

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**“DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS
CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON DISCAPACIDAD
MENTAL”**

Por

Anaité Saraí Hernández Jiménez de Díaz

Guatemala, junio 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS
CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON DISCAPACIDAD
MENTAL”

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

POR

ANAITE SARAI HERNÁNDEZ JIMÉNEZ DE DIAZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO 2006

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquin
DIRECTORA

Licenciado Helvin Velásquez Ramos, M.A.
SECRETARIO

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
Doctor René Vladimir López Ramírez
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Estudiante Brenda Julissa Chamán Pacay
Estudiante Edgar Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
Av. Avenida 9-15, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 1440-2002
CODIPs. 1103-2006

De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación

29 de junio de 2006

Estudiante

Anaité Saraí Hernández Jiménez de Díaz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUARTO (4º) del Acta TREINTA Y TRES GUIÓN DOS MIL SEIS (33-2006) de sesión celebrada por el Consejo directivo el 29 de junio de 2006, que copiado literalmente dice:

"CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON DISCAPACIDAD MENTAL" de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

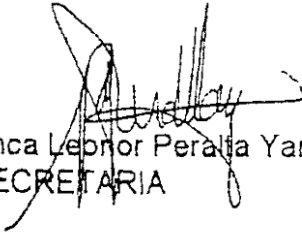
ANAITÉ SARAÍ HERNÁNDEZ JIMÉNEZ DE DÍAZ

CARNÉ 1998-18185

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Silvia Guevara de Beltón y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Lepor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Gladys



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

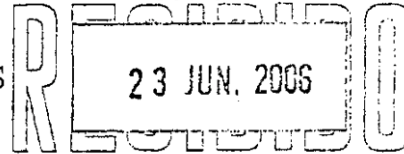
CIEPs. 35-2006
REG. 1140-2002

Guatemala, 16 de mayo de 2006

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Firma: *[Signature]* hora: 15:23 registro: 1140-02

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

“DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON DISCAPACIDAD MENTAL”

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Anaité Sarai Hernández Jiménez de Díaz

199818185

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA / edr





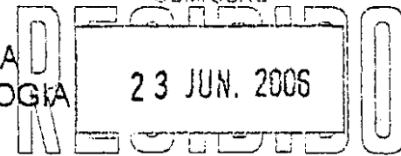
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usnc.edu.gt

CIEPs. 36-2006

Guatemala, 16 de mayo de 2006

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *MGA* hora: 15:20 Registro: 1170-02

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

"DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON DISCAPACIDAD MENTAL"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Anaité Saraf Hernández Jiménez de Díaz

199818185

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Marcos García Enríquez
LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

MAGE / edr



Guatemala 24 de agosto de 2005

**Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala**

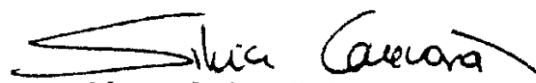
Licenciada Luna:

Atentamente hago de su conocimiento que tuve a la vista el Informe Final de Investigación titulado *-Desarrollo Cognoscitivo y emocional de los niños y niñas ciegos y deficientes visuales con retraso mental, que asisten a una institución semiprivada de la ciudad capital-* realizado por la estudiante **Anaité Sarai Hernández Jiménez de Díaz**, carné número 199818185.

El trabajo mencionado llena los requisitos necesarios establecidos, por lo que doy mi aprobación, para que este pueda ser ingresado al departamento de investigación.

Sin otro en particular me despido atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Silvia Guevara de Beltrón
Asesora de Tesis
Colegiado No. 5,027

Licda. Silvia G. de Beltrón
PSICOLOGA
Colegiado No. 5,027



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

c.c: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg.1440-2002

CODIPs. 1074-2005
De aprobación de proyecto de Investigación

08 de julio de 2005

Estudiante
Anaité Saraí Hernández Jiménez de Díaz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Hernández Jiménez de Díaz:

Transcribo a usted el Punto CUARTO (4º) del Acta TREINTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL CINCO (37-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 17 de junio de 2005, que literalmente dice:

"CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: **"DESARROLLO COGNOSCITIVO Y EMOCIONAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS CIEGOS Y DEFICIENTES VISUALES CON RETRASO MENTAL QUE ASISTEN A UNA INSTITUCIÓN SEMIPRIVADA DE LA CIUDAD CAPITAL"**, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

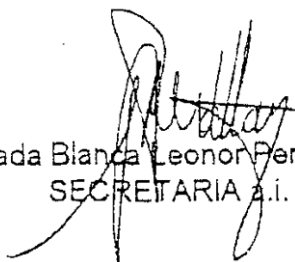
ANAITÉ SARAÍ HERNÁNDEZ JIMÉNEZ DE DÍAZ


CARNÉ No. 1998-18185

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN** y nombrar como asesora a la Licenciada Silvia Elizabeth Guevara Lucas y como revisor al Licenciado Marco Antonio García Enríquez."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys



COMITÉ PROCIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA

9a. Calle 3-07, Zona 1. Tel. PBX: (502) 2251-9555, Fax: (502) 2230-3606 - Guatemala, Centro América.
E-Mail: comite@concyt.gob.gt

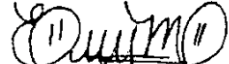
- GUATEMALA**
- Escuela "Santa Lucía"
Calle 8-05, Zona 1
Tel: 2232 8950, 2232 0239.
Fax: 2251 9555.
- Centro de Educación para Sordos Adultos
Calle 8-53, Zona 1
Tel: 2253 4953
- Escuela para Ciegos "Santa Lucía"
Calle "A" 9-00, Zona 10
Tel: 2331 4424
Fax: 2362 6163
- Centro de Ojos y Oídos "Rodolfo Rubies V."
Calle 21, 19-19, Zona 11
Tel: 2473 0954
Fax: 2473 3906
- Escuela para Sordos "Fray Ponce de León"
Calle 15-38, Zona 11
Tel: 2474 4871
- Escuela para Pre-escolar de Sordos
Calle 15-38, Zona 11
Tel: 2474 4868
Fax: 2474 4868
- Centro de Comunicación Total
Calle 21, 19-19, Zona 11
Tel: 2473 0102
- Centro de Rehabilitación "Tejeda"
Calle 21, 19-19, Zona 11
Tel: 2473 0829
Fax: 2473 1397
- Escuela de Rehabilitación para Ciegos (PRAC) "Dolores"
Calle 21, 19-19, Zona 11
Tel: 2473 0829
- Escuela "Santa Lucía"
Calle 10-43, Zona 11
Tel: 2473 0531.
- ETZALTENANGO**
- Centro de Ojos y Oídos "C. Elisa Molina de Stahl"
Tel: 7761 2414 y 7761 9983
- RETALHULEU**
- Centro de Ojos y Oídos "Raida"
Calle 10-43, Zona 11
Tel: 7771 0459
- ZACAPA**
- Centro de Ojos y Oídos "C. Elisa Molina de Stahl"
Tel: 7941 2713
- CARCHA A.V.**
- Centro de Ojos y Oídos "Beltrán"
Tel: 7951 6387
- CHIMALTENANGO**
- Centro Regional de Oídos de la Ceguera "Rafael"
Tel: 7839 1219
- ANTIGUA**
- Centro Oftalmológico "Guatemala"
Tel: 7832 0218
- ESQUINTLA**
- Centro de Capacitación "Escuela Santa Lucía"
Calle 33.5, Carretera a Escuintla
Teléfono: 6633 0489.

A QUIEN INTERESE:

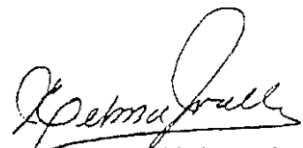
Por este medio se **HACE CONSTAR**, que la profesora **ANAITE SARAÍ HERNÁNDEZ JIMENEZ DE DIAZ**, trabajo en este centro educativo para niños ciegos del año dos mil uno al año dos mil dos, en el aula de aprestamiento, con una población con múltiple discapacidad, donde se le permitió desarrollar el trabajo de investigación titulado "Desarrollo cognoscitivo y emocional de los niños ciegos y deficientes visuales con retraso mental"

Y para los usos que la interesada estime convenientes se extiende, sella y firma la presente **CONSTANCIA**, a los dos días del mes de mayo del año dos mil seis.

Atentamente,


Licda. Edna Vanegas
Psicóloga
Escuela "Santa Lucía"




Vo. Bo. Licda. Telma de Urizar
Directora, Escuela "Santa Lucía"



ACTO QUE DEDICO A:

A DIOS Por ser la fuente inagotable de gracia y fuerza para mi vida en todo momento, por su infinito amor y bendición.

A MIS PADRES *María del Carmen y Mario René*

Por su apoyo material y emocional a lo largo de toda mi vida, por su ejemplo de responsabilidad, perseverancia y esfuerzo. Por confiar en mi, lo que ha contribuido a que pueda realizarme y crecer.

A MI AMADO ESPOSO *Joel Alexander*

Por apoyarme, por su amor, comprensión y cuidado, por darme aliento a seguir para lograr mis metas y sueños.

A MI BEBE *Mario Joel*

Por iluminar mi vida cada día y ser una nueva razón de vivir que me motiva a convertirme en una mejor persona.

A MIS HERMANOS *René Alejandro y Salomé*

Por su cariño, deseando que su vida sea llena de éxitos.

A MIS ABUELOS *Joaquín Darío y María Luz*

Por su amor y constante aprobación.

A MIS AMIGOS EN LA FE *Familia Maury Flores, Familia Castillo Chew, Familia Pérez, Familia Estrada, Familia Herrarte.*

Por su cariño, amistad y apoyo.

A LOS PROFESIONALES *Silvia de Beltetón, Karla Emy Vela de Ortega, Marilyn Caal de Chang, Marta Haydeé Arévalo, Alma Gladis Alvarado, Edna Vanegas de Poveda, Telma de Urizar.*

Por brindarme su amistad y contribuir a fortalecer mi experiencia profesional y personal.

A MIS AMIGAS *Claudia Antonieta Ochoa, Angelina González, Liset de Búcaro.*

Por su apoyo, y compartir conmigo su amistad, y su cariño tan especial.

A LOS PADRES Y NIÑOS DEL AULA DE APRESTAMIENTO Por su cariño, confianza y por demostrarme que la única barrera esta en la mente, pero con voluntad y esfuerzo se puede lograr mas de lo que imaginamos.

Y A USTED ESPECIALMENTE

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser la institución educativa donde fue posible adquirir los conocimientos que ahora me permiten realizar este trabajo.

A los docentes de la carrera de Licenciatura en Psicología por transmitir su experiencia para formara la base de nuevas formas de abordaje de las necesidades de los niños.

Al comité pro ciegos y Sordos de Guatemala por permitirme obtener de sus aulas la experiencia tan enriquecedora de trabajar con los niños y crear este programa que será de beneficio para futuras generaciones.

A la Licenciada Silvia Guevara de Beltetón por ser mi asesora e indicarme la mejor forma de plantear soluciones prácticas a necesidades tan importantes.

A las Licenciadas Edna Vanegas y Telma de Urizar por su apoyo en la realización de este trabajo, además de contribuir con el aula de Aprestamiento a que se lleve acabo las acciones pertinentes.

Al licenciado Marco Antonio García por su manera profesional de guiar el presente trabajo.

INDICE

PROLOGO

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Guatemala un país de diversidad	3
2.2 Historia de la Educación en Guatemala	3
2.3 La Educación Especial	6
2.4 Atención a padres	12
2.5 Aspectos importantes para el desarrollo cognoscitivo y emocional	15
2.6 Causas de la discapacidad visual	15
2.7 Clasificación de los problemas visuales	19
2.8 Desarrollo visual	21
2.9 Etapas del aprendizaje	22
2.10 Personalidad de los no videntes	25
2.11 La deficiencia visual asociada a la discapacidad intelectual	26
2.12 Causas de la discapacidad intelectual	28
2.13 Premisas	30
2.14 Hipótesis y variables	31
2.14.1 Teorización de variables	32
2.14.2 Indicadores	32

CAPITULO II

Técnicas e instrumentos	33
-------------------------	----

CAPITULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados	34
---	----

CAPITULO IV

Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Bibliografía	45
Resumen	46

PROLOGO

En Guatemala existe poca información y ninguna atención a la discapacidad múltiple como una problemática de la cual se necesita conocer de manera integral, no importando la combinación de problemas que se presenten en una misma persona. Lo más difícil es encontrar una institución que preste atención al problema mencionado ya que a pesar de que esta incluido en el rubro de necesidades educativas especiales cada institución atiende discapacidades puras dejando al margen a una gran población con necesidad de los servicios.

A pesar de que en nuestros días existe más información sobre el tratamiento adecuado para la atención de personas con necesidades educativas especiales, una gran cantidad de instituciones privadas que brindan servicios de este tipo, como lo son programas de información y sensibilización a la sociedad para la aceptación e integración de las personas con discapacidad a la sociedad, aún faltan documentos escritos que sustenten la adecuada atención, e instituciones que provean de las herramientas que las personas que presentan más de una discapacidad les son indispensables para favorecer el desarrollo de sus necesidades particulares.

La presente investigación tiene como objetivo realizar un análisis crítico de la atención de las personas que presentan deficiencia visual o ceguera asociado con retraso mental, además de generar conocimiento sobre sus necesidades primordiales y orientar hacia la conscientización social e institucional de la importancia de la atención de este grupo de personas que deberían tener el mismo acceso a los programas educativos, integración y aceptación social.

Este estudio se realizó por medio una sistematización del aspecto teórico conjuntamente con la experiencia del trabajo con niños ciegos y deficientes visuales con retraso mental.

En lo personal el trabajo realizado con el aula de discapacidad múltiple de la Escuela para niños ciegos Santa Lucía ha contribuido a mi formación profesional y ha abierto una ventana de esperanza para los niños que necesitan este servicio teniendo el conocimiento que también tienen habilidades que se deben estimular y aprovechar para que tengan una mejor calidad de vida y puedan integrarse junto con sus familias a la sociedad.

También se debe mencionar que sin el apoyo de las autoridades que rigen la Escuela Santa Lucia y la orientación y seguimiento del Servicio de psicología no hubiese sido posible la apertura de este pequeño espacio que fue posible obtener para la atención adecuada de los niños con discapacidad múltiple, deseando que se haga cada vez mas sólido y este trabajo solo sea el comienzo de una oportunidad para futuras generaciones de niños con estas Necesidades Educativas Especiales.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La educación es un pilar fundamental de cada sociedad, por lo que ha ampliado su cobertura y los métodos de enseñanza común se han ido adecuando a las necesidades de la población a la que va dirigida, así también la Educación Especial ha sido tomada en cuenta para contribuciones que beneficien a la población con necesidades educativas especiales, aunque la mayoría de estas son instituciones privadas que tienen colegiaturas muy altas que gran parte de los padres de familia no pueden cubrir quedándose así sin la atención adecuada, desencadenando posteriormente individuos dependientes y poco productivos a su familia y sociedad.

En Guatemala existen tres centros que dependen del estado que atienden discapacidad pero estos se limitan a atender discapacidad intelectual, lo que no permite que la discapacidad múltiple sea atendida desde un punto de vista integral ya que cada centro tiene programas y personal para una discapacidad específica. En este caso la discapacidad múltiple que nos ocupa es la combinación de discapacidad visual y la deficiencia mental, es el Comité Pro Ciegos y Sordos la única institución privada con programas que facilitan el acceso a personas de escasos recursos a sus centros que atiende la discapacidad visual como una especialidad, y es allí donde se considera que podría darse el mejor tratamiento a cualquier otra problemática siempre y cuando esté acompañada de un diagnóstico de problema visual tomando en cuenta que es la institución en mención experta desde hace 50 años en tratamientos médicos y educativos de los problemas visuales.

La necesidad de este tipo de atención es que en la medida que se invierta y contribuya en la capacitación de personal que necesariamente tienen que ser técnicos en Educación Especial con orientación adicional de lo complejo que es el programa educativo cuando se deben contemplar todas las áreas a estimular y los aspectos que necesita cada niño desarrollar para un desenvolvimiento familiar, educativo y social adecuado a sus grandes limitaciones, pretendiendo que se

coloque en un nivel de igualdad por lo menos con todas las discapacidades puras que tienen un espacio ya formado para su atención, en este momento es muy importante la participación de los Psicólogos educativos para motivar y promover un abordaje adecuado según las necesidades de los niños, ya que es evidente que aún dentro de la Educación Especial hay grupos que son segregados y quedan al margen de las oportunidades educativas y sociales.

El análisis de la problemática y las propuestas de atención que se plantean en este trabajo han sido sistematizadas utilizando la base teórica de las corrientes conductista, gestalt y existencialista, además de métodos específicos para el tratamiento de la discapacidad visual, pero también se incluye la experiencia de la investigadora del trabajo directo con la población en mención descubriendo que las limitaciones más grandes se encuentran en la poca atención que se le ha prestado a este problema, la falta de orientación a los padres acerca de la manera adecuada de estimulación en casa de los niños, la poca o ninguna capacitación del personal que les atiende, y la insensibilidad social hacia estos grupos.

En conclusión se propone el presente trabajo como una base sobre la atención de la discapacidad múltiple en el aula de Aprestamiento de la Escuela para niños ciegos Santa Lucía con el objetivo que sobre esta base se construyan programas de atención integral, y más niños se beneficien de este servicio y oportunidad de una calidad de vida mejor.

Marco Teórico

2.1 Guatemala un país de diversidad

La República de Guatemala cuenta con un número de habitantes que se estima alcanza 11,237,196 habitantes con una densidad de 94 habitantes por Km. con una distribución del 36% en el área urbana, y 64% en el área rural entre los cuáles el 43% está comprendido entre los 0 a 14 años y el 57% de 15 años en adelante. Es un País pluricultural en el que el idioma oficial es el español, aunque se hablan unas 21 lenguas indígenas del tronco maya, principalmente quiché (idioma en el que se escribió el Popol Vuh), mam, cachiquel (o kakchikel), pokomam y kekchi. En la costa del mar Caribe, la población de origen africano habla la lengua garífuna. pero cada vez se pueden encontrar menos indígenas que se comuniquen en su lengua materna, sus principales productos económicos son en la agricultura la caña de azúcar, maíz, banano café, tomate, frijol, sorgo, algodón, arroz, trigo y papa esto ya que es un país con un clima en su mayoría cálido tropical, aunque las temperaturas varían con la altitud. Entre los 915 mts. y 2.440 mts. zona en la que se concentra la mayor parte de la población, los días son cálidos y las noches frías; la temperatura tiene un promedio anual de 20 °C. El clima de las regiones costeras es de características más tropicales; la costa atlántica es más húmeda que la del Pacífico, con una temperatura cuya media o promedio anual es de 28,3 °C. Lo que permite que sus principales productos de exportación sean el café, azúcar, sus principales socios comerciales son Estados Unidos, Japón, Alemania, México, Venezuela y los demás miembros del mercado común centroamericano lo que da lugar a que sus principales importaciones sean maquinaria, metales y materiales para construcción, esto divide la producción guatemalteca en sectores que comprenden un 26% en comercio y servicios, 17% industria y el 57% agricultura y pesca.

2.2 Historia de la Educación en Guatemala

El catolicismo es la religión que profesa la mayoría de los guatemaltecos; está presente también, de forma minoritaria, la iglesia protestante, en especial bautista y evangélica. Lo que en el principio de la organización educativa dio

lugar a que esta misma girara en torno de Dios, el hombre y el mundo. La educación guatemalteca partiendo de la época de la conquista hasta la iniciación de la vida independiente, se enmarcó estrictamente en las

normas de cultura española por lo que la educación de los pueblos aborígenes de Guatemala se redujo en un principio a la catequización de las masas populares que estaba a cargo de franciscanos y dominicos, luego en el año de 1,530 se inicia la educación elemental que comenzó con la castellanización de los indígenas que también fue una labor encomendada a los religiosos de distintas órdenes.

No fue sino hasta la época colonial que se comenzó la escuela secundaria con estructura que dio origen a la educación superior (terciaria) ya que los colegios abarcaban simultáneamente ambos planes de estudio que en esta época todavía estaba relegada en los conventos de esta forma que los directamente beneficiados eran los que se dedicaban a la profesión eclesiástica, lo que se extendió muchos años más, no fue sino hasta 1832 que se estableció el primer sistema definido que pretendía la organización de la instrucción en Guatemala y se encuentra contenido en el Decreto Presidencial del 1 de marzo del año mencionado, se establecen los postulados esenciales de la instrucción pública a la cual fueron señalados tres objetivos fundamentales:

1. Declarar la libertad de la educación pública
2. Buscar la uniformidad de métodos y libros.
3. Atender el desarrollo de los aspectos racional, social y moral fundamentales en la personalidad.

En el año de 1835 fue emitido el Estatuto de la Instrucción Primaria, gracias al cual la educación pasó a ser obligatoria, laica, y gratuita, suprimiendo los castigos corporales, lo que permitió que la organización en general llegara a comprender tres niveles:

1. Instrucción Primera: (primaria) subdividida en dos ciclos a. Elemental y superior que comprendían las materias de lectura, escritura, aritmética, moral, religión, catecismo, nociones de geometría, historia, dibujo, artes y oficios.

2. Segunda instrucción (Secundaria) que comprendía los siguientes cursos gramática castellana, latín, matemáticas, geografía, lógica, metafísica, derecho, moral, física, estadística, economía, era verdaderamente una educación enciclopédica.
3. Tercera instrucción (Universitaria) Comprendía tres profesiones:
 - a. Teología: fundamentos de religión.
 - b. Jurisprudencia: práctica forense e instituciones civiles.
 - c. Medicina: anatomía, medicina y cirugía.

A principios de la década de 1990, el sistema escolar de Guatemala estaba compuesto por cerca de 9.362 escuelas primarias, con 1.249.413 alumnos. Las escuelas secundarias y vocacionales, un total de 1.900, contaban con 302.420 estudiantes. La educación superior en La Universidad de San Carlos (1676), en la capital, es la principal institución de educación superior del país. Las instituciones privadas, la Universidad Rafael Landívar (1961) y la Universidad del Valle de Guatemala (1966), se encuentran también en la ciudad de Guatemala. El país cuenta con otras universidades (Francisco Marroquín, Mariano Gálvez, Galileo y La Universidad del Istmo), así como escuelas de música y arte. A principios de la década de 1990, el total de alumnos de educación superior superó los 69.000 estudiantes. Este mismo sistema se ha conservado y actualmente es el Ministerio de Educación que cuenta con un presupuesto anual de 3,255,482,081 millones de quetzales el encargado de coordinar y regular los distintos niveles de educación que consisten en:

1. Educación Parvularia que comprende de los 4 a los 6 años
2. Educación Primaria que comprende de los 7 a los 12 años
3. Educación básica o secundaria que comprende de 13 a 15 años.
4. Educación diversificada comprende de los 16 a los 18 años.

2.3 La Educación Especial

Dentro de la Educación Regular mencionada existe la Educación Especial que es un servicio educativo diseñado para atender a personas con necesidades educativas especiales que requieren de un conjunto de servicios, técnicas, estrategias, conocimientos y recursos pedagógicos destinados a asegurar un proceso educativo integral, flexible y dinámico. Este servicio se encarga de atender las siguientes áreas:

Superdotación: Es definida como la capacidad de ejecución muy alta en áreas intelectuales, creativas, artísticas, de liderazgo o campos académicos específicos y que requieren de servicios o actividades que las escuelas generalmente no proporcionan, para desarrollar a cabalidad dichas capacidades.

Retraso Mental: Se define como el funcionamiento intelectual inferior a la media, que se manifiesta en el período de desarrollo de 0 a 18 años y se asocia a una clara alteración de la actividad adaptativa, de por lo menos dos de las siguientes habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, factores sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Problemas de Comunicación Oral: Son los desórdenes que impiden comunicarse efectivamente utilizando el lenguaje oral, así como cualquier alteración de la voz y la palabra, que por su importancia, requieren de rehabilitación. Dichas dificultades interfieren en el rendimiento académico, laboral y/o de comunicación social.

Problemas Visuales: Son todos aquellos que de una u otra forma, afectan la capacidad del individuo para ver normalmente, dependiendo del nivel de dificultad visual se puede hablar de: ciegos, deficientes visuales profundos, severos y moderados.

Problemas auditivos: Es la pérdida de la audición total (sordera) o en algún grado (hipoacusia o sordera moderada) la cual altera la capacidad para la recepción,

discriminación asociación y comprensión de los sonidos, tanto del medio ambiente, como del lenguaje oral.

Problemas de Aprendizaje: Se presentan cuando el rendimiento del individuo en lectura, expresión escrita y cálculo matemático, es sustancialmente inferior a lo esperado a su edad, escolarización y nivel de inteligencia. Los problemas de aprendizaje, interfieren significativamente en el rendimiento académico o en las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Problemas de conducta: son todos aquellos que impiden que el individuo se conduzca de la manera como se espera ante el ambiente que le rodea, o ante la sociedad en que vive. Los problemas de conducta varían de leves a graves, según sus manifestaciones.

Problemas físicos y de salud: Son las afecciones que presentan las personas en su aparato locomotor, incluyendo los problemas que impiden al individuo realizar cualquiera de las actividades propias de la escuela, juegos y deportes. Se refiere también a las alteraciones crónicas de salud.

Discapacidad Múltiple: Es cuando se presenta más de una discapacidad en una misma persona. Los síntomas o características de una discapacidad se relacionan con otra problemática.

Se estima que un 20% de la población total necesita de este servicio. En Guatemala a nivel gubernativo existen tres centros de Educación Especial que funcionan en la ciudad capital únicamente estos son:

1. Centro de Capacitación Ocupacional: Funciona en jornada única de 7:30 a 15:30 horas, atendiendo a jóvenes de 13 a 18 años con deficiencia mental leve y moderada para integrarlos a la vida laboral del país.
2. Centro Alida España de Arana: funciona en jornada única de 7:00 a 15:00 horas, atendiendo a niños de 0 a 14 años deficientes mentales leves y moderados.

3. Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico: Es un hogar que atiende a niños (as) comprendidos entre las edades de 4 años en adelante huérfanos o abandonados, que presentan deficiencia mental severa y profunda, referidos por los juzgados.

A nivel privado existen aproximadamente 40 centros de Educación Especial en la Ciudad Capital que atienden discapacidad mental, sensorial, física y problemas de aprendizaje, teniendo mayor cobertura los centros que atienden discapacidad mental y sensorial de manera específica, estos generalmente tienen colegiaturas muy altas que dejan sin acceso a la mayoría de la población que necesita este servicio.

Dentro de las instituciones privadas está el Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala fundado en 1945, creado para atender las necesidades de tratamiento médico, educativo y de rehabilitación de la población que sufre de problemas visuales y auditivos. Cuenta con alrededor de 6 escuelas para la educación de niños, adolescentes sordos en la capital, un centro de capacitación agropecuaria para ciegos, programa del anciano ciego, programas de rehabilitación integral, programas de prevención de la ceguera y la sordera, talleres de capacitación ocupacional para ciegos, programas de integración de ciegos y sordos; la Escuela Santa Lucía, en la capital el Hospital de Ojos y Oídos "Dr. Rodolfo Robles Valverde", del Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, se especializa en el tratamiento de afecciones en estas especialidades. Cuenta con un equipo de profesionales altamente calificados para evaluar y dar tratamiento médico a los pacientes que requieren los servicios. La población que se atiende en los centros de educación y rehabilitación, son evaluados y referidos al programa correspondiente, de acuerdo con las características personales y el problema sensorial específico que padece. Además tiene cobertura a nivel departamental en Retalhuleu, Quetzaltenango, San Pedro Carchá, Zaragoza y Antigua atendiendo a una gran cantidad de la población afectada que necesita el servicio, el primer programa creado fue la Escuela Santa Lucía, la primera en educación especial en Guatemala. En más de cincuenta años, han sido fundados otros centros y programas, entre ellos seis hospitales y dos clínicas de ojos. En

1993, se creó en la Escuela para Niños Ciegos Santa Lucía, la Clínica de Estimulación Visual, con el objetivo de estimular y motivar a hacer buen uso del remanente visual a los niños, que de acuerdo con las evaluaciones médicas, son catalogados como pacientes con baja visión. Este programa surgió por una inquietud de los docentes y equipo técnico, quienes son capaces de observar en el desenvolvimiento de algunos niños catalogados como ciegos, remanentes visuales aprovechables. Los maestros refieren a los niños que presentan algunas características de visión. Inicialmente se aplica una batería de pruebas para determinar el campo visual del paciente y luego plantear las estrategias de tratamiento a seguir; por ejemplo, iluminación necesaria, distancia, trazo, tamaño y contraste de color, entre otros. El trabajo que se realiza con cada uno de los niños es individualizado, porque aun cuando dos niños puedan sufrir de la misma patología, sus condiciones y necesidades son muy personales. Además de trabajar directamente con los pacientes, se orienta al maestro encargado para que en el aula se pueda seguir ayudando al niño a hacer buen uso de su remanente visual. Se orienta en cuanto a la iluminación, material necesario y uso de ayudas ópticas tanto para pacientes de baja visión leve como severa. Actualmente, los niños que son referidos a la escuela Santa Lucía, son evaluados en el programa de Estimulación Visual y han podido integrarse a escuelas regulares. Todos aquellos casos que presentan restos visuales aprovechables y asisten a la escuela de educación especial, para recibir únicamente estimulación visual. También se orienta a los maestros de escuelas regulares en cuanto a las características de visión de los niños y sus necesidades especiales. Las patologías más frecuentes son: cicatrices maculares por toxoplasmosis, aniridia, corioretinitis, retinitis pigmentosa, albinismo, coloboma del nervio óptico, secuelas de uveítis, glaucoma, catarata congénita, y retinopatía del prematuro. Las edades de los niños que se atienden oscilan entre 2-14 años. Las sesiones de trabajo, tienen una duración de 40 minutos a 1 hora, dependiendo de la disposición del niño. La orientación que se da a los maestros de las aulas regulares, se realiza por medio de ejercicios, demostraciones y documentación escrita. Debido a la buena experiencia en el programa existente, y viendo la necesidad de proveer un servicio de rehabilitación y estimulación visual a

personas adultas que acuden al Hospital "Dr. Rodolfo Robles Valverde", se amplió el servicio a partir del primer trimestre del 2001. Este servicio tiene como objetivos primordiales, desarrollar un programa especializado en rehabilitación visual (Baja Visión) que permita promover acciones preventivas, educativas y de rehabilitación que contribuyan a aminorar las desventajas que crea la baja visión. Al mismo tiempo, desarrollar un programa de capacitación médica especializada para la formación de técnicos y especialistas en rehabilitación visual. Las áreas que se trabajan con la población son el aprendizaje de los sistemas de escritura Braille y de matemáticas Ábaco. Técnicas de movilidad y uso del bastón, actividades de la vida diaria, educación musical y educación física, servicio del departamento de Psicología. Se utilizan los contenidos según grado que establece el Ministerio de Educación con algunas modificaciones respecto a la discapacidad. Dentro de la Escuela Santa Lucía existe el aula de aprestamiento que atiende niños que además de su problema visual presentan deficiencia mental lo que necesita de programas y actividades específicas para su aprendizaje, aproximadamente en el año de 1979, surgió la inquietud de establecer un aula para niños que tenían además de su problema visual, retardo mental a diferencia de la mayoría de la población, por lo que en este mismo año existía un área a la cuál se le llamó Capacitación Básica, la cuál estaba a cargo de las maestras de pre-primaria que por las tardes sin que esto constituyera parte de su trabajo atendían a éstos niños.

En el año de 1980 una maestra de pre-primaria se hizo cargo de este trabajo al cuál se le continuó llamando Capacitación Básica en el mismo se realizaban actividades de independencia personal, pero no con el fin de preparar a los niños para un grado específico dentro de la institución. Luego de esto el programa desapareció por dos años debido a que no había población que cumpliera los requisitos para que se abriera nuevamente el área en

este tiempo los niños pequeños que habían estado en dicho programa fueron incluidos en los grados regulares.

En 1985 y 1986 nuevamente se observó la necesidad de abrir un aula para los niños que no estaban bien ubicados en las aulas regulares y se inició con el aula a la cuál se le llamó Diferencial en la que habían niños muy pequeños o muy grandes con mucha dificultad y a raíz de esto se formo el diferencial ya mencionado en el cuál se atendían los niños más pequeños con dificultades y se creó nuevamente la Capacitación Básica para los grandes.

En los casos mencionados los programas han estado a cargo de maestras regulares. Hasta en el año 2001 se habilitó nuevamente el aula llamada Aprestamiento a cargo de una Educadora Especial en la cual se atienden niños con retardo mental, lesión cerebral, pseudoretardo por falta de estimulación y deficiencias conductuales, que además tienen un problema visual, dentro de los aspectos que se trabajan en el programa se le da énfasis a la independencia personal, trabajando ejercicios de autoayuda, hábitos de mesa, hábitos de cortesía e higiene personal, también se estimulan las áreas básicas del aprendizaje como son: atención, psicomotricidad fina y gruesa, seguimiento de patrones con bordes establecidos, programa de ejercicios físicos (arrastre, gateo, caminata) para mejor oxigenación cerebral y fortalecimiento de los músculos. También se trabaja lenguaje con conceptos necesarios para el conocimiento del medio y desarrollo tanto en la casa como en la escuela; sensopercepción en esta última se hace mucho énfasis en la utilización del resto visual de los niños que lo tienen y a los que no cuentan con resto visual la optimización de otros sentidos como fuentes de información, se trabaja esquema corporal, lateralidad, equilibrio ya que su reconocimiento es fundamental para el aprendizaje de las técnicas de movilidad que se les enseñan posteriormente, se realizan actividades para ejercitar la memoria y la identificación de objetos y situaciones, además de hábitos sociales y normas de comportamiento para lograr una adaptación satisfactoria tomando en cuenta su discapacidad.

2.4 Atención a Padres

Se trabaja también escuela para padres debido a que el nacimiento de un niño con discapacidad enfrenta a los padres a una experiencia que no habían previsto y para la cuál no están preparados. Los psicólogos afirman que tras el nacimiento de un niño.

discapacitado los padres atraviesan una serie de etapas emocionales identificables al adaptarse a esta nueva situación que de manera inherente influye en sus esperanzas, ambiciones y estilo de vida. Pero también se deben dar cuenta que muchas personas ayudarán al niño a lo largo de su vida, muchos profesionales, pero no hay influencia más duradera que la de sus padres. Los padres de los niños discapacitados son personas a quienes les ha tocado asumir un rol nuevo, diferente a los demás, muy complejo, con enormes tareas para realizar y muchas emociones que controlar: el dolor, la frustración y la desesperación. Los padres tienen que hacer frente a todas estas presiones en una sociedad que difícilmente acepta las diferencias.

“El nacimiento de un niño especial altera el orden familiar produce desesperación y otras emociones que hay que soportar y convivir con ellas sea cual fuere la fortaleza individual, rara vez se está preparado para hacerle frente a esta situación, porque el niño perfecto que se esperaba no llegó .

Las expectativas que tuvieron esos padres ante el nacimiento de sus hijos se ven confrontadas, estimuladas, juzgadas, criticadas, alentadas, odiadas o amadas.

Los padres pasan por una serie de estadios que no siempre son superados fácilmente, en algún momento de su vida se cruzan todos estos sentimientos pero no siempre ocurren en secuencia.

El proceso de duelo provocado por la primera confrontación con la discapacidad, conlleva lagrimas, desencanto, dolor y auto compasión por su hijo y por ellos mismos.

Algunos se sienten directamente responsables se culpan a sí mismos por algo que hicieron o dejaron de hacer y esto les eleva su nivel de ansiedad y frustración. Sienten vergüenza, algunos pueden llegar a considerarse pecadores porque como padres ven a sus hijos como una prolongación de sí mismos y esperan que como

adultos se conviertan en la mejor parte de ellos y les resulta más difícil sobrellevar esta realidad.

El temor es otro sentimiento que deben superar. Temor a lo desconocido, a no ser capaces de colmarle sus necesidades, la incertidumbre frente a su discapacidad y que pasara cuando él crezca"¹

La negación y el aislamiento son como una válvula de escape para los padres sobrellevar lo que a veces representa un complejo de culpa.

El enojo contra todo y todos lo que en una u otra forma tuvieron que ver con su desgracia, sentimientos de aflicción y dolor que llevara consigo durante mucho tiempo y en algunos padres se convierte en apatía, no pensar ni hacer nada.

Las reacciones comunes de los padres al saber que su niño tiene una discapacidad es la negación "Esto no puede estarme pasando a mí", la negación rápidamente se mezcla con cólera la cual puede ser dirigida hacia el personal médico que proporcionó la información acerca del problema del niño, también hacia el esposo, la esposa o cualquier miembro cercano de la familia, pero generalmente es tan intensa que va dirigida a todos ya que su base es un sentimiento de pesar y de pérdida inexplicable que no es posible manejar en ese momento. Otra respuesta que se da inmediatamente es el temor ya que es algo desconocido muchas veces el tener un diagnóstico completo del problema del niño y su expectativa hacia el futuro puede ser mejor que la incertidumbre ya que los padres temen que la condición del niño sea peor de lo que podría ser porque frecuentemente se asume lo más devastador en esta etapa los recuerdos se agolpan respecto a experiencias con personas con discapacidad que han conocido y puede surgir culpa respecto a comentarios o pensamientos que se manifestaron anteriormente respecto a estas personas, el mayor de los temores que se manifiesta es el rechazo de la sociedad a lo diferente, la actitud que tomará la familia, temores que pueden deteriorar la relación familiar o inmovilizar a los padres. Luego viene la culpa y preocupación porque se piensa que ellos mismos como padres causaron el problema o están pagando el precio de algo que hicieron, se debe tomar en cuenta que durante todas estas manifestaciones se manifiesta la confusión que marca este período traumático esta se manifiesta por falta de sueño, inhabilidad de tomar decisiones y

fatiga mental, toda la información luce desordenada y distorsionada porque muchas veces sólo se escucha palabras que nunca se habían escuchado y no se sabe su significado, generalmente los padres no están hablando el mismo idioma que la persona que intenta transmitir información acerca de la discapacidad de su hijo.

La desilusión que el niño no es perfecto atenta contra el ego de los padres pues la imposibilidad de cambiar lo que está sucediendo es difícil de aceptar, lo que se convierte en un reto dependiendo de su sistema de valores, partiendo de esto el rechazo es otra de las manifestaciones comunes porque se crea una renuencia a aceptar al niño como una persona valiosa con capacidad de desarrollarse, una de las formas más serias de rechazo es un "deseo de muerte" del niño, sentimiento que muchos padres reportan en estados de depresión profundos.

Generalmente la primera crisis se ocasiona cuando el niño nace o se descubre que tiene una discapacidad, pero puede ser un proceso que no se da en secuencia o que se active en momentos decisivos de la vida familiar, se ha observado que dichas crisis se agudizan en períodos de transición tales como: 1. La edad de entrada al colegio 2. durante la adolescencia 3. al finalizar la educación formal 4. cuando los padres están envejeciendo. Es importante abordar adecuadamente los procesos de aceptación de los padres para brindar al niño una mejor oportunidad de desarrollo de sus habilidades tomando en cuenta que el momento más importante de la vida de todos los niños son los primeros tres años en los que tanto los niños normales como los niños con alguna discapacidad adquieren las habilidades que usarán en el futuro, por eso para el niño que tiene una deficiencia visual de nacimiento aprender estas habilidades es una necesidad exactamente igual que con otros niños, así que es muy importante que el niño emplee sus demás sentidos como recurso para adquirir dichas habilidades, no es tan importante el grado de visión que tenga sino como lo utilice.

¹ Carta de Emily Kingsley, Documento de Apoyo, Un viaje no planeado, Licenciado Arturo Alejos.

2.5 Aspectos importantes para el desarrollo cognoscitivo y emocional

Así pues las primeras habilidades de aprendizaje y el adiestramiento de la visión son aspectos principales para ayudar al niño, también es muy importante una actitud positiva hacia él, ser amado y comprendido pero no sobreprotegerlo para no privarlo de la oportunidad de explorar, de intentar hacer las cosas por sí mismo, y elegir por su propia cuenta, también es importante para el niño aprender a fracasar. Cada vez que se le permite al niño con discapacidad que halle su propia solución a un problema, aprende una nueva pauta que podrá aplicar en una situación análoga.

Los profesionales de la medicina son los primeros en dar un diagnóstico y las indicaciones acerca de los auxiliares visuales que puede utilizar el niño, luego un trabajo muy importante es el de los maestros en la etapa preescolar y escolar ya que son el puente entre el hogar y el mundo, conocen las habilidades que los niños necesitan adquirir y la secuencia de su evolución (física e intelectual) tienen el conocimiento que les permite basar cada etapa en la anterior y utilizar técnicas especiales para satisfacer las necesidades de los niños con dificultades y es aquí en dónde el Psicólogo realiza una labor importante al orientar a Padres de familia y maestros sobre las necesidades del niño con esta discapacidad, de establecer programas de estimulación cognoscitiva, motriz y social que serán fundamentales para el desarrollo de todas las habilidades necesarias para lograr una integración social y laboral en el futuro. También es el Psicólogo el encargado de evaluar y diagnosticar el coeficiente intelectual de los niños, así como darle tratamiento y seguimiento a los posibles problemas de conducta y alteraciones emocionales relacionadas con la discapacidad.

2.6 Causas de la discapacidad visual

La discapacidad visual o ceguera puede tener muchos factores, en ocasiones son provocados por enfermedades hereditarias o adquiridas, y depende de la causa así también debe ser la intervención tanto médica como educativa, ya que existen enfermedades progresivas en las cuales los pasos a seguir deben ser muy acertados para lograr el mejor aprovechamiento del resto visual mientras sea

posible, además de los problemas mencionados los problemas visuales también pueden ser ocasionados por factores externos como golpes, quemaduras, o infecciones por falta de higiene que muchas veces dependen de la poca información que la persona que está a cargo del niño posee acerca de la gran repercusión de estos factores en las estructuras del ojo, dependiendo del tipo de lesión se pueden clasificar de la siguiente manera:

Causticaciones ó quemaduras estas pueden ser producidas por ácidos, lejías, tintes, y cal "viva" también existen las quemaduras que son provocadas por el contacto directo o indirecto con calor intenso. Los síntomas que se presenta son picazón intensa y cierre convulsivo de los párpados.

También puede ocasionarse un daño por cuerpos extraños en los ojos que pueden dañar la córnea que es muy sensible al dolor, y provocar inflamaciones en la parte interna del ojo, si un cuerpo extraño atraviesa la córnea ésta se vuelve a cerrar y desde afuera es imposible observar lesión alguna, esto produce la necesidad de frotarse constantemente los ojos lo que puede causar excoiraciones de la capa superior de la córnea. También la radiación solar intensa y el sudor sin protección pueden provocar una lesión (fulguración).

Una causa muy común de afecciones visuales son las lesiones por golpes que es cuando un objeto duro golpea con fuerza el ojo, que lo lesiona en el hueso de la órbita ocular y el globo ocular, además de los pequeños vasos sanguíneos sus síntomas son dolor de ojo y cabeza, flujo de sangre, párpados hinchados, dolor al mover el ojo y visión nublada. Pero también existen enfermedades de orden adquirido o congénito como se menciona anteriormente que pueden afectar a los ojos y originar problemas visuales, entre las más comunes están:

Glaucoma: que consiste en una obstrucción que impide la salida del humor acuoso de la cámara orbital que produce una elevación de la presión arterial intraocular. El glaucoma agudo suele aparecer por la noche y dependiendo de la severidad puede causar ceguera; sus síntomas consisten en dolores intensos de cabeza y ojos, empeoramiento de la visión, fuerte irritación y enrojecimiento de los ojos, globo ocular duro y grande en algunos casos.

Hinchazón palpebral inflamada: consiste en la hinchazón del párpado que puede ser producida por piquetes, inflamaciones bacterianas o alergias, se presenta con hinchazón palpebral dolorosa, enrojecimiento de párpado y los ojos.

Queratitis: es una irritación que puede ser provocada por múltiples causas, pero existe un serio peligro de que pueda desencadenar una perturbación en la córnea y empeoramiento general de la visión que puede incluso ocasionar la ceguera total, se presenta con dolor de ojos y fotofobia, pérdida de la visión y aumento del caudal de lágrimas.

Iritis: (inflamación del iris) Suele ser una dolencia causada por una enfermedad crónica (reuma, inflamaciones dentales, amigdalitis) el proceso inflamatorio se desarrolla en el interior del ojo y se corre el riesgo de que se origine otro tipo de complicaciones. Se manifiesta con dolor y enrojecimiento de ojos, mayor fotosensibilidad, flujo de lágrimas, puntos negros delante de los ojos.

Cataratas: Se ocasiona cuando aparece un enturbiamiento grisáceo del cristalino. Se manifiesta con el aumento de la sensibilidad ante un deslumbramiento, empeoramiento de la visión casi siempre en ambos ojos, aumento de la miopía, o disminución de la hipermetropía o presbicia.

Trastorno circulatorio agudo de la retina: Tal como sucede en el caso del infarto del miocardio, o en el de un ataque de apoplejía (infarto cerebral isquémico) los diminutos vasos sanguíneos del ojo pueden ocluirse, impidiendo el abastecimiento suficiente de oxígeno y de nutrientes a zonas correspondientes de la retina. Si un vaso se abre de nuevo sin demora, se recupera la totalidad de la capacidad visual sin mayor problema; pero si el vaso sanguíneo permanece ocluido durante largo tiempo, se producen daños irreversibles en la retina debido a la muerte de células sensoriales. Se manifiesta con trastornos de la vista repentinos, de corta o larga duración, mareos ocasionalmente.

Desprendimiento de retina: Pequeños orificios en la retina, o un tirón del cuerpo vítreo que hace presión desde dentro puede ocasionar que esta membrana se desprenda de la coroides y se interrumpa la provisión de nutrientes, si esta situación se prolonga pueden quedar las zonas destruidas y trae consigo el peligro de ceguera. Se manifiesta con la aparición de puntos negros que se mueven delante de los ojos, centelleo, visión de sombras o de un velo, empeoramiento súbito e indoloro de la visión.

Nistagmus: Consiste en movimientos visuales rápidos que no pueden controlarse a voluntad y que hacen imposible el funcionamiento normal de la visión, se manifiesta con el temblor de ojos rápido y sin control, casi siempre en ambos ojos.

Hipertensión ocular: es una dolencia que puede ocasionar edemas y hemorragias internas en la retina, pueden corregirse en su fase inicial con terapia hipotensiva pero si el proceso está en una etapa muy avanzada conduce al empeoramiento visual permanente, sus síntomas son oscilaciones cortas y repetitivas de la capacidad visual, generalmente en un solo ojo, dolores de cabeza, progresivo empeoramiento de la visión.

Exoftalmos: Consiste en un abultamiento del globo ocular que casi siempre se debe a una manifestación de hiperfunción del tiroides en el que el ojo es presionado hacia fuera por la acumulación del líquido y engrosamiento de los músculos oculares y el tejido adiposo de las órbitas oculares. También puede estar provocado por tumores, derrames de sangre o inflamaciones agudas por otro lado el volumen en el interior de las órbitas oculares conlleva el peligro de lesión del nervio óptico a causa de la presión alta. Se manifiesta con aumento aparente de tamaño de ambos ojos, a veces sólo uno, sensación de sequedad e irritación, reducción de la movilidad de los ojos.

Estrabismo: El estrabismo infantil suele ser de origen hereditario, o puede aparecer como consecuencia de una corrección hipermetrópica inapropiada. Este padecimiento no es un simple "defecto de estética" ya que la debilidad visual de

un ojo estrábico puede conducir a una ceguera permanente si no se trata a tiempo. Se manifiesta por la típica posición defectuosa de los ojos, visión doble, dolores de cabeza.

Tumores oculares: Al igual que en cualquier otra parte del cuerpo, se pueden formar en los ojos tumores benignos o malignos, son frecuentes los lunares benignos en el iris y tumores cutáneos, también como el cáncer en las células basales que se pueden encontrar al mismo tiempo en la región palpebral. Sus síntomas generalmente son abultamiento indoloro y a menudo con mal aspecto.

También es importante mencionar que hay enfermedades como la diabetes que causa problemas visuales ya que los niveles altos y variables de glicemia pueden dañar los vasos sanguíneos de la retina y es el centro de esta membrana donde se localiza la zona máxima de nitidez la que más riesgo corre. Las lesiones vasculares pueden reducir el aprovisionamiento de sangre a la retina lo que provoca una falta de oxígeno en esta zona y por consiguiente el deterioro permanente de la vista como resultado de la muerte de las células sensoriales. Además de las afecciones visuales que son consecuencia de síndromes como el Síndrome de Marfan, Síndrome de Bardet-Bield, Síndrome de Crouson. Por otro lado los daños al nervio óptico por intervenciones quirúrgicas relacionadas con encefalocelos, tumores cerebrales y enfermedades padecidas por la madre tales como rubéola, varicela, toxoplasmosis, durante el periodo prenatal. En relación a lo mencionado anteriormente se considera que una persona tiene problemas visuales cuando se encuentra en los siguientes rangos.

2.7 Clasificación de los problemas visuales

Ceguera Se considera como ceguera una agudeza visual inferior a 3/60 (0,05) o una pérdida equivalente del campo visual en el mejor ojo con la mejor corrección posible (categorías de deficiencia visual 3,4 y 5 de la CIE-10). Consiste en la pérdida de la visión del entorno en el cual se desplaza la persona.

Baja visión Se considera como visión baja una agudeza visual inferior a 6/18 (0,3), pero igual o mejor que 3/60 (0,05) en el mejor ojo con la mejor corrección posible (categorías de deficiencia visual 1 y 2 de la CIE-10).

En términos generales consiste en una afección ocular que puede localizarse en distintas partes del ojo, o bien en una lesión del nervio óptico o en el área occipital del cerebro, que impide que la persona vea con normalidad. A quienes lo padecen los objetos pueden parecerles apagados, borrosos, fuera de foco, con manchas oscuras que flotan ante ellos o como si estuvieran cubiertos por una nube, en algunos casos, el sujeto no ve absolutamente nada. A partir de 1973 fueron divididos en dos categorías: los ciegos y los débiles visuales o deficientes visuales. Los primeros pueden ser educados con el uso del Braille, dispositivos táctiles y auditivos. Los débiles visuales tienen que utilizar materiales que complementen su visión residual, como los libros de letra grande y la iluminación especial, afortunadamente el deterioro visual afecta a una población pequeña de los escolares.

Casi todos los niños con deterioro visual pueden ver sólo una reducida proporción, los que carecen totalmente de la vista poseen sus otros sentidos y son capaces de llevar una vida normal. Los niños con este padecimiento pueden permanecer al margen de experiencias tempranas significativas si no se les permite que desplieguen toda su actividad y aprovecha al máximo sus sentidos. Es común que estas limitaciones perjudiquen el desarrollo de la formación de conceptos y del lenguaje. Las vivencias propias de la niñez y de la época preescolar son esenciales para que dicho desarrollo sea normal.

Dos de las mayores dificultades presentes en el deterioro visual consisten en establecer la posición del afectado en relación a su ambiente (orientación) y su desplazamiento (movilidad) situaciones que varían de acuerdo al grado del deterioro visual de que se trate lo que puede afectar de distinta manera al niño tomando en cuenta que ver es algo tan natural que no siempre se valora como fuente de información.

2.8 Desarrollo visual

Estudiando la secuencia del desarrollo visual del niño normal, sabemos que su primera reacción visual es la percepción de la fuente de luz. Luego de esto el niño aprende a fijar la vista, o sea a mirar a un objeto de interés sin prestar atención a los otros objetos circundantes (mira fijamente por mucho tiempo). Más adelante aprende a seguir los movimientos de personas y objetos de un lado a otro, después a una línea media, empieza a observar sus propios dedos y se sienta, puede seguir con la vista un objeto que se mueve de arriba a abajo. Pronto puede mover los ojos con rapidez y exactitud de uno a otro enfoque tanto si está quieto como si se mueve, aprendiendo a mover los ojos sin girar la cabeza. Esta habilidad de seguir con la vista es fundamental porque nosotros no vemos por mirar directamente a los objetos, aunque pensemos que es así (en realidad, captamos todos sus aspectos rastreándolos con los ojos rápidamente). El niño aprende a enfocar es decir a usar ambos ojos a la vez y ver a la distancia.

Gradualmente aprende a reconocer objetos, personas, lugares, colores y formas, mediante este adiestramiento visual y creando situaciones dentro de rutinas cotidianas para animarle a mirar y buscar objetos, ayudamos al niño con escasa pero útil visión a superar estas etapas. Con los niños deficientes visuales hay que usar los ojos aunque creamos que es inútil, si no se utilizan se atrofian las vías de comunicación con el cerebro. Cuando no se ayuda a los niños a encontrar sentido a lo que ven, su imperiosa necesidad de recibir estímulos visuales a menudo le conduce a la formación de hábitos estereotipados de mirar la luz que se hacen obsesivos e interfieren con el aprendizaje por eso es importante conocer el desarrollo y la funciones de la vista debido a que ver es algo tan natural que no siempre se valora como fuente de información, los ojos demuestran la emoción: sorpresa, hostilidad, culpa, horror, desesperación, y tomando en cuenta que no recogemos información al azar sino que buscamos lo que queremos ver, con el fin de alcanzar nuestro propio objetivo. Los niños videntes aprenden fácilmente a distinguir objetos que están en su contexto y que pueden ver con detalle en cambio el niño ciego o deficiente visual tiene que explorar las partes para hacerse una idea del todo y sólo al desplazarse entre y alrededor de los objetos y con ellos

una y otra vez, para formarse una idea o imagen mental que complemente la imagen visual que pueda tener. Antes de desarrollar el lenguaje el niño debe tener muchas imágenes mentales de los objetos de su mundo.

Son muchas y diversas las enfermedades que provocan una deficiencia visual y cada una de ellas puede tener un efecto diferente en el modo de ver a cada niño. A menos que esté evidente y completamente ciego, el hecho de que inicialmente no parezca reaccionar a un estímulo visual no significa necesariamente que no pueda ver. Incluso la diferencia de la percepción de la luz y la oscuridad puede ser útil al niño y el indicio que existe algún tipo de visión, y únicamente estimulándolo sabremos si es mucha o poca su utilidad lo que puede tomar bastante tiempo.

Para poder adiestrar a un niño ciego y deficiente visual a desarrollar las primeras habilidades visuales, se tiene que observar su comportamiento muy de cerca. El oftalmólogo podrá decirnos si el niño carece de visión periférica y por lo tanto no puede ver sin girar la cabeza, si carece de visión central por lo que ve mejor desde los ángulos y no puede mirar directamente a un objeto, con esta información las personas a cargo de su aprendizaje sabrán la mejor manera de sostener los objetos o presentarle las cosas para que su aprovechamiento sea mejor.

2.9 Etapas del aprendizaje

Ver e interpretar lo que vemos son funciones independientes en el cerebro, y juega un papel muy importante en muchas de las primeras etapas del aprendizaje por lo que es conveniente saber el efecto de la deficiencia.

La primera es la permanencia del objeto es decir que sabe que las cosas siguen existiendo aunque no las vea todo esto va formando parte de la seguridad del niño ya que está consciente que todo lo que desaparece volverá a estar en algún momento. El niño deficiente visual no ve dónde ha caído un objeto y no sabrá dónde encontrarlo a menos que lo llevemos a dónde cayó y le ayudemos a encontrarlo lo que es fundamental para estimular el explorar y moverse, pero si no se hace no aprenderá a comprender su propia localización y rumbo.

Si el niño no aprende a manipular varios tipos de objetos y reconocer sus funciones, diferencias y semejanzas, no aprenderá a clasificarlos en categorías y

nombrarlos, si no hace esto tendrá que recordar cada objeto como una imagen separada algo imposible para cualquier memoria normal y más para aquellas cuyas denominaciones son táctiles.

A través de la imitación el niño aprende y adquiere muchas habilidades naturalmente lo que ven actúa como fuente de motivación. En el niño ciego cuando está listo para masticar, no tienen ningún modelo de acción necesario para hacerlo y puede sentir temor ante las nuevas texturas o sabores que no ve comer con agrado a los demás y seguir comiendo alimentos blandos indefinidamente, no pueden ver como caminan los demás por lo que es probable que camine de puntitas o con los pies hacia afuera o agachando la cabeza.

Cuando la información visual se integra a la información táctil y cinéstica (percepción de los movimientos que hacemos o queremos hacer) el resultado es la llamada "facultad especial" La coordinación de todas estas habilidades es fundamental para enseñar al niño discapacitado visual a aprender y solucionar problemas.

La primera desventaja observada en niños ciegos de nacimiento no se relaciona con su imposibilidad de ver, sino con la dificultad que representa para sus padres el poder establecer con ellos la relación emocional positiva que tanto necesitarán para adaptarse a su incapacidad y desarrollarse de manera normal. Desde los primeros meses de vida, la mirada no sólo es el principal receptor de la información del entorno, de hecho constituye uno de los canales más importantes para la comunicación del niño con sus padres, quienes se sienten desorientados al no saber que hacer con este caso.

El niño invidente percibe de manera distinta el mundo que nos rodea, puesto que la información que recibe es secuencial y fragmentada. Además utiliza un lenguaje formado por señales específicas fuera del código habitual empleado por el niño vidente, el cual deberá ser interpretado correctamente por los padres. De aquí la necesidad de que recurran a un especialista que se encargue de orientarlos a partir del descubrimiento del problema y que haga un seguimiento de su evolución.

La ceguera no debe tomarse como un obstáculo insuperable ni pensar que condena al fracaso a quien la padece; es una dificultad importante, ya que el niño ciego no recibe una información amplia y globalizada, base de muchos

conocimientos intuitivos en el vidente, y por otra parte los avances tecnológicos se centran en la vista, olvidando el valor y potencialidades de los otros sentidos.

Generalmente se admite que por sí misma la ceguera no dificulta cuantitativamente el desarrollo intelectual. Los déficit intelectual y sensorial pueden asociarse en los casos en que ambas circunstancias sean concomitantes a una afección subyacente. Sin embargo cuando la insuficiencia de aportaciones del ambiente dificulta el desarrollo del niño ciego, se producen déficit a veces irreversibles con más facilidad que en el niño normal. "Aunque algunos autores especialmente (A. Parmelee) han descrito un retraso del desarrollo motor en los niños ciegos, este retraso no debe ser explicado como un déficit anatomofisiológico del sistema motor (excepto en los casos en los que exista una lesión cerebral) sino por un trastorno de los movimientos en sí mismos".²Efectivamente en el individuo normal la movilidad es al principio automática y posteriormente el movimiento está causado por los estímulos externos, especialmente los visuales, la marcha y la posición sentada permiten la exploración del espacio. Estos estímulos no existen en los niños ciegos y sus necesidades están satisfechas por otros estímulos. Por otra parte C. H. Buell pone de manifiesto en sus investigaciones que la inferioridad motora general es tanto mayor cuanto más protegidos están los niños. Bajo la denominación de "Blindismo" se ha descrito un tipo de comportamiento psicomotor caracterizado por balanceos y giros estereotipados, a veces rítmicos, una marcha particular, movimientos faciales o cervicales parecidos a algunos tics y en algunos casos actividades automutilantes. Esta pérdida de aferencias sensoriales y motoras debe ocasionar un trastorno del desarrollo del esquema corporal. Parece que en el niño ciego la experimentación del cuerpo a través de las sensaciones cutáneas está hipervalorada y se prolonga más que en los videntes, confrontando al máximo la superficie cutánea con el ambiente, tocando los objetos con la boca, arrastrándose, exponiéndose al sol y al viento, etc. Es evidente que los niños ciegos no pueden organizar su espacio de la misma forma que los videntes, viviendo en un espacio háptico y auditivo.

2.10 Personalidad de los no videntes

Algunos autores se han dedicado a escribir características particulares de la personalidad de los ciegos: ansiedad, dependencia del adulto, rechazo de competición, falta de agresividad, sensibilidad a las frustraciones

“(D. Burlingham) sin embargo E. L. Cowen y otros creen que no existe una inadaptación significativa en los adolescentes con déficit visual”.³ Por otra parte varios autores admiten, con razón, que las características afectivas descritas en los ciegos no están todas directamente relacionadas con el déficit visual, sino que dependen más del ambiente familiar y de las características del medio.

Para G. C. Lairy y cols., resulta importante matizar la afirmación muy general, según la cual es la actitud inadecuada del medio y en primer lugar de la familia, la responsable de la inadaptación de ciego. Se puede convencer a la familia de la posibilidad de una adaptación del niño ciego pero se le debe advertir de las dificultades que esta presenta. La falta de visión vuelve realmente difícil la educación del niño ciego, requiere por parte de la madre cualidades muy superiores a las necesarias para la educación del niño vidente. A la hora de adaptarse a las necesidades específicas del niño ciego, no hay que olvidar el hecho de que estas necesidades muchas veces se ignoran. Los éxitos que pueden alcanzar ciertos niños ciegos, ponen de manifiesto un ingenio muy notable por su parte, pero dejan intacta la incompreensión de los mecanismos de compensación que ponen en juego.

Su camino para lograr los aprendizajes podrá ser más largo, más lento o más difícil, pero el resultado final no tiene que ser distinto al alcanzado por cualquier niño que vea normalmente.

² J. De Ajuriaguerra, Manual de Psiquiatria infantil.

³ IDEM , J de Ajuriaguerra, pagina 474-476

2.11 La deficiencia visual asociada a la discapacidad intelectual

Como se menciona anteriormente la deficiencia visual esta comprendida dentro de la discapacidad sensorial que en combinación con la deficiencia mental forman una nueva clasificación que se denomina discapacidad múltiple que es el motivo de este estudio. Entonces se puede definir como deficiencia mental la expresión sintomática de una alteración neurológica que generalmente estuvo activa durante el tiempo de la gestación o el período perinatal, o incluso, aunque menos frecuentemente, durante la niñez. Su proceso patológico, sobre todo en el retraso profundo afecta al sistema nervioso, no sólo en las funciones cognitivas y conductuales, sino también produciendo trastornos motores, del habla y del lenguaje, convulsiones y dificultades sensoperceptivas.

Este trastorno ha sido definido como un funcionamiento intelectual significativamente inferior que el promedio, que existen en forma concurrente en limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, autodirección, salud y seguridad, áreas académicas y funcionales recreación y trabajo. Más concretamente se puede precisar como una conducta intelectual y de adaptación social considerablemente menor al promedio, evidente antes de los 18 años.

El término "deficiencia mental" no se comprende bien y se ve de manera despectiva. Algunos piensan que la deficiencia mental se diagnostica sólo a base de un cociente de inteligencia (IQ.) mucho más bajo de lo normal y que las personas retrasadas no pueden aprender a ocuparse de sí mismos. En realidad, para ser diagnosticado como deficiente mental, la persona tiene que tener ambos, un IQ. significativamente bajo y problemas considerables en su adaptación a la vida diaria. Sin embargo, la mayoría de los niños que son deficientes mentales pueden aprender muchas cosas y al llegar a adultos pueden vivir de una manera parcialmente independiente. Lo que es más importante, pueden disfrutar de la vida al igual que todo el mundo.

Se pueden establecer varias clasificaciones basándose en datos psicométricos o niveles de comportamiento y adaptación. La Organización Mundial de la Salud los

clasifica como "profundos", "graves", "moderados" y "ligeros" también un "retraso mental límite".

Otra clasificación que es la que se utiliza actualmente es :

1. Deficiencia Mental leve: con un coeficiente intelectual de 50 a 70 aproximadamente, son capaces de desarrollar destrezas sociales de comunicación, existe un retraso sensoriomotor mínimo, ya que a esta edad puede ser difícil de percibir.
2. Deficiencia mental moderada: con un coeficiente intelectual de 35 a 50 aproximadamente, son capaces de hablar y comunicarse, conciencia social pobre, desarrollo motor bueno, se necesita supervisión moderada, puede aprender actividades de autocuidado.
3. Deficiencia mental severa: con un coeficiente intelectual de 20 a 35, hablan poco o nada, desarrollo motor pobre, capacitación para algún trabajo manual, hábitos higiénicos básicos.
4. Deficiencia mental profunda: con un coeficiente inferior a 20 con mínimas capacidades de funcionamiento sensoriomotor, requiere de constante supervisión y atención.

El criterio psicométrico comenzó a utilizarse a partir del trabajo de Binet y Simon los cuales publicaron a principios del siglo las primeras escalas de desarrollo intelectual en un marco escolar determinado. Luego la noción de edad mental fue reemplazada W. Stern. Por coeficiente intelectual el cual se obtiene calculando la relación existente entre la edad mental y la edad cronológica. Pero también se tomó en cuenta que existen muchos niños que son clasificados como deficientes mentales cuando lo que realmente pasa es que son víctimas de enfermedades de debilidad constitucional o malnutrición, también hijos de padres que no han asistido a la escuela y no han podido dar una estimulación adecuada. Pero ni la etiología, ni la noción cuantitativa aportan suficientes instrumentos para comprender la personalidad y comportamiento del deficiente mental, ya que no se considera un estado en sí, sino el resultado de su propia organización.

La evolución perceptivo motora juega un papel muy importante ya que un déficit motor (dificultad de adoptar la postura de sentado o marcha) impide al niño aprehender el espacio experimentando. La falta de prensión o de manipulación impide el conocimiento de los objetos. N. O'Connor y B. Hermelin han demostrado la importancia que debe darse a las características de la discriminación táctil y visual en estos niños. También es muy importante el papel que desempeña la comunicación verbal pues se sabe que los niños con deficiencia mental tienen afectado este proceso ya que generalmente solo llegan a adquirir palabras aisladas que completan con mímica descriptiva, acompañada de poca comprensión del lenguaje o bien frases de construcción normal pero con vocabulario pobre y estructuras expresivas poco variadas.

Se debe tomar en cuenta también la comunicación extraverbal que va desde los intercambios por contacto hasta los por imitación gestual rítmica. Es por eso que no se pretende forzar a los niños a un aprendizaje de la lectura y escritura cuando no tienen la edad mental para hacerlo; se debe esperar que tengan la madurez suficiente para este proceso y lograr su aprendizaje por medio de métodos fonéticos y gestuales esto puede ayudar en el comportamiento general ya que el control emocional desempeña un papel muy importante en el comportamiento del niño con deficiencia mental, Puede manifestarse bajo la forma de pulsiones heteroagresivas o auto agresivas, en forma de alboroto o en ocasiones presentar buenas conductas. Estos trastornos del control emocional, colocan a los niños deficientes mentales en una limitación para la organización, y depende de los padres de familia, los maestros encargados y el psicólogo que orienta el proceso obtener la mejor conducta posible.

2.12 Causas de la Discapacidad Intelectual

Las causas que pueden originar una deficiencia mental son muy variadas pero se intenta hacer una clasificación general que se describe a continuación:

Etiológicamente se han dividido en genéticas y no genéticas; en dónde las formas genéticas siguen raramente la herencia mendeliana; generalmente se trata de una transmisión multifactorial. "Se pueden añadir factores

progenéticos según R. Turpin todas las características normales o patológicas de los padres son susceptibles de influir en el desarrollo del niño, aparte de los mecanismos hereditarios (cuestiones relacionadas con la edad de los padres, con las condiciones de la gestación)".⁴

Los factores no genéticos son múltiples, ya sea que un agente externo actúe durante el desarrollo del embrión o del feto, que un feto bien constituido y provisto de todas las posibilidades se lesione durante el parto, o bien que el recién nacido se lesione poco después del nacimiento. En estos casos se trata de alteraciones orgánicas.

Según C. Burt estima que un 40% de la variación es atribuible a componentes genéticos fijos, un 30% a componentes genéticos no fijos y el resto está sometido a la influencia del medio y nutrición (principalmente en el período perinatal), el medio intelectual, el modo de estimulación de los logros intelectuales, las posibilidades culturales y educativas. En general se puede decir que se ha denominado Deficiente mental "exógeno" a aquel que en su examen neurológico y exámenes clínicos permitan establecer que la existencia de la lesión cerebral fue adquirida en el períodos pre, peri, y postnatal; y deficiente mental "endógeno", en los que nada permite asegurar la causa de la lesión cerebral.

La propuesta de retraso mental no va dirigida a calificar a la persona; tampoco es su propósito que sirva para incluirla o no en un grupo determinado, con intenciones investigadoras. Se realiza una clasificación para perfilar y planificar los apoyos requeridos para una persona en un contexto concreto, para mejorar su funcionamiento en el medio en el que está; para mejorar, en definitiva, su calidad de vida con el objetivo que los apoyos se encaminen a las habilidades de adaptación, a todas las que lo requieran: al entorno en que la persona vive, a mejorar su estado físico de salud emocional y psicológica.

"Otra clasificación de la AAMR (Asociación Americana de Retraso Mental) hace énfasis en las áreas de habilidades de adaptación. Es preciso, dejar de considerar los contenidos escolares, como el planteamiento central para el progreso

⁴ IDEM, J. De Ajuriaguerra, página 591.

intelectual y social de las personas.”⁵ Hay que pensar en abandonar prácticas que conllevan el que hombres y mujeres con retraso mental sigan realizando tareas de entretenimiento. El crecimiento intelectual, la mejora en el funcionamiento vital de una persona no viene por hacer mejor o peor un rompecabezas o un punteado con el punzón, o por realizar una ficha. Evidentemente, la lectura, la escritura, la competencia motriz, los contenidos escolares en general, son importantes. El crecimiento personal, la capacidad social y comunicativa de la persona, la capacidad de autodirección. La capacidad para regular, controlar, manejar adecuadamente el medio social (comunicación y competencia social) y el medio personal (autodirección, autodeterminación) es central para el desarrollo satisfactorio de una persona con retraso mental

2.13 Premisas

“El aprendizaje es, en su forma más amplia y sencilla, el cambio de conducta más o menos permanente que se produce como resultado de una estimulación para lograr una mejor adaptación al medio”

Margarita Nieto

“Los estímulos ambientales no solo actúan físicamente en el sujeto sino que además poseen una carga afectiva y social que puede impulsar o detener el desarrollo cognoscitivo del niño”

Margarita Nieto

“Los niños con deterioro visual pueden permanecer al margen de experiencias tempranas significativas si no se les permite que desplieguen toda su actividad y aprovechen al máximo sus sentidos. Es común que estas limitaciones perjudiquen el desarrollo de la formación de conceptos y el lenguaje ”

Problemas de Aprendizaje

⁵ Problemas de Aprendizaje, tomo I, Trastornos del desarrollo intelectual, México, pagina 42.

“Es evidente que los ciegos no pueden organizar su espacio de la misma forma que los videntes, viviendo en un espacio háptico y auditivo”

J de Ajuriaguerra

“El retraso mental es la expresión sintomática de una alteración neurológica que se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, que existe en forma concurrente en limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas, comunicación, cuidado personal, auto dirección, salud y seguridad ”

Problemas de Aprendizaje

“El control emocional desempeña, un papel muy importante en el comportamiento del retrasado mental. Puede manifestarse bajo la forma de pulsiones heteroagresivas o auto agresivas, o bien en forma de alboroto o buena conducta, estos trastornos del control emocional corren el peligro de ser una gran limitación para la organización diaria”

J de Ajuriaguerra

2.14 Hipótesis general

La falta de una educación sistematizada y gradual orientados las necesidades específicas de la población con discapacidad múltiple desencadena en baja autoestima, frustración y dificultad excesiva para la adquisición de habilidades básicas que les permitan su integración social.

Variables

Variable independiente:

El desconocimiento de procesos de enseñanza aprendizaje adecuados para la población con discapacidad múltiple.

Variable dependiente

Limita el desarrollo de habilidades cognitivas básicas y aspectos emocionales que permitan su integración familiar y social.

2.14.1 Teorización de Variables

Variable independiente: El desconocimiento del tratamiento de los problemas de discapacidad múltiple radica en que solo existe información del abordamiento educativo de cada discapacidad por separado, pero al estar las dos presentes en una misma persona crean otro cuadro con características distintas y propias de esa combinación a las que se les debe aplicar técnicas de enseñanza de acuerdo a sus necesidades y habilidades las cuales se ven muy limitadas.

Variable dependiente: La poca estimulación que se brinda a las habilidades cognitivas básicas hace que se pierda la posibilidad de adquirir conocimientos elementales para el desempeño de actividades sencillas que facilitarían su calidad de vida, esto de la mano con un estancamiento emocional que limita su desarrollo aún mas que su discapacidad.

2.14.2 Indicadores

Variable independiente

- Baja autoestima
- Frustración
- Dificultad excesiva para la adquisición de habilidades
- Pobre interacción familiar y social
- Permanente dependencia de un adulto.

Variable dependiente

- Incapacidad de desempeñar una actividad laboral
- Problemas de personalidad posteriores
- Problemas de conducta a causa de la frustración acumulada.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

A continuación se mencionan los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información para la elaboración del presente trabajo.

- ❖ Observación de la historia del problema: este instrumento demostrará que el aula no ha tenido continuidad lo que perjudica a la población objeto de estudio.
- ❖ Entrevistas a autoridades del centro, maestra y padres de familia: Las entrevistas permitirán conocer las necesidades de los niños en su hogar y las expectativas de los padres, así también como han observado las autoridades y la maestra el desempeño sin tener algo sólido sobre que trabajar con los niños.
- ❖ Contenido del programa: Al hacer la aplicación establecer hasta que medida cubre las necesidades y cuales son las áreas a las que se les debe dar mayor importancia.

La prueba es de diseño ya que en base a la experiencia adquirida durante el trabajo con 9 niños y niñas con discapacidad visual e intelectual en el aula de aprestamiento durante dos años, se sistematiza el trabajo incluyendo las formas de abordaje que se consideran adecuadas a las necesidades educativas especiales de estos niños y sustentadas con teorías de corrientes psicológicas que le dan al programa un carácter serio y estructurado. Lo anterior permitirá que todo profesional en el área de Psicología Educativa y técnicos en Educación Especial lo utilicen como base para crear nuevos sistemas y técnicas que contribuyan al proceso de enseñanza aprendizaje de los niños con discapacidad múltiple.

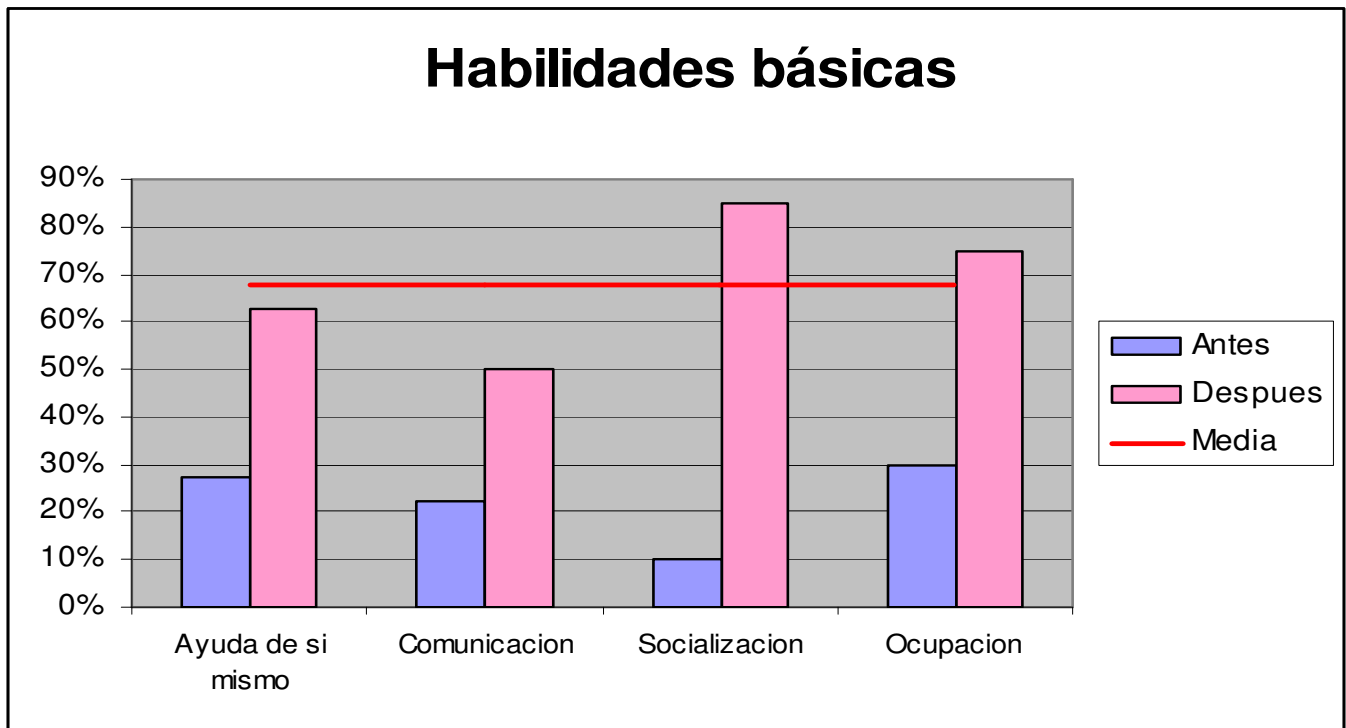
CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran las gráficas que se obtuvieron de los resultados de las pruebas que se utilizaron para la evaluación de cada uno de los casos con lo que se puede observar la evolución obtenida después de la aplicación del programa.

Caso1 D.S.

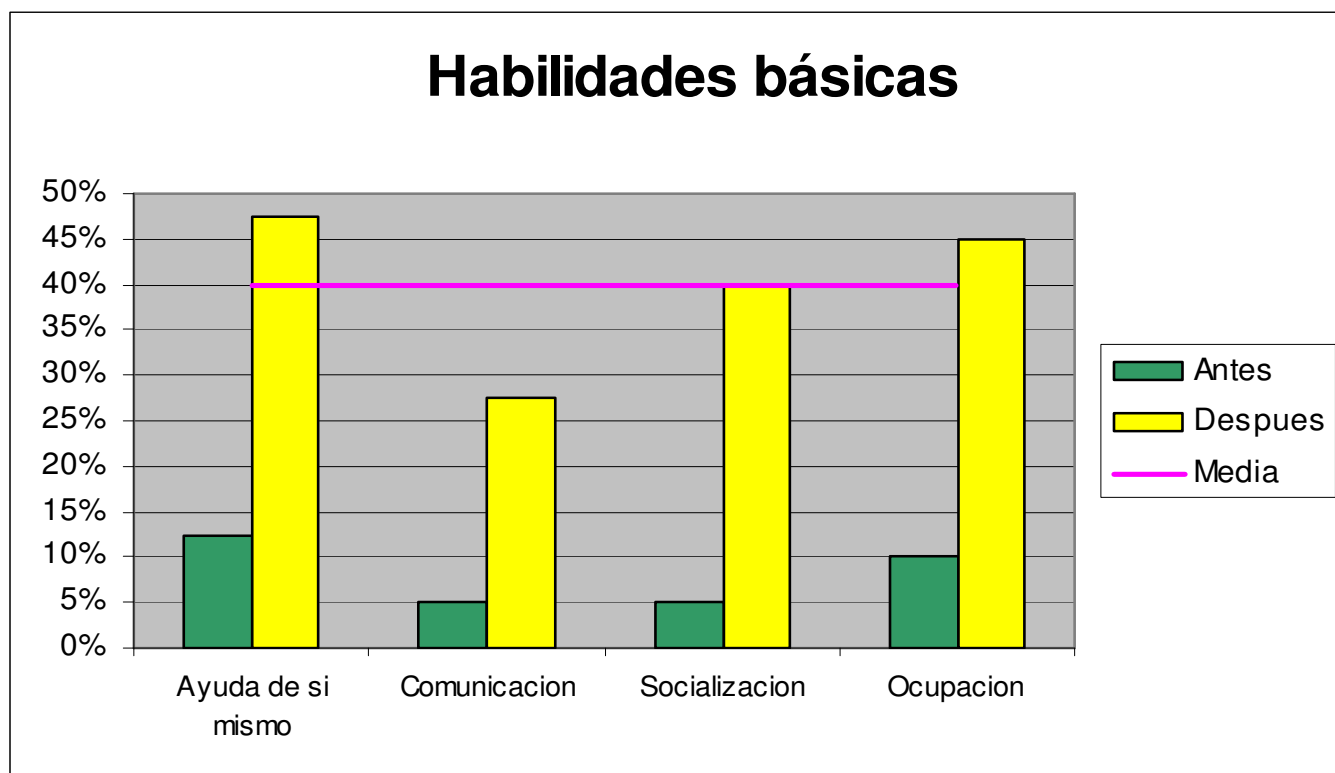
Las siguientes gráficas muestran el incremento en las habilidades de 5 de los 9 niños que asistieron al aula de aprestamiento, luego del periodo de la aplicación del programa de estimulación de áreas básicas.



Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Los resultados corresponden a un niño que proviene de una familia en la cual todos los miembros de su grupo primario de apoyo presentan discapacidad visual, esto limitó considerablemente su desenvolvimiento general debido a que el apoyo familiar fue escaso, sin embargo su mejor área fue socialización ya que aprendió a comportarse en los distintos ambiente, situaciones y practicar normas básicas de cortesía.

Caso II J.A. M.

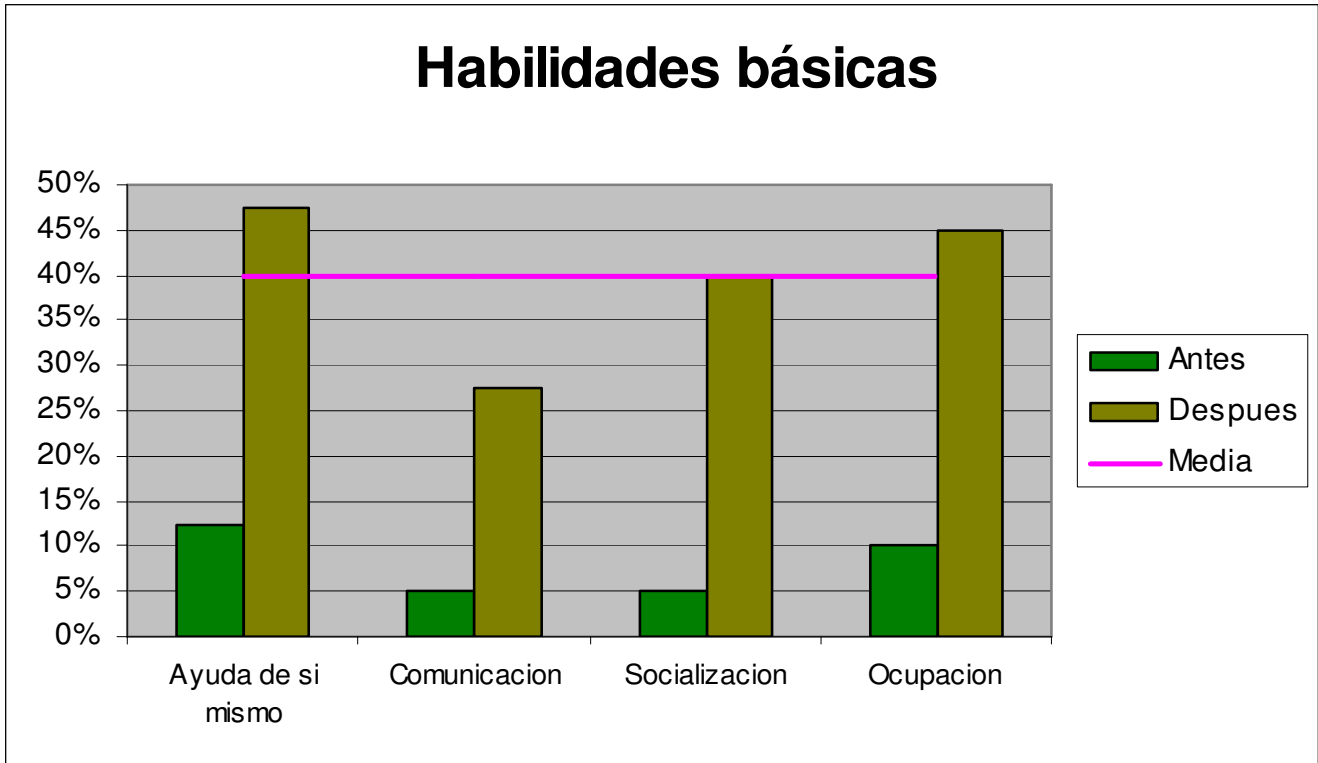


Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Este caso corresponde a un niño que ya tenía superada el área de autoayuda en si mismo antes de la aplicación del programa, esa es la razón por la cual luego de la estimulación es el área más alta porque mejoró en la calidad de las habilidades previamente adquiridas.

Sus logros en todas las demás áreas fueron significativos ya que no había tenido acceso a la estimulación de áreas de aprendizaje.

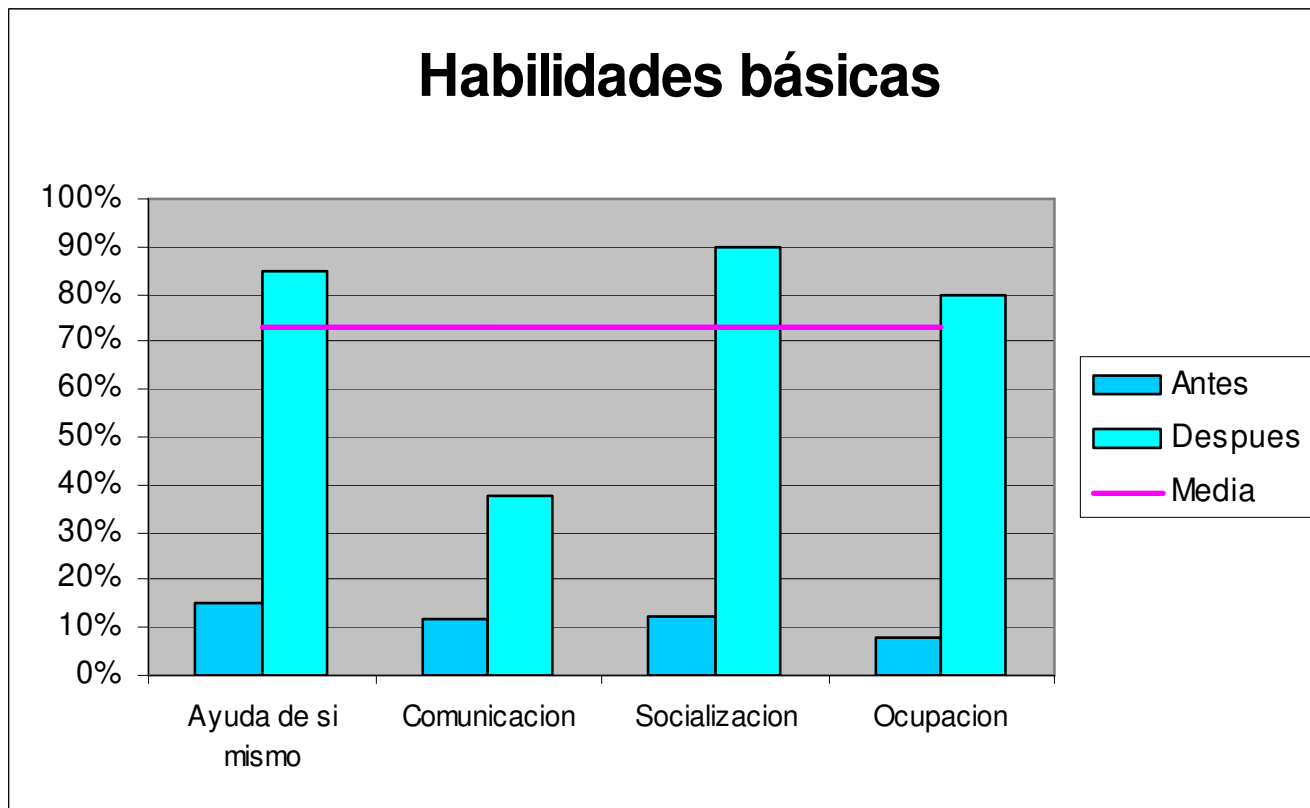
Caso III S.A. C.



Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Los resultados que se observan pertenecen a un niño institucionalizado, su área mas alta refleja que en cuanto a independencia logro sobrepasar su propio promedio aunque se le debe dar mayor énfasis a el área de socialización ya que inicialmente agregado a toda su problemática presentaba problemas de conducta significativos que limitaban considerablemente su relación con otras personas, además el área de comunicación ya que adquirió herramientas de comunicación adecuadas para expresar sus necesidades y deseos.

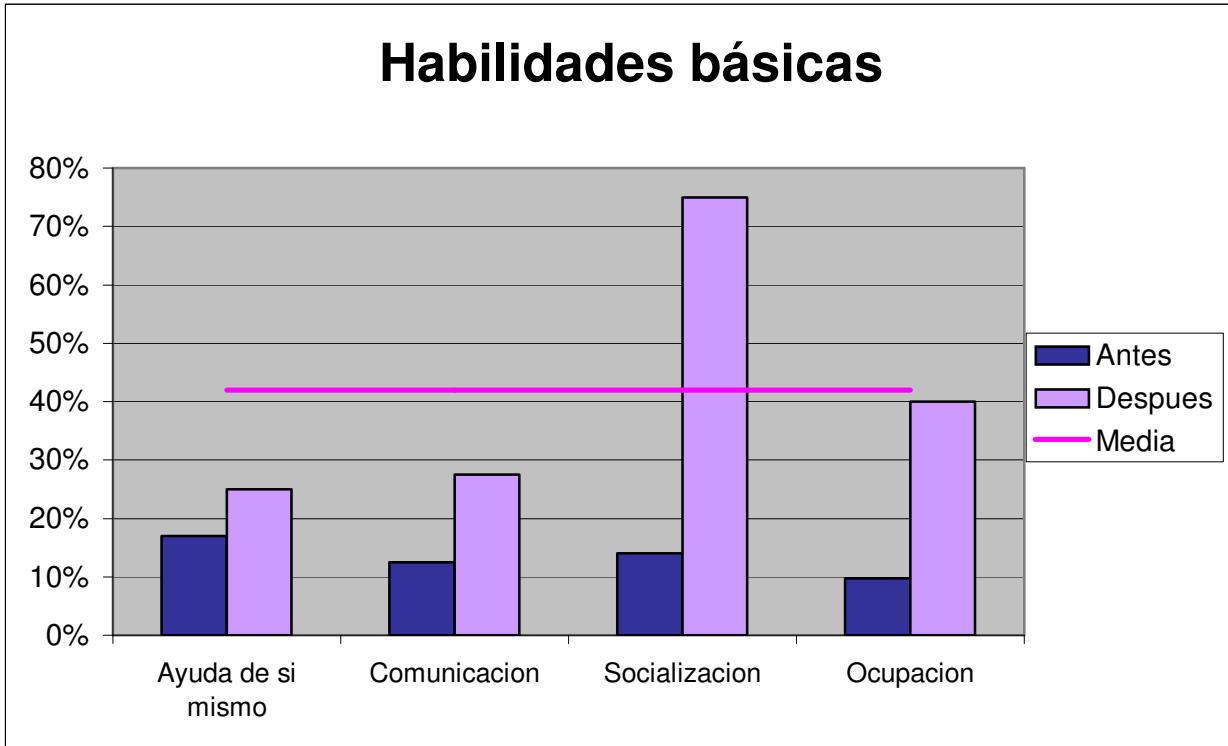
Caso IV I.M.E.G.G.



Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Los resultados que se observan pertenecen a un caso en el que es de suma importancia resaltar que fue necesario trabajar un programa de atención mas consistente que en los demás casos ya que era un área que limitaba la adquisición de habilidades de aprendizaje. Se puede evidenciar que el área mas alta es la de socialización y luego ayuda de si mismo debido a que adquirió la habilidad de realizar sus hábitos higiénicos y alimenticios por si solo lo que contribuyo en su desenvolvimiento familiar y social.

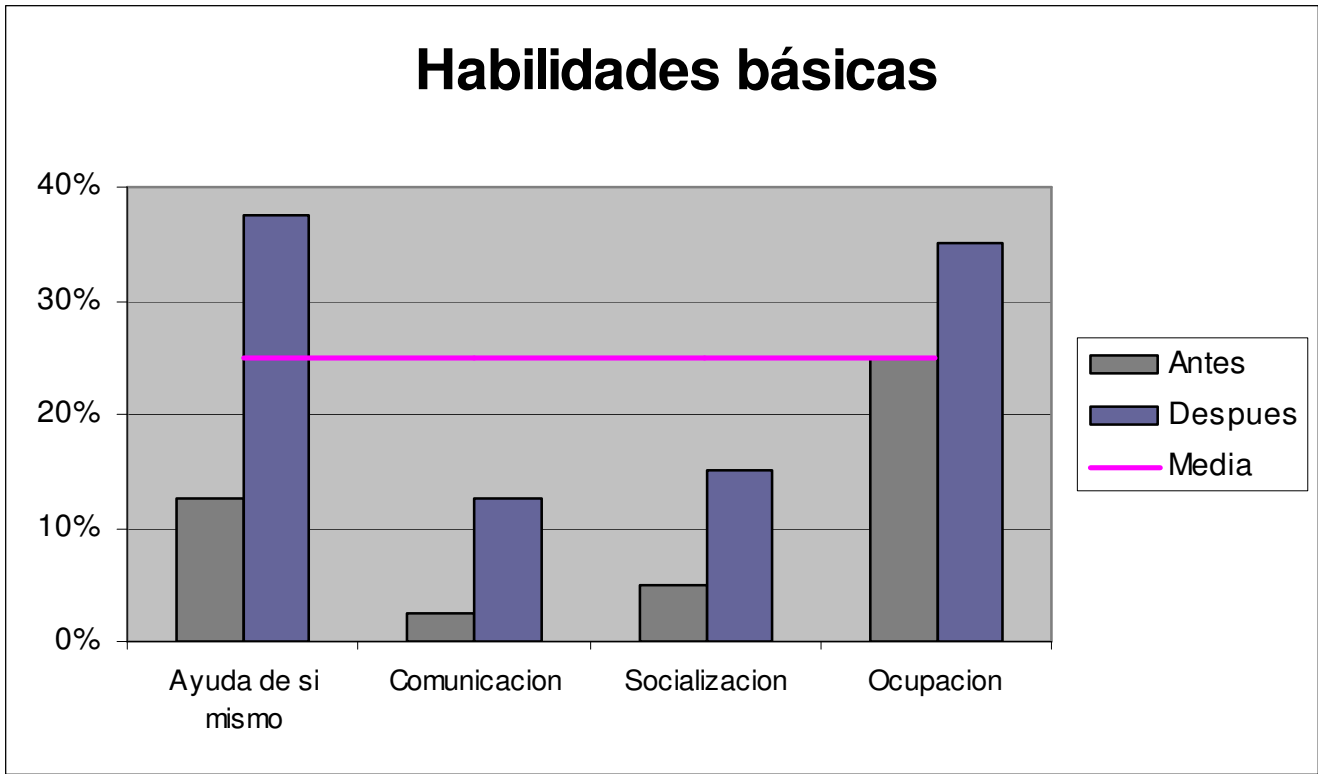
Caso V.J.C.N.R.



Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Los siguientes resultados pertenecen a un niño que aparentemente no evidencio mayor evolución pero es necesario resaltar que su problemática era muy compleja por lo que le resultaba muy difícil y se ocupaba un tiempo mas largo en la adquisición de nuevos aprendizajes, su área de socialización es la mas alta porque su grupo primario de apoyo contribuyo notablemente para incrementar en esta área ya que le proporcionaron todos los medios para realizarlo.

Caso VI A.E.X.P.

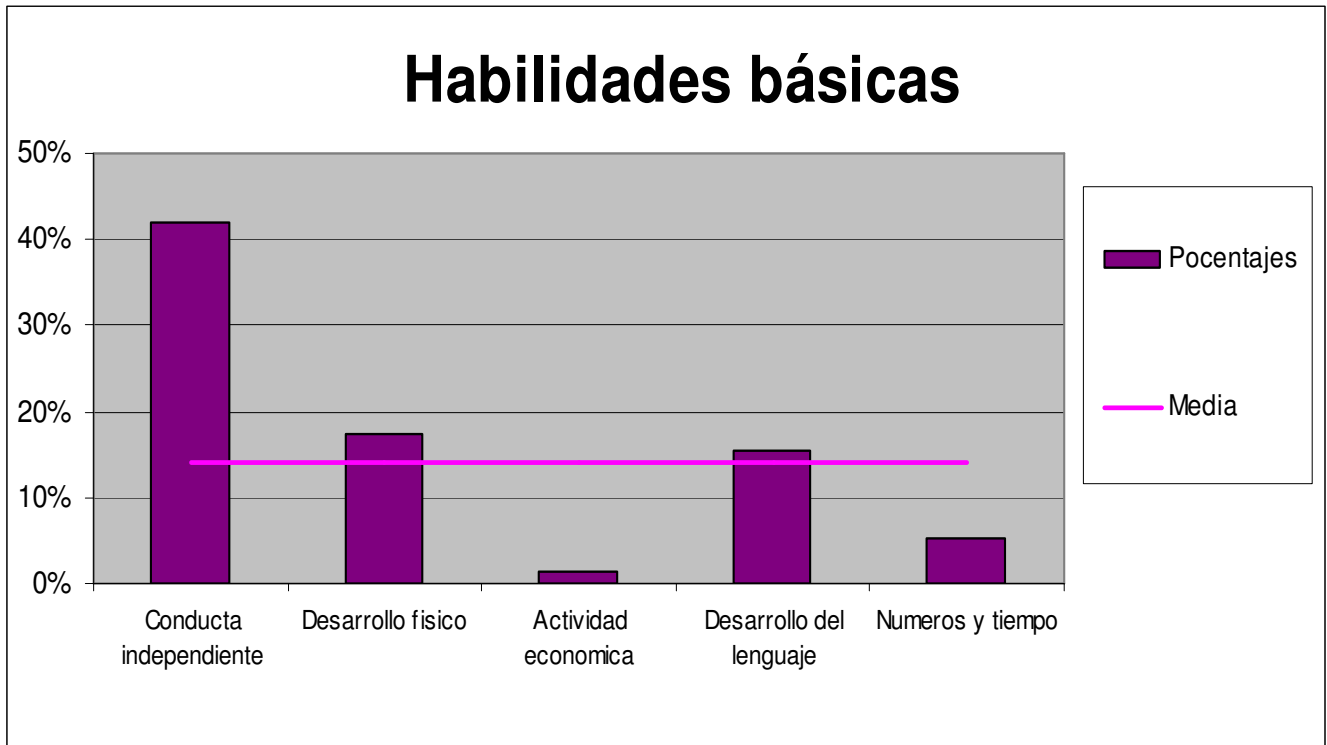


Fuente: Resultado de evaluación inicial y final de la prueba de habilidades PAC.

Los siguientes resultados se refieren al caso de un niño que además de su limitación visual presentaba el síndrome de Bardet Bield que lo limitaba físicamente, a pesar de eso evidencio una capacidad de adquisición de los aprendizajes de forma rápida por lo que luego de un año de estimulación fue promovido al nivel de preparatoria, actualmente ha adquirido el proceso de lectura y escritura en sistema braile.

General I

Los siguientes datos se obtuvieron del promedio general de los resultados de las pruebas aplicadas a los 9 niños que conforman el aula de aprestamiento, durante los dos años en los cuales se aplico el programa de áreas básicas.

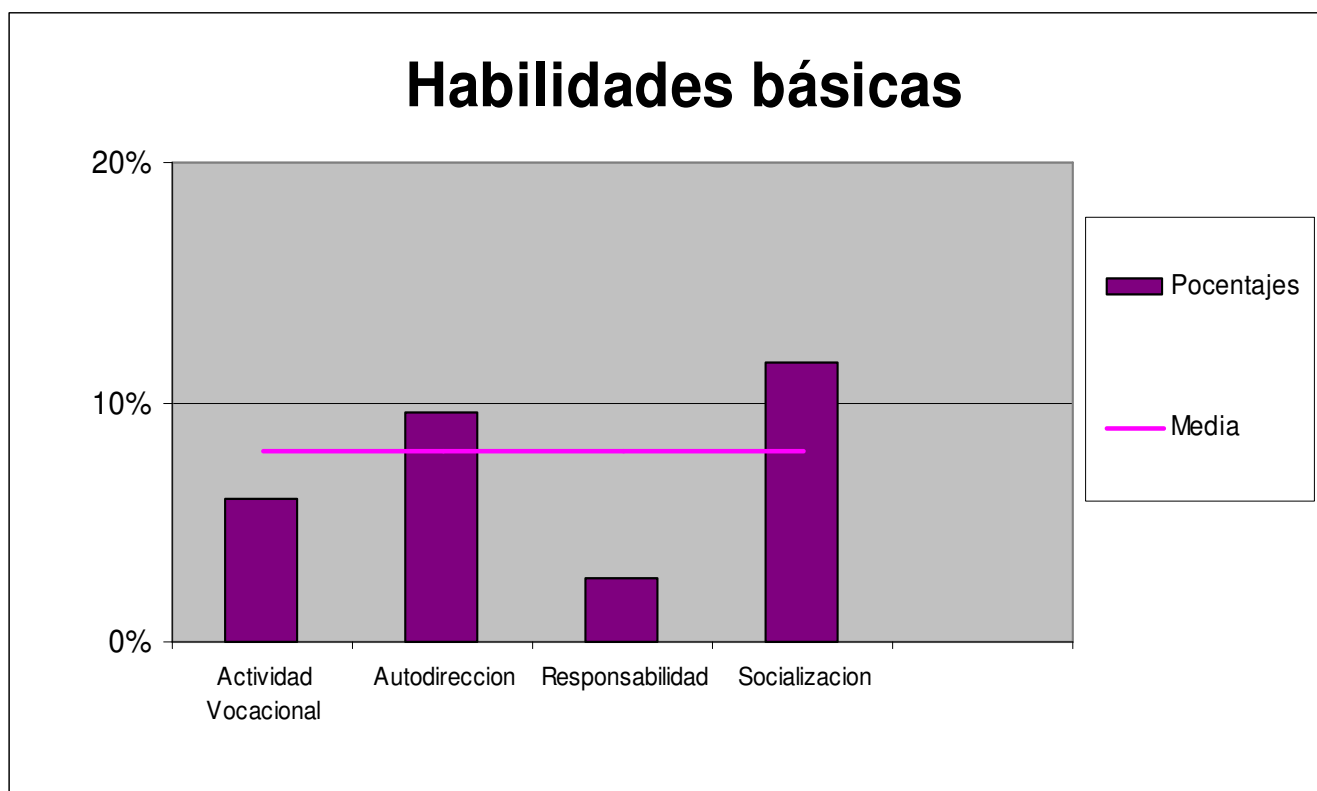


Fuente: resultado de pruebas de habilidad y listas de cotejo inicial, media y final.

La media se refiere al promedio general de los avances de todos los 9 niños que asistieron al aula.

General II

Los niños que no concluyeron los dos años de la aplicación del programa, por situaciones de salud, o problemática familiar, no evidencian mayor incremento en sus habilidades básicas.



Fuente: resultado de pruebas de habilidad y listas de cotejo inicial, media y final.

La media se refiere al promedio general de los avances de todos los 9 niños que asistieron al aula.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Al proveer a los niños con discapacidad múltiple del aula de aprestamiento un programa de acuerdo a sus necesidades, y sustentado teóricamente incremento el nivel general de las áreas básicas para el aprendizaje.
- Con capacitación y orientación a los padres acerca de las necesidades específicas de sus hijos y las técnicas de abordaje adecuadas, se logro crear un sistema de trabajo, que beneficia a las familias en general.
- La participación social, aun con niños de la misma escuela que presentan solamente discapacidad visual, contribuyó al fortalecimiento del autoestima, y seguridad personal del grupo de niños.
- Es necesario dar a conocer los logros obtenidos y la necesidad existente de la implementación de programas a todo nivel en donde puedan ser incluidas las personas con discapacidad múltiple.
- En la escuela para niños ciegos Santa Lucia es conveniente fortalecer el área de capacitación y sensibilización de todas las personas que tienen relación con los niños con discapacidad, ya que es elemental abrir espacios para llevar a cabo sistemas de aprendizaje con sustentación teórica y personal capacitado.
- Es evidente la necesidad de atención adecuada de personas con discapacidad múltiple en general, ya que las instituciones que están al alcance de las personas de situación socioeconómica baja se dedican a una discapacidad pura lo que ocasiona que estos niños crezcan sin oportunidad de aprendizaje integral y esto en la vida adulta no les permite desenvolverse. Pero según la Encuesta Nacional de Discapacidad ENDIS hay un buen porcentaje de discapacidad múltiple que incluye la discapacidad visual que no tiene un lugar donde pueda ser atendido

RECOMENDACIONES

- Que se utilice el presente trabajo para sentar las bases teóricas del proceso de enseñanza aprendizaje de los niños con discapacidad múltiple. (discapacidad visual asociada a deficiencia intelectual).
- Que en la Escuela para niños ciegos Santa Lucía por ser el lugar que se especializa en discapacidad visual, se amplié la cobertura del programa de Aprestamiento con nuevos recursos que favorezcan a mayor cantidad de población.
- Que se de a conocer este trabajo a los centros educativos y de salud para lograr un diagnóstico temprano y así proporcionar mayores herramientas de trabajo a más corta edad con el fin de ofrecer una mejor calidad de vida.
- Que la institución experta en el abordaje de los problemas visuales sea la encargada de promover los espacios para lograr con los niños del aula una inserción social adecuada y satisfactoria.
- Que el tema de la discapacidad múltiple y su abordaje se incluya dentro de los contenidos de las aulas de las personas que están estudiando Educación Especial y Licenciatura en Psicología para conscientizar acerca de la necesidad de una detección y atención temprana, así como la implementación de nuevos abordajes y técnicas para favorecer el desarrollo de estos niños.
- Es indispensable que el Programa de Aprestamiento sea atendido por un técnico en Educación Especial, ya que las técnicas y abordaje son diferentes al de las aulas regulares o las de niños ciegos puros, además debe ser asesorado y supervisado por un profesional en el área de Psicología Educativa para trabajar conjuntamente los aspectos emocionales que intervienen en el

aprendizaje y el seguimiento de los problemas que se presentan durante el proceso enseñanza aprendizaje simultáneamente con la atención y orientación a padres de los niños que asisten al programa.

- Que aunque en futuras oportunidades se creen nuevos programas de atención a niños y niñas con discapacidad múltiple se tome en cuenta como base la estimulación y oportunidad de desarrollar las áreas básicas del aprendizaje, que son requisito indispensable para que los conocimientos que se adquieran sean permanentes.
- Que se incluya en el programa de Aprestamiento, luego de adquirir los conocimientos básicos, el acceso a un taller en el cual sea posible para la población del aula, el aprender y practicar un oficio sencillo que les permita posteriormente contribuir económicamente con su familia y sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASCATED
Red Nacional de Apoyo a la población con discapacidad
2. Enrique Estrada Sandoval, Historia de la Educación, Editorial Oscar de León Palacios.
3. Margarita Nieto, ¿Por qué hay niños que no aprenden? Editorial La Prensa Médica Mexicana, pp 88-91
4. J. De Ajuriaguerra, Manual de Psiquiatría Infantil, Editorial MASSON, pp 474-476.
5. Diane E. Papalia, Séptima Edición, Editorial Mc Graw Hill, Capítulo V Desarrollo físico y Salud en la Infancia y etapa de los primeros pasos, pp 158 a la 195.
6. Grace J. Craig y Anita E. Woolfolk, Manual de Psicología y Desarrollo Educativo, Editorial Prentice Hall, Capítulo XIII Enseñanza para Estudiantes Excepcionales, pp 469-504.
7. Problemas de Aprendizaje, Editorial Euroméxico de C.V. Tomo I, Trastornos Sensoriales pp 24-29 y Trastornos del desarrollo intelectual pp 42.
8. OEA, CIDI, SEP, Apoyos Pedagógicos para la integración Educativa de niños de 0 a 6 años con discapacidad visual.
9. OEA, CIDI, SEP, Apoyos Pedagógicos para la integración Educativa de niños de 0 a 6 años con discapacidad intelectual.
10. Licenciado Arturo Alejos, Documento un Viaje no Planeado, Aspectos emocionales que manejan los padres de niños con discapacidad.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo dar a conocer la necesidad de la creación de planes y proyectos específicos para la atención de la discapacidad múltiple en Guatemala en este caso discapacidad visual coexistente con discapacidad intelectual, problemas que no han tenido la atención que merecen ni la intervención adecuada. Se sabe que el conocer una problemática es el primer paso para poder realizar las acciones encaminadas a la apertura de espacios, implementación de programas educativos o mejora y promoción de los ya existentes para brindar a las personas una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad múltiple. Se trabajó una sistematización de las técnicas y conocimientos utilizados en el aula de Aprestamiento de la Escuela Para niños ciegos Santa Lucia para lograr que los niños que asisten a dicho programa alcanzaran aprendizajes para suplir sus necesidades específicas. Durante este proceso se evidenció la necesidad de tomar todos los elementos que están alrededor de esta población ya que no hay otro lugar donde puedan ser atendidos de forma constante y dosificada, entre los aspectos importantes a tomar en cuenta están los aspectos metodológicos para la enseñanza a estos niños y que sea una persona profesional en el campo de la educación especial que este a cargo, el apoyo institucional, el apoyo y capacitación de la familia que es un ente importante en la formación de conceptos y habilidades en los niños. Como resultado de esta investigación se pretende que se logre el apoyo necesario para las necesidades educativas de los niños que asisten al aula de Aprestamiento de la Escuela de niños Ciegos Santa Lucia y todos los niños en general que necesitan ser atendidos, que se brinde la orientación adecuada a los padres que tienen hijos con necesidades educativas especiales y se pueda extender a los distintos profesionales que trabajan en el campo de la educación.