

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	Pedagogía de la Salud Efectos de la dimensión psicológica del aprendizaje lingüístico sobre el aprendizaje psicomotor en educandos pediátricos domiciliarios		
SUBTITULO			
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Flórez Perdomo, Lina Esmeralda		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Pedagogía en salud		aprendizaje motor
	mediación educativa fisiopedagógica		inclusión educativa
	aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical		
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>La perspectiva en la Pedagogía de la Salud (PS), demanda la presentación de alternativas de enseñanza, aprendizaje y desarrollo a través de las cuales se puede lograr la Inclusión educativa desde la Educación Inclusiva, a Educandos Pediátricos Domiciliarios (EPD) con proyectos de calidad de vida, inmersos en ambientes áulicos hospitalarios. Una práctica investigativa transdisciplinaria de método Mediacional Fisiopedagógico, con la cual a través de la dimensión psicológica, apoyada en el aprendizaje del lenguaje con procedimiento gramatical, los profesionales de la salud de forma transversal desarrollan estrategias educativas y terapéuticas, apoyando a los Educandos Pediátricos (EP) que se encuentran en desventaja biológica, física, cognitiva y emocional al logro del aprendizaje motor.</p> <p style="text-align: center;">L</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

**EFFECTOS DE LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL APRENDIZAJE
LINGÜÍSTICO SOBRE EL APRENDIZAJE PSICOMOTOR EN EDUCANDOS
PEDIÁTRICOS DOMICILIARIOS**

LINA ESMERALDA FLÓREZ PERDOMO

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA
BOGOTA-COLOMBIA**

EFFECTOS DE LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL APRENDIZAJE
LINGÜÍSTICO SOBRE EL APRENDIZAJE PSICOMOTOR EN EDUCANDOS
PEDIÁTRICOS DOMICILIARIOS

LINA ESMERALDA FLÓREZ PERDOMO

Director

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA
BOGOTA-COLOMBIA

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

Descriptores de acceso a la información

ABSTRACT

Descriptores de acceso a la información

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1. Diagnóstico

6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general

7.2. Objetivos específicos

7.3. Categorías de análisis e instrumentos

8. MARCO TEÓRICO

8.1. Aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical

8.1.1. Aprendizaje morfosintáctico

8.1.2. Habla, lingua y lenguaje

8.2. Aprendizaje motor

8.2.1. Neurocinética

8.2.2. Engrama motor

8.3. Educandos Pediátricos Domiciliarios (EPD) con IMOC y NF-1

9. MARCO METODOLÓGICO

9.1. Metodología de la investigación

9.2. Técnicas

9.2.1. Diagnóstico pedagógico situacional

9.2.2. Bateria de Luria

9.3. Fase de desarrollo de intervención cognitiva

9.3.1. Fase Input

9.3.2. Fase de elaboración

9.3.3. Fase Output

9.4. Selección de la Población y Muestra.

9.5. Categorías de estudio

10. RESULTADO,

- 10.1. Resultados de la fase input
- 10.2. Resultados de la fase intervención
- 10.3. Resultados de la fase output
- 10.4. Evaluación cualitativa del resultado

11. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

12. BIBLIOGRAFÍA

13. ANEXOS

- Siglas y abreviaturas de la investigación
- Diagnóstico DPS fase input
- Cartografía evaluación de los duelos (madre)
- Ficha de intervención desde la batería de Luria DNI
- Diagnóstico DPS fase output
- Ficha de intervención desde la batería de Luria DNI
- Barómetros de medición
- Diagnósticos clínicos
- Exámenes de laboratorio

RESUMEN

La perspectiva en la Pedagogía de la Salud (PS), demanda la presentación de alternativas de enseñanza, aprendizaje y desarrollo a través de las cuales se puede lograr la Inclusión educativa desde la Educación Inclusiva, a Educandos Pediátricos Domiciliarios (EPD) con proyectos de calidad de vida, inmersos en ambientes áulicos hospitalarios. Una práctica investigativa transdisciplinaria de método Mediacional Fisiopedagógico, con la cual a través de la dimensión psicológica, apoyada en el aprendizaje del lenguaje con procedimiento gramatical, los profesionales de la salud de forma transversal desarrollan estrategias educativas y terapéuticas, apoyando a los Educandos Pediátricos (EP) que se encuentran en desventaja biológica, física, cognitiva y emocional al logro del aprendizaje motor.

La parte teórica de la tesis se centra en describir los aspectos potencializadores del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical desde la morfosintaxis, habla, lingua y lenguaje sobre el engrama y aprendizaje motor, bajo procesos de Rehabilitación Profesional (RP) a Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

La parte metodológica se realiza bajo el método pedagógico mediacional de la Modificabilidad Estructural Cognitiva de la Enseñanza y el Aprendizaje (MECEA), para conseguir el aprendizaje significativo constructor del Conocimiento (ASCC), para lo cual se utilizaron los instrumentos de intervención, diagnóstico pedagógico situacional (DPS) y la Batería de Luria (DNI), respondiendo al programa fisiopedagógico de la Pedagogía de la Salud (PS).

Palabras Claves

Pedagogía en salud, mediación educativa fisiopedagógica, aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, aprendizaje motor, inclusión educativa,

ABSTRACT

Perspective on Health Education (PS), presenting alternatives demand of teaching, learning and development through which to achieve inclusive education from inclusive education, to Educandos Pediatric Residential (EPD) with quality projects of life, immersed in courtly hospital environments. A transdisciplinary research practice teaching mediational method, with which through the psychological dimension, based on language learning grammatical process, health professionals develop cross so educational and therapeutic strategies, supporting learners Pediatric (EP) that are disadvantaged biological, physical, cognitive and emotional achievement of motor learning.

The theoretical part of the thesis focuses on potentiators describe aspects of language learning with grammatical process from morphosyntax, speech, language and the lingua engram and motor learning under vocational rehabilitation process (RP) to community-based rehabilitation (RBC).

The methodological part is under the mediational teaching method of Structural Cognitive Modifiability of Teaching and Learning (MECEA) to achieve meaningful learning Knowledge Builder (ASCC), which were used for intervention instruments, educational diagnosis situational (DPS) and Luria Battery (DNI), responding to the program teaching Health Education (PS).

Key Words

Health education, educational Mediation fisiopedagogy, procedural language learning grammar, motor learning, Inclusive education,

INTRODUCCIÓN

Esta investigación corresponde al reconocimiento de la oportunidad que tres doctrinas (Pedagogía, Psicología y Fisioterapia), con sus fundamentos epistemológicos aportan al bienestar humano de los seres en condiciones de Discapacidad y Necesidades Educativas Especiales (NEE) con barreras para el aprendizaje y la participación. La oportunidad para dar a conocer cómo sin prejuicios de profesionalismo y autoridad docentes, estas disciplinas pueden construir transdisciplinariamente un mundo inclusivo y diverso con calidad de vida, desde la academia para los Educandos Hospitalarios (EH).

En este estudio se encuentran aspectos que permiten determinar y describir la participación de profesiones, que de manera transversal aportan al estado actual de la población en condiciones diversas, determinando y reconocimiento la relevancia del aprendizaje motor como proyecto de calidad de vida del EPD, en el marco de lo exigido institucionalmente desde la Rehabilitación Profesional (RP)¹ a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)². Una propuesta que reconoce el efecto de la dimensión psicológica del lenguaje desde el aspecto bio-psico-social y espiritual, implementado sobre los requisitos para la rehabilitación física del ser humano, permitiendo se logre la inclusión educativa y social al sortear las barreras para el aprendizaje y la participación impuestas por la sociedad.

Este es un estudio que más que pretender conocer los diferentes métodos aplicados para el aprendizaje motor, proyecta describir cómo la dimensión psicológica del lenguaje, teniendo como base el aprendizaje y su permanente estimulación, en la prestación de rehabilitación física del servicio en salud, aporta y reconoce la influencia sobre la cual se observan diversos comportamientos que el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical determina en un EPD con Insuficiencia Motora de Origen Cerebral (IMOC) o la

¹Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas por una deficiencia o una discapacidad, que afecten su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración sociolaboral mediante la consecución, el mantenimiento y la promoción en una actividad productiva.”(Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), 1996) (citado por Montero, 2005, pág. 11)

²“Estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad”. (Rojo, citado por Miangolarra, 2003, pág. 93)

denominada aún Parálisis Cerebral (PC) asociado con Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), Microcefalia y por consiguiente Discapacidad Intelectual.

Respondiendo a las necesidades de fisioterapeutas, psicólogos y pedagogos “Desde, por y para la diversidad”, se implementa como proceso interpretativo el Diagnóstico Pedagógico Situacional (DPS) en función del contraste de patrones de deseabilidad del Diagnóstico clínico, orientando la toma de decisiones del equipo transdisciplinario, desde la coevaluación, que al hacerlo se convierte en evaluador y evaluado alternativamente, logrando cuotas de calidad educativa, desde donde se conduce a la inclusión educativa y social, contribuyendo a potencializar el desarrollo cognitivo del EPD, quién soporta el peso de la educación inclusiva, como proceso de actividad psicológica humana, que según Flavell en 1985, citado por Gutiérrez F. (2005, p. 6) “Son procesos básicos en la medida que consideramos que el niño manifiesta conductas inteligentes (Perceptivas y motoras) mucho antes de alcanzar formas superiores de pensamiento (Basadas en la capacidad simbólica o de representación)”.

Con el compromiso de conocer cómo el estatuto epistemológico integra su funcionalidad desde las tres profesiones (Pedagogía, Psicología y Fisioterapia); se hace necesario establecer una ruta crítica para definir las dificultades que se presentan al pretender correlacionar el plan estratégico pedagógico y físico, formulando acciones de acuerdo a los indicadores de salud pública, en función de los métodos y metodologías psicopedagógicas con los cuales se ha de contar desde la Batería de Luria (DNI).

Estos aspectos son presentados con claridad meridiana, pero no solo hacen parte de un proceso narrativo somero, sino que están inmersos en torno a una cultura social manifiesta con ideas, problemas, dificultades, tramas y soluciones, respecto a una particular forma de concebir la vida y de asumir la prestación del servicio en salud integrando cada una de las áreas de forma eficiente en pro de la construcción de la inclusión educativa con calidad de vida de niños y niñas con IMOC y NF-1 en edad escolar.

Valga la pena aclarar que se trata de un estudio de caso analizado desde el enfoque cualitativo de investigación acción participación e investigación acción reflexión. Esto implica que la voz y la experiencia recogida del sujeto de estudio vinculado es el principal elemento de los análisis que aquí se presentan en colaboración mediacional del investigador, tratando de dar un aporte teórico-práctico desde la óptica fisiopedagógica que para esta investigación podríamos designar como el compromiso de rehabilitación física desde supuestos pedagógicos.

No se espera generar un producto terminado respecto a las temáticas abordadas, pero sí se intenta presentar una postura en coherencia a las tres disciplinas, respecto a las implicaciones que en términos epidemiológicos pueden y deben presentar las instituciones que ofrecen el servicio de rehabilitación.

La idea es que los planteamientos aquí expuestos sean métodos y metodologías que fortalezcan la prestación del servicio educativo hospitalario, en pro del servicio psicopedagógico y fisioterapéutico disminuyendo al máximo las difíciles situaciones que a diario se presentan en este entorno. Si bien no es fácil pensar de un momento a otro en transformar los lineamientos de este tipo de disciplinas, sí se espera que se empiece a evaluar la forma como viene actuando el sistema de prestación del servicio educativo y de salud para la diversidad, frente al grupo de usuarios de EPD con discapacidad física y alteraciones del desarrollo, que demandan ser atendidos desde la equidad para la educación inclusiva aportando a la construcción de la inclusión educativa y social.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se convierte en prioritaria por la necesidad de solucionar la problemática educativa y social que el EPD con IMOC y NF-1 tiene al estructurar su proyecto de calidad de vida, en una sociedad que presenta barreras para el aprendizaje y la participación.

La constante intervención en rehabilitación que requiere la población en mención, demanda que el sector salud se vea sujeto a constantes reestructuraciones. Por el simple hecho de ser tan dinámico, las disciplinas que no estén a la vanguardia corren el riesgo de perder espacios fundamentales, inhibiéndoles la solución a situaciones adversas necesarias para la adaptación humana en el medio que lo circunda, y más aún si esta adaptación supone un proceso de deterioro de salud referenciando la actividad motora y psicológica, en aquellos niños y niñas que requieren por su condición de vida una intervención regular de procesos de rehabilitación física y habilitación pedagógica.

Se propone lo anterior para liderar los procesos de enseñanza, aprendizaje y desarrollo con activa participación desde la RP hacia la RBC, requerido por una aldea global, que hoy establece su riqueza en la construcción del conocimiento de una máquina hipercompleja, biológica en su organización, fisicoquímica en su interacción y humana en su actividad revelando los niveles de la realidad, con innumerables actividades eléctricas en la adquisición de la naturaleza complejamente computante del conocimiento, que como lo indica Morin E. (2002) concibe la “Evolución auto-eco-organizadora propiamente animal y la consustancialidad del cerebro y el ser”.

Para ello el individuo debe contar con una estructura cognitiva evolucionada desde el cerebro triúnico. Como lo menciona Gudino V. (2012) “Del cerebro instintivo o reptílico, al cerebro emocional o sistema límbico y al cerebro cognitivo o ejecutivo” en el curso de Neurobiología del Aprendizaje, que le permita al EPD instaurar el aprendizaje como una herramienta para aprender a hacer, aprender a ser, aprender a conocer,

aprender a vivir, aprender a reaprender y aprender a ser feliz. Habilitando las funciones de la Unidad Mente Cuerpo y Cerebro (UMCC) adaptándose a una sociedad de alto impacto tecnológico.

Como se ha señalado, todo desarrollo de aprendizaje en el EPD con IMOC y NF-1 referencia un programa cognitivo y motor, buscando evitar la auto-exclusión y posibilitando mecanismos para la educación inclusiva. Uno de los mecanismos que se considera justifica el accionar a partir de las tres disciplinas, epicentro para esta investigación desde la dimensión psicológica del Lenguaje, es el mecanismo funcional al cual se le denomina “Estrategias Pedagógicas Mediacionales” (EPM), Florez L. (2012), que a través del desarrollo neurocognitivo³ logrará la adquisición de un aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical para establecer mecanismos de comunicación, permitiéndole al sujeto ser partícipe de la sociedad desde la construcción de su proyecto de calidad de vida que el referencia desde el carácter motor (Caminar).

Al ser el sujeto de investigación participe de su propia construcción se educa para la inclusión, alistándose para lograr lo que por ley se le otorga, La Inclusión educativa y social con calidad de vida. “Por eso la prioridad de esta administración es mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas menores de 18 años que viven en Bogotá” (Alcaldía Mayor de Bogotá y Políticas públicas distritales).

Esta decisión está enmarcada en la convención Internacional de los derechos del niño, ratificada por Colombia mediante la “Ley 12” de 1991, la constitución política y demás tratados y convenios internacionales relacionados con la materia y suscritos por Colombia, igualmente se enmarca en el plan de desarrollo distrital (2004-2008) “Bogotá sin Indiferencia”, y en los lineamientos generales de política social para los niños y las niñas de Bogotá (2004-2014), formulados por la participación de más de 8000 ciudadanos de las 20 localidades de Bogotá, con el impulso del consejo distrital de política social y de

³Ciencia cognitiva que se ocupa del estudio de las operaciones computantes emergentes del pensamiento en la máquina hipercompleja del ser humano, desde donde se utiliza, desarrolla y transforma el lenguaje aportándole a la percepción, el análisis, y descripción para la interacción constante de la comunicación inter e intrapersonal.” (Flórez L. 2011)

los consejos locales de política social. (Del dicho al derecho y Bogotá sin indiferencia)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad en el servicio fisioterapéutico como parte integral de la medicina en el área de la salud, tiene como objeto rehabilitar la capacidad funcional del cuerpo (Gallego T. 2207), y en este caso en particular del EPD con IMOC y NF-1 para realizar actividades autofuncionales, constituyendo más que una responsabilidad, un reto con la sociedad.

Desde ella no solo se rehabilita físicamente al EPD con IMOC, sino que permite dar paso al reconocimiento de una nueva forma de habilitarlo educativamente para rehabilitarlo socialmente, constituyendo una responsabilidad y un reto para la comunidad terapéutica. Esto hace que hoy se convierta en un requisito imprescindible para la educación inclusiva de niños con N.E.E. y en condiciones de vida adversa, que quieran como proyecto de calidad de vida, sortear las barreras del aprendizaje y la participación que la sociedad impone.

Sin embargo es pertinente reconocer que sin la relación que el aprendizaje establece, entre las funciones metacognitivas (aprender a aprender) y las funciones motoras (engrama motor), las acciones de rehabilitación se estructurarán desde la corporeidad en detrimento del desarrollo intelectual, evitando la comprensión del desarrollo neurocognitivo, al centrarse en la complejidad de las actividades de programación y regulación del engrama motor, olvidando potencializar el desarrollo cognitivo desde el aprendizaje lingüístico como proceso comunicativo, sin establecer un sistema dinámico de la UMCC.

Este sistema requiere de la dimensión psicológica del aprendizaje lingüístico, que con la EPM bajo el análisis del comportamiento cognitivo, metacognitivo, socioafectivo y físico, logra el aprendizaje motor en dicha población. Es necesario para ello el esbozo de una alternativa fisio-pedagógica que permita incorporar el aprendizaje del lenguaje con procedimiento gramatical, como un sistema de relaciones prácticas que influya sobre la conducta de EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, aportando a la

consecución del aprendizaje motor, que como lo indica Pérez R. (2010, p. 66) “Rebase las categorías basadas de la lógica del reflejo y en las propiedades fisicoquímicas como su determinante funcional”.

Por ello se pretende reconocer si desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical se consigue el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1, en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida, como una contribución teórico práctica a partir del establecimiento de relaciones, de contenido, de logro y de desarrollo armónico del EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, mediante el aprendizaje lingüístico.

En síntesis se pretende reconocer si durante el proceso de enseñanza del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, que reponda a la UMCC de un EPD con IMOC y NF-1 altamente vulnerable por su condición de vida de multidiscapacidad, se logra el aprendizaje motor para que desde una educación inclusiva, el educando desarrolle su proyecto educativo de inclusión con calidad de vida.

6. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera influye el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical en el aprendizaje motor, en EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida?

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General

Caracterizar el efecto potencializador del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical sobre el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida

7.2. Objetivos Específicos

Caracterizar los componentes del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical y los componentes a potencializar del aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar.

Elaborar el protocolo fisico-pedagógico y realizar la intervención educativa del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, para lograr el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1.

Evaluar y Analizar los cambios y el impacto de los componentes del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, que consiguen el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1, en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida.

Observa en el EPD con IMOC y NF-1 la estabilidad del aprendizaje motor, después de la intervención del protocolo fisico-pedagógico del aprendizaje lingüístico.

7.3. Categorías de análisis e instrumentos

Las categorías de análisis que se abordan para sustentar la consecución del proyecto educativo de inclusión con calidad de vida para EPD con IMOC y NF-1, son el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical como área potencializadora y al aprendizaje motor como área a potencializar. Al aprendizaje lingüístico subyacen los procesos de la Neuropsicopedagogía del lenguaje y, al aprendizaje motor subyacen los procesos de la Neurocinética.

Las principales características de la Neuropsicopedagogía del lenguaje a tenerse en cuenta son el aprendizaje morfosintáctico, habla, lingua y lenguaje y las principales características de la Neurocinética, son el aprendizaje motor y el engrama motor.

Bajo las características de las categorías y los procesos determinados en la investigación, se procede a realizar la descripción teniendo en cuenta el diagnóstico pedagógico situacional (DPS) y como instrumento de guía el diagnóstico pedagógico infantil de Luria (DNI), con estrategias pedagógicas mediacionales (EPM). Los resultados de estos diagnósticos no pueden sustentarse sobre la generalización de hallazgos neuropsicológicos ni sobre la generalización de hallazgos fisioterapéuticos, porque los modelos regulares desde el área de la fisioterapia aportan a los modelos pedagógicos y los modelos pedagógicos, aportan en la misma circunstancia a los fisioterapéuticos.

Respondiendo a esta necesidad latente en la investigación se vincula un área transdisciplinaria y transversal con miras a proporcionar el punto de equilibrio para el resultado de la investigación denominada "Pedagogía de la Salud" (PS), por cuanto a la luz de ella se hará la respectiva descripción de carácter cualitativo de ¿cómo desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical se potencializa el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1, en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida.

Tabla de categorías y subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical	Neuropsicopedagogía del lenguaje	Aprendizaje morfosintáctico	Diagnóstico pedagógico situacional (Proceso de evaluación médico-pedagógica) Batería de Luria DNI (Proceso de evaluación fisioterapéutico)
		Habla	
		Lingua	
		Lenguaje	
Aprendizaje motor	Neurocinética.	Aprendizaje motor	Diagnóstico pedagógico situacional (DPS) Batería de Luria DNI
		Engrama motor	

7. MARCO TEÓRICO

Los primeros intentos para caracterizar el estudio, se realiza con un EPM, estableciendo estímulos externos metacognitivos y sensoperceptivos⁴ que generen procesos neuronales potencializando la función sináptica para lograr una Modificabilidad estructural cognitiva de la enseñanza y el aprendizaje (MECEA)⁵ que sustente su accionar sobre la neuroplasticidad⁶ para lograr en el EPD con IMOC y NF-1 mecanismos de comunicación a través del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, que detonan los factores psicomotores desde un modelo de organización funcional de la UMCC de manera consciente.

Como es común en cualquier construcción investigativa, ésta debe sustentarse en una serie de fundamentos teóricos, que se elaboran para construir la base de la intervención produciendo el conocimiento y la técnica, necesarios para lograr la lógica del protocolo a seguir. En el proceso de aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical y aprendizaje motor, el déficit cognitivo implica necesariamente establecer protocolos médico-pedagógicos de habilitación y rehabilitación que permitan establecer un proceso de educación y reeducación respectivamente, un conjunto de postulados que desde métodos y metodologías transdisciplinarias respondan al procesamiento cognitivo y neurocognitivo del aprendizaje de EPD con IMOC y NF-1 desde la metacognición.

Para la adquisición de este aprendizaje se requiere de procesos de enseñanza, ya lo dice Pérez R (2010, p. 22). “En la psicología del lenguaje confluyen las categorías teóricas de dos disciplinas: la lingüística y la psicología. Es decir, el encargo de responder a preguntas que surgen de la observación ordinaria, se lleva a cabo introduciendo la categoría de dos disciplinas. Hacerlo de este modo, da por supuesto, que la psicología necesita

⁴“Primer contacto objetivo que el hombre tiene con la vida, es decir, el conocimiento sensorial de una realidad basado directamente en la información que el individuo recibe de sus sentidos”. Hidalgo, C. (1986, pág.27)

⁵“Teoría que describe la capacidad propia del organismo humano para cambiar la estructura de su funcionamiento”. Florez L. (2010)

⁶“Capacidad del cerebro para formar nuevas conexiones con el fin de adaptarse a los cambios y de recuperarse de lesiones o enfermedades”. Ortuno, F. (2010, pág. 162)

las categorías de otras disciplinas para responder las propias preguntas”. Entre estas disciplinas se encuentra la pedagogía, que desde la didáctica logra establecer mecanismos para desarrollar el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

Al reflexionar sobre este proceso, además de considerarse como un proceso educativo, debe evaluarse, según Flórez, L. (2011) como “Una evaluación que los individuos hacen de la experiencia adquirida a lo largo de su propia vida, la cual no puede considerarse solo como un acto de razón, sino también como un acto ligado a la emoción sin más propósito que humanizar”. En este caso desde la adquisición psicolingüística en beneficio de la corporeidad, logrando un ASCC, aquel que hace referencia no solo al conocimiento que el niño, niña y adolescente traen en el momento del proceso, sino cómo logra desde una estructura cognitiva, cognoscitiva y socioafectiva, llegar a ese conocimiento durante el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

En síntesis, se considera que las funciones del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical y del aprendizaje motor en el EPD con IMOC y NF-1 son soporte de la inclusión educativa y social (Sociedad y escuela incluyen a los educandos susceptibles de entrar en el programa) con proyecto de calidad de vida, que nace de una educación inclusiva (Se prepara al educando para la inclusión) en ambientes hospitalarios. La educación Inclusiva es definida por Barton y citada por Echeita G. (2006, p. 84) como: “La participación de todos los niños y jóvenes y remover, para conseguir, todas las prácticas excluyentes”.

Un proceso inclusivo requiere de transformaciones profundas de la educación en EPD, que genere efectos de inclusión social con proyectos de calidad de vida y emancipación que respondan a la equidad, al derecho que la ley le confiere al educando en condición de vida adversa, de tener una política educativa que garantice los objetivos sociales.

La Inclusión educativa es definida por Macarulla, Margarida S. (2009, p. 40-41) citando a Ainscow, Booth y Dyson, como “Un proceso

de mejora e innovación educativa sistemático, para tratar de promover en los centros escolares la presencia, el aprendizaje y la participación de alumnos y alumnas en la vida escolar de donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables. Para avanzar en esta dirección y en coherencia con una perspectiva social de la desventaja, es imprescindible detectar, eliminar o minimizar las barreras de distinto tipo que limitan dicho proceso”.

Por consiguiente y teniendo en cuenta estas definiciones, la Inclusión educativa y social para EPD con IMOC y NF-1, y en general para la población con barreras para el aprendizaje y la participación que la sociedad les impone, se logra si desde el sistema educativo se permite que otras disciplinas y otros actores sociales como gobernantes, administradores, médicos, rehabilitadores, familias y equipos educativos, además de ayudar al educando en una educación inclusiva, estén firmemente decididos a sustentar la presencia, el aprendizaje, la rehabilitación, la habilitación y la participación en la vida de esta población a beneficio de una Inclusión educativa y social, desde una perspectiva de acciones sistémicas educativas de la PS definidas por Florez L. (www.ped-salud.org):

Situaciones prácticas, normativas relacionadas y autoreflexivas, articuladas a un sistema de funciones sanitarias, dirigidas con intencionalidad educativa interactiva, integrativa e inclusiva interdisciplinariamente y transdisciplinariamente, que responde a proyectos de calidad de vida determinado por el Educando Hospitalario (EH), mediadas por el pedagogo en un contexto hospitalario, buscando establecer la modificabilidad estructural de la enseñanza y el Aprendizaje (MEA) hacia la construcción del conocimiento de acorde con el proyecto educativo institucional (PEI).

Este proceso ha de estar sustentado desde instituciones adhocrásticas (Sociedades para la construcción del conocimiento de carácter transdisciplinario) definidas por Echeita (2006, p.86) como “Aquellas de mayor flexibilidad y capacidad de innovación y adaptación a una pluralidad de necesidades educativas del alumnado y al reconocimiento de la complejidad y

dificultad de una acción educativa que busca atender a la diversidad del alumnado en el contexto de una enseñanza comprensiva”.

Bajo esta propuesta transdisciplinaria del aprendizaje y la rehabilitación, en esta investigación se considera que el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, genera mecanismos de comunicación oral y escrita, bajo la intervención realizada desde la pedagogía para la fisioterapia con un enfoque bio-psico-social y espiritual, que responde y apoya a la rehabilitación corpórea para lograr la Inclusión educativa y social.

Enfoque bio-psico-social

<p style="text-align: center;">Biológico</p> <p style="text-align: center;">Construir conocimiento desde el desempeño fisiológico</p>
<p style="text-align: center;">Psicológico</p> <p style="text-align: center;">Construir conocimiento desde el desempeño cognitivo</p>
<p style="text-align: center;">Social</p> <p style="text-align: center;">Construir conocimiento desde la competencia socio-emocional</p>
<p style="text-align: center;">Espiritual</p> <p style="text-align: center;">Construir conocimiento desde la competencia moral</p>

Tabla 1. *Proyecto Biopsicosocial y espiritual de Calidad De Vida* (Flórez, L, 2011)

Se reconoce en esta postura que el sujeto de investigación desde su capacidad cognitiva logra realizar mecanismos de comunicación, que debidamente potencializados desarrollan la gramática morfosintáctica para lograr establecer al menos un proyecto con calidad de vida desde la narrativa oral y escrita con legibilidad, que se relacione directamente con su aprendizaje motor y su rehabilitación física.

Para lograr establecer este proceso de enseñanza del aprendizaje lingüístico de forma oral y escrita, el EPD ha de controlar la longitud media de emisión (LME) de palabras. El recorrido que se lleva cabo es el sustentado por Owens R. (2003, pg. 293-294):

Etapa 1: Se caracteriza por la emisión aislada de palabras y primeras combinaciones. Ej. Niño y el niño

Etapa 2: Se caracteriza por la aparición de morfemas gramaticales. Ej. Abuelas (Morfema gramatical, base, género y número),

Etapa 3: Producción de oraciones simples. Ej. El niño que rie

Etapa 4: Incrustación de frases y cláusulas dentro de una oración Ej. El niño que estaba riendo es muy gracioso

Etapa 5: La unión o composición de oraciones. Ej. El niño que estaba riendo es muy gracioso y la abuela que lo acompaña es divertida.

En cuanto a la Sintaxis, se busca que el EPD haga buen uso de la organización de las palabras, para lograr darle el correcto sentido de lo que va expresar, haciéndose entender y comprender. Este recorrido se hace en forma escrita y oral, en esta última se realiza bajo los aspectos de habla, lengua y lenguaje, con apoyo de una comunicación aumentativa y alternativa (CAA) que le permita al EPD el uso de estrategias para hacer posible la relación con su entorno educativo y social.

En la medida que el EPD va adquiriendo el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, se espera que su desarrollo cognitivo, metacognitivo y socioafectivo apoyen a la UMCC. En el área corporal se espera que la reacción potencializadora responda a nuevos principios de localización funcional, tal como lo indica Manga D. (1991, pg 35) “Se necesita una aproximación nueva a la localización cerebral, o substrato neural, de las funciones psicológicas superiores, sociales en su origen, sistémicas en su naturaleza y dinámicas en su desarrollo”. Cada una de estas propiedades de las funciones superiores exigía un nuevo principio de organización cerebral.

Se busca entonces que el cuerpo responda a la luz de la fenomenología, como lo indica Vanegas J. (2001, pg. 53)

“Los actos son operados, “Ponen el ser de manera actual”, ellos consisten en poner el cuerpo en una realidad, es situarse en un ya, es un hecho en la naturaleza, sin embargo la situación corporal exige un proyecto, es decir, un traer al ahora una fantasía de lo que no ha sido,

pero que puede ser, un proyecto es eso: una creación ilusoria con fines futuristas con alto grado de posibilidad de post-existencia, pero la acción requiere igualmente una acumulación de recursos y, aun, recuerdos de recuerdos que le sirven a la reflexión antes de la acción, para tener un sentido". (Proyecto de calidad de vida desde la acción corporea)

8.1. Aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical

El programa educativo para la adquisición del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, como se define para esta investigación, "Es el estudio de la morfosintaxis para generar mecanismos de comunicación oral y escrita, desde la fisiopedagogía". (Flórez L. 2011).

Busca lograr con la modificabilidad estructural cognitiva de la enseñanza y el aprendizaje (MECEA) definida como:

"Un paradigma pedagógico para solucionar dificultades de enseñanza (Educador), aprendizaje (Educando) y desarrollo (Salud) en ambientes áulico hospitalarios, con una combinación de Estrategias Pedagógicas Mediacionales (EPM) que van desde el conductismo hasta el constructivismo de forma transversal y transdisciplinaria, para lograr el aprendizaje significativo constructor del conocimiento (ASCC). Nace de la teoría propuesta por Feuerstein sustentado en el principio, de que el organismo del ser humano tiene la capacidad, como sistema abierto en su construcción y reconstrucción de auto-modificarse, siempre y cuando cuente con el accionar de un ser humano mediador calificado para un propósito médico-pedagógico, ético y coherente (Florez L. 2011),

la neuroplasticidad desde el proceso neurocognitacional que estructure y habilite las áreas de los hemisferios cerebrales del EPD, en este caso el derecho, para que asuma la labor funcional de las áreas del hemisferio izquierdo con procesos cognitivos, metacognitivos y socioafectivos, habilitando desde las fases input, elaboración y output de la PS, la función sináptica. Un parámetro bioquímico fundamental para aprender a aprender buscando superar la afasia descrita por Calvo M. (2007, pg. 58) como:

“La falta de habilidad para ejecutar tareas verbales tan simples como contar, decir los días de la semana, nombrar objetos o seguir simples instrucciones”, presentada en el EPD.

El estudio de las fases de la función sináptica lleva a determinar los elementos fundamentales de la adquisición del lenguaje, dentro del siguiente marco ya establecido por Payelo M. (2005, pg. 31), así:

El lenguaje como forma de comunicación con los demás.

El lenguaje unido a la capacidad cognitiva del niño.

El lenguaje como medio de comunicación y conocimiento.

El lenguaje como hecho evolutivo y de explicación genética.

Y para esta investigación se aporta

El lenguaje como medio de desarrollo corpóreo.

El lenguaje como medio para la construcción del proyecto de calidad de vida.

El lenguaje como atención a una educación inclusiva en beneficio de la inclusión educativa. (Flórez L. 2012)

Al igual que se determinan los elementos, es prioritario que se evalúen los aspectos básicos de la adquisición del lenguaje. Payello M. (2005) citando a Partin en 1999, los indica así:

El lenguaje se produce por un determinado contexto histórico, social y cultural

Los parámetros del lenguaje son: Fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

El aprendizaje del lenguaje se produce por interacción de aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y del entorno.

El uso efectivo del lenguaje para la comunicación requiere en primer lugar entender la interacción humana, que incluye factores asociados no verbales, motivacionales y socioculturales.

El aprendizaje procedimental es “La modificación del comportamiento que tiene lugar cuando se adquiere una habilidad u operación. Refleja la adquisición de habilidades, en las que la ejecución puede mejorar sin recordar el aprendizaje previo”. Pérez, M (1998, pg. 198).

Teniendo en cuenta estas definiciones se reconoce que las unidades mentales, contribuyen al aprendizaje procedimental como sistemas funcionales, Fonseca V. (1998, pg. 60) citando a Luria considera que según datos concretos de la patología cerebral humana:

“Hay condiciones suficientemente seguras para distinguir tres unidades fundamentales, cuya participación es necesaria en cualquier tipo de actividad mental, tanto en el movimiento voluntario y en la elaboración práxica y psicomotora, como en la producción del lenguaje oral y escrito....”, las tres unidades son:

Primera unidad funcional, para regular el tono cortical y la función de vigilancia.

Segunda unidad fundamental, para obtener, captar, procesar y almacenar información venida del mundo exterior.

Tercera unidad fundamental, para programar, regular y verificar la actividad mental”.

Estas interfieren en los rasgos del comportamiento corporeo, hacen ver que muchos de estos rasgos que son también genéticos, construyen en la participación y confluencia de las estructuras cerebrales dinámicas y organizadas para la adquisición del lenguaje (Broca, Wernicke y corteza cerebral) de un cerebro regular, pero también diverso (Discapacidad), con todos y en cada uno de ellos se realizan procesos neurocognitivos, que responden a formas esquemáticas del pensamiento y el aprendizaje incorporándose de tal manera que se automatizan.

Desde estas tres unidades se estructura la adquisición del conocimiento desde el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo:

La primera considera que es indispensable la atención selectiva para recibir e integrar, intra y extracorporalmente requiriendo de energía cortical para ser procesada la información, por tal razón requiere un proceso de alerta y vigilancia fundamental.

La segunda unidad funcional cumple con la función de recibir la información del exterior, analizarla y hacer un barrido de selección para lograr

almacenarla en donde las regiones posteriores y laterales del neocórtex se encarguen, que como lo indica Luria (1991) de “La convexidad superior de los hemisferios cerebrales”pg. 72. En esta zona se produce la integración de la información por intermedio de los procesos de traducción y transición.

La tercera unidad funcional se encarga de la programación, regulación y verificación de la actividad, en donde están implicados todas las áreas y centros de trabajo. Que como lo indica Luria y en función del EPD con IMOC y NF-1 “Esta organización está igualmente patente en la ontogénesis de los procesos psíquicos, en la medida en que la síntesis cognitiva sólo puede ser alcanzada en el niño después de que en ella se hayan integrado síntesis perceptivas diferenciadas, síntesis que resultan a su vez, de procesos o esquemas sensoriomotores más elementales” (1991, pg. 81)

La maduración cortical del ser humano constituye uno de los procesos más significativos que establecen las distintas capacidades auditivas, visuales, motoras y lingüísticas que determinan la superioridad verbal del EPD. Tras un estudio magnético en el se comprueba que las zonas más habitadas de neuronas en el cerebro, en este caso el femenino, en libre actividad determinan las habilidades lingüísticas y destrezas verbales ubicadas en el hemisferio izquierdo, en donde se encuentra una mayor cantidad de sustancia gris, permitiéndole la plasticidad entre los dos hemisferios, pero en este caso, para el EPD no se da de forma regular, sino presentando una lenta conexión del proceso sináptico.

Reconociendo que el cerebro es el órgano biológico responsable de dichos procesos, además de ser también un órgano social por excelencia que ha de acomodarse a su sociedad y a su cultura. Al interactuar con el ambiente modificará desde el aprendizaje linguistico procedimental, no solo su forma de pensar, el aprehender y aprender, sino también sus órganos biológicos que tendrán la responsabilidad de reestructurar las estructuras para adaptarlas a un contexto global y cambiante (Educación inclusiva para inclusión educativa).

El cerebro humano es un órgano con la habilidad de pensar, conocer, sentir, percibir, actuar, amar y fundamentalmente solucionar problemas, cuyos

procesos le permiten emplear la neuroplasticidad cerebral, para convertirse en un sistema creativo, crítico y renovador encargado de

Aprender a aprender.

Aprender a reaprender.

Aprender a ser.

Aprender a hacer.

Aprender a vivir juntos.

Aprender a ser feliz.

Este cerebro nace inmaduro en el ser humano y más si este nace con una condición de vida específica (Enfermedad rara/huerfana). A través del proceso de mielinización alcanza a formar las estructuras mentales que requiere para lograr las conexiones neuronales que por medio de la función sináptica le permite dar sentido a su estructura física, cognitiva y social (Bio-psico-social).

El contexto donde se permita dar sentido a estas estructuras desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento, en los EPD con IMOC y NF-1, requiere de métodos y metodologías pedagógicas que aporten a ese desarrollo; por ello es importante la intervención fisiopedagógica en las etapas tempranas de mielinización del EPD, estructurando los ambientes desde espacios lúdicos alternativos, que permitan en el cerebro lograr la modificabilidad estructural cognitiva, evidenciando las capacidades que tiene cada uno de los hemisferios, el derecho su capacidad holística de percibir totalidades como de ser la base del lenguaje no verbal y, el izquierdo de comprender el contexto, detectar los diferentes sentidos que tienen las cosas cuando se requiere aprender a aprender, que no es más que aprender las relaciones existentes entre las cosas y sus factores (Calvo M. 2008, pg. 36-37), como el de ser la base del lenguaje verbal.

Entre los métodos y metodologías encontramos los presentados por la neuropsicología del lenguaje, que es definida por Manning L. (1992, p 20) como la ciencia que “Se ocupa del estudio de la comunicación verbal, teniendo en cuenta los procesos de la formulación o codificación y los de la comprensión o decodificación cuando una y/o otra se ven alteradas por lesión cerebral. Denes

(1978 pg. 20), por su parte señala como objeto de la neuropsicología del lenguaje, “La comprensión de los fenómenos biológicos que subyacen al lenguaje normal, mediante el estudio de pacientes afásicos”. Este estudio es fundamental para esta investigación, considerando que la evolución del lenguaje esta en estrecha relación con el movimiento físico, desde el movimiento ocular, control cefálico hasta los movimientos de miembros inferiores y superiores.

Los movimientos biológicos no solo dan evidencia de la dominancia cerebral entre los hemisferios, también logra la diferenciación de la dominancia motora y lingüística, una correlación mencionada por Quirós J. (1979, p 21) entre “La formulación lingüística y su expresión escrita (Acto motor fino)”, que con la colaboración del cuerpo calloso logra generar las conexiones sinápticas desde el hemisferio izquierdo instaurando la acción motora de escribir. Vale la pena recordar que antes de llegar a la instauración del hemisferio izquierdo de la acción motora, el EPD con IMOC y NF-1 no presentan dominancia cerebral en su generalidad, y por consiguiente sus aprendizajes son similares a los procesos de aprendizaje básicos de los animales.

La intención entonces, radica en la consecución de la maduración cerebral desde las conexiones sinápticas que permitan una neuroplasticidad desde el área física y una modificabilidad estructural cognitiva desde el aprendizaje lingüístico, en el EPD con IMOC y NF-1, desarrollando el lenguaje y la lectura con procedimiento gramatical; proceso que apoya lo mencionado por Quirós, (1979, p. 21) cuando indica que: “De la rápida mejoría de las habilidades motrices del otro lado corporal (No preferido) resulta un índice significativo del progreso madurativo de la dominancia cerebral”.

La habilidad corporal desde su capacidad física y motora presenta una correlación positiva con las capacidades lingüísticas; por tal razón la posición postural del cuerpo del EPD con IMOC y NF-1 en todas sus dimensiones, requiere de un programa que permita lograr la adquisición del aprendizaje motor para la lecto-escritura.

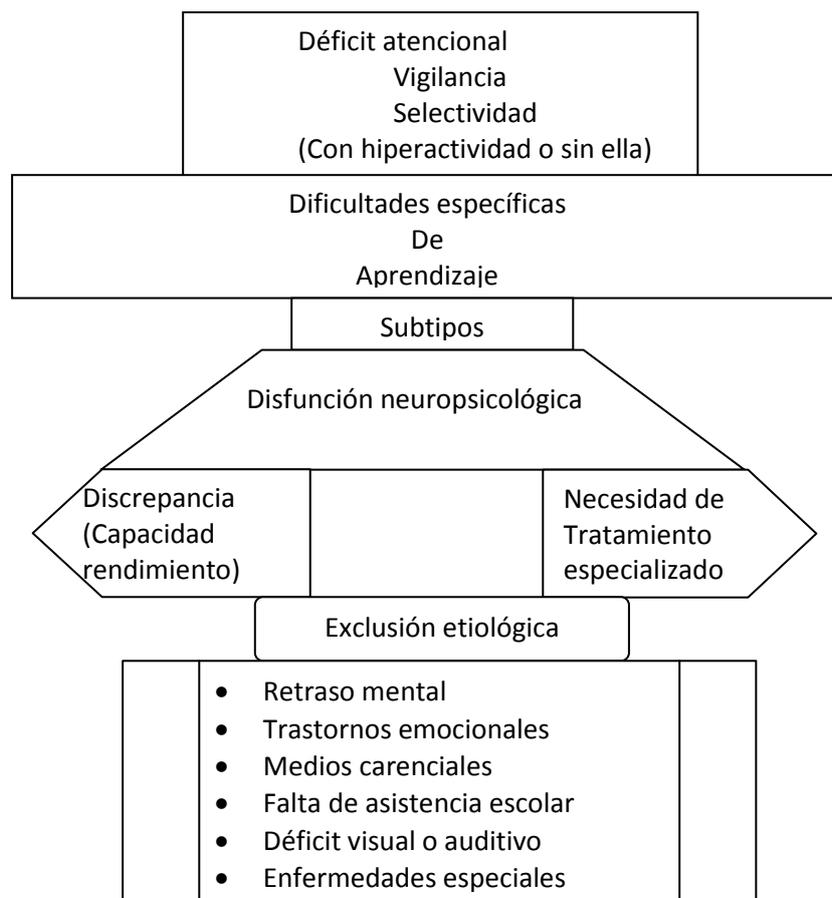
El protocolo de intervención fisiopedagógico desde la potencialidad del aprendizaje busca como lo menciona Quirós (1980, p 22) citando a Lenneberg (1967) “Las asociaciones interneurales, el crecimiento de la masa encefálica, la maduración dendrogénica y las hipotéticas disposiciones moleculares, así como los cambios químicos y electrofisiológicos que acompañan a esas modificaciones estructurales, como diferencias fundamentales del cerebro humano que justifican la aparición del lenguaje”, como el camino fundamental para que el EPD con IMOC y NF-1 logre establecer una correspondencia directa entre el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical y el aprendizaje motor.

Desde la educación se pretende hacer una intervención neuropsicopedagógica dentro de la profesión fisioterapéutica. Es claro señalar que una de las finalidades es aportar a un nuevo marco conceptual y un método de intervención, que nace del interés que la pedagogía de la salud (PS) ha tenido en el medio de la rehabilitación profesional, cuando con apoyo de la neuropsicología del lenguaje infantil, se interesa por los protocolos y tratamientos de los diversos problemas y dificultades educativas ya definidos en 1968 por la National Advisory Committee on Handicapped Children, adoptada por la U.S. Office of Education en 1977, establecida en 1981, matizada en 1988 y estructurada en el documento de Hammill en 1990 por la National Joint Committee for Learning Disabilities (NJCLD):

“Dificultades de aprendizaje es una denominación genérica que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan en dificultades significativas al adquirir y usar las capacidades de escuchar, hablar, leer, escribir, de razonamiento o matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, se supone que se deben a disfunción del sistema nervioso central, y pueden darse a lo largo de la vida... Aún cuando las dificultades pueden ocurrir de forma concomitante con otros hándicaps (Por ejemplo, impedimento sensorial, retraso mental, alteración emocional grave) o con influencias extrínsecas (Tales como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inapropiada), ellas no son el resultado de aquellas condiciones o influencias” pg.77

Reconociendo que todos los niños y niñas con dificultades tienen el derecho a una educación como proyecto de calidad de vida, en este caso inclusiva.

Estas dificultades que distorsionan los procesos educativos de enseñanza y aprendizaje fueron establecidos por Rudel en 1988, citado por Manga D. (1991), en el siguiente cuadro:



Vale la pena aclarar que el sujeto de investigación denominado EPD con IMOC y NF-1, presenta adicional una multidiscapacidad acompañada de microcefalia y retardo mental (Diagnóstico Clínico, Dr. Manuel Benítez del Hierro Neuropediatra de la Fundación Santa Fé).

8.1.1. Aprendizaje Morfosintáctico.

Tras una evaluación apropiada del DPS del EPD, realizada por el pedagogo hospitalario y la evaluación apropiada de la pérdida de acciones básicas y físicas del cuerpo realizada por el fisioterapeuta con el DNI, se reconoce que desde su capacidad de aprendizaje logra realizar mecanismos de comunicación, que debidamente potencializados los pueden llevar a desarrollar la oración oral y escrita, considerada como unidad gramática morfosintáctica para lograr establecer al menos un proyecto de calidad de vida desde las narrativas, con legibilidad⁷, cohesión⁸, coherencia⁹ y ortografía con actividades propuestas desde el recorrido de la LME de palabras.

MORFOLOGÍA	SINTAXIS
“Organización interna de las palabras”	“Reglas de organización que especifican el orden de las palabras, la estructura de la oración y las relaciones entre las palabras ”
<p>“Unidad mínima: Morfema (unidad gramatical más pequeña)”</p> <p>“Morfema Base: Es el encargado de dar a la palabra su significado fundamental”. También denominado “Radical o raíz de la palabra”.</p> <p>“Morfema Gramatical: Entrega a la palabra cierto tipo de información gramatical, más que de significado propiamente dicho”.</p>	<p>“Elementos principales, o partes constituyentes, de una oración: Sintagmas nominales y verbales”</p> <p>“Sintagma Nominal: Consta de un nombre, como parte obligatoria, y algún otro elemento asociado que describe o modifica al nombre”</p> <p>“Sintagma Verbal: Un verbo más otros complementos u objetos que lo acompañan”</p>

Tabla 4. *Diferenciación entre Morfología y Sintaxis gramatical, basada en los conceptos según Owens, R. (2003, Pág.16 – 19 y 421).*

Para llegar a generar un aprendizaje coherente en esta población con sus proyectos de calidad de vida, se requiere del reconocimiento de las nociones básicas que hacen de la actividad motriz y el aprendizaje humano elementos consecuentes de la rehabilitación y habilitación. Si se repara se comprende que sin la actividad física difícilmente se podrán instaurar, desde el proceso de enseñabilidad, la educabilidad; por consiguiente reconocer hasta

⁷“Tipo seleccionado, la forma, el interlineado, el interespaciado y la distribución de las palabras determina una comprensión más o menos fácil”. Arqués, N. (2006, pág. 77)

⁸“Aquello que hace que una secuencia de palabras y oraciones pueda ser interpretada como un texto”. Chumaceiro, I (2005, pág.36)

⁹“Hace que un texto tenga sentido para los participantes en el acto comunicativo, de tal forma que debe ser concebida como un principio de interpretabilidad semántica en una situación específica”. Villaça Koch y Travaglia (1990). (Citado por Chumaceiro, I (2005, pág. 29)

dónde se hace evidente la clasificación de la discapacidad según el desarrollo cognitivo, es un factor primordial, más si se concibe que en la discapacidad primaria del aprendizaje se puede concluir que “No se nace sino se hace” Flórez L. (2008).

DISCAPACIDADES PRIMARIAS DE APRENDIZAJE			DISCAPACIDADES SECUNDARIAS DE APRENDIZAJE			
Dificultades en adquisiciones humanas específicas (Lingua, lenguaje, lectura, escritura, cálculo matemático)			Dificultades en logros humanos no específicos (Lingua, lenguaje, lectura. Escritura. Cálculo matemático y similares, están secundariamente perturbados			
Dañ o funciones encefálicas compensadas	Deficiencias perceptuales	Aferencia posturales anormales	Anormalidades Biológicas		Perturbaciones psíquicas	Desventajas socioeconómicas Factores ecológicos
Dislexia desarrollo. Digrafía desarrollo. Apratognosia del desarrollo.	Perturbaciones audibilización. Perturbaciones visualización.	Disociación propioceptivo. Vestibular. Escisión-vestibulo-oculomotriz	Patología del sistema nervioso central Daño encefálico difuso. Parálisis cerebral. Lesiones cerebrales y otros Discapacidad intelectual Epilepsia	Deterioros sensoriales Hipoacusia. Sordera. Ambliopía. Ceguera.	Comportamientos reactivos. Comportamiento Neuróticos. Comportamiento psicótico.	Deprivaciones culturales. Desnutrición. Deserción escolar. Errores de enseñanza

Tabla 2. Clasificación de las discapacidades de aprendizaje (Quiros B. 1980, pag.12)

Teniendo en cuenta el nivel de clasificación en el que se encuentran los EPD con IMOC (Ver tabla 2) y considerando el daño encefálico, se reconoce que el deterioro progresivo en ellos no está presente (La NF-1 presenta deterioro progresivo), y como condición de vida sus características humanas no siempre son estáticas, por el contrario las características consideradas por las ciencias médicas como patologías, disminuyen principalmente si se realiza la intervención de rehabilitación y educación por parte de la fisioterapia y la pedagogía. Desde aquí se puede describir el éxito que esta población puede tener en un proceso de enseñanza oral y escrita desde la morfosintaxis, para el aprendizaje motor, llevándolo al desarrollo que le dará la libertad, su proyecto de calidad de vida.

La intervención reeducacional y educacional ha de tener en cuenta las capacidades de aprendizaje que la población manifiesta, según Quirós B. (1980 pg. 101) las siguientes capacidades de aprendizaje pueden calificarse como específicamente humanas “Comunicación simbólica, lenguaje, lectura, escritura, cálculo matemático” como logros de aprendizaje de características terciarios y cuaternarios

Primarios	Secundarios	Terciarios	Cuaternarios
Aprendizaje generado del ambiente	Aprendizaje generado del ambiente y experiencia	Aprendizaje generado por la lengua	Aprendizaje por la comunicación simbólica del lenguaje
Adaptación, Supervivencia y Mantenimiento de la especie en el tiempo.	Conocimientos generacionales.	Símbolos, Transmisión, Recepción, Generacionales a largo tiempo.	Capacidad de pensar con símbolos, formular y comunicar, pautas diversas, diferentes o nuevas, Inventos, descubrimientos e innovaciones.
Animales y niños muy pequeños.	Algunos animales y niños pequeños.	Todos los seres humanos.	Únicamente los seres humanos.

Tabla 3. *Tipos adquisitivos del aprendizaje.* Fuente Quirós B. (1980, pág. 15 – 17) (Elaboración propia. Flórez, L. (2011))

Haciendo el DPS del aprendizaje en la población se reconocen las potencialidades y así mismo la discapacidad como la falta de capacidad para aprender tanto física como cognitiva, metacognitiva y socio-afectivamente. Esa alteración de aprendizaje en los EPD con IMOC y NF-1 se evidencia en las disfunciones cerebrales mínimas desde la pérdida de las últimas adquisiciones aprendidas de los seres al constituirse como humanos.

Ahora bien, se contextualiza la discapacidad del EPD con IMOC y NF-1 desde su disminuida capacidad para generar el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, al tener en cuenta el abordaje de las alteraciones psicobiológicas que sufre, involucrando los procesos de comprensión, comunicación y uso del lenguaje oral y escrito, desde la visión morfosintáctica.

Estas alteraciones se manifiestan por la evolución insatisfactoria de la capacidad de escuchar, pensar, escribir, deletrear, parafrasear y de transformar un proceso gramatical morfosintáctico, gestionado con cohesión y coherencia por los que padecen de una enfermedad psiconeuromuscular causada por una lesión motora cerebral.

Todas las funciones motoras del EPD requieren ser instauradas en el ambiente para que evidencie el desalineamiento de los segmentos corporales en relación con la gravedad. Esta disfunción permite reconocer la falta de capacidad de producción de mecanismos de comunicación y la mínima calidad para la narrativa (Legibilidad, cohesión, coherencia y ortografía) que el EPD presenta, todo a causa del ambiente que no provee elementos necesarios desde la visión morfosintáctica para mejorar la capacidad funcional oral y escrita.

El lenguaje es una capacidad funcional, por consiguiente el ambiente del EPD por su condición de vida, no le provee elementos necesarios para la optimización del proceso de adquisición de la lectura, que requiere de la producción escritural para comprender el accionar morfosintáctico como una forma más de reconocer la conducta frente a sus medios de interacción, desde donde se comprenden los procesos humanos del aprendizaje, en especial cuando la alteración del desarrollo motor exige de un elemento comunicacional para evidenciar el aprendizaje a nivel lingüístico.

Todo lo anterior quiere decir que para superar la evolución satisfactoria de lo que se reconoce como discapacidad para los EPD con IMOC y NF-1 o la condición de vida desde el factor bio-psico-social y espiritual, se requiere de un abordaje de carácter neuropsicológico que responda desde el desarrollo cognitivo a los procesos de aprendizaje individuales que para Quirós B. (1980) deben relacionarse entre "Las funciones cerebrales y la conducta humana y continua determinando que ... Las perturbaciones del habla, la lengua y / o el lenguaje, las discapacidades de lectura, escritura, ortografía y cálculo

matemático, o digrafía, etc..., son uno de los grupos relacionados con los enfoques neuropsicológicos” pág. 21

8.1.2. Habla, Lingua y Lenguaje.

El habla, lingua y lenguaje, requieren del uso de la prosodia biológica definida por Llinás R. (2003, pg. 266) como “Una forma más generalizada de comportamiento motor, una gesticulación externa de un estado interno, la expresión externa de una abstracción que emana del interior y que significa algo para otro animal”. Desde allí los EPD con IMOC y NF-1 reconocen y comprenden el lenguaje y la comunicación intencional.

La comunicación intencional requiere de la LME de la palabra teniendo en cuenta la morfosintaxis para construir frases que la mente configura de algo que puede o no existir en el mundo externo, para configurarlas requiere de:

El pensamiento abstracto.

La prosodia.

La intencionalidad.

La mímica visual.

La mímica oral.

La mímica escrita.

La comunicación.

Respondiendo más a una necesidad de comunicarse con el medio que lo circunda, que a una necesidad por imitación. Estas fases son elementos fundamentales para esta investigación en la adquisición y aprendizaje del lenguaje de forma consciente. A partir de las explicaciones y funcionamientos neurológicos Llinás reconoce (2003, pg. 281) que “El lenguaje y el humano en particular, surgió como extensión de las condiciones premotoras, tales como la creciente complejidad de la intencionalidad concomitante con el enriquecimiento del pensamiento abstracto”, sin dejar de reconocer que la mente no es necesariamente una propiedad biológica.

Este fundamento biológico de la mente, está ligado con la explicación de las fases del aprendizaje motor establecidas por Luria, al indicar que las actividades mentales no pertenecen únicamente a la localización funcional de las partes del cerebro, sino por el contrario como lo indica Vigotsky citado por Manga D y otro (1991, pg. 38) “El estudio comparativo del desarrollo y la disolución es uno de los más provechosos métodos de análisis de la localización de funciones en general, y de la localización plástica del desarrollo en particular”, haciendo referencia a los mecanismos de compensación en los casos de lesiones neurológicas.

Las lesiones neurológicas afectan el lenguaje desde la perspectiva psicológica alterando la capacidad para producir y comprender desde un adecuado proceso lingüístico. Por tal razón se hace indispensable reconocer los niveles del procesamiento lingüístico con bases biológicas que Chomsky citado por Owens R. (2003 pg. 39) establece así:

Primer nivel: Reglas para la estructura de la frase (Universales) “Delimitan las relaciones básicas que subyacen a la organización de la frase, sea cual sea el lenguaje que se utiliza”.

Segundo nivel: Reglas de transformación (No universales) “Gobiernan la reorganización de los elementos estructurales característicos de un lenguaje específico” que han de tenerse en cuenta en el momento en que se genere el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical al estructurar las narrativas.

HABLA	LINGUA	LENGUAJE
“Proceso dinámico neuromuscular para la producción de sonidos hablados, orientados a la comunicación; un medio verbal de transmisión”. (Owens, R, 2003, pág. 417)	“Comunicación simbólica perteneciente a una comunidad humana. Al comienzo es una adquisición condicionada y luego se convierte en un proceso aprendido”. (Quirós, 1980. Pág. 248)	“Comunicación simbólica más formulación (con creatividad e innovación), representando la personalidad individual. Es una comunicación simbólica identificada con el pensamiento y desarrollado por medio de la formulación (Quirós, 1980. Pág. 247) ”
Eje principal de la Fonoaudiología.	Eje principal de la Pedagogía y la Fonoaudiología.	Eje principal de la Pedagogía.

Tabla 5. *Diferenciación entre Morfología y Sintaxis gramatical, basada en los conceptos según Owens, R. (2003, Pág.417) y Quiros, B (1980, Pág. 247 - 248). (Elaboración propia. Gazabón, J (2011)).*

8.2. Aprendizaje Motor

El aprendizaje motor es una “Constante búsqueda de una solución a una actividad determinada y emerge desde la interacción del individuo con la actividad y el entorno; dichas soluciones son estrategias que surgen de un complejo proceso de percepción – cognición – acción” (Macías, 2002, pg. 3), constituyendo así una base para la comprensión de un movimiento, haciendo énfasis en el proceso cognitivo que precede la automatización del mismo. Es por este motivo que se precisa que el proceso de aprendizaje sea de cierto modo consciente una vez se ha automatizado una acción o una secuencia, para permitirle al individuo en situación de multidiscapacidad ser eficiente garantizándole “Su” proyecto de calidad de vida para la Inclusión Educativa y Social.

Con lo anteriormente planteado es posible abordar la concepción de aprendizaje motor de acuerdo al planteamiento de varios autores, dentro de los cuales se destacan *Schmidt (1999)* (citado por O’Sullivan, 2001, pg.366) quien lo define como “un conjunto de procesos internos asociados con la práctica o experiencia que producen cambios relativamente permanentes en la capacidad para la conducta calificada”, mientras que *Shumway – Cook & Woollacot (2001)* (citado por Stroke, 2006, pg.527) afirman que “El aprendizaje motor es un cambio relativamente permanente en el comportamiento motor debido a procesos como el conocimiento, la percepción y la acción”.

Al analizar los anteriores conceptos se percibe una estrecha relación entre ellos, determinada por los cambios en la conducta, establecidos por el desarrollo de procesos cognitivos que a largo plazo brindan al individuo herramientas para el desarrollo de diversas habilidades que le permitirán desenvolverse de manera eficaz y eficiente, produciendo un movimiento o una secuencia de movimientos de calidad, al disminuir el gasto energético lo cual se evidenciará en la manera como este se desenvuelve en su entorno social en pro de la consecución de “Su” proyecto de calidad de vida.

Adicionalmente, para abordar el aprendizaje motor es válido reconocer diversas teorías que ponen de manifiesto un proceso progresivo, que puede dar evidencia, que la enseñanza del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical encamine la consecución al aprendizaje motor. Inicialmente *Adams (1971)* (citado por O'sullivan, 2001, pág. 367), plantea la "*Teoría del aprendizaje motor basado en el control del circuito cerrado*" postulando que "La retroalimentación sensorial del movimiento en curso es comparada con la memoria almacenada del movimiento previsto (Percepción de seguimiento) para proporcionar al sistema nervioso central una referencia de la corrección y detección de errores". Adicionalmente el autor trabajó en "El examen de respuestas lentas y posicionamiento lineal".

Desde la perspectiva fisioterapéutica actual este sistema se queda corto en el planteamiento de la generación del aprendizaje motor puesto que menciona la adquisición de movimiento partiendo de la información almacenada en la memoria a través de los procesos de ensayo y error, dejando de lado los mecanismos de retroalimentación que aparecen en la repetición de una acción o una secuencia motora, y que fortalecen los procesos neuronales generando un desarrollo cognitivo, el cual a su vez va a determinar una adecuada integración de la información sensorial y por consiguiente la producción de una respuesta motora adecuada, siempre que las estructuras involucradas estén indemnes.

Sin embargo, *Schmidt (1975)*, complementa la teoría propuesta por Adams (1971), afirmando que "La memoria almacena dos tipos de esquemas" (Ruiz, 1995, pág. 57-58), a saber el "*Esquema productor de la acción*", el cual se encarga de "Relacionar informaciones presentes y respuestas pasadas", además se fortalece a través del incremento de la práctica de una actividad y el "*Esquema evaluador de la acción*", en el que se evalúa un movimiento ejecutado comparado con la situación inicial, la experiencia adquirida y las consecuencias derivadas de acciones previas, al igual que el esquema anterior se fortalece mediante el aumento progresivo de la práctica de una actividad o secuencia. Si bien el autor plantea que a través de la repetición de una acción se refuerzan los esquemas mediante una retroalimentación constante, no se

establece una progresión de la intensidad y de la dificultad de la actividad que le va a permitir al individuo desarrollar un aprendizaje significativo y eficiente, puesto que si no existe ningún nivel de exigencia a lo largo del proceso de aprendizaje, podría perderse el interés por el mismo y/o desviarse del objetivo que se pretende alcanzar a través del desarrollo del aprendizaje motor, invalidando de esta manera el proceso de aprendizaje tanto cognitivo como motor.

Ahora bien, la intervención Neuropsicológica del Aprendizaje Motor para niños de 7 a 10 años creado y desarrollado por Luria, que como lo cita Magna D. (1991 pg. 39) “Se enmarca en una trayectoria psicofisiológica preocupada primordialmente por las relaciones cerebro-conducta en los seres humanos, siendo los procesos psíquicos complejos el objetivo principal de atención y estudio”. Desarrollada a la luz de la psicofisiología, considera que es relevante la actividad del cerebro desde el concepto de la neuroplasticidad y los sistemas funcionales, permitiendo dar respuestas a las necesidades de un cerebro en desarrollo y/o con alteraciones, para este caso del EPD con IMOC y NF-1

Los sistemas funcionales según los establece Luria responden a la fundamentación teórica de las ciencias cognitivas al reconocer una organización sistémica, en la que la función de sus componentes puede variar o ser reemplazada, pero que a pesar de la diversidad de las conexiones neuronales siempre se llega a conseguir el resultado propuesto. Es una propuesta ya presentada por McClelland (1988) al sostener que los sistemas funcionales tienen un carácter de movilidad, oponiéndose a las teorías localizacionistas estrictas.

La funcionalidad de los sistemas según estos autores no está enmarcada de forma estricta con la conducta específica que se le atribuye a cada área del cerebro, Magna D. (1991 pg. 40) explica “La relación conducta-cerebro es indiferenciada por ser todas las áreas funcionales equipotenciales”. Considerando en este aspecto que a cambio de la función específica de cada área del cerebro, existen bloques funcionales que generan la actividad cerebral

y que son menester para esta investigación. Luria (1983 pg. 123) los clasifica así:

Bloque de activación.

Bloque de recepción, elaboración y almacenamiento.

Bloque de programación y control.

Boques estos que responde a las fases de la MECEA, entre las que se encuentran, la fase Input, Elaboracion y Ouput, para la consecución de la enseñanza del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical.

La interacción de los bloques es considerada por Luria, según lo indica Manga, D. (1991, pg. 48) como “La conducta inteligente, en el modelo de Luria, es el producto de la interacción dinámica de los tres bloques del cerebro con la activación, regulación y plantificación de los actos conscientes que comienzan en los lóbulos frontales”. Teniendo en cuenta esta interacción dinámica Luria determina las etapas infantiles para las cuales va dirigida a partir de las investigaciones neuropsicológicas sistemáticas de Simernitskaia, indicando la maduración de infantes entre 5 y 15 años con alteraciones del desarrollo de carácter neurológico. Las etapas establecidas de 5 a 6 años, de 7 a 11 años y de 12 a 15 años obedecen a las diversas formas de manifestarse la sintomatología según los bloques funcionales.

8.2.1. Neurocinética

Teniendo en cuenta los requerimientos que el EPD con IMOC y NF-1 necesita para lograr incluirse educativa y socialmente se hace necesario contemplar desde la neurocinética todos aquellos procesos neurológicos y motores posibles de potencializar desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, que le permita cumplir con las exigencias de la sociedad para lograr el proyecto con calidad de vida que lo lleva a la inclusión educativa.

La neurocinética como lo indican Prieto A. y otros (2005, pg. 76 y 77) “Analiza el cuerpo desde el sistema nervioso central conformado por varias

estructuras organizadas jerárquicamente, las cuales, por su entendimiento, se comparan con centros de control y niveles de ejecución que a la vez planean y controlan el movimiento”. Para abordar los procesos de aprendizaje motor desde la neurocinética es indispensable contemplar todos aquellos procesos fisiológicos neurológicos que están determinados por el grado de maduración del SNC, como lo plantea Macías, L (2002, pg. 4) “Si bien la maduración es un factor importante para mejorar la eficacia de la habilidad, la percepción, la cognición, la experiencia y el ambiente son factores determinantes adicionales”.

Vale la pena aclarar que mientras la intervención realizada desde la cognición, la experiencia y el contexto busca sustentarse sobre las potencialidades del ser desde su condición de vida, la neurocinética asume el cuerpo y el movimiento desde las potencialidades de un cuerpo enfermo y diagnosticado clínicamente.

Sin embargo, no se debe desconocer la influencia de la biomecánica corporal puesto que tiene relación directa con el componente neurológico, ya que “El correcto alineamiento de los segmentos del cuerpo influirá en una función muscular más eficaz, sobre todo si las condiciones son óptimas” (Macías, L, 2002, pg. 5), constituyendo así elementos esenciales para la realización de secuencias y/o acciones motoras de acuerdo a la edad del niño, teniendo siempre presente que los procesos de mielinización son determinantes para la ejecución de patrones motores a través de experiencias adquiridas mediante las sensaciones y percepciones provenientes del ambiente, generando de este modo estímulos que posteriormente van a condicionar la producción de respuestas motoras específicas.

8.2.2. Engrama Motor.

Teniendo en cuenta el proceso del aprendizaje motor explicado y analizado a luz de las teorías de fisioterapia se consideran los postulados de *Fitts&Posner (1967)* (citados por O’Sullivan, 2001, pg. 367) planteando tres etapas secuenciales y progresivas para la consecución óptima de un aprendizaje motor adecuado y que requiere el mínimo gasto de energía

corporal. Dichas fases fisiológicas en orden ascendente a nivel cerebral son:
Cognitiva.
Asociación.
Automatismo.

Para efectos de esta investigación se asume el engrama motor como el “Código abstracto o un conjunto de comandos previamente estructurados que, cuando se inician, resultan en la producción de una secuencia de movimiento coordinado”. Schmitd, R (1999) (citado por O’Sullivan, 2001, pg. 401).

Las fases anteriormente mencionadas en conjunto con la teoría propuesta por Schmidt (1999) establecen un pilar, una secuencia válida, para el desarrollo del aprendizaje motor, puesto que debe tomarse como punto de partida el área cognitiva, para permitir que de esta manera se tenga consciencia de la acción o secuencia motora, lo cual facilitará el desarrollo de la programación motora (Engramas motores) y que finalmente se evidenciará en la ejecución automática del patrón motor. Sin embargo, si este patrón se ejecutara automáticamente siendo adquirido de manera consciente, el EPD con IMOC y NF-1, tendría herramientas para desarrollar diversas áreas del aprendizaje de forma simultánea al aprendizaje motor, estableciéndose como la base para el desarrollo de diferentes habilidades cognitivas.

Como se menciona anteriormente el lenguaje forma parte de las habilidades cognitivas, metacognitivas y socioafectivas, y en la medida que se haga el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical de la morfosintaxis, habla, lingua y lenguaje, se pretende lograr el aprendizaje motor pero de un cuerpo sintiente, animado y consciente, cuerpos reactivos a aprender un mensaje acerca de la intercorpolaridad corporal, como lo indica Vanegas J (2001 pg. 99)

“El cuerpo no sólo es en el universo como objeto, como presencia material en el mundo de la actitud natural, en tanto presencia temporoespacial objetiva, como todo lo que posee extensión en el mundo material, el cuerpo es también un algo sintiente, un cuerpo impactado o impresionado por las sensaciones y además sintiéndose a sí mismo como corporalidad carnal, es un cuerpo vivo, es la reunión entre cuerpo

y pneum. Es decir, el cuerpo no sólo es un órgano de percepciones y de iniciativas motrices, sino que es la sede de mis experiencias”.

8.3. Educandos Pediátricos con IMOC y NF-1 en Edad escolar

Se entiende por Educando Pediátrico el “Sujeto en edad escolar que recibe educación y rehabilitación desde contextos en el que la intervención básica de salud es indispensable” Flórez, L (2011). Esta época es propicia para adquirir habilidades cognitivas, cognoscitivas y socioafectivas, reconociendo sus rasgos, desarrollando su personalidad y asimilando los valores que la sociedad le inculca en el ir y venir de un mundo que le permite incluir a pedagogos, amigos, vecinos y compañeros.

Desde los ambientes hospitalarios la IMOC se considera como “Enfermedad psico-neuromuscular, causada por una lesión motora cerebral y ocurrida antes, durante o inmediatamente después del parto. Incluye aislada o conjuntamente espasticidad, debilidad, incoordinación, atetosis o temblor, con frecuencia asociado con retraso mental, trastornos sensoriales, crisis convulsivas y trastornos visuales, auditivos y del lenguaje” López M (2009, pg.1)

CLASIFICACION ACADÉMICA SEGÚN SINTOMATOLOGIA CLINICA	CLASIFICACION FUNCION DE LA EXTENSION SEGÚN POSIBILIDADES Y PRONOSTICO
<u>Parálisis cerebral espástica:</u> Es el resultado de una lesión de la corteza motora o proyección de la sustancia blanca en las áreas sensoriomotrices corticales.	<u>Hemiplejía:</u> La afectación se limita un hemicuerpo. Las alteraciones motrices suelen ser más evidentes en el miembro superior
<u>Parálisis cerebral atetósica o discinética:</u> Asociada con la lesión a nivel de los ganglios basales sus conexiones con la corteza prefrontal y premotora	<u>Diplejía:</u> Es la afectación de las cuatro extremidades, con predominio de la afectación de las extremidades inferiores
<u>Parálisis cerebral atáxica:</u> Es el resultado de una lesión en el cerebelo. Dado que el cerebelo se conecta con la corteza motora y el mesencéfalo, la ataxia a menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis	<u>Tetraplejía:</u> Es la afectación global, incluidos el tronco y las cuatro extremidades, con predominio de la afectación de las extremidades superiores
<u>Parálisis cerebral hipotónica:</u> Primera fase de evolución hacia otras formas de PC, se caracteriza por una disminución en el tono muscular y de la capacidad para generar fuerza muscular voluntaria, y por excesiva flexibilidad articular e inestabilidad postural	<u>Triplejía:</u> Indica afectación de tres miembros. Esta afectación es poco frecuente, ya que la extremidad no afectada, aunque suele ser funcional, también suele estar afectada pero con menor intensidad. En muchos de los casos se trata de una tetraplejía con menor afectación de un miembro una diplejía con hemiparesia
	<u>Monoplejía:</u> Presupone la afectación de un miembro pero, al igual que la triplejía, no se da de manera pura; también suele haber afectación, con menor intensidad, de alguna otra extremidad.

Tabla 6. *Clasificación según sintomatología clínica de la Parálisis Cerebral.* (Macías, L. 2003, pág. 153 - 154)

HIPOTONIA	HIPERTONIA
<u>Intensa (-3):</u> Activamente, hay incapacidad de resistir la gravedad, con disminución de la contracción en las articulaciones proximales, necesario para la estabilidad. Pasivamente no hay resistencia al movimiento impuesto por el examinador; hay excesiva amplitud de movimientos hiperextensibilidad articular	<u>Intensa (+3):</u> La tensión intensa de la musculatura impone unos patrones estereotipados con limitación de la amplitud del movimiento activo, dificultad para moverse contra la gravedad, movimientos lentos y gran esfuerzo para vencer la tensión muscular cuando se mueve; la coordinación puede estar alterada
<u>Moderada (-2):</u> Activamente, muestra una disminución del tono, fundamentalmente en los músculos axiales y proximales de las extremidades, que interfieren con el mantenimiento de una postura determinada. Pasivamente presenta poca resistencia al movimiento impuesto por el examinador; existe hiperextensibilidad en las rodillas y los tobillos cuando soportan el peso del cuerpo.	<u>Moderada (+2):</u> Activamente, el aumento del tono limita la velocidad, la coordinación y la variedad de los patrones de movimiento, así como la amplitud de movimiento en algunas articulaciones. Pasivamente, se puede registrar una resistencia al cambio de postura que impone el examinador, con limitación pasiva de la amplitud de movimiento en algunas articulaciones
<u>Media (-1):</u> Activamente, interfiere con las contracciones de la musculatura axial y hay retraso en la iniciación del movimiento frente a la gravedad; existe una reducción de la velocidad de los ajustes posturales para los cambios de postura. Pasivamente, observaremos una ligera resistencia articular con completa amplitud de movimiento articular. Habrá hiperextensibilidad limitada en las articulaciones de la mano, los tobillos y los pies.	<u>Media (+1):</u> Activamente hay un retraso en los ajustes posturales, los movimientos son lentos y puede estar afectada la coordinación. Pasivamente: hay una ligera resistencia al cambio de postura o en alguna amplitud de movimiento; se observa poca capacidad para acomodar los movimientos pasivos.
<u>Tono normal:</u> Activamente el niño realiza ajustes posturales inmediatos y es hábil para usar	<u>Tono fluctuante anormal:</u> Activamente puede haber una resistencia ocasional e impredecible a los cambios posturales, alternando con ajustes posturales normales o disminución de la resistencia; puede haber dificultad para iniciar movimientos activos o para mantener postura. Pasivamente puede existir una resistencia impredecible al movimiento impuesto, alternando con ausencia completa de resistencia.

Tabla 6. *Clasificación de la Parálisis Cerebral.* (Macías, L. 2003, pág. 153 - 154)

La Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), fue estudiada y actualmente reconocida por el “Proyecto Genoma Humano” (PGH), proyecto internacional de investigación científica, para avances en el campo de la genómica y tecnología computacional. Fundado en 1990 en el Departamento de Energía y los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos, bajo la dirección de James D. Watson, con un plazo de realización de 15 años, del cual para 1994 Craig Venter funda el Instituto para la Investigación Genética (TIGR) que en 1995 descubre la secuencia nucleotídica del primer organismo, la bacteria *Haemophilus influenzae* con cerca de 1740 genes. En 1998 surgió la primera empresa Celera Genomics, La investigación del proyecto intentaba secuenciar trozos de cromosomas para incorporar sus secuencias a las bases de datos.

El gen NF1 o síndrome Recklinghausen localizado en el cromosoma 17(Muerte) codifica la neurofibromina proteína con dominio activador de las células tumorales. Es considerada por Bonduel A. y otros, (1972) como una enfermedad hereditaria huérfana y/o rara de difícil diagnóstico y por consiguiente tratamiento, heredada en primera generación y transmitida aproximadamente a la mitad de sus hijos según el patrón autosómico dominante, en este caso para el EPD, la madre. En cuyo gen 17 según Ridley M. (2001, pg. 418) indica que “Si aprender es establecer nuevas conexiones entre neuronas, también se trata de perder las viejas” y continua “Las células innecesarias cometen un suicidio colectivo”.

El diagnóstico de la enfermedad es muy complejo; algunos que portan el gen mutado no tienen síntomas iniciales pero pueden presentarse en cualquier etapa de la vida en la que la enfermedad se active, otros desarrollan la enfermedad de manera progresiva con deformidades vertebrales, lesiones deformantes y compresión de estructuras vitales, incluyendo la médula espinal, como es el caso del EPD, establecido desde Trastorno autosómico dominante caracterizado por Neurofibromas, Gliomas del nervio óptico, Nódulos pigmentados del iris y Máculas hiperpigmentadas cutáneas (Manchas café con leche), vale la pena aclarar que se considera clínicamente que cursa con Retardo Mental y/o alteraciones del desarrollo cognitivo. Aquellos que presentan neurofibromas plexiformes determinan degeneración maligna con frecuencia.

El diagnóstico generalmente se determina desde los tumores Facomatosis como lo indica Bonduel A. y otros, (1972 pg. 570) “La Neurofibromatosis de von Recklinghausen se manifiesta por numerosas localizaciones oculares. En el fondo de ojo puede diagnosticarse un glioma de la cabeza del nervio óptico (Más frecuente es la propagación del nervio al quiasma)”. La calidad de vida de la población con NF-1 está marcada por su deterioro progresivo y la constante autoexclusión que la misma patología obliga a generar en los individuos. Su mayor descenso se presenta más por delirium y fatiga que por la misma enfermedad.

En el área pedagógica y teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socioafectivo el EPD con IMOC y NF-1 presenta las siguientes dificultades, problemas y/o alteraciones del desarrollo propuestas por Flórez L. (2010).

Dificultades Sensoriales y Motoras: EH que presenta algún impedimento físico y/o sensorial, es decir, presenta dificultades visuales, auditivas y/o problemas físicos en alguno de sus miembros que le dificulta su capacidad de aprender.

Dificultades Intelectuales: EH que tiene una capacidad intelectual general significativamente menor al promedio, reconocido por el educador al manifestarlas en limitaciones importantes de las actividades adaptativas. Puede presentar dificultades en la comunicación (Lenguaje muy pobre, escaso o nulo), dificultades en el propio cuidado y seguridad, inhabilidad para adecuarse a las rutinas diarias, escolares y domésticas, gran dificultad académica en todas las asignaturas, retraso en las habilidades sociales (Juego de etapas anteriores del desarrollo y búsqueda de amigos menores o mayores), inhabilidad para aprovechar los recursos en su beneficio.

Dificultades del Lenguaje: EH que presenta un retraso en relación al lenguaje esperado para su edad, pero que no presenta retraso intelectual general. Puede conocerse en la dificultad del lenguaje expresivo, cuando presenta una gama reducida de vocabulario, dificultad para adquirir palabras nuevas, uso inapropiado del vocabulario, frases pobres, construcciones gramaticales equivocadas, omisiones de palabras, desorden en la construcción de frases. Sin embargo el EH entiende lo que se le dice y demuestra capacidad en otras áreas, por ejemplo matemáticas.

Dificultad del Lenguaje receptivo: Dificultad para comprender, vocabulario básico (palabras y/o frases), dificultad para discriminar sonidos o secuencias. Casi nunca aparece como dificultad aislada sino siempre acompaña a las dificultades del lenguaje expresivo.

Dificultades Fonológicas o de la articulación: Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables para su edad (omite, sustituye o da otro sonido a las letras o sílabas).

Dificultades de Atención, Hiperactividad, Impulsividad (Déficit Atencional): El EPD presenta de forma persistente, frecuentes conductas de desatención, y/o hiperactividad, y/o impulsividad, puede reconocerse cuando presenta dificultades para prestar atención a detalles, descuido en sus tareas, no sigue instrucciones, evita tareas que requieran de esfuerzos sostenidos, pierde sus materiales de trabajo, parece no escuchar sin tener problemas auditivos, que puede o no acompañar a las dificultades de atención.

La hiperactividad y/o hiperkinesia se reconoce porque mueve en exceso manos y pies, se remueve en el asiento, abandona su asiento en clase, corre y salta en situaciones inapropiadas, no se relaja en situaciones de ocio, es precipitado en sus respuestas, no respeta turnos e interrumpe. Tanto las conductas de desatención como las de hiperactividad e impulsividad (Si se presentan) deben ser persistentes, darse en la casa y en la escuela y no obedecer a otros trastornos como, por ejemplo, discapacidad cognitiva.

Dificultades en áreas específicas de aprendizaje: El rendimiento del EPD, en lectura, expresión escrita, es sustancialmente inferior a su edad y escolaridad y no corresponde con la capacidad del educando, que rinde y se adapta bien en el resto de las actividades. Puede presentar algunos problemas específicos en la lectura, en donde el rendimiento es inferior a lo esperado en calidad, velocidad y comprensión, interfiriendo en su rendimiento académico. Hay lentitud y errores en la lectura oral y silenciosa. La lectura se caracteriza por presentar distorsiones, sustituciones, adiciones u omisiones de letras, sílabas o palabras.

Problemas en la expresión escrita: Se manifiesta en errores gramaticales, pobre organización de lo escrito, errores múltiples de ortografía y/o grafía (letra) excesivamente deficitaria.

Problemas de cálculo: La capacidad aritmética es inferior a la esperada, manifestándose en una dificultad importante en la comprensión de términos matemáticos, operaciones y/o decodificación de problemas enunciados con símbolos matemáticos, dificultad en la decodificación de signos, símbolos y agrupamientos, dificultad importante de reproducir y/o recordar números, cifras, recordar "reserva", signos que corresponde aplicar, dificultad importante en seguir secuencia, contar y recordar las tablas.

Dificultades de conducta: El EH presenta un patrón sostenido y persistente de conductas que perturban o violan los derechos básicos de los otros y/o las normas establecidas y adecuadas a la edad del sujeto, puede reconocerse ya que aparecen conductas que van desde la desobediencia reiterada a lo establecido y desafío a la autoridad, hasta agresividad o crueldad con personas y/o animales, amenazas, peleas físicas, poco cuidado o destrucción de la propiedad ajena, comportamiento sexual inapropiado a la edad, mentira reiterada, vagabundeo y escapes del hogar y de la escuela.

Dificultades Afectivas: El EH presenta un estado afectivo que preocupa, ya sea por intensidad, la frecuencia o la cantidad de problemas presentados. Estos podrían ser por problemas de ansiedad que puede manifestarse en una angustia excesiva relacionada con la separación de sus seres queridos, por enfrentar personas o situaciones desconocidas; o sin una razón específica. En general los problemas de ansiedad se reconocen por quejas de síntomas físicos, tensión excesiva, preocupación o temores desproporcionados, sensación de posible ocurrencia de situaciones catastróficas, problemas de concentración inhabituales en el educando.

También se pueden encontrar problema depresivo que se reconoce, porque los educandos presentan una alteración sostenida en el tiempo o frecuentes episodios de ánimo deprimido o irritabilidad y una pérdida de interés en casi todas las actividades. Normalmente presentan otros problemas anexos como la pérdida o aumento de apetito, la falta de energía, mucho o poco sueño, baja autoestima, dificultades para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, pérdida de interés, aumento de la

autocrítica, seguimiento recurrente de incapacidad, retraimiento social, llanto frecuente, pesimismo y pensamiento de muerte.

MARCO METODOLOGICO

9.1. Metodología de investigación

Para caracterizar e identificar aquellas prácticas del PH en el proceso de enseñanza que desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical potencialicen el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, facilitando el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida, se realiza la presente investigación en la Universidad de La Sabana, con el apoyo del Hospital Universitario Clínica San Rafael departamento de Fonoaudiología con el programa de Pedagogía Hospitalaria, bajo el auspicio de Ped-Salud y la Fundación Santo Domingo.

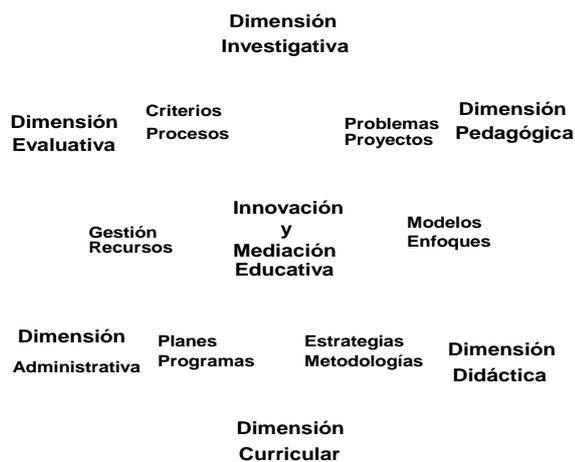
La investigación responde a un tipo de estudio cualitativo, flexible y sistemático, de investigación acción participación e investigación acción reflexión. La pretensión de este tipo de investigación es caracterizar un fenómeno de RP a RBC desde la Pedagogía de la Salud y reflexionarlo a partir de sus rasgos determinantes. Su carácter implica describir de modo ordenado los datos observados desde las características (Fernández H. 1998, pag. 58) que el EPD con IMOC y NF-1 presentadas tras la intervención fisiopedagógica. Su carácter cualitativo indica, como lo comenta Camargo M. (2005) y otros "La investigación cualitativa no solo se erige sobre el trabajo de otros sino que se vincula a una teoría y a un razonamiento lógico. Quiere decir que está guiada por la teoría, está inscrita en ella y le aporta a ella" pg. 125.

La investigación acción participación y reflexión (IAP) como lo comenta Galindo, L. (1998, pg.440) "Es intrínsecamente una investigación de la comunicación, puesto que incluye necesariamente la reflexión, el diálogo y el consenso y la acción colectiva constante, y trabaja, por tanto con relaciones continuas". El estudio en este caso no se realiza por separado sino en su dimensión interrelacional e histórica, presentando una relación de complementariedad con un objetivo determinado, identificando los parámetros normativos del comportamiento, aceptados por los individuos en el contexto específicos y determinado. Participando se actúa para generar las condiciones

que posibiliten una transformación estructural en todos y cada uno de los miembros de la comunidad investigativa de educación y salud de forma transdisciplinaria y transversal.

Por este motivo la investigación constituye un estudio de primer orden, donde los datos de análisis a describir se encuentran en la observación directa de los procesos clínicos protocolarios, de rehabilitación y potencialización cognitiva, metacognitiva y socioafectiva, desde el programa de enseñanza, aprendizaje y desarrollo, para lo cual se trabaja bajo las siguientes dimensiones propuesta por Lafrancesco G. (2010) en su Modelo Pedagógico Holístico Transformador y adaptadas bajo la guía del MECEA estructurando las respectivas intervenciones pedagógico hospitalarias.

Dimensiones de la innovación educativa del Sistema de acciones de la Pedagogía de la Salud



9.2. Técnicas utilizadas

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos y de información en esta investigación son:

Diagnóstico Pedagógico situacional (Flórez L. 2010).

Barómetro de medición, (Flórez L. 2010).

Batería de Luria DNI (Manga D. 1991).

Gráfica de medición de experiencia psicopedagógica (Flórez L. 2012)

El diagnóstico pedagógico situacional contiene dentro de su estructura el barómetro de medición como un resumen porcentual que identifica el contenido evaluado y para la batería de Luria, se construyó solo con la intención de tener un apoyo para identificar los tiempos de respuesta en la creación narrativa del EPH con IMOC y NF-, la gráfica de medición de experiencia psicopedagógica.

Estas técnicas corresponden al método de estudio cualitativo, buscando obtener resultados para mejorar la situación educativa de EPD, basándose en el conocimiento y participación del colectivo en general de la investigación, en el que hay un sujeto de estudio como unico caso interactuando en el proceso investigativo pero necesitando implicación y convivencia del personal medicopedagogico en la comunidad hospitalaria.

9.2.1. El Diagnóstico Pedagógico Situacional (DPS)

Es una técnica exploratoria que permite la recolección de datos cualitativos, de forma estructurada y directa, donde se sondea la situación de salud, pedagógica y familiar de un sólo EPH. Consiste en un conjunto formal de preguntas escritas, que deben responder los entrevistados, para obtener información. Los resultados que este diagnóstico presenta pueden ser visualizados además de forma cualitativa también cuantitativa por corresponderle "El barómetro de medición", haciendo un poco más práctica su lectura e interpretación. Esta prueba es informal y se ha venido realizando durante las etapas de intervención pedagógica de EPH en la Clínica San Rafael, departamento de fonoaudiología.

Para esta investigación se plantean preguntas con interrogantes abiertos y cerrados. Es importante establecer que aunque hay una guía para su aplicación, se requiere de planeación y estructuración del contexto porque las respuestas de los entrevistados influyen en la redacción específica de las preguntas abiertas y el orden en que se hacen, por lo que su carácter exploratorio se mantiene. El PH se responsabiliza del manejo del diagnóstico siguiendo las instrucciones del instrumento, hace las preguntas y consigna las

respuestas, razón por la cual se establece que debe ser aplicado; no es conveniente que se autoaplique.

El DPS para esta investigación, se realiza en la primera etapa de intervención fisiopedagógica, denominada input de la teoría cognitiva MECEA (Modificabilidad Cognitiva de la Enseñanza y el Aprendizaje) la que inicia realizando el acto pedagógico mediacional para lograr el propósito del ASCC (Aprendizaje significativo constructor del conocimiento). Este instrumento además es de carácter evaluativo, respondiendo al proceso de evaluación sumativa en la tercera etapa output, en la medida que se evidencie cambios en el EPD en el proceso de enseñanza del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical potencializando el área cognitiva, cognoscitiva y socioafectiva, desde la morfosintaxis, habla, lengua y lenguaje, intentando visualizar el progreso del Engrama y Aprendizaje Motor.

9.2.2. Batería de Luria, Diagnóstico Neuropsicológico Infantil (DNI)

Es utilizada bajo las tres fases fisiológicas en orden ascendente a nivel cerebral del DNI como son:

- a) *“Cognitiva”*, en la cual se observa y analiza el movimiento durante la protocolo fisiopedagógico para adquisición del lenguaje con procedimiento gramatical;
- b) *“Asociación”*, en la que se fortalecen y refuerzan las vías programadas a nivel cerebral para el aprendizaje del lenguaje con procedimiento gramatical y el movimiento, lo que desencadena la programación motora (engrama motor); y
- c) *“Automatismo”*, que se logra una vez se ha desarrollado el engrama motor a plenitud, y disminuye el gasto energético al realizar el movimiento de forma inconsciente durante el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical.

Esto se realiza en los siguientes bloques de la Batería

Bloque de activación, que en su proceso se conecta con las conexiones de la corteza frontal, constituye la base de la actividad cognitiva del ser humano.

Bloque de recepción, elaboración y almacenamiento (Input), constituye la base de la actividad desde la percepción y la sensación a la memoria. Además es el responsable de la lateralización del lenguaje en el hemisferio izquierdo relacionándose con la región de Broca y sus funciones lingüísticas, la región de Wernicke y sus funciones de análisis y síntesis del lenguaje hablado (Fonemas), la corteza visual y sus funciones del lenguaje escrito y la parietal con sus funciones de organización articuladora, respondiendo al sistema verbal como papel fundamental del lenguaje.

Bloque de programación y control de la actividad desde donde la información se procesa requiriendo de la atención como elemento primordial del método simultáneo y sucesivo.

La Batería consta de pruebas que evalúan las:

Funciones motoras.

La organización acústico-motora.

Las funciones táctiles-cinestésicas.

Las funciones visuales.

Las capacidades de habla receptiva.

Las capacidades de habla expresiva.

Las capacidades de Lecto –escritura.

Las capacidades aritméticas.

Los procesos mnésicos (memoria).

Establecida dentro de cuatro aspectos

Funciones motora y sensorial.

Lenguaje hablado.

Lenguaje escrito y aritmética.

Memoria.

Contiene:

Las Tarjeta de test.

El cuaderno del examinador.

Sin embargo para este caso de investigación como lo indica Manga, D. (1991, pg. 92) “No se utilizan todas por razones obvias de su adaptación a

niños, pero sí la mayoría con sus letras y números de identificación en el Test de A.L. Christense (1987)".

La Batería de Luria es entonces para esta investigación, un dispositivo de intervención en el protocolo fisiopedagógico desde la escala de desarrollo motriz, basado en un acumulado de labores que permite detectar la integración sensorial y perceptiva que se relaciona con el aprendizaje del EPH, de ellas se extraen datos sistemáticos identificando cualitativamente las dificultades y las alteraciones del desarrollo en los niños, niñas y adolescentes en programas de morbilidad y/o mortalidad.

Identificando cualitativamente los problemas psicomotores y de aprendizaje se sondea la situación de salud y cognitiva de un sólo EPH con IMOC y NF-1. La batería consiste en un conjunto de tareas significativas, permitiendo la detección de funciones corporales derivada del análisis de los factores neuropsicopedagógicos, contribuyendo a la comprensión de dificultades presentes en el proceso aprendizaje, enseñanza y desarrollo.

Los resultados de intervención fisiopedagógica desde esta batería son visualizados de forma cualitativa a pesar de contener dentro de sus ítems una serie de puntuaciones y penalizaciones, haciendo más práctica la intervención desde fisioterapia, la cual evalúa constantemente según el proceso de rehabilitación. En el momento de la intervención pedagógica los resultados de intervención se visualizan de forma cualitativa, para su lectura e interpretación al dar respuesta desde la descripción.

Para esta investigación se usa un grupo de pruebas (Motricidad, audición, tacto-cinestesia, visión, habla receptiva, habla expresiva, lecto escritura, aritmética y memoria). Es importante establecer que hay una guía para su aplicación que igual requiere de planeación y estructuración del contexto porque las respuestas del EPD influyen en la evaluación neuropsicopedagógica, por lo que su carácter exploratorio se mantiene a través del proceso de intervención de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

Con el propósito de tener la guía que indique el proceso exploratorio, se ve la necesidad de crear un gráfica que mide la experiencia psicopedagógica del EPH con IMOC y NF-1 al construir las narrativas teniendo en cuenta los patrones de energía cinética tanto en velocidad como en exactitud y el número de ensayos donde se dieron las respuestas de reconocimiento correctas.

Del grupo de pruebas establecidas desde la batería de Luria DNI, el PH se responsabiliza del manejo de la intervención psico-pedagógica, al tiempo que el fisioterapeuta se encarga de los parámetros del Plan de Rehabilitación psicomotriz individualizados (PRI) teniendo en cuenta el engrama y el aprendizaje motor, correspondiente al ítem de Funciones motoras y sensoriales (prueba de motricidad).

9.3. Fases del desarrollo de intervención cognitiva para la adquisición del lenguaje con procedimiento gramatical

El protocolo de intervención fisio-pedagógico desde la potencialidad del aprendizaje busca lograr que el EPD con IMOC y NF-1, logre establecer una correspondencia directa entre la adquisición del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical para la adquisición del aprendizaje motor, presentando una correlación positiva, desde sus capacidades lingüísticas con la habilidad corporal y su capacidad física en todas sus dimensiones corpóreas. Se requiere entonces de un programa fisio-pedagógico desde la PS que permita lograr la adquisición del aprendizaje motor desde la lecto-escritura.

La intención radica en la consecución de la maduración cerebral, alterada en su desarrollo, impulsando el proceso sináptico permitiendo la neuroplasticidad desde el área física y una modificabilidad estructural cognitiva (MECEA) desde el aprendizaje lingüístico, en el EPD con IMOC y NF-1, desarrollando el lenguaje oral y escrito con procedimiento gramatical

Este programa desde la Pedagogía de la Salud (PS), cuenta con tres fases de intervención cognitiva Input, Procesamiento y Output.

9.3.1. Fase Input

El ejercicio de intervención pedagógica comienza por la fase input de entrada, reconociendo el funcionamiento del proceso mental del EPD con IMOC y NF-1 inmerso en contextos hospitalarios. Durante este período se realiza “El Diagnóstico pedagógico situacional (DPS)” correspondiente a la primera etapa.

Este DPS tiene ciertas implicaciones, de tal modo que de acuerdo con la manera como funcione el proceso cognitivo en particular, desde los procesos sinápticos de la neuroplasticidad, es razonable que el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical potencialice el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1 en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida. Desde allí se establece la investigación para ver si en la realidad estos eventos suceden.

Un importante proceso durante la fase Input es la inferencia o predicción, en este caso desde la PS. Aquí se establece la situación que el DPS aporta a las circunstancias acompañantes de la patología, posteriormente se observan la conducta y los rasgos del EPD con IMOC y NF-1, se procesa, analiza e infiere qué tipo de intervención pedagógica (Proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo) se debe utilizar para responder a los sucesos establecidos basándose en los procesos cognitivos (Crear, analizar, evaluar, memorizar, comprender y aplicar), habilidades cognitivas (Atención, comprensión, elaboración y memorización) y metacognitivos (Planificación, autorregulación, evaluación, reorganización) con el apoyo de la comunidad educativa y sanitaria.

Vale la pena aclarar que durante el diagnóstico no solo se busca establecer la situación pedagógica del EPD con IMOC y NF-1, se perfila también lograr la MECEA a través de un ASCC, en donde los profesionales que intervienen están inmersos en una investigación acción participación y reflexión, en especial el PH quien debe estar automodificándose en el proceso y reconociendo sus potencialidades, para intervenir durante la situación con la

intención de mejorar sus capacidades; en este momento él no debe tener espacio de dudas antes de empezar el proceso y, si así lo fuese deberá apoyarse del grupo transdisciplinario antes de iniciar.

El PH que intervenga debe ser un profesional intelectual versado en el tema a investigar, comprometido con la causa que moviliza y anima a la lucha del EPH con IMOC y NF-1, una razón que tenga para legitimar la felicidad, un docente al que se le pueda homenajear por su labor y que sepa recibirlo de manera saludable, es decir que se alegre por lo que hace y lo que haga, lo haga bien sin una falsa modestia, para que transmita el conocimiento de forma honesta y que considere como lo dice Freire P. (1993, pg. 7) “La práctica educativa de opción progresista jamás dejará de ser una aventura de revelación, una experiencia de desocultamiento de la verdad”.

9.3.2. Fase de elaboración

En esta fase inicia el procesamiento de la información, desde las funciones cognitivas, cognoscitivas y socioafectivas para la consecución del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical desde la morfosintaxis, habla, lengua lenguaje. Aquí el enfoque del procesamiento de la información describe una situación que se procesa dando origen a la percepción (De la sensación a la percepción), la intervención se hace desde pedagogía paralela al proceso de rehabilitación de la fisioterapia con apoyo de la batería de Luria DNI.

Se inicia la intervención teniendo en cuenta la edad de 5 a 6 años y de 7 a 11 años establecidas en el DNI, a razón de la sintomatología según los bloques funcionales del EPD, controlando LME de palabras, durante el desarrollo cognitivo en el que se establece el **Bloque de activación** bajo el protocolo de la PS así:

Etapas 1: Emisión aislada de palabras y primeras combinaciones

Etapas 2: Emisión de morfemas gramaticales (Morfema gramatical base, género y número),

Etapas 3: Producción de oraciones simples

Etapas 4: Incrustación de frases y cláusulas dentro de una oración

Etapas 5: La unión o composición de oraciones

Posterior se realizan los otros dos **bloques:**

- **Asociación:** maneja el Bloque de recepción, elaboración y almacenamiento
- **Automatización:** maneja el Bloque de programación y control de método simultáneo y sucesivo.

En compañía del área escritural, que compete al estímulo corporeo establecido en el cuadernillo del DNI bajo las unidades funcionales necesarias para la actividad mental establecidas por Luria cuya participación es necesaria en el movimiento voluntario, la elaboración práxica y la producción del lenguaje oral y escrito.

En la primera unidad funcional, regulando el tono cortical y la función de alerta y vigilancia se interviene desde la atención selectiva para recibir e integrar, intra y extracorporalmente requiriendo de energía cortical para ser procesada la información.

En la segunda unidad, se interviene para obtener, captar, procesar y almacenar información venida del mundo exterior, analizando y haciendo un barrido de selección para lograr almacenarla, en donde las regiones posteriores y laterales del neocórtex se encargan de la convexidad superior de los hemisferios cerebrales.

En la tercera unidad, se interviene para programar, regular y verificar la actividad mental, en donde están implicados todas las áreas y centros de trabajo. De la síntesis perceptiva diferenciada a la síntesis cognitiva

Estas unidades buscan que los receptores respondan con impulsos eléctricos que se transmiten hacia y a los que se les responde a través del Sistema Nervioso Central y periférico (SNC y SNP), para la adquisición de la experiencia.

La adquisición de la experiencia obedece a un modelo neurocognitivo correspondiente al ser humano en el que el acto de estar consciente de lo que se hace, es analizado. En este proceso se interviene desde el Aprendizaje

lingüístico con procedimiento gramatical apoyados en la neuropsicología del lenguaje a través del programa de PS durante la enseñanza, aprendizaje y desarrollo morfosintáctico, habla, lingua y lenguaje construyendo narrativas orales y escritas, con apoyo de la Neurocinética para potencializar el engrama y aprendizaje motor del EPD con IMOC y NF-1

En este procedimiento se busca establecer el registro sensorial que será almacenado en la memoria tras un cúmulo de información recibido por las células receptoras desde los órganos de los sentidos (Ojos, oídos, nariz, lengua, piel y la mente), los cuales deben responder a la energía cinética (Energía física del cuerpo humano), a la energía potencial gravitatoria (Energía del cuerpo por ocupar una posición) y a la energía elástica (Energía que refiere una deformación), estas energías generan perturbaciones en el cuerpo físico del EPD con IMOC y NF-1, pero también en los pensamientos. Es más fácil entenderlo con estos proverbios: *“Dime lo que piensas y te diré como es tu biología”*. *“Muéstrame tu biología y te diré cómo pensabas”*.

Estas células receptoras inician el proceso cognitivo, una vez que estas células se han activado, el registro de esta activación se almacena en los que se le denomina **huella sensorial**, siguiendo tres pasos:

Paso No. 1: Almacenamiento de la información

Paso No. 2: Registro sensorial (almacena toda la información que entra en contacto con el receptor sensorial y que es relevante para el EPD con IMOC y NF-1)

Paso No. 3: Huella sensorial (la información debe permanecer en el registro sensorial).

De esta forma se rastrean los movimientos de la UMCC ya que se considera para esta investigación la integralidad del ser, al reflejarse cada estructura en otra. En este proceso llegamos al reconocimiento de patrones y se observa cómo se transforma la energía del ambiente (Proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo) en energía física (Proceso de rehabilitación fisioterapéutica), cuando por necesidad, de manera auto-

consciente el EPD con IMOC y NF-1 responde a las necesidades de sus pensamientos:

Empíricos-tecnológicos-rationales

Simbólicos-mitológicos-espirituales.

En esta etapa de elaboración es importante recordar que aunque la intervención se hace en ambientes hospitalarios responde al proyecto de Inclusión Educativa y Social, por esta razón la patología es solo un referente, por lo tanto al EPD desde la PS no se le considera un ser enfermo, ni un discapacitado, sino un ser diverso con una condición de vida, que con equidad se pretende potencializar.

9.3.3. Fase Output

En el transcurso de describir el progreso cognitivo en la adquisición del lenguaje con procedimiento gramatical desde el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo, refiriendo el funcionamiento del cerebro, es importante tener en cuenta que ninguna parte de este órgano tiene como función ser consciente y, por tal razón, la explicación de las actividades conscientes no se pueden reducir a la descripción de un nivel de análisis ni menos encuadrarla a una fase en particular. Los procesos de las fases van concatenados e íntimamente relacionados, así que se puede decir desde la práctica que tanto la intervención neuropsicopedagógica como la intervención fisioterapéutica van en paralelo y casi en paralelo se debe evidenciar. Por ello es importante en esta fase adelantar la evaluación desde las tres pruebas retroalimentadas durante el proceso de mediación (Evaluación Diagnóstica, Formativa y Sumativa).

FASES DEL DESARROLLO. TEORÍA COGNITIVA

Fase Input	Fase de Elaboración	Fase Output
Cantidad y calidad de datos acumulados por el individuo antes de enfrentarse a la solución de dificultades y/o problemas.	Funciones relacionadas con la organización y estructuración en la solución de dificultades y/o problemas.	Funciones relacionadas con la comunicación exacta y precisa de la respuesta o solución de dificultades y/o problema presente.

**CONDICIONES DESCRIPTIVAS DESDE LOS PENSAMIENTOS:
EMPÍRICOS-TECNOLÓGICOS-RACIONALES
SIMBÓLICOS-MITOLÓGICOS-ESPIRITUALES**

Diagnóstico Situacional Nivel cognitivo. Nivel meta cognitivo. Nivel Socio-afectivo.	Pedagógico	Protocolo Pedagógico Condición: Método Pedagógico Mediacional M.E.C.E.A. desde el A.S.C.C.	Evaluaciones Prueba 1: Diagnóstica Prueba 2: Formativa. Prueba 3: Sumativa.
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

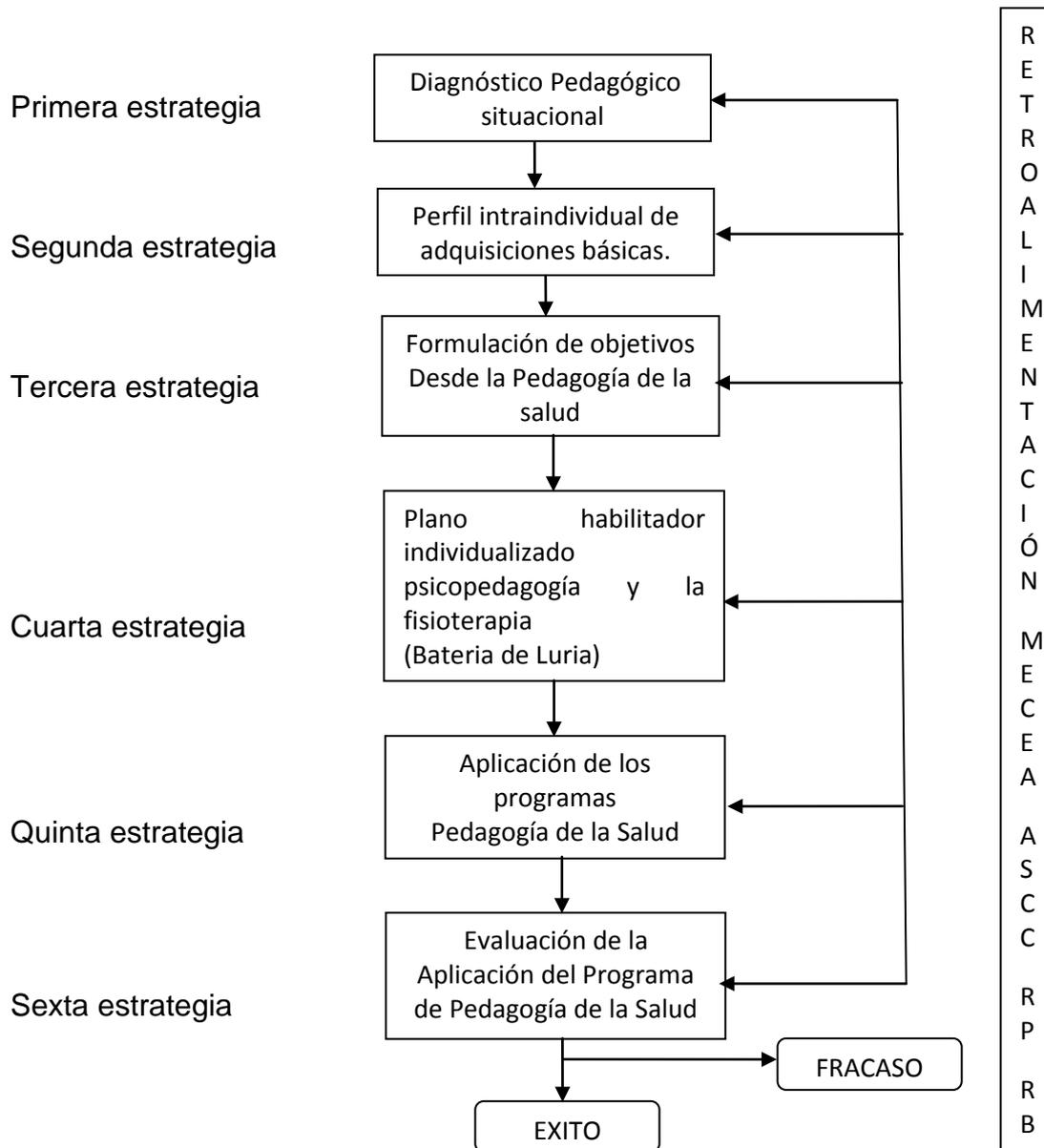
Fases de elaboración de la teoría MECEA. Flórez L. (2011, Congreso Argentina Ped. Hospitalaria)

Estas pruebas están en constante reestructuración, y la periodicidad con que se realizan solo depende de los cambios significativos que a través de la mediación sean examinados por el PH, durante el proceso de reconocimiento de nuevos patrones desde la experiencia psicopedagógica al construir las narrativas y de los nuevos patrones de la energía cinética.

Estas evidencias dan cuenta si efectivamente desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical se potencializa el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1, en edad escolar, para facilitar el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida bajo los parámetros establecidos del MECEA desde el ASCC.

La descripción durante el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo se basa en la evidencia empírica en las acciones del pedagogo hospitalario y en la observación de los parámetros establecidos por la investigación sobre el sistema de acciones de la pedagogía de la salud con un proyecto de calidad de vida educativo, aportando conocimientos, dado que a través del denominado estudio hermenéutico de investigación acción participación y reflexión, se estipulan variables que son descritas por la producción investigativa en áreas hospitalarias, para determinar las acciones de los pedagogos hospitalarios en la Pedagogía de la Salud.

En la evaluación sumativa se tienen en cuenta estas variables, bajo estrategias a seguir para cumplirlos por metas establecidas así:



Estrategias de la Evaluación Sumativa (Flórez L. 2012)

El diseño de esta investigación, gracias a la aplicación de las técnicas mencionadas anteriormente, permitió la triangulación de la información entre psicología, pedagogía y fisioterapia para evaluar la consistencia de los hallazgos contrastando la información obtenida con las diferentes estrategias y los diversos participantes de la investigación.

9.4. Selección de la Población y Muestra.

La Investigación es de acción participación y reflexión, el método de selección de la muestra fue intencional. Es importante establecer que según lo manifiesta Bonilla-Castro (1997, pg.105) no se pretende con esta muestra por lo tanto, lograr la representatividad estadística.

El caso escogido es establecido debido a las limitaciones de tiempo y de recursos económicos, por el investigador quien decide analizar un único caso de EPH, por lo cual elige un caso de multidiscapacidad asociada con Insuficiencia Motora de Origen Cerebral (IMOC), Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), Microcefalia y Discapacidad intelectual.

El sujeto de investigación además de considerarse un Educando Pediátrico en edad escolar cuenta con una patología y asociaciones desde el contexto clínico, una IMOC (Insuficiencia Motora de Origen Cerebral), NF-1 (Neurofibromatosis tipo 1), Microcefalia y Discapacidad Intelectual. Se establece pertinente describir la IMOC y la NF-1 por ser las enfermedades que más imposibilitan la adquisición de un lenguaje con procedimiento gramatical en la población.

El Diagnóstico inicial clínicamente establecido para el EPD, se referencia desde la edad de 7 años, emitido por el Dr. Manuel Benítez del Hierro, Neuropediatra de la Fundación Santafé bajo historia clínica No. 11007, apoyado en las impresiones diagnósticas así:

Microcefalia.

Retardo psicomotor.

Retardo mental.

Neurofibromatosis tipo 1.

Parálisis cerebral hipotónica, en las articulaciones (Intensiva -3), distónica en las manos y tetraplejía.

Se descarta hipoacusia y NF-4 debido a que la madre no presenta Neurofibromas. Desde el punto de vista genético se considera que las alteraciones del desarrollo psicomotor tienen una causa mixta presentada por las complicaciones perinatales y el desarrollo de base de la NF. La causa mixta referencia el proceso presentado por la madre y diagnosticado por el Dr. Oswaldo Borraez (Cirujano), Dr. Fulgencio García (Médico Internista), Dr. Edgar Angulo (Ginecólogo) en historia clínica No. 51915473 de la Clínica San Rafael:

Peritonitis por apendicitis gangrenosa retrosecal.

Embolia pulmonar.

Derrame pleural.

Falla cardiaca.

NF-1 reconocida por 17 manchas, (15 grandes y 2 pequeñas).

Nódulos de Liz.

Actualmente el diagnóstico clínicamente se corrobora, pasado ya el periodo de investigación, establecido según lo determinado por los aspectos propuestos por Luria entre los 7 a 11 años. Para el 23 de enero 2012 el EPD cuenta con 11 años y 22 días, el diagnóstico determinado por la Dr. Martha Piñeros (Neuropediatra) y el instituto Roosevelt es:

Microcefalia.

Retardo psicomotor.

Neurofibromatosis Tipo 1

Parálisis Cerebral con diplejía espástica, intensa (+3) y tono fluctuante.

Actualmente y con apoyo de esta investigación se determina si hay Retardo mental y/o discapacidad intelectual con su correspondiente intensidad.

Se aclara que bajo los conceptos manejados por la Pedagogía de la Salud se asumen el cuerpo y su movimiento del EPD con IIMOC y NF-1 desde las áreas bio-psico-sociales, como una condición de vida que requiere ser potencializada.

9.5. Categorías de estudio

Las fases que se siguieron en esta investigación para las categorías de estudio fueron:

La primera, la definición de las categorías de estudio a revisar en las prácticas de enseñanza y aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical para potencializa el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1, en edad escolar, facilitando el proyecto educativo de inclusión con calidad de vida.

A partir del marco teórico y en línea con la pregunta de investigación se definieron las categorías y subcategorías de investigación y análisis, así como su definición operacional, según para la cual se diseñó el diagnóstico pedagógico situacional, barómetro de medición y la gráfica de experiencia psicopedagógica. Se estableció el análisis de la Batería de Luria DNI con su respectiva evaluación desde la práctica de enseñanza, aprendizaje y desarrollo y se indagó bajo las mismas categorizaciones. En los anexos se pueden consultar las guías con las respectivas respuestas de las preguntas según los objetivos de investigación establecidas por el PH.

La segunda, la definición de componentes de asignaturas de la maestría de pedagogía que constituyen la columna vertebral de la investigación y sustentan la intervención del PH desde la pedagogía de la salud. Para esta etapa se contó con la colaboración de la directora de la maestría y de algunos docentes invitados que dieron luces al presente trabajo. Este paso implicó el análisis del plan de estudios y la connotación de términos como formación, educación y pedagogía, desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socioafectivo, procesos exclusión, segregación, integración e inclusión, didáctica general, núcleos del saber pedagógico, educabilidad, educatividad, enseñabilidad, filosofía, psicología educativa, psicología clínica, métodos de enseñanza y aprendizaje, entre otras que conformaron las asignaturas que constituyen el núcleo fundamental y se determinan como asignaturas sujetas al estudio.

Los componentes de las asignaturas seleccionadas pertenecen al núcleo de formación fundamental de la maestría. En este grupo se ubican las asignaturas que contienen el conocimiento que define la disciplina, por lo que cursarlas es requisito obligatorio para optar por el título de maestría en pedagogía. Cabe anotar que los estudiante, bajo este plan de estudios, está en la libertad de escoger un énfasis (O grupo de asignaturas de la misma disciplina, pero enfocadas a una línea especializada de la pedagogía) para graduarse.

En La tercera, se indagó a los profesionales que intervinieron de manera directa e indirecta con cada categoría y sub-categoría asignada y seleccionada, acerca de sus prácticas sondeando las opiniones correspondientes con relación a la intervención desde la MECEA bajo el ASCC para el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo del EPH con IMOC y NF1.

A continuación se muestra la tabla donde figura el sistema de categorías y subcategorías con su respectiva definición operacional, utilizadas para el análisis de la práctica de enseñanza, aprendizaje y desarrollo desde el punto de vista del PH y del estudio de caso del EPH con el propósito de determinar si el aprendizaje lingüístico procedimental puede lograr potencializar el aprendizaje motor en EPD con IMOC y NF-1.

CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS DE ANÁLISIS			
Categorías	Definición operacional	Sub-categorías	Definición operacional
Neuropsicología del Lenguaje	Definida por Manning L. (1992, p 20) como la ciencia que “se ocupa del estudio de la comunicación verbal, teniendo en cuenta los procesos de la formulación o codificación y los de la comprensión o decodificación cuando una y/o otra se ven alteradas por lesión cerebral.	Aprendizaje Morfosintáctico Habla, Lingua y Lenguaje	<p>Morfología: “Organización interna de las palabras” Sintaxis “Reglas de organización que especifican el orden de las palabras, la estructura de la oración y las relaciones entre las palabras ” Owens, R. (2003, Pág.16 – 19 y 421)</p> <p>Habla: Proceso dinámico neuromuscular para la producción de sonidos hablados, orientados a la comunicación; un medio verbal de transmisión”. (Owens, R, 2003, pág. 417) Lingua: “Comunicación simbólica perteneciente a una comunidad humana. Al comienzo es una adquisición condicionada y luego se convierte en un proceso aprendido”. (Quirós, 1980. Pág. 248) Lenguaje: “Comunicación simbólica mas formulación (con creatividad e innovación), representando la personalidad individual. Es una comunicación simbólica identificada con el pensamiento y desarrollado por medio de la formulación” (Quirós, 1980. Pág. 247)</p>
Neurocinética	Prieto A. y otros (2005, pg. 76 y 77) es la ciencia que “analiza el cuerpo desde el sistema nervioso central conformado por varias estructuras organizadas jerárquicamente, las cuales, por su entendimiento, se comparan con centros de control y niveles de ejecución que a la vez planean y controlan el movimiento”.	Aprendizaje Motor Engrama Motor	<p><i>Shumway – Cook & Woollacot (2001)</i> (citado por Stroke, 2006, pg.527) afirman que “el aprendizaje motor es un cambio relativamente permanente en el comportamiento motor debido a procesos como el conocimiento, la percepción y la acción”.</p> <p>Schmidt (1999) “Un pilar, una secuencia válida, para el desarrollo del aprendizaje motor,</p>

10. RESULTADOS

Luego de la aplicación en el espacio aúlico hospitalario del DPS realizada por el PH y la intervención del fisioterapeuta con el DNI en el EPD durante la fase input, se procede a realizar la intervección fisiopedagógica establecida desde la PS, siguiendo las metas por estrategias anteriormente establecidas, bajo el protocolo de intervención con los Bloques de activación, asociación y automatización, regulando la LME de palabra y reconociendo la huella sensorial. Se llega al análisis de la información recopilada y la categorización de las diferentes respuestas e interpretación desde la adquisición del lenguaje con procedimientos gramatical que potencializa el engrama y aprendizaje motor.

Los parámetros utilizados en el DPS en ambientes aúlicos hospitalarios para el EPD se hicieron teniendo en cuenta las:

Dificultades Sensoriales y Motoras.

Dificultades Intelectuales.

Dificultades del Lenguaje.

Dificultad del Lenguaje receptivo.

Dificultad del lenguaje expresivo

Dificultades Fonológicas o de la articulación.

Dificultades de Atención, hiperactividad, impulsividad (Déficit Atencional).

Dificultades de conducta.

Problemas de cálculo.

Dificultades en áreas específicas de aprendizaje.

10.1. Resultados de la Fase input (Ver anexo DPS y DNI)

Aunque la intervención se realiza de forma integral buscando la UMCC del EPD con IMOC y NF-1, para efectos de esta investigación se reportan los resultados que tienen directa relación con la enseñanza del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical desde la morfosintaxis, habla, lengua y lenguaje para la consecución del aprendizaje motor que le permita al EPD

establecer su proyecto con calidad de vida en pro de una Inclusión Educativa y Social.

En esta primera etapa el EPD cuenta con 5 años de edad y su diagnóstico clínico es NF-1, Parálisis Cerebral (PC), Microcefalia y Retardo Mental. (Anexo e encuentra el DPS fse imput),

Nivel mental

Se observa desde el proceso educativo siendo consciente del EPD, teniendo en cuenta la orientación, funciones intelectivas, psicosociales globales, memoria, pensamiento, cálculo, experiencias de uno mismo o funciones del tiempo. Se usaron bajo los parámetros establecidos por el DNI llegando a la conclusión que los niveles de comprensión están muy por debajo del promedio de sus compañeros de clase, tanto en entornos educativos formales como informales.

Se realizaron preguntas con la intención de evaluar la capacidad para comprender instrucciones verbales, costumbres, normas sociales específicas, la identificación de semejanzas, estímulos verbales, se verificó la capacidad para resolver problemas, la capacidad para hablar y definir palabras, el recuerdo inmediato de dígitos de la memoria oral, la capacidad para repetir palabras y frases, la capacidad de manejar figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, la manipulación de objetos con el fin de reconocer el proceso visomanual, el ensamble de objetos, la búsqueda de símbolos, el manejo de labirintos, la manipulación y reconocimiento de objetos geométricos, llegando a la siguiente evidencia:

Dificultades sensoriales y motoras:

Requiere para el cumplimiento de sus funciones motoras, apoyo permanente y aún así no se consigue por el alto compromiso motor a causa de su condición de vida.

No logra coordinación, precisión, agilidad en el manejo de materiales y manipulación de herramientas en la actividad.

Dificultades Intelectuales - cognitivas superiores:

Se reconoce un déficit para el aprendizaje.

Necesita apoyo para desarrollar destrezas en la toma de decisiones y la resolución de problemas, difícilmente toma una decisión coherente y rápida.

No Muestra facilidad para reconocer señales y seleccionar materiales y herramientas por tamaño, forma y color así.

Dificultades intelectuales - cognitivas inferiores:

No puede hacer secuencia en la ejecución de la actividad,

No realiza formación de conceptos de lo trabajado,

Difícilmente reacciona dando respuesta a la actividad,

Con dificultad aprende los nuevos patrones para manejo de la actividad.

Dificultades de lenguaje:

Difícilmente expresa verbalmente sus limitaciones y fortalezas,

Difícilmente sigue instrucciones verbales y demostrativas que lo lleven a la ejecución de la actividad solicitada

Dificultades de atención, hiperactividad, impulsividad:

La capacidad de centrarse en un estímulo interno o externo por un tiempo establecido está determinada por el mal funcionamiento de las habilidades perceptomotoras.

Difícilmente se centra intencionalmente en un estímulo específico y en ocasiones se reconoce que la atención es de carácter auditivo

Dificultades de conducta - temperamento y personalidad:

Requiere de mucho apoyo para reaccionar con autoconfianza ante retos cotidianos y no tiene capacidad de controlar sus impulsos al momento de satisfacer necesidades y caprichos

Dificultades de conducta - Emocionales:

No es consciente del manejo de sus emociones y sentimientos.

No establece límites entre sí mismo y los otros.

Intenta interactuar e iniciando contacto con la actividad por espacios cortos lográndolo.

No se interesa por cumplir metas a corto plazo,

En algunas ocasiones expresa y muestra preocupación por el bienestar de las personas de su contexto.

En algunas oportunidades identifica conflictos en la realización de las actividades, en el momento de expresarlos o señalarlos.

Dificultades en áreas específicas de aprendizaje:

En general sus dispositivos cognitivos superiores (Crear, analizar y evaluar), inferiores (Memorizar, comprender y aplicar), habilidades cognitivas (atención, comprensión, elaboración y memorización) y habilidades meta cognitivas desde el conocimiento del conocimiento y el control de procesos cognitivos (planificación, auto-regulación, evaluación, reorganización y anticipación) están comprometidos para su edad, aunque demuestra en ocasiones rasgos que determinan la presencia de los mismos.

Requiere de un total nivel de asistencia y ayuda, para ajustarse en las demandas físicas, mentales y emocionales exigidas:

El factor socio-afectivo es complejo de evaluar por cuanto no hay una coherente comunicación aunque evidencia estados de alegría cuando se encuentra en comunidad.

Nivel Sensorial:

Desde la educación del EPD para el reaprendizaje de las funciones del sistema nervioso y de los aparatos sensoriales se evidencian claramente las funciones que reportan el principio de actividad, energía y de voluntad que se encuentra en la base de los procesos pedagógicos.

Nivel Sensorial visual:

Está claramente afectado se registra distorsión de la forma, perseveración, integración y rotación, debido a su condición neurológica su mirada permanece en ocasiones fija, superior hacia el lado de la mano derecha, evidencia el daño del hemisferio izquierdo reportado por neurodesarrollo.

Nivel sensorial auditivo:

Aunque se reporta por parte de fonoaudiología la falta de seguimiento de los sonidos, no es reconocido este fenómeno dentro del proceso educativo. Se reconoce una adecuada integridad funcional bilateral de las vías auditivas.

Sistema vestibular:

Los problemas de movimiento son muy evidentes acompañados del sentido de propiocepción desde el reconocimiento y conciencia de su propio cuerpo, presentado problemas agudos de movimientos finos y gruesos, planeación pobre del movimiento corporal y muy baja coordinación viso-manual.

Sistema Olfativo y gustativo:

No presenta compromiso evidente que afecte el proceso educativo.

Zonas táctiles y sensitivas:

Están comprometidas, no le permiten al organismo percibir las cualidades de los objetos y desde la temperatura, presión, dureza, aspereza y suavidad lo que imposibilita el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo

En general EPD presenta impedimento físico y sensorial, a causa de su problema de salud, dificultando su capacidad para aprender en un entorno educativo y social.

Nivel Comunicativo:

Se analiza bajo los conceptos de la voz, habla, articulación, fluidez, vocalización, producción de sonidos, comunicación, recepción, producción de mensajes, conversación, concluyendo que el EPD presenta retraso en relación al lenguaje esperado para su edad, sin embargo se evidencia rasgos intelectuales general de comunicación expresiva.

Se conoce desde:

Dificultad del lenguaje expresivo: el EPD presenta una gama reducida de vocabularios, dificultad para adquirir palabras nuevas, uso inapropiado del vocabulario, no estructura frases coherentes, construcciones

gramaticales equivocadas, omisiones de palabras, desorden en la construcción de frases. Sin embargo entiende lo que se le dice.

Dificultad del Lenguaje receptivo: dificultad para comprender, vocabulario básico (palabras y/o frases), dificultad para discriminar sonidos o secuencias. Casi nunca aparece como dificultad aislada sino acompaña a las dificultades del lenguaje expresivo.

Dificultades Fonológicas o de la articulación: incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables para su edad omitiendo, sustituyendo sonidos de las letras o sílabas. No posee ningún dispositivo de comunicación, sin embargo hay evidencia de técnicas de comunicación aumentativa y alternativa instauradas por parte de la familia

Nivel de Movilidad:

El EPD presenta un bloqueo tónico, en posiciones del cuerpo, ajustes posturales, fuerza, resistencia física, que afectan los patrones de movimiento funcionales, la motricidad gruesa, la motricidad fina, impidiéndole llevar, recibir, mover, usar objetos, andar y desplazarse.

Presenta inestabilidad, oscilaciones variadas, reequilibrios abruptos, compensaciones exageradas, agitación, hipertensiones, temblores, descontrol corporal, sonrisas inadecuadas, gesticulaciones múltiples, movimientos involuntarios de la cabeza, movimientos irregulares de la mandíbula, labios y lengua, problemas de deglución, movimientos explosivos de los brazos, desalineamiento del tronco y la cabeza, movimiento lentos e irregulares de los dedos, cuerpo pronado en especial en extremidades, desplazamiento del centro de gravedad de derecha a izquierda de izquierda a derecha, de abajo a arriba de arriba abajo, desequilibrio unidireccional y multidireccional mal compensado, tono fluctuante por rigidez excesiva en ocasiones de los miembros externos como los brazos y las piernas, movimientos asincronizados de de las manos y los dedos, movimiento constante de los párpados con agitación del globo ocular y en general sin equilibrio estático y dinámico. Dificultando el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

Generalidades

Teniendo en cuenta lo descrito y analizado la situación médico-pedagógica del EPD, se determina cuáles son sus potencialidades y defectologías, desde el consenso transdisciplinario de educadores, pedagogos, neurólogos y fisioterapeuta.

A pesar de que su diagnóstico pueda mostrar un retraso en el desarrollo físico muy comprometido y mental, se reconocen restos de desarrollo cognitivo y metacognitivos acordes a su edad, considerándose que puede lograr un lenguaje más expresivo y lingüístico potencializando las habilidades que lo componen estableciendo cierto tipo de tareas que se consideran del lenguaje oral y que caen de hecho, en el constructo educativo del lenguaje.

Se recomienda empezar con las áreas básicas del lenguaje expresivo y en la medida que se pueda con el lenguaje oral, con el habla desde el sonido de las vocales y consonantes forma sonora (Fonética acústica, modos articulatorios), para seguir con el lenguaje lingüístico desde la fonología (Sonidos del lenguaje), morfología (Afijos), pragmática (Habilidades sociales), semántica (Uso de la palabra) y sintaxis (Orden de las palabras).

Para intentar lograrlo dentro de la institución educativa se recomienda la adaptación de entornos lingüísticos escolares y familiares desde una comunicación aumentativa y alternativa, ya que su desarrollo corporal le impide una adquisición coherente del lenguaje. Así se pretende que para el EPD y su familia, se cree un código de comunicación para transmitir las ideas dentro del modelo del procesamiento de la información, bajo el esquema básico del lenguaje expresivo y en la medida que se pueda el lenguaje oral.

Su condición de vida responde a un proceso de segregación acompañada de sus pares en una fundación, que de integración y/o inclusión. Sin embargo la madre insiste y sustenta, en llevar un proceso inicial de integración social.

Fue indispensable a la fecha realizar la cartografía de los duelos en la madre, para establecer el protocolo fisio-pedagógico a seguir. (Ver anexo)

10.2. Resultados de la Fase intervención

En el inicio del proceso de intervención fisiopedagógica bajo el protocolo del DNI se reconoce como manifestación clínica del trastorno, la dificultad específica en el normal del desarrollo del habla (Disfasia evolutiva), desde la emisión de la misma sin compromiso de la comprensión. (Observar la ficha de anotaciones sobre el modo inicial de intervención anexa).

Resultados iniciales durante la intervención bajo el protocolo fisiopedagógico con el DNI

Motricidad:

Habilidad motora dañada, con evidencia de problemas de cuadriplejia y déficits sicomotores diferenciados.

Lateralidad inconsistente de la mano izquierda.

Problemas de coordinación viso motora en la mano derecha.

Manejo de movimientos manuales simples y complejos.

Difícil realización de movimientos simples organizados de la boca, lengua y cara.

Cognitivos inferiores:

Memoria mantenida.

Acciones imposibles de copia de figuras.

Se presenta memoria inmediata, retención y evocación, no constante para la edad.

Presenta memorización lógica.

Lenguaje:

Audición fonética pobre.

Memoria inmediata audio-verbal con déficit.

Regulación de la acción en función de la expresión verbal.

Desorganización del bloque funcional de la activación reguladora del lenguaje.

Audición

Dificultad de reproducción entre ritmos.

Déficit de procesamiento auditivo debido al carácter secuencial de los factores temporales del agrupamiento perceptivo sobre los fenómenos motores.

Manejo del proceso de la diferenciación de estructuras acústicas rítmicas.

Tacto y cinestesia

Presenta sensaciones cutáneas, localización y discriminación táctil inestables

Presenta fuertes alteraciones en las sensaciones musculares y articulares

Presenta alta desigualdad en la ejecución psicomotora

Percepción háptica o de tacto activo afectada presente bajo la exploración estereognósica

Visión:

No presenta agudeza, discriminación de colores, integridad de campos visuales

En algunos momentos el método de exploración visual sirve de respuesta verbal.

En algunos momentos presenta la exploración de la percepción visual de objetos reales.

Alteración de síntesis viso-espacial por retraso madurativo.

La orientación espacial y operaciones intelectuales en el espacio se presentan con un alto grado de retraso madurativo.

Habla receptiva:

Presenta habla disminuida desde la percepción de los sonidos, comprensión del significado de las palabras y frases, comprensión del habla en su concatenación sintáctica

Presenta habla expresiva disminuida.

Presenta capacidad auditiva disminuida.

Presenta audición fonémica disminuida.

Presenta huella fono-articuladora disminuida.

Habla expresiva:

Presenta algunas exclamaciones afectivas

Dificultad general en la pronunciación de los sonidos del habla por la organización serial de las articulaciones consecutivas desde la plástica transición de movimientos articulatorios.

Dificultad generalizada en sonidos vocálicos y consonánticos de complejidad articulatoria que constituye la fonología del idioma.

Alteraciones neurodinámicas del habla.

Dificultad generalizada en la composición fonética de la palabra.

Dificultad generalizada del habla consistente en diálogo monólogo o habla narrativa.

Alteraciones generalizadas en la expresión verbal narrativa en la organización sintagmática y paradigmática.

Comprensión de palabras y de frases simples:

Presenta comprensión nominativa de la palabra en palabra.

No presenta representación semántica.

Comprensión de estructuras lógico – gramaticales:

Conflicto presente y no existen preposiciones y/o conjunciones de la expresión gramatical.

Desarrollo lingüístico disminuido de estructuras lógico-gramaticales.

Mínimos aspectos intelectuales del habla.

Escritura y lectura:

Inicia el proceso de las operaciones requeridas de aislar y reunir (análisis y síntesis) fonéticos de palabras.

Inicia con el proceso de aprender a leer y adquisición del lenguaje con dificultad de las propiedades funcionales en análisis de la composición fonética del habla, audición fonética y análisis fonético (articulación).

Alta dificultad en la recodificación de fonemas en grafemas.

Alta dificultad en la correspondencia fonema-grafema.

Alta dificultad en la automatización consecutiva.

No presenta aún el papel del análisis y síntesis fonéticos de la unión de sílabas y letras.

No cumple con el proceso de pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento.

Intenta retener el esquema semántico general integrador.

Destreza aritmética:

Alta dificultad de la habilidad matemática desde la adquisición del carácter verbal.

Alta complejidad del paso de operaciones simples a complejas y de automáticas a menos habituales.

10.3. Resultados de la Fase output

Realizada la intervención fisiopedagógica según el protocolo establecido por la PS, se encuentran los siguientes resultados teniendo en cuenta el segundo periodo de edad establecido por Luria. Para la fecha de emisión el EPD cuenta con 11 años de edad y su diagnóstico clínico sigue manteniendo su estructura inicial, los resultados son:

(Ver anexo del trabajo realizado desde el protocolo fisiopedagógico, acompañado del DPS y DNI al final de esta investigación).

Nivel mental:

Se observa desde el proceso educativo consciente del EPD teniendo en cuenta la orientación, funciones intelectivas, psicosociales globales, memoria, pensamiento, cálculo, experiencias de uno mismo o funciones del tiempo.

Se usaron bajo los parámetros establecidos por el DNI llegando a la conclusión que los niveles de comprensión están nivelándose al promedio de

sus compañeros de clase tanto en entornos educativos formales como informales.

Se le realizaron preguntas con la intención de evaluar la capacidad para comprender instrucciones verbales, costumbres, normas sociales específicas, la identificación de semejanzas, estímulos verbales, se verificó la capacidad para resolver problemas, la capacidad para hablar y definir palabras, el recuerdo inmediato de dígitos de la memoria oral, la capacidad para repetir palabras y frases, la capacidad de manejar figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, la manipulación de objetos con el fin de reconocer el proceso visomanual, el ensamble de objetos, la búsqueda de símbolos, el manejo de labreros y la manipulación y reconocimiento de objetos geométricos. Se reconoce un proceso coherente de enseñanza, aprendizaje y desarrollo desde la motivación intrínseca del EPD frente a su potencialidad cognitiva.

Dificultades sensoriales y motoras:

Requiere para el cumplimiento de sus funciones motoras, apoyo permanente consiguiendo en ocasiones independencia.

Logra coordinación, aunque la precisión, agilidad están afectadas en el manejo de materiales y manipulación de herramientas en la actividad,

Dificultades intelectuales-cognitivas superiores

No necesita apoyo para desarrollar destrezas en la toma de decisiones y la resolución de problemas, toma una decisión coherente y rápida

Muestra facilidad para reconocer señales y seleccionar materiales y herramientas por tamaño, forma y color así en todos los contextos,

Dificultades intelectuales-cognitivas inferiores

Hace secuencia en la ejecución de la actividad, aunque de forma lenta por sus movimientos.

Realiza formación de conceptos de lo trabajado,

Reacciona dando buenas respuestas a la actividad,

Aprende los nuevos patrones para manejo de la actividad.

Dificultades de Lenguaje:

Expresa verbalmente sus limitaciones y fortalezas,

Sigue instrucciones verbales y demostrativas que lo lleven a la ejecución de la actividad solicitada

Dificultades de atención, hiperactividad, impulsividad

La capacidad de centrarse en un estímulo interno o externo por un tiempo establecido esta superándose a pesar de que continúa el mal funcionamiento de las habilidades perceptomotoras.

Centra intencionalmente en un estímulo específico, su atención es de carácter auditivo

Dificultades de conducta-temperamento y personalidad

No requieren de apoyo para reaccionar con autoconfianza ante retos cotidianos y tiene capacidad de controlar sus impulsos al momento de satisfacer necesidades y caprichos.

Dificultades de conducta y temperamento-emocionales

Es consciente del manejo de sus emociones y sentimientos.

Establece límites entre sí mismo y los otros,

Expresa y muestra preocupación por el bienestar de las personas de su contexto,

Interactúa e inicia contacto de actividades por espacios largos y cortos lográndolo.

Se interesa por cumplir metas a corto y largo plazo,

Identifica conflictos en la realización de las actividades, en el momento de expresarlos o señalarlos.

Dificultades en áreas específicas de aprendizaje:

En general sus dispositivos cognitivos superiores (Crear, analizar y evaluar), inferiores (Memorizar, comprender y aplicar), habilidades cognitivas (atención, comprensión, elaboración y memorización) y habilidades meta cognitivas desde el conocimiento del conocimiento y el control de procesos cognitivos

(planificación, auto-regulación, evaluación, reorganización y anticipación) han evolucionado satisfactoriamente para su edad.

Nivel Sensorial

Desde la educación del sistema nervioso y de los aparatos sensoriales se evidencian claramente las funciones que reportan el principio de actividad, energía y de voluntad que se encuentra en la base de los procesos pedagógicos.

En el EPD el nivel sensorial visual supero los niveles y ya no se registra distorsión de la forma, perseveración, integración y rotación. Su condición neurológica maduró, aunque en los exámenes de neurodesarrollo se evidencia el daño del hemisferio izquierdo.

Auditivas, aunque se reporta por parte de fonoaudiología la falta de seguimiento de los sonidos, no es reconocido este fenómeno dentro del proceso educativo. Reconocida una adecuada integridad funcional bilateral de las vías auditivas.

En el sistema vestibular, los problemas de movimiento siguen siendo evidentes acompañados del sentido de propiocepción desde el reconocimiento y conciencia de su propio cuerpo, presentado problemas importantes de movimientos finos y gruesos, pero ha mejorado sustancialmente en la planeación del movimiento corporal y superando en gran parte la coordinación viso-manual.

En el sistema Olfativo, gustativo no presenta compromiso evidente que afecte el proceso educativo.

Las zonas táctiles y sensitivas superaron el proceso de desarrollo, ahora el organismo percibe las cualidades de los objetos y, desde la temperatura, presión, dureza, aspereza y suavidad lo que posibilita el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

En general EPD presenta rasgos de un serio impedimento físico y sensorial pero de una clara recuperación posterior a un abordaje de enseñanza, aprendizaje y desarrollo desde el lenguaje lingüístico con procedimiento gramatical, apoyando el proyecto de calidad de vida que el mismo elige.

Nivel Comunicativo

Se analiza bajo los conceptos de la voz, habla, articulación, fluidez, vocalización, producción de sonidos, comunicación, recepción, producción de mensajes, conversación, concluyendo que el EPD presenta un lenguaje comprensivo con leve disartria no esperado para su condición de vida, sorprende su evolución y capacidad obtenida desde los rasgos intelectuales generando una excelente comunicación expresiva. Se conoce desde:

Dificultad del lenguaje expresivo: No presenta dificultad, su vocabulario progresa adquiriendo palabras nuevas, uso apropiado del vocabulario, estructura frases coherentes, evidentes construcciones gramaticales, en algunas ocasiones omite conectores por su impedimento físico, coherente construcción de frases, entiende y comprende lo que se le dice.

Dificultad del Lenguaje receptivo: Comprende, vocabulario enriquecido, facilidad para discriminar sonidos o secuencias. Superada las dificultades del lenguaje expresivo.

Dificultades Fonológicas o de la articulación: Utiliza los sonidos del habla aunque no esperables para su edad, omitiendo en ocasiones conectores letras o sílaba, pero más a causa de su incapacidad física que de manejo del lenguaje.

No posee ningún dispositivo de comunicación, sin embargo se evidencia técnicas de comunicación aumentativa y alternativa instauradas por parte de la familia

Nivel de Movilidad

El EPD presenta un bloqueo tónico, en posiciones del cuerpo, ajustes posturales, fuerza, resistencia física, que afectan los patrones de movimiento funcionales, aún así el proceso de motricidad gruesa y motricidad fina ha progresado sustancialmente ya no le impidiendo llevar, recibir, mover, usar objetos y con apoyo andar y desplazarse. Ha mejorado en su estado físico.

Presenta aún inestabilidad y de cansancio físico evidente en oscilaciones variadas, reequilibrio, compensaciones, agitación, hipertensiones, movimientos involuntarios del cuerpo, movimientos irregulares de la mandíbula, labios y lengua, problemas de deglución, desalineamiento del tronco y la cabeza, cuerpo, desplazamiento del centro de gravedad de derecha a izquierda de izquierda a derecha, de abajo a arriba de arriba a bajo, desequilibrio unidireccional y multidireccional mal compensado, tono fluctuante por rigidez excesiva en ocasiones de los miembros externos como los brazos y las piernas, movimientos asincronizados de las manos y los dedos, en general sin equilibrio estático y dinámico, intentando regular ahora, de forma consciente.

La situación de corporeidad se encuentra en clara evolución. Dificulta solo en parte, el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

Generalidades

Teniendo en cuenta lo descrito y analizado la situación médico-pedagógica del EPD, se determina cuáles son sus potencialidades y defectologías desde el consenso transdisciplinario de educadores, pedagogos, neurólogos y ortopedista.

A pesar de que su diagnóstico considera una discapacidad intelectual, se reconoce el desarrollo cognitivo y metacognitivos medianamente acordes a su edad, considerándose que puede lograr un lenguaje más expresivo y lingüístico, potencializando las habilidades que lo componen y estableciendo tareas desde los procesos narrativos.

Se recomienda continuar con la forma sonora (Fonética acústicas, modos articulatorios), para seguir con el lenguaje lingüístico desde la fonología (Sonidos del lenguaje), morfología (afijos), Pragmática (Habilidades sociales), semántica (Uso de la palabra) y sintaxis (Orden de las palabras).

Para intentar lograrlo dentro de la institución educativa se recomienda la adaptación de entornos lingüísticos escolares y familiares. Así se pretende que para el EPD y su familia se mantenga un código de comunicación para transmitir las ideas dentro del modelo del procesamiento de la información, bajo el esquema básico del lenguaje oral y los aspectos metacognitivos en el enfoque fonético de la enseñanza de la lectura y la escritura, abordándolo desde un proceso metalingüístico en que cada letra representa un sonido y que esos sonidos en conjunto forman la palabra, apoyados desde un aprendizaje de lectura global (Del todo a sus partes).

Resultados de la intervención fisiopedagógica DNI

Resultados finales durante la intervención bajo el protocolo fisiopedagógico con el DNI

Motricidad

Habilidad motora en progreso, con evidencia de problemas motores cuadriplejia, intentado superar el déficit psicomotor diferenciados.

Lateralidad de la mano izquierda.

Coordinación viso motora en la mano derecha.

Progreso del manejo de movimientos manuales simples y complejos.

Realización de movimientos simples organizados de la boca, lengua y cara.

Cognitivos Inferiores:

Memoria mantenida

Acciones posibles de copia y figura.

Presenta memoria inmediata, retención y evocación, en evolución.

Presenta memorización lógica.

Lenguaje:

Audición fonémica presente.

Memoria inmediata audio-verbal presente.

Regulación de la acción en función de la expresión verbal.

Mejora en la organización del bloque funcional de la activación reguladora del lenguaje.

Audición:

Mediana dificultad de reproducción entre ritmos.

Procesamiento auditivo, a pesar del carácter secuencial de los factores temporales de agrupamiento perceptivo sobre los fenómenos motores.

Manejo del proceso de la diferenciación de estructuras acústicas rítmicas.

Tacto y cinestesia

Presenta sensaciones cutáneas, localización y discriminación táctil más estables.

Presenta mejoría en las sensaciones musculares y articulares

Presenta mediana desigualdad en la ejecución psicomotora, aún muy comprometida el patrón de marcha.

Percepción háptica o tacto activo presente bajo la exploración estereognóstica.

Acciones debilitadas de copia de figuras, pero realizadas

Restos de desorganización del bloque funcional de la activación reguladora del lenguaje.

Visión:

Presenta agudeza, discriminación de colores, integridad de campos visuales.

El método de exploración visual sirve de respuesta verbal.

Presenta la exploración de la percepción visual de objetos reales.

Presente la síntesis viso-espacial mejorando su retraso madurativo.

La orientación espacial y operaciones intelectuales en el espacio se presentan con retraso madurativo.

Habla receptiva:

Presenta habla receptiva en percepción de sonidos, comprensión del significado de las palabras y frases, comprensión del habla en su concatenación sintáctica.

Presenta habla expresiva.

Presenta capacidad de agudeza auditiva.

Presenta audición fonémica.

Presenta huella fono-articuladora.

Habla expresiva:

Presenta exclamaciones afectivas.

Mediana dificultad en la pronunciación de los sonidos del habla por la organización serial de las articulaciones consecutivas, desde la plástica transición de movimientos articulatorios.

Mediana dificultad en sonidos vocálicos y consonánticos de complejidad articuladora que constituye la fonología del idioma.

En ocasiones alteraciones neurodinámicas del habla.

Mediana dificultad en la composición fonética de la palabra.

Mediana dificultad del habla consistente en diálogo monólogo o habla narrativa.

Mediana dificultad en la expresión verbal narrativa en la organización sintagmática y paradigmática.

Comprensión de palabras y de frases simples:

Presenta comprensión nominativa de la palabra.

Presenta representación semántica.

Comprensión de estructuras lógico – gramaticales

Mediano conflicto entre preposiciones y/o conjunciones de la expresión gramatical

Desarrollo lingüístico aún tardío de estructuras lógico-gramaticales

Presentes aspectos intelectuales del habla

Escritura y lectura:

Cumple con las operaciones requeridas de aislar y reunir (análisis y síntesis) fonéticos de palabras.

Cumple con el proceso de aprender a leer y adquisición del lenguaje con mediana dificultad de las propiedades funcionales en análisis de la composición fonética del habla, audición fonética y análisis fonético (articulación).

Mediana dificultad en la recodificación de fonemas en grafemas.

Mediana dificultad en la correspondencia fonema-grafema.

Mediana dificultad en la automatización consecutiva.

Presenta el papel del análisis y síntesis fonéticos de la unión de sílabas y letras.

Cumple con el proceso de pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento (Metalingüísticos).

Destreza aritmética

Habilidad en las operaciones aritméticas básicas, de acuerdo con el grado en que retiene los esquemas de orientación espacial.

Habilidad matemática desde la adquisición del carácter verbal.

Mediana complejidad del paso de operaciones simples a complejas y de automáticas a menos habituales.

Restos de alteración de síntesis viso-espacial por retraso madurativo.

Se presenta memoria inmediata, retención y evocación.

Retiene el esquema semántico general integrador.

Presenta memorización lógica.

Barómetro de Medición

(Ver anexos)

Este barómetro resume de información del DPS y DNI establecidos según las CIF y Declaración de Salamanca. Recolectado de las actividades lúdico-hospitalarias del ASCC desde el método MECEA bajo intervenciones mediacionales que el PH aborda con el EPD.

- Porcentajes
- Datos estadísticos

Establece la situación de las funciones cognitivas

Criterios	Puntuaciones según los criterios
No hay Dificultad (ND): Ninguno, ausente, insignificante	0 – 4%
Ligera Dificultad (LD): poco, escaso	5 al 24%
Moderada Dificultad (MD): medio, regular	25 al 49%
Grave Dificultad (GD): mucho, extremo	50 al 95%
Dificultad Total (TD): Total	96 al 100%

Las puntuaciones según los criterios se determinan teniendo en cuenta las evaluaciones sumativa de:

La fase de entrada (input).

La fase de intervención y

La fase de salida (output)

Criterios	Puntuaciones según los criterios
Ninguna Dependencia (ND): Ninguno, ausente, insignificante	0 – 4%
Ligera Dependencia (LD): poco, escaso	5 al 24%
Moderada Dependencia (MD): medio, regular	25 al 49%
Grave Dependencia (GD): mucho, extremo	50 al 95%
Total Dependencia (TD): Total	96 al 100%

Resumen porcentuales de la intervención mediacional del aprendizaje significativo constructor del conocimiento (ASCC) desde actividades para el aprendizaje lingüístico teniendo en cuenta las etapas de la LME de la palabra.

TIPOS DE NIVEL	POCENTAJE	NIVEL DESARROLLO COGNITIVO	NIVEL SOCIOAFECTIVO
	0-4%	No hay dificultad	Sin dependencia
	5-24%	Dificultad ligero	Dependiente ligero
	25-49%	Dificultad moderado	Dependiente Moderado
	50-95%	Dificultad grave	Dependiente grave
	96-100%	Dificultad completo	Gran dependiente

(Ver anexo Barómetro de medición)

10.4. Evaluación cualitativa del resultado a nivel integral para Inclusión Educativa

El informe de valoración se muestra mediante los componentes dados, integrando funciones corporales, actividades, participación, factores ambientales, en el momento de la evaluación de los efectos de la dimensión psicológica del aprendizaje lingüístico sobre el aprendizaje psicomotor en el EPD.

Se reconoce como resultado de la investigación, posterior a las fases de intervención, respondiendo a una Inclusión educativa desde la educación inclusiva, los siguientes resultados desde la construcción del conocimiento. Se observo en el momento de la evaluación de los efectos de la dimensión psicopedagógica del aprendizaje lingüístico sobre el aprendizaje motor en el EPD en la última etapa de la investigación, que el EPD con IMOC y NIF-1 maneja los niveles de:

Consciencia.

Orientación.

Funciones intelectiva.

Psicosociales globales.

Memoria.

Pensamiento.

Cálculo.

Experiencias de uno mismo.

Funciones del tiempo.

Se observo que el EPD con IMOC y NIF-1 no requiere nivel de apoyo, por su alteración motriz en las funciones:

Visuales

Auditivas.

Olfativas.

Gustativas.

Propioceptivas.

Táctiles.

Sensitivas.

Se observo que el EPD con IMOC y NIF-1, no necesita nivel de apoyo por su alteración motriz, de las funciones:

La voz.

El habla.

Articulación.

Fluidez.

Vocalización.

Producción de sonidos.

Comunicación.

Recepción.

Comunicación.

Producción de mensajes.

Conversación.

Utilización de soporte.

Dispositivo de comunicación.

Técnicas de comunicación.

Se observo en el EPD con IMOC y NIF-1 posee relaciones de:

Autoridad.

Familiar.

Apoyo de actividades.

Competencias sociales.

En algunos casos conductas de sobreprotección.

Requiere nivel de apoyo con ligera a moderada dependencia, para ajustarse a las demandas exigidas:

Físicas.

Vestibulares.

Se observo que el EPD con IMOC y NIF-1 requiere apoyo de ligera a moderada dependencia de su alteración motriz, en las funciones:

Posiciones del cuerpo.
Ajustes posturales.
Fuerza.
Resistencia física.
Tono muscular fluctuante.
Patrones de movimiento funcionales.
Motricidad gruesa medianamente funcional.
Motricidad fina medianamente funcional.
Llevar.
Recibir.
Mover.
Usar objetos.
Andar con apoyo.
Desplazarse en silla de ruedas.

Se observo que el EPD con IMOC y NIF-1 requiere de:

Crianza.
Protección.
Asistencia.
Actividades en su hogar.
Actividades en el colegio.
Juego.
Espacios Lúdicos.
Redes de apoyo.
Participación del padre.
Participación de la madre.
Participación de hermanos

Se observo en el EPD con IMOC y NIF-1 que mantiene:

Costumbres.
Prácticas.
Ideologías.
Valores.
Normas.

Creencias.

Creencias religiosas que rodean el entorno.

Se observo en el EPD con IMOC y NIF-1 logra:

Cumplimiento de rutinas de organización.

De materiales y herramientas.

Manejo de rutinas en el trabajo a realizar.

Aumentar tolerancia a las actividades con relación al tiempo establecido.

Reconocer y manejar rutinas propias.

Llevar a cabo tareas simples y múltiples tareas.

Manejo del estrés.

En el abordaje comprensivo de las áreas principales de la vida:

Vive en la experiencia de la educación escolar.

Requiere apoyo para mantener su estudio.

Requiere apoyo en el colegio y en la resistencia de acompañar la nivelación de competencias.

Requiere apoyo para intervenir en la equiparación de oportunidades de EPH en el entorno.

En general están presentes sus dispositivos:

Cognoscitivos.

Metacognitivos.

Socio afectivo.

En relación a su vida domestica requiere estimulación para continuar fortaleciendo patrones a este nivel.

El resultado a nivel integral sustenta el hecho que el EPD con IMOC y NF-1, a pesar de su complejo diagnóstico clínico logró, bajo el estímulo de un aprendizaje lingüístico apoyar su rehabilitación física, para entrar al programa de Inclusión Educativa.

El proceso realizado bajo los parámetros de la PS estructurando el protocolo a seguir desde la enseñanza del aprendizaje lingüístico, sustentando la CAA que se requería inicialmente para lograr establecer, un proyecto con calidad de vida con el educando y de manera transversal y transdisciplinaria con cada uno de los miembros de la RBC.

Estos miembros de la RBC lograron con la puesta en marcha de los métodos y metodología de la PS, generar la UMCC para lograr “La educación inclusiva” en el EPD. La dificultad tuvo dos vertientes para este, como educando y como persona. El propósito fue negociar con el mismo un proceso poco habitual en el constante devenir de los seres en condiciones de discapacidad, y es el hecho que asumiera su condición de vida como un motivo para que ella se educara y solo desde allí podría, si lo lograra, exigir la opción que la sociedad aporta “La inclusión educativa”.

Posterior a esa necesidad evidente que la hizo educarse para la inclusión, se negoció el método. Malaret J. (2006) indica que esa negociación es “Un proceso de interacción interior en el que dos o más opciones personales, en conflicto o no, son contrastadas mediante un método que hace aflorar la mejor, enriquecida en el propio proceso” pg. 11. Así el EPD asume su deseo de educarse para la inclusión logrando con la puesta en marcha del protocolo medico-pedagógico superar las tres formas de discapacidad:

Por diagnóstico

Porque la sociedad impone las barreras para el aprendizaje y la participación

Porque de manera compleja pero en simple comprensión, considera que no puede (se auto-discapacita, se auto-excluye y/o se auto-segrega)

11. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Las siguientes conclusiones se realizan bajo el proceso de análisis de las categorías diagnósticas comparadas en las fases de intervención, durante el proceso fisiopedagógico estableciendo el protocolo desde la PS, para la adquisición del aprendizaje del lenguaje con procedimientos gramatical, instaurado bajo los parámetros del DPS y el DNI, estimulando en el EPD el engrama y aprendizaje motor

La evaluación de las categorías diagnósticas pone en evidencia los procesos de defectología, pero gracias a ellas se reconoce a tiempo las potencialidades, promoviendo la búsqueda de enfoques alternativos que construyan el proyecto elegido de calidad de vida del EPD con IMOC y NF-1 desde el área motora, llevándolo desde una Educación Inclusiva a una Inclusión Educativa.

Esta conceptualización permitió captar como materia prima, la presencia de ciertas conductas adaptativas de la potencialidad comunicativa oral y escrita, reconocida en el EPD, aportando que no basta con la identificación de la patología y que las conductas desadaptativas deben diagnosticarse, en el contexto desde las potencialidades con las que el educando cuenta.

El diagnóstico desde el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo, en el EPD con IMOC y NF-1 no lo considera desde su patología aisladamente, sino que enfatiza la interrelación de su potencialidad (lenguaje comunicativo) con su defectología (IMOC y NF-1), reconociendo la diversidad característica de la personalidad, logrando desde la adquisición neuropsicológica del lenguaje un avance en la rehabilitación del desarrollo neurocinético.

Para que esta intervención desde la RP a la rehabilitación RBC en contextos áulicos hospitalarios sea útil, debió discriminar entre los diagnósticos clínicos y la condición de vida con parámetros establecidos por los profesionales mancomunadamente de forma transdisciplinaria.

Fue a partir de la información que se decidió reconocer por medio de esta investigación y con un único caso para la fecha, que el inventario tendría tres fases, la primera referente a la condición de vida del EPD con IMOC y NF1, la segunda referente al proceso de intervención bajo el protocolo médico pedagógico, y la tercera relacionada con la evaluación sumativa de los acontecimientos generales desde la Pedagogía de la salud, apoyada en los tres Bloques según el DNI activación, asociación y automatización, teniendo en cuenta durante el proceso de aprendizaje la LME de palabra y la huella sensorial, durante el sistema de acciones pedagógicas aúlico hospitalarias.

Este sistema de acciones pedagógicas aúlico hospitalarias, demuestran la capacidad del EPD, que podríamos presentarla así:

Se aprende a hablar y comunicarse por necesidad más no por imitación.

Se aprende a habilitar la narrativa oral y escrita por necesidad y no por memorización.

Se aprenden a desarrollar la adquisición de movimientos por necesidad y no por repetición.

Las acciones pedagógicas aúlico hospitalarias durante la actividad lingüística tienen en cuenta la comprensión y la producción, desarrollando actividades cognitivas educativas básicas como la abstracción, análisis, síntesis, inferencia, inducción, deducción, comparación y asociación dentro, de las etapas para la adquisición del lenguaje con procedimiento gramatical

Emisión aislada de palabras y primeras combinaciones

Emisión de morfemas gramaticales (Morfema gramatical base, género y número),

Producción de oraciones simples

Incrustación de frases y cláusulas dentro de una oración

La unión o composición de oraciones

Estas acciones fueron efectuadas, durante las fases del protocolo médico pedagógico. La primera fase detecto dificultades y problemas, fusionando el diagnóstico clínico con la situación pedagógica del EPD, la segunda busco evaluar el proceso potencializador de la defectología desde la

intervención fisiopedagógica bajo un proceso mediacional y la tercera permite reconocer los resultados obtenidos en dicho proceso, desde un programa con permanente retroalimentación.

Durante las etapas del aprendizaje del lenguaje con procedimiento gramatical, se reconoció el desarrollo de los procesos mentales en interacción con los procesos de mielinización, MECEA y maduración cerebral, observadas en la Resonancia Magnética Funcional del EPD que lo llevó a la organización de pensamientos, acciones, construcción individual, posibilitó la inserción en el contexto social, intervino de manera crucial en la categorización de su imagen corporal, la efectividad de sus actividades funcionales, la movilidad y la capacidad para mantener la posición desde el engrama motor, respondiendo con las expectativas académicas y cotidianas, igualmente desarrollo destrezas para actuar de forma funcional, dentro de su medio ambiente de aprendizaje en la adquisición de conductas deseadas en aula y escenarios sociales.

Desde estas acciones observamos cómo el reconocimiento de patrones se transforma desde la percepción del lenguaje con procedimiento gramatical en energía física corporal posterior a la intervención de la mediación del PH, tratando de dar respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuál es esa experiencia psicopedagógica significativa que permite las transformaciones de la energía física?, muy seguramente en muchos eventos, tal vez no es obvia la modificabilidad del proceso de reconocimiento de patrones, teniendo en cuenta que todos respondemos de manera diferente al mismo patrón de energía física. Un ejemplo es que los patrones auditivos también generan respuestas de reconocimiento diverso en distintos educandos, lo que nos llevó a tratar de reconocer los patrones de memoria sensorial visual y auditiva, específica para la narrativa oral y escrita.

Estas acciones auditivas hospitalarias, demostraron la mediación del proceso entre los patrones de la experiencia psicopedagógica al construir las narrativas y, los patrones de la energía cinética capturando tanto la velocidad como la exactitud de los patrones. El estudio de reconocimiento de patrones implicó la relación de procesos significantes de la experiencia sensorial.

Durante la experiencia sensorial para lograr el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical desde la morfosintaxis, habla, lengua y lenguaje para lograr el aprendizaje motor, se reconoció en el EPD, que a través de la actividad mental cognitiva y metacognitiva, se consiguió en la medida que la condición de vida lo permitió la UMCC, estructurándose el área psicomotora en el movimiento voluntario, para la elaboración práctica en la producción del lenguaje oral y escrito, reconociendo en el proceso que

La primera unidad funcional, regula el tono cortical y la función de vigilancia

La Segunda unidad fundamental, obtuvo, capturo, proceso y almaceno la información del mundo exterior

La Tercera unidad, programo, regula y verifico la actividad mental.

Estas tres unidades estructuraron la adquisición del conocimiento desde el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo así:

En la primera unidad se considero indispensable la atención selectiva apoyada del proceso de alerta y vigilancia, para recibir e integrar, intra y extracorporalmente, requiriendo de la energía cortical para procesar la información.

En la segunda unidad funcional, se recibió la información del exterior, analizando, haciendo un barrido de selección para lograr almacenarla, en donde las regiones posteriores y laterales del neocórtex se encargaron de la producción e integración de la información, por intermedio de los procesos de traducción y transición.

En la tercera unidad funcional se logro la programación, regulación y verificación de la actividad, estando implicados todas las áreas y centros de trabajo, logrando la síntesis cognitiva de procesos sensoriomotores elementales.

A través de las diversas manifestaciones durante la adquisición del lenguaje con procedimiento gramatical, este se constituye en un elemento esencial del conocimiento integral desde UMCC del EPD, en tanto representa una puerta de entrada al proceso de desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socioafectivo. Un input lingüístico en donde el EPD con IMOC y NF-1

evoluciona desde una comunicación intencionada, consciente y no refleja, haciendo énfasis en las cuatro áreas evolutivas física, cognitiva, socioemocional y comunicativa. El desarrollo físico y el control motor presentan tres tendencias en las cuales evoluciono sustancialmente

La cefalocaudal (relación entre cabeza y base de columna)

La próximo-distal (Simetría hacia las extremidades)

La motricidad gruesa y fina

Para el EPD con IMOC y NF-1 fue necesario impulsar el crecimiento físico y el control motor de estructuras neuromusculares, que se consiguió desde la enseñanza de los proceso morfosintáctico, habla, lengua y lenguaje, usando los receptores sensoriales de las terminaciones nerviosas ubicadas en los órganos como la lengua, la piel, la nariz, los ojos y el oído, en el que se centro el protocolo fisiopedagógico de la PS con el apoyo de la batería DNI. Así se capacitó al EPD para captar estímulos internos o externos generando impulso nervioso enviando las señales a la espina dorsal y al tronco cerebral produciendo una respuesta refleja de control postural, para una evolución cefalocaudal.

El proceso próximo-distal que referencia la simetría hacia las extremidades, se reconoce desde el desarrollo sensoriomotor del lenguaje provocado por el esquema entre el juego paralelo del significante (señal) y el significado (respuesta). Durante este proceso, los momentos en los que se interviene al EPD con IMOC y NF-1 desde el protocolo fisiopedagógico, para la consecución del aprendizaje morfosintáctico, evidencia bajo el estímulo de enseñanza, aprendizaje y desarrollo la iniciativa a plasmar en un proceso escritural lo aprendido, desde la organización interna de las palabras y el orden de las mismas. Aunque la escritura no es funcional aún, se reconoce con nivel de apoyo desde la comunicación aumentativa y alternativa y, haciendo uso de la tecnología de la información, la estructura de las oraciones y las relaciones entre las palabras. Es evidente en este proceso, el primer nivel de desarrollo viso-manual y estímulo de la motricidad fina por voluntad propia.

Las características compartidas desde las acciones de la motricidad gruesa, también tienen su contribución desde la adquisición de la comunicación simbólica, como un proceso aprendido que se produce con ciertos esquemas reflejos. La necesidad de comunicarse con la comunidad a la que pertenece ha llevado al EPD con IMOC y NF-1 a realizar acciones motrices de forma consciente, como la posición bípeda y el patrón de marcha, los dos efectivamente lograron ser alcanzados, pero con un mediano nivel de funcionalidad. Estas características contribuyen al aprendizaje que se refleja luego en conductas físicas imitativas más avanzadas, permitiendo el desarrollo del engrama motor.

El desarrollo perceptivo fundamental del aprendizaje motor, dio a denotar en EPD cambios en el comportamiento y conducta, debido a los procesos durante la adquisición del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical.

Se evidencia en el EPD con IMOC y NF-1 el uso y la representación de los símbolos, con la capacidad de distinguir entre imágenes y sonidos de su entorno, lo que lo lleva a intentar nivelar su edad cronológica, su edad mental y la capacidad de agudeza visual y auditiva.

La apertura de caminos establecidos para la interlocución desde el aprendizaje morfosintáctico, habla, lingua y lenguaje para la formación educativa, hace necesario reconocer que la potencialización de esta capacidad marcó el curso evolutivo del desarrollo físico y por ende cognitivo, metacognitivo y socioafectivo del EPD con IMOC y NF-1 en contextos aúlico hospitalarios.

Se toma la decisión también de incorporar desde la PS junto a los indicadores del aprendizaje morfosintáctico, habla, lingua, lenguaje y aprendizaje motor, otros indicadores del comportamiento del EPD con IMOC y NF-1, se hace por la necesidad de mantener el número de ítems que conduzca a no eliminar aquellos indicadores que evaluarán otras destrezas positivas que permitan la Educación Inclusiva para la Inclusión Educativa y Social, como la

competencia de la inteligencia emocional. Siendo necesario precisar para este DPS aúlico hospitalario, un propósito de detención de patología y riesgo.

Desde el enfoque adecuado del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical, se logró en parte soportar el proceso de evolución psicomotriz y paralelo fortaleció los aspectos psicológicos del sujeto de investigación, aportándole recursos para incluirse en su entorno, y hoy siendo funcional desde el área física para lograr su proyecto con calidad de vida sin límite de tiempo. Logro tener una educación inclusiva para llegar a la inclusión educativa y social, desde donde se le respeta su diversidad.

La calidad de vida para el EPD con IMOC y NF-1 y su familia, es evidente en la conjunción de cuatro factores de apoyo, de tal forma que si falla uno de ellos, se consiga mantener su estabilidad al menos desde los otros tres. Es simplemente el reflejo socio histórico y cultural del sujeto y su familia en el que como centro de su propio desarrollo se converge desde los factores: biológicos, (Bio) psicológicos (Psico), sociales (Sociales) y espirituales, para mantenerse vivos y no sobreviviendo dentro de la sociedad a la que pertenecen, que por su estructura los limitan a causa de la condición de vida del EPD, en situaciones en donde los espacios de privación pedagógica y cultural son cada vez más evidentes como un factor de exclusión, segregación, inequidad, desequilibrio y sub-desarrollo, generando barreras del aprendizaje y la participación a causa de la:

- Enfermedad (NF-1)
- Condición de vida
- Discapacidad (IMOC y Microcefalea)

Esta práctica necesaria es instaurada en ambientes hospitalarios desde la “Pedagogía de la salud” evidenciando el objetivo primordial de la educabilidad para el ser humano “La Felicidad”, desde la libertad que el conocimiento le otorga para el vivir, al reconocer que la intervención médica es valorada únicamente desde la corporeidad en búsqueda de la cura y no de la auto-cura.

El Enfoque práctico fue el Sistémico de la Pedagogía de la Salud con programas Psicopedagógico y procesos Neurocogitacionales sustentados desde la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva de la Enseñanza y el Aprendizaje (MECEA) con miras de superar la complejidad humana, bajo la manifestación intencional de ideas coherentes y consecuentes con el discurso y la acción. Implica la toma de conciencia del profesional dispuesto a construir aulas pedagógico-hospitalarias con metodologías médico pedagógicas, desde el Aprendizaje Significativo constructor del conocimiento (ASCC), desligándose de cualquier forma de dominación buscando la dignidad, derechos y libertad del EPD desde la Educación para la diversidad, no para la diferencia, con atención personalizada y no individualizada.

Esto logró la interacción transdisciplinaria entre la neurolingüística, la psicopedagogía y la psicomotricidad, como elementos fundamentales para el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo de EPD con IMOC y NF-1, que por la adversa y aguda condición de vida con la que nació, se le limitaba la vida a un número inferior de años a los que hoy posee y a la participación educativa y social.

Desde allí los momentos de enseñanza, aprendizaje y desarrollo se tornan poderosos, con oportunidades que permiten la identificación del ser humano en el contexto áulico hospitalario y lo que en realidad debe aprender desde su condición de vida para su vida, respetando sus momentos, sus crisis, su estado, sin descuidar sus gustos y su necesidad al identificar su desarrollo cognitivo, metacognitivo y socioafectivo, creando oportunidades más ricas de construcción de conocimientos, mediados y compartidos sin autoridad docente, ofreciendo nuevas formas de existir, ser y pensar en el mundo del EPD.

Lo anterior implicó trabajar estableciendo el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo cognitivo, metacognitivo y socioafectivo, mediando desde el aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical para el aprendizaje psicomotor, se logró con el EPD con IMOC y NF-1:

La interretroacción.

El pensamiento.

El proceso neurocogitante.

La consciencia.

El proceso computante.

La Inteligencia.

Se llegó a la Inclusión Educativa desde la Educación Inclusiva con proyectos de calidad de vida, respondiendo a las necesidades del EPD y su familia en cada uno de sus pensamientos:

Empíricos-tecnológicos-rationales y

Simbólicos-mitológicos-espirituales,

El diseño de ejecución y dirección del proceso pedagógico Mediacional de enseñanza, aprendizaje y desarrollo es logrado desde el Aprendizaje significativo constructor del conocimiento (ASCC), bajo las acciones educativas de:

Anticipar.

Construir.

Reconstruir alternativas.

Retroalimentar los ciclos de experiencia.

Preparando al educando, al Pedagogo Hospitalario y a la familia para:

Aprender a aprender.

Aprender a ser.

Aprender a hacer.

Aprender a vivir juntos.

Aprender a ser felices.

Aprender a Reaprender.

La investigación aporoto a las Instituciones educativas y hospitalarias interesadas en este estudio, un reto que ellas acompañaron, al considerarlo como opción de fomento de reflexión docente en bienestar para los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en procesos de morbilidad y/o mortalidad desde la discapacidad y enfermedades raras/huerfanas y por lo tanto, como un medio de búsqueda de nuevas alternativas de mejoramiento de sus condiciones de vida desde la Pedagogía de la Salud.

Estas instituciones apoyando la práctica investigativa aportaron los recursos necesarios para definir esta disciplina y sus acciones asi:

Definición de Pedagogía de la Salud:

Es "una teoría medicopedagógica científica y tecnológica, cuyo manual de funciones está encaminado a la intervención de acciones desde el aprendizaje, enseñanza y desarrollo, para Educandos Hospitalarios (EH), Educandos Domiciliarios (ED), Educandos Regulares (ER) y Educandos habitantes temporales de espacios hospitalarios (enfermedades raras/huerfanos); direccionada a la construcción del conocimiento, desde los aspectos bio-psico-sociales y espirituales, Identificándolos a partir de las necesidades Lógicas (Empírico/técnico/Raciona) y Anímicas (Simbólico/Mitológico/espirituales) necesarios para pensar en su existencia. Modifica la estructura de enseñanza y aprendizaje para vivir y convivir desde, por y para la diversidad, en un contexto determinado por la ley de la naturaleza como condición de vida en función de la humanidad y a favor de la sociedad" (Flórez Lina, 2011).

12. Referencias Bibliográficas

- Ardila, A. (1983). *Psicobiología del lenguaje*. México: Editorial Trillas.
- Barquín, M. (1982). *Dirección de Hospitales*. México: Interamericana.
- Bruininks, R & Bruininks, B. (2005). *BOTMP 2. Bruininks - Oseretsky Test of Motor Proficiency. Manual*. 2nd Edition. Pearson.
- Bonduel A. y otros (1972). *Manual de Medicina Infantil*. Buenos Aires. Edit. Ateneo.
- Calvo M. (2008). *Cerebro y Educación*. España. Edit. Almuzara.
- Candamill, M. (2004). *Los proyectos sociales. Una herramienta de la Gerencia Social*. Manizales. Universidad de Caldas.
- Cegarra, J. (2004). *Metodología de la Investigación Científica y Tecnológica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Chumaceiro, I (2005). *Estudio lingüístico del texto literario: análisis de cuatro relatos venezolanos*.
- Echeita G. (2006). *Educación para la Inclusión o Educación sin exclusiones*. Madrid: Edit. Narcea.
- Flower. (1984). *Delivery of speech language pathology and audiology*. Service William's and Silkins. USA.
- Fonseca, V. (1998). *Manual de Observación Psicomotriz*. España. Edit. INDE.
- Gallego T. (2007). *Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia*. Edit. Panamericana. Bogotá.
- Guerra, J. (2004). *Manual de fisioterapia*. México: Editorial Manual Moderno.
- Hernández, R; Fernández, C & Baptista, P. (1996). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill.
- Hidalgo, C. (1986). *Teoría y práctica de la propaganda contemporánea*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Hoover J. (2001). *El cuerpo a la luz de la fenomenología*. Edit. Univ. Autonoma de Manizales. Manizales.
- León, J. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC.
- López, M. (2009). *Insuficiencia Motora de Origen Cerebral. Colombia*. Tomado http://www.efisioterapia.net/descargas/pdfs/INSUFICIENCIA_MOTORA_DE_ORIGEN_CEREBRAL.pdf el 12 - 06 – 2011.
- Llinas R. (2003). *El Cerebro y el Mito del Yo*. Bogotá, Edit. Norma.

- Macarulla, Margarida S. (2009). Buenas prácticas de la escuela inclusiva, “la inclusión del alumnado con discapacidad un reto una necesidad “ Edit. Grao, Barcelona España.
- Macías, L & Fagoaga, J. (2002). *Fisioterapia en Pediatría*. Madrid: McGraw Hill.
- Manga, D. (1991). Neuropsicología de la edad escolar. España. Edot. Aprendizaje Visor.
- Manning L. (1992), Neuropsicología del lenguaje: visión clásica. España: Edit. Cartone.
- Malaret J. (2006), Negociando con uno mismo. Madrid. Ediciones Diaz de Santos.
- Maracaulla I. y otros (2009). Buenas prácticas de la escuela inclusiva. España, Edit. Grao.
- Miangolarra, J. (2001). *Rehabilitación Clínica Integral: Funcionamiento y Discapacidad*. Barcelona: Masson S.A.
- Montero, C. (2005). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad*. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Ortuno, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Editorial Médica Panamericana.
- O’sullivan, S. (2001). *Physical Rehabilitation: assessment and Treatment*. 4th Edition. Philadelphia: Davis Company.
- Owens, R. (2003). *Desarrollo del Lenguaje*. 5ta Edición. España: Prentice Hall.
- Pérez, M. (1998). *Psicobiología II*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Prieto, M. (2007). *La modificabilidad estructural cognitiva y el programa de enriquecimiento instrumental de R. Feuerstein*. Madrid: Editorial Bruño.
- Purves D. y otros (2008). Neurociencia. Bogotá, Edit. Médica Panamericana S.A.
- Puyuelo M. y otros (2005). Logopedagogía “Evaluación del lenguaje” Edit. Masson. España.
- Real Academia Española. (1984). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid.
- Revista innovación y ciencia Vol. 8 (1999) “Genoma Humano, actualidad y paso reciente”.
- Ridley M. (2001) “Genoma” Edit. Santillana Editores, Madrid España.

- Sánchez, M. (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson.
- Stassen, K & Thompson, R. (1997). *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia*. 4ta edición. Madrid: editorial Médica Panamericana.
- Vanegas, J. (2001). *El cuerpo a la luz de la fenomenología*. Colombia, Edit. Artes Graficas Tizan Ltda.

13. ANEXOS

Siglas y abreviaturas de la investigación

SIGLAS	DEFINICIÓN
A.S.C.C.	Aprendizaje Significativo Constructor del Conocimiento
C.A.A.	Comunicación Aumentativa y Alternativa
D.N.I.	Diagnóstico Neuropsicológico Infantil
D.P.S.	Diagnóstico Pedagógico Situacional
E.H.	Educandos Hospitalarios
E.P.	Educandos Pediátricos
E.P.D.	Educandos Pediátricos Domiciliarios
E.P.M.	Estrategias Pedagógicas Mediacionales
I.M.O.C.	Insuficiencia Motora de Origen Cerebral
L.M.E.	Longitud Media de Emisión de palabra
M.E.C.E.A.	Modificabilidad Estructural Cognitiva de la Enseñanza y el Aprendizaje
N.E.E.	Necesidades Educativas Especiales
N.F-1	Neurofibromatosis Tipo 1
P.C.	Parálisis Cerebral
P.E.I.	Proyecto Educativo Institucional
P.S.	Pedagogía de la Salud
R.B.C.	Rehabilitación Basada en la Comunidad
R.P.	Rehabilitación Profesional
S.N.C.	Sistema Nervioso Central
S.N.P.	Sistema Nervioso Periférico
U.M.C.C.	Unidad Mente Cuerpo y Cerebro

ANEXOS DPS FACE IMPUT

Parámetros de evaluación referidos:

Los siguientes son las siglas con las que evalúa dentro del proceso diagnóstico y de intervención del DPS:

Sin dificultad (S.D.): Cuando no existe restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen, que se considera regular para un ser humano. Continuar con el programa educativo y social que se viene siguiendo.

Con dificultad (C.D.): el comportamiento y desempeño del individuo en la actividad no cumplen con los parámetros regulares de ejecución establecidos, pero cumple con la actividad sin apoyo. Requiere de estrategias para mejorar o promover sus habilidades.

A nivel de apoyo (N. Ap.): el comportamiento y el desempeño del individuo requiere apoyo para cumplir con los parámetros establecidos. Requiere de intervención por parte de los profesionales de la salud.

A nivel de ayuda (N. Ay.): el individuo requiere de apoyo y retroalimentación durante la actividad. Requiere de un abordaje terapéutico interno y externo.

A nivel de Asistencia (N. As.): es necesaria la ayuda permanente para la ejecución de la actividad en el inicio desarrollo y finalización. Requiere de un abordaje de habilitación y/o rehabilitación interna y externa e integral, con proyección de inclusión social.

Funciones cognitivas

No hay Dificultad (ND): Ninguno, ausente, insignificante

Ligera Dificultad (LD): poco, escaso

Moderada Dificultad (MD): medio, regular

Grave Dificultad (GD): mucho, extremo

Dificultad Total (TD): Total

Calificación de apoyo otorgado al educando

Nada Efectivo (NE):

Poco Efectivo (PE):

Regular (R):

Bueno (B):

Muy Efectivo (ME)

DPS en EPH

Diagnóstico pedagógico situacional de enseñanza y aprendizaje

DATOS BASICOS PARA LA INTERVENCION MEDIACIONAL DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO CONSTRUCTOR DEL CONOCIMIENTO			
EDUCANDO	NOMBRE	DIAGNOSTICO CLINICO	EDAD
EDUCANDO PEDIATRICO HOSPITALARIOS			
EDUCANDO PEDIATRICO DOMICILIARIO	LORIAM MARDELLY LIGARRETO	PC, NF1, MICROCEFALIA, RM	5
EDUCANDO PEDIATRICO REGULAR			

Información general del educando pediátrico hospitalario

Nombre EPH - edad	LORIAM MARDELLY LIGARRERO	5 años
Diagnosticada Principal – fecha -	PC, NF1, MICROCEFALIA, RM	
Características Clínicas – fecha -	Desde el punto de vista genético se considera que las alteraciones del desarrollo psicomotor tiene una causa mixta tanto por las complicaciones pre, peri y posnatal con el dx de neurofibromatosis	
Lugar - Fecha de nacimiento	Bogotá, 31 enero del 2000	
Características a tener en cuenta Cognitivas	Atención, Compresión, elaboración y memorización presentes, pero no acordes para la edad	
Características a tener en cuenta Metacognitivas	Conocimiento del conocimiento, Control de los procesos cognitivos (planificación, autorregulación, evaluación, reorganización y anticipación) No presentes	
Características a tener en cuenta Socioafectiva	Presente desarrollo de la motivación intrínseca y social	
Nombre de la Madre - edad	Lina Esmeralda Flórez Perdomo	37
Nombre del padre - edad	Luis Mauricio Ligarreto Moreno	43
Nombre de hermanos – edad -	Lorgie Magdiel Ligarreto Flórez Loried Ligarreto Ligarreto Flórez	13 10
Nombre de cuidadores – edad –	Lina Esmeralda Flórez Perdomo	37
Nombre del colegio – fecha -	Colegio Mi Patria	
Nombre de docentes – edad -	Rocío Castro	

INFORMACION DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DEL EPH DIAGNÓSTICOS EXISTENTES

Profesional	Diagnóstico Especialista	Fecha
Educador Ecoconductual		
• Área cognitiva	Desarrollo de las funciones de los sentidos, intelectuales y funciones afectivas	30-03-2005
• Área Metacognitiva	Recurre a sus necesidades físicas para aplicar los objetivos de instrucción a su aprendizaje	30-03-2005
• Área socioafectiva	Amplia sus ideas infundiéndoles necesidades y relacionándolas con las personas.	30-03-2005
Evaluador de ambientes		
• Patrones de crianza familiares	Se encuentran movimiento, actividad y trabajo dentro del contexto familiar Se reconoce un autoproceso e individualidad en la medida de los recursos del educando, con la intención de que alcance el dominio sobre si	30-03-2005

<ul style="list-style-type: none"> Patrones de formación educativa 	<p>mismo y sobre el ambiente</p> <p>Pasan por un periodo sensible de mucha exigencia a causa del desconocimiento del desarrollo del educando.</p> <p>Se intenta establecer una educación intelectual</p> <p>Se intenta establecer ejercicios de la vida práctica, destinados a la educación de los sentidos y al desarrollo de la inteligencia, porque su edad mental no esta acorde con su edad física</p> <p>Es complejo establecer el método de autoeducación basado en el conocimiento y respeto de las necesidades psíquicas por no tener un proceso práctico de comunicación.</p> <p>Se intenta establecer una comunicación aumentativa y alternativa con apoyo de la tecnología de la información</p>	
Pediatra Especialista	Amparo Jiménez López	06-01-2005
Diagnósticos Pediátricos	Remisión Neuropediatría	
Psicólogo educativo	NP	
Diagnósticos del Psicólogo educativo	NP	
Psicólogo Clínico	NP	
Diagnósticos del Psicólogo clínico	NP	
Neuropediatría Especialista	Manuel Benítez del Hierro	19-11-2004
Diagnósticos Neuropediatría	Retardo Motor. Microcefalia. Neurofibromatosis	19-11-2004
Terapeuta Especialista	Magna Baquero	13-12-2005
Diagnóstico Terapéutico	Parálisis cerebral hipotónica Vs. Miopatía en estudio y Neurofibromatosis	13-12-2005
Especialistas Alternativos	Camilo Andrés Turriado	13-12-2005
Diagnósticos alternativos		
Otros Diagnósticos	Pie plano, inestabilidad bilateral, Hiperlaxitud articular generalizada, con hipotonía generalizada que ocasiona inestabilidad articulares a nivel corporal. Insuficiencia del glúteo medio derecho	13-12-2005

IDENTIFICACIÓN EPH

Problema	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
Sensoriales o Motores					x
Intelectuales				x	
Lenguaje				x	
Atención, Hiperactividad, Impulsividad	x				
Áreas específicas de aprendizaje				x	
De conductas			x		
Afectivas			x		
Otras especifique: Desmotivación		x			

CONDUCTAS Y CARACTERÍSTICAS QUE REFLEJAN EL PROBLEMA Y/O LA DIFICULTAD:

Progreso del educando	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
Desmotivación escolar	x				
Desmotivación social		x			

NIVEL DE DESARROLLO COGNITIVO

Funciones Cognitivas desde la Observación Sistemática de acciones Pedagógicas en Salud

Fase de Input: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
--------------------------	----	----	----	----	----

Percepción					x
Exploración sistemática de una situación de aprendizaje				x	
Habilidades lingüísticas a nivel entrada				x	
Orientación espacial					x
Orientación Temporal					x
Conservación, constancia y permanencia del objeto					x
Organización de la información				x	
Precisión y exactitud en recogida de información					x

Fase de elaboración: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Percepción y definición de un problema					x
Selección de información relevante				x	
Interiorización y representación mental				x	
Amplitud y flexibilidad mental				x	
Planificación de la conducta					x
Organización y estructura perceptiva					x
Conducta comparativa					x
Pensamiento hipotético					x
Evidencia lógica				x	
Clasificación cognitiva				x	

Fase de output: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Comunicación explícita					x
Proyección de relaciones virtuales					x
Reglas verbales para comunicar la respuesta					x
Elaboración y desinhibición en la comunicación				x	
Respuestas por ensayo - error				x	
Precisión y exactitud en la respuesta				x	
Transporte visual				x	
Control de la respuesta				x	

NIVEL DE DESARROLLO SOCIOAFECTIVO

Funciones Emocionales desde la Observación sistemática de la Pedagogía de la Salud

Autoconocimiento Emocional: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mejora en el reconocimiento y la designación de las propias emociones				x	
Mayor capacidad para entender las causas de los sentimientos				x	
Reconocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones				x	

Manejo de las Emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mayor tolerancia ante las frustraciones				x	
Menor cantidad de bromas, peleas e interrupciones en clase				x	
Mayor capacidad para expresar adecuadamente el enojo, sin pelea				x	

Menos suspensiones de sus actos				x	
Menos comportamientos agresivos y autodestructivos				x	
Más sentimientos positivos sobre ellos mismos, la escuela y la familia			x		
Mejor manejo del estrés				x	
Menor soledad y ansiedad social				x	

Aprovechamiento productivo de las emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Más responsabilidad				x	
Mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos				x	

Menor impulsividad				x	
Mayor control				x	
Mejores calificaciones en las pruebas de rendimiento escolar				x	

Empatía - Interpretación de las Emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mayor capacidad para comprender el punto de vista de otra persona				x	
Mejora de la empatía y la sensibilidad, para percibir los sentimientos, otros				x	
Mejora de la capacidad de escuchar				x	

Manejo de las relaciones personales	ND	LD	MD	GD	TD
Aumento de la habilidad para analizar y comprender las relaciones				x	
Mejorar la resolución de conflictos y de la negociación en los desacuerdos				x	
Mejora en la solución de problemas planteados en las relaciones				x	
Mayor habilidad y actitud positiva en la comunicación				x	
Más popularidad, sociabilidad: actitud amistosa e interesada con sus pares				x	
Mayor preocupación y consideración				x	
Mayor solicitud por parte de sus pares			x		
Más actitud pro-social y amistosa en el grupo			x		
Mayor cooperación, ayuda y actitud de compartir				x	
Actitud más democrática en el trato con los otros				x	

APOYOS QUE RECIBE EL EDUCANDO

Escuela	Si	No
Grupo especial		x
Grupo de proyecto a la integración		x
Grupo de proyecto a la inclusión	x	
Otro profesional		x
Con apoyo	x	

Especialistas externos	Si	No
Educador Especialista	x	
• Ed. Personaliza	x	
• Aten. Diversidad	x	
• Aprendizaje visibles	x	
• Aprendizajes Invisibles	x	
Psicólogo educativo		x
Psicólogo Clínico		x
Neuropediatra	x	
Fisioterapia	x	
Fonoaudiología		x
Ocupacional		x
Terapia asistida con animales	x	
Terapias alternativas	x	
Otras terapias	x	

MÉTODOS Y METODOLOGÍA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN

Educación inclusiva con calidad de vida a la Inclusión Educativa – Atención a la Diversidad:

Datos del Pedagogo Domiciliario (PD), Pedagogo Hospitalario (PH), Pedagogo Regular (PR)

Método	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Aprendizaje Sig. Constructor del Conocimiento. ASCC				x	
Constructivista					
Conductual					
Activa	x				
Aprendizaje Significativo	x				
Escuela nueva					
Individualizada					
Personalizada	x				
Integradora	x				
Inclusiva					
Segregadora					
Excluyente					
Otras especifique:					

Intervención	
Método	Metodología
El perfil pedagógico de la institución se fundamenta en la Pedagogía activa y en el aprendizaje significativo. La educación busca sea personalizada y de carácter integradora desde la educación. Sin embargo el programa aún no se encuentra institucionalizado	Desde las actividades que se le proporcionan al niño o se les motiva para que ellos mismo procuren realizarla. En cuanto al ejercicio físico se realiza al aire libre en contacto permanente con la tierra, el sol y el agua. Se realizan ejercicios prácticos o de la vida creando en la niñá hábitos utilitarios, destrezas domesticas y prácticas higiénicas. Se realizan ejercicios de lenguaje, trabajos manuales, de discriminación intelectual, canto, juego con el uso de la tecnología de la información y la comunicación

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA CON CALIDAD DE VIDA A LA INCLUSIÓN EDUCATIVA

Datos del PD y/o RegularPR

Trabajo del educador	Diagnóstico situacional
Mayores dificultades al enseñar	No se trabaja el programa de inclusión
Cómo trabaja en aula educativa	No se evidencian trabajos inclusivos pero si integradores
Con qué frecuencia	No hay frecuencia

Trabajo con familia	Diagnóstico situacional
Mayores dificultades en el apoyo	Hay apoyo escolar a pesar de no ser inclusiva
Cómo trabaja en el apoyo	Bien en integración
Con qué frecuencia	Todos los días escolares

Trabajo con otros especialistas	Diagnóstico situacional
Mayores dificultades en la terapia	Rechazo total a la terapia física y no hay apoyo escolar ni familiar. Programa segregador
Cómo trabaja en la terapia	Proceso multidisciplinarios
Con qué frecuencia	Dos días a la semana

CALIFICACIÓN DE APOYO OTORGADO AL EDUCANDO (PERCEPCIÓN DE ACUDIENTES)

AULA DE INTERVENCION EDUCATIVA	NOMBRE	NE	PE	R	B	ME
Grupo especial		x				
Grupo de apoyo a la integración	Colegio				x	
Grupo de apoyo a la inclusión		x				
Neuropediatra	Fundación Santafé		x			

Fisioterapia	Roosvelt		x			
Fonoaudiología		x				
Ocupacional		x				
Biofilia					x	
Terapia alternativa	Acupuntura				x	
Psicólogos		x				
Otros	Lúdica				x	

ESPECIALISTAS EXTERNOS	NOMBRE	NE	PE	R	B	ME
Educador Especialista						
Psicólogo educativo						
Psicólogo clínico						
Fisioterapia	Constanza Alarcón				x	
Fonoaudiólogo						
Ocupacional						
Biofilia	Harold Martínez (perros)				x	
Terapia alternativa	Jorge Contreras (acupuntura)				x	
Otros						

OTROS APOYOS (PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES)

Especialista	En qué
Gloria Sierra Uribe	A la madre quien se apoya por su propia cuenta de cursos en el manejo de duelo
Univ. Iberoamericana	La madre cursa Lic. En Educación Especial

MANEJO DE DIVERSOS TEMAS EN RELACIÓN AL EDUCANDO

Prevención con la familia: la familia presenta estado de duelo, pasando la etapa de la negación, ya no silencia el dolor, no presenta geografismos del dolor, permitiéndose el derecho al duelo. Se encuentra trazando una ruta para el trabajo y elaboración de los duelos tomando cursos en especial la madre, con la Dra. Gloria Sierra Uribe sobre la cartografía emocional para la sanación de las pérdidas. (Anexo se encuentra la cartografía realizada a la madre durante los cursos, para la fecha de ingreso del EPD al colegio). Es importante tener para el colegio esta información porque la madre en la actualidad cursa la Lic. En Educación Especial y como el colegio no realiza este proceso educativo se apoyará de ella para llevarlo a cabo.

Indispensable conocer el estado psicológico de los miembros de la familia para realizar un sano proceso de Educación Inclusiva para la Inclusión Educativa, llegando a un consenso ya que la labor del hogar y del colegio debe ser afines para que el EPD se beneficie de cualquier oportunidad educativa presente dentro y fuera de la institución

Prevención con materiales: la prevención se establece desde la moldeación del cuerpo-objeto-propio como acoplamiento a los parámetros que el entorno ofrece según los materiales que se acondicionan a su capacidad física, teniendo en cuenta reconocer el producto de la relación entre cuerpo existido y el cuerpo soñado, que el EPD reconoce para la fecha de ingreso a la primaria

Se trabaja con el cuerpo-objeto-mostrario, para hacer del cuerpo del EPD un instrumento desde las partes significativas del cuerpo, poco a poco se introducirán nuevos elementos que reconozca desde su condición y que no le afecten, pero que de una y otra forma le modifiquen el significado de su cuerpo

Promoción escolar: La promoción del preescolar a la primaria se lleva a cabo teniendo en cuenta los principios de:

- Enseñanza de carácter práctico e intuitivo
- Libertad: relación del EPD con el medio ambiente
- Amor, ambiente familiar, respeto, ayuda mutuo

La intención es llevar a cabo el programa desde la Educación Inclusiva para la Inclusión Educativa

EVALUACIÓN CUALITATIVA

El informe de valoración se muestra mediante los componentes dados por la CIF, integrando funciones corporales, actividades, participación y factores ambientales, encontrándose en el momento de la evaluación que:

Nivel mental

Se observa la Consciencia del EPD teniendo en cuenta la orientación, funciones intelectivas, psicosociales globales, memoria, pensamiento, cálculo, experiencias de uno mismo o funciones del tiempo. Se usaron bajo los parámetros establecidos por la batería de Luria llegando a la conclusión que los niveles de comprensión están muy por debajo del promedio de sus compañeros de clase tanto en entornos educativos formales como informales. Se le realizaron preguntas con la intención de evaluar la capacidad para comprender instrucciones verbales, costumbres, normas sociales específicas, la identificación de semejanzas, estímulos verbales, se verificó la capacidad para resolver problemas, la capacidad para hablar y definir palabras, el recuerdo inmediato de dígitos de la memoria oral, la capacidad para repetir palabras y frases, la capacidad de manejar figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, la manipulación de objetos con el fin de reconocer el proceso viso-manual, el ensamble de objetos, la búsqueda de símbolos, el manejo de labretos y la manipulación y reconocimiento de objetos geométricos. Se reconoce un déficit de actitud para el aprendizaje.

Temperamento y personalidad requiere de mucho apoyo para reaccionar con autoconfianza ante retos cotidianos.

Energía e impulso no tiene capacidad de controlar sus impulsos al momento de satisfacer necesidades y caprichos

Atención, la capacidad de centrarse en un estímulo interno o externo por un tiempo establecido está determinada por el mal funcionamiento de las habilidades perceptomotoras

Psicomotoras, requiere para el cumplimiento de sus funciones motoras, apoyo permanente y aún así no se consigue por el alto compromiso motor a causa de una de sus condiciones de vida

Emocionales, no es consciente del manejo de sus emociones y sentimientos,

Cognitivas Superiores necesita apoyo para desarrollar destrezas en la toma de decisiones y la resolución de problemas, difícilmente toma una decisión coherente y rápida

Centrar la atención difícilmente se centra intencionalmente en un estímulo específico, aunque en ocasiones se denota que la atención es de carácter auditivo

Motivación, intenta interactuar e iniciando contacto y la actividad por espacios cortos lográndolo

Difícilmente expresa verbalmente sus limitaciones y fortalezas,

No se interesa por cumplir metas a corto plazo,

No establece límites entre sí mismo y los otros,

En algunas ocasiones expresa y muestra preocupación por el bienestar de las personas de su contexto,

No muestra facilidad para reconocer señales y seleccionar materiales y herramientas por tamaño, forma y color así,

No logra coordinación, precisión, agilidad en el manejo de materiales y manipulación de herramientas en la actividad,

En algunas oportunidades identifica conflictos en la realización de las actividades, en el momento de expresarlos o señalarlos,

Difícilmente sigue instrucciones verbales y demostrativas que lo lleven a la ejecución de la actividad solicitada

No puede hacer secuencia en la ejecución de la actividad,

No realiza formación de conceptos de lo trabajado,

Difícilmente reacciona dando respuesta a la actividad,

Con dificultad aprende los nuevos patrones para el manejo de la actividad,

Requiere de un total nivel de asistencia y ayuda, para ajustarse en las demandas físicas, mentales y emocionales exigidas:

En general sus dispositivos cognitivos de atención, comprensión, elaboración y memorización están comprometidos, aunque demuestra en ocasiones rasgos que determinan la presencia de los mismos.

Su habilidad Metacognitiva desde el conocimiento del conocimiento y el control de procesos cognitivos en planificación, autorregulación, evaluación, reorganización y anticipación están seriamente comprometidos para su edad.

El factor socioafectivo es complejo de evaluar por cuanto no hay una coherente comunicación aunque evidencia estados de alegría cuando se encuentra en comunidad.

Nivel Sensorial

Desde la educación del sistema nervioso y de los aparatos sensoriales se evidencian claramente las funciones que reportan el principio de actividad, energía y de voluntad que se encuentra en la base de los procesos pedagógicos. En el EPD el nivel sensorial visual está claramente afectado se registra distorsión de la forma, perseveración, integración y rotación, debido a su condición neurológica su mirada permanece en ocasiones fija, superior hacia el lado de la mano derecha, evidencia el daño del hemisferio izquierdo reportado por neurodesarrollo.

Auditivas, aunque se reporta por parte de fonología la falta de seguimiento de los sonidos, no es reconocido este fenómeno dentro del proceso educativo. Se reconoce una adecuada integridad funcional bilateral de las vías auditivas.

En el sistema vestibular, Los problemas de movimiento son muy evidentes acompañados del sentido de propiocepción desde el reconocimiento y conciencia de su propio cuerpo, presentado problemas agudos de movimientos finos y gruesos, planeación pobre del movimiento corporal y muy baja coordinación de viso-manual.

En el sistema Olfativo, gustativo no presenta compromiso evidente que afecten el proceso educativo

Las zonas táctiles y sensitivas están comprometidas, no le permiten al organismo percibir las cualidades de los objetos y desde la temperatura, presión, dureza, aspereza y suavidad lo que imposibilita el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo

En general EPD presenta impedimento físico y sensorial, a causa de su problema de salud, dificultando su capacidad de aprender.

Nivel Comunicativo

Se analiza bajo los conceptos de la voz, habla, articulación, fluidez, vocalización, producción de sonidos, comunicación, recepción, producción de mensajes, conversación, concluyendo que el EPD presenta retraso en relación al lenguaje esperado para su edad, sin embargo se evidencia rasgos intelectuales general de comunicación expresiva.

Se conoce desde:

Dificultad del lenguaje expresivo: el EPD presenta una gama reducida de vocabularios, dificultad para adquirir palabras nuevas, uso inapropiado del vocabulario, no estructura frases coherentes, construcciones gramaticales equivocadas, omisiones de palabras, desorden en la construcción de frases. Sin embargo entiende lo que se le dice.

Dificultad del Lenguaje receptivo: dificultad para comprender, vocabulario básico (palabras y/o frases), dificultad para discriminar sonidos o secuencias. Casi nunca aparece como dificultad aislada sino acompaña a las dificultades del lenguaje expresivo

Dificultades Fonológicas o de la articulación: Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables para su edad omitiendo, sustituyendo sonidos de las letras o sílabas.

No posee ningún dispositivo de comunicación, sin embargo se evidencia técnicas de comunicación aumentativa y alternativa instauradas por parte de la familia

Nivel de Movilidad

El EPD presenta un bloqueo tónico, en posiciones del cuerpo, ajustes posturales, fuerza, resistencia física, que afectan los patrones de movimiento funcionales, la motricidad gruesa, la motricidad fina, impidiéndole llevar, recibir, mover, usar objetos, andar y desplazarse.

Presenta inestabilidad, oscilaciones variadas, reequilibrios abruptos, compensaciones exageradas, agitación, hipertensiones, temblores, descontrol corporal, sonrisas inadecuadas, gesticulaciones múltiples, movimientos involuntarios de la cabeza, movimientos irregulares de la mandíbula, labios y lengua, problemas de deglución, movimientos explosivos de los brazos, desalineamiento del tronco y la cabeza, movimiento lentos e irregulares de los dedos, cuerpo pronado en especial en extremidades, desplazamiento del centro de gravedad de derecha a izquierda de izquierda a derecha, de abajo a arriba abajo, desequilibrio unidireccional y multidireccional mal compensado, tono fluctuante por rigidez excesiva en ocasiones de los miembros externos como los brazos y las piernas, movimientos asincronizados de de las manos y los dedos, movimiento constante de los párpados con agitación del globo ocular y en general sin equilibrio estático y dinámico. Dificulta esto mucho el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo.

Interacciones y Relaciones interpersonales

El EPD presenta un estado afectivo que preocupa, por la intensidad, la frecuencia y la cantidad de problemas presentados a nivel de morbilidad.

Se reconocen al presentar problemas de ansiedad que se manifiestan en angustia excesiva relacionada con la separación de sus seres queridos, por enfrentar personas o situaciones desconocidas sin una razón específica. En general los problemas de ansiedad se reconocen por quejas de síntomas físicos, tensión excesiva, preocupación o temores desproporcionados, sensación de posible ocurrencia de situaciones catastróficas para el y problemas de concentración inhabituales.

Se denotan problemas depresivos que se reconoce porque el EPD presenta una alteración sostenida en el tiempo o frecuentes episodios de ánimo irritabilidad y una pérdida de interés en casi todas las actividades en tiempos determinados.

Normalmente presentan otros problemas anexos como pérdida de apetito, falta de energía, mucho sueño, baja autoestima, dificultades para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, pérdida de interés, seguimiento recurrente de incapacidad, retraimiento social, llanto frecuente, poca regulación de las emociones y sentimientos, necesita mucho apoyo para desarrollar destrezas en la toma de decisiones y la resolución de problemas, se centra intencionalmente en un estímulo específicos para salir de la realidad, se debe soportar para lograr que se motive e interactúe iniciando contacto y la actividad, se denota su enojo al no poder expresar verbalmente sus limitaciones y fortalezas, en ocasiones se niega a cumplir metas a corto plazo, establece demasiados límites entre sí mismo y los otros, no expresa ni muestra preocupación por el bienestar de las personas de su contexto.

Apoyo y Relaciones

Desde los aspectos de familia, pertenece a una familia conformada por padre, madre y dos hermanas niñas aún, pero mayores que el EPD. La autoridad es ejercida por la madre, la que no presenta conductas de sobreprotección, lo que si ocurre con el padre.

El apoyo de actividades al EPD esta a cargo de la madre con la intención de fortalecerla en competencias sociales bajo los parámetros educativos, por ello busca el apoyo escolar para lograr un manejo de la conducta actual, apoyo físico, apoyo emocional, crianza, protección, asistencia pedagógica. Mejorar las relaciones interpersonales, actividades en su hogar, entorno del colegio, manejo del Juego, espacios Lúdicos y otros aspectos de su diario vivir,

Actitudes

Las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias posibles, creencias religiosas que rodean el entorno del EPD son evidentes desde la referencia verbal del sistema familiar, la influencia de las mismas sobre su comportamiento individual, su escasa vida social en todos los niveles, la actitud de este con las personas externas relacionadas con el colegio, el cerco de estigmatización y discriminación de la sociedad al parecer reconocido por EPD, la capacidad de relacionarse con las actitudes de su entorno y los modelos de autoridad académica.

Tareas y Demandas

Requiere asistencia total en el cumplimiento de rutinas de organización, de materiales y herramientas, en el manejo de rutinas en el trabajo a realizar, en aumentar tolerancia a las actividades con relación al tiempo establecido, en reconocer y manejar rutinas propias, en llevar a cabo tareas simples y múltiples tareas, en el manejo del estrés y otras demandas psicológicas.

Cuidado personal y Actividades

En relación a su vida doméstica requiere estimulación para continuar fortaleciendo patrones a este nivel.

Abordaje comprensivo de las áreas principales de la vida

Inicia la vida en sociedad desde la experiencia de la educación requiriendo apoyo para mantener su estudio en el colegio y la resistencia a acompañar la nivelación de competencias y la relevancia de intervenir en la equiparación de oportunidades en

dicho entorno,

CONCLUSIONES

Generales

<p>Teniendo en cuenta lo descrito y analizado la situación médico-pedagógica del EPD, se determina cuáles son sus potencialidades y defectologías desde el consenso transdisciplinario de educadores, pedagogos, neurólogos y fisioterapeuta. A pesar de que su diagnóstico pueda mostrar un retraso en el desarrollo físico muy comprometido y mental, se reconocen restos de desarrollo cognitivo y metacognitivos acordes a su edad, considerándose que puede lograr un lenguaje más expresivo y lingüístico potencializando las habilidades que lo componen estableciendo cierto tipo de tareas que se consideran del lenguaje oral y que caen de hecho, fuera del constructo educativo del lenguaje lingüístico</p> <p>Se recomienda empezar con las áreas básicas del lenguaje expresivo y en la medida que se pueda con el lenguaje oral con el habla desde el sonido de las vocales y consonantes forma sonora (fonética acústicas, modos articulatorios), para seguir con el lenguaje lingüístico desde la fonología (sonidos del lenguaje), morfología (afijos), Pragmática (habilidades sociales), semántica (uso de la palabra) y sintaxis (orden de las palabras).</p> <p>Para intentar lograrlo dentro de la institución educativa se recomienda la adaptación de entornos lingüísticos escolares y familiares desde una comunicación aumentativa y alternativa ya que su desarrollo corporal le impide una adquisición coherente del lenguaje. Así se pretende que para el EPD y su familia se cree un código de comunicación para transmitir las ideas dentro del modelo del procesamiento de la información bajo el esquema básico del lenguaje expresivo y en la medida que se pueda el lenguaje oral y los aspectos metacognitivos en el enfoque fonético de la enseñanza de la lectura, abordándolo desde un proceso metalingüístico en que cada letra representa un sonido y que esos sonidos en conjunto forman la palabra, apoyados desde un aprendizaje de lectura global.</p>

RECOMENDACIONES

Nivel de abordaje sin dependencia (ND)

Nivel de abordaje sin dependencia (ND)

Nivel de abordaje con apoyo ligero y moderado (LD-MD)

<p>Los siguientes aspectos corresponden a los procesos de defectología que el EPD presenta a la fecha y sobre los cuales se espera que su mínima fortaleza desde el área de desarrollo cognitivo y metacognitivo sustente el proceso para lograr llegar a nivelar y en algo construir desde allí su proyecto con calidad de vida</p> <p>MD (Moderada Dependencia): Más sentimientos positivos sobre ellos mismos, la escuela y la familia, mayor solicitud por parte de sus pares, más actitud pro-social y amistosa en el grupo. Como se observa la moderada dependencia no es una variable dependiente del EPD sino del proceso Rehabilitación Basada en la Comunidad.</p>

Nivel de abordaje con apoyo grave y dependiente (GD-TD)

<p>Los siguientes aspectos corresponden a los procesos de defectología que el EPD presenta a la fecha y sobre los cuales se espera que su mínima fortaleza desde el área de desarrollo cognitivo y metacognitivo sustente el proceso para lograr llegar a nivelar y en algo construir desde allí su proyecto con calidad de vida</p> <p>GD (Grave dependencia): Exploración sistemática de una situación de aprendizaje, habilidades lingüísticas a nivel entrada, organización de la información, selección de información relevante, interiorización y representación mental, amplitud y flexibilidad mental, evidencia lógica, clasificación cognitiva, elaboración y desinhibición en la comunicación, respuestas por ensayo – error, precisión y exactitud en la respuesta, transporte visual, control de la respuesta, mejora en el reconocimiento y la designación de las propias emociones, mayor capacidad para entender las causas de los sentimientos, reconocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones, mayor tolerancia ante las frustraciones, menor cantidad de bromas, peleas e interrupciones en clase, mayor capacidad para expresar adecuadamente el enojo, sin pelea, menos comportamientos agresivos y autodestructivos, menos suspensiones de sus actos, mejor manejo del estrés, menor soledad y ansiedad social, más responsabilidad, mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos, mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos, menor impulsividad, mayor control, mejores calificaciones en las pruebas de rendimiento escolar, mayor capacidad para comprender el punto de vista de otra persona, mejora de la empatía y la sensibilidad, para percibir los sentimientos, mejora de la capacidad de escuchar, aumento de la habilidad para analizar y comprender las relaciones, mejorar la resolución de conflictos y de la negociación en los desacuerdos, mejora en la solución de problemas planteados en las relaciones, mayor habilidad y actitud positiva en la comunicación, más popularidad, sociabilidad: actitud amistosa e interesada con sus pares, mayor preocupación y consideración, mayor cooperación, ayuda y actitud de compartir, actitud más democrática en el trato con los otros</p> <p>Con mucha dificultad y en una posición realista se considera que estos aspectos desde el área cognitiva y metacognitiva se logren recuperar. Sin embargo se considera aún que un proceso de Modificabilidad Estructural Cognitiva lo permita</p> <p>TD (Total dependencia): Percepción, orientación espacial, orientación Temporal, conservación, constancia y permanencia del objeto, precisión y exactitud en recogida de información, percepción y definición de un problema, planificación de la conducta, organización y estructura perceptiva, conducta comparativa, pensamiento hipotético, comunicación explícita, proyección de relaciones virtuales, reglas verbales para comunicar la respuesta</p>

Otras sugerencias (ND-LD-MD-GD-TD)

Otras sugerencias (ND-LD-MD-GD-TD)

PROFESIONAL RESPONSABLE DE DIAGNOSTICO PEDAGOGICO SITUACIONAL

PROFESION	NOMBRE
Lic. Ed. Especial	Lina Flórez
Pedagoga Hospitalaria de la salud	Lina Flórez
Pedagoga Especializada en proyectos de Educación Inclusiva	Rocio Castro
Psicopedagoga	Sonia Villegas
Psicóloga clínica	
Psicóloga Educativa	
Fisioterapeutas	Costanza Alarcón Magda Baquero Camilo Andrés Turriago
Fonoaudiologas	
Pedagogas-ocupacionales	
Neuropediatras	Manuel Benitez del Hierro Ivan Carlos Uribe Luis Alfonso Barragan
Pediatras	
Institución Educativa	Colegio Mi Patria
Instituciones Hospitalarias	Fundación SantaFé Instituto Roosevelt Liga contra la epilepsia Clínica Puente el Común Compensar

ANEXO

DIAGNÓSTICOS	
Especialidad	Número
Manuel Benitez del Hierro (Neuropediatra)	11007
Ivan Carlos Uribe (Ortopedia y traumatología)	20000131
Camilo Andrés Turriago (Fisiatra)	
Luis Alfonso Barragan (Neurofisiología)	85909
Amparo Jimenez (Pediatra)	29443647
Carlos Arturo Baquero (Ortopedista)	29443647

CARTOGRAFÍA Evaluación de los duelos (madre)

Coloca el número correspondiente a lo que sientes o piensas según la clasificación siguiente:

0: en absoluto

1: un poco

2: bastante

3: mucho

1	3	Todo el tiempo pienso en lo que pasó
2	2	A veces quisiera devolver el tiempo y que esto no hubiese pasado
3	2	Por las mañanas lo busco, la busco pensando en él, en ella
4	1	Me siento sin fuerza para reiniciar la vida
5	1	En las mañanas me es difícil no siento ninguna motivación
6	3	Si él o ella estuvieran tendría fuerzas y me gustaría el futuro
7	3	Tengo tanta tristeza, que siento que no me cabe en el pecho
8	3	Por momentos tengo mucho dolor, como heladas devastadoras
9	1	Lloro frecuentemente y con mucha facilidad
10	2	Me pregunta si me faltó por hacer algo y eso me atormenta
11	3	A veces creo que no le dediqué el tiempo suficiente. Me siento egoísta por haber pensado más en mis cosas
12	0	Cuando veo los médicos pienso que ellos no hicieron todo lo posible
13	2	Me siento confusa con la sensación de no saber que camino coger
14	1	Tengo miedo de tomar decisiones y de no saber si eso es lo él o ella hubiera querido
15	1	Tengo oleada de rabia contra otros
16	3	Tengo rabia conmigo misma, conmigo mismo
17	1	A veces tengo rabia con Dios por permitir que pasara
18	3	Por las tardes especialmente el domingo me siento sola/o
19	1	Tengo una sensación de vacío, especialmente en el estomago
20	1	Siento que no puedo reiniciar mi vida
21	0	No quiero comer y cuando lo hago me siento forzado a hacerlo
22	0	Quiero estar todo el tiempo acompañado/a, con personas que me permitan hablar de el o ella
23	1	Me siento confundido/a y aturdido/a
24	2	Estoy nervioso/a, inquieto/a no sé que hacer con el tiempo
25	2	Me dan ataques de angustia, como en oleadas
26	1	A veces siento como si no pudiera respirar
27	1	Tengo temblor, manos frías, sudorosas y oleadas de calor por el resto del cuerpo
28	2	Tengo ideas fijas que no puedo quitarme de la cabeza
29	1	Duermo muy mal, concilio el sueño, pero me despierto al amanecer
30	1	Siento que en cualquier momento puedo perder el control
31	0	Tengo pesadillas frecuentes, me despierto angustiado/a
32	1	He perdido peso pero eso no me preocupa
33	1	Quisiera retenerlo en todas partes y que me acompañe
34	1	Me siento más recuperado/a desde hace algunos días, estoy recobrando mi paz
35	3	Siento que el o ella se ha convertido en mi fuerza en mi aliado
36	3	En honor a el o ella voy a salir adelante
37	2	He reiniciado mi vida ahora siento que todo es distinto pero voy a sobrevivir
38	3	He reiniciado algunas actividades que pensé que no podía volver a hacer
39	1	Estoy compartiendo con otros experiencias diferentes a las de mi dolor
40	2	Comprendo más a la gente que esta sufriendo
41	2	Le estoy encontrando un significado a la muerte
42	2	Lo/la recuerdo con mucho amor y siempre voy a hacerlo, ahora no se me parte el corazón cada vez que veo la foto
43	2	He encontrado consuelo compartiendo con otras personas a quienes les ha sucedido algo parecido
44	2	Dios a sido mi refugio, gracias a el estoy saliendo adelante
45	2	Quisiera poder ayudar a otros a superar lo que yo he superado
46	1	Mi familia y mis amigos fueron muy importantes en el proceso para recuperarme
47	1	Para salir de mi dolor fue necesario buscar ayuda profesional
48	0	Ahora me siento preparado para asumir una nueva pérdida
49	2	Ahora tengo más conciencia de la muerte incluso de la mia
50	2	Le he encontrado nuevos significados a mi vida

Análisis del resultado

Primeras 33 preguntas,

Si al sumarlas el resultado esta entre 80 y 99 puntos, el proceso es muy doloroso

Si al sumarlas el resultado esta entre 45 y 80 puntos, va saliendo de la primera fase dolorosa.....Rta.....50 puntos

Si al sumarlas el resultado esta entre 20 y 45 puntos, las cosas van mejorando

Segundas, 34 a 50 preguntas

Si al sumarlas el resultado es de 48 puntos, se ha superado el duelo

Si al sumarlas el resultado esta entre 20 y 32 puntos, se esta por buen camino.....Rta.....31 puntos

Si al sumarlas el resultado es de 16 puntos o menos, apenas se inicia el proceso

Ficha de anotaciones sobre el modo inicial de intervención

- 0 - Grado normal
 1 - Algunas veces
 2 - Alto grado de anormalidad

Solución del problema	0	1	2
Es lento en las pruebas			X
Es rápido sobre todo en las lecturas			X
Se le nota impedimento sensorial motor			X
Estrategias originales ante los problemas			X
Respuestas raras suscitadas por las pruebas			X
Anomalías del habla	0	1	2
De pronunciación			X
De fluidez			X
De entonación			X
De ritmo			X
Otros defectos			X
Seguir instrucciones y colaboración	0	1	2
Colaboración desigual o difícil			X
Se aburre y no se interesa por las tareas			X
fácil distracción. Habla fuera de lugar			X
Necesitan que le animen constantemente			X
Respuesta de estrés	0	1	2
Ambiente externo desfavorable			X
Se fatiga en exceso y necesita descanso			X
Se muestra hablador durante las pruebas			X
Autosuficiente, Le parece demasiado fácil			X
Ansioso y desconfiado			X
Se desmoraliza por sentirse incapaz			X
Movilidad y excesivos cambios posturales			X
Movimientos extraños (tics)			X

Aclaración de las valoraciones 1 y 2, sobre todo estas últimas. Otras incidencias significativas (por salirse de lo normal):

El EPD es lento por presentar alteraciones físicas y neurológicas causadas por la discapacidad, teniendo en cuenta el diagnóstico de IMOC, NF1, Microcefalia y Retardo mental.

DIAGNÓSTICO DPS FASE OUPUT**DPS en EPH****Diagnóstico pedagógico situacional de enseñanza y aprendizaje**

DATOS BASICOS PARA LA INTERVENCION MEDIACIONAL DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO CONSTRUCTOR DEL CONOCIMIENTO			
EDUCANDO	NOMBRE	DIAGNOSTICO CLINICO	EDAD
EDUCANDO PEDIATRICO HOSPITALARIOS			
EDUCANDO PEDIATRICO DOMICILIARIO	LORIAM MARDELLY LIGARRETO	PC, NF1, MICROCEFALEA, RM	11
EDUCANDO PEDIATRICO REGULAR			

Información general del Educando Pediátrico Hospitalario

Nombre EPH - edad	LORIAM MARDELLY LIGARRERO	11 años
Diagnosticada Principal – fecha -	PC, NF1, MICROCEFALEA, RM	
Características Clínicas – fecha -	Desde el punto de vista genético se considera que las alteraciones del desarrollo psicomotor tiene una causa mixta tanto por las complicaciones pre, peri y posnatal con el dx de neurofibromatosis	
Lugar - Fecha de nacimiento	Bogotá, 31 enero del 2000	
Características a tener en cuenta Cognitivas	Atención, Compresión, elaboración y memorización presentes, pero no acordes para la edad	
Características a tener en cuenta Metacognitivas	Conocimiento del conocimiento, Control de los procesos cognitivos (planificación, autorregulación, evaluación, reorganización y anticipación) No presentes	
Características a tener en cuenta Socioafectiva	Presente desarrollo de la motivación intrínseca y social	
Nombre de la Madre - edad	Lina Esmeralda Flórez Perdomo	43
Nombre del padre - edad	Luis Mauricio Ligarreto Moreno	49
Nombre de hermanos – edad -	Lorgie Magdiel Ligarreto Flórez Loried Ligarreto Ligarreto Flórez	17 14
Nombre de cuidadores – edad –	Luis Mauricio Ligarreto	49
Nombre del colegio – fecha -	Colegio Mi Patria	
Nombre de docentes – edad -	Liliana Guzman	

INFORMACION DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DEL EPH**DIAGNÓSTICOS EXISTENTES:**

Profesional	Diagnostico Especialista	Fecha
Educador Ecoconductual		
<ul style="list-style-type: none"> Área cognitiva 	Se hace una revisión de los principales aspectos cognitivos de la niña posterior a las intervenciones propuestas para el desarrollo del lenguaje con procedimiento gramatical, formas de evaluación e intervención ofrecidos en este ámbito educativo. Se verifica en el estudio del pensamiento los procesos desde los estímulos, hasta el almacenamiento en la memoria para posterior ser utilizada, durante los tres procesos de intervención reconociendo en el EPD la evolución relacionada con el lenguaje. Se evidencia: Inteligencia en evolución, Lenguaje como tecnología primordial de su pensamiento Proceso de enseñanza, desarrollo y aprendizaje, Avance estable de rasgos del comportamiento y su conducta.	01-11-2011
<ul style="list-style-type: none"> Área Metacognitiva la autoeficacia 	Se reconoce con gran claridad el proceso cognición-metacognición en su relación con	01-11-2011

	<p>otras variables que se potencializaron en la intervención de la consecución del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical como la automotivación, el autoproceso la autoeficacia, el autoconcepto, la autoestima, logrando el pensar para aprender el aprender a aprender el aprender para pensar</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Área socioafectiva 	<p>La suficiencia educacional que se realizó desde la consecución del aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical fortaleció la preservación del medio ambiente y logro encontrarse una riqueza natural que la niña demuestra desde el trato afectivo con los demás y con su entorno, al identificarse en el sin subvalorar su condición de vida</p>	01-11-2011
Evaluador de ambientes		
<ul style="list-style-type: none"> Patrones de crianza familiares Patrones de formación educativa 	<p>Se encuentran movimiento, actividad y trabajo dentro del contexto familiar Se reconoce un autoproceso e individualidad en la medida de los recursos del educando con la intención de que alcance el dominio sobre sí mismo y sobre el ambiente Evidencia un proceso adecuado de maduración tanto intelectual como afectiva aceptando los cambios de su entorno sin afectar su proceso de desarrollo de aprendizaje. Se presentan la tendencia a mantener ideas y comportamientos positivos del EPD intentando inhibir aspectos negativos. Los procesos que se manejan buscan estar adecuados a las necesidades educativas especiales y posibilidades teniendo en cuenta límites, sin embargo por parte de la madre se intenta mantener de modo coherente, de patrones de crianza exigiendo su cumplimiento</p>	01-11-2011
Pediatra Especialista	NP	
Diagnósticos Pediátricos	Remisión Neuropediatría	
Psicólogo educativo	NP	
Diagnósticos del Psicólogo educativo	NP	
Psicólogo Clínico	NP	
Diagnósticos del Psicólogo clínico	NP	
Neuropediatría Especialista	Martha Cecilia Piñeros	
Diagnósticos Neuropediatra	Retardo Motor, Diparexia espástica, Microcefalia. Neurofibromatosis.	14-01-2012
Terapeuta Especialista	NP	
Diagnóstico Terapéutico		
Especialistas Alternativos	Rodrigo Huertas	
Diagnósticos alternativos	<p>Microcefalia, Neurofibromatosis no maligna, retardo del desarrollo psicomotor, Parálisis cerebral, cuadriplejía, Hipotonía, Espasticidad ashworth II de miembros inferiores con tono mixto, Luxación de cadera derecha más osteoromía pélvica. Presenta a la fecha y sin intervención terapéutica profesional vigente Mejoría en el desarrollo psicomotor, fuerza en los miembros superiores, se moviliza ella sola en la silla de ruedas y LENGUAJE COMPRENSIBLE CON LEVE DISARTRIA.</p>	23-01-2012
Otros Diagnósticos		

IDENTIFICACIÓN EPH:

Problema	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
Sensoriales o Motores				x	
Intelectuales		x			
Lenguaje		x			
Atención, Hiperactividad, Impulsividad	x				
Áreas específicas de aprendizaje		x			
De conductas	x				
Afectivas	x				
Otras especifique: Desmotivación	x				

CONDUCTAS Y CARACTERÍSTICAS QUE REFLEJAN EL PROBLEMA Y/O LA DIFICULTAD:

Progreso del educando	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
Desmotivación escolar	x				
Desmotivación social	x				

NIVEL DE DESARROLLO COGNITIVO**Funciones Cognitivas desde la Observación Sistemática de acciones Pedagógicas en Salud**

Fase de Input: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Percepción		x			
Exploración sistemática de una situación de aprendizaje		x			
Habilidades lingüísticas a nivel entrada		x			
Orientación espacial			x		
Orientación Temporal		x			
Conservación, constancia y permanencia del objeto		x			
Organización de la información		x			
Precisión y exactitud en recogida de información		x			

Fase de elaboración: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Percepción y definición de un problema		x			
Selección de información relevante		x			
Interiorización y representación mental		x			
Amplitud y flexibilidad mental		x			
Planificación de la conducta		x			
Organización y estructura perceptiva		x			
Conducta comparativa		x			
Pensamiento hipotético		x			
Evidencia lógica		x			
Clasificación cognitiva		x			

Fase de output: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Comunicación explícita	x				
Proyección de relaciones virtuales		x			
Reglas verbales para comunicar la respuesta	x				
Elaboración y desinhibición en la comunicación	x				
Respuestas por ensayo - error	x				
Precisión y exactitud en la respuesta		x			
Transporte visual	x				
Control de la respuesta	x				

NIVEL DE DESARROLLO SOCIOAFECTIVO**Funciones Emocionales desde la Observación sistemática de la Pedagogía de la Salud**

Autoconocimiento Emocional: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mejora en el reconocimiento y la designación de las propias emociones	x				
Mayor capacidad para entender las causas de los sentimientos	x				
Reconocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones	x				

Manejo de las Emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mayor tolerancia ante las frustraciones	x				
Menor cantidad de bromas, peleas e interrupciones en clase	x				
Mayor capacidad para expresar adecuadamente el enojo, sin pelea	x				

Menos suspensiones de sus actos	x				
Menos comportamientos agresivos y autodestructivos	x				
Más sentimientos positivos sobre ellos mismos, la escuela y la familia	x				
Mejor manejo del estrés	x				
Menor soledad y ansiedad social	x				

Aprovechamiento productivo de las emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Más responsabilidad		x			
Mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos		x			
Menor impulsividad	x				
Mayor control	x				
Mejores calificaciones en las pruebas de rendimiento escolar	x				

Empatía - Interpretación de las Emociones: Criterios	ND	LD	MD	GD	TD
Mayor capacidad para comprender el punto de vista de otra persona		x			
Mejora de la empatía y la sensibilidad, para percibir los sentimientos, otros	x				
Mejora de la capacidad de escuchar	x				

Manejo de las relaciones personales	ND	LD	MD	GD	TD
Aumento de la habilidad para analizar y comprender las relaciones	x				
Mejorar la resolución de conflictos y de la negociación en los desacuerdos	x				
Mejora en la solución de problemas planteados en las relaciones	x				
Mayor habilidad y actitud positiva en la comunicación	x				
Más popularidad, sociabilidad: actitud amistosa e interesada con sus pares	x				
Mayor preocupación y consideración	x				
Mayor solicitud por parte de sus pares	x				
Más actitud pro-social y amistosa en el grupo	x				
Mayor cooperación, ayuda y actitud de compartir	x				
Actitud más democrática en el trato con los otros	x				

APOYOS QUE RECIBE EL EDUCANDO

Escuela	Si	No
Grupo especial		x
Grupo de proyecto a la integración		x
Grupo de proyecto a la inclusión	x	
Otro profesional		x
Con apoyo	x	

Especialistas externos	Si	No
Educador Especialista	x	
• Ed. Personaliza	x	
• Aten. Diversidad	x	
• Aprendizaje visibles	x	
• Aprendizajes Invisibles	x	
Psicólogo educativo		x
Psicólogo Clínico		x
Neuropediatra	x	
Fisioterapia		x
Fonoaudiología		x
Ocupacional		x
Terapia asistida con animales		x
Terapias alternativas		x
Otras terapias		x

MÉTODOS Y METODOLOGÍA PEDAGÓGICAS DE INTERVENCIÓN

Educación inclusiva con calidad de vida a la Inclusión Educativa – Atención a la Diversidad:

Datos del Pedagogo Domiciliario (PD), Pedagogo Hospitalario (PH), Pedagogo Regular (PR)

Método	S.D.	C.D.	N.Ap	N.Ay	N.As
Aprendizaje Sig. Constructor del Conocimiento. ASCC	x				
Constructivista	x				
Conductual					
Activa	x				
Aprendizaje Significativo	x				
Escuela nueva					
Individualiza					
Personalizada	x				
Integradora					
Inclusiva	x				
Segregadora					
Excluyente					
Otras especifique:					

Intervención	
Método	Metodología
El perfil pedagógico de la institución se fundamenta desde la intervención con EPD en un aprendizaje significativo constructor del conocimiento con un enfoque constructivista, activo de atención personalizada con un proceso inclusivo educativo y social. El programa ya esta institucionalizado	Se establece con el EPD una Didáctica tecnológica de la Pedagogía con actividades que le motivan a realizarlas. En cuanto al ejercicio físico se realiza al aire libre en contacto permanente con la tierra, el sol y el agua. Se realizan ejercicios prácticos o de la vida creando en el EPD hábitos utilitarios, destrezas domésticas y práctica higiénicas. Se realizan ejercicios de lenguaje, trabajos manuales, de discriminación intelectual, canto, juego con el uso de la tecnología de la información y la comunicación

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA CON CALIDAD DE VIDA A LA INCLUSIÓN EDUCATIVA

Datos del PD y/o RegularPR

Trabajo del educador	Diagnostico situacional
Mayores dificultades al enseñar	Se trabaja el programa de inclusión
Cómo trabaja en aula educativa	Se evidencian trabajos inclusivos
Con qué frecuencia	Todos los días

Trabajo con familia	Diagnostico situacional
Mayores dificultades en el apoyo	Hay más apoyo escolar, la familia se dedica al apoyo social
Cómo trabaja en el apoyo	Bien en inclusión social especialmente
Con qué frecuencia	Todos los días escolares y en espacios sociales

Trabajo con otros especialistas	Diagnostico situacional
Mayores dificultades en la terapia	Rechazo total a la terapia física
Cómo trabaja en la terapia	La terapia se realiza en el contexto y exigiendo el movimiento
Con qué frecuencia	No hay

CALIFICACIÓN DE APOYO OTORGADO AL EDUCANDO (PERCEPCIÓN DE ACUDIENTES)

AULA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	NOMBRE	NE	PE	R	B	ME
Grupo especial		x				
Grupo de apoyo a la integración	Colegio					x
Grupo de apoyo a la inclusión						x
Neuropediatra	Compensar				x	
Fisioterapia		x				
Fonoaudiología		x				
Ocupacional		x				
Biofilia		x				
Terapia alternativa	Acupuntura	x				
Psicólogos		x				
Otros	Rousbelt				x	

ESPECIALISTAS EXTERNOS	NOMBRE	NE	PE	R	B	ME
Educador Especialista	Colegio Mi Patria					x
Psicólogo educativo		x				
Psicólogo clínico		x				
Fisioterapia		x				
Fonoaudiólogo		x				
Ocupacional		x				
Biofilia		x				
Terapia alternativa		x				
Otros		x				

OTROS APOYOS (PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES)

Especialista	En que
Univ. de la Sabana	La madre continua profundizando sobre los procesos de enseñanza, aprendizaje y desarrollo desde Maestria
Escuela de Feuerstein de Israel	La madre continua profundizando sobre los procesos de enseñanza, aprendizaje y desarrollo desde la Modificabilidad Estructural Cognitiva

MANEJO DE DIVERSOS TEMAS EN RELACIÓN AL EDUCANDO

<p>Prevención con la familia: La familia supero el duelo producido por la llegada de un miembro en condiciones especiales de vida, se reconoce que la patología de Neurofibromatosis es heredada en primera generación por parte de la madre como portadora que acompaña también a la segunda hija, siendo en ella de carácter asintomático.</p> <p>La familia permaneció en su configuración paterna hasta el año 2009, posterior se presenta la separación de los padres y la niña queda a cargo de la figura paterna, sin embargo la madre continua con el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo del EPD. La figura materna dentro de sus posibilidades se encuentra presente en el colegio y en las instituciones hospitalarias.</p> <p>Indispensable conocer el estado psicológico de los miembros de la familia para realizar un sano proceso de Educación Inclusiva</p>

para la Inclusión Educativa, llegando a un consenso ya que la labor del hogar y del colegio debe ser afines para que el EPD se beneficie de cualquier oportunidad educativa presente dentro y fuera de la institución

Prevención con materiales: la prevención se establece desde la moldeación del cuerpo-objeto-propio como acoplamiento a los parámetros que el entorno ofrece según los materiales que se acondicionan a su capacidad física, teniendo en cuenta reconocer el producto de la relación entre cuerpo existido y el cuerpo soñado, que el EPD reconoce dentro de su contexto social y su desarrollo emocional

Se trabaja con el cuerpo-objeto-mostrario, para hacer del cuerpo del EPD un instrumento desde las partes significativas del cuerpo, poco a poco se introducirán nuevos elementos que reconozca desde su condición y que no le afecten, pero que de una y otra forma le modifiquen el significado de su cuerpo

Promoción escolar: La promoción en la primaria se lleva a cabo teniendo en cuenta los principios de:

- Desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socio-afectivo
- Con los parámetros establecidos del PEI
- Promoción según el nivel del currículo transversal y flexible establecido para los educandos
- Respuesta del EPD en el proceso de Educación Inclusiva
- Enseñanza de carácter práctico e intuitivo
- Libertad: relación del EPD con el medio ambiente
- Amor, ambiente familiar, respeto, ayuda mutua

La intención es llevar a cabo el programa desde la Educación Inclusiva para la Inclusión Educativa

EVALUACIÓN CUALITATIVA

El informe de valoración se muestra mediante los componentes dados por la CIF, integrando funciones corporales, actividades, participación y factores ambientales, encontrándose en el momento de la evaluación que:

Nivel mental

Se observa la Consciencia del EPD teniendo en cuenta la orientación, funciones intelectivas, psicosociales globales, memoria, pensamiento, cálculo, experiencias de uno mismo o funciones del tiempo. Se usaron bajo los parámetros establecidos por la batería de Luria llegando a la conclusión que los niveles de comprensión están NIVELANDO AL promedio de sus compañeros de clase tanto en entornos educativos formales como informales. Se le realizaron preguntas con la intención de evaluar la capacidad para comprender instrucciones verbales, costumbres, normas sociales específicas, la identificación de semejanzas, estímulos verbales, se verificó la capacidad para resolver problemas, la capacidad para hablar y definir palabras, el recuerdo inmediato de dígitos de la memoria oral, la capacidad para repetir palabras y frases, la capacidad de manejar figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, la manipulación de objetos con el fin de reconocer el proceso viso-manual, el ensamble de objetos, la búsqueda de símbolos, el manejo de labríos y la manipulación y reconocimiento de objetos geométricos. Se reconoce UN PROCESO COHERENTE DE ENSEÑANZA, APRENDIZAJE Y DESARROLLO DESDE LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA DEL EPD frente a su potencialidad cognitiva.

Temperamento y personalidad YA NO REQUIEREN DE APOYO para reaccionar con autoconfianza ante retos cotidianos.

Energía e impulso TIENE CAPACIDAD de controlar sus impulsos al momento de satisfacer necesidades y caprichos

Atención, la capacidad de centrarse en un estímulo interno o externo por un tiempo establecido ESTA SUPERANDO A PESAR de que continúa el mal funcionamiento de las habilidades perceptomotoras

Psicomotoras, requiere para el cumplimiento de sus funciones motoras, apoyo permanente CONSIGUIENDO EN OCASIONES INDEPENDENCIA.

Emocionales, ES CONSCIENTE del manejo de sus emociones y sentimientos,

Cognitiva Superiores NO NECESITA APOYO PARA DESARROLLAR DESTREZAS en la toma de decisiones y la resolución de problemas, TOMA UNA DECISIÓN COHERENTE Y RÁPIDA

Centrar la atención, SE CENTRA INTENCIONALMENTE EN UN ESTÍMULO ESPECÍFICO, SU ATENCIÓN ES DE CARÁCTER AUDITIVO

Motivación, INTERACTUA E INICIA CONTACTO de actividades por espacios largos y cortos lográndolo

EXPRESA VERBALMENTE sus limitaciones y fortalezas,

SE INTERESA POR CUMPLIR METAS A CORTO Y LARGO PLAZO,

ESTABLECE LÍMITES ENTRE SÍ MISMO Y LOS OTROS,

EXPRESA Y MUESTRA PREOCUPACIÓN por el bienestar de las personas de su contexto,

MUESTRA FACILIDAD PARA RECONOCER SEÑALES Y SELECCIONAR materiales y herramientas por tamaño, forma y color así EN TODOS LOS CONTEXTOS,

LOGRA COORDINACIÓN, aunque la PRECISIÓN, AGILIDAD están afectadas en el manejo de materiales y manipulación de herramientas en la actividad,

IDENTIFICA CONFLICTOS en la realización de las actividades, en el momento de expresarlos o señalarlos,

SIGUE INSTRUCCIONES VERBALES Y DEMOSTRATIVAS que lo lleven a la ejecución de la actividad solicitada

HACE SECUENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD, aunque de forma lenta por sus movimientos.

REALIZA FORMACIÓN DE CONCEPTOS DE LO TRABAJADO,

REACCIONA DANDO BUENAS RESPUESTA A LA ACTIVIDAD,

APRENDE LOS NUEVOS PATRONES para manejo de la actividad,

REQUIERE DE UN PARCIAL NIVEL DE ASISTENCIA y ayuda, para ajustarse en las demandas físicas.

CON ALGÚN APOYO REQUIERE ASISTENCIA a las demandas mentales y emocionales exigidas:

SUS DISPOSITIVOS COGNITIVOS DE ATENCIÓN, COMPRESIÓN, ELABORACIÓN Y MEMORIZACIÓN HAN EVOLUCIONADO SATISFACTORIAMENTE, DEMOSTRANDO LA PRESENCIA CONSERVADA DE LOS MISMOS.

SU HABILIDAD METACOGNITIVA DESDE EL CONOCIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y EL CONTROL DE PROCESOS COGNITIVOS EN

PLANIFICACIÓN, AUTORREGULACIÓN, EVALUACIÓN, REORGANIZACIÓN Y ANTICIPACIÓN HAN EVOLUCIONADO SATISFACTORIAMENTE PARA SU EDAD.

EL FACTOR SOCIOAFECTIVO SE EVALUA POR CUANTO LOGRO UNA COHERENTE COMUNICACIÓN. Se evidencia estados de alegría cuando se encuentra en comunidad.

Nivel Sensorial

Desde la educación del sistema nervioso y de los aparatos sensoriales se evidencian claramente las funciones que reportan el principio de actividad, energía y de voluntad que se encuentra en la base de los procesos pedagógicos.

En el EPD el nivel sensorial visual supero los niveles y YA NO SE REGISTRA DISTORSIÓN DE LA FORMA, PERSEVERACIÓN, INTEGRACION Y ROTACIÓN, su condición neurológica maduro, aunque en los exámenes de neurodesarrollo se evidencia el daño del hemisferio izquierdo.

Auditivas, aunque se reporta por parte de fonoaudiología la falta de seguimiento de los sonidos, no es reconocido este fenómeno dentro del proceso educativo. RECONOCIDA UNA ADECUADA INTEGRIDAD FUNCIONAL BILATERAL DE LAS VÍAS AUDITIVAS.

En el sistema vestibular, Los problemas de movimiento siguen siendo evidentes acompañados del sentido de propiocepción desde el reconocimiento y conciencia de su propio cuerpo, presentado problemas importantes de movimientos finos y gruesos, pero HA MEJORADO SUSTANCIALMENTE EN LA PLANEACIÓN DEL MOVIMIENTO CORPORAL Y SUPERANDO EN GRAN PARTE LA COORDINACIÓN VISO-MANUAL.

En el sistema Olfativo, gustativo no presenta compromiso evidente que afecten el proceso educativo

LAS ZONAS TÁCTILES Y SENSITIVAS SUPERARON EL PROCESO DE DESARROLLO, ahora el organismos percibir las cualidades de los objetos y desde la temperatura, presión, dureza, aspereza y suavidad lo que posibilita el proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo

EN GENERAL EPD PRESENTA RAZGOS DE UN SERIO IMPEDIMENTO FÍSICO Y SENSORIAL PERO DE UNA CLARA RECUPERACIÓN POSTERIOR A UN ABORDAJE DE ENSEÑANZA, APRENDIZAJE Y DESARROLLO DESDE EL LENGUAJE LINGUISTICO CON PROCEDIMIENTO GRAMATICAL APOYANDO EL PROYECTO DE CALIDAD DE VIDA QUE EL MISMO ELIGIO.

Nivel Comunicativo

Se analiza bajo los conceptos de la voz, habla, articulación, fluidez, vocalización, producción de sonidos, comunicación, recepción, producción de mensajes, conversación, concluyendo que el EPD presenta un LENGUAJE COMPRENSIVO CON LEVE DISARTRIA no esperado para su condición de vida, SORPENDIENDO SU EVOLUCIÓN Y CAPACIDAD OBTENIDA desde los rasgos intelectuales generando una EXCELENTE COMUNICACIÓN EXPRESIVA.

Se conoce desde:

Dificultad del lenguaje expresivo: NO PRESENTA DIFICULTAD, su vocabulario progresa adquiriendo palabras nuevas, uso apropiado del vocabulario, estructura frases coherentes, evidentes construcciones gramaticales, en algunas ocasiones omite conectores por su impedimento físico, coherente construcción de frases, entiende y comprende lo que se le dice.

Dificultad del Lenguaje receptivo: COMPRENDE, vocabulario enriquecido, facilidad para discriminar sonidos o secuencias. Superada las dificultades del lenguaje expresivo

Dificultades Fonológicas o de la articulación: UTILIZAR LOS SONIDOS DEL HABLA aunque no esperables para su edad omitiendo, en ocasiones conectores letras o sílaba, pero mas a causa de su incapacidad física que de manejo del lenguaje.

No posee ningún dispositivo de comunicación, sin embargo se evidencia técnicas de comunicación aumentativa y alternativa instauradas por parte de la familia

Nivel de Movilidad

El EPD presenta un bloqueo tónico, en posiciones del cuerpo, ajustes posturales, fuerza, resistencia física, que afectan los patrones de movimiento funcionales, aún así el progreso de motricidad gruesa y motricidad fina ha progresado sustancialmente ya no le impidiendo llevar, recibir, mover, usar objetos y con apoyo andar y desplazarse. HA MEJORADO SU ESTADO FÍSICO.

Presenta aún inestabilidad y caso de cansancio oscilaciones variadas, reequilibrio, compensaciones, agitación, hipertensiones, movimientos involuntarios del cuerpo, movimientos irregulares de la mandíbula, labios y lengua, problemas de deglución, desalineamiento del tronco y la cabeza, cuerpo, desplazamiento del centro de gravedad de derecha a izquierda de izquierda a derecha, de abajo a arriba de arriba a bajo, desequilibrio unidireccional y multidireccional mal compensado, tono fluctuante por rigidez excesiva en ocasiones de los miembros externos como los brazos y las piernas, movimientos asincronizados de las manos y los dedos, en general sin equilibrio estático y dinámico.

Esta situación de corporeidad DIFICULTA SOLO EN PARTE EL PROCESO DE ENSEÑANZA, APRENDIZAJE Y DESARROLLO, QUE SE ENCUENTRA EN CLARA EVOLUCIÓN

Interacciones y Relaciones interpersonales

En general los problemas de ansiedad se reconocen por quejas de síntomas físicos y tensión excesiva en momentos en que su COPOREIDAD NO ES LA APROPIADA.

REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS, no necesita apoyo para desarrollar destrezas en la toma de decisiones y la RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

VIVE Y ACEPTA SU REALIDAD,

SU MOTIVACIÓN ES INTRINSECA Y DE AUTOEXIGENCIA,

SE DENOTA EN OCASIONES SU ENOJO al no poder expresar verbalmente sus limitaciones y fortalezas, en ocasiones se niega a cumplir metas a corto plazo,

EXPRESA Y MUESTRA PREOCUPACIÓN por el bienestar de las personas de su contexto.

Apoyo y Relaciones

Desde los aspectos de familia, pertenece a una familia uniparental conformada por el padre y la hermana mayor. Sin embargo

la autoridad a nivel formativo y educativo es ejercida por la madre, la que no presenta conductas de sobreprotección, lo que sí ocurre con el padre.

El apoyo de actividades al EPD esta cargo de la madre con la intención de fortalecerla en competencias sociales bajo los parámetros educativos, por ello busca el apoyo escolar para lograr un manejo de la conducta actual, apoyo físico, apoyo emocional, crianza, protección, asistencia pedagógica. Mejorar las relaciones interpersonales, actividades en su hogar, entorno del colegio, manejo del Juego, espacios Lúdicos y otros aspectos de su diario vivir,

Actitudes

Las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias posibles, creencias religiosas que rodean el entorno del EPD son evidentes desde la referencia verbal que el EPD establece, la influencia de las mismas sobre su comportamiento individual, su vida social en todos los niveles, la actitud de este con las personas externas relacionadas con el colegio y la capacidad de relacionarse con su entorno y los modelos de autoridad académica.

Tareas y Demandas

REQUIERE APOYO PARCIAL en el cumplimiento de rutinas de organización, de materiales y herramientas, en el manejo de rutinas en el trabajo a realizar, en aumentar tolerancia a las actividades con relación al tiempo establecido, en reconocer y manejar rutinas propias, en llevar a cabo tareas simples y múltiples tareas, en el manejo del estrés y otras demandas psicológicas.

Cuidado personal y Actividades

En relación a su vida domestica requiere estimulación para continuar fortaleciendo patrones a este nivel.

Abordaje comprensivo de las áreas principales de la vida

POSEE VIDA EN SOCIEDAD desde la experiencia de la educación requiriendo apoyo para mantener su estudio en el colegio y la resistencia a acompañar la nivelación de competencias y la relevancia de intervenir en la equiparación de oportunidades en dicho entorno,

CONCLUSIONES

Generales

Teniendo en cuenta lo descrito y analizado la situación médico-pedagógica del EPD, se determina cuáles son sus potencialidades y defectologías desde el consenso transdisciplinario de educadores, pedagogos, neurólogos y ortopedista.

A pesar de que su diagnóstico considera un discapacidad intelectual, se reconoce el desarrollo cognitivo y metacognitivos medianamente acordes a su edad teniendo en cuenta su diagnostico clínico, considerándose que puede lograr un lenguaje más expresivo y lingüístico, potencializando las habilidades que lo componen y estableciendo cierto tipo de tareas.

Se recomienda continuar con la forma sonora (fonética acústicas, modos articulatorios), para seguir con el lenguaje lingüístico desde la fonología (sonidos del lenguaje), morfología (afijos), Pragmática (habilidades sociales), semántica (uso de la palabra) y sintaxis (orden de las palabras).

Para intentar lograrlo dentro de la insitución educativa se recomienda la adaptación de entornos lingüísticos escolares y familiares. Así se pretende que para el EPD y su familia se mantenga un código de comunicación para transmitir las ideas dentro del modelo del procesamiento de la información, bajo el esquema básico del lenguaje oral y los aspectos metacognitivos en el enfoque fonético de la enseñanza de la lectura y la escritura, abordándolo desde un proceso metalingüístico en que cada letra representa un sonido y que esos sonidos en conjunto forman la palabra, apoyados desde un aprendizaje de lectura global.

RECOMENDACIONES

Nivel de abordaje sin dependencia (ND)

Los siguientes aspectos corresponde a los proceso de potencialidades que el EPD presenta a la fecha y sobre los cuales se espera seguir en fortaleza desde el área de desarrollo cognitivo y metacognitivo, sustentando el proceso para lograr nivelar y construir desde allí su proyecto con calidad de vida

Nada Efectivo (No hay dificultad): Comunicación explicita, reglas verbales para comunicar la respuesta, elaboración y desinhibición en la comunicación, respuestas por ensayo – error, transporte visual, control de la respuesta, mejora en el reconocimiento y la designación de las propias emociones, mayor capacidad para entender las causas de los sentimientos, reconocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones, mayor tolerancia ante las frustraciones, menor cantidad de bromas, peleas e interrupciones en clase, mayor capacidad para expresar adecuadamente el enojo, sin pelea, menos suspensiones de sus actos, menos comportamientos agresivos y autodestructivos, más sentimientos positivos sobre ellos mismos, la escuela y la familia, mejor manejo del estrés, menor soledad y ansiedad social, menor impulsividad, mayor control, mejores calificaciones en las pruebas de rendimiento escolar, mejora de la empatía y la sensibilidad, para percibir los sentimientos, otros, mejora de la capacidad de escuchar, aumento de la habilidad para analizar y comprender las relaciones, mejorar la resolución de conflictos y de la negociación en los desacuerdos, mejora en la solución de problemas planteados en las relaciones, mayor habilidad y actitud positiva en la comunicación, más popularidad, sociabilidad, actitud amistosa e interesada con sus pares, mayor preocupación y consideración, mayor solicitud por parte de sus pares, más actitud pro-social y amistosa en el grupo, mayor cooperación, ayuda y actitud de compartir, actitud más democrática en el trato con los otros

Nivel de abordaje con apoyo ligero y moderado (LD-MD)

Los siguientes aspectos corresponde a los proceso de potencialidades que el EPD presenta a la fecha y sobre los cuales se espera seguir en fortaleza desde el área de desarrollo cognitivo y metacognitivo, sustentando el proceso para lograr nivelar y

construir desde allí su proyecto con calidad de vida
 Ligera dificultad (LD): Percepción, exploración sistemática de una situación de aprendizaje, Habilidades lingüísticas a nivel entrada, orientación Temporal, Conservación, constancia y permanencia del objeto, organización de la información, precisión y exactitud en recogida de información, percepción y definición de un problema, elección de información relevante, interiorización y representación mental, amplitud y flexibilidad mental, planificación de la conducta, organización y estructura perceptiva, conducta comparativa, pensamiento hipotético, evidencia lógica, clasificación cognitiva, proyección de relaciones virtuales, precisión y exactitud en la respuesta, más responsabilidad, mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos, mayor capacidad para comprender el punto de vista de otra persona.
 Moderada dificultad (MD): Orientación Temporal

Nivel de abordaje con apoyo grave y dependiente (GD-TD)

Otras sugerencias (ND-LD-MD-GD-TD)

PROFESIONAL RESPONSABLE DE DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO SITUACIONAL

PROFESION	NOMBRE
Lic. Ed. Especial	Lina Flórez
Pedagoga Hospitalaria de la salud	Lina Flórez
Pedagoga Especializada en proyectos de Educación Inclusiva	Rocio Castro
Psicopedagoga	Sonia Villegas
Psicóloga clínica	NP
Psicóloga Educativa	NP
Fisioterapeutas	NP
Fonoaudiólogas	NP
Pedagogas-ocupacionales	NP
Neuropediatras	NP
Pediatras	NP
Institución Educativa	Colegio Mi Patria
Instituciones Hospitalarias	Roosevelt

ANEXO

DIAGNÓSTICOS	
Especialidad	Número
Martha Cecilia Piñeros	29443647
Rodrigo Huertas	68958

Ficha de anotaciones sobre el modo final de intervención

Resultados finales durante la intervención bajo el protocolo fisiopedagógico con el DNI:

- 0 - Grado normal
- 1 - Algunas veces
- 2 - Alto grado de anormalidad

Solución del problema	0	1	2
Es lento en las pruebas		x	
Es rápido sobre todo en las lecturas			x
Se le nota impedimento sensorial motor			x
Estrategias originales ante los problemas		x	
Respuestas raras suscitadas por las pruebas	x		
Anomalías del habla	0	1	2
De pronunciación		x	
De fluidez		x	
De entonación		x	
De ritmo			x
Otros defectos			x
Seguir instrucciones y colaboración	0	1	2
Colaboración desigual o difícil		x	
Se aburre y no se interesa por las tareas	x		
Fácil distracción. Habla fuera de lugar	x		
Necesitan que le animen constantemente	x		
Respuesta de estrés	0	1	2
Ambiente externo desfavorable		x	
Se fatiga en exceso y necesita descanso			x
Se muestra hablador durante las pruebas		x	
Autosuficiente, Le parece demasiado fácil			x
Ansioso y desconfiado		x	
Se desmoraliza por sentirse incapaz		x	
Movilidad y excesivos cambios posturales		x	
Movimientos extraños (tics)		x	

Aclaración de las valoraciones 1 y 2, sobre todo estas últimas. Otras incidencias significativas (Por salirse de lo norma):

El EPD es lento por presentar alteraciones físicas y neurológicas causadas por la discapacidad, teniendo en cuenta el diagnóstico de IMOC, NF1, Microcefalia y Retardo mental.