

Muñoz Quezada, María Teresa; Lucero Mondaca, Boris Andrés

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ESTUDIANTES CON RETOS MÚLTIPLES: ALGUNAS
SUGERENCIAS METODOLÓGICAS**

Límite, vol. 6, núm. 23, 2011, pp. 57-72

Universidad de Tarapacá

Arica, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83620927005>



Límite

ISSN (Versión impresa): 0718-1361

revlimite@uta.cl

Universidad de Tarapacá

Chile

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ESTUDIANTES CON RETOS MÚLTIPLES: ALGUNAS SUGERENCIAS METODOLÓGICAS

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN STUDENTS WITH MULTIPLE DISABILITIES: METHODODOLOGICAL SUGGESTIONS

María Teresa Muñoz Quezada*
Boris Andrés Lucero Mondaca**

Universidad Católica del Maule
Talca-Chile

Recibido 17 de enero 2010/Received January 17, 2010
Aceptado 15 de septiembre 2010/Accepted September 15, 2010

RESUMEN

El siguiente artículo corresponde a una revisión de los métodos de diagnóstico e intervención psicológica en niños con discapacidades múltiples, además de explorar el quehacer del psicólogo en una escuela para estudiantes con esta condición. Los resultados indican que si bien existen algunas orientaciones desde instituciones de salud y educación para la evaluación e intervención de los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales asociadas a una discapacidad, no se observan sugerencias explícitas para la evaluación e intervención de escolares con retos múltiples. La capacitación y preparación del profesional psicólogo en un contexto multidisciplinario, ecológico y sistémico es clave para poder desarrollar un proyecto educativo individual que considere las necesidades y características de cada estudiante, bajo un paradigma normalizador, centrado en las capacidades y acorde al entorno cultural del escolar y su familia.

Palabras Clave: Discapacidad Múltiple, Diagnóstico Psicológico, Intervención Psicológica.

ABSTRACT

The following article is a review of diagnosis and psychological intervention methods for children with multiple disabilities. Besides it explore the task of the psychologist in a school for students with this condition. The results indicate that though there are some

* Departamento de Psicología. Universidad Católica del Maule. Avenida San Miguel 3605. Talca, Región del Maule. Chile. E-mail: mtmunoz@ucm.cl

** Académico del Departamento de Psicología. Universidad Católica del Maule. Chile. E-mail: blucero@ucm.cl

guidelines from health and educational institutions for the assessment and intervention in students with multiple disabilities, explicit suggestions for the evaluation and intervention are not observed. The training and preparation of the professional psychologists in a multidisciplinary context, ecological and systemic is the key to be able to develop an individual educative project, that takes into account the needs and characteristic of each student, under a normative paradigm, focused on the capabilities and accordance with the familiar and school context.

Key Word: *Multiple Disabilities, Psychological Diagnosis, Psychological Intervention.*

1. INTRODUCCIÓN

La atención psicológica de niños o niñas con retos múltiples se considera todo un desafío en la práctica del psicólogo en escuelas especiales. Por lo general, presentan más conocimientos y formación académica acerca de estudiantes que presentan condiciones físicas, sociales y mentales similares, donde los programas de intervención varían según las características idiosincrásicas de cada estudiante, sin embargo, el lenguaje utilizado por el profesional, sus estrategias, enfoque de intervención, instrumentos de evaluación y procedimientos no varían demasiado.

Por lo tanto, la intervención en estudiantes con más de una discapacidad, amerita una preparación especial. Como sugerencia, se debiera partir por conocer y evaluar al niño antes de aplicar cualquier programa. Sin embargo, hay que considerar un procedimiento evaluativo lo más integral posible, y orientado a las características y necesidades del niño.

El término retos múltiples se vincula al multidéficit o discapacidades múltiples. En Chile, según el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS, 2005) un 12,9% de los chilenos presenta alguna discapacidad, donde un 6% corresponde a menores de 15 años. Dentro de las personas con discapacidad, un 10,3% presenta discapacidades múltiples.

La condición de retos múltiples se manifiesta con mayor frecuencia a temprana edad. Cuando se habla de niños con retos múltiples se refiere a aquellos menores que además de presentar una dificultad inicial, como una parálisis cerebral, presentan otras discapacidades de tipo sensorial, intelectual, de la comunicación entre otros.

Los niños con estas características componen un espectro muy diverso, donde en algunos casos se puede manifestar discapacidad física y sensorial pero no discapacidad intelectual, otros podrían presentar discapacidad intelectual y sensorial, o discapacidades motoras, sensoriales e intelectuales, por lo tanto la comprensión y clasificación de sus comportamientos se hace más compleja, transfiriéndose esta dificultad al diagnóstico e intervención.

Para disminuir las dificultades planteadas, algunos autores proponen ciertos parámetros para entender e intervenir desde el entorno de los niños y niñas con retos

múltiples¹, considerando la edad, *desarrollo intelectual y gravedad de los síntomas*. *Estas características a observar serían:*

- Alteraciones o trastornos de la comunicación.
- Problemas sensoriales.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Presencia de necesidades persistentes de apoyo generalizado en todas o casi todas las áreas de habilidades de adaptación (comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, conducta social, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo).
- En la mayoría de los casos, funcionamiento intelectual por debajo de la media y, en general, muy limitado.
- Presencia de conductas desajustadas y/o trastornos mentales asociados.
- Deficiencias sensoriales, motoras y/o graves alteraciones neurobiológicas.
- Dificultad para establecer relaciones sociales y alteraciones emocionales.

Por lo tanto, los niños con retos múltiples, requieren atención, supervisión y guía permanente. Si bien probablemente no modificarán su condición de discapacidad múltiple, el hecho de que reciban apoyo terapéutico y educación producirá cambio en su calidad de vida y fortalecerá el desarrollo integral del niño y sus familias. Además, se debe considerar el proceso que vivencian los padres y las creencias de los educadores con respecto al desarrollo y capacidades de aprendizaje de los niños. En ocasiones, las barreras para el aprendizaje y la participación de los estudiantes con retos múltiples se potencian por las limitaciones que imponen las personas más cercanas a su formación y responsables directos de su inclusión social.

El siguiente trabajo presenta una revisión bibliográfica sobre la atención de niños con discapacidades múltiples y un ejemplo de diagnóstico e intervención psicológica en una escuela de retos múltiples. Se pretende entregar algunas sugerencias sobre el quehacer del psicólogo, en una temática poco investigada y publicada desde la disciplina, pero cada vez con una mayor demanda desde los contextos escolares que incluyen a niños y niñas con estas características.

2. MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica con respecto a las metodologías de diagnóstico e intervención psicológica de niños con retos múltiples, además de examinar las leyes y normativas que a nivel internacional y nacional orientan la atención psicológica de dichos estudiantes. Por otro lado, se revisó el diagnóstico e intervención que realiza el

¹ García, 2002; Fajardo, 2004; Peña & Oyanedel, 2005.

profesional psicólogo en una escuela que atiende a niños con discapacidades múltiples de la región del Maule. Se solicitó autorización al establecimiento educacional y al profesional, con el compromiso de velar por el anonimato de la institución y de los niños. El establecimiento se rige por el Decreto 87 del Ministerio de Educación para las escuelas especiales que atienden a niños con discapacidad intelectual, es decir, todos los niños presentan discapacidad intelectual además de otra discapacidad. En la escuela se presentan casos de estudiantes con síndrome autista, síndrome de Down, malformaciones, epilepsia, parálisis cerebral, hipoacusia congénita, síndrome de West, trastornos de la visión, trastornos de la comunicación, entre otros.

Se realizó un análisis de contenido del material bibliográfico y de los documentos que respaldan las acciones del psicólogo en la escuela, emergiendo como temáticas centrales el proceso de diagnóstico, las intervenciones del psicólogo y el desarrollo del plan educativo individual.

3. RESULTADOS

3.1. El proceso de diagnóstico de discapacidad intelectual en niños con retos múltiples

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001), la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD), la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad N° 19.284 (MIDEPLAN, 1994), la Ley sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (MIDEPLAN, 2009), el Decreto N° 170 de la Ley N° 20.20 (MINEDUC, 2010), que establece las normas para determinar los estudiantes con necesidades educativas especiales que son beneficiados con la subvención de educación especial y las orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes que presentan necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual (MINEDUC, 2009), plantean sugerencias para el diagnóstico de personas con discapacidad. Pretenden guiar al profesional para que no considere la discapacidad como una enfermedad, sino como el resultado de la interacción entre la persona con las condiciones de limitaciones de habilidades adaptativas y el entorno, y que varía según los apoyos que reciba del medio². Por ejemplo, la CIF, si bien complementa las descripciones planteadas por la CIE-10 (OMS, 1999) en identificar la condición de salud y la causa de la enfermedad, está centrada en describir la funcionalidad de la persona, valorando los efectos de la discapacidad en su vida cotidiana.

Las pautas para la clasificación de discapacidad intelectual (que dentro de la CIE-10 se denomina como “retraso mental”) plantean la necesidad de ser diagnosticada

² García, 2005; Navas, Verdugo & Gómez, 2008.

por instrumentos psicológicos estandarizados según la cultura del evaluado, siendo apoyada con otros instrumentos que midan funcionalidad y adaptación social. Sin embargo, la evaluación psicológica orientada a la medición del rango intelectual se vuelve difícil en el momento de evaluar a niños que presentan discapacidades físicas, sensoriales y de la comunicación. Cuando ocurría esto, la CIE-10 (1999) orientaba al diagnóstico de “retraso mental sin especificación”, argumentando que la evaluación del grado de discapacidad es difícil de determinar mediante los instrumentos estandarizados, debido a la presencia de deficiencias sensoriales, físicas, o con trastornos graves del comportamiento. Sin embargo, hoy en día se orienta a los psicólogos a evitar este diagnóstico y proceder a utilizar los criterios diagnósticos en base a la funcionalidad y adaptación social del estudiante, además de seguir los criterios clínicos que plantea la CIF y CIE-10³.

Es así como se determina el rango de la discapacidad intelectual en base a las características observadas en el comportamiento del niño, lo que hace menos precisa la evaluación psicodiagnóstica.

La Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad N° 19.284 (MIDEPLAN, 1994) no incorporó un apartado específico en la evaluación y educación de las personas con discapacidades múltiples; sin embargo, se complementaba con el Decreto 577 (MINEDUC, 1990b) que describe brevemente las modalidades de atención a los niños con trastornos motores y dificultades secundarias, el Decreto 815 (MINEDUC, 1990) que establece normas técnico pedagógicas para atender a estudiantes con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación, el Decreto 89 (MIDEDUC 1990d) para el apoyo técnico pedagógico de niños con alteraciones visuales, y considerando a la vez el Decreto 87 (MINEDUC, 1990a) que se utiliza para desarrollar los planes y programas de estudio de los estudiantes con discapacidad intelectual que asisten a escuelas especiales.

Para atender a esta necesidad y generar un consenso en los procesos de evaluación psicodiagnóstica de los estudiantes con discapacidad intelectual, y entre ellos, los niños con retos múltiples, el Ministerio de Educación difundió un texto con orientaciones y criterios para la evaluación diagnóstica de estudiantes con discapacidad intelectual (MINEDUC, 2009). Dicho documento plantea una evaluación integral fundamentada en el Modelo Multidimensional de la Discapacidad Intelectual⁴ y en la CIF (OMS, 2001), donde el diagnóstico de discapacidad intelectual pretende entregar o mejorar los apoyos que requiere el estudiante para fortalecer su funcionamiento individual, donde el proceso de evaluación contempla cinco dimensiones que serían: las habilidades intelectuales; conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas); participación, interacción y roles sociales; salud; y contexto (condiciones ambientales y culturales donde pertenece el estudiante).

³ García, 2005; MINEDUC, 2010; Navas, Verdugo & Gómez, 2008; Verdugo, 2003.

⁴ García 2005; Navas, Verdugo & Gómez, 2008; Schalock *et al.*, 2009.

Al mismo tiempo, según estas orientaciones, el proceso de evaluación de la discapacidad intelectual comprende tres funciones: diagnóstico; clasificación y descripción y planificación de apoyos. En la función de diagnóstico es donde los psicólogos participan activamente e identifican si el estudiante posee o no discapacidad intelectual. Esta función se basa en los criterios de diagnóstico del DSM-IV⁵ y la CIE-10 (1999) para el diagnóstico de “retraso mental” (códigos: F70-79), que contempla la evaluación del funcionamiento intelectual (realizada por el psicólogo) y la evaluación de la conducta adaptativa (realizada por el psicólogo y otros profesionales de educación especial). Para el caso de los estudiantes con retos múltiples con discapacidad intelectual, se menciona que frente a la imposibilidad de aplicar los test usuales, se utilizará el “juicio clínico” del especialista para clasificar el grado de limitación del funcionamiento intelectual, orientado por las normas del Ministerio de Salud, la CIF, la CIE-10 y la AAIDD, y la adaptación de instrumentos validados o no en nuestro país, registrando las razones de su aplicación y las ventajas y limitaciones de su uso.

Lamentablemente, no se conocen pruebas ni estudios en Chile que permitan evaluar discapacidad intelectual en personas que presentan déficits sensoriales o físicos, como por ejemplo la parálisis cerebral. El test de Matrices Progresivas de Raven, tiene normas para personas que presentan sordera, pero no está normado en nuestro país, además, dicho test se sugiere sólo como tamizaje y no para diagnosticar discapacidad intelectual.

Las orientaciones del Ministerio de Educación no especifican con mayor claridad cómo evaluar la alternancia de discapacidades múltiples, por ejemplo: discapacidad intelectual y sordoceguera, ni se describen métodos o pasos para aplicar el juicio clínico en estas situaciones. Sin embargo, el Decreto 170 (MINEDUC, 2010), en su párrafo 3° define explícitamente el término “multidéficit” como “discapacidades múltiples” y estipula la importancia de una evaluación integral, multiprofesional y cualitativa, que abarque las áreas cognitivas, sensoriales, comunicativas, motoras, de habilidades de la vida diaria y socio-afectiva.

3.2. Intervención psicológica y elaboración del Plan Educativo Individual

En las orientaciones técnicas del Ministerio de Educación (MINEDUC, 2009), se describe que en la fase de evaluación se debiera especificar en la función de clasificación y descripción del proceso de evaluación, las características del estudiante con respecto a sus capacidades y limitaciones, en cada una de las cinco dimensiones⁶ y esbozar algunas sugerencias para las necesidades de apoyo que requiere el niño para

⁵ López-Ibor, APA & Valdés, 2005.

⁶ García, 2005; Navas, Verdugo & Gómez, 2008.

mejorar su funcionamiento y participación en la comunidad. Aquí se debieran clasificar los apoyos intermitentes, limitados, extensos o generalizados, en nueve áreas: desarrollo humano, enseñanza y educación, vida en el hogar, vida en la comunidad, empleo, salud y seguridad, conductual, social y protección y defensa. Esta función se elabora con todo el equipo multidisciplinario que evalúa e interviene con el niño con discapacidad, incluyendo al psicólogo.

La siguiente fase se orienta a la creación del perfil de necesidades de apoyo del estudiante según su etapa del desarrollo. Es aquí donde se desarrolla el plan educativo individual y donde el psicólogo participa no sólo interviniendo directamente con el estudiante, sino también colaborando con las acciones de los otros profesionales de la escuela.

El Plan Educativo Individual (PEI), es una planificación semestral que se realiza en todas las escuelas especiales, con el fin de guiar y evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes con discapacidad y el apoyo profesional que el niño recibirá de manera complementaria. Éste contiene diversas áreas de desarrollo que conforman el currículum del estudiante. En las escuelas con niños con retos múltiples, por lo general se aplica el Decreto 87, debido a que en su mayoría presentan discapacidad intelectual. Las áreas son las siguientes: físicomotor, artística, cognitivo funcional, social, vocacional y plan complementario. Es en este último donde el psicólogo desarrolla por lo general su programa de intervención para cada estudiante.

A partir del proceso de evaluación diagnóstica integral descrito en el punto anterior, podemos recién proponer una estrategia de intervención. La acción del psicólogo debe quedar expresada de manera clara, con objetivos medibles, siendo flexible en la metodología y aplicación de las actividades, además de considerar todas las áreas formativas del estudiante (cognitiva funcional, social y emocional, psicomotor, artístico y vocacional). Por otro lado, se debe incorporar a la familia, escogiendo en lo posible un modelo de intervención basado en la negociación (Paniagua, 2002), donde en conjunto con los padres del niño se decida el tipo de acciones a seguir, facilitando la atención conjunta desde la experticia de la familia en la intervención con el estudiante.

Finalmente, es crucial considerar las reuniones técnicas semanales donde se analice el proceso de manera multidisciplinaria y se evalúen los resultados desde los logros de cada niño en los contextos donde interactúa.

3.3. Ejemplo de diagnóstico e intervención psicológica en un niño con retos múltiples

A modo de ejemplo, se presenta el diagnóstico y PEI en el área de desarrollo complementaria para un niño con retos múltiples, elaborado por el psicólogo de la escuela de retos múltiples descrita en el método.

3.3.1. Informe diagnóstico psicológico:

I. Identificación:

Nombre: XXXX.

Fecha de nacimiento: 27 de agosto de 2004.

Edad: 2 años 7 meses.

Curso: Pre-básico, ciclo 1, curso 1.

Colegio : Escuela Especial XXXX.

RUT: XXXXX.

Motivo de evaluación: Evaluación psicológica del desarrollo cognitivo y conducta adaptativa del niño.

Fecha de examen: 16 de marzo de 2007.

Instrumentos: Escala de Madurez Social de Vineland, de E. Doll, adaptación chilena de Adriana Otero; observación clínica; aplicación con fines de observación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años (Tepsi); entrevista con la educadora y madre.

II. Antecedentes generales:

Presenta al momento de nacer una hipoglicemia neonatal, lo que deriva en el daño orgánico generalizado, microcefalia y retraso del desarrollo psicomotor. Presenta crisis epilépticas con convulsiones, para controlarlas consume Atemperto (Ácido Valproico) y es atendido en el hospital XXX. El último EEG presenta alteraciones en la zona parieto-temporal derecha, lo que incide en sus dificultades de asociación sensorial y de lenguaje. El niño estuvo en la escuela diferencial XXX desde los 9 meses hasta el año y después en la escuela XXX hasta los dos años cuatro meses. El niño vive con ambos padres, una hermana mayor y su abuela materna, quien es la cuidadora principal del niño.

III. Análisis cualitativo de resultados:

Debido a la edad del niño y a las limitaciones que presenta en su lenguaje comprensivo y expresivo, motricidad y nivel cognitivo, no fue posible evaluarlo con las pruebas psicométricas de inteligencia de Wechsler. Por lo tanto, el diagnóstico se fundamenta en los criterios diagnóstico de la CIE 10, a partir de la observación clínica y los resultados de los otros instrumentos aplicados.

a) Observación clínica en sala:

El niño no manifiesta incomodidad en la situación de observación, no dirige la mirada de manera focalizada, teniendo movimiento de su cabeza de derecha a izquierda constantemente, además de estereotipias con sus manos, golpeando suavemente su rostro o su otra mano. No presenta lenguaje verbal ni gestual, expresando sonidos guturales, llanto, quejidos y risa de manera espontánea. Manifiesta agrado y desagrado por medio del llanto o la risa, es muy sensible al tacto, respondiendo inmediatamente con desagrado cuando tocan directamente su piel o le pasan en las manos estímulos

suaves, sin embargo es tolerante a los estímulos rugosos y ásperos. Es hipersensible a los sonidos fuertes, llorando cuando escucha ruidos repentinos. Focaliza su atención y se tranquiliza con la música suave y melodiosa.

No recibe objetos, tampoco los busca para tomarlos. No camina, presentando hipotonía muscular, tampoco controla el tronco por mucho tiempo en posición sentada, logrando mantenerse en dicha postura por algunos segundos. Es muy receptivo cuando lo alzan en brazos, cuando le hablan y le cantan manifiesta agrado con risa sin dirigir la mirada. No presenta movimiento de pinza en los dedos ni rastrillo al intentar tomar un objeto. Junta sus manos en la línea media, no imita movimientos ni gestos, tampoco se autoalimenta. Cuando un estímulo le desagrada se autolesiona con la mano en su cabeza.

b) Desarrollo social:

En su madurez social, presenta la edad mental de un niño de 5 meses y medio, presentando retraso en todas las áreas de desarrollo social y conducta adaptativa (comunicación, autovestimenta, autoalimentación, locomoción, ocupación, autodirección, autoayuda general, y socialización).

El niño no logra establecer una intención comunicativa, evita el contacto físico y para expresar sus deseos utiliza el llanto. No se observa lenguaje verbal y no verbal intencionado en su entorno inmediato.

c) Desarrollo psicomotor:

Presenta un retraso en su desarrollo psicomotor, donde las habilidades de lenguaje, motricidad gruesa y coordinación fina estarían por debajo de lo esperado para los niños de su edad. El niño no responde ninguna prueba del test para niños de 2 y 5 años, y en el EEDP sus respuestas son principalmente sensoriales.

IV. Diagnóstico:

XXXX evidencia características de una discapacidad intelectual grave (OMS, 2002), alteraciones en su desarrollo psicomotor y del lenguaje, y presenta limitaciones significativas en la conducta adaptativa a nivel conceptual, social y práctico.

Es importante constatar que el retraso que presenta tiene un origen orgánico, relacionado con la hipoglicemia perinatal.

V. Necesidades de apoyo

A partir de lo anterior, se sugiere que el niño reciba apoyo generalizado y permanente en todas las áreas de desarrollo que requiere XXXX, y coordinar a las personas responsables de entregarlos:

Desarrollo humano:

- Respetar sus tiempos y características en la elaboración y programación de actividades cotidianas y de aprendizaje; el niño requiere de apoyo generalizado.

Se sugiere guiar cada movimiento y acción, y al mismo tiempo explicar lo que se está realizando, considerando su hipersensibilidad táctil y auditiva.

- Anticiparle y explicarle la presencia de movimientos o ruidos fuertes, guiarlo a la adaptación de las características de sus compañeros que muchas veces realizan actividades que le molestan.
- Estar atento a sus tonos de voz y expresiones emocionales que es la principal herramienta de comunicación que presenta.
- Estas actividades se debieran realizar en conjunto con el equipo profesional de la escuela y la familia.

Enseñanza y educación:

- Se sugiere que XXXX continúe en la escuela especial X con el fin de fortalecer sus aprendizajes y entregar las necesidades de apoyo sugeridas de una manera multidisciplinaria y guiada por expertos en el área de retos múltiples que esta institución posee.
- Estimular su coordinación fina por medio de actividades con materiales rugosos y blandos.
- Estimular su atención y memoria con objetos llamativos para todas las modalidades sensoriales, cuidando de no sobreestimar y saturar las vías nerviosas, y favoreciendo aquellos estímulos que él prefiera.
- Se sugiere coordinar el plan educativo del niño con todos los profesionales de la escuela, más la participación de la familia.

Vida en el hogar:

- Favorecer actividades que permitan desarrollar su autonomía, como por ejemplo guiar sus manos para guardar materiales o juguetes, que acompañe a un familiar cuando coloca la mesa o asean la casa, tratar de guiar sus manos en prender o apagar la luz. Estas actividades deben ser dirigidas, guiando las manos del niño a las distintas actividades que se espera que realice, considerando su motivación y reforzándolo por su logro.
- La familia es nuclear en orientar y apoyar las actividades cotidianas dentro del hogar, los profesionales de la escuela debieran asesorar y entregar ideas de cómo fortalecer dichas acciones.

Vida en la comunidad:

- Apoyarlo en la participación de actividades en la comunidad como paseos a centros comerciales, plazas, visita a granjas educativas, entre otros.
- Estas actividades debieran realizarse principalmente por la familia, la escuela puede generar estrategias y actividades para integrar al niño, y la comunidad generar espacios para su participación.

Salud y seguridad:

- Continuar asistiendo a los controles médicos y neurológicos.

- Coordinar las acciones profesionales externas con las actividades del equipo profesional de la escuela.

Conductual:

- Focalizar su atención de manera dirigida, la actividad se puede dividir en más días con el fin de disminuir su frustración si no logra terminarla en el tiempo esperado.
- Desarrollar actividades que fomenten su motivación, partiendo por sus intereses, considerando sus capacidades y limitaciones. Las actividades deben ser personalizadas y orientadas al logro de metas.
- Estas actividades debieran ser orientadas por todos los profesionales de la escuela en conjunto con la familia.

Social:

- Motivar la participación del niño en actividades sociales de la escuela, como por ejemplo, participar en actividades de competencia cooperativa, representaciones teatrales, actos para el día del padre o la madre, asistir a eventos públicos en las plazas, entre otros. Todas estas actividades deben ser dirigidas y guiadas, explicándole lo que ocurre y dirigiendo sus manos y mirada para orientar su atención.
- Estas actividades debieran ser coordinadas por las educadoras y profesionales e integrar en su desarrollo a la familia.

Protección y defensa:

- Por medio de diálogos simples y concretos, con objetos y dibujos, tomando sus manos y dirigiendo su mirada, orientar a XXXX al autocuidado, al respeto por sus pares, a evitar riesgos y defenderse de situaciones que le generen daño.
- Las educadoras y la familia, y los demás profesionales debieran apoyar esta actividad. Las educadoras podrían crear las actividades para orientar a las familias en el desarrollo de las habilidades de protección en el niño.

VI. Sugerencias de re-evaluación e informes de avance:

Se sugiere re-evaluar al niño en un año más, con el fin de observar los cambios de su desarrollo de manera integral. Fecha próxima re-evaluación: 26 de marzo del 2008. Entrega de informes de avance: julio y noviembre de 2007.

3.3.2. Proyecto Educativo Individual (sólo área complementaria)

Nombre del estudiante: XXX.

Diagnóstico: Daño orgánico generalizado, microcefalia, retraso del desarrollo psicomotor, epilepsia y discapacidad intelectual sin especificación.

Curso: Pre-básico.

Profesor: XXX.

Semestre: 2.

Responsable: Psicólogo.

Área: Plan complementario.

Objetivo General: Fortalecer habilidades perceptivas, psicomotoras y de comunicación del niño.

a) *Objetivos específicos:*

- Diagnosticar y evaluar antes, durante y después de la aplicación de PEI su desarrollo psicomotor, cognitivo y socioafectivo.
- Desarrollar habilidades sensoriales y perceptuales a nivel visual, auditivo y táctil.
- Aumentar la atención conjunta y participación del niño en actividades sociales.

b) *Actividad:*

- Aplicar instrumentos de evaluación cognitiva, psicomotora y funcional.
- Realizar estimulación sensorial y perceptual con materiales para los diferentes sentidos.
- Realizar actividades que potencien su atención focalizada y selectiva con materiales que incorporen la música.
- A través del juego, fortalecer el vínculo y comunicación con el educador y sus pares.
- Apoyar y orientar las acciones de la educadora y la familia con actividades directas en el aula o en el hogar que permitan aumentar la autonomía y participación social del niño.

c) *Resultados esperados:*

- Lograr el 100% de las aplicaciones y evaluaciones psicológicas.
- Lograr al menos un 50% de integración sensorial y perceptual.
- Lograr al menos un 50% de focalización de la atención en una actividad.
- Lograr apoyar en un 100% el contacto corporal, perceptivo y social del niño con su entorno y las personas que le rodean.
- Lograr apoyar en un 100% la acción educativa de la familia y educadores del niño para desarrollar su inclusión social.

d) *Evaluación:*

- Aplicación con fines de observación de EEDP y Tepsi.
- Escala de Madurez Social de Vineland.
- Pautas de observación.
- Sesión de juego.
- Entrevistas a educadoras y familia.
- Observaciones en aula, recreos y el hogar.

Con respecto a la aplicación de este programa de intervención, hay que tener presente el rol del psicólogo, el cual puede estar orientado a una labor preventiva, normalizadora y/o atenuadora. Además, se podría comparar distintas intervenciones y la evaluación de las distintas etapas que componen el proceso. Por lo general, las intervenciones se orientan al caso único, desde un modelo ecológico y sistémico con la familia; por otro lado, el trabajo directo con el niño aborda técnicas cognitivas y conductuales, dependiendo del grado de discapacidad que presente⁷.

La priorización de conductas objetivo para la intervención psicológica en niños con retos múltiples debiera ser: las conductas autodestructivas, conductas que dificultan el ajuste social del alumno, conductas que alteran el rendimiento o el bienestar físico de los compañeros, conductas por defecto en edades tempranas y conductas ligadas al campo del rendimiento o aprendizaje.

La planificación de la intervención tiene que considerar la definición de la conducta objetivo⁸, considerando las variables orgánicas y ambientales; generar propuestas para solucionar la conducta objetivo, diseñando el programa de intervención propiamente tal, y aplicar las técnicas para apoyar al estudiante. Para la selección de los métodos de intervención se debe tener presente las características únicas del estudiante y las variables que pueden ser consideradas o controladas por el psicólogo. La selección de las técnicas debiera ser fácil, con un alto impacto, factible de medir sus efectos, y respetando la integridad y dignidad del niño y su familia.

Además, se debieran realizar evaluaciones pertinentes a las soluciones propuestas en el plan. Esto puede ser a partir de una evaluación de impacto o de viabilidad.

Finalmente, se debiera seguir durante el año el logro del PEI, a través de las técnicas de evaluación que involucre⁹: La medición de capacidades de aprendizaje y habilidades de comunicación del niño; instrumentos de evaluación adaptados según el niño, priorizando instrumentos más cualitativos y de observación; entrevistas y observaciones en contexto familiar, escolar y social, considerando las características y condiciones únicas del estudiante y sus familias.

Por lo tanto las evaluaciones de seguimiento se realizan con el niño, la familia y los demás profesionales que lo atienden. En este contexto, se debe redactar un informe simple que indique el nivel de logro alcanzado por el niño según cada objetivo específico propuesto, lo que se expresa con las categorías de objetivo logrado, objetivo en desarrollo y objetivo no logrado. Además se debe expresar a nivel cualitativo los resultados, teniendo presente describir de manera sintética aquellos elementos que ha logrado y aquéllos que hay que fortalecer más, definiendo una nueva estrategia para abordar la intervención.

⁷ Moreno, 1997, pp. 143-152.

⁸ Moreno, 1997; Tamarit, 2001.

⁹ Verdugo, 2003.

4. DISCUSIÓN

El ejemplo anterior nos plantea una serie de desafíos desde la acción del psicólogo en la escuela especial, y en específico, del psicólogo que atiende a niños con retos múltiples. Un punto a tener presente es la necesidad de estar constantemente capacitándose, involucrándose con toda la comunidad educativa y no actuar de manera aislada dentro de la escuela.

Si bien la atención con el estudiante cuando es directa debe ser siempre individualizada debido a que los procedimientos varían según el niño y se vinculan a las necesidades, desarrollo y capacidades de los estudiantes, es importante generar un proceso de intervención desde la propia realidad del niño y su familia; el trabajo debiera ser en lo posible ecológico, sistémico y multidisciplinario.

Otro aspecto significativo es tener claro el objetivo o meta que se quiere alcanzar y si las actividades o técnicas son útiles para el alumno. También hay que tener presente cuando se desarrolle la intervención no sólo la discapacidad, sino también la edad cronológica, el estilo de aprendizaje del estudiante, la función de la actividad, lo que se desea lograr y las preferencias y decisiones del estudiante, comentarle lo que se va a realizar, independientemente de que creamos que no nos entiende, buscar la alternativa para comunicarle el procedimiento que se va a seguir y buscar claves que nos permitan comprender su acuerdo o desacuerdo.

En síntesis, se debiera tener presente que la intervención psicológica apoya aspectos funcionales del desarrollo del alumno, permite potenciar una mejor calidad de vida, le permite aplicarlo en otros contextos, integra a la familia y al equipo multidisciplinario de la escuela, permite fortalecer al niño y apunta a una visión normalizadora desde las características del niño y de su contexto sociocultural.

Por otro lado, se sugiere la necesidad de fortalecer las orientaciones a nivel profesional para la evaluación psicológica de niños que presentan más de una discapacidad. La evaluación psicológica en el ámbito de las necesidades educativas especiales, debiera abarcar no sólo las medidas psicométricas de inteligencia o madurez neurológica, debieran revisar el nivel de desarrollo y competencias del niño o niña, el entorno social y familiar que le rodea, las barreras y facilitadores del aprendizaje y participación del estudiante, y su interacción y respuesta en la sala de clases y la escuela. Por lo tanto, se hace necesario incorporar instrumentos de evaluación que abarquen las capacidades de aprendizaje, funcionalidad, e interacción del niño con su entorno de manera más cualitativa, orientados en los criterios de la OMS, pero no focalizados en el diagnóstico clínico, sino en las orientaciones y sugerencias para su formación y seguimiento de sus aprendizajes, velando por eliminar las consecuencias etiquetadoras que produce el diagnóstico, teniendo presente su flexibilidad y momentaneidad, y siendo útiles para quienes forman y fortalecen el desarrollo y aprendizaje de los niños, orientando su contenido hacia el contexto escolar y familiar.

Además de la enseñanza de habilidades adaptativas, es esencial diseñar entornos promotores de participación y desarrollo, que sean comprensibles y significativos,

incentivando relaciones basadas en la reciprocidad. Considerar estos elementos, permitirá la mejora permanente en la calidad de vida del estudiante con retos múltiples y su inclusión social desde lo que el niño realmente es capaz de desarrollar.

REFERENCIAS

- García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 14 (3), 255-276.
- García, V. (2002). *La educación de los niños con discapacidades múltiples*. Recuperado de <http://www.innovemosdoc.cl/diversidad.../garcialuartenov2002.doc>
- Fajardo, F. (2004). *Como abordar al niño con multidéficit y sordoceguera* (Monografía para optar al Título de Licenciatura en Educación Especial), Universidad de Manizales, Manizales-Caldas, Colombia.
- FONADIS (2005). *Primer estudio nacional de la discapacidad. Chile*. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2005/files/enfoquedis-capacidadenero2005.pdf
- López-Ibor, J., APA, Valdés, M. (2005). *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. España: Masson.
- MIDEPLAN (1995). *Ley de integración social de personas con discapacidad, 19.284*. Recuperado de <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/LeyN19.284.pdf>
- MIDEPLAN (2009). *Ley que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. Santiago, Chile: Ministerio de Planificación.
- MINEDUC (1990a). *Decreto Exento N° 87. Aprueba planes y programas de estudio para personas con deficiencia mental*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- MINEDUC (1990b). *Decreto N° 815 Establece normas técnico pedagógica para atender educandos con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social, comportamiento y desarrollo individual y aprueba planes y programa de estudio integral funcional*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- MINEDUC (1990c). *Decreto N° 577. Establece normas técnico pedagógicas para educandos con trastornos motores*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- MINEDUC (1990d). *Decreto Supremo Exento N° 89. Aprueba planes y programas de estudio para educandos con déficit visual*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- MINEDUC (2009). *Orientaciones técnicas para la evaluación diagnóstica de estudiantes que presentan necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad intelectual*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- MINEDUC (2010). *Decreto con toma de razón N° 170. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial*. Santiago, Chile: Ministerio de Educación.
- Moreno, E. (1997). *Intervención psicoeducativa en las dificultades del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Navas, P., Verdugo, M. & Gómez, L. (2008). *Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual*. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 143-152.
- OMS (1999). *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- OMS (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Paniagua, G. (2002). Las familias de niños con NEE. En Marchesi, A.; Coll, C.; Palacios, J.: *Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del desarrollo y NEE. III*. Madrid: Alianza Editorial.
- Peña, R. & Oyanedel, A. (2005). Reconceptualizando la Evaluación en Niños con Retrasos Cógnitivos Severos o Necesidades Educativas Múltiples. Recuperado de http://ceril.cl/P89_evaluacion.htm
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D. & Craig, E. (2009). Intellectual disability: definition, classification and systems of supports. Washington DC: AAIDD.
- Tamarit, J. (2001). El alumno con necesidades de apoyo generalizado. En A. Marchesi, C. Coll & J. Palacios (Comp.) *Desarrollo psicológico y educación III. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Madrid: Alianza.
- Verdugo, M. (octubre, 2003). *Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad*. Ponencia presentada en el Congreso La respuesta a las necesidades educativas especiales en una escuela vasca inclusiva. San Sebastián, España.