscina inflable y luego en un bañador grande el que se llenaba con agua y se le permitía que ingrese. Significativamente al ver la piscina o el bañador con agua, comenzaba a desvestirse para ingresar y permanecer por un tiempo prudente, esa actividad la realizamos en el patio y cuando había un sol intenso. Hacemos notar que no sólo fue el niño el que participó de esa actividad sino también los otros niños que asistían al nivel durante ese año.

Durante el año de 1999, se estableció un intercambio afectivo, actualmente existe mayor confianza, comunicación y comprensión, acentuó la fijación por las puertas, llegando

inclusive a sacarlas al deteriorar las bisagras, le agrada abrir y cerrarlas con violencia, pero si se le muestra, advierte o se le dice "cierra despacio", él cierra despacio, manifiesta desbordes de conducta como: anarquía, inquietud, malacrianza y curiosidad, los cuales han sido y son parte de su, desarrollo, ha aprendido a reconocer espacios como: lugar de vivienda, lugar de actividad aula - piscina - parque, temporalidad, arriba - abajo y discriminar comportamiento de acuerdo al espacio donde se encuentra.

Reconoce la puerta de calle, aprendió a abrirla, abre y sale corriendo de la institución. Al principio esa actividad la hacia sin un objetivo concreto, pero ahora tiene esa motivación al haber descubierto accidentalmente varias puertas de vaivén en el edificio contiguo.

La portera del IDAI, es la encargada de establecer límites y lo logra con sólo su presencia.

Se observó también, que le agrada molestar a la portera, siempre que puede va y hace el ademán de abrir la puerta para ver la reacción de la misma, en algún momento ella no esta allí y es cuando escapa al edificio contiguo.

El niño es hábil para manipular a las personas del entorno y conseguir lo que quiere. Su auto y heteroagresividad ha disminuido sólo se manifiesta cuando se halla ante situaciones de tensión o agresivas.

En la actividad de hidroterapia en piscina, a adquirido un dominio de su cuerpo, entra y sale del agua, es decir se sumerge y emerge del agua, da vueltas en el salvavidas, se desliza del salvavidas y vuelve a ponérselo, ha iniciado desplazamiento con seguridad en el agua, obedece ordenes simples y complejas, su atención ha mejorado en determinadas actividades.

Su comunicación y comprensión están en franco proceso de desarrollo.

Se observa en él, que en situaciones de conflicto y por necesidad casi extrema emite algunas palabras con mayor claridad como (ima, arriba, abajo, no, aquí, agua, totoy para ir al baño, dame, trae, juco para pedir jugo, galle para pedir galletas, futa para pedir fruta).

Al inicio del período escolar del año 2000, se ve un franco progreso en el niño, al seguir instrucciones más complejas, la tendencia a salir del recinto ha disminuido al haberse establecido límites, a través de discriminación de ambientes, si sales te llevo arriba (a su pabellón donde no le agrada permanecer) por lo que él lleva una silla frente a la puerta de calle y permanece sentado mirando la puerta para posteriormente ingresar al aula y comenzar a realizar alguna actividad como trasponer objetos o realizar encaje, pedir el triciclo y salir a jugar al patio.

Una muestra del avance progresivo que se observó en el niño, fue cuando él buscó a la terapeuta y la llevó al baño para mostrar que no salía agua del grifo, abriendo el mismo y señalando con su dedo esa falta de agua, para luego mostrar el inodoro que se hallaba sucio, insinuando que no fue limpiado por falta de agua. En ese momento se abrió la llave de paso y al ver que ya salía el agua, él se fue saltando de alegría hacia el aula.

De igual manera cuando se le está estableciendo límites o cuando no le agrada que se lo controle lleva a la terapeuta hacia las gradas y señala hacia arriba y le empuja para que suba, él también establece límites.

2.4.1 Materiales

Diagnósticos de la Historia Clínica realizados por el equipo multidisciplinario en el IDAI
Infraestructura física de la piscina de Obrajes. (piscina reglamentaria, solamente utilizada en la parte baja de 1 a 1.50 metros de alto)

Equipo de salvavidas, tablas, balones.

Insumos de aseo personal.

Otros implementos de piscina, eventuales.

Recursos Humanos:

1 Terapeuta

Familiares (ocasionales)

Personal de apoyo de la institución IDAI, (según requerimiento)

Voluntarios (ocasionales)

II. SECCION CONCLUSIVA

3. Conclusiones

No siempre los resultados obtenidos están a la altura de los esfuerzos realizados, tanto por los niños como por la terapeuta, pero, una actividad conjunta permite un aprendizaje más fácil e integral; los éxitos en el desarrollo integral como de las habilidades básicas que el niño adquiere tales como pararse, sentarse, caminar, agarrarse, son notables; de igual manera se van asimilando las conductas básicas, atención, imitación, seguimiento de instrucciones, discriminación, al mismo tiempo las conductas en el desarrollo integral de funciones básicas, cognocitiva, psicomotriz, socioafectiva, creativa, lenguaje, comunicación y comprensión.

La participación de las familias, o de las acompañantes terapeutas en todos los aspectos del problema que nos ocupa creemos redundante en beneficio de esos niños, tanto para el ámbito familiar donde se desenvuelven, como para la sociedad en su conjunto.

El impacto logrado por los niños del IDAI en el ámbito educacional responde positivamente a las expectativas planteadas, beneficiándose los participantes por toda una secuencia de actividades que se realizan en la terapia.

Por lo expuesto y según el desarrollo de la experiencia este modelo de enseñanza - aprendizaje que se utiliza como una estrategia alternativa, posibilita a los niños, la construcción de su propio aprendizaje generando cambios convenientes en todas las áreas

y a través de la actividad vivencial, permite una experiencia nueva y placentera, realizando además una interacción gratificante para cada uno, con lo que se logra el objetivo propuesto.

Motricidad

El desarrollo de la motricidad esta sujeto a características, limitaciones, necesidades y al ritmo de aprendizaje o desarrollo de cada uno de los integrantes.

La actividad propuesta permite a los participantes tener una experiencia activa y global vivencial, sensomotriz, que parte de una educación psicomotriz para el desarrollo cognoscitivo integral de cada uno.

Los resultados obtenidos, nos demuestran avance positivo en la motricidad, de acuerdo a sus potencialidades y posibilidades individuales.

Afectividad

Durante toda la experiencia y en la interacción general, cada integrante manifiesta, sus sentimientos y emociones de forma espontanea, la demanda de atención que hay durante la actividad, permite a la terapeuta discriminar estados de ánimo individuales y necesidades de los mismos. Las carencias demandadas se satisfacen también espontáneamente, la forma de transmisión terapéutica afectiva, facilita el aprendizaje de los niños en esa área.

Lenguaje y comunicación

La comunicación precaria de los participantes, posibilita el desarrollo del lenguaje individual, provocando cambios convenientes de sus expresiones, además cambios en la comprensión personal, favoreciendo en algunos casos la comunicación con el entorno cotidiano donde se desenvuelven.

Socialización

Uno de nuestros objetivos específicos es que los niños con retardo mental, logren mejor adaptación social, acorde con las exigencias de su medio. La interacción permite a cada integrante, desarrollar de forma progresiva el problema expuesto "Podrán los niños con RM reconocer, implementar y/o aprender conductas básicas para su adaptación". De acuerdo a los resultados obtenidos, ese objetivo está siendo satisfecho en gran porcentaje. La calidad de vida de esa población se ve mejorada al superarse determinadas conductas las cuales son rechazadas por el entorno.

Para el logro de la obtención de resultados positivos y sobre todo para conseguir los objetivos propuestos existe la disponibilidad de realizar la terapia con un seguimiento estrecho por parte de la terapeuta y terapeutas, lo que determina un éxito en el trabajo dirigido.

En la misma forma se trata de subsanar otras necesidades básicas, como alimentación, vestido, transporte, para que la terapia sea asimilada con mayor potencialidad.

3.1. Recomendaciones

La intervención que se realiza para facilitar el desarrollo integral de los niños, es un sistema novedoso, por lo que estamos seguros que la misma *podrá ser utilizada recabando mayor información* e intercambiando otras experiencias ya realizadas, tiene además *capacidad de respuesta a necesidades de cada niño* con sus correspondientes limitaciones.

La falta de comprensión y la poca estimulación que se da, a los niños con Retardo Mental, les priva en algunos casos la aceptación social, ello los hace más marginados y además los limita en su desenvolvimiento cotidiano, haciéndolos cada vez más dependientes de su entorno y constituyendo una carga para la familia y la sociedad, *por lo que el proyecto se plantea como real alternativa de incorporación al medio social*

Por las características de la problemática se recomienda:

Que el elemento agua que se utiliza como estímulo global para la terapia, se demuestra como favorable para la posibilidad de un aprendizaje integral y global, al ser espontánea y permite a cada integrante una educación relacionada a sus características construyendo su propio aprendizaje, *debe ser incorporado como elemento terapéutico para el tratamiento de niños con retardo mental en todos los niveles*

Por lo que recomendamos:

Que el Estado o alguna institución, tome a su cargo la realización de este procedimiento terapéutico particular, que pensamos, aportará innumerables beneficios institucionales como también particulares en cada caso.

Que los programas y estrategias diseñadas, partan del análisis objetivo de cada niño con relación a sus necesidades, priorizando estas, para ser atendidas y desarrolladas de acuerdo a las posibilidades de las instituciones, construyendo con cada uno la terapia más adecuada.

Que esta propuesta terapéutica sea implantada como parte del Curriculum de Enseñanza - Aprendizaje, para niños con Retardo en el desarrollo, en todos los niveles y especialmente en severos y profundos.

En el plano médico:

Recomendamos:

Prevención del Retardo Mental, por medio de la inmunización por medio de las vacunas, relacionadas con algunas enfermedades infectocontagiosas como ser el Sarampión, esta recomendación como una primera meta.

Otra forma de prevención para procesos que tengan relación directa e indirecta con el Retardo Mental, deberá ser estudiada de acuerdo a las posibilidades prioritarias sugeridas por los gobiernos.

IV. BIBLIOGRAFIA

Calero Pérez, Mavilo. Teorías y aplicaciones Básicas de Constructivismo Pedagógico. Impreso en Perú Composición, Diagrama y Montaje. Editorial San Marcos. (12)

Calero Pérez, Mavilo. Estrategias de Educación Constructivista. Composición, Diagrama y Montaje. Editorial San Marcos. (13)

Clifford T. Morgan, Richard A. King. Introducción a la Psicología, Ediciones Aguilar, Madrid 1978. (22)

Cordova Vargas, Luis y Colaboradores. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría. Edición: Dulce María León Acosta Diseño: Luis Soteras

Gonzales - Nuevo Lizabeth Alvarez de la Torre Ilustración: Enrique Torres Quesada. Primera reimpresión 1988 Otto Machado Fernández y coautores 1986. Editorial Pueblo y Educación, 1986 Editorial Pueblo y Educación Calle 3ra. A No. 4605, entre 46 y 60, Playa, Ciudad de La Habana (1)

Da Costa Neves Ferreira , Izabel (1993) La Teoría Constructivista Aplicada a la Educación Especial. Serie Fundamentos de la Educación. Santa Fe de Bogotá, Impre.Americas Ltda. - Traducción del original en Portugués.

Da Costa Neves Ferreira, Izabel (1991) "A Teoría Construtivista Aplicada á Educacao Especial" ACAO SENEb. (10)

Diane e. Papalia, Psicología del Desarrollo, Impreso y encuadernado por Editorial Printer Colombiana Ltda. (pags. 73,237,238). (17)

Donlon, Edward T. Louise Fulton — Burton La enseñanza de los deficientes severos y profundos, Un enfoque práctico Ministerio de Educación y Ciencia Siglo Veintiuno Editores. Impreso y hecho en España. 1989. (6)

Datos Recopilados del Instituto Departamental de Adaptación Infantil.(H.C)(Registros). Calle, Hector Ormachea y calle No 5 Obrajes. (7)

Educación Psicomotricidad y Retraso Mental E.C.M. Barcelona 1985. (8)

Enciclopedia de la Psicopedagogia, Pedagogia y Psicologia Oceano /Centrum Impreso en España. (11)

Gottret, G. (1998) Fundamentos del curriculo de la Reforma Educativa, En diseño curricular, La Paz Editorial Universidad Americana. (23)

Guerrero, Manuel. El Agua, la Ciencia/102 desde México, Impreso en México. (14)

Illingworth.- Ronald S. El Niño Normal Tomado de la edición 1969 Edición Revolucionaria - Instituto Cubano Del Libro - Impreso en Cuba., Págs. 259, 305. (3)

Kottke, Frederic. Adelantos Clínicos en Medicina Física y Rehabilitación, .

Kottke, Frederic- Amate Esther. Alicia. Editores Washington D.C: OPS,994 xii,484p.- (Publicación Científica; 533) Pag.4. (2)

Ministerio de Previsión Social y Salud Publica Dirección Nacional de Epidemiología Departamento Nacional de Salud Mental Manual de Atención Primaria en Salud Mental para Profesionales en Salud Bolivia — 1991. (4)

Pedagogía y Psicología Infantil, El Lactante, Biblioteca Práctica para Padres y Educadores, Edición 1992, Impreso en España, Pag. 126,127. (9)

Piaget, Jean. Seis Estudios de Psicología. Barral Editores, S.A.- Barcelona, 1980. (18)

Peredo Lavadenz, Armando. Tesis para optar Grado de Maestría en Salud Pública UMSA Año 1992. (21)

Planelles, José María. Texto. Profesor de Educación Física, Gran Enciclopedia de los Deportes, (Tomo IV) Cultura, S.A., Impreso en España. Pag.109. (16)

Tasset, Jean Marie. Teoría y Practica de la Psicomotricidad, Paidos Psicomotricidad, Ediciones PAIDOS Barcelona Buenos Aires México. (15)

Vygotsky y la educación, Connotaciones y aplicaciones de la Psicología Sociohistórica en la Educación, Compilado por Luis C. Moll, Aique. (19)

Woolfolk, Anita E.Universidad Estatal de Ohio Psicología Educativa Woolfolk: Psicología Educativa, 6a Ed. impreso en México. Pag. 20. (5)

Año XXXV N° 1917 La Paz — Bolivia 20 de diciembre de 1995

Gaceta oficial de Bolivia.

Dirección calle Ayacucho N° 495 Casilla N° 4007 Teléfonos N°s 369285 — 359792

Deposito Legal LP, 4-3-605-89-G

Ley N° 843 Art. 76 Inc. H Exenta Imptos. s/ venta

LEYES

1678, 15 DE DICIEMBRE DE 1995. LEY DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

impresa en imprenta de Gaceta Oficial de Bolivia

Calle Ayacucho 453 Teléfonos 369285 359792 Casilla 4007.

ANEXOS

Caso.- 1.

Desarrollo integral de la psicomotricidad

MOTRICIDAD

Movimientos y coordinaciones generales; puede:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
1 Caminar	+		+	+		+
2 Correr					-	
3 Marchar	+		+	+		+
4 Trotar		-			-	
5 Saltar		-			-	
6 Trepas					-	
7 Lanzar (objetos)		-		+		
8 Equilibrarse		-		+		+
9 Subir escaleras	+		+	+		+
10 Bajar escaleras	+		+	+		+
	4	6		6	4	

En el agua; puede:

	N	c/a			
			S	N	c/a
1 Dar pasos		+			
2 Caminar	+		+		+
3 Caminar de puntas					
4 Caminar de talones					
5 Saltar agarrada d/l manos					
6 Bajar escaleras					
7 Subir escaleras					
8 Moviliza m/superiores					
9 Moviliza m/inferiores					
10 Moviliza cu/miembros juntos	-				
	8		5	5	

Motricidad fina; puede:

	S	N	c/a	S	N	c/a
1 Desabrochar						
2 Desamarrar						
3 Amarrar						
4 Sacarse alguna p/vestir +						
5 Ponerse alguna p/vestir						
6 Sostener tabla c/manos						
7 Agarrar la tabla						
8 Sujetar el salvavidas						
9 Agarrarse manos/terape						+
10 Agarrarse d/escupidera						
	2	8		7	3	

Esquema corporal

Indica las partes del cuerpo propio:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/mo	S	N	c/mo
1 Cabeza						+
2 Tronco						
3 Extremida/inferiores						
4 Cara						+
5 Brazos						+
6 Pies						
7 Cabellos						
8 Ojos						
9 Boca						
10 Nariz						
11 Orejas						+
12 Cuello						
13 Hombros						+
14 Manos						
15 Dedos de la mano						
16 Pecho						
17 Espalda						
18 Estómago (barriga)						
19 Piernas						
20 Dedos del pie						
	9	11		20		

AFECTIVIDAD

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Se asusta ante lo desconocido	+		+	
2 Tiene miedo	+		+	
3 Espera protección	+		+	
4 Aumenta demanda de amor y seguridad	+		+	-
5 Demanda refuerzo social	+		+	
6 Sonríe	+			+
7 Manifiesta alegría	+		+	
8 Manifiesta disgusto	+		+	
9 Manifiesta conducta ludica		-	+	
10 Manifiesta apatía		-		
	8	2	9	1.

Seguridad afectiva:

	N	S	N
1 Permite el acercamiento			
2 Permite el contacto piel a piel			
3 Recibe manifestaciones de afecto			
4 Acepta manifestaciones de afecto			
5 Res onde a manifestaciones d/afecto	+		
	5	5	

LENGUAJE COMUNICACIÓN

Tiene o emite:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Llorar	+		+	
2 Vocaliza en situaciones placenteras		-	+	
3 Sonidos vocales o guturales	+		+	
4 Hace gestos p/ mostrar lo que quiere	+		+	
5 Gesticiones	+		+	
6 Grita para llamar la atención		-	+	
7 Una palabra		-	+	
8 Dos		-		
9 Tres o más		-		-
10 Oraciones cortas		-		
	4	6	7	3

Comprensión verbal; puede:

	S	N	S	N
1 Discriminar su nombre	+		+	
2 Discriminar a la terapeuta	+		+	
3 Discrimina nombre de sus compañeros		-	+	
4 Reconocer a personas por su nombre	+		+	
5 Entiende órdenes (simples)	±		+	
	4	1	5	

Reconocimiento físico; objetos:

	S	N	S	N
1 Bolso	+			
2 Malla		-	+	
3 Salvavidas		-	+	
4 Toalla	+		+	
5 Jaboncillo	+		+	
6 Chompa	+		+	
7 Blusa		-	+	
8 Camisa		-		-
9 Polera		-	+	
10 Pantalón	+		+	
11 Falda		-	+	
12 Vestido		-	+	
13 Calzón	+		+	
14 Medias	+		+	
15 Zapatos	+		+	

SOCIALIZACIÓN

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Se integra al grupo		-	+	
2 Participa en la actividad			+	
3 Guarda limites	+		+	
4 Demuestra afecto	+		+	
5 Juega en el agua	+		+	
6 Demuestra sus emociones	+		+	
7 Acepta el contacto físico		-	+	
8 Ríe		-	+	
9 Sonríe a personas conocidas	+		+	
10 Adquirió hábitos de la vida diaria	+		+	
11 Manifiesta alegría		-	+	
12 Explora lo que esta a su alcance		-		-
13 Le gusta bañarse (piscina)	+		+	
14 Observa a los del entorno		-	+	
15 Imita a los del entorno			+	

7 8 14 1

CONDUCTAS BÁSICAS

IMITACIÓN

A través de modelo; imita:

	N	S	N
<u>1</u> Desvestirse	-	+	
<u>2</u> Ducharse	+	+	
<u>3</u> Alzar las manos	-	+	
<u>4</u> Bajar las manos	-	+	
<u>5</u> Enjabonarse	-	+	
<u>6</u> Agacharse	+	+	
<u>7</u> Agitar las manos	+	+	
<u>8</u> Vestirse (intenta)	-	+	
<u>9</u> Movilizar miembros superiores	-	+	
<u>10</u> Movilizar miembros inferiores	-	+	
	3	7	10

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

Obedece instrucciones simples y compuestas; como:

	S	N	S	N
<u>1</u> No	+		+	
<u>2</u> Ven	+		+	
<u>3</u> Dame	+		+	
<u>4</u> Toma	+		+	
<u>5</u> Deja	+		+	
<u>6</u> Sube		-	+	
<u>7</u> Baja		-	+	
<u>8</u> Pon		-	+	
<u>9</u> Lleva		-	+	
<u>10</u> Trae		-	+	
<u>11</u> Dame la mano (pie)	+		+	
<u>12</u> Agarra la bolsa		-	+	
<u>13</u> Bájate el pantalón	+		+	
<u>14</u> Súbete el pantalón	+		+	
<u>15</u> Ven vamos al baño			+	
<u>16</u> Sube (baja) las gradas		-	+	c/a
<u>17</u> Trae la toalla		-	+	
<u>18</u> Dame el zapato		-	+	
<u>19</u> Agarrate de mi mano		-	+	
<u>20</u> Cierra la puerta		-	+	
	8	12	20	

CONDUCTAS DE ATENCIÓN

Establecer conductas de atención a través de:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Ojo a ojo	+		+	
2 Seguimiento de instrucciones	+		+	
3 Imitación		-	+	
4 Fijación visual	+		+	
5 Seguimiento visual de estímulos	+		+	
	4	1	5	

Repertorios discriminativos;

Discriminación auditiva:

	S	N	S	N
1 Escucha su nombre	+		+	
2 Se vuelve al escuchar su nombre	+		+	
3 Obedece ordenes	+		+	
4 Voltea hacia los sonidos	+		+	
5 Entiende palabras sueltas		-	+	
	4	1	5	

Discriminación visual; señala o ubica a la (al):
Con dificultad.

	S	N	S	N
1 Terapeuta	+		+	
2 Salvavidas		-	+	
3 Agua	+		+	
4 Ducha		-	+	
5 Comida	+		+	
	3		5	

Discriminación táctil; discrimina:

	S	N	S	N
1 Agua				
2 Frió	+		+	
3 Caliente	+		+	
4 Agradable	+		+	
5 Texturas	+		+	
			5	

Memoria visual; en relación a la actividad de la piscina:

	Ingreso		Actual	
	N		S	N
1 Recuerda sitios				
3 Recuerda objetos				
3 Reconoce su espacio				
4 Reconoce sus <u>objetos</u>				
5 Reconoce el <u>espacio</u> (<u>piscina</u>)				
	1		4	

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

	Ingreso		Actual	
	N	c/a	N	c/a
1 <u>Ayudar a vestirse</u>	+		+	
2 <u>Vestirse solo</u>				
3 <u>Desvestirse</u>		-		
4 <u>Comer en la mesa</u>	+		+	
5 <u>Comer solo</u>	+		+	
6 <u>Controlar esfínteres</u>	+		+	
7 <u>Avisar c/q ir al baño</u>	+		+	
8 <u>Avisar c/esta mojado</u>	+		+	
9 <u>Puede ir solo al baño</u>		-	+	
10 <u>Abrir el grifo</u>			+	
11 <u>Cerrar el grifo</u>		-	+	
12 <u>Lavarse las manos</u>	+		+	
13 <u>Lavarse la cara</u>		-	+	
14 <u>Secarse las manos</u>		-	+	
15 <u>Secarse la cara</u>		-		
16 <u>Sonar la nariz</u>		-	+	
17 <u>Pedir se/le limpie nariz</u>		-	+	
18 <u>Limpiarse la nariz</u>		-		
19 <u>Sacarse los zapatos</u>	+		+	
20 <u>Amarrarse los zapatos</u>		-		
21 <u>Desamarrarse los zapatos</u>		-		
	8	13	15	6

Síntesis didáctica de los casos:

Pasando a sintetizar los resultados describimos los mismos, de acuerdo al desarrollo positivo y negativo, calificación con escala de 1 a 100, según las áreas trabajadas.

CASO 1.-

ITEM:	INGRESO	CALIFICACION	ACTUAL	AVANCE	CALIFICACION
Área Motriz:					
Desplazamiento en piso	40	RE GULAR	60	20	BUENO
Desplazamiento en piscina	20	MALO	60	40	MUY BUENO
Motricidad fina	20	MALO	70	50	EXCELENTE
Esquema corporal	45	REGULAR	100	55	EXCELENTE

En los ítems correspondientes a esta área encontramos en:

Motricidad gruesa:

- a) Desplazamiento en piso; permanentemente precisa ayuda por su deficiencia visual, estando su avance relacionado a esa deficiencia.
- b) Desplazamiento en piscina; adquirió mayor seguridad, al ser el espacio limitado y sin accidentes topográficos.

Motricidad fina: tuvo mayor avance en el aprendizaje porque adquirió mejor manejo de los dedos (prensión) sobre todo por las respuestas obtenidas en la misma actividad.

Esquema corporal: Objetivamente observamos como adquirió ese conocimiento al comprender, indicar y reconocer las partes de su cuerpo cuando se iba nominando o preguntando donde está...o muéstrame...o lávate...vemos que tuvo mayor aprovechamiento en este ítem.

ITEM: INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Area Afectiva:

Emotividad	80	MUY BUENO	90	10	REGULAR
Seguridad afectiva	100	SOBRESALIENTE	100		SOBRESALIENTE

Contó con apoyo afectivo familiar muy estable y al participar en la actividad tuvo mucho interés para integrarse al grupo, interactuando con el mismo y con el entorno, desarrollando aún más esa área al ir exteriorizando sus emociones y afirmando aún más su emotividad.

ITEM: INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Lenguaje

Comunicación:	40	REGULAR	70	30	MUY BUENO
Comprensión verbal	80	MUY BUENO	100	20	REGULAR
Comprensión física: objetos	53	BUENO	93	40	BUENO

Aumentó su comprensión y expresión, con lenguaje incipiente muy propio, exteriorizando y emitiendo sonidos, gorjeos, gritos, vocalización y hasta alguna palabra. Tuvo reconocimiento físico de los objetos que se utilizaban para esa actividad, demostrando comprensión de la explicación de la actividad que se iba a realizar.

ITEM INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Area Social

Socialización 46 REGULAR 93 47 MUY BUENO

Conductas básicas:

Imitación 30 REGULAR 100 70 EXCELENTE

Seguimiento de instrucciones 45 REGULAR 100 55 MUY BUENO

Atención 80 MUY BUENO 100 20 REGULAR

Repertorios sensoriales:

Discriminación auditiva 80 MUY BUENO 100 20 REGULAR

Discriminación visual 60 BUENO 100 40 MUY BUENO

Discriminación táctil 100 SOBRESALIENTE 100 EXCEPCIONAL

Memoria visual 10 MALO 100 90 SOBRESALIENTE

Conductas de autocuidado:

Autosuficiencia 40 REGULAR 70 30 BUENO

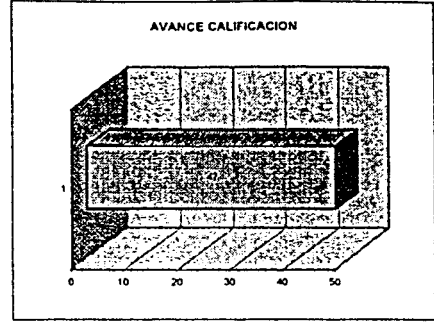
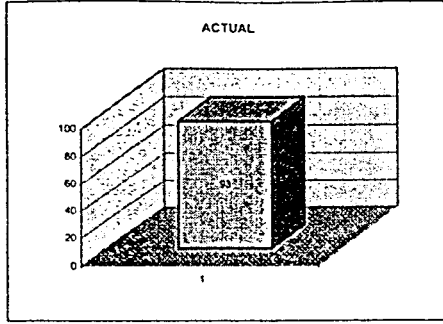
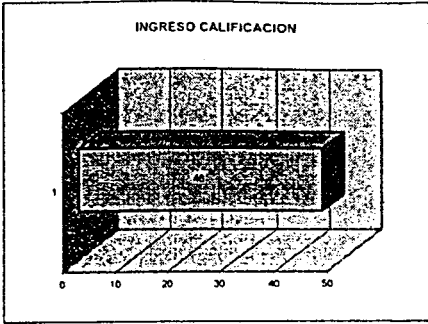
Autoestima 40 REGULAR 70 30 BUENO

Socialización: Observamos que tuvo mayor interacción con el entorno y exteriorización de sus emociones, desarrollando su autoestima al demostrar mayor seguridad.

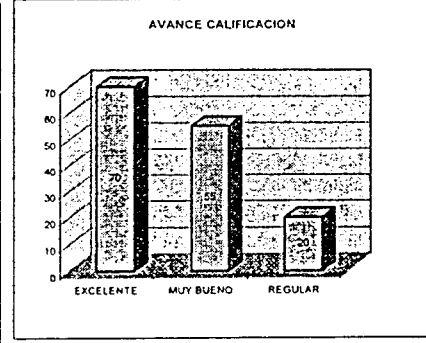
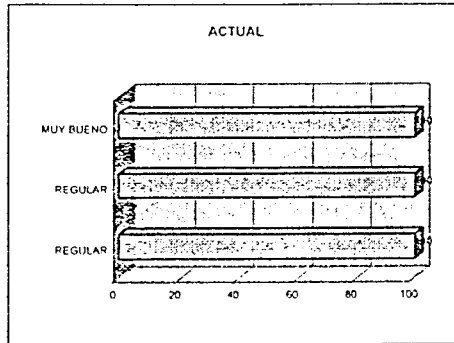
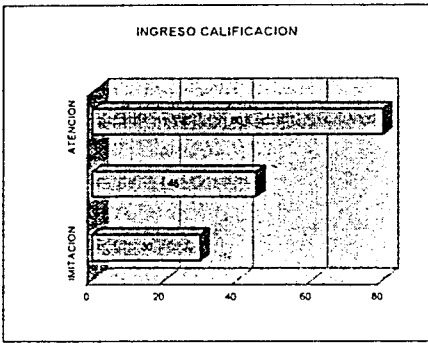
Conductas básicas: Le favoreció ampliamente haber logrado los objetivos propuestos demostrando buena comprensión, el desarrollo de la imitación favoreció la construcción de su aprendizaje de igual manera el seguimiento de las instrucciones tanto simples como complejas, abriendo aun más la posibilidad de su aprendizaje. Su atención es estable no existe dispersión. Los repertorios discriminativos tanto auditivo, visual, táctil como de memoria fueron satisfactorios.

Auto cuidado: Le favoreció para fortalecer su autoestima.

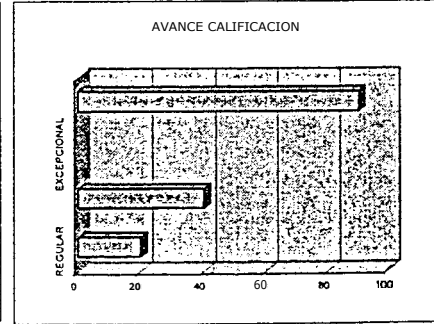
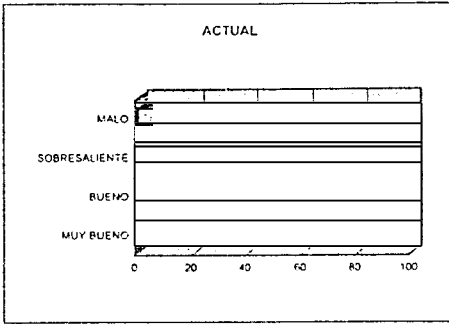
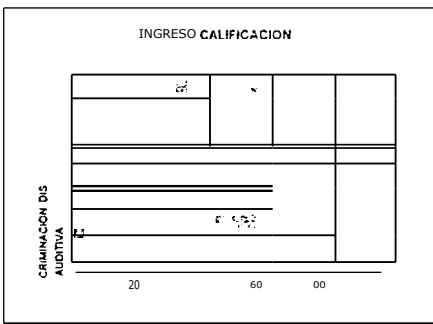
AREA SOCIAL



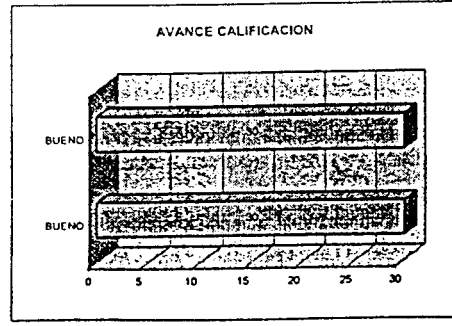
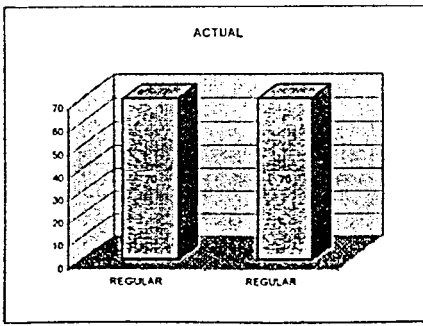
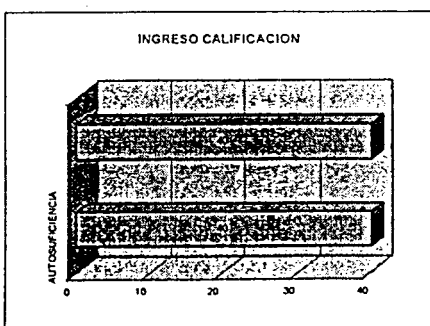
CONDUCTAS BASICAS



REPERTORIOS SENSORIALES



CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO



Comentario del caso I.

Los resultados que observamos nos muestran como la niña fue construyendo su aprendizaje en cuanto a lograr los objetivos que nos planteamos, los mismos que fueron desarrollados y asimilados de forma progresiva y de acuerdo a sus características personales.

Toda la actividad tuvo un efecto reproductor tanto en lo personal al aumentar su autoestima, como en su relativa auto independencia personal. Su aprendizaje no se circunscribió a la actividad misma, sino, se hizo extensible a su desarrollo personal y social

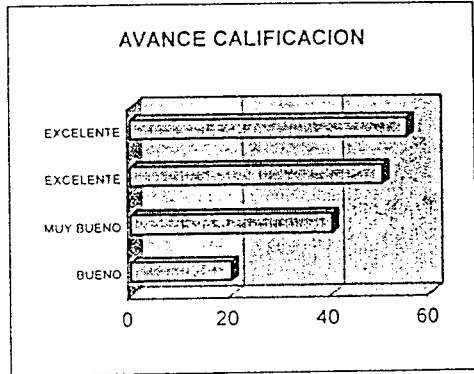
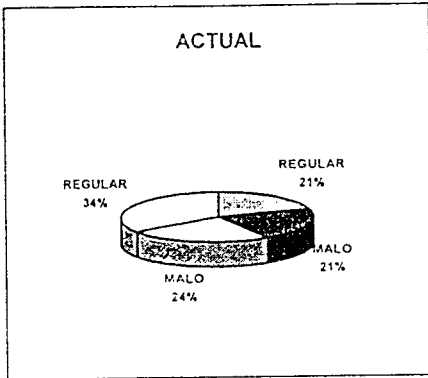
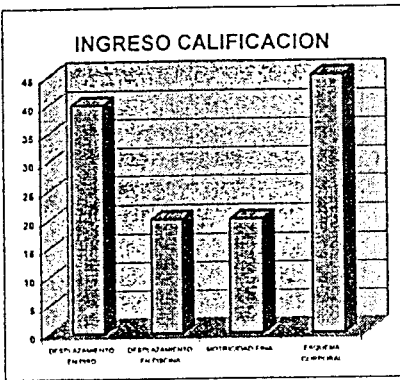
Conclusión

En conclusión los resultados del trabajo dirigido, para el logro de los objetivos propuestos, en el caso 1, fueron, ampliamente satisfactorios, al haber alcanzado promedio elevado, por la construcción del aprendizaje conseguido por la niña en el ámbito de sus relaciones y actividades sociales en el trabajo en piscina.

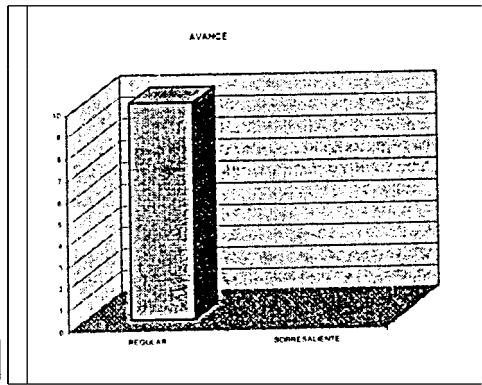
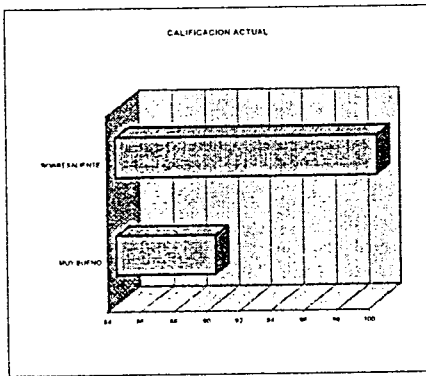
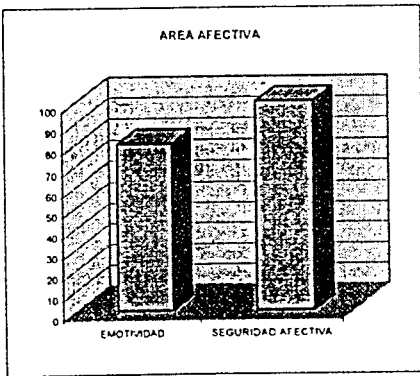


CASO 1.-

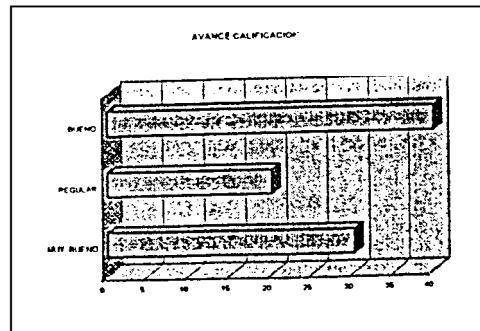
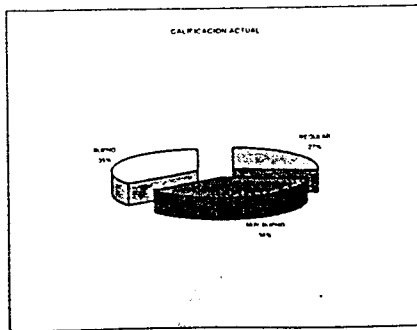
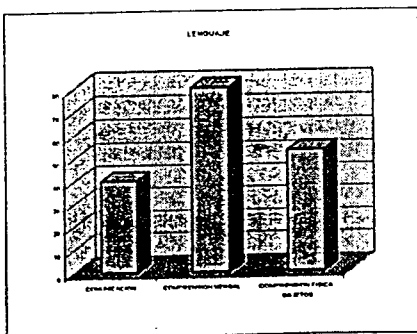
AREA MOTRIZ



AREA AFECTIVA



LENGUAJE



CASO 2

11 EM: INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Arca Motriz:

Desplazamiento en piso	60	BUENO	60		SIN AVANCE
Desplazamiento en piscina	10	MALO	70	60	EXCELENTE
Motricidad fina:	10	MALO	30	20	REGULAR
Esquema corporal :	05	MALO	10	05	REGULAR

En los items correspondientes a esta área encontramos en:

Motricidad gruesa:

- a) Desplazamiento en piso se mantuvo al egreso como al principio;
- h) Desplazamiento en piscina, tuvo un aprendizaje ascendente y observamos reacción favorable, comenzó a desplazarse con relativa seguridad y participando activamente.

Motricidad fina: Responde a ordenes simples, cuando se le ofrece la tabla o se le muestra las manos o se la pone frente a las escupideras y se le dice agarra, obtenemos una respuesta favorable cogiendo o agarrando. Se sostiene de las escupideras. como ser: ven, dame, toma, agarra, vamos, favoreciendo su comprensión con actitudes objetivas como ser agarrar la tabla o dar la mano,

Esquema corporal: No tiene consciencia de esquema corporal.

ITEM	INGRESO	CALIFICACION	ACTUAL	AVANCE	CALIFICACION
------	---------	--------------	--------	--------	--------------

Área Afectiva:

Emotividad	40	REGULAR	80	40	MUY BUENO
Seguridad afectiva	60	BUENO	80	20	REGULAR

Pese a su apatía aumentaron sus manifestaciones emotivas, como disgusto y alegría sobre todo cuando percibía que la temperatura del ama no estaba de su agrado, el acercamiento que tuvo a través de la demanda de seguridad, amor, refuerzo social, protección, fueron dándose a través de un lenguaje muy personal, llamando la atención con diversas expresiones al demandar la seguridad, saliendo del aislamiento que manifestaba al principio.

ENTENA	INGRESO	CALIFICACION	ACTUAL	AVANCE	CALIFICACION
--------	---------	--------------	--------	--------	--------------

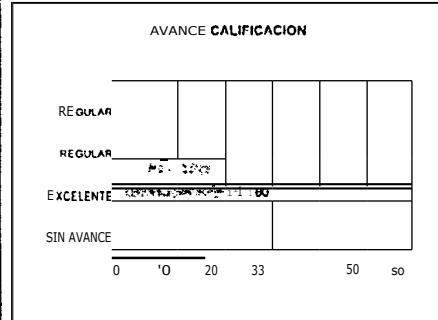
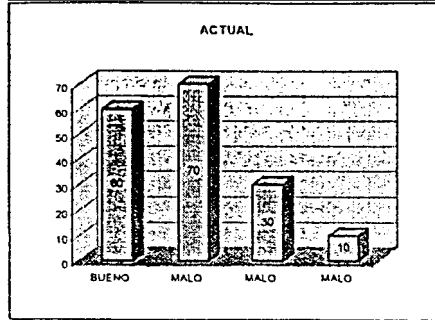
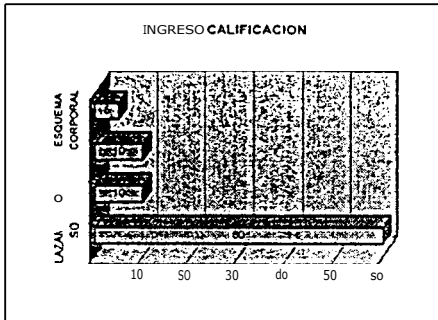
Lenguaje

Comunicación:	0	PESIMO	30	30	BUENO
Comprensión verbal	0	PESIMO	40	40	MUY BUENO
Comprensión física: objetos	0	PESIMO	07	07	REGULAR

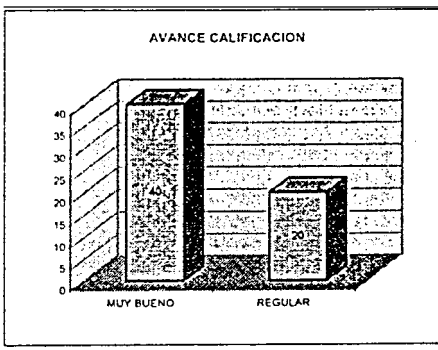
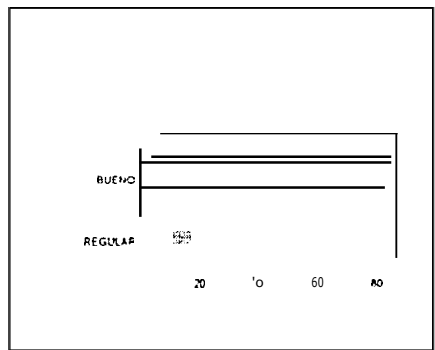
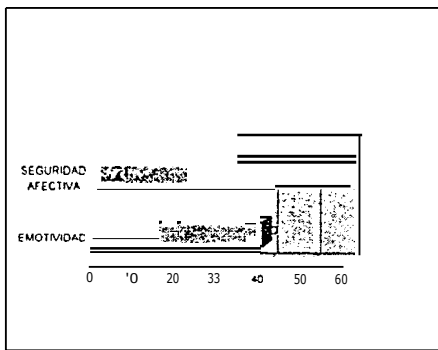
Manifestó relativa comprensión al seguir ordenes simples con relación a la actividad, o al voltear la cabeza, cuando se la llamaba por su nombre, inició comunicación con un lenguaje incipiente como vocales sueltas, sonidos guturales, gritos, con los cuales se expresaba para llamar la atención. Demostró señales de interés frente a los estímulos que se fueron dando, con relación a la actividad, tales como reconocer la malla.

CASO 2

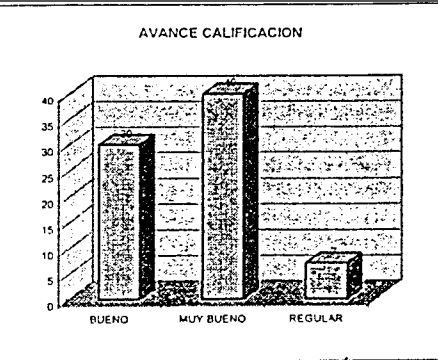
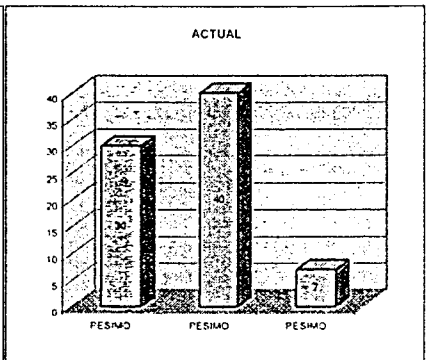
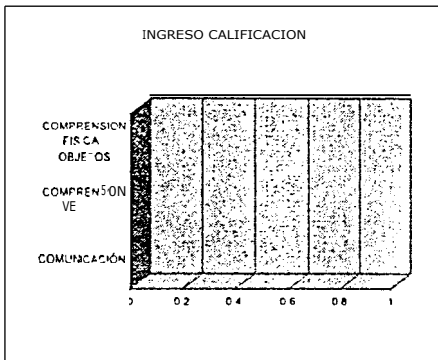
AREA MOTRIZ



AREA AFECTIVA



LENGUAJE



INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Área Social

Socialización	7	MALO	60	53	MUY BUENO
---------------	---	------	----	----	-----------

Conductas basicas:

Imitación	0	MALO	10	10	REGULAR
Seguimiento de instrucciones	0	PESIMO	50	50	MUY BUENO
Atención	40	REGULAR	60	20	REGULAR

Repertorios sensoriales:

Discriminación auditiva	0	PESIMO	40	40	BUENO
Discriminación visual	20	MALO	60	40	BUENO
Discriminación táctil	60	BUENO	80	20	REGULAR
Memoria visual	0	PESIMO	40	40	BUENO

Conductas de autocuidado:

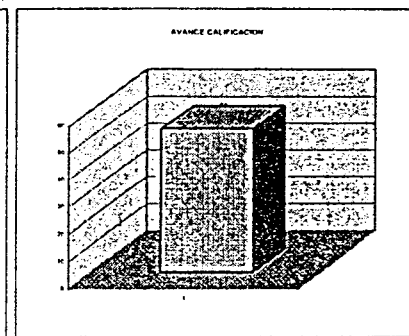
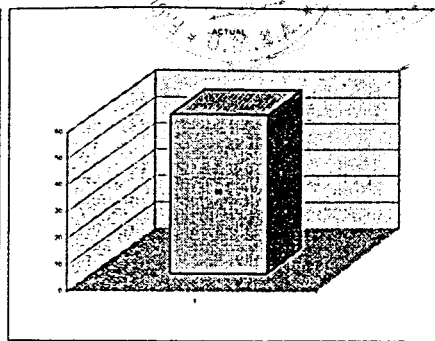
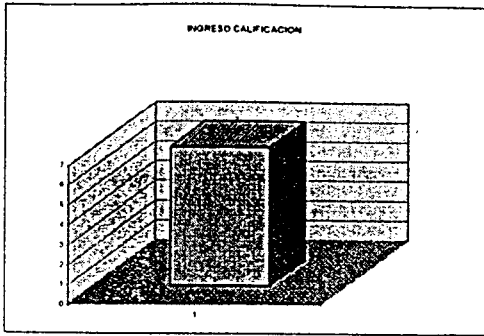
Autosuficiencia	09	MALO	14	05	REGULAR
Autoestima	09	MALO	14	05	REGULAR

Socialización: De acuerdo a los resultados vemos objetivamente que salió de su apatía al exteriorizar sus emociones_

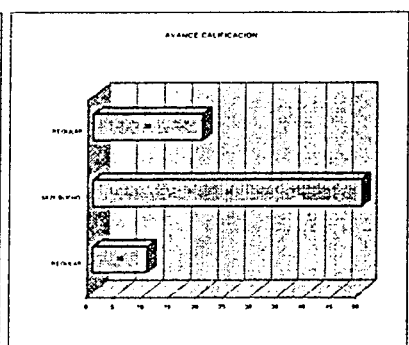
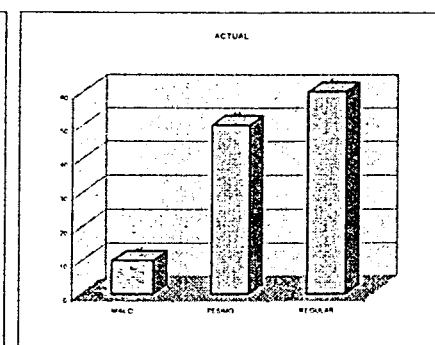
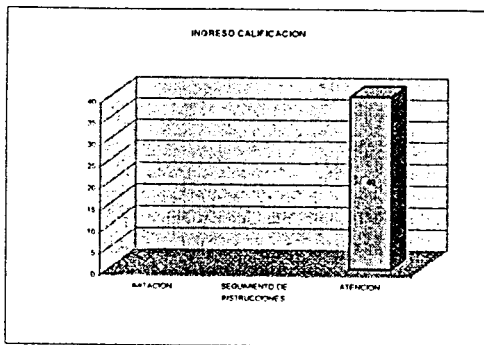
Conductas básicas: Conducta imitativa aún es incipiente, pero hubo respuestas a las instrucciones que se le iban impartiendo, en cuanto a su atención, existe contacto ojo a ojo y visual, con las personas del entorno y con las cosas o actividades que le llaman la atención; los repertorios de discriminación visual, auditiva, táctil , muestra que hubo respuestas con relación a la actividad tales como, escuchar su nombre, obedecer ordenes simples, reconocer a la terapeuta, el agua, la comida y percibir diferentes sensaciones. En cuanto a la memoria visual, con relación a la actividad dio señales de una respuesta favorable.

Conductas de auto cuidado: Desarrolló lo más básico.

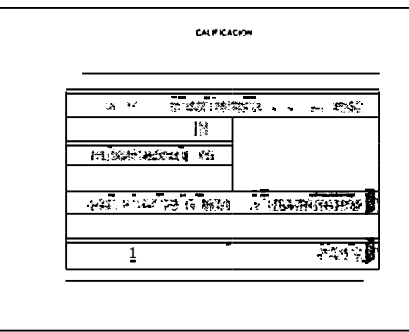
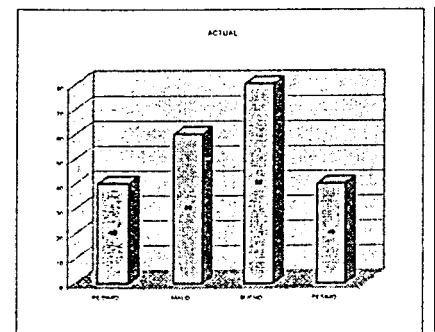
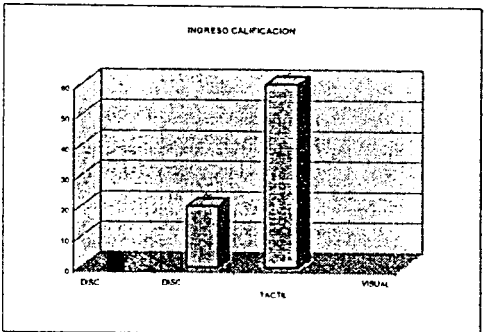
AREA SOCIAL



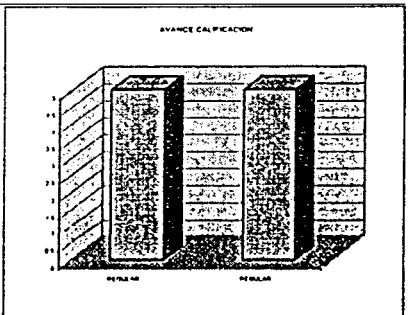
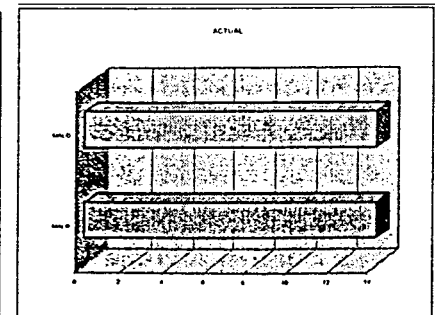
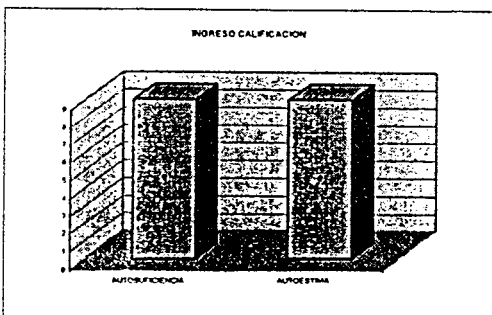
CONDUCTAS BASICAS



REPERTORIO SENSORIALES



CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO



Comentario del caso 2.

Dadas las características y por análisis que se hizo, encontramos que fue beneficioso incorporarla a la actividad, para la construcción de su aprendizaje de forma recreativa. Tuvo respuestas que posiblemente en otro ambiente no se hubieran dado, como ser, el discriminar ambientes y situaciones, el que haya establecido un control de esfínteres, y control de conductas inapropiadas como la coprofagia.

Conclusión

En conclusión, los resultados del trabajo dirigido, para el logro de los objetivos propuestos en el caso 2, son satisfactorios, dadas sus características y al haber rebazado la expectativa previa.

ANEXOS

2.- Caso

Desarrollo integral de la psicomotricidad

MOTRICIDAD

Movimientos y coordinaciones generales; puede:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
<u>1 Caminar</u>	+			+		
<u>2 Correr</u>	+			+		
3 Marchar		-			-	
5 <u>Saltar</u>					-	
7 <u>Lanzar (objetos)</u>	+			+		
8 <u>Equi brarse</u>	+		+			+
<u>9 Subir escaleras</u>	+		+	+		+
<u>10 Bajar escaleras</u> -	+		+	+		+
	6	4		6	4	

En el agua: puede:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
2 Caminar		-		+		
3 <u>Caminar de puntas</u>	+			+		
4 Caminar de talones		-			-	
5 <u>Saltar</u>		-		+		+
6 Bajar escaleras		-			-	
<u>7 Subir escaleras</u>		-		+		+
<u>8 Moviliza m/superiores</u>		-		+		
<u>9 Moviliza m/inferiores</u>		-			-	
10 <u>Movilizar c/miembros juntos</u>		-			-	

Motricidad fina; puede:

	N	c/a	u	N	c/a
1 Desabrochar					
2 Desamarrar					
3 Amarrar					
4 Sacarse alguna p/vestir					
5 Ponerse alguna p/vestir					
6 Sostener tabla c/manos					
7 Agarrar la tabla			+		
8 Sujetar el salvavidas					
Agarrarse manos/terape	+				
10 Agarrarse d/escupidera			+		
	1	9		3	7

Esquema corporal

Indica las partes del cuerpo propio:

	Ingreso		Actual		
	N	c/mo	S	N	c/mo
1 Cabeza					
2 Tronco					
3 Extremidades inferiores					
5 Brazos					
6 Pies			+		
7 Cabellos					
9 Boca					
10 Nariz					
11 Orejas					
12 Cuello					
13 Hombros					
14 Manos			+		
15 Dedos de la mano					
16 Pecho					
17 Espalda					
18 Estómago (barriga)					
19 Piernas					
20 Dedos del pie					
	1	19		18	

AFECTIVIDAD

La niña:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
<u>1 Se asusta ante lo desconocido</u>	+		+	
<u>2 Tiene miedo</u>	+		+	
<u>3 Demanda protección</u>	+		+	
<u>4 Aumenta demanda de amor y seguridad</u>			+	
5 Demanda refuerzo social			+	
<u>6 Sonríe</u>				
<u>7 Manifiesta alegría</u>			+	a/veces
8 Manifiesta disgusto			+	
9 Manifiesta conducta ludica			+	
<u>10 Manifiesta apatía</u>	+			-
	4	6		

Seguridad afectiva:

	S		N	
	S	N	S	N
<u>1 Permite el acercamiento</u>	+		+	
<u>2 Permite el contacto piel a piel</u>	+		+	
<u>3 Recibe manifestaciones de afecto</u>	+		+	
4 Acepta manifestaciones de afecto		-	+	
<u>5 Responde a manifestaciones d/afecto</u>		-		
			4	1

LENGUAJE COMUNICACIÓN

Tiene o emite:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Llorar	-	-	-	-
2 Vocaliza a/situaciones placenteras	-	-	+	-
3 Sonidos bocales o guturales	-	-	+	-
4 Ha gestos p/mostrar lo que quiere	-	-	-	-
5 Gorjeos	-	-	-	-
6 Grita para llamar la atención	-	-	+	-
7 Una palabras	-	-	-	-
8 Dos	-	-	-	-
9 Tres o más	-	-	-	-
10 Oraciones cortas	-	-	-	-
		10		

Comprensión verbal; puede:

	S	N	S	N
1 Discriminar su nombre	-	-	-	-
2 Discriminar a la terapeuta	-	-	-	-
3 Discriminar nombre d/sus compañeros	-	-	-	-
4 Reconocer a personas por su nombre	-	-	-	-
5 Entiende órdenes (simples)	-	-	+	-
				3

Reconocimiento físico; objetos:

	N	S	N
1 Bolso	-	-	-
2 Malla	-	-	-
3 Salvavidas	-	-	-
4 Toalla	-	-	-
5 Jaboncillo	-	-	-
6 Chompa	-	-	-
7 Blusa	-	-	-
8 Camisa	-	-	-
9 Polera	-	-	-
10 Pantalón	-	-	-
11 Falda	-	-	-
12 Vestido	-	-	-
13 Calzón	-	-	-
14 Medias	-	-	-
15 Zapatos	-	-	-

SOCIALIZACIÓN

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Se integra al grupo				
2 Participa en la actividad				
3 Guarda limites				
4 Demuestra afecto				
5 <u>Juega en el agua</u>				
6 Demuestra sus emociones				
7 <u>Acepta el contacto físico</u>	+		+	
8 <u>Ríe</u>				
9 <u>Sonríe a personas conocidas</u>				
10 <u>Adquirió</u> hábitos d/la vida diaria				
11 Manifiesta <u>alegría</u>			+	
12 <u>Explora lo que esta a su alcance</u> .				
13 <u>Le gusta bañarse (piscina)</u> -				
15 Imita a los del entorno				
	1	14	9	6

CONDUCTAS BÁSICAS

IMITACIÓN

A través de modelo; imita:

	N	S	N
<u>1</u> Desvestirse			
<u>2</u> Ducharse			
<u>3</u> Alzar las manos			
<u>4</u> Rajar			
<u>5</u> Enjabonarse			
<u>6</u> Agacharse			
<u>7</u> Agitar las manos		+	
<u>9</u> Movilizar miembros superiores			
<u>10</u> Movilizar miembros inferiores			
	10	1	9

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

Obedece instrucciones simples y compuestas; como:

	S	N	N
<u>1</u> No			+
<u>2</u> Ven			+
<u>3</u> Dame			+
<u>4</u> Toma			-
<u>5</u> Deja			+
<u>6</u> Sube			
<u>7</u> Baja			-
<u>8</u> Pon			-
<u>9</u> Lleva			
<u>10</u> Trae			
<u>11</u> Dame la mano (pie)			-
<u>12</u> Agarra la bolsa			-
<u>13</u>			
<u>14</u> Súbete el pantalón			
<u>15</u> Ven vamos al baño			-
<u>16</u> Sube (baja) las gradas			
<u>17</u> Trae la toalla			-
<u>18</u> Dame el zapato			
<u>19</u> Agarrate de mi mano			
<u>20</u> Cierra la puerta			-
	20	5	15

CONDUCTAS DE ATENCIÓN

Establecer conductas de atención a través de:

	Ingreso		Actual	
	N	S	N	S
1 Ojo a ojo	+		+	
2 Seguimiento de instrucciones	-			
3 Imitación	-			
4 Fijación visual				
5 Seguimiento visual de estímulos	--		+	
	2			

Repertorios discriminativos;

Discriminación auditiva:

	S		
1 Escucha su nombre	-		+ t/alto
2 Se vuelve al escuchar su nombre	-		
3 Obedece ordenes	-		+
4 Voltea hacia los sonidos	-		-
5 Entiende palabras sueltas	-		-
	5		

Discriminación visual; ubica a la (al):

	N	S	N-
1 Terapeuta			
2 Salvavidas			
3 Agua			
4 Ducha			-
5 Comida		+	
	1	4	2

Discriminación táctil; discrimina el (lo):

	<u>S</u>	<u>N</u>	<u>S</u>	<u>N</u>
1 Agua				
2 Frió				
3 Caliente				
5 Texturas				
	3	2	4	1

Memoria visual; en relación a la actividad de la piscina:

	Ingreso		Actual	
	<u>S</u>	<u>N</u>	<u>S</u>	<u>N</u>
1 Recuerda sitios (lugares)				
3 Recuerda <u>objetos</u>				
3 Reconoce su espacio				
4 Reconoce sus <u>objetos</u>				
5 Reconoce el espacio <u>piscina)</u>				

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
1 <u>Ayudar a vestirse</u>		=		+		
2 <u>Vestirse solo</u>		-			=	
3 <u>Desvestirse</u>		-			=	
4 <u>Comer en la mesa</u>	+			+		
5 <u>Comer solo</u>	+			+		
6 <u>Controlar</u>						
7 <u>Avisa c/g ir al baño</u>		-			=	
8 <u>Avisar c/esta mojado</u>		-			=	
9 <u>Puede ir solo al baño</u>					=	
10 <u>Abrir el grifo</u>		-			=	
11 <u>Cerrar el grifo</u>		-			=	
12 <u>Lavarse las manos</u>					=	
13 <u>Lavarse la cara</u>					=	
14 <u>Secarse las manos</u>					=	
15 <u>Secarse la cara</u>					=	
16 <u>Sonar la nariz</u>					=	
17 <u>Pedir se/le limpie nariz</u>					=	
18 <u>Limpiarse la nariz</u>					=	
19 <u>Sacarse los zapatos</u>					=	
20 <u>Amarrarse los zapatos</u>					=	
21 <u>Desamarrarse los zapatos</u>					=	
	2	19		3	18	

ANEXO

3.- Caso

Desarrollo integral de la psicomotricidad

MOTRICIDAD

Movimientos y coordinaciones generales; puede:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
1 Caminar	+			+		
2 Correr	+			+		
3 Marchar	+			+		
4 Trotar		-		+		
5 Saltar		-		+		
6 Trepar		-		+		
7 Lanzar (objetos)	+			+		
8 Equilibrarse				+		
				+		
	7	3		10		

En el agua; puede:

	N	c/a			
			S	N	c/a
1 Dar pasos	-		+		
2 Caminar	-		+		
3 Caminar de puntas	-				
4 Caminar de talones	-				
5 Saltar	-		+		
6 Bajar escaleras	-				
7 Subir escaleras -	-		+		
8 Moviliza m/superiores	-		+		
9 Moviliza m/inferiores			+		
10 Movilizar c/miembros	-		+		
	10		8		

Motricidad fina; puede:

	S	N	c/a	S	N	c/a
1 <u>Desabrochar</u>		=				
2 <u>Desamarrar</u>		-			-	
3 <u>Amarrar</u>		-			-	
4 <u>Sacarse alguna p/vestir</u> +				+		
5 <u>Ponerse alguna p/vestir</u>						
6 Sostener tabla c/manos		-			=	
7 <u>Aqarrar</u> la tabla		-		+		
8 <u>Sujetar</u> el salvavidas		-		+		
9 <u>Aqarrar manos/terape</u> +				-		
10 <u>Aqarrarse de la escupidera</u>		-		+	-	
		8		6	4	

Esquema corporal

Indica las partes del cuerpo propio:

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/mo	S	N	c/mo
1 Cabeza _____						
2 Tronco						
3 Extremidades inferiores ..						
4 Cara						
Brazos						
6 Pies						
7 Cabellos						
9 Eoca				+		
10 Nariz				+		
11 <u>Orejas</u>						
12 Cuello						
13 Hombros						
14 Manos				+		
15 Dedos de la mano						
16 Pecho _____						
17 <u>Espalda</u>						
18 <u>Estómago (barriqa)</u>						
19 Piernas						
20 <u>Dedos del pie</u> _____						
	2	18		7	13	

AFFECTIVIDAD

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 <u>Se asusta ante lo desconocido</u> - -	+		+	
2 <u>Tiene miedo</u>	+		+	
3 <u>Espera protección</u> - - - -	+		+	
4 <u>Aumenta demanda d/amor y seguridad</u> -	+		+	
			+	
7 <u>Manifiesta alegría</u> - - - - -		-	+	
8 <u>Manifiesta disgusto</u> - - - - -	+		+	
9 <u>Manifiesta conducta ludica</u> - -		-	+	
10 <u>Manifiesta apatía</u>		-		
	5	5	9	1

Seguridad afectiva:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 <u>Permite el acercamiento</u> - - - -	+		+	
2 <u>Permite el contacto piel a piel</u> -	+		+	
3 <u>Recibe manifestaciones de afecto</u>	+		+	
4 <u>Acep manifestacio de afecto</u>		-	+	
5 <u>Responde a manifestaciones de afecto</u>		-	+	
	3	2	5	

LENGUAJE COMUNICACIÓN

Tiene o emite:

	Ingreso		Actual	
	N	S	N	S
1 <u>Llora</u>	+	+	+	+
2 <u>Vocaliza</u> a/situaciones placenteras	-	-	+	+
3 <u>Sonidos</u> bocales o guturales	+	+	+	+
4 <u>Hace gestos</u> p/mostrar lo que quiere	-	-	+	+
5 <u>Gorjeos</u>	+	+	+	+
6 <u>Grita</u> para llamar la atención	+	+	+	+
7 <u>Una</u> palabras	-	-	+	+
8 <u>Dos</u>	-	-	+	+
9 <u>Tres o más</u>	-	-	+	+
10 <u>Oraciones</u> cortas	-	-	-	-
	4	6	9	1

Comprensión verbal; puede:

	N	S	N
1 <u>Discriminar</u> su nombre	-	+	-
2 <u>Discriminar</u> a la terapeuta	-	+	-
3 <u>Discriminar</u> nombre d/sus compañeros	-	-	-
4 <u>Reconocer</u> a personas por su nombre	-	-	-
5 <u>Entiende</u> órdenes (simples)	+	+	-
	1	4	3

Reconocimiento físico; objetos:

	N	S	N
1 <u>Bolso</u>	-	+	-
2 <u>Malla</u>	-	+	-
3 <u>Salvavidas</u>	-	+	-
4 <u>Toalla</u>	-	+	-
5 <u>Jaboncillo</u>	-	+	-
6 <u>Chompa</u>	-	+	-
7 <u>Blusa</u>	-	-	-
8 <u>Camisa</u>	-	-	-
9 <u>Folera</u>	-	-	-
10 <u>Pantalón</u>	-	+	-
11 <u>Falda</u>	-	-	-
12 <u>Vestido</u>	-	-	-
13 <u>Calzón</u>	-	+	-
14 <u>Medias</u>	-	+	-
15 <u>Zapatos</u>	-	+	-
	15	10	5

SOCIALIZACIÓN

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Se integra al grupo		-	+	
2 Participa en la actividad			+	
3 Guarda límites		-		-
4 Demuestra afecto		-	+	
5 Juega en el agua		-	+	
6 Demuestra sus emociones	+		+	
7 Acepta el contacto físico	+		+	
8 Ríe		-	+	
9 Sonríe a personas conocidas		-	+	
10 Adquirió hábitos de la vida diaria	+		+	
11 Manifiesta alegría		-	+	
12 Explora lo que está a su alcance		-	+	
13 Le gusta bañarse (piscina)			+	
14 Observa a los del entorno		-	+	
15 Imita a los del entorno				
	3	12	13	

CONDUCTAS BÁSICAS

IMITACIÓN

A través de modelo; imita:

	N	S	N
1 Desvestirse		+	
2 Ducharse	-	+	
3 Alzar las manos	-		-
4 Bajar las manos	-		-
5 Enjabonarse			
6 Agacharse			
7 Agitar las manos	-	+	
8 Vestirse	-		-
9 Movilizar miembros superiores	-	+	
10 Movilizar <u>miembros inferiores</u>	-		-
	10	4	6

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

Obedece instrucciones simples y compuestas; como:

	N	S	N
1 Ven	-	+	
2 Dame	-	+	
3 Toma	-	+	
4 Agarra		+	
5 Deja		+	
		+	
7 Baja	-	+	
8 Pon	-	+	
9 Lleva	-	+	
10 Trae	-	+	
11 Dame la mano (<u>pie</u>)	-	+	
12 <u>Agarra</u> la bolsa	-	+	
13 <u>Bájate</u> el pantalón	-	+	
14 <u>Súbete</u> el <u>pantalón</u>	-	+	
15 Ven vamos al <u>baño</u>		+	
16 Sube (baja) las gradas	-	+	
17 Trae la toalla	-	+	
18 Dame el zapato	-	+	
19 <u>Agarrate</u> de mi mano	-	+	
20 Cierra la puerta	-	+	
	20	20	

CONDUCTAS DE ATENCIÓN

Establecer conductas de atención a través de:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 <u>Ojo a ojo</u>	+		+	
2 <u>Seguimiento de instrucciones</u>		-	+	
3 <u>Imitación</u>		-	+	
4 <u>Fijación visual</u>	+		+	
5 <u>Seguimiento visual de estímulos</u>	+		+	

Repertorios **discriminativos**;

Discriminación auditiva:

	S	N	S	N
1 <u>Escucha su nombre</u>			+	
2 <u>Se vuelve al escuchar su nombre</u>			+	
3 <u>Obedece ordenes</u>			+	a/veces
4 <u>Voltea hacia los sonidos</u>				-
5 <u>Entiende palabras sueltas</u>			+	
			4	1

Discriminación visual; ubica a la (a1):

	S	N	S	N
1 <u>Terapeuta</u>				N
2 <u>Salvavidas</u>				
3 <u>Agua</u>			+	-
4 <u>Ducha</u>			+	
5 <u>Comida</u>	+			
	1	4		

Discriminación táctil; discrimina el (lo):

	N	S	N
1 <u>Aqua</u>			
2 <u>Frió</u>			
3 <u>Caliente</u>		+	
4 <u>Agradable</u>	+		
5 <u>Textura</u>			
	5	5	

Memoria visual; en relación a la actividad de la piscina:

	Ingreso		Actual	
	S	N	S	N
1 Recuerda sitios (<u>lugares</u>)		-	+	
3 <u>Recuerda objetos</u>		-	+	
3 <u>Reconoce su espacio</u>		-	+	
4 <u>Reconoce sus objetos</u>		-		
5 <u>Reconoce el espacio (piscina)</u>		-	±	
		5	4	

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

	Ingreso			Actual		
	S	N	c/a	S	N	c/a
<u>1 Ayudar a vestirse</u>		=		+		
<u>2 Vestirse solo</u>		=			=	
<u>3 Desvestirse</u>		-		+		
<u>4 Comer en la mesa</u>				+		
<u>5 Comer solo</u>	+			+	-	
<u>6 Controlar esfínteres</u>	+			+		
<u>7 Avisar c/q ir al bao</u>	+			+		
<u>8 Avisar c/esta mojado</u>	+			+		
<u>9 Puede ir solo al baño</u>		-		+		
<u>10 Abrir el grifo</u>		-		+		
<u>11 Cerrar el grifo</u>		-		+		
<u>12 Lavarse las manos</u>		=		+		
<u>13 Lavarse la cara</u>		-			=	
<u>14 Secarse las manos</u>		-			=	
<u>15 Secarse la cara</u>		-			=	
<u>16 Sonar la nariz</u>		-		+		
<u>17 Pedir se/limpie la nariz</u>		-		+		
<u>18 Limpiarse la nariz</u>		-			-	
<u>19 Sacarse los zapatos</u>	+			+		
<u>20 Amarrarse los zapatos</u>		-			-	
<u>21 Desamarrarse los zapatos</u>		-			-	
	6	15		14	7	

CASO 3

ITEM:	INGRESO	CALIFICACION ACTUAL	AVANCE	CALIFICACION
Area Motriz:				
Desplazamiento en piso	70	MUY BUENO	100	30 BUENO
Desplazamiento en piscina	0	PESIMO	90	90 SOBRESALIENTE
Motricidad fina:	20	MALO	70	50 MUY BUENO
Esquema corporal :	10	MALO	55	45 MUY BUENO

En lo correspondiente a esa área encontramos en:

Motricidad gruesa:

- a) Desplazamiento en piso: tiene motricidad bastante desarrollada y estable, tiene equilibrio muy bueno y seguridad.
- b) Desplazamiento en piscina: adquirió seguridad para esa actividad, logrando mayor independencia y dominio de los implementos de ayuda para la natación (salvavidas).

Motricidad fina: tuvo desarrollo favorable al haber respuestas a las instrucciones que se le impartían, tanto cuando eran ordenes simples como complejas para agarrar o sostener objetos propios de la actividad.

Esquema corporal: Aun está en la construcción de su aprendizaje.

ITEM INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Área Afectiva:

Emotividad	50	BUENO	90	40	BUENO
Seguridad afectiva	60	BUENO	100	40	BUENO

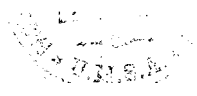
Participó activamente no sólo físicamente, sino también emotivamente, manifestando a través de sus emociones el placer o displacer de la actividad o la demanda de atención y seguridad, desarrollando así su afectividad de acuerdo a los estímulos y necesidades.

ITEM INGRESO CALIFICACION ACTUAL AVANCE CALIFICACION

Lenguaje

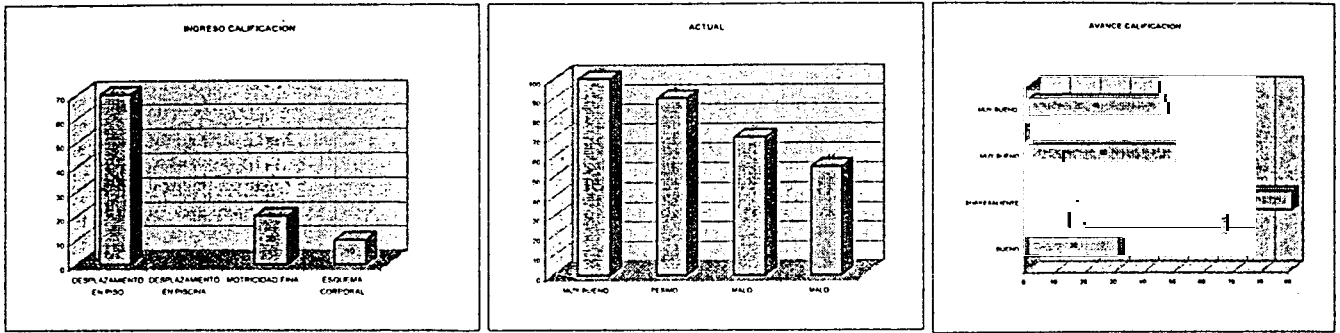
Comunicación:	40	REGULAR	90	50	MUY BUENO
Comprensión verbal	20	MALO	go	60	MUY BUENO
Comprensión física: objetos	O	PESIMO	66	66	EXCELENTE

Su comprensión y comunicación tuvieron y siguen en franco desarrollo, habiendo establecido una comunicación propia y el desarrollo de varias palabras sueltas, sobre todo frente a sus necesidades. Esta actividad es bastante apreciada porque reconoce los verbos que se utilizan para realizar la misma y los implementos que se van a usar, discrimina la mayoría de los elementos, objetos y actitudes con relación a la actividad.

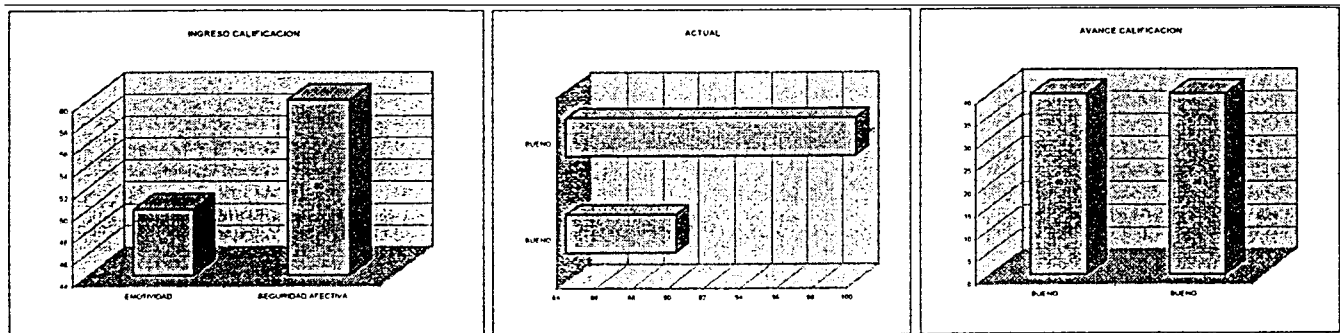


CASO 3

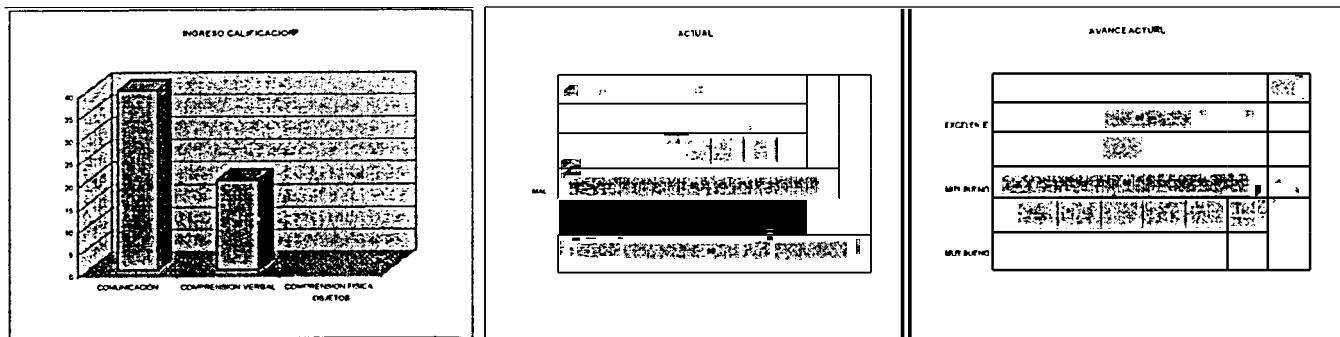
AREA MOTRIZ



AREA AFECTIVA



LENGUAJE



ITEM	INGRESO	CALIFICACION ACTUAL		AVANCE	CALIFICACION
Area Social					
Socialización	20	MALO	86	66	EXCELENTE
Conductas básicas:					
Imitación	0	PESIMO	60	60	BUENO
Seguimiento de instrucciones	0	PESIMO	1(X)	100	SOBRESALIENTE
Mención	60	BUENO	100	40	BUENO
Repertorios sensoriales:					
Discriminación auditiva	0	PESIMO	80	80	EXCELENTE
Discriminación visual	20	MALO	100	80	EXCELENTE
Discriminación táctil	100	SOBRESALIENTE	100		EXCEPCIONAL
Memoria visual	0	PESIMO	80	80	EXCELENTE
Conductas de autocuidado:					
Autosuficiencia	30	MALO	60	30	BUENO
Autoestima	30	MALO	60	30	BUENO

Socialización: Interactúa con el grupo y el entorno, este ítem favoreció sus expresiones y sobre todo la manifestación espontánea de afecto como: alegría y frustración ante los distintos estímulos del entorno que va percibiendo donde interactúa activamente, favoreciendo su adaptación, aun no guarda límites en relación a sus fijaciones, por ejemplo el contemplar el vaivén de las puertas.

Conductas básicas: hay un franco desarrollo, aunque todavía la imitación está en proceso de aprendizaje, en cuanto a instrucciones simples y complejas, hay una respuesta positiva desarrollando aun más su comprensión ya que no solo se limita a la actividad. Existe un contacto visual directo, respondiendo a estímulos recibidos. Los repertorios de discriminación auditivo, visual, táctil y de memoria tienen un desarrollo progresivo.

Auto cuidado: Le favoreció para el desarrollo de su independencia personal.

Comentario del caso 3

Demuestra inclinación por esta actividad, se observó un franco desarrollo en las conductas básicas y perceptivas, de igual manera implementó su lenguaje, comunicación y comprensión

