

Manual de pautas  
de intervención psicopedagógica

Colección Telefónica Accesible

CeRMI

Telefónica

Elaborado por

Atam

[www.atam.es](http://www.atam.es)

CeRMI

Telefónica



0

1. Introducción	2
1.1. Marco Legal	3
1.2. Manual de Pautas y Calidad Total	4
2. El alumno	6
2.1. Tipología del Alumnado	7
2.1.1. Clasificación funcional operativa	7
2.1.2. Clasificación por diagnóstico	8
2.2. Orientaciones Generales	13
2.3. Objetivos Concretos y Aplicación Práctica	15
2.3.1. Normativa general en el trato directo con el alumno	15
2.3.2. Principios básicos: protocolización e informes	22
2.3.3. Protocolo de evaluación inicial	23
2.3.4. Instrumentos de evaluación	24
2.3.5. Plan educativo personalizado	26
2.3.6. Criterios de distribución del alumnado	27
2.3.7. Manejo conductual del niño en el centro y en el domicilio	27
Debemos recordar que... (el alumno)	30
3. La familia	36
3.1. Mecanismos de adaptación en las familias	36
3.1.1. Mecanismos de negación	37
3.1.2. Mecanismos de proyección	37
3.1.3. Mecanismos pasivo-dependientes	38
3.1.4. Otros mecanismos de adaptación	39
3.2. Orientaciones Generales	39
3.2.1. Debemos procurar	39
3.2.2. Debemos evitar	41
3.3. Objetivos Concretos y Aplicación Práctica	42
3.3.1. Canalización de la información a la familia y periodicidad de la misma	42
3.3.2. Informes evolutivos para la familia	44
Debemos recordar que... (la familia)	45
4. Anexos	48
Anexo I- Protocolo de Evaluación Inicial	49
Anexo II - Plan Educativo Personalizado	53
Anexo III - Informe Evolutivo de Mitad de Ciclo	57
Anexo IV - Informe Evolutivo de Final de Ciclo	61
Anexo V - Respuestas. Debemos recordar que... (el alumno)	65
Anexo VI - Respuestas. Debemos recordar que... (la familia)	65
5. Bibliografía	66



## 1. Introducción

## 1. Introducción

### 1.1. Marco Legal

El número total de personas con discapacidad en el mundo es grande y va en aumento. Por ello, los derechos de estas personas han sido objeto de gran atención internacional y, dentro de ellos, los derechos del niño con discapacidad adquieren especial relevancia. La Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas establece en su artículo 23.1 lo siguiente:

“Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.”

Dentro de los derechos del niño con discapacidad, la educación cobra una importancia fundamental en todas las legislaciones. En este sentido, las Naciones Unidas dictaron las “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, que en su artículo 6 relativo a la educación específica:

“Los Estados deben contar con una política claramente formulada, comprendida y aceptada en las escuelas y por la comunidad en general. Deben permitir que los planes de estudio sean flexibles y adaptables y que sea posible añadir distintos elementos, según sea necesario.”

En consonancia con lo anterior, el Parlamento Europeo, en su Resolución sobre los Derechos de los Deficientes Mentales, y concretamente en el ámbito de la formación y la educación, pide asesoramiento temprano e intensivo para los padres de niños con discapacidad, así como una enseñanza que parta de los principios de integración y normalización, garantizando la formación de especialistas para la educación y cuidado de las personas con discapacidad.



La legislación española, en tanto que país miembro de estos foros internacionales, recoge y asume estas disposiciones y en La Ley de Calidad de la Educación especifica:

“La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales de estos alumnos se realizará por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones. Estos profesionales establecerán en cada caso planes de actuación en relación con las necesidades educativas específicas de cada alumno, contando con el parecer de los padres y con el del equipo directivo y el de los profesores del centro correspondiente” (art.42.2)

En coherencia con todo lo anterior cada centro educativo debe estar provisto de herramientas que, como este manual, faciliten la traducción práctica de las leyes y su aplicación concreta en la realidad cotidiana.

## 1.2. Manual de Pautas y Calidad Total.

El presente Manual de Pautas de Intervención Psicopedagógica pretende ser una orientación acerca de la metodología a aplicar en el trato directo con los alumnos de un Centro de Educación Especial y con sus familias. Teniendo en cuenta que la función primordial de la Psicopedagogía es apoyar y orientar la acción educativa, posibilitando criterios de mejora en el diseño, desarrollo, innovación y evaluación de los procesos educativos, este manual tiene como fin servir de puente entre la teoría explicativa y la acción práctica, ofreciendo directrices básicas a tener en cuenta para la intervención.

En el caso de la Educación Especial, a diferencia de la educación de niños sin discapacidad, el proceso pedagógico puede y debe tener carácter terapéutico en sí mismo. De aquí se deriva la importancia de unificar criterios psicológicos, médicos y educativos.

El desarrollo del manual es coherente con los Derechos de las Personas con Discapacidad, con el Modelo de la Calidad de Vida, con el Modelo Habilitador de la Asociación, y con los principios generales que se derivan de la aplicación de los modelos de gestión total de la calidad.

El objetivo de la Calidad Total implica, entre otras cosas, definir las necesidades de los clientes, establecer un espíritu de mejora continua, optimizar la sistemática de los procesos de trabajo, prevenir problemas, registrar datos de los procesos para mejorar los mismos, promocionar equipos de mejora de la calidad formados por personal diverso y motivado, así como garantizar formación y entrenamiento continuados.

En este contexto, este manual no puede ni debe ser un instrumento rígido y dogmático, sino todo lo contrario, una ayuda siempre mejorable y receptiva a todo tipo de colaboraciones.

El manual se divide en dos partes simétricas dedicadas al alumno y a su familia. Partiendo de la teoría general y de la descripción somera de distintas tipologías de alumnos y aspectos relativos a sus familias, intenta concretar una serie de orientaciones generales para después poder establecer unos objetivos concretos y trasladables a la práctica diaria. El objetivo último del manual es el establecimiento de la filosofía y directrices en cuanto a los aspectos psicopedagógicos a aplicar en un Centro de Educación Especial. Asimismo el manual pretende incidir en el establecimiento de la necesaria alianza entre los padres del alumno y los profesionales del colegio para, conjuntamente, llevar a cabo el desarrollo educativo y personal del niño.



# 2

## 2. El Alumno

### 2. El Alumno

El alumno es el objetivo fundamental, aunque no el único, dentro de un Centro de Educación Especial. La educación va más allá de una preparación académica y debe tener en cuenta el desarrollo integral de la persona. Este aspecto, que es aplicable a cualquier niño, adquiere especial importancia en el niño con discapacidad, ya que además de los déficits instrumentales concretos, se asocia con frecuencia una problemática emocional añadida, tanto en el niño como en su familia, que puede ser un condicionante que dificulte el normal desarrollo de aspectos clave de la personalidad.

La educación ha de ser concebida como un proceso que posee un valor indeleble que se desarrolla a lo largo de toda la vida. En el caso de alumnos con discapacidad, la educación tiene función terapéutica en sí misma, pudiendo atenuar un déficit concreto, enseñando una habilidad instrumental, o evitar un déficit mayor eliminando actuaciones de sobreprotección innecesaria. Así, si observamos, por ejemplo, la evolución que tiene en la actualidad un niño con Síndrome de Down en comparación con la que experimentaba hace muchos años, llegamos a la conclusión de que podían ser más limitantes los factores externos que la patología original, y que puede haber más retraso mental por defecto educativo que por la trisomía del cromosoma 21.

La educación en estos casos debe basarse en una valoración muy precisa de las necesidades individuales.

Es imprescindible compaginar las necesidades pedagógicas con las necesidades afectivas propias del alumno y su psicopatología, de ahí la importancia de la colaboración multidisciplinar entre los diferentes profesionales involucrados en la intervención.

#### 2.1. Tipología del Alumnado

##### 2.1.1. Clasificación funcional operativa

La valoración de cada caso debe determinar cuáles son las capacidades y limitaciones, es decir, la funcionalidad, como paso previo para determinar la modalidad de escolarización, las necesidades adaptativas concretas, los recursos necesarios, etc., por tanto, no es suficiente el diagnóstico clínico, sino que es preciso tener en cuenta todas las implicaciones psicopedagógicas de cada caso concreto.

Desde un punto de vista educativo se establecerá una clasificación del alumnado por criterios de funcionalidad. Así, por ejemplo, tendrán un funcionamiento como retraso mental leve aquellas personas con deficiencia mental leve, o aquellas con inteligencia límite a la que se suma un déficit sensorial o motor, o personas con trastornos leves de la personalidad. El funcionamiento equivalen-



te a retraso mental moderado se dará cuando tengan deficiencia mental moderada, o leve asociada a un déficit sensorial o motor, o bien trastornos mentales de carácter moderado. Del mismo modo, tendrán un funcionamiento equivalente a retraso grave aquellas personas con deficiencia mental severa, o moderada asociada a déficit sensorial o a diferentes problemas mentales de carácter grave.

Este tipo de clasificaciones permite una atención a la diversidad en la que la unificación de distintos tipos de alumnado dentro de un mismo aula conlleva un enriquecimiento de todos ellos como consecuencia de sus características diferenciales y complementarias.

Dentro de los objetivos de este manual se encuentra el establecimiento de unos criterios operativos para la distribución del alumnado.

### 1.1.1. Clasificación por diagnósticos

La clasificación por criterios diagnósticos es paralela a la clasificación funcional pero menos pragmática desde un punto de vista organizativo. No obstante, es necesario tener en cuenta las características y necesidades específicas de cada alumno.

Dos niños pueden pertenecer al mismo grupo funcional pero tener unas caracte-

rísticas de personalidad totalmente diferentes (p.ej. un niño con el Síndrome de Down y un niño con autismo).

Resulta imprescindible conocer las características de cada alumno y su patología asociada para establecer un proyecto educativo individualizado. Lo que para un niño con parálisis cerebral puede ser un límite conductual, para un niño con autismo puede ser causa de agitación.

En función de sus características diagnósticas queremos analizar, por su frecuencia e importancia, los siguientes grupos:

- Síndrome de Down.
- Parálisis cerebral.
- Discapacidades sensoriales.
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismo)

Dentro de los objetivos de este manual no está realizar un estudio pormenorizado de los distintos diagnósticos y patologías, pero conviene tener en cuenta algunas características fundamentales de cada uno de los grupos mencionados.

#### • Síndrome de Down

Separamos esta categoría diagnóstica del resto debido a su elevada frecuencia y a sus particulares características psicológicas.

Así como en su aspecto físico los niños

con Síndrome de Down (S.D. en adelante) tienen rasgos propios que les distinguen, desde el punto de vista psicológico también cuentan con rasgos distintivos de personalidad.

En general, el desarrollo social y afectivo de los niños con S.D. es muy similar al de cualquier otro niño, aunque más lento. Se adquiere más tarde la capacidad de reír, de reconocer a sus padres... Los niños con S.D. no son tan efectivos cuando se trata de utilizar sus recursos conductuales para conectar y obtener información del ambiente social, ya que presentan un retraso en la aparición de conductas emocionales.

A pesar de que existe la idea extendida de que estos niños son abiertos y afectuosos, esta apreciación no es del todo exacta, existiendo grandes diferencias en cuanto al desarrollo afectivo y social de cada uno de ellos. Son frecuentes las conductas negativistas, la testarudez y obstinación, las dificultades de adaptación, la excesiva demanda de atención o la escasa participación en actividades de grupo. Estas características guardan relación en algunas ocasiones con las actitudes educativas de los padres y con los problemas físicos del niño, así como con su psicopatología asociada (rasgos autistas, depresión...).

Con frecuencia aparecen en algunos de estos niños manifestaciones de tipo psi-

cótico: desconexión con el medio, conductas estereotipadas, posturas anómalas, ausencia de contacto ocular y alteración significativa de las relaciones interpersonales por pérdida de contacto con la realidad.

Algunos hábitos de autonomía están alterados. La actitud negativista hacia la alimentación es frecuente, lo que genera conflicto en la relación con los padres. También se adquiere con posterioridad el control de esfínteres, así como los hábitos de vestido.

En el desarrollo cognitivo destaca una infantilización de las conductas adquiridas, falta de continuidad en la tarea a llevar a cabo y escasa motivación. Presentan alteraciones en el contacto visual, así como déficit en la atención y en la memoria inmediata. En el juego presentan carencias en la vocalización, exploran menos los juguetes y a veces muestran conductas sin finalidad aparente.

Estos niños tienen dificultades para comunicarse debido a que su lenguaje comprensivo es mejor que el expresivo (a diferencia de los niños con autismo).

#### • Parálisis cerebral

El niño con trastorno motor depende de todo lo que el entorno decida hacer con él, para él, sobre él o, en el peor de los casos, sin él. Por ello, no es extraño que la mayoría de estos alumnos cuenten



con rasgos de personalidad bastante comunes.

La enorme dependencia del mundo exterior determina una gran inseguridad personal que puede traducirse en actitudes que van de la pasividad a la tiranía. Su inestabilidad emocional y vulnerabilidad, junto con su indefensión aprendida condicionan enormes “enganches” afectivos con los demás, ya que los demás son agentes del futuro. Por esta dependencia de otros, estos niños pueden ser poco asertivos y tener verdadera necesidad de agradar para ser queridos y aceptados por encima de todo, aún renunciando a demandas legítimas por miedo a que el otro se moleste y les abandone.

La inseguridad les hace tener una visión alterada de sus posibilidades reales, por lo que tienen dificultades para crear y clara tendencia a la frustración. Tienen enorme miedo al fracaso, por lo que necesitan refuerzo frecuente así como información adelantada sobre acontecimientos venideros.

Aunque la mayoría de ellos tiene dificultad para tolerar o hacer frente a los conflictos, son comprensivos, presentan más interés por asuntos de los demás frente a los propios, son tenaces y voluntariosos y cuentan con una gran capacidad de espera.

Los trastornos emocionales derivados de

su discapacidad se pueden traducir en conductas evitativas que a veces llegan al mutismo. Estos comportamientos se deben a la respuesta anormal a estímulos usuales, a la fuerte tendencia a evitar los cambios, y a los complicados rituales que desarrollan para mantener la rutina. Cuando la angustia se desborda pueden aparecer crisis de temor, agitación y autoagresiones.

Según el tipo de parálisis se describen distintos rasgos peculiares de personalidad. El espástico a menudo es introvertido y expresa su afectividad con los ojos y la cara. El atetósico suele ser extrovertido, lábil emocionalmente, participativo y enérgico. El atáxico puede ser depresivo y angustiado, con escasa tolerancia a la frustración y tendencia al llanto.

#### • Déficits sensoriales

El niño con déficit sensorial puede tener un conocimiento limitado y empobrecido del ambiente externo debido a la reducción de la información que percibe.

En el niño ciego, la deficiencia no necesariamente causa dificultades en el desarrollo psicológico, ya que el organismo tiene otras vías de recogida de la información que pueden suplir o complementar la vía visual con la adecuada orientación y apoyo.

Dentro de la evolución de los niños ciegos destaca el enlentecimiento en el pro-

greso durante algunas etapas, ya que la ausencia de visión puede constituir un freno en el desarrollo. El progreso cognitivo y psicomotor queda a veces bastante afectado.

En los primeros años de vida, el niño ciego presenta un considerable retraso en la manipulación de objetos, ya que la coordinación entre el oído y la mano es más complicada que la coordinación entre el ojo y la mano.

A partir de los dos años el niño ciego empieza a hacer representaciones de los objetos, en relación directa con el adecuado desarrollo del lenguaje. El inicio de la marcha y del juego simbólico son más tardíos.

Posteriormente, de los seis a los doce años, los niños ciegos sufren un retraso en la adquisición de algunas operaciones concretas con respecto a los niños sin déficit visual. Presentan mayor desfase en las tareas de tipo figurativo, no así en aquellas de carácter lingüístico. Esto se debe a la recogida de casi toda la información a través del tacto y el oído.

En cuanto al niño sordo hay que considerar que la audición es la vía principal para el desarrollo del lenguaje, que a su vez es el asiento de muchos aprendizajes posteriores. En este sentido es muy importante si la hipoacusia se produjo antes de la adquisición del lenguaje (pre-

locutiva), o cuando éste ya estaba adquirido (postlocutiva). En cualquier caso, e independientemente de si tiene restos auditivos o no, debe aprender el lenguaje de signos y otros sistemas de comunicación alternativos.

Un porcentaje muy alto de las personas sordas tiene un problema con la lectura comprensiva. Para el sordo la lectura es un aprendizaje extraordinariamente difícil. Suelen mostrar vocabulario escaso, pobre conocimiento de la sintaxis, dificultades en la articulación / pronunciación y limitaciones en las capacidades organizadoras del lenguaje.

La escritura está muy afectada en el sordo prelocutivo, y se encuentra vinculada con las dificultades en el lenguaje oral y en la comprensión de la lectura. Las frases son más cortas y menos elaboradas, con más nombres y verbos pero con menos artículos, preposiciones y conjunciones, los tiempos verbales son más limitados, hay fallos en la concordancia de género, frases estereotipadas, etc.

Todos los autores comparten la idea de que es prioritaria la comprensión de la lectoescritura, dejando para un segundo plano una mejor pronunciación.

#### • Trastornos generalizados del desarrollo.

El niño con autismo no muestra el interés normal de cualquier niño hacia sus padres



y otras personas significativas. El desarrollo de estos niños se caracteriza por una dificultad en el establecimiento del vínculo y una falta de apego a personas específicas. No parecen distinguir a las personas más significativas de su vida (familia, profesores...) y no presentan la ansiedad de separación de otros niños cuando se quedan solos en un ambiente desconocido.

Durante la escolarización se evidencia una incapacidad para jugar con otros niños y, sobre todo, serias dificultades para desarrollar empatía y para responder adecuadamente a los intereses y sentimientos de los demás.

Paralelamente se ponen de manifiesto deficiencias y desviaciones graves en el desarrollo del lenguaje, existiendo un empobrecimiento de los procesos de pensamiento. Las grandes dificultades para la interacción social determinan que su conversación esté alterada y no corresponda con el normal intercambio de preguntas y respuestas.

Una diferencia muy significativa con respecto a otros niños con discapacidad con mejor lenguaje comprensivo que expresivo (por ejemplo, niños con Síndrome de Down), estriba en que los niños con autismo pueden decir más cosas de las que comprenden. Aparecen ecolalia y frases estereotipadas fuera de contexto, así como un uso inadecuado de los pronombres y problemas en la articulación del lenguaje.

Conductualmente, desde el principio se observa una ausencia del normal juego exploratorio, o bien es muy escaso. Los objetos son manipulados sin intención definida y con pocas características simbólicas. Carecen de abstracción y capacidad de imitación. El juego es rígido y repetitivo, apareciendo rituales y compulsiones, así como alteraciones del movimiento (estereotipias, manierismos, muecas...) que disminuyen significativamente en ambientes muy estructurados.

Estos niños son especialmente sensibles a las situaciones de transición y cambio, que pueden traducirse en pánico y desorganización de la conducta.

La afectividad es restringida e inestable, pudiendo aparecer explosiones de risa o llanto inmotivados. También pueden responder por exceso o por defecto a los estímulos sensoriales, mostrando especial predilección por la música y estímulos vestibulares (vueltas, balanceos...)

Otros rasgos típicos suelen ser hipercinesia, agresividad, rabietas sin motivo aparente, autolesiones, déficit de atención, trastornos del sueño y la alimentación, así como déficits en el control de esfínteres.

- **Plurideficiencias.**

La mayoría de los niños con encefalopatías graves son plurideficientes y presen-

tan déficits mentales, motores y sensoriales. Esta combinación hace que todos ellos interactúen negativamente en la educación y el desarrollo del niño.

## 2.2. Orientaciones Generales

### Debemos procurar:

- Utilizar instrumentos que valoren las capacidades del niño y la evolución de las mismas con eficacia y fiabilidad contrastadas. Deben ser tests estandarizados, válidos (que midan lo que pretenden medir) y fiables (que sus resultados sean reproducibles). En general deben ser tests objetivos. Los tests de carácter proyectivo pueden tener interés en casos concretos.
- La evaluación debe incluir aspectos cuantificables y aquellos otros que sin ser cuantificables tengan importancia para la comprensión real del niño.
- La figura del profesor debe ser una referencia clave para el niño y debe estar dotada de autoridad moral.
- Del mismo modo, el niño debe percibir unidad de criterios entre sus profesores, ya que en caso contrario establecerá favoritismos entre personas que están para ayudarlo y en ningún caso para perjudicarlo.
- No son tan importantes los criterios educativos concretos como la cohesión y continuidad de los mismos a lo largo de la escolarización a pesar de que el niño vaya cambiando de profesores, teniendo en cuenta lógicamente las diferencias propias de cada ciclo escolar.
- El trato debe ser cálido y cercano, pero al mismo tiempo debe ser asertivo y firme en la imposición de límites conductuales.
- Se deben remarcar las cualidades que posee el alumno más que sus carencias.
- Se debe intentar que exista una proporcionalidad entre las exigencias educativas y las actividades placenteras y de ocio, ya que, si bien ambas son imprescindibles para el desarrollo, el niño se decantará inevitablemente por las segundas.
- Se debe inducir en el niño una progresiva tolerancia a la frustración, posponiendo la gratificación inmediata, siempre teniendo en cuenta su nivel y características personales.
- Se debe fomentar su autonomía progresiva, no sólo enseñando habilidades específicas, sino también su independencia psicológica eliminando cualquier vínculo de apego o dependencia innecesario.



- Se debe estimular la expresión de deseos y opiniones, así como mantener vigilancia sobre el estado de ánimo del niño. Cualquier trastorno psicopatológico asociado debe ser valorado y tratado con prontitud.
- Debemos evitar:**
- El empleo de instrumentos de valoración de las discapacidades que carezcan de la suficiente fiabilidad y validez o que distorsionen la situación real del niño y su evolución.
  - Que el niño no desarrolle aptitudes y capacidades potenciales como consecuencia de una estimulación insuficiente o descoordinada.
  - Que el niño esté sobreestimulado, o que la presión ejercida sobre él exceda sus limitaciones, con lo que, lejos de obtenerse avances, el efecto sería el contrario.
  - Intentar cambiar por exceso de celo profesional aspectos que no son modificables dentro de su discapacidad.
  - Se debe evitar aplicar métodos “universales” o teorías generales que no tengan en cuenta las características y necesidades de cada alumno, así como alternativas educativas insuficientemente contrastadas.
  - Se debe evitar un trato excesivamente técnico y privado de calidez, rígido o dogmático que aborde al niño como un “síndrome” en vez de cómo una persona.
  - Análogamente se debe evitar un trato excesivamente “blando” y condescendiente que no transmita al niño sus obligaciones y no le imponga límites imprescindibles para su correcto desarrollo caracterial.
  - Se debe evitar que el niño establezca vínculos regresivos y de excesiva dependencia con un profesor.
  - Tampoco es deseable que establezca vínculos de oposicionismo o desafío.
  - Que el niño acabe teniendo una idea maniquea de sus profesores en función de distintas actitudes educativas, ya que esto redundaría negativamente en su desarrollo.
  - Se debe evitar el manejo exclusivamente conductual de una disconducta orgánica.
  - Se debe evitar el manejo, exclusivamente farmacológico, de una disconducta funcional.

### 2.3. Objetivos Concretos y Aplicación Práctica

En relación con todo lo anteriormente descrito se imponen las siguientes necesidades:

- Establecimiento de una **normativa general en el trato** directo con los alumnos.
- Establecimiento de los **instrumentos de evaluación** y métodos de medición objetiva de la evolución de los déficits y de la adquisición de capacidades.
- Establecimiento de un **protocolo de evaluación inicial** del alumno y desarrollo de su **plan educativo personalizado**.
- Establecimiento de unos **criterios de distribución del alumnado**.
- Establecimiento de los **criterios para el manejo conductual del niño** en el centro y en el domicilio.
- Establecimiento de los **criterios temporales** en cuanto a la aplicación de todo lo anterior.
- Establecimiento de la **agenda de reuniones** entre los profesionales implicados para contrastar la evolución del alumno y dar coherencia y continuidad al proyecto educativo.

#### 2.3.1. Normativa general en el trato directo con el alumno

El trato directo con el alumno debe caracterizarse por el respeto absoluto y riguroso, teniendo en cuenta que ninguna persona pierde derecho alguno conforme disminuye su capacidad intelectual. Todo lo contrario, los derechos deben estar todavía más garantizados en la medida en que su discapacidad le impida defenderlos por sí mismo. Ser niño y tener discapacidad coloca a la persona en un grado extremo de indefensión que exige a los profesionales e instituciones el máximo esscrúpulo en la observación estricta de las normas básicas de respeto que serían aplicables a cualquier otra persona sin discapacidad. En este sentido es importante recordar:

##### Para todos los alumnos:

- Se debe informar al niño de manera anticipada sobre adónde va y para qué cada vez que se le cambia de sitio. No debe ser transportado como si no tuviera criterio propio.
- Se debe pedir su opinión y ofrecerle el mayor número de opciones para elegir, ofertándole la posibilidad de negarse justificadamente. No debe presuponerse que sus deseos coinciden con los de los demás ni se deben intuir opiniones nunca expresadas.
- No se debe hablar de sus limitaciones



delante de él, independientemente de su grado de retraso. Hasta los niños con retraso grave detectan la afectividad del entorno. Debe incidirse sobre las habilidades que posee.

- Se debe evitar hablar delante de él de los problemas que causa, así como expresar cualquier comentario negativo sobre su familia.
- Se le debe ayudar lo mínimo necesario de forma que haga sus tareas con la máxima autonomía, aunque esto exija tiempo y paciencia y pueda resultar más cómodo hacerlas por él.
- Se le debe preguntar con frecuencia sobre sus necesidades básicas (hambre, sed...)
- En niños con incontinencia de esfínteres, los cambios de pañal deben realizarse en condiciones de respeto a la intimidad, con la puerta cerrada y, a ser posible, por personal de su mismo sexo. Se debe llamar a la puerta antes de entrar en lugares privados (servicios...)
- Se debe propiciar que el niño lleve una ropa adecuada y digna.
- El trato no debe ser brusco aunque tenga que ser firme. Casi nunca es preciso gritar a un niño (con discapacidad o sin ella) ya que los niños inter-

pretan estas actitudes como un signo de impotencia de su cuidador en lugar de como un signo de firmeza. Análogamente se debe evitar zanzanear, tirar del brazo, etc. Con un manejo conductual asertivo y coherente no son necesarias las viejas estrategias que se han evidenciado históricamente fallidas cuando no contraproducentes.

- Se debe intentar adecuar el trato a la edad cronológica. No se debe tratar a un niño de 15 años con discapacidad intelectual igual que a uno de 5 años sin discapacidad, aunque tengan una edad mental similar.
- Es importante tener en cuenta que los niños acaban incorporando y mimetizando el estado de ánimo de las personas con las que están. La ansiedad de los padres o de los cuidadores se traduce en disconductas e inquietud en los niños. Del mismo modo, el niño puede mostrarse desafiante y oposicionista si detecta miedo o inseguridad en quienes le rodean.

#### Para los niños con Síndrome de Down:

- Precisan atención directa e individual por las dificultades que presentan tanto para trabajar solos como para seguir instrucciones dadas al grupo.
- Su aprendizaje es muy lento, por lo

que se le debe ofrecer gran variedad de experiencias distintas.

- A menudo no captan bien los sonidos, por lo que debe reforzarse la información a través de la vista. Se les debe hablar con frases cortas expresadas con claridad.
- No se les debe dar varias órdenes seguidas, sino de una en una y asegurándonos que las han entendido, ya que no tienen buena memoria secuencial.
- Muchos de sus cambios y movimientos son realizados por imitación, no por comprensión.
- Si la tendencia del niño es al aislamiento debemos pensar en la posibilidad de que nos estemos excediendo en el nivel de estímulo.
- Estos niños se cansan con facilidad, por lo que se deben planear tiempos cortos de trabajo con cambios frecuentes de actividad.
- Un “parón” en las adquisiciones no significa que hayamos llegado a su techo sino que puede que necesite ir más despacio.
- Deben ser facilitadas todas las tareas en las que se precise destreza manual ya que presentan dificultades en la

motricidad fina y gruesa como consecuencia de su anatomía y su bajo tono muscular. También tardan más en establecer la dominancia lateral.

- Estos niños no suelen expresar verbalmente las demandas de ayuda o planificar estrategias cuando deben atender a varios estímulos simultáneos. En estos casos pueden aislarse, desconectar, o bien presentar conductas inapropiadas. Debemos darles mucho tiempo para que se expresen.
- Tienen escasa tolerancia a la frustración, por lo que el enfrentamiento con situaciones que les disgusten debe ser gradual y progresivo si queremos que exista un aprendizaje.
- Es importante apoyar el aprendizaje en el refuerzo positivo, ya que los niños con Síndrome de Down suelen reaccionar a la crítica con actitudes negativistas y oposicionismo. El refuerzo positivo apuntala su autoestima.
- El niño debe ser tratado como cualquier otro, sin prestar atención a sus demandas masivas de protagonismo.
- Estos niños pueden tener dificultades para ponerse en el lugar de otros (escasa empatía), lo que debemos corregir fomentando las actividades de grupo.



- Tienen falta de iniciativa a la hora de emprender tareas nuevas o probar actividades diferentes, por lo que se debe reforzar intensamente cualquier iniciativa que parta del niño.
  - Cualquier tarea o situación nueva debe ser presentada al niño de tal manera que las posibilidades de concluirla con éxito sean muy elevadas, ya que tienen enorme miedo al fracaso. Precisan numerosas explicaciones previas, e incluso que el profesor haga de modelo.
  - No aceptan bien los cambios bruscos de tarea ni comprenden que haya que dejar una tarea inconclusa, por lo que habrá que anticipárselo.
  - Los imprevistos les generan inseguridad, por lo que hay que enseñarles secuencias de actos para que se adapten a las posibles variaciones de la misma.
- Para los niños con deficiencia motora:**
- Sobre todo se debe evitar la dependencia psicológica del adulto incrementando la autoestima y la confianza y seguridad en sus propias capacidades.
  - Para ello hay que plantearles tareas que puedan ser concluidas por ellos con éxito asegurado, que deberá ser reforzado positivamente con insistencia.
  - Sus cortos periodos de atención y su tendencia al cansancio exigen tareas cortas con periodos frecuentes de descanso.
  - Otra forma de evitar la dependencia estriba en potenciar su asertividad, favoreciendo la expresión sincera de sus deseos y opiniones, aunque no sean de nuestro agrado o representen críticas hacia nosotros. Deben tener la certeza absoluta de que no serán abandonados por ello.
  - Que tengan gran capacidad de espera no quiere decir que tengamos que hacerles esperar más tiempo que a los demás niños. Debemos estar muy pendientes de sus necesidades básicas.
  - Deben tener información adelantada de todo lo venidero, especialmente de los cambios de ubicación.
  - La tolerancia a la frustración debe ser una adquisición lenta y progresiva que implique suaves cambios de rutina y flexibilización de rituales.
  - Debemos aportarles estrategias adaptativas en la resolución de conflictos, de forma que no adopten actitudes pasivas o tiránicas.
  - La angustia derivada de su discapacidad y de su comparación con niños sin parálisis determina frecuentes

descompensaciones anímicas que deben ser detectadas y tratadas con prontitud.

**Para los niños con déficit visual:**

- En el niño con déficit visual se deben tener en cuenta todas las necesidades que derivan de la baja visión: evitar deslumbramientos, evitar los cambios bruscos de luminosidad, dar tiempo para la acomodación a esos cambios, emplear correcta iluminación con luz cenital, iluminación suave alrededor del trabajo que estén realizando, ampliaciones de la imagen, incrementos del contraste, etc.
- Las tareas inicialmente deberán ser sencillas y con carácter estático, para pasar posteriormente hacia otras más complicadas y con movimiento.
- Se debe reforzar el uso de la visión, potenciando los restos visuales existentes. Para ello hay que emplear actividades motivantes no exclusivamente académicas.
- La falta de información visual hace necesario explicarle las cosas de forma verbal, con más palabras y profusión de detalles que el niño no puede percibir.
- Se le debe permitir el libre desplazamiento (lógicamente en condiciones de seguridad) para que el niño mire

de cerca y al mismo tiempo adquiera autonomía.

- Estos niños presentan dificultades en el aprendizaje por imitación, ya que la ausencia de visión impide la percepción de múltiples estímulos ambientales.
- La asimilación de los conceptos espaciales debe ser prioritaria, ya que es requisito previo para la enseñanza del sistema Braille.
- Se debe potenciar la exploración del entorno ya que la manipulación de los objetos es fuente importante de información en el niño ciego. El movimiento es el principal sustituto de la visión para conocer el entorno. Se deben formar esquemas motores en el espacio que sólo pueden ser controlados a través de su uso constante.
- Deben entrenarse todos los sentidos propioceptivos, el oído y el olfato (fomentar el conocimiento táctil y sonoro de los objetos)
- Los aprendizajes de conceptos verbales deberán basarse en aspectos concretos y con contenido experimental.
- Especial importancia tiene el entrenamiento en la orientación y movili-



dad por el centro y en las habilidades de la vida diaria.

- Hay que asesorar a los padres del niño ciego, ya que a veces no pueden entender los intentos comunicativos que realiza el niño.
- En este sentido hay que fomentar la comunicación no-verbal, ya que a veces se retrasa la aparición de la primera palabra.

#### Para los niños con déficit auditivo:

- Es fundamental el entrenamiento auditivo para compensar o aminorar el déficit. En estos niños se debe potenciar el uso de sonidos a través de instrumentos musicales, ruido ambiental, etc.
- Hay que procurar una buena base oral para favorecer el aprendizaje de la lectura y los procesos de pensamiento.
- Debe aprender el lenguaje de signos y otros sistemas de comunicación alternativos, independientemente de si tiene restos auditivos o no. Lo importante es que adquiera un lenguaje que regule el pensamiento.
- Si hay restos auditivos se debe mantener el lenguaje oral.
- El estilo comunicativo oral puede ser adquirido a través de las imitaciones

de los oyentes, por lo que se debe facilitar.

- Es preciso enseñar a hablar a la persona con sordera prelocutiva. Se debe evitar el mutismo a través de ejercicios de soplo, imitación de praxias oro-faciales, vibración de los órganos fonatorios, etc. para que el niño emita progresivamente todos los fonemas.
- Asimismo es muy importante la enseñanza de la lectura labial.
- Se debe inducir especialmente en el niño sordo el gusto por la lectura ya que a través de ella podrá compensar la falta de experiencias y conocimientos que se adquieren naturalmente por información auditiva.
- No debemos permitir que el déficit sensorial determine su aislamiento del resto, fomentando las actividades socializadoras y participativas de grupo. De este modo se atenuará la desconfianza y suspicacia que en ocasiones se observa en personas con hipoacusia.

#### Para los niños con autismo:

- Debemos asumir las características diferenciales del niño con autismo sin pretender que su comportamiento sea como el de los demás. Tampoco debemos olvidar que siguen siendo

niños, y que comparten muchas características con el resto.

- Es imprescindible tener en cuenta que en el autismo la recogida y procesamiento de la información son diferentes, y la agresividad puede ser una forma de comunicación y no un signo de hostilidad.
- A veces el niño no cumple con una demanda, pero no por oposicionismo o desafío, sino porque no ha entendido el mensaje. Habrá que repetirlo de manera más sencilla las veces que sea preciso.
- Al niño con autismo hay que aportar-le orden y estructura, nunca caos o desorganización, anticipándole siempre lo que va a suceder.
- Es fundamental dirigirse a él con un lenguaje claro, concreto y despacio, usando pocas palabras pero de significado inequívoco. Los niños con autismo se desorganizan ante los mensajes ambivalentes o confusos.
- Se debe respetar su ritmo, así como negociar muchos de sus rituales, ya que para él son necesarios, bien para atenuar la angustia, bien como forma de autoestimulación.
- No debe permanecer inactivo ni aburrido ya que se incrementaría su aislamiento. No obstante, también se

deben respetar algunos lapsos de desconexión que necesita.

- No debe estar sobreestimulado ni recibir una cantidad de información que no pueda procesar. Asimismo se debe respetar la distancia física que garantice su espacio vital.
- Con mucha paciencia y tiempo se deben ir modificando sus rutinas, incrementando progresivamente su tolerancia al cambio.
- Se debe alabar con insistencia todo logro que consiga el niño.
- El profesional debe hacer un enorme esfuerzo por comprender aspectos diferenciales y no modificables del “mundo autista”, por muy peculiares o extraños que parezcan.
- Con frecuencia aparecen conductas muy difíciles de explicar y afrontar, sin que esta circunstancia sea culpa de nadie ni obedezca necesariamente a un manejo inadecuado.
- Tanto mejor estará el niño con autismo cuanto más estable y equilibrado sea su entorno. No debe haber ruidos, gritos... en la medida de lo posible. Se deben evitar los imprevistos y los cambios bruscos de rutina.
- Se debe tener en cuenta las dificultades que tienen estos niños para



entender las sutilezas sociales y los dobles sentidos, ante los que reaccionan con perplejidad. Por ello nos debemos dirigir a ellos con mensajes concretos y asimilables, evitando abstracciones que no “llegan” al niño.

- Las demandas deben ser progresivas, sin exigir nunca el máximo esfuerzo. Necesitan mucho tiempo para ir adquiriendo autonomía.
- Debemos interpretar sus peculiares formas de expresión (gestos, gritos, rituales...) para no dejar sin respuesta ninguna de sus demandas.

### 2.3.2. Principios básicos: Protocolización e informes

La estructura de la Educación Especial divide los años de escolaridad en tres etapas:

1. Etapa infantil (de 3 a 6 años).
2. Etapa escolar/enseñanza obligatoria (de 6 a 16 años).
3. Transición a la vida adulta (hasta los 20 años, prorrogable excepcionalmente hasta los 21).

Asimismo, la escolaridad se divide en ciclos de dos años en los que el niño va cambiando de profesor.

A efectos pragmáticos, habría que establecer un protocolo de evaluación inicial

y en función de él se establecerán las prioridades individuales (áreas de atención preferente) y las necesidades técnicas y habilitadoras para cada alumno en un plan personalizado.

Además, habría que establecer dos tipos de informes de transmisión de datos, a saber:

1. Informe orientativo para la familia al final del primer año de cada ciclo.
2. Informe detallado para la familia al final del ciclo (segundo año).

Tanto el protocolo como los informes deberían ser lo más sencillos posibles (sin omitir datos de relevancia, pero sin incluir datos carentes de interés), fáciles de elaborar, comprensibles para el destinatario, unificados y consensuados, y que verdaderamente den una idea clara de la situación real y la evolución del proceso. Asimismo deben resaltar los aspectos positivos y las orientaciones a seguir.

Lógicamente, protocolo e informes deben contemplar los mismos datos para poder valorar la evolución en el tiempo. No debemos olvidar que un mal informe invalida un buen proceso de evaluación.

Debemos evitar una perspectiva simplificada que derive en una valoración estrictamente cuantitativa, olvidando

aspectos importantes del desarrollo que debemos tener en cuenta pero que no son mensurables. Recoger una información exclusivamente cuantitativa resulta incompleto, ya que se debe tener en cuenta la realidad integral del alumno (incluyendo aspectos emocionales) para que la evaluación no sea una recopilación de datos fríos, descontextualizados y carentes de significado.

### 2.3.3. Protocolo de evaluación inicial

El protocolo de evaluación inicial ha de ser un paso previo al establecimiento del Plan Educativo Personalizado. En su elaboración se precisa un equipo multidisciplinar, desde los profesionales que exploran al alumno y realizan un informe psicopedagógico, hasta los que elaboran y ponen en práctica un programa de trabajo.

#### Áreas básicas de atención:

En cuanto a las áreas básicas de atención a la hora de hacer el planteamiento educativo, las directrices para la evaluación del retraso mental recomiendan valorar los siguientes aspectos:

1. Capacidad intelectual.
2. Habilidades adaptativas.
  - Comunicación.
  - Vida en el hogar.
  - Cuidado personal.
  - Habilidades sociales y de relación.

- Utilización de la comunidad.
- Autorregulación.
- Salud y seguridad.
- Habilidades académicas y funcionales.
- Ocio y tiempo libre.
- Trabajo (este aspecto es posterior a la etapa educativa).

### 3. Dimensión psicológico-emocional.

En el periodo evolutivo que va de los 3 a los 6 años debemos contemplar los aprendizajes básicos desglosando un repertorio de objetivos:

- Identidad y autonomía personal (el cuerpo y la propia imagen, juego y movimiento, la actividad y la vida cotidiana y el cuidado de uno mismo).
- Medio físico y social (los primeros grupos sociales, la vida en sociedad, los objetos, animales y plantas).
- Comunicación y representación (lenguaje oral, expresión plástica, expresión musical, expresión corporal, relaciones, medida y representación en el espacio).

#### Niveles básicos de evaluación inicial:

La evaluación tiene tres niveles básicos en los que están implicados distintos profesionales:

1. Evaluación de la conducta del niño.



Depende de la totalidad del equipo psicopedagógico implicando a los padres.

2. Evaluación de los aspectos psíquicos. Es competencia del psicólogo.
3. Evaluación de los aspectos biológicos del psiquismo y la conducta. Es competencia de los médicos. Los factores ambientales relacionados son competencia del psicólogo, pedagogo y trabajador social.

Para una evaluación integral hace falta tener en cuenta los tres niveles básicos.

#### Técnicas e instrumentos básicos de evaluación:

En cuanto a las técnicas e instrumentos de evaluación destacan:

1. La observación: es uno de los métodos más importantes para la evaluación. La información obtenida debe ser registrada, ya que a veces se detectan aspectos cualitativos que no identifican las pruebas psicométricas. Para hacerla más eficaz el equipo evaluador puede contar con registros de incidencias, controles, escalas, cuestionarios, protocolos, etc.
2. La entrevista: puede obedecer a diferentes modelos y formatos y se distingue porque va dirigida y

cuenta con características y límites definidos, incidiendo en la exploración de las características psicológicas del sujeto.

3. Las técnicas psicométricas: entre ellas destacan los tests cognitivos, las pruebas de lenguaje-comunicación, las pruebas de psicomotricidad y sensorio, las pruebas de comportamiento adaptativo y personalidad, y las pruebas de evaluación ambiental.

A diferencia del protocolo de evaluación inicial estándar, los protocolos evolutivos deberán ser necesariamente individualizados y adaptados para cada alumno ya que no pueden preestablecerse teniendo en cuenta las grandes diferencias de nivel y características psicológicas entre los alumnos. Estos protocolos derivarán de cada Plan Educativo Personalizado y emplearán las mismas pruebas psicométricas que el protocolo inicial para poder valorar la evolución de manera cuantificable.

#### 2.3.4. Instrumentos de Evaluación

Siguiendo las nuevas directrices se deberán analizar la capacidad intelectual y las habilidades adaptativas, así como los aspectos emocionales.

Existen infinidad de pruebas psicométricas e instrumentos de medida aplicables

a estos objetivos, pero entre ellos hacemos una selección de aquellos que cuentan con mayor fiabilidad, validez, universalidad, aplicabilidad y que además han sido contrastados tras una dilatada experiencia en su aplicación práctica. Cualquiera de las dimensiones debe ser complementada por la información aportada por los padres, personas significativas que atiendan al niño y sobre todo por la observación directa.

En todos los casos es importante matizar qué aspectos realiza el niño solo y cuáles realiza con ayuda de otras personas.

#### Capacidad Intelectual:

Niños de 3 a 6 años:

- Escalas de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet Lezine.
- Currículo Carolina.
- BDI. Inventario de desarrollo Battelle.
- West Virginia. Comportamiento adaptativo.
- Escala manipulativa internacional de Leiter.

Resto de los niños:

- K.ABC Batería de evaluación Kaufman para niños.
- B.Bit Test breve de inteligencia de Kaufman.
- Escalas WISC-R (escala de inteligencia de Wechsler para niños-revisada).
- WAIS-III (a partir de 16 años).
- Terman Merrill. Medida de la inteligencia.

- Toni-2 Test de inteligencia no verbal.
- MSCA Escala McCarty de aptitudes y psicomotricidad para niños.
- Raven. Matrices progresivas escala CPM color, SPM general.
- Cumanin. Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil.
- Luria-DNI Diagnóstico neuropsicológico infantil.

#### Comunicación:

- Peabody. Test de lenguaje comprensivo a través de imágenes.
- PLON. Test de lenguaje oral Navarra.
- BDI. Inventario de desarrollo Battelle.
- ITPA. Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas.
- EDAF. Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica.

#### Motricidad:

- Bender. Test gestáltico visomotor.
- Perfil psicomotor de la primera infancia de Picq y Vayer.
- ICAP. Inventario para la planificación de servicios y programación individual.

#### Habilidades del cuidado personal; Vida en el hogar; Habilidades sociales; Uso de la comunidad; Autorregulación; Salud y Seguridad; Ocio y Trabajo:

- ICAP. Inventario para la planificación de servicios y programación individual.
- West Virginia. Comportamiento adaptativo.



- Escala de autorregulación de Weh-meyer.
- Clasificación Internacional de la Funcionalidad (C.I.F.).

#### **Habilidades Académicas y Funcionales:**

##### **- Aptitudes:**

- BENHALE. Batería evaluativa de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura.
- BAPAE. Batería de aptitudes para el aprendizaje.
- BOEHM. Test de conceptos básicos.
- Preescolar. Batería de aptitudes escolares.
- Aptitudes cognoscitivas.

##### **- Percepción:**

- FROSTIG. Desarrollo de la percepción visual.
- TPVNM. Test perceptivo visual no motriz.

##### **- Lecto-escritura:**

- TALE. Lectura oral comprensiva y escritura.

##### **- Cálculo:**

- TN-1. Test numérico.

##### **- Dimensión Psicológica-emocional:**

- DSM-IV R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- EPQ-J. Cuestionario de personalidad.
- BAS-3. Test de socialización.
- Test de figura humana, casa, árbol y familia.

- EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil.

#### **2.3.5. Plan Educativo Personalizado**

Una vez completado el protocolo inicial el evaluador podrá concluir cuáles son los puntos fuertes y débiles de cada alumno, aquellos aspectos técnicos necesarios (adaptaciones de material...), así como tratamientos específicos (logopedia...) que el niño pueda precisar. Todo ello debe ser recogido en un documento que diseñe las estrategias a seguir en el futuro. Este documento especificará cuándo debe ser valorada la evolución (en principio al final de cada ciclo), empleando de nuevo las mismas pruebas psicométricas que se usaron en el alumno en su primera valoración para poder contrastar de este modo las adquisiciones realizadas y los aspectos en los que es preciso seguir trabajando. Según los criterios de la Psicología se pueden aplicar pruebas adicionales en cada revisión.

El plan deberá ir siendo modificado con el tiempo adaptándolo a la edad del alumno, a sus características psicológicas (sobre todo su nivel intelectual) y a sus limitaciones físicas y/o sensoriales. Los exámenes utilizados pueden cambiar para adaptarse al alumno según éste va evolucionando. Los test que se indican en el protocolo de evaluación inicial serán los aplicados en la mayoría de

los casos, pero es competencia de la Psicología la elección de una u otra prueba psicométrica.

El Plan Personalizado deberá ser revisado, salvo excepciones, cada dos años coincidiendo con el final del ciclo. Este plan constituye, además, el principal mecanismo de transmisión de la información de un profesor al siguiente en los cambios de ciclo.

Un posible modelo de Protocolo de Evaluación Inicial se muestra en el **ANEXO I**. Un posible modelo de Plan Educativo Personalizado se muestra en el **ANEXO II**.

#### **2.3.6. Criterios de Distribución del Alumnado**

Existen fundamentalmente ocho criterios para la correcta distribución de los alumnos. El objetivo de estos criterios estriba en evitar que existan diferencias insalvables entre ellos que dificulten el desarrollo, pero al mismo tiempo garantizar la atención a la diversidad que debe resultar enriquecedora.

Estos criterios son los siguientes:

- Edad.
- Nivel de conocimientos.
- Capacidad de aprendizaje.
- Características conductuales.
- Atención individual que precisen.
- Número de alumnos por clase.

- Compatibilidad/incompatibilidad manifiesta entre dos alumnos.
- Aspectos técnicos operativos (p.ej. número de alumnos con silla de ruedas por grupo que permita un nivel asistencial equilibrado).

En cuanto a la edad es importante tener en cuenta este parámetro, en el sentido de considerarlo un referente que debe ser tenido en cuenta en su justa medida, es decir, la edad indica una tendencia en la organización de las aulas, pero en ningún caso será un criterio que determine la configuración de un grupo.

Los otros criterios sólo buscan la máxima homogeneidad para que las características de un alumno no ralenticen el avance del resto o bien que un alumno con mayor capacidad de aprendizaje se vea enlentecido por los demás. Las conductas disruptivas condicionan decisivamente la ubicación de un alumno por el impacto que pueden tener sobre la dinámica escolar y por la especial dedicación que precisan por parte del profesor.

#### **2.3.7. Manejo conductual del niño en el centro y en el domicilio**

La Psicología y la Psiquiatría analizan los distintos factores que determinan el comportamiento humano (biológicos, ambientales, familiares...) y establecen técnicas y programas estructurados de modificación de conducta. Para que



estos programas cumplan su objetivo deben estar perfectamente diseñados y aplicados por todo el personal del que dependa el niño. Si existen distintas actitudes frente a una discondución, o hay un refuerzo intermitente de la misma, o el programa no tiene continuidad en el tiempo, etc. sólo cabe esperar una desorganización conductual progresiva.

En un momento dado, lo menos importante es dar un refuerzo o no darlo, aplicar una medida o la contraria, lo verdaderamente trascendente es la **unificación de criterios**, ya que cualquier método de modificación de conducta fracasa si está basado en iniciativas individuales, por muy acertadas que sean éstas. Esta unidad de acción es imprescindible tanto dentro del Centro de Educación Especial como cuando el niño está en su casa. La disparidad de criterios explica que muchos niños tengan un comportamiento totalmente distinto dependiendo del medio y la persona con la que están.

Para la aplicación exitosa de un programa de modificación de conducta son necesarios la observación y registro de la conducta problema con la máxima riqueza en detalles y circunstancias, el establecimiento posterior de las técnicas psicológicas a emplear para modificarla y la traducción final en una serie de pautas concretas de aplicación inmediata. Todo ello quedará escrito en un documento que se acompañará de un regis-

tro que permita observar la eficacia del programa.

Todo el personal que trabaja con el niño debe aplicar las mismas pautas ya que de lo contrario el programa será ineficaz e incluso cabe la posibilidad de que se agrave la conducta problema. Para ello es necesario el establecimiento de reuniones periódicas entre el personal implicado (profesores, psicólogos...), teniendo en cuenta que en muchas ocasiones la asociación de un tratamiento farmacológico (psiquiátrico) puede facilitar la aplicación eficaz de un programa de conducta.

Para el asesoramiento y formación de los padres en el manejo de disconduciones en el domicilio debe existir un compromiso e implicación por parte de la familia. Resulta prioritario explicar a los padres la naturaleza funcional de una conducta y su mecanismo, y cómo no se puede sustituir un programa conductual por una medicación. El número de reuniones con ellos estará reglamentado, y se velará porque se realice el registro correspondiente en casa para objetivar la evolución y fomentar su participación en el proceso.

En las páginas siguientes se muestra un ejemplo de programa conductual muy sencillo. Modelos similares pueden ser útiles para los profesionales y para los padres.

## PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

### ALUMNO:

XXX (por ejemplo, niño de 14 años con retraso grave aficionado a la música, al fútbol y a hacer recados).

### CONDUCTA PROBLEMA:

Tirar objetos a otros compañeros.

### TÉCNICAS:

RDO (refuerzo diferencial de otras conductas).  
Tiempo fuera.  
Saciación.

### PAUTAS:

- Siempre que lance objetos a otros compañeros evitaremos darle una atención innecesaria que pudiera estar buscando. Por sistema ignoraremos esa conducta sin decirle nada, ni siquiera regañarle. Si la conducta es repetida y supone riesgo para los demás le aislaremos separándole del resto en un rincón de la sala donde no haya ningún objeto que le pueda distraer.
- Si la conducta persiste le pondremos a lanzar objetos en una sala vacía. Cuando termine deberá recogerlos y volver a lanzarlos de nuevo. Se repetirá este proceso una y otra vez con insistencia hasta que el niño asocie esta conducta con cansancio o aburrimiento (saciación).
- Reforzaremos su buen comportamiento de la siguiente manera:
  - Durante los últimos 10/15 minutos de clase se le asignará el puesto de “jefe de música”, se le sentará al lado del radiocasete siendo él quien lo maneje y elija la música que se ponga.
  - Si la conducta es adecuada, al final de la mañana tendrá como premio, bien participar en un karaoke (13:30/14:00), o bien salir a jugar con la pelota.
  - Durante la tarde se le mantendrá ocupado con actividades gratificantes que le gusten y sepa hacer (puzzles, pintar...) o actividades en las que lanzar objetos resulte adaptativo (encantar, jugar a la rana...)
  - A lo largo de la tarde se le mandará hacer 1 ó 2 recados (ir a otra sala a pedir algo con una nota, llevar algún objeto...)





- d-En los trastornos autistas rara vez está afectado el lenguaje.
- e-Estos niños tienen alterado el procesamiento de la información.

**6. Señale la respuesta correcta en relación con los niños con discapacidad intelectual:**

- a-Es preciso distinguir qué cosas el niño no hace porque no puede, y cuáles no hace porque no quiere.
- b-Los problemas de conducta siempre son consecuencia de su lesión cerebral.
- c-Lo más importante es que aprenda a leer y escribir.
- d-Hay que primar en estos casos las actividades de ocio por encima de los aprendizajes escolares.
- e-De cara a enfocar su educación lo más importante es el diagnóstico médico.

**7.Cuál de las siguientes no se considera dentro de las habilidades adaptativas:**

- a-Cuidado personal.
- b-Autorregulación.
- c-Salud y seguridad.
- d-Ocio y tiempo libre.
- e-Todas se consideran habilidades adaptativas.

**8. Señale la respuesta correcta. La evaluación de la conducta de un niño:**

- a-Es competencia exclusiva del psicólogo.
- b-Es competencia exclusiva del profesor.

- c-Basta con los tests psicométricos para analizar la conducta.
- d-Depende de todo el equipo psicopedagógico implicando a los padres.
- e-Tiene menor interés la conducta que tenga fuera del centro educativo.

**9. Señale la respuesta correcta. En la evaluación de la conducta del niño, la observación:**

- a-Es uno de los métodos más importantes para la evaluación.
- b-Aporta datos cualitativos que no aportan los tests.
- c-Debe ser registrada por escrito.
- d-Debe incluir la conducta del niño fuera del colegio.
- e-Todas son correctas.

**10. Señale la respuesta correcta:**

- a-Si la edad mental de un alumno es de 5 años hay que tratarlo en consonancia, aunque su edad cronológica sea de 18 años.
- b-Un niño con discapacidad intelectual entenderá mejor el contenido de un mensaje si se lo decimos con un tono de voz muy elevado.
- c-Cuantos más estímulos tenga, más cosas aprenderá.
- d-Un parón en los aprendizajes quiere decir que hemos llegado al máximo de su capacidad.
- e-Es importante apoyar el aprendizaje en el refuerzo positivo.

**11. Señale la respuesta correcta. Si el**

**aprendizaje no progresa adecuadamente y conforme a lo previsto puede deberse a:**

- a-El niño puede estar deprimido.
- b-Nos estamos excediendo en el nivel de estímulo.
- c-El método de enseñanza no es correcto.
- d-El niño tiene un déficit sensorial que no estaba diagnosticado.
- e-Todas las anteriores pueden ser la causa.

**12. Señale la respuesta correcta:**

- a-Todos los trastornos de conducta se pueden evitar con programas de modificación de conducta.
- b-Se puede sustituir un programa de modificación de conducta por un fármaco que tranquilice al niño.
- c-Para corregir una conducta funcional lo mejor es el tratamiento farmacológico.
- d-Un tratamiento farmacológico puede facilitar la aplicación de un programa de modificación de conducta.
- e-Para corregir una conducta orgánica es preciso un programa de modificación de conducta.

**13. Señale la respuesta correcta. A la hora de juntar a varios alumnos en un aula concreta:**

- a-Es importante tener en cuenta la edad que tienen.
- b-Se debe evitar juntar a dos alumnos con incompatibilidad manifiesta.
- c-Se deben hacer aulas para alumnos con características diferenciales, para

- que exista atención a la diversidad.
- d-Hay que tener en cuenta las características conductuales de los alumnos.
- e-Todas son correctas.

**14. ¿Cuál de los siguientes aspectos es más importante a la hora de desarrollar un programa de modificación de conducta?:**

- a-Unificación de criterios de actuación entre todos los agentes implicados (padres, profesores, etc.).
- b-Aplicar un refuerzo positivo.
- c-Aplicar un refuerzo negativo.
- d-Asociar un tratamiento farmacológico.
- e-Realizar un registro escrito de la intervención.

**15. Señale la respuesta correcta. En cuanto al manejo de la conducta de un niño con discapacidad intelectual:**

- a-Si el niño tiene una rabieta debemos darle un juguete para que se tranquilice.
- b-Si el niño se porta bien en el colegio pero muy mal en su casa probablemente necesita un tratamiento farmacológico.
- c-Hay que ser inflexible en la aplicación de castigos.
- d-Debe haber una proporcionalidad entre la conducta del niño y las consecuencias (positivas o negativas) que se deriven de la misma.
- e-El niño con discapacidad intelectual no tiene responsabilidad alguna sobre su conducta.



3

### 3. La Familia

#### 3. La Familia

El proceso educativo de un niño depende fundamentalmente de sus padres y de sus profesores, de ahí la importancia de establecer una alianza común entre ambos para, de forma conjunta, acometer el mejor desarrollo para el niño. Una de las funciones más importantes del profesorado en un Centro de Educación Especial consiste en dar apoyo, asesoramiento y formación a los padres para conseguir la máxima participación activa de los mismos en el proceso pedagógico y terapéutico de su hijo.

Los padres, tanto si se trata de un niño con discapacidad como de un niño sin discapacidad, son los principales constructores de la personalidad del niño. Cada vez que ponen un límite, que le dicen que sí o que no a una demanda, que le ayudan a relacionar la gravedad de una conducta con respuestas proporcionadas a la misma, que le enseñan a tolerar la frustración postergando la recompensa, o que le inculcan que sus actos tendrán consecuencias positivas o negativas de las que el niño es merecedor, están “fabricando” poco a poco a un adulto maduro y responsable.

Si, por el contrario, son tolerantes con una conducta, o no le dan respuesta adecuada (por desconocimiento, disparidad de criterios educativos entre ellos...), o dan una respuesta desproporcionada y en

un momento inadecuado, o bien refuerzan la conducta con métodos descaminados (p.ej. le dan un juguete para evitar una rabieta), o justifican una actitud despotica del niño como algo inherente a su lesión cerebral, con el paso de los años pueden ir cristalizando rasgos anómalos de la personalidad que constituyan el problema fundamental en el futuro.

Análogamente, la sobreprotección excesiva, asumir iniciativas que debe tomar el niño, realizar tareas que le corresponden, ayudarle a hacer cosas que puede y debe hacer él solo... redundarán en un niño dependiente y pasivo, a veces más limitado por una educación inadecuada que por la lesión originaria.

Los miedos de los padres son legítimos y razonables, pero pueden condicionar su actitud hacia el hijo y determinar la adquisición de habilidades o no por parte de éste. El niño puede detectar esos miedos y utilizarlos para obtener beneficios secundarios (p.ej. simular crisis epilépticas para no ir al colegio).

Corresponde, por tanto, a los profesionales, no sólo todo el proceso educativo orientado a paliar el déficit y atenuar las consecuencias de la discapacidad, sino también el apoyo y asesoramiento continuado a los padres para el correcto desarrollo de la personalidad del niño en evitación de anomalías caracteriales sobreañadidas.



### Las relaciones familia-centro:

Resulta muy difícil entender desde fuera el enorme impacto emocional que supone para una familia la existencia de una persona con discapacidad en su seno. Entre otros sentimientos, pueden aparecer gran desorientación, estrés, sobrecarga y sensación de incompetencia.

Cuando nace un niño con discapacidad, o bien le sobreviene posteriormente, los mecanismos que necesita la familia para tratar de compensar el impacto emocional son muy variados y divergen cuantitativa y cualitativamente en cada caso. Esos mecanismos defensivos son legítimos y necesarios, pero pueden influir en el desarrollo del niño y condicionar la relación con el centro educativo.

Cuando empieza la escolarización la familia tiene que poner a su hijo en manos de personas desconocidas, pudiendo aparecer sentimientos de inseguridad y dudas sobre si éstas sabrán atender las necesidades del niño.

Además, los padres no podrán evitar establecer comparaciones cuando se relacionen con otros padres y otros niños (con discapacidad o sin ella).

Algunas veces puede resultar difícil entender algunas reacciones de la familia frente a los profesionales (médicos, profesores, cuidadores...) ante los que

pueden mostrar desde una relación de intenso apego, idealización y dependencia, hasta reacciones de desconfianza o recelo. Lo mismo puede suceder con las instituciones (colegios, asociaciones...)

Para entender todo ello es necesario tener en cuenta la enorme complejidad del mundo de la discapacidad, así como las dificultades de adaptación de cualquier familia ante una situación existencial muy difícil que lleva aparejada una gran carga de angustia.

Si bien cada familia es única y tiene su dinámica particular y sus necesidades concretas, existen algunos mecanismos de adaptación que son muy habituales en las distintas familias, y que forman parte de su proceso de ajuste a las circunstancias de un hijo con discapacidad. Es preciso conocer estos mecanismos para poder reportar a la familia ayuda específica en cada caso.

### 3.1. Mecanismos de adaptación en las familias

#### 3.1.1. Mecanismos de negación

Tras el diagnóstico de una discapacidad en el hijo, inicialmente pueden aparecer en los padres procesos de negación (“no puede ser...se han equivocado en el diagnóstico...”), lo que puede llevar a una familia a la peregrinación por distintos

centros y a la búsqueda apremiante de otros profesionales en un anhelo de encontrar aquellos que le digan lo contrario, o bien que le confirmen que su hijo no tiene problema alguno.

Este mecanismo es legítimo, y durante un tiempo reduce la angustia de base. No obstante, la negación no es un mecanismo útil a largo plazo, ya que no ayuda a resolver un problema sino que, contrariamente, lo dilata en el tiempo y puede retrasar su adecuado abordaje. Antes o después este mecanismo defensivo fracasa ya que es inevitable la confrontación con la realidad, por lo que reaparece la angustia al percibir la verdadera situación.

La familia se volcará en aquellos profesionales y métodos “terapéuticos” que apoyen la negación del problema. La familia está angustiada y es extraordinariamente vulnerable, pudiendo convertirse en víctima fácil de aquellos que venden soluciones mágicas, curaciones milagrosas, medicinas alternativas y métodos terapéuticos de dudosa eficacia.

De manera similar a la negación, la minimización o trivialización del déficit, aún asumiendo su existencia, representa un mecanismo frecuente que resta importancia al problema y falsea al alza las posibilidades de solución futura. Una vez más, la evolución real no se corresponderá con las expectativas que la familia

tenía, a veces basándose en instrumentos que no habían ponderado el problema con objetividad y precisión técnica. Se generará consecuentemente un estado de frustración, y la familia pensará que ha sido engañada, o bien que los profesionales no han realizado su trabajo de forma adecuada y por culpa de ellos no se han alcanzado unos objetivos que no se correspondían con los esperables realmente.

#### 3.1.2. Mecanismos de Proyección

A veces, la familia proyecta su ansiedad en el entorno e intenta buscar responsables a los que atribuir la discapacidad del niño. Con frecuencia cambian de un médico a otro y de un colegio a otro, juzgando insuficientes todos ellos.

Detrás de esta actitud se encuentra a menudo una familia intensamente angustiada y con la sensación interna de que no están haciendo todo lo posible por su hijo y que podrían hacer más por él, a pesar de que realmente están realizando todo lo que está en su mano. En estos casos, los padres pueden tener dudas sobre sus propias capacidades para afrontar la discapacidad de su hijo.

Resulta fundamental entender este mecanismo para poder establecer con los padres un vínculo productivo capaz de ayudar a su hijo con un proyecto educativo común.



En estas familias es fundamental atenuar o eliminar cualquier sentimiento interno de culpa o duda que puedan tener sobre sus propias capacidades, de forma que los padres tengan la certeza de que lo están haciendo bien y de que cuentan con el apoyo de los profesionales para abordar conjuntamente el desarrollo educativo y personal del niño.

Las relaciones entre las familias y los profesionales deben enmarcarse en una consideración recíproca y confianza mutua que facilite la colaboración entre ambos. La familia debe percibir que todos los integrantes del Centro de Educación Especial comparten sus mismos objetivos y están a su lado para ayudarla en la educación de su hijo.

### 3.1.3. Mecanismos pasivo-dependientes

Las familias con mecanismos dependientes depositan en los profesionales toda la responsabilidad en el tratamiento y educación de su hijo.

Como consecuencia de su miedo e inseguridad, prefieren delegar en otros algunas funciones y decisiones que les corresponden a ellos como padres, pero que les cuesta asumir por temor a hacerlo mal o simplemente porque les resulta muy doloroso enfrentarse con el problema del niño. Así, hay familias que prefieren que la rehabilitación la realicen los fisioterapeutas, pero pueden ser incapaces

de realizar los ejercicios recomendados para casa.

Para estas familias todos los profesionales serán magníficos siempre que se ocupen de las tareas que a ellos les angustian.

Muchas veces estas familias no protestarán aunque tengan motivos para hacerlo, ya que el miedo a ser abandonados por el personal les impide ser asertivos.

Una vez más se hace necesario entender la angustia que se esconde detrás de esta actitud. La propia familia puede justificar que lo hace por comodidad, pero en realidad está teniendo serias dificultades para afrontar un problema que le desborda.

El profesional también puede tener problemas para delimitar competencias en estos casos, ya que tiene delante a una familia que ensalza su labor de manera muy gratificante, pero que se aparta cada vez que intenta implicarla en el proceso educativo.

Es imprescindible transmitir a estas familias la certeza de que nunca van a ser abandonadas y de que nunca van a ser penalizadas por cometer errores. Necesitan especial apoyo en todas las áreas para conseguir su deseable e inevitable implicación en el proceso.

La dependencia de la familia deriva de su inseguridad e incertidumbre. Por ello, toda medida que contribuya a su información, resuelva sus dudas y les instruya en estrategias de afrontamiento de problemas, redundará en su progresiva independencia y en la adecuada imposición de límites a su hijo.

### 3.1.4. Otros mecanismos de adaptación

Sin duda alguna existen tantos modelos distintos como familias. Con frecuencia aparecen mezclados dentro de una misma familia diferentes mecanismos como los descritos anteriormente. La inmensa mayoría de las familias con un miembro con discapacidad tienen un funcionamiento adaptado y adecuado a pesar de las dificultades añadidas de su situación.

No entra dentro de los objetivos de este manual hacer una descripción pormenorizada de las dinámicas sistémicas de las familias, pero sí recalcar la importancia de conocer su funcionamiento particular para proporcionarles ayuda adecuada y evitar patrones que les puedan perjudicar o interferir con el desarrollo de su hijo.

Cada caso debe ser analizado individualmente, pero puede haber familias monoparentales, familias adoptivas, familias con escasos recursos económicos o carencia sociocultural, familias

desestructuradas (padres divorciados, dinámicas patógenas...), etc.

Cada una de ellas tendrá un significado distinto sobre la discapacidad del niño. Algunas dinámicas familiares constituyen factor agravante de la discapacidad, y sobre ellas hay que dirigir los mayores esfuerzos de apoyo.

No debemos olvidar que cada familia posee sus propios recursos psicológicos para hacer frente al problema de su hijo. Las familias hacen todo lo que pueden por su hijo, y si sus mecanismos no son los más apropiados, la familia no es culpable de ello. Es competencia y responsabilidad de los profesionales (pedagógicos y clínicos) ayudarles a sustituir los patrones mal encauzados por otros más adaptativos.

## 3.2. Orientaciones Generales

### 3.2.1 Debemos procurar:

- Se deben establecer contactos directos y periódicos con los padres (con los dos siempre que sea posible) para coordinar el proceso educativo.
- La información debe ser lo más completa posible y ajustada a la demanda de los padres, ya que debe partir de la realidad asumida y vivenciada por la familia. Asimismo debe ser



comprensible, en un lenguaje adecuado al nivel sociocultural, evitando términos técnicos innecesarios y a veces estigmatizantes. Debe encuadrarse en el contexto de una comunicación asertiva y cálida.

- La información debe ser objetiva y debe basarse en valoraciones cuantificables con instrumentos establecidos y consensuados siempre que sea posible.
- En los cambios de ciclo educativo de su hijo, la información dada a los padres debe contar con la anticipación suficiente con el fin de preparar a la familia para dichos cambios.
- Es preciso tener extrema prudencia a la hora de establecer pronósticos evolutivos, ya que muchas veces no se cumplen, evolucionando los déficits mejor o peor de lo previsto a pesar de un manejo totalmente adecuado por parte del profesional.
- En algunas familias con dificultades de comprensión o problemas para interpretar el contenido puede ser especialmente útil la información escrita. Se debe verificar que la información dada a la familia ha sido realmente comprendida por ésta.
- Es importante transmitir a la familia la certeza de que existe un equipo

pedagógico capacitado y eficaz en el que pueden y deben depositar su confianza. Todos y cada uno de los profesores deben ser figuras de referencia para el alumno y su familia y deben estar dotados de la necesaria autoridad moral.

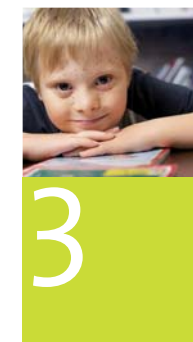
- También deben conocer la existencia de profesionales de la salud que les pueden asesorar en cuanto al manejo conductual de su hijo.
- El asesoramiento a los padres incidirá en la adquisición de mecanismos eficaces en la imposición de límites a su hijo, evitación de actitudes de sobreprotección generadoras de mayor dependencia y agravantes de la discapacidad, manejo de contingencias en el hogar y asesoramiento sobre el papel y los derechos de los hermanos del discapacitado.
- Se les debe ayudar a diferenciar aquellas disconductas de naturaleza orgánica susceptibles de tratamiento médico de aquellas otras que precisan un manejo conductual. A menudo resulta difícil para una familia realizar esta distinción, atribuyendo causalidad orgánica a algunas conductas que sólo se presentan en ámbitos selectivos. Tampoco sería adecuado el tratamiento conductual de un comportamiento que escapa al control del niño por derivar direc-

tamente de su lesión cerebral.

- Se debe propiciar la visita de los padres al centro educativo y potenciar el contacto con otros padres que tengan a su hijo en el mismo centro, motivándoles para participar en las Asociaciones de Padres de Alumnos y en las actividades organizadas, así como en los grupos de formación de padres. Compartir con otras familias las mismas preocupaciones y expresar los miedos compartidos constituye una de las mejores armas para atenuar la ansiedad.
- Los vínculos de los profesionales y las familias deben encuadrarse en una relación cordial y de mutuo respeto que no exceda los necesarios límites de toda relación institucional.
- En este sentido, debemos facilitar que las familias realicen todas las propuestas que consideren oportunas en aras de mejorar la calidad de la asistencia, pero corresponde al equipo educativo valorar e instaurar aquellas que considere oportunas desde un punto de vista pedagógico y técnico.
- Las contingencias de naturaleza institucional deben ser abordadas a través de cauces adecuados, sin implicar a las familias en coyunturas ajenas a la educación de su hijo.

### 3.2.2 Debemos evitar:

- Transmitir a la familia informaciones incompletas, sesgadas, divergentes o contradictorias acerca de la situación de su hijo y la evolución de la misma, ya que le inducirían confusión, incrementando su incertidumbre y la angustia que la acompaña y, además, le generarían dudas sobre la fiabilidad y profesionalidad del equipo educativo.
- Transmitir información en un lenguaje excesivamente técnico, no comprensible por la familia, ya que algunas terminologías son interpretadas de manera errónea y derivan en falta de entendimiento del problema real y sus perspectivas de futuro.
- Transmitir apreciaciones subjetivas no contrastadas con el resto de los profesionales que no vayan respaldadas por un estudio exhaustivo y multiprofesional del niño.
- En relación con el punto anterior, se debe evitar en cualquier caso generar en la familia expectativas poco reales en cuanto a la evolución futura de su hijo, ya que se producirá enorme frustración cuando los avances no se produzcan, y este hecho será atribuido a ineficacia del personal en vez de a la discapacidad.



- Tampoco se debe transmitir a la familia una perspectiva absolutamente negativa y desesperanzada, ya que la evolución en muchos casos es mejor que la prevista. En ocasiones la evolución viene condicionada por las expectativas de familia y personal.
- No es adecuado minimizar la problemática del niño, pero se debe tener en cuenta que la familia que emplea la negación o la trivialización del déficit necesita estos mecanismos de defensa para poder soportar su carga de angustia. Confrontar bruscamente a la familia con la realidad sin prepararla previamente y sin darle el tiempo que precisa para aceptarla, dificultará el establecimiento de un vínculo de colaboración mutua.
- Se procurará evitar que la familia se sienta culpable de una evolución insatisfactoria de su hijo. Si el profesional detecta estrategias de manejo poco acertadas en el seno de la familia debe ayudar a transformarlas en patrones más adaptativos, pero nunca culpabilizar a la familia por ello, ya que la familia está intentando educar a su hijo con su mejor criterio.
- Debe evitarse que se produzcan vínculos de excesiva dependencia de la familia con el centro, así como una relación de desapego y falta de implicación.

- Asimismo los profesionales del centro no deben asumir funciones parentales que pertenecen a la familia.

### 3.3. Objetivos concretos y de aplicación práctica

Con la finalidad aplicar lo anteriormente descrito, ponemos en práctica:

- Establecimiento del **canal autorizado** que transmita la información a la familia.
- Establecimiento de la **periodicidad adecuada de los contactos** con las familias.
- Establecimiento de las características de los **informes escritos** que se remiten a la familia sobre la progresión individual de su hijo.
- Establecimiento de los **procedimientos para el asesoramiento a la familia** sobre el manejo conductual de su hijo.

#### 3.3.1. Canalización de la información a la familia y periodicidad de la misma

##### Información directa:

- **Información general y pedagógica:**  
A demanda de la familia o porque el tutor lo estime necesario.

Al menos una vez al trimestre con tutoría y dirección (en el centro).

- **Información sobre aspectos conductuales:**  
Al menos una vez al trimestre con psicología y tutoría (centro).  
Al menos una vez al mes si existe un

programa conductual.

- **Informaciones específicas (lenguaje, motricidad...):**  
Cuándo: en la reunión trimestral conjunta con los demás, o bien cuando estos profesionales específicos lo consideren necesario.

INFORMACIÓN DIRECTA.	¿quién?	¿cuándo?	¿cómo?
Información general.	Tutoría y dirección.	Tutoría 1 día a la semana. Tutoría y dirección 1 vez al trimestre.	Semanalmente en el centro o por teléfono. Trimestralmente en el centro.
Información conductual.	Tutoría y psicología.	Al menos una vez al trimestre.	En el centro.
Información específica.	Logopedia, fisioterapia, educación física...	Al menos una vez al trimestre.	En el centro.

Es conveniente que las visitas estén reguladas por el centro, en aras a que no interfieran con el desarrollo normal de las actividades docentes. Para ello se procurará la citación previa, salvo casos excepcionales de urgencia. Igualmente se limitarán las llamadas telefónicas a la frecuencia imprescindible.

##### Información escrita:

- **Informe orientativo al final del primer año del ciclo:**  
Quién: todo el personal implicado

(cada uno en sus aspectos propios).  
Cuándo: al final del primer año del ciclo.  
Cómo: rellenando en impreso a tal efecto.

- **Informe detallado al completar el ciclo:**  
Quién: todo el personal implicado (cada uno en sus aspectos propios).  
Cuándo: al final del segundo año del ciclo.  
Cómo: rellenando en impreso a tal efecto.



INFORMACIÓN ESCRITA.	¿quién?	¿cuándo?	¿cómo?
Informe 1 <sup>er</sup> año.	Personal implicado.	Al final del 1 <sup>er</sup> año.	Impreso (anexo III)
Informe 2 <sup>o</sup> año.	Personal implicado.	Al final del ciclo.	Impreso (anexo IV)

### 3.3.2. Informes evolutivos para la familia

Las familias deben recibir información escrita sobre todos los aspectos relativos a la evolución de su hijo, las adquisiciones realizadas, las áreas sobre las que se está trabajando preferentemente, aquellas sobre las que hay que incidir en el futuro, etc.

La información escrita debe ser remitida a la familia al final de cada curso escolar, si bien al acabar el primer año del ciclo la información debe ser más somera, y al final de éste se debe confeccionar un informe mucho más completo.

Los informes para las familias deben incluir toda la información necesaria pero de manera comprensible y asimilable independientemente del nivel cultural de los padres. Se deben evitar términos técnicos, así como medidas cuantitativas o escalas profesionales, intentando siempre transmitir una información “cercana”. Es importante incidir en los logros obtenidos sin olvidar por ello los aspectos a trabajar con más intensidad en el futuro. Se debe evitar el empleo de términos totalitarios de carácter negati-

vo (“nunca” va a leer, no ha avanzado “nada”...), ya que no se corresponden con la realidad absoluta en ningún caso y resultan destructivos y angustiosos para los padres.

En la elaboración de estos informes deben intervenir todos los profesionales implicados, pero teniendo en cuenta la importancia de unificar criterios y no transmitir nunca informaciones contradictorias. La importancia del tutor en la coordinación es fundamental.

El informe evolutivo de mitad de ciclo consta de dos partes:

1. Informe de la Calidad de Vida.
2. Aspectos que están siendo trabajados en este ciclo.

El informe evolutivo al final del ciclo consta de cuatro partes:

1. Informe de la Calidad de Vida.
2. Informe de evaluación.
3. Informes específicos.

#### 4. Orientaciones y recomendaciones para el próximo ciclo.

Un posible modelo (orientativo) de informe evolutivo al final del primer año se muestra en el **ANEXO III**.

Un posible modelo (orientativo) de informe evolutivo al final del ciclo se muestra en el **ANEXO IV**.

#### Debemos recordar que... (la familia).

En este capítulo hemos hablado de las familias y de algunos mecanismos de adaptación de los padres frente a la discapacidad del niño. Hemos establecido unas orientaciones generales y delimitado las características de la información que se debe transmitir a la familia sobre la evolución del proceso pedagógico del niño.

A continuación figuran varias preguntas de test que sirven de recordatorio de algunos de los temas más importantes. Las respuestas correctas figuran en el **ANEXO VI**.

#### 1. Señale la respuesta correcta en cuanto a la relación del Centro educativo con las familias de los alumnos:

- a-Los contactos deben realizarse con los dos progenitores (padre y madre) siempre que sea posible.

b-La información debe ser lo más objetiva y contrastada posible.

c-Las reuniones deben tener carácter formativo e informativo.

d-La información a la familia no se debe dar en un lenguaje técnico.

e-Todas son correctas.

#### 2. Señale la respuesta correcta:

a-Toda información a la familia se canalizará a través de la dirección del centro.

b-Las visitas al centro y las llamadas telefónicas deben ser cuando la familia desee.

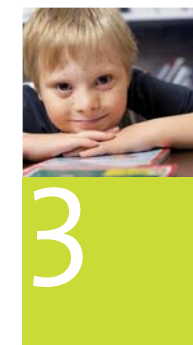
c-La información general y pedagógica se debe dar a la familia una vez al trimestre.

d-Si existe un programa de modificación de conducta, la información a la familia se debe dar una vez al trimestre.

e-En general, se citará a la familia una vez al año.

#### 3. Señale la respuesta correcta:

a-En la elaboración de los informes evolutivos no deben intervenir todos los



profesionales implicados.

- b-**Es importante unificar criterios y no transmitir informaciones contradictorias.
- c-**En los informes no se deben incluir aspectos irrelevantes como la alimentación o el aseo.
- d-**Los informes deben incluir aspectos referidos al colegio, no a la vida en el domicilio familiar.
- e-**En los informes evolutivos no se añadirán informes específicos de logopedia, aunque el niño la esté recibiendo.

**4. Señale la respuesta correcta en cuanto a los mecanismos de negación:**

- a-**Son muy útiles a largo plazo.
- b-**Es preciso confrontar la realidad con la familia desde el primer día.
- c-**Pueden hacer que la familia busque soluciones “milagrosas”.
- d-**Este mecanismo no reduce la angustia en ningún caso.
- e-**Todas son correctas.

**5. Señale la respuesta correcta en cuanto a los mecanismos pasivo-dependientes:**

- a-**La familia culpabiliza a los profesionales.
- b-**Son familias con miedo a ser abandonadas por los profesionales.
- c-**Es conveniente no implicarles en la educación del niño.
- d-**Son familias con una gran seguridad en sus propias capacidades.
- e-**Son mecanismos que no conviene intentar modificar.

**6. Señale la respuesta correcta:**

- a-**La mayoría de las familias tienen un funcionamiento adaptado.
- b-**Se deben corregir mecanismos que perjudiquen el desarrollo del niño.
- c-**Las familias no son culpables aunque utilicen mecanismos inapropiados.
- d-**En ocasiones puede ser necesaria una intervención psicológica en la familia.
- e-**Todas son correctas.

**7. Señale la respuesta correcta:**

- a-**La información a la familia debe hacerse en un lenguaje técnico para que tenga mayor seriedad.
- b-**Se debe verificar que la información que se ha dado a la familia ha sido realmente comprendida por ésta.
- c-**A todas las familias hay que darles la misma cantidad de información.
- d-**Es conveniente evitar que las familias vayan al centro educativo.
- e-**Se debe evitar que las distintas familias tengan contacto entre ellas.

**8. Señale la respuesta correcta:**

- a-**La información general se debe dar siempre que la familia lo pida.
- b-**La información conductual se debe dar al menos una vez al mes si hay establecido un programa de modificación de conducta.
- c-**La información general se debe dar siempre que el tutor lo considere necesario.
- d-**La información conductual se debe dar al menos una vez al trimestre si no hay establecido un programa de modificación de conducta.

**e-**Todas son correctas.

**9. Señale la respuesta correcta:**

- a-**El proceso educativo de un niño no depende exclusivamente de sus profesores.
- b-**Una de las funciones del profesorado es el asesoramiento a los padres.
- c-**Los padres son los principales constructores de la personalidad del niño.
- d-**La sobreprotección excesiva puede limitar más al niño.
- e-**Todas son correctas.

**10. Señale la respuesta correcta:**

- a-** Los miedos de los padres son siempre positivos porque garantizan la seguridad del niño.
- b-** Los miedos de los padres no interfieren en ningún caso con el desarrollo del niño.
- c-** Los miedos de los padres son legítimos y comprensibles.
- d-** El niño jamás detecta esos miedos.
- e-** Todas son correctas.



# 4

## 4. Anexos

### Anexo I

#### PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL. (y cambio de ciclo).

##### DATOS GENERALES.

###### Datos de filiación

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Evaluación realizada por (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Certificado de minusvalía: \_\_\_\_\_

Censo en A.T.A.M.: \_\_\_\_\_ N° Socio: \_\_\_\_\_

##### Diagnóstico principal y valoración de la deficiencia.

---

---

---

---

##### Deficiencias añadidas y tratamiento farmacológico.

---

---

---

---

##### Alergias a fármacos y alimentos y necesidades dietéticas especiales.

---

---

---

---



## CAPACIDAD INTELECTUAL, MOTRICIDAD Y PERCEPCIÓN.

**Nota:** En niños de 3 a 6 años se empleará el Inventario de desarrollo Battelle como protocolo inicial, al que se adjuntarán los datos de la familia. A partir de los 6 años se empleará el siguiente protocolo.

### Nivel cognitivo.

Test aplicado: WISC-R / WAIS-III

C.I. verbal: \_\_\_\_\_

C.I. manipulativo: \_\_\_\_\_

C.I. global: \_\_\_\_\_

Grado de retraso:  leve (C.I. 52-70)  
 moderado (C.I. 36-51)  
 severo (C.I. 20-35)  
 profundo (inf. a 20)

### Psicomotricidad.

Test aplicado: ICAP (escala 1./ Destrezas motoras).

Perfil psicomotor de la primera infancia de Picq y Vayer.

Puntuación directa (max.54): \_\_\_\_\_

### Percepción.

Test aplicado: FROSTIG, TPVNM.

Informes de oftalmología y ORL.

Déficit auditivo:  ausente  
 leve  
 moderado  
 grave

Déficit visual:  ausente  
 leve  
 moderado  
 grave

## HABILIDADES ADAPTATIVAS.

### Comunicación y habilidades sociales.

Test aplicados: ICAP (escala 2./ Destrezas sociales y comunicativas).

Puntuación directa (max.57):

W V-UAM (Comunicación; interacción social, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo)

### Cuidado personal.

Test aplicado: W V-UAM (Autonomía personal; alimentación, necesidades fisiológicas, vestido, aseo y cuidado personal).

ICAP (escala 3./ Destrezas de la vida personal).

### Vida en el hogar.

Test aplicado: W V-UAM (Habilidades específicas; comportamiento en casa).

ICAP (escala 3./ Destrezas de la vida personal).

### Utilización de la comunidad.

Test aplicado: ICAP (escala 4./ Destrezas de vida en la comunidad).

Puntuación directa (max.57):

### Autorregulación.

Test aplicado: Escala de autodeterminación ARC de Wehmeyer.

### Salud y seguridad.

Valoración clínica del niño y entrevista familiar.

### Habilidades académicas y funcionales.

Test aplicados: Lectura y escritura: T.A.L.E. y W V-UAM

Cálculo: TN.1

Tiempo: W V-UAM

### Ocio.

Test aplicado: W V-UAM (habilidades específicas; ocio y tiempo libre).



## 4

## DIMENSIÓN PSICOLÓGICO-EMOCIONAL.

### Psicopatología asociada.

---

Ansiedad, depresión, síntomas psicóticos, etc...  
 Valoración clínica del niño y entrevista familiar.  
 Informes previos.

### Trastornos de conducta.

---

Test aplicado: ICAP (apartado E. Problemas de conducta).

### Personalidad.

---

Test aplicado: Cuestionario de personalidad EPQ-J.

### Otros aspectos importantes.

---

Repugnancia por algún alimento concreto.  
 Preferencias en la alimentación.  
 Aficiones y hobbies.

### Otros.

---

## DATOS RELATIVOS A LA FAMILIA.

**Nota:** Datos a rellenar en todos los niños independientemente de su edad.

### Organigrama familiar y cuidadores en domicilio.

---

### Informe social.

---

### Antecedentes familiares de discapacidad intelectual u otras problemáticas.

---

## Anexo II

### PLAN EDUCATIVO PERSONALIZADO.

#### DIMENSIÓN I. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y HABILIDADES ADAPTATIVAS.

##### Comunicación y habilidades sociales.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Cuidado personal.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Vida en el hogar.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Utilización de la comunidad.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Autorregulación.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Salud y seguridad.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Habilidades académicas y funcionales.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_

##### Ocio.

---

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_



## DIMENSIONES II y III. CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS-EMOCIONALES Y CONSIDERACIONES FÍSICAS-DE SALUD-ETIOLÓGICAS.

### Diagnóstico. Motricidad. Percepción.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Personalidad. Conducta.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vida familiar.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Adaptación escolar.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Entorno social.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIMENSIÓN IV. CONSIDERACIONES AMBIENTALES.

### Integrado en:

\_\_\_\_\_

### Recursos de la comunidad.

\_\_\_\_\_

### Utilización de recursos.

Aspectos de atención preferente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## OBJETIVOS Y CONTENIDOS.

(correlacionado con la programación individual de contenidos escolares).

### Ámbito de representación y comunicación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ámbito dinámica.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ámbito de conocimiento del medio.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ámbito de autonomía personal.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ámbito de habilidades ocupacionales.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN Y APOYOS.****Controles y tratamientos médicos.** \_\_\_\_\_**Ayudas técnicas.** \_\_\_\_\_

Motricidad: \_\_\_\_\_

Sensorio: \_\_\_\_\_

**Programa de salud buco dental.** \_\_\_\_\_**Cuidados de enfermería.** \_\_\_\_\_**Educación física: gimnasia y piscina.** \_\_\_\_\_**Fisioterapia y/o terapia ocupacional.** \_\_\_\_\_**Logopedia.** \_\_\_\_\_**Actividades complementarias de presencia en el medio externo.** \_\_\_\_\_**Compromisos con la familia.** \_\_\_\_\_**UBICACIÓN DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_**AULA:** \_\_\_\_\_**TUTOR:** \_\_\_\_\_**FECHA DE REVISIÓN:** \_\_\_\_\_**Anexo III****INFORME EVOLUTIVO PARA LA FAMILIA / MITAD DE CICLO.**

Alumno: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Tutor/a: \_\_\_\_\_

Profesionales que han intervenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORME DE LA CALIDAD DE VIDA.****BIENESTAR EMOCIONAL.****Auto concepto y autoestima:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ánimo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nivel de ansiedad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aceptación de los demás:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**RELACIONES INTERPERSONALES.**

**Relación con su familia:**

---

---

---

**Amistades:**

---

---

---

**Manifestaciones de afecto:**

---

---

---

**Interacción con los demás:**

---

---

---

**DESARROLLO PERSONAL.**

**Habilidades sociales:**

---

---

---

**Habilidades personales:**

---

---

---

**Habilidades académicas:**

---

---

---

**BIENESTAR FÍSICO.**

**Salud y aseo:**

---

---

---

**Ocio y tiempo libre:**

---

---

---

**Actividades de la vida diaria:**

---

---

---

**Movilidad:**

---

---

---

**Alimentación / nutrición:**

---

---

---

**AUTODETERMINACIÓN.**

**Autonomía:**

---

---

---

**Capacidad de decisión:**

---

---

---



## 4

**Auto dirección y autocontrol:**


---



---



---

**INCLUSIÓN SOCIAL.****Actividades comunitarias:**


---



---



---

**Integración en el Centro de Educación Especial:**


---



---



---

**ASPECTOS QUE ESTÁN SIENDO TRABAJADOS PREFERENTEMENTE.**

Comunicación.	
Vida en el hogar.	
Cuidado personal.	
Habilidades sociales.	
Utilización de la comunidad.	
Autorregulación.	
Salud y seguridad.	
Habilidades académicas y funcionales.	
Ocio y tiempo libre.	
Personalidad y conducta.	

**Anexo IV****INFORME EVOLUTIVO PARA LA FAMILIA / MITAD DE CICLO.**

Alumno: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Tutor/a: \_\_\_\_\_

Profesionales que han intervenido: \_\_\_\_\_

---



---



---

**1.- INFORME DE LA CALIDAD DE VIDA.**

<b>BIENESTAR EMOCIONAL.</b>	-	=	+
Auto concepto y autoestima.			
Ánimo estable y seguro.			
Nivel de ansiedad.			
Aceptación de los demás.			

<b>RELACIONES INTERPERSONALES.</b>	-	=	+
Relación con su familia.			
Amistades.			
Manifestaciones de afecto.			
Interacción con los demás.			

<b>DESARROLLO PERSONAL.</b>	-	=	+
Habilidades sociales.			
Habilidades personales.			
Habilidades académicas.			

<b>BIENESTAR FÍSICO.</b>	-	=	+
Salud y aseo.			
Ocio y tiempo libre.			
Actividades de la vida diaria.			
Movilidad.			
Alimentación / nutrición.			



<b>AUTODETERMINACIÓN.</b>	-	=	+
Autonomía.			
Capacidad de decisión.			
Auto dirección y autocontrol.			

<b>INCLUSIÓN SOCIAL.</b>	-	=	+
Actividades comunitarias.			
Integración en el Centro de Educación Especial.			

## 2.-INFORME DE EVALUACIÓN.

### DIMENSIÓN I. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y HABILIDADES ADAPTATIVAS.

#### Comunicación y habilidades sociales.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Cuidado personal.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Vida en el hogar.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Utilización de la comunidad.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Autorregulación.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Salud y seguridad.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Habilidades académicas y funcionales.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Ocio.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DIMENSIONES II y III. CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS-EMOCIONALES Y CONSIDERACIONES FÍSICAS-DE SALUD ETIOLÓGICAS.

#### Motricidad.

#### Percepción.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Personalidad.

#### Conducta.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Vida familiar.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Adaptación escolar.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Entorno social.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DIMENSIÓN IV. CONSIDERACIONES AMBIENTALES.

#### Utilización de recursos de la comunidad.

Aspectos trabajados y evolución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 4

**3- INFORMES ESPECÍFICOS.**

(si procede).

**FISIOTERAPIA.**


---



---

**EDUCACIÓN FÍSICA.**


---



---

**LOGOPEDIA.**


---



---

**4- ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PRÓXIMO CICLO.****En el ámbito personal:**


---



---

**En el ámbito escolar:**


---



---

**En el ámbito familiar:**


---



---

**En el ámbito social:**


---



---

**Anexo V****Respuestas. Debemos recordar que... (el alumno).**

- 
- 1-c
  - 2-c
  - 3-c
  - 4-b
  - 5-e
  - 6-a
  - 7-e
  - 8-d
  - 9-e
  - 10-e
  - 11-e
  - 12-d
  - 13-e
  - 14-a
  - 15-d

**Anexo VI****Respuestas. Debemos recordar que... (la familia).**

- 
- 1-e
  - 2-c
  - 3-b
  - 4-c
  - 5-b
  - 6-e
  - 7-b
  - 8-e
  - 9-e
  - 10-c

## 5. Bibliografía

- **American Association on Mental Retardation.** *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo.* Alianza Editorial. 1992.
- **Bueno Martín, Manuel y cols.** *Niños y niñas con baja visión.* Ed. Aljibe. 1999.
- **Cervilla Ballesteros, Jorge A.** *Valoración y tratamiento del enfermo mental.* Ed. Arán. 2002.
- **Congreso FEAPS Siglo XXI.** *La persona con retraso mental y sus necesidades: mejora de su calidad de vida en el siglo XXI.* Ponencia nº1.
- **Congreso FEAPS Siglo XXI.** *Atención al cliente y calidad del servicio.* Ponencia nº5.
- **Congreso FEAPS Siglo XXI.** *La planificación y el control y los sistemas internos de trabajo.* Ponencia nº9.
- **Declaración de Madrid.** *Congreso europeo sobre las personas con discapacidad.* Marzo de 2002.
- **Florez, Jesús; M<sup>a</sup> Victoria Troncoso.** *Síndrome de Down y educación.* Ed. Masson.
- **Gobierno de Navarra. Unidad Técnica de Educación Especial y Orientación Escolar. Departamento de Educación y Cultura.** *Modalidad de escolarización.* Curso 2000-2001.
- **Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamín J.** *Sinopsis de Psiquiatría.* 8<sup>o</sup> Edición. Ed. Panamericana.
- **Ley de Calidad de la Educación.** (primer borrador). 10 de mayo de 2002.
- **Manuales de buena práctica FEAPS.** *Educación.* Orientaciones para la Calidad.
- **Manuales de buena práctica FEAPS.** *Apoyo a familias.* Orientaciones para la Calidad.
- **Ministerio de Educación y Ciencia.** *Primaria.* Orientaciones didácticas. 1992.
- **Ministerio de Educación y Ciencia.** *Elaboración de proyectos curriculares.* B.O.E. 23 de Marzo de 1992.



- **Ministerio de Educación y Cultura. Secretaría de Educación y Formación Profesional.** *La respuesta educativa a los niños gravemente afectados en su desarrollo.*
- **Naciones Unidas.** *Convención de los Derechos del Niño.* 20 de noviembre de 1989.
- **Naciones Unidas.** *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.* Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993.
- **Organización Mundial de la Salud.** *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.*
- **Parlamento Europeo.** *Derechos de los deficientes mentales.* Resolución A-30231/92.
- **Perera, Juan.** *Síndrome de Down. Aspectos específicos.* Ed. Masson.
- **Ruiz Ramírez, Francisco y cols.** *Intervención educativa con niños de baja visión.* Junta de Andalucía.
- **Siglo Cero.** *Familia y retraso mental.* Septiembre-Octubre de 1997. Vol.28 (5) nº 173.
- **Varios autores.** *Necesidades educativas especiales.* Manual teórico-práctico. Ed. Aljibe.
- **Verdugo, M. A. y cols.** *Hacia una nueva concepción de la Discapacidad.* Ed. Amarú.

#### DIRECCIONES WEB DE INTERÉS:

[www.cermi.es](http://www.cermi.es)  
[www.feaps.es](http://www.feaps.es)  
[www.discapnet.es](http://www.discapnet.es) (acceso a Solidaridad Digital).  
[www.sid.usal.es](http://www.sid.usal.es)  
[www.inico.usal.es](http://www.inico.usal.es)  
[www.mec.es](http://www.mec.es)  
[www.rediris.es](http://www.rediris.es)  
[www.cdid.es](http://www.cdid.es)