



**UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL**

**DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN  
EDUCATIVA Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

**TEMA**

**DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO DE INFANTES CON  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL, DE 1 A 3 AÑOS,  
PERTENECIENTES A UN CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR**

**AUTORA: MARIANITA DE JESÚS TUMBACO LINDAO**

**TUTORA: PhD. GICEYA DE LA CARIDAD MAQUEIRA CARABALLO**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2017**

### **Dedicatoria**

A Dios, que me bendice con la vida.

A la memoria de Antonio Tumbaco, mi padre, que tuvo el desacierto de morirse.

A Teresa Lindao, mi madre, que me recuerda que aún hay que vivir.

A Gorky, Gricelda, Diego, Leovanna y Rafael, que son mis motivos para seguir viviendo.

A Mimax, inquieto y escurridizo.

## **Agradecimientos**

A Dios, que me mantiene de pie.

A la PhD. Giceya de la Caridad Maqueira Caraballo, por sus orientaciones para culminar este trabajo.

### **Certificación de autoría y cesión de derechos de autor**

Guayaquil, 30 de septiembre del 2017

Yo, **Marianita de Jesús Tumbaco Lindao**, declaro bajo juramento, que la autoría del presente trabajo me corresponde totalmente y me responsabilizo con los criterios y opiniones científicas que en el mismo se declaran, como producto de la investigación realizada.

De la misma forma, cedo mis derechos de autor a la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y normativa institucional vigente.

Firma: \_\_\_\_\_

**Marianita de Jesús Tumbaco Lindao**

### **Certificación del tutor de la tesis**

Guayaquil, 30 de septiembre del 2017

Certifico que el trabajo titulado **Diagnóstico psicopedagógico de infantes con discapacidad intelectual, de 1 a 3 años, pertenecientes a un Centro Infantil del Buen Vivir** ha sido elaborado por **Marianita de Jesús Tumbaco Lindao** bajo mi tutoría, y que el mismo reúne los requisitos para ser defendido ante el tribunal examinador que se designe al efecto.

Firma: \_\_\_\_\_

**PhD. Giceya de la Caridad Maqueira Carballo**

<b>Contenido</b>	
Dedicatoria.....	I
Agradecimientos .....	II
Certificación de autoría y cesión de derechos de autor .....	III
Certificación del tutor de la tesis .....	IV
Resumen .....	VIII
Abstract .....	IX
Introducción .....	1
Capítulo 1 .....	4
Marco general de la investigación.....	4
Planteamiento del problema .....	4
Formulación del problema.....	4
Sistematización del problema .....	4
Delimitación del problema de investigación .....	5
Justificación del problema .....	5
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos .....	6
Justificación de la investigación .....	6
Idea a defender .....	7
Capítulo 2 .....	8
Marco Teórico .....	8
Diagnóstico psicológico .....	17
Tipos de diagnóstico psicológico .....	18
El diagnóstico psicopedagógico .....	20
Orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico.....	22
Fundamentación.....	22
Capítulo 3 .....	27
Métodos de investigación.....	28
Población y muestra .....	30
Criterios de inclusión.....	31
Operacionalización de las variables .....	32
Guía de observación para el diagnóstico psicopedagógico .....	33
Guía de observación para la discapacidad intelectual .....	33

<b>Ficha valorativa en la discapacidad intelectual</b> .....	34
<b>Análisis, interpretación y discusión de los resultados. Instrumento: encuesta</b> .....	35
<b>Análisis e interpretación. Resumen</b> .....	43
<b>Capítulo 4</b> .....	44
<b>Propuesta</b> .....	44
<b>Introducción</b> .....	44
<b>Objetivo general de la propuesta</b> .....	45
<b>Acciones Concretas</b> .....	45
<b>Propósito</b> .....	45
<b>Fundamentación</b> .....	46
<b>Beneficiarios e importancia</b> .....	47
<b>Novedades de la propuesta</b> .....	47
<b>Esquema del ciclo de vida de la propuesta</b> .....	48
<b>Diagnóstico y contextos</b> .....	49
<b>Características flexibles y adaptables de las orientaciones</b> .....	50
<b>Carácter Psicológico</b> .....	50
<b>Carácter Pedagógico</b> .....	50
<b>Pedagogía</b> .....	51
<b>Psicología</b> .....	51
<b>Sociología</b> .....	52
<b>Lúdica</b> .....	52
<b>Inclusión</b> .....	52
<b>Registros Anecdóticos</b> .....	56
<b>Recursos para aplicación de las orientaciones propuestas</b> .....	57
<b>Formas de evaluación de las orientaciones propuestas</b> .....	63
<b>Recomendaciones de los especialistas</b> .....	65
<b>Comentario Final</b> .....	66
<b>Conclusiones</b> .....	67
<b>Recomendaciones</b> .....	68
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	73

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Profesión de las educadora.....	34
Tabla No. 2. Experiencia de las educadoras con infantes.....	35
Tabla No. 3. Capacitación especializada en inclusión educativa.....	36
Tabla No. 4. Actitud frente a un caso de discapacidad por primera vez.....	37
Tabla No. 5. Estrategia adecuada en programación para discapacitados.....	38
Tabla No. 6. Aplicación de diagnóstico por iniciativa propia a infante con Discapacidad.....	39
Tabla No. 7. Ingreso (inclusión) niño discapacitado al CIBV.....	40
Tabla No. 8. Comportamiento de resultado de evaluación semestral a infante con Discapacidad.....	41

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1. Profesión de las educadoras.....	34
Gráfico No. 2. Experiencia de las educadoras con infantes.....	35
Gráfico No. 3. Capacitación especializada en inclusión educativa.....	36
Gráfico No. 4. Actitud frente a un caso de discapacidad por primera vez.....	37
Gráfico No. 5. Estrategia adecuada en programación para discapacitados.....	38
Gráfico No. 6. Aplicación de diagnóstico por iniciativa propia a infante con Discapacidad.....	39
Gráfico No. 7. Ingreso (inclusión) niño discapacitado al CIBV.....	40
Gráfico No. 8. Comportamiento de resultado de evaluación semestral a infante con Discapacidad.....	41

## **Resumen**

La atención a niños con necesidades educativas especiales intelectuales es una prioridad en el sistema educativo y social de nuestro país. Atendiendo a ello se precisa perfeccionar el proceso de diagnóstico psicopedagógico de estos infantes para estimular su inclusión educativa y social oportunamente. Encontrar alternativas para satisfacer esta demanda continúa siendo un reto, de ahí que la propuesta de esta tesis se centró en elaborar orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con discapacidad intelectual -durante la primera infancia- perteneciente al Centro Infantil del Buen Vivir -CIBV- Ceiba. Basado en un estudio descriptivo-exploratorio, con el empleo de métodos teóricos y empíricos se pudo constatar la presencia de dificultades por parte de los docentes para realizar el diagnóstico psicopedagógico en estas edades, corroborándose la necesidad de transformar dicha realidad. Como resultado principal se logró elaborar orientaciones para docentes parvularias, las cuales fueron sometidas a valoración por medio del criterio de especialistas, ratificándose la pertinencia, aplicabilidad y utilidad de las mismas.

**Palabras clave:** Diagnóstico psicopedagógico, orientaciones, necesidades educativas intelectuales.

## **Abstract**

Attention to children with special educational needs intellectual is a priority in our country's educational and social system. Attending this requires perfecting the process of psychological diagnosis of these infants to stimulate educational and social inclusion appropriately. Find alternatives to meet this demand continues to be a challenge, hence the proposal of this thesis focused on develop guidelines for psychological diagnosis in children with intellectual disabilities - during the first childhood - belonging to the Center child of good living - CIBV-Ceiba. Based on an exploratory study with theoretical and empirical methods it was confirmed the presence of difficulties by teachers for psychological diagnosis in these ages, corroborating the need of transform this reality. As a main result was developing guidelines for teaching assistants, which were subjected to assessment by the criterion of specialists, ratifying the relevance, applicability and usefulness of the same.

**Key words:** Psychological diagnosis, guidelines, intellectual needs.

## **Introducción**

Los infantes han sido y son la principal preocupación de profesionales, entes gubernamentales y privados en general, en especial con aquellos que padecen discapacidad intelectual, para impulsar su desarrollo. Las investigaciones que se han dado en torno a este importante grupo humano han abarcado distintos frentes; en esta ocasión se ha fijado la mirada hacia la primera infancia, en los párvulos cobijados y asistidos en el Centro Infantil del Buen Vivir -CIBV- 'Ceiba', ubicado en el sector de Socio Vivienda 1, parroquia Tarqui, noreste marginal de Guayaquil, la ciudad más poblada y populosa del Ecuador.

Una primera panorámica permite apreciar la urgencia de contar con un diagnóstico técnico de carácter psicopedagógico que facilite la aplicación de métodos, estrategias y didácticas destinadas a mejorar el aprendizaje inicial de estos niños y hacerles más fácil su convivencia con la familia y la comunidad, pues en la actualidad es evidente la carencia de una normativa a este respecto, razón por la cual se puede observar la inaplicación de medidas adecuadas para su crecimiento intelectual y afectivo.

Los infantes, de entre uno y tres años de edad, que acuden al CIBV en busca de cuidado, estimulación, alimentación, integración, juegos y primeros aprendizajes, que padecen de discapacidad -total o parcial- muestran indudables falencias: lento desarrollo de sus destrezas, inapropiada convivencia, irregular inclusión, con grados de marginación implícita,...

La situación anterior es consecuencia de no contar con un diagnóstico desde una visión psicológica y pedagógica, que advierta posibles intervenciones en favor de los infantes, de entre uno y tres años de edad, con discapacidad intelectual, y prepararles un camino llevadero como seres humanos en su ámbito.

## **Contexto socioeconómico**

(MOP, 2013) refiere que la ubicación donde se erige el CIBV también incide en la problemática, pues Socio Vivienda 1 es el programa popular más importante del gobierno nacional actual, que de acuerdo a sus postulados de 'revolución ciudadana', quiso potenciar sectores donde históricamente estuvo asentada la gente pobre, desde finales del siglo pasado en que aparecieron invasiones en el noroeste

marginal de Guayaquil. El fin gubernamental fue brindar una mejor vida a personas que viven en condiciones precarias, sin techo seguro y en zonas no aptas para vivir y de aquellas que no podían ser sujetas de crédito por ninguna entidad bancaria privada.

(El Universo, 2010), describe que Socio Vivienda fue inaugurada en junio de 2010 frente al campus universitario de la Escuela Superior Politécnica Litoral, a 1.600 metros de la vía Perimetral (km 26), entre las cooperativas Gallegos Lara y El Fortín, en un área de 38,7 hectáreas que alberga 2.570 lotes, de entre 91 y 105 metros cuadrados, que cuentan con todos los servicios: luz, agua potable, alcantarillado y vías de acceso de hormigón. Posee todo el equipamiento necesario: un mercado de víveres, tres escuelas fiscales, un colegio réplica estatal, un centro de salud público, tres centros infantiles del Buen Vivir, dos unidades policiales comunitarias regentadas por el Ministerio del Interior, áreas verdes circundantes con juegos recreativos para niños en tres parques y zonas comunales y deportivas que brindan sosiego y comodidad.

(El Comercio, 2010), revela la categoría piloto de Socio Vivienda, pues se lo ha replicado en algunos lugares de la geografía nacional. Aquí habitan alrededor de 13.000 personas de escasos recursos económicos que no son sujetos de crédito de la banca privada, que no poseen trabajo formal, que han sido marginados por pertenecer al quintil 1. Según (Acosta, 2012), en el quintil 1 está el 20% del total de hogares que corresponde a la clase pobre, con una población equivalente al 27% del total de la población urbana del Ecuador. En su mayoría son comerciantes informales, empleadas domésticas, obreros de la construcción, conductores y cobradores de buses y microempresarios dedicados a ofrecer servicios de peluquería, carpintería, dueños de tiendas de abarrotes, panaderías, caramancheles de comida preparada,... También hay personas desempleadas que viven apenas con el bono de desarrollo humano que les entrega mensualmente el Ministerio de Inclusión Económica y Social -MIES- (ancianos, mujeres desamparadas y personas con discapacidad).

(El Telégrafo, 2017), sostiene que Socio Vivienda 1 es un sector que ha sido diseñado urbanísticamente para surgir, pero por el grado de educación baja de su población y por el entorno social que acusa elevados índices delincuenciales se ha

tornado en un sector peligroso para los visitantes, pese a la presencia de agentes del orden.

Olga (nombre protegido) denunció que durante la intervención policial, a pocos pasos del parque central, una turba de presuntos microtraficantes y asaltantes que habitan en la urbanización llegaron hasta su casa para agredirla verbalmente, amenazarla de muerte y lanzarle piedras. “Ellos se creen dueños de Socio Viviena (...)” (El Telégrafo, 2017)

Un gran porcentaje de los moradores son migrantes de la serranía y de Esmeraldas, que no dejan del todo sus costumbres, entre ellas su música.

## **Capítulo 1**

### **Marco general de la investigación**

#### **Tema**

“Diagnóstico psicopedagógico de infantes con discapacidad intelectual, de 1 a 3 años, pertenecientes a un Centro Infantil del Buen Vivir”

#### **Planteamiento del problema**

Uno de los elementos que incide negativamente contra la mejor dinámica del proceso de educación no escolarizada es la falta de un diagnóstico psicopedagógico, en especial para niños y niñas con discapacidad intelectual, durante la primera infancia (entre uno y tres años de edad), pertenecientes al Centro Infantil del Buen Vivir -CIBV-. En una observación realizada a este centro se pudo constatar que la preparación de los docentes para realizar el diagnóstico no es la adecuada. Además existe incidencia del entorno, pues es en los sectores urbano-marginales donde se siente más la consecuencia de esta ausencia diagnóstica, debido a la naturaleza propia de su contexto socioeconómico, donde el impacto educativo se puede apreciar de manera evidente.

#### **Formulación del problema**

¿Cómo contribuir al diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas (de entre uno y tres años de edad) para la atención inclusiva de su discapacidad intelectual, que acuden al CIBV?

#### **Sistematización del problema**

- ¿Cuál es el estado de los infantes en la actualidad sin un diagnóstico psicopedagógico?
- ¿Cómo afecta la inexistencia de un diagnóstico psicopedagógico en el CIBV?
- ¿Qué tipo de estrategia se implementará para alcanzar el diagnóstico psicopedagógico?
- ¿De qué manera se observará la aplicabilidad del diagnóstico psicopedagógico?

## **Delimitación del problema de investigación**

La investigación se efectuará en el Centro Infantil del Buen Vivir 'Ceiba' de Socio Vivienda 1, noreste marginal de Guayaquil, donde acuden 60 niños y niñas.

**Campo.** Proceso de diagnóstico.

**Área.** Educación inicial 1.

**Objeto.** Proceso de educación no escolarizada en niños y en niñas -con discapacidad intelectual-, durante su primera infancia, que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir.

## **Justificación del problema**

Es en los denominados sectores urbano-marginales de las ciudades donde más se siente la ausencia de políticas sociales, estatales, de integración e inclusivas, pues su lejanía con los centros que las rigen y la poca aplicabilidad hacen que los problemas sean evidentes en el conjunto a la hora de observar de manera detenida o al evaluar la incidencia de determinada situación.

Dentro del espectro educativo, es importante partir con un diagnóstico para poder potenciar a los infantes con discapacidad y ejecutar políticas remediales o de mejoramiento en su aprendizaje; por esta situación, tener una panorámica del comportamiento psicopedagógico dentro de este proceso, en un centro puntual como el CIBV Ceiba, se torna fundamental como urgente, ya que el impacto social disminuirá a favor de los niños y niñas de la primera infancia y su entorno.

Solo a través de la psicopedagogía podemos detectar los principales fenómenos de orden psicológico y pedagógico que impiden el empleo de métodos didácticos y pedagógicos eficaces en favor de los infantes que sufren de discapacidad intelectual y, de esta forma, poder buscar las estrategias adecuadas y aplicarlas en ellos.

Mediante un diagnóstico responsable, técnico y objetivo podemos lograr la información necesaria que se transformará en el punto de partida para la concreción de una respuesta de intervención. Sin embargo, cuando en el CIBV se carece de este estudio preliminar de partida, su accionar se comportará como una actividad sin bases ciertas y el resultado no será cien por ciento óptimo, desperdiándose importantes recursos.

## **Objetivo General**

Elaborar orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con discapacidad intelectual -durante la primera infancia- perteneciente al Centro Infantil del Buen Vivir -CIBV- Ceiba.

## **Objetivos Específicos**

1. Sistematizar las teorías en torno a los alcances psicológico y pedagógico del diagnóstico, así como de los aspectos de la discapacidad intelectual.
2. Valorar la utilización de un diagnóstico inicial en la educación no escolarizada en niños y niñas con discapacidad intelectual, durante la primera infancia, pertenecientes al Centro Infantil del Buen Vivir Ceiba 1.
3. Determinar el conjunto de orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico de infantes, de uno a tres años de edad, del CIBV Ceiba, a partir de los resultados de la investigación.
4. Sugerir la implementación de estrategias y actividades para mejorar procesos inclusivos.
5. Validar el diagnóstico psicopedagógico propuesto.

## **Justificación de la investigación**

La falta de un diagnóstico psicopedagógico en el proceso de educación no escolarizada hacia los niños y niñas con discapacidad intelectual, que acuden al CIBV, hace ver la necesidad de buscar una solución psicológica y pedagógica adecuada para aplicarla de manera técnica.

El diagnóstico psicopedagógico permitirá tener una panorámica esencial que facilitará conocer las carencias de los niños y niñas con discapacidad (entre uno y tres años de edad), sus limitaciones, necesidades y potencialidades a explotar, así como posibilitar un diseño como respuesta de intervención viable y urgente.

El diagnóstico -además- permitirá hacer énfasis en la inclusión de forma plena, razón por la cual se torna urgente emprenderlo, pues a partir de sus resultados se podrá conocer de manera segura también cómo enfrentar las inequidades, marginaciones y rechazo que pudiera generar el no tener un plan de remediación.

**Idea a defender**

Si se aplican de manera adecuada las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico adecuado, a los infantes de entre uno y tres años de edad, con discapacidad intelectual, que acuden al CIBV Ceiba, se posibilitará la implementación de técnicas, estrategias y actividades convenientes para mejorar los procesos de inclusión de niños con discapacidad intelectual.

**Variable Independiente**

Diagnóstico psicopedagógico.

**Variable Dependiente**

Discapacidad intelectual.

## Capítulo 2

### Marco Teórico

#### Antecedentes

En el concierto internacional existen diagnósticos que responden a las circunstancias de determinadas geografías. (Suárez, 2017), revela que en el Perú se aplica un diagnóstico mediante un dispositivo que permite detectar -inclusive- el autismo. Sin embargo, en nuestro ámbito no hay uno que se adapte de forma precisa, debido a que antes del 2007 no se le prestaba mayor interés al discapacitado en el país; las políticas implementadas en este sentido, recién fructificaron mediante las misiones lideradas por Lenín Moreno cuando fue vicepresidente del Ecuador hasta el 2013.

#### Estudios Previos

En los últimos años se ha producido un cambio radical en el sistema educativo ecuatoriano, determinado por la propuesta en marcha de la integración de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en todos los centros educativos regulares (MIES-MINEDU, 2015), que va a privilegiar al modelo pedagógico más que al clínico, o sea que la discapacidad no se la enfrenta como una enfermedad pura.

La (CDHDF, 2016), en el marco de la conmemoración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, designado el 3 de diciembre de 1992 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, subraya que las barreras ya mencionadas se incrementan debido a la falta de acciones integrales de atención específica por parte del Estado.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que la existencia de estas barreras es un componente esencial de marginación, pues la discapacidad es un concepto evolutivo resultado de la interacción de las personas con disfunciones y de problemas de actitud y de entorno que socavan su participación plena y efectiva en la vida pública. (CDHDF, 2016)

Las cifras de la discapacidad son reveladoras, pues “según la OMS, en el mundo viven más de mil millones de personas con alguna forma de discapacidad; de ellas,

casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento, cuya prevalencia va en aumento”. (CDHDF, 2016)

La (ONU, 2016) revela que los niños discapacitados tienen cuatro veces más posibilidades de ser víctimas de actos violentos; la ignorancia es en gran parte responsable de la estigmatización y la discriminación que padecen las personas discapacitadas. Presenta algunos datos reveladores: más de cien millones de discapacitados son niños, el 80% de las personas con discapacidad vive en los países en desarrollo, el 50% de las personas con discapacidad no tiene acceso a la sanidad. “Los niños con discapacidad suelen tener peor acceso a la educación, en especial cuando habitan en sectores dominados por la pobreza” (ONU, 2016)

(CDPD, 2008), explica que la accesibilidad y la inclusión de las personas con discapacidad son derechos fundamentales reconocidos por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades. Son las condiciones sin las cuales no pueden disfrutar de sus otros derechos. En su artículo 9 pide que las personas con discapacidad puedan llevar una vida independiente y participar de forma activa en el desarrollo de la sociedad. Solicita a los Estados que tomen las medidas apropiadas para darles pleno acceso a la actividad cotidiana y eliminar todos los obstáculos para su integración. “La convención ha sido firmada por 182 países y ratificada por 153, entre ellos el Ecuador”. (CDPD, 2008)

(OEA, 1999), recuerda que en su cita sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, en vigor desde septiembre 2001 y ratificada por Ecuador en marzo 2004, insta a los Estados Partes a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, con la finalidad de eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena inclusión.

## **Marco Conceptual**

### **Discapacidad intelectual**

Antes de aclarar qué se entiende por discapacidad intelectual, aquí una brevísima sinopsis:

(Villa Fernández, 2007), explica que en las culturas antiguas predominaba el enfoque animista religioso (deficiencia ligada a poderes sobrehumanos, pecados cometidos, posesión de los espíritus del mal), el tratamiento oscilaba entre las actuaciones que recurrían a remedios como la magia, los brujos y chamanes, masajes, baños, hierbas y, por otro lado, la postración pasiva y culpabilizada ante unos síntomas que se interpretaban como castigos de los dioses, y era objeto de rechazo e incluso de muerte.

(Villa Fernández, 2007), acota que una vez que se abandona la demonología, advienen la psicoterapia y laborterapia, la educación especial para sordomudos y ciegos, y se implantan instituciones para la rehabilitación; los siglos XVII y XVIII -en cambio- son los considerados del encierro; los finales del siglo XIX serán los del surgimiento de las ciencias sociales vinculadas a la psiquiatría médica y el psicoanálisis que tratan de favorecer al discapacitado; a comienzos de la década de los sesenta se da apertura a los determinantes psicosociales y psicoambientales que, de la visión individual pasó a una colectiva y, desde ahí, a la organización de las persona con discapacidad para defender sus derechos. “En la actualidad se da un enfoque multidimensional, que se concibe como una expresión de la interacción entre una persona con capacidades intelectuales limitadas y su entorno y que pretende ampliar la conceptualización de la discapacidad intelectual”. (Villa Fernández, 2007)

La (OMS, 1968), sostiene que los discapacitados son individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media, que se manifiesta en el curso de desarrollo y se asocia a una clara alteración de los comportamientos adaptativos (maduración, aprendizaje o ajuste social).

(AAMR, 2002), dice que la discapacidad es caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, pues se manifiesta en habilidades prácticas, sociales y conceptuales.

(Luckanson, 2002), califica a la discapacidad como un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. “En los niños, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves”.

(RAE et al, 2014), define a la discapacidad como la disminución física, sensorial o psíquica que incapacita a una persona total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida.

(Inclusión, 2015), refiere que las personas con discapacidad intelectual tienen algunas limitaciones para funcionar en su vida diaria, les cuesta más aprender habilidades sociales e intelectuales para actuar en diferentes situaciones.

(NICHCY, 2010), sostiene que la discapacidad intelectual es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas como comunicación, cuidado personal, y habilidades sociales, que impiden que el niño aprenda y su desarrollo sea mucho más lento que un niño típico. “Los niños con discapacidad intelectual pueden tomar más tiempo para aprender a hablar, caminar, y aprender a vestirse o comer” (NICHCY, 2010). Están propensos a tener problemas en la escuela; aprenderán, sí, pero necesitarán más tiempo. Es posible que no puedan aprender algunas cosas.

### **Algunas causas de la discapacidad intelectual**

(Sulkes, Manual MSD, 2015), considera causas de la discapacidad por etapas:

#### **Antes o en el momento de la concepción**

- Trastornos hereditarios (como fenilcetonuria, enfermedad de Tay-Sachs, neurofibromatosis, hipotiroidismo, síndrome del cromosoma X frágil).
- Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down).

#### **Durante el embarazo**

- Déficit grave en la nutrición materna.
- Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), citomegalovirus, herpes simple, toxoplasma y virus de la rubéola.
- Sustancias tóxicas (como el alcohol, el plomo y el metilmercurio).
- Fármacos (como la fenitoína, el valproato, la isotretinoína y los antineoplásicos [quimioterápicos]).
- Desarrollo anómalo del cerebro (como quiste porencefálico, heterotopia de la sustancia gris y encefalocele).

- Preeclampsia y parto múltiple.

### **Durante el nacimiento**

- Falta de oxígeno (hipoxia).
- Prematuridad extrema.

### **Después del nacimiento**

- Infecciones del encéfalo (como la meningitis y la encefalitis).
- Traumatismo craneal grave.
- Déficit en la nutrición del niño.
- Abandono emocional grave o maltrato psicológico verbal o físico.
- Sustancias tóxicas (como el plomo y el mercurio).
- Tumores cerebrales y su tratamiento.

### **¿Cuáles son algunos signos de la discapacidad intelectual?**

(Educación Especial, 2011), refiere que, por lo general, mientras más grave sea el grado de discapacidad intelectual, más temprano se identificarán los síntomas. Sin embargo, podría ser difícil indicar la manera cómo la discapacidad intelectual afectará a los niños más tarde en la vida. Aquí aparecen algunos rasgos:

- Se sientan, gatean o caminan más tarde que otros niños.
- Aprenden a hablar más tarde o tienen problemas para hablar.
- Tienen dificultad para recordar cosas.
- Tienen problemas para entender las reglas sociales.
- Tienen dificultad para ver las consecuencias de sus acciones.
- Tienen dificultad para resolver problemas.

Entonces, ¿qué se puede hacer si se cree que un niño tiene discapacidad intelectual? Lo aconsejable sería hablar con un médico para una evaluación profesional seria, sin complicaciones. Pero no es la única solución.

## **Evaluación del discapacitado**

(Sulkes, Manual MSD, 2015) da cuenta que muchos niños son evaluados por equipos de profesionales en los que intervienen un neurólogo pediátrico o un pediatra especializado en problemas de desarrollo, un psicólogo, un logopeda, un terapeuta ocupacional o un fisioterapeuta, un educador especial, un trabajador social o un miembro del personal de enfermería. “Cuando existe sospecha de discapacidad intelectual, el médico valora al niño mediante pruebas de funcionamiento intelectual, para intentar localizar la causa”. (Sulkes, Manual MSD, 2015)

(Sulkes, Manual MSD, 2015) sostiene que aunque la causa de la deficiencia intelectual del niño sea irreversible, la identificación del trastorno causante permite predecir la futura evolución del niño, evitar otras pérdidas de habilidades, planificar cualquier intervención que pueda aumentar el nivel de funcionamiento y asesorar a los padres por si existe riesgo de tener otro hijo con el mismo trastorno.

Así mismo, (Sulkes, Manual MSD, 2015) advierte que los recién nacidos con malformaciones físicas u otros síntomas sugestivos de una afección asociada a discapacidad intelectual suelen necesitar pruebas de laboratorio para ayudar a detectar los trastornos metabólicos y genéticos. Explica que, para el efecto, se realizan estudios de diagnóstico por la imagen, como la resonancia magnética nuclear, para detectar problemas estructurales en el cerebro; el electroencefalograma, que registra la actividad eléctrica del encéfalo, se usa para valorar la posibilidad de convulsiones en el niño. “Los análisis cromosómicos, de sangre y orina, la tecnología de micromatrices cromosómicas y las radiografías óseas también ayudan a descartar otras causas sospechadas de discapacidad intelectual”. (Sulkes, Manual MSD, 2015)

(Sulkes, Manual del Merk, s/f), explica que algunos niños con retraso en el aprendizaje del lenguaje y en el dominio de las habilidades sociales tienen enfermedades diferentes de la discapacidad intelectual. Que, por lo general, se lleva a cabo una evaluación auditiva, ya que los problemas de audición afectan al desarrollo social y del lenguaje; es decir que los problemas emocionales y los trastornos del aprendizaje también se confunden con la discapacidad intelectual. “Los niños que han sido gravemente privados de cariño y de atención durante largos

periodos de tiempo puede parecer que sufren discapacidad intelectual” (Sulkes, Manual del Merk, s/f)

Un niño que tarda en sentarse y en caminar (habilidad motriz gruesa) o en manipular objetos (habilidad motriz fina) puede sufrir un trastorno neurológico no asociado con la discapacidad intelectual.

(Sulkes, Manual del Merk, s/f), refiere que los padres no siempre se aperciben de los problemas de desarrollo leves, por eso es importante que los médicos realicen, de forma sistemática, pruebas de cribado del desarrollo durante las revisiones pediátricas de rutina. Para este fin, considera que deben utilizarse cuestionarios sencillos que deben cumplimentar los padres, o inventarios de los hitos característicos del desarrollo infantil para evaluar de forma rápida las habilidades cognitivas, verbales y motoras del niño.

Los padres han de ayudar al médico a determinar el nivel de funcionamiento del niño completando una prueba de evaluación de su estado evolutivo. A los niños que, en estas pruebas de cribado, muestran un nivel bajo para su edad, se les aplican otras pruebas más formales y específicas. (Sulkes, Manual del Merk, s/f)

La publicación especializada de (Sulkes, Manual del Merk, s/f), expresa que las pruebas formales tienen tres componentes: entrevistas con los padres, observaciones del niño y cuestionarios en los que se compara el rendimiento del niño con el obtenido por muchos otros niños de la misma edad (cuestionario con normas de referencia). Hay algunas pruebas, como el test de inteligencia de Stanford-Binet y la Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV (test de WISC-IV, por sus siglas en inglés), que miden la capacidad intelectual. Otras, como las Escalas de conductas adaptativas de Vineland, valoran la comunicación, las habilidades de la vida diaria y las destrezas sociales y motrices. Generalmente, estas pruebas formales comparan la capacidad intelectual y social del niño con el segmento de población de su misma edad. Sin embargo, los niños con un origen cultural diferente, los que proceden de familias que no hablan el idioma del país y los que tienen una posición socioeconómica muy baja son más propensos a obtener un resultado bajo en estas pruebas.

El diagnóstico de discapacidad intelectual requiera que el médico integre los datos de la prueba con la información obtenida de los padres y con una

observación directa del niño. Es oportuno solo en los casos en que tanto la capacidad intelectual como la adaptativa están significativamente por debajo del promedio. (Sulkes, Manual del Merk, s/f)

### **¿Qué es un diagnóstico?**

Un diagnóstico son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. Etimológicamente la palabra diagnóstico proviene de los términos *gnosis*: conocer y *dia*: a través; por tanto, significa conocer a través de. O sea, si nos remitimos a lo que nos sugiere su etimología, vemos que su concepto es más sugerente.

(Scarón & Genisans, 2013), afirman que un diagnóstico es un juicio comparativo de una situación dada con otra situación dada, ya que lo que se busca es llegar a la definición de una situación actual que se quiere transformar.

Las investigadoras consideran que el diagnóstico es, en esencia, un elemento básico que “relaciona dos modelos a saber: el modelo real y el modelo ideal, y entre los cuales se establece un juicio de valor que marca la diferencia del modelo real con el modelo ideal”. (Scarón & Genisans, 2013)

Para (RAE et al, 2014) el diagnóstico es la recolección y análisis de datos para evaluar problemas de diversa naturaleza.

Los investigadores, en general, consideran al diagnóstico como el principal elemento para la realización de una investigación en cualquier campo, pues sin él es casi imposible arribar a buen puerto con resultados positivos un trabajo de cualquier modalidad, ya que el diagnóstico es lo primero que nos acerca a la realidad de la situación de cualquier índole (social, político, científico, educativo, económico, cultural,...). Si se trata de un escenario escolar, por ejemplo, nos permitirá acercarnos a los factores que inciden en su problemática.

(Martínez M. , s/f), sostiene que el diagnóstico se ha conceptualizado como un proceso fundamental para conocer las características y condiciones en las que se encuentra un grupo social, un sitio o algún aspecto relacionado con la realización o logro, es decir que permite acceder a conocimientos específicos y valiosos para la posterior toma de decisiones e intervenciones mediante la propuesta de proyectos de solución.

(Yaque et al, 2016), coinciden en mencionar algunas etapas históricas sobre la evolución del diagnóstico, partiendo del siglo XIX en donde hay un periodo no científico, es decir racionalista-especulativo, pasando por el de configuración que se da entre 1870 y 1905; hasta 1920 en que se constituye en una disciplina científica. Refieren que luego aparece un periodo de expansión y difusión sobre los métodos que emplea, esto es entre 1920 y 1945; de ahí llega a un periodo de crisis que se prolonga hasta 1970 en que fue expuesta a revisión y a nuevos modelos.

Por su naturaleza, objetivo, intención,..., hay varios tipos de diagnóstico: institucional, pedagógico, curricular, organizacional, de competencias, administrativo, ecológico, informático,...

En el ámbito educativo el diagnóstico es necesario porque con sus resultados se puede elegir las estrategias metodológicas adecuadas, según el tipo de elemento humano que se pretenda educar (sexo, edad, estilo de aprendizaje, rango socioeconómico, cultura, niveles cognitivos,...), conforme se explica en esta investigación. (Yaque et al, 2016)

### **Características generales del diagnóstico**

(Tareas, 2012), explica que, al momento de ponerlo en práctica, el diagnóstico debe observar las siguientes características:

- Tener como punto de partida un problema.
- Estar basado en el principio de “comprender para resolver”.
- Exigir dos tipos de actividades básicas: recoger información y reflexionar.
- Que sea un proceso que va de los fenómenos a la esencia.
- Que se apoye en la teoría.
- Que sea parcial.
- Que sea una actividad permanente.
- Que desemboque en conclusiones prácticas.

También es muy importante tomar en cuenta los aspectos de la realidad que se diagnostica: aspectos positivos y negativos, cuantitativos y cualitativos, subjetivos y objetivos, coyunturales y estructurales, locales y nacionales, saber con certeza lo que se quiere diagnosticar porque el resultado permitirá tomar decisiones

importantes para la propuesta que se quiera emprender como remediación. (Tareas, 2012)

### **El diagnóstico dentro del Centro Infantil del Buen Vivir -CIBV-**

(MIES-MINEDU, 2015), explica que en el CIBV Ceiba no se realiza diagnóstico propiamente en ningún caso, eso sí en cada semestre (abril y octubre) de cada año se efectúan evaluaciones generales a los 60 infantes -de uno a tres años de edad- que acuden de forma regular.

Las evaluaciones se dan en los ámbitos de:

- **Desarrollo personal y social.** Destrezas que le facilitan al infante interactuar socialmente con mayor seguridad y confianza a partir del conocimiento de sí mismo, de la familia y de la comunidad.
- **Descubrimiento del medio natural y cultural.** Nociones básicas y operaciones del pensamiento que le permitan al infante ampliar la comprensión de los elementos y las relaciones mundo natural y cultural.
- **Expresión y comunicación.** Lenguaje verbal y no verbal como medio de manifestación de sus necesidades, emociones e ideas con el fin de comunicarse e incrementar su capacidad de interacción con los demás.
- **Exploración del cuerpo y motricidad.** Reconocimiento de diferentes movimientos del cuerpo que le permitan desarrollar su habilidad motriz gruesa y fina para realizar desplazamiento y acciones coordinadas iniciando el proceso de estructuración de su esquema corporal.

### **Diagnóstico psicológico**

Para (Baekeland, 2014) el diagnóstico psicológico se refiere a síntomas o funcionamientos mentales-emocionales que no tienen una base orgánica observable. Se infieren por los comportamientos del paciente o por lo que dice que le está pasando.

A pesar de los progresos en las neurociencias, estamos todavía a años luz de comprender la complejidad del cerebro lo suficientemente como para poder decir, con una exactitud comparable a la del diagnóstico médico orgánico, qué estructura cerebral da lugar a un comportamiento mental-emocional específico en ese momento. (Baekeland, 2014)

(Baekeland, 2014), cuestiona que, decir que alguien está deprimido porque le falta serotonina (un neurotransmisor) en el cerebro, es como decir que la economía de un país sufre porque los ciudadanos compran coches extranjeros. Algo tendrá que ver, sí, pero la respuesta es infinitamente más compleja. “De modo que debemos tener cuidado de no reificar (convertir algo intangible en algo real y observable) a los diagnósticos psicológicos como si fuesen cosas que se pueden observar directamente”. (Baekeland, 2014)

### **Tipos de diagnóstico psicológico**

Para describir los diagnósticos psicológicos se puede decir que, a grandes rasgos, hay dos tipos de diagnóstico psicológico: el **sintomático** y el **estructural**, según (Baekeland, 2014). El **sintomático** consiste en agrupar un cierto número de síntomas, lo que se llama un síndrome, en función de la frecuencia, duración y etiología de su aparición, y darle un nombre para que pueda ser fácilmente reconocido. Esto es útil porque es frecuente que ciertos grupos de síntomas aparezcan juntos y formen cuadros clínicos familiares para los profesionales de la salud mental, a quienes les ayuda a comunicar rápidamente cuál es el sufrimiento manifiesto del paciente a otros profesionales.

(Baekeland, 2014), explica que la **estructural**, en cambio, consiste en intentar descubrir cuál es la estructura de personalidad del paciente, siempre sujeta a revisión en función de nuevos datos, para comprenderle como una persona completa y compleja.

La estructura de personalidad consiste en qué tipo de vínculos establece esa persona con los otros, cuál es la cualidad y la intensidad de sus pulsiones y afectos, qué mecanismos de defensa y de adaptación utiliza, qué autoimagen tiene, de qué tipo de síntomas sufre, y cómo ha llegado hasta allí. (Baekeland, 2014)

Para (López, 2014) hay otros tipos de diagnóstico de salud mental: **nosológico**, que es con el que más se identifica al paciente según sus signos y síntomas, basado en el diagnóstico **sindrómico**, que es el nombre que se le da al conjunto de signos y

síntomas que el paciente proporciona de acuerdo a la observación o examen clínico y motivo de consulta, y el diagnóstico **topográfico** que es cuando la base la constituye la teoría biológica, es decir explica al diagnóstico nosológico en palabras sencillas del organismo.

### **Diagnóstico pedagógico**

(Rojas, 2012), sostiene que el diagnóstico pedagógico trata de describir, predecir y, en su caso, explicar el comportamiento del sujeto en el contexto educativo; incluye actividades para medir y evaluar al alumno con el fin de realizar una intervención oportuna. Los aspectos que aborda: comprobación del progreso del alumno sobre metas establecidas, reconocimiento de factores en la situación enseñanza-aprendizaje y acondicionamiento de los aspectos de la situación de enseñanza-aprendizaje a las necesidades del niño. Su objetivo: determinar la naturaleza de las dificultades, su gravedad y los factores intervinientes.

(Rojas, 2012), señala que aquí se aprecia la importancia del rol docente como profesional y de la organización educativa como responsable de la calidad educacional, que deben coordinar todos los elementos del sistema escolar para que las diferentes técnicas e instrumentos de recogida de datos proporcionen informaciones útiles sobre el contexto ambiental del niño y de la interacción del niño con este ambiente.

(Rojas, 2012), aclara que cuando la escuela realiza adecuadamente su labor técnico-pedagógica no cometerá el error de etiquetar al niño, al contrario, trabajará para su plena realización personal. Se puede hacer evaluación con una sola prueba, pero nunca se podrá hacer diagnóstico con una sola prueba o información.

El diagnóstico constituye el punto final del proceso informativo y el de partida para la intervención; puede tener un carácter preventivo o correctivo. El docente, cuando lo aplica, debe preguntarse: ¿Por qué no aprende el niño?, ¿Cuál es la causa de la dificultad?, ¿Qué medidas tomar para atenuar o solucionar la dificultad? La respuesta deberá acompañarse de una reflexión que facilitará reconocer las necesidades del niño y diseñar planes remediales o correctivos.  
(Rojas, 2012)

(García, 2017), sostiene que el diagnóstico educativo, sea individual o colectivo, implica siempre la evaluación de una interacción. El rendimiento de un niño en una prueba psicométrica es producto de sus potencialidades genéticas y de la situación educativa a la que ha estado expuesto. Un diagnóstico es el punto de partida de un complejo sistema que no sólo afecta al niño en cuanto queda “rotulado”, sino también a los padres, para los cuales la tarea de aceptarlo es un proceso difícil. “Para el sistema escolar, a su vez, el diagnóstico lo enfrenta a la tarea de dar solución a las dificultades que el niño presenta. En este sentido se requiere de un manejo cuidadoso del diagnóstico y sus implicaciones”. (García, 2017)

(García, 2017) refiere que en la institución educativa es posible trabajar en diagnóstico desde un punto de vista clínico, psicométrico, social y/o pedagógico, ya sea en forma individual o colectiva que debe ser individual y orientarse a los aspectos psicopatológicos de la conducta infantil así como a realizar una evaluación de los niveles de desarrollo que ha alcanzado el niño. Habitualmente, se basa en una descripción de los problemas que el niño presenta, incluyendo no sólo aquellos por los cuales los padres consultan, sino los que el clínico obtiene de su relación con el niño. Esta descripción debe hacer un análisis de las situaciones que desencadenan el problema, la frecuencia de presentación y la reacción del ambiente. De alguna manera debe responder a las preguntas ¿cómo?, ¿cuánto?, ¿dónde? y ¿con quién? se presentan las conductas problemáticas, y ¿qué cambios opera la conducta del niño en el ambiente?

(García, 2017), explica que el **diagnóstico psicométrico** contempla la evaluación intelectual, de personalidad, la evaluación de las funciones psicológicas denominadas “básicas” en el proceso de aprendizaje y de los aspectos pedagógicos, a través de instrumentos estandarizados. Un test es siempre una muestra de conducta y, en esa medida, dice qué sucede en un sujeto determinado, en el aquí y en el ahora, con relación a un aspecto parcial del niño, aspecto que a lo mejor no es ni siquiera lo más relevante de lo que está ocurriendo en su mundo interno.

### **El diagnóstico psicopedagógico**

(Pointer, 2001), sostiene que el diagnóstico se centra en las actividades, pues para los niños y niñas con necesidades especiales, el calentamiento es

particularmente importante si se quiere generar un ambiente favorable como el diagnóstico si se quiere crear una situación divertida en torno a ellos antes de emprender cualquier actividad como la de la educación, aunque sea no escolarizada.

(CPE, 2014), refiere que el diagnóstico psicopedagógico sirve para valorar el nivel de desarrollo de los niños en las habilidades, capacidades cognitivas, lingüísticas, emocionales y conductuales que permiten identificar trastornos y dificultades específicas que deberán considerarse para planificar el proceso educativo o terapéutico para ayudarlo a superar sus retrasos. El diagnóstico psicopedagógico sirve para conocer las posibilidades y limitaciones para conocer el aprendizaje y el desarrollo del niño. (CPE, 2014), además, considera:

- Averiguar las causas personales o ambientales que dificultan el desarrollo para modificarlas.
- Proponer pautas para intervenir de acuerdo a las necesidades detectadas.
- Reorganizar la situación actual mediante la intervención terapéutica y recomendaciones oportunas.
- Identificar trastornos que afectan el desarrollo.
- Conocer el Nivel de Coeficiente Intelectual.
- Reconocer la relación entre la edad cronológica del niño y su madurez mental.
- Identificar los aspectos de la personalidad que afectan la conducta, relaciones sociales y familiares, seguimiento de normas,...
- Conocer las habilidades para aprender como: la memoria, percepción visual, discriminación auditiva, lectura, escritura, matemáticas y razonamiento.
- Detectar oportunamente si tiene dislexia y cómo intervenir adecuadamente.
- Identificar las dificultades específicas en la comprensión y expresión del lenguaje.

(CPE, 2014), indica que para poder obtener información sobre el desarrollo del niño es necesaria la aplicación de una batería de pruebas que permita obtener una valoración completa; “el **diagnóstico psicopedagógico** se vincula a la planificación

de procesos para analizar necesidades, establecimiento de objetivos, metas, diseño y evaluación para contribuir al mejoramiento del proceso madurativo, social y educativo del niño”. (CPE, 2014)

### **Orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico**

(RAE et al, 2014), define a las orientaciones como acciones y efectos de orientarse. Si las aplicamos al ámbito de la educación, estas acciones estarían encaminadas a fomentar el carácter didáctico para poder ejecutar aplicaciones puntuales para potenciar habilidades y destrezas cognitivas, de lenguaje, de cálculo, de arte,...

### **Fundamentación**

Este trabajo investigativo se sostiene sobre la teoría sociohistórica de (Vigotsky, 1896-1934), pues ella pone de manifiesto la compenetración activa de los niños con su entorno y en la que se destaca el papel de la socialización como proceso de desarrollo cognitivo. El diagnóstico funciona en la medida que responda a su naturaleza, a su entorno atado a su público objetivo: el niño con discapacidad, conforme se lo considera en el diseño de las orientaciones.

Según el científico soviético, todos los procesos superiores de la conducta, ya estén relacionados con el pensamiento, el lenguaje o la actividad motora, tienen un carácter instrumental, ya que no solo se hace uso de los estímulos del medio, sino sobre todo de los recursos y estímulos internos del sujeto, como si fueran herramientas físicas.

Sobre la base anterior, la observación en el CIBV facilita apreciar que estos recursos internos van siendo construidos por el sujeto a lo largo de su desarrollo y dependen -en gran medida- del medio social en el que vive el sujeto.

De acuerdo con (Vigotsky, 1896-1934), la cooperación social permitirá a los niños interiorizar las normas y pensamientos sociales, convirtiéndolas en propias. El papel de los adultos (educadoras) o de los pares más avanzados, será el de guiar y dirigir el aprendizaje antes de que el niño pueda dominarlo e interiorizarlo; esta orientación permitirá al niño cruzar la zona de desarrollo próximo, la brecha entre lo que ya es capaz de hacer y lo que no puede lograr por sí mismo. En el transcurso

de esta colaboración, la responsabilidad de la dirección y control del aprendizaje pasan gradualmente al niño con inclusión. Veremos, tal como afirma el teórico, que el conocimiento (producto) sostiene que los procesos psicológicos superiores (comunicación, lenguaje, razonamiento,...) se adquieren primero en un contexto y luego se internalizan como producto de un uso de determinado comportamiento cognitivo en un contexto social.

De la misma forma, este trabajo investigativo se fundamenta en el enfoque constructivista de (Piaget, 1970), en su veta pedagógica, como una manera determinada de entender y explicar las formas en las que aprendemos, pues se pone énfasis en la figura del aprendiz -niño- como el agente que en última instancia es el motor de su propio aprendizaje.

Según este enfoque, los padres, las educadoras y miembros de la comunidad donde está inscrito el CIBV son facilitadores del cambio que se está operando en la mente del aprendiz, pero no la pieza principal. Esto es así porque, para los constructivistas, las personas no interpretan literalmente lo que les llega del entorno, ya sea a través de la propia naturaleza o a través de las explicaciones de maestros y tutores. La teoría constructivista del conocimiento nos habla de una percepción de las propias vivencias que siempre está sujeta a los marcos de interpretación del "aprendiz".

O sea, siempre interpretaremos a la luz de nuestros conocimientos previos. El aprendizaje no es la simple asimilación de paquetes de información que nos llegan desde fuera, sino que se explica por una dinámica en la que existe un encaje entre las informaciones nuevas y nuestras viejas estructuras de ideas. De esta manera, lo que sabemos está siendo construido permanentemente. El diagnóstico, mediante estas orientaciones, también considera este proceso clave para empoderar educación. (Durkheim, 2014)

### **Otros aspectos**

La discapacidad también ha sido preocupación de los filósofos de la Antigüedad, donde se dedicaron a tratar aspectos relacionados con el conocimiento sobre las cosas y el mundo que les rodea. (Cicerón), fue el primero en escribir sobre la enfermedad mental. (Aristóteles), señala que sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley

debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado. En su época las personas que estaban sanas y fuertes para poder convertirse en militares, eran apreciados socialmente; mientras que las personas que tenían algún tipo de limitación eran rechazadas y arrojadas al vacío.

Aunque no todo el pensamiento de la época se limitaba al rechazo hacia personas con limitaciones, sino que, por ejemplo, (Confucio), manifestaba la responsabilidad moral de la sociedad sobre estas personas. No es de extrañar que en la Antigüedad se discriminase por cómo veía la sociedad a estas personas; es más, incluso en la actualidad se sigue discriminando, aunque no de esa manera, sino poniéndoles barreras, no integrándoles en la sociedad.

La discapacidad intelectual está asociada a la educación. (Dewey, s.f.), no dudaba en afirmar que la formación de un cierto carácter constituía la única base verdadera de una conducta moral, “la sociedad democrática debe ayudar a los niños a desarrollar un carácter conjunto de hábitos y virtudes que les permita realizarse plenamente de esta forma” (Dewey, s.f.)

En cuanto al carácter sociológico, es (Comte, 2017), quien apunta hacia la conciencia humana para entender los problemas de la sociedad en la que se encuentra inmerso el niño y la niña; (Durkheim, 2014), en cambio, sostiene que es en el método sociológico donde se pueden adoptar las bases para el desarrollo del infante. Por otro lado, (Weber), refiere que solamente se tiene una cuestión sociológica si un individuo o varios en sus acciones dicen algo con relación a otros siempre que estén atentos a los diversos cambios, en especial los relacionados a la educación, de la que forma parte el infante,

## **Marco Legal**

Esta investigación se levanta a partir del marco legal basado en el Plan Nacional para el Buen Vivir porque corresponde a la visión gubernamental que nos rige, la enmarcada en la denominada Revolución Ciudadana que inició el Presidente de la República Rafael Correa Delgado, desde el 2007 hasta mayo del 2017, que continúa el mandatario Lenín Moreno Garcés en la actualidad, y que está inmersa en los Planes Nacionales de Desarrollo (2009-2013), (2013-2017) y (2017-2021) y que no hace sino confirmar lo que manda nuestra actual Constitución

Política.

En efecto (Constitución Política, 2008), reza en su artículo 47 que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Así mismo establece, en el **artículo 48** que el Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

- La inclusión social, mediante planes, programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.
- La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.
- El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
- La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.
- El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.
- El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.
- La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La (Constitución Política, 2008), en su **artículo 49**, sostiene que “las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención”.

Para el efecto, el Ministerio de Inclusión Económica y Social -MIES- sigue los lineamientos en favor de los discapacitados como una política de Estado. El

Consejo Nacional Consultivo de Discapacidad -CONADIS- y afines a la temática trabajan en proyectos puntuales para impulsar del desarrollo de los niños y niñas en su primera infancia, con discapacidad, por ejemplo.

### **Capítulo 3**

## **Metodología. Análisis de resultados y discusión**

### **Enfoque y tipos de investigación**

(Hernández et al, 1996), afirman que la investigación científica es esencialmente como cualquier tipo de investigación, solo que más rigurosa y cuidadosamente realizada.

Bajo el considerando anterior, el presente trabajo se encuadra en un enfoque mixto, porque da cabida al carácter cualitativo de la investigación, es decir naturalista, pues recopila información de eventos en su ambiente natural, como lo es el CIBV; y a una visión fenomenológica, porque tiene como foco entender el significado que presentan los eventos; y etnográfica, ya que realiza descripciones detalladas de situaciones, personas, interacciones y comportamientos que son observables.

Por su objeto de estudio es de campo porque se apoya en informaciones que provienen de entrevistas, cuestionarios, encuestas, observaciones *in situ*; por su extensión de estudio, es investigación no experimental porque el investigador tiene que limitarse a la descripción de situaciones ya existentes, porque no manipula deliberadamente las variables.

Es descriptiva porque desea describir en todas sus componentes la realidad, de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés (Socio Vivienda, en este caso). Aquí el investigador recoge los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, expone y resume la información de manera cuidadosa y luego analiza minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

Según las fuentes de datos, esta investigación es de carácter documental, pues emplea documentos de variada índole: bibliográfica (libros), hemerográfica (periódicos y revistas) y archivística (archivos en general). O sea, porque se levanta desde el conocimiento de investigaciones existentes referentes al tema para llevar a cabo la solución del problema a investigar.

## **Métodos de investigación**

Este trabajo de investigación emplea el método inductivo porque va de lo particular a lo general, y está asociado al enfoque cualitativo que, aunque tiene un carácter empirista, permite un análisis sostenido

### **Métodos Teóricos**

(Martínez & Rodríguez, 2000), sostienen que los métodos teóricos permiten descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensoperceptual. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción.

Entre los métodos teóricos se destacan: el histórico-lógico, que caracteriza al objeto en sus aspectos más externos a través de la evolución y desarrollo histórico del mismo; el método lógico, que reproduce en el plano teórico la esencia del objeto de estudio, investigando las leyes generales y primordiales de su funcionamiento y desarrollo.

Dentro del método lógico están incluidos el método hipotético-deductivo, el método causal y el método dialéctico, entre otros como el analítico sintético y el sistémico estructural funcional.

Así mismo, el analítico-sintético, el cual permitió analizar el problema a investigar, mientras que el sistémico-estructural funcional facilitó modelar la estructura y componentes de las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico.

Es importante significar que los métodos resultaron muy útiles en el proceder metodológico-investigativo, ya que determinaron dar respuesta al objetivo específico número 1, facilitando los recursos teóricos-metodológicos necesarios para realizar la investigación.

### **Métodos Empíricos**

De la misma forma, (Martínez & Rodríguez, 2000) refieren que los métodos empíricos se caracterizan por su aporte al proceso de investigación, que es resultado fundamentalmente de la experiencia. Estos métodos posibilitan revelar las relaciones esenciales y los rasgos fundamentales del objeto de estudio, accesibles a

la detección sensoperceptual, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio.

(Morán Márquez, 2000), sostiene que el **método empírico** posibilita revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección de la percepción, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio. La investigación empírica permite al investigador hacer una serie de indagaciones referente a su problemática, retomando experiencias de otros autores para de ahí partir con su exploración, también conlleva efectuar el análisis preliminar de la información, así como verificar y comprobar las concepciones teóricas.

Dentro del método empírico se halla el método de la observación científica, que fue el primero en ser utilizado por los científicos y, en la actualidad, continúa siendo su instrumento universal, pues permite conocer la realidad mediante la sensopercepción directa de entes y procesos, para lo cual debe poseer algunas cualidades que le dan un carácter distintivo. La observación científica debe ser:

- **Consciente.** Orientada hacia un objetivo o fin determinado.
- **Planificada.** En función de los objetivos y teniendo en cuenta las condiciones, los medios, el objeto y el sujeto de la observación.
- **Objetiva.** Despojada lo más posible de subjetividad. Apoyada en juicios de realidad y no en juicios de valor.

En el presente trabajo investigativo la observación como método fue esencial porque permitió comprender los fenómenos desde la perspectiva sensorial, vivencial y, sobre todo estar cerca de los eventos durante todo el proceso.

(Morán Márquez, 2000), sostiene que la ciencia comienza con la observación, que puede ser considerada como el método más antiguo y moderno de recogida de datos. Esta afirmación, aparentemente contradictoria, se justifica por la gran evolución que ha experimentado el método observacional en los últimos años. Pero la observación sin más, no puede ser considerada como método científico, por eso resulta conveniente distinguir entre la observación ordinaria y la observación científica.

En la observación ordinaria, no científica, se realizan percepciones casuales u ocasionales, comprobando los hechos tal y como se presentan espontáneamente,

sin hipótesis previa, es decir, sin intencionalidad de buscar una relación entre dos o más variables, y no en el sentido de observación sin teoría –como ya vimos, cualquier observación es una entidad pública, formulada en algún lenguaje público, que conlleva teorías con diversos grados de generalidad y complejidad, por lo que algunas teorías deben preceder a todos los enunciados observacionales-. La observación científica es aquella que utiliza hipótesis expresas y manifiestas, a pesar de que se puedan obtener observaciones científicas por azar o no conexas con objetivos de investigación.

El principal objetivo de la observación es la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista, con la preocupación de evitar y precaver los errores de la observación que podrían alterar la percepción de un fenómeno o la correcta expresión del mismo. En tal sentido, el observador se distingue del testigo ordinario, ya que este último no intenta llegar al diagnóstico, además son muchos los sucesos que le pasan desapercibidos. La observación es, por tanto, un instrumento básico para el logro empírico de nuestros objetivos, constituye uno de los aspectos importantes del método científico. La observación se considera una técnica científica en la medida que está sujeta a comprobaciones de validez y fiabilidad.

En el caso de la investigación que se presenta, este método permitió observar el problema a investigar, constatándose la necesidad de realizar un proceso de intervención encaminado al perfeccionamiento del proceso de diagnóstico, ya que se pudo observar las deficiencias que presentan las educadoras para poder desarrollar adecuadamente el diagnóstico de niños con necesidades educativas intelectuales.

Como parte de la investigación se utiliza la técnica de encuesta con el objetivo de indagar el nivel de conocimiento que existe en las educadoras sobre los procedimientos para realizar el diagnóstico psicopedagógico en los niños.

### **Población y muestra**

La población del proyecto de tesis la constituyen siete profesionales: seis educadoras de párvulos y la coordinadora. Juntas integran la plana laboral del Centro Infantil del Buen Vivir Ceiba, ubicado en la cooperativa Socio Vivienda N° 1, en el norte marginal de Guayaquil.

La muestra está constituida por las seis maestras, es decir el 100 %, del total de docentes que trabajan en el centro, resultando como criterio de inclusión fundamental, ser docente del Centro Infantil del Buen Vivir.

### **Criterios de inclusión**

- Estar involucradas con el trabajo directo con los infantes pertenecientes al CIBV.
- Trabajar con niños y niñas, de entre uno y tres años de edad.
- Presentar limitaciones en la realización del diagnóstico psicopedagógico.

## Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<b>Diagnóstico Psicopedagógico</b> Elemento básico que relaciona dos modelos a saber: el modelo real y el modelo ideal, y entre los cuales se establece un juicio de valor que marca la diferencia del modelo real con el modelo ideal.	Psicológica	-Funcionamiento General (conocimiento, emotividad, voluntad,...)	-Guía de observación
	Pedagógica	-Desarrollo Cognoscitivo	-Pruebas establecidas
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<b>Discapacidad Intelectual</b> Es un término utilizado cuando el infante no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. Los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves; puede ser una disminución física, sensorial o psíquica que lo incapacita total o parcialmente para el aprendizaje o para otras tareas ordinarias de la vida.	Cognición	-Atención -Concentración -Memoria -Creatividad -Pensamiento	-Pruebas establecidas
	Motricidad	-Motricidad gruesa -Motricidad fina	-Ficha valorativa
	Socialización	-Grado de interacción social	-Guía de observación

### Guía de observación para el diagnóstico psicopedagógico

Datos Generales	Nombre:	Sexo/edad:	Núcleo Familiar:	Nivel Económico:	Otros
	Q	niña, 3 años	madre y abuelo	pobreza	
<b>Dimensión Psicológica</b>					
<b>Indicador: funcionamiento general</b>					
<b>Conocimiento /Sí/-No/</b>					
Pide cosas empleando palabras o gesto /Sí/					
Comprende y produce palabras nuevas /No/					
Produce enunciados de dos o tres palabras /No/					
Aparece en su lenguaje el artículo indefinido 'un', 'una' /No/					
Aparece la concordancia en su lenguaje /No/					
Inspecciona todos los objetos que le rodean /Sí/					
<b>Emotividad /Sí/-No/</b>					
Identifica mediante imitaciones /Sí/					
Reconoce a las personas que ama /Sí/					
Es egocéntrico 'mío', 'mía' /No/					
Llora cuando se siente solo /No/					
Mueve su cuerpo al ritmo de la música /Sí/					
Puede esperar y participar /No/					
<b>Voluntad /Sí/-No/</b>					
Independencia motora: corre /No/ - para /Sí/ - gira /No/					
Controla esfínteres /No/					
Manifiesta iniciativa para iniciar un juego /No/					
Tiene problemas para seguir una consigna /Sí/					
Gusta de jugar con objetos /Sí/					
Come con gusto /Sí/					
<b>Además</b>					
<p>A la niña, en general, le cuesta aprender, se distrae con mucha facilidad; a veces, en cambio, toma una postura de extrema indiferencia y no se motiva ante nada. Muchas actividades de aprendizaje corporal, por ejemplo, las realiza mediante imitaciones, pero con mucha torpeza y lentitud y, cuando parece cansada, simplemente no hace caso a ninguna consigna de aprendizaje. Sí se aprecia ciertos aspectos de emotividad cuando la educadora se acerca a ella para motivar su participación, pero de ella hay poca respuesta para iniciativas propias, tanto para el juego como para el aprendizaje lúdico.</p>					

### Guía de observación para la discapacidad intelectual

Datos Generales	Nombre:	Sexo/edad:	Núcleo Familiar:	Nivel Económico:	Otros
	Q	niña, 3 años	madre y abuelo	pobreza	
<b>Dimensión Socialización</b>					
<b>Indicador: grado de interacción social /Sí/-No/</b>					
Es disidente /No/					
Es opositor /No/					
Protagoniza rabietas /No/					
Deseo de independencia /No/					
Requiere de un adulto cerca /Sí/					
<b>Además:</b>					
<p>A la niña le cuesta relacionarse con los demás niños cuando da la impresión de que quiere hacerlo, pero se advierte en ella cierta indiferencia para las relaciones sociales, a la hora del juego hay que inducirle, sin embargo no se aturde ante la presencia de sus pares en el CIBV; la educadora debe extremarse para llamarla a cumplir actividades lúdicas; se puede apreciar que se acerca a los niños cuando algo de ellos le llama la atención: el peinado, el color oscuro de la piel, un juguete particular, etc. La madre y demás profesionales deberán ser un gran apoyo para su real integración con el entorno.</p>					

## Ficha valorativa en la discapacidad intelectual

<b>Datos Generales</b>	<b>Nombre:</b> Q	<b>Sexo/edad:</b> niña, 3 años	<b>Núcleo Familiar:</b> madre y abuelo	<b>Nivel Económico:</b> pobreza	Otros
<b>Dimensión Motricidad</b>					
<b>Indicadores</b>					
<b>Valoración: Mucho (M)-Poco (P)-Nada (N)</b>					
<b>Motricidad Gruesa</b>			<b>Motricidad Fina</b>		
Presenta problemas al sentarse (P)			Buena rotación de la muñeca (P)		
Muestra dificultad al caminar (P)			Troza papel y materiales blandos (P)		
Logra la representación de objetos (N)			Pega papeles sobre objetos definidos (N)		
Busca objetos escondidos (P)			Recorta cartón sin ayuda (N)		
Realiza imitación diferida (sin presencia del objeto real) (N)			Efectúa por imitación líneas con crayones (P)		
Coordina ojo-pie (P)			Juega con bolitas en forma coherente (P)		
Sube y baja escalera con los pies (P)			Puede sostener palillos sin que se les caiga (P)		
<b>Además</b>					
El desarrollo psicomotriz de los niños con discapacidad está relacionado de manera intrínseca con su discapacidad intelectual, pues sus ejecutorias son retrasadas, lentas, incoherentes y, en algunos casos como Q, nulas. La niña no disfruta de estas técnicas, pues le parecen ajenas. La valoración de Q, en este caso se torna preocupante porque son la base para el desarrollo de destrezas y habilidades manuales coordinadas.					

La observación apunta al público objetivo: infantes con discapacidad intelectual. En esta oportunidad se tomó un caso muy particular, el de la alumna Q (nombre protegido), de tres años de edad, con una discapacidad intelectual del 65%; vive con su madre (el padre la abandonó) y su abuelo en Socio Vivienda 1. Su nivel económico es de pobreza.

Para complementar la observación, hubo que acudir a ciertos antecedentes de la niña, como el de la violencia generada por su padre en el hogar hasta que decidió abandonarla al obligado cuidado de la madre, situación que generó en la niña una manifiesta inhibición.

Los resultados se amoldan a un perfil determinado para este tipo de discapacidad. Sirven de apoyo para otras informaciones que consolidarán un diagnóstico como es la participación de otros profesionales que forman parte del entorno del CIBV. De la misma manera un acercamiento con la madre para lograr configurar una intervención inclusiva.

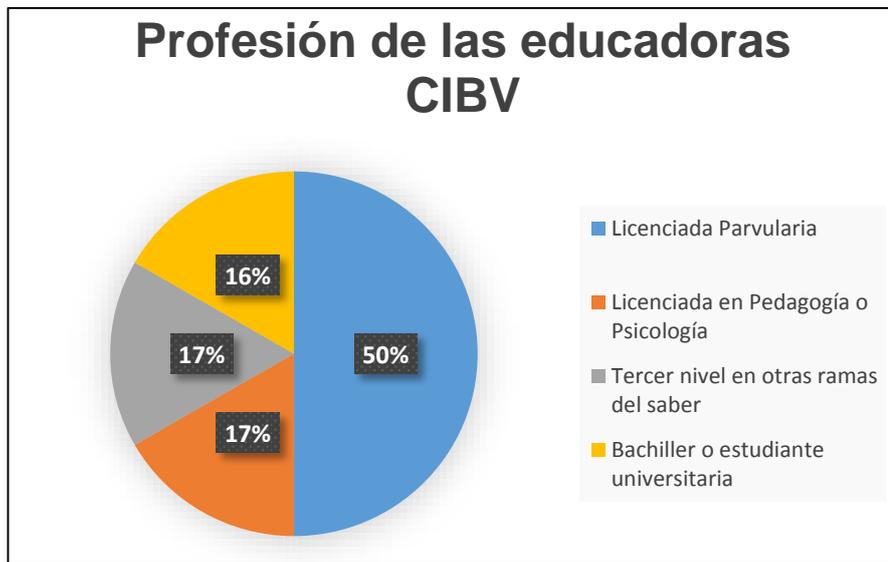
Para el levantamiento de la ficha valorativa fue importante establecer un vínculo personal afectivo con el infante y en contacto con sus pares en el CIBV, en especial para poder observar su desempeño *in situ*.

**Análisis, interpretación y discusión de resultados. Instrumento: encuesta**  
**Tabla 9. Profesión de las educadoras**

Profesión de las educadoras CIBV	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada Parvularia	3	50%
Licenciada en Pedagogía o Psicología	1	17%
Tercer nivel en otras ramas del saber	1	17%
Bachiller o estudiante universitaria	1	16%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 9. Profesión de las educadoras**



**Análisis.** De acuerdo con los datos recogidos, se aprecia que el 50% de las educadoras cuenta con el título de licenciada parvularia, mientras que un 17% tiene titulación de tercer nivel (economía), otro 17% presenta grado de pedagogía y un 16% es bachiller.

**Interpretación.** La mitad de las educadoras posee el título adecuado para dedicarse al cuidado de los infantes, situación que es favorable porque su dedicación está respaldada por años de estudio, de asignaturas inherentes al público objetivo que nos compete. A este porcentaje se suma la profesional de psicología para constituir un buen punto de partida para un potencial trabajo psicopedagógico. Se advierte la presencia de una profesional ‘intrusa’, que trabaja para obtener ingresos, pero no por vocación o amor al trabajo con los infantes.

**Tabla 10. Experiencia de las educadoras con infantes**

Experiencia de las educadoras con infantes	Frecuencia	Porcentaje
Hasta un año	2	33%
Más de un año hasta 5 años	3	50%
Más de 5 años hasta 10 años	1	17%
Más de 10 años	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 10. Experiencia de las educadoras con infantes**



**Análisis.** El 50% de la nómina de educadoras del CIBV tiene una experiencia de entre uno y cinco años, mientras el 33% apenas cuenta con casi un año de ejercicio docente. El 17% es el más experimentado, pues presenta más de cinco años de trabajo en la especialización.

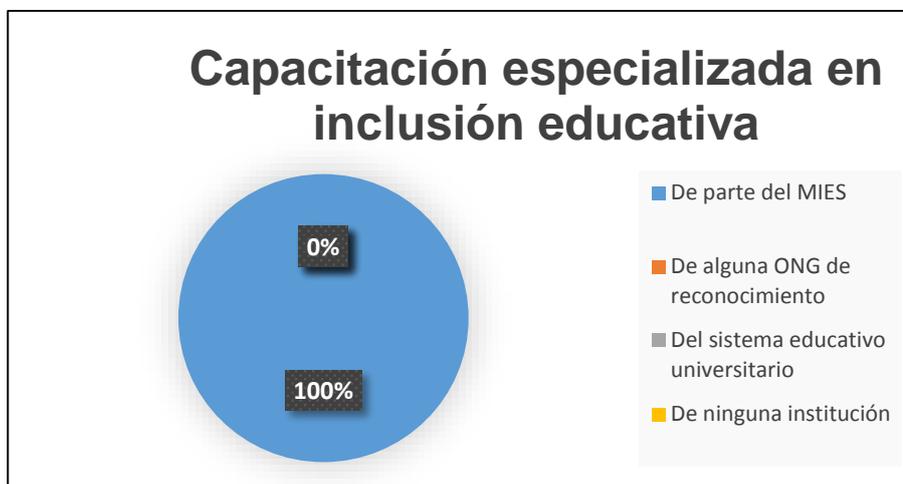
**Interpretación.** La mitad de la planta de educadoras tiene una experiencia en ciernes, que se va consolidando con el tiempo. Los años de trabajo son importantes porque nos permite apreciar cuán experimentado puede ser un grupo para el trabajo con niños, lo que se convierte en una garantía que, de ser bien conducida, con el empleo de eficaces documentos de apoyo psicopedagógico, se convierte en una fortaleza del equipo de educadoras del CIBV. La planta docentes es relativamente joven, situación que debe ser bien explotada en beneficio de los niños y niñas que acuden al lugar. La juventud es dinamismo, emprendimiento y aprendizaje.

**Tabla 11. Capacitación especializada en inclusión educativa**

Capacitación especializada en inclusión educativa	Frecuencia	Porcentaje
De parte del MIES	6	100 %
De alguna ONG de reconocimiento	0	0 %
Del sistema educativo universitario	0	0 %
De ninguna institución	0	0 %
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 11. Capacitación especializada en inclusión educativa**



**Análisis.** El 100 por ciento de las educadoras cuenta con capacitación especializada en el área de inclusión educativa de parte del Ministerio de Inclusión Económica y Social -MIES-

**Interpretación.** La totalidad de educadoras ha recibido capacitación sobre inclusión educativa por medio del MIES, cartera de Estado que tiene a su cargo los CIBV, pero estos cursos son de carácter obligatorio y de pocas horas de instrucción a través de la plataforma virtual y no se garantiza un aprendizaje fidedigno en favor de los infantes con discapacidad. Lo que sí se puede asegurar es la conciencia que puede llegar a alimentar esta capacitación. Pese al interés del MIES por preparar y evaluar, de manera constante, a las educadoras, sin embargo no las provee de mecanismos más efectivos para hacer realidad una verdadera inclusión.

**Tabla 12. Actitud frente a un caso de discapacidad por primera vez**

Actitud frente a un caso de discapacidad por primera vez	Frecuencia	Porcentaje
Seguir un protocolo oficial del CIBV	0	0%
Reportarlo a la coordinadora del centro	6	100%
Reportarlo a los padres de la infante	0	0%
Asumirlo de manera personal	0	0%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 12. Actitud frente a un caso de discapacidad por primera vez**



**Análisis.** El 100% de las educadoras, cuando por primera vez observa un caso con discapacidad en el aula, lo reporta a la coordinadora del CIBV.

**Interpretación.** El porcentaje revela que no hay una iniciativa personal total y consciente de parte de la educadora para asumir la discapacidad del infante, en el hipotético caso de que haya sido detectado en una primera observación por su desempeño en el aula. La parte más cómoda es reportarlo a la coordinadora y no darse la tarea de diagnosticarlo para preparar un reporte que culmine en una intervención psicopedagógica adecuada y lograr resultados mayores en su desempeño personal en el salón de clases. Una primera vista implica, además, adentrarse con curiosidad en el mundo de la infancia y su discapacidad: la observación es la primera aliada de la indagación.

**Tabla 13. Estrategia adecuada en programación para discapacitados**

Estrategia en programación para reforzar aprendizaje en discapacitados	Frecuencia	Porcentaje
De índole personal basado en la observación	0	0%
De carácter práctico empírico	2	33,34%
La misma que se emplea con los demás niños	1	16,66%
De ningún tipo	3	50%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 13. Estrategia adecuada en programación para discapacitados**



**Análisis.** El 50% de las educadoras revela que no considera en su programación ninguna estrategia para reforzar el aprendizaje de los discapacitados, el 33% refiere que lo hace pero de forma práctica y empírica, mientras que 17% aplica las mismas estrategias que con los demás alumnos que no son de Necesidades Especiales.

**Interpretación.** Los resultados demuestran que no hay predisposición de parte de las educadoras para aplicar didácticas de inclusión efectivas en favor de los infantes con discapacidad, pero hay también quienes aplican estrategias de carácter empírico como resultado de la práctica y observación. Otros no se percatan que son niños de inclusión y emplean las mismas técnicas que utilizan en el trabajo con los otros infantes, evitando la diferenciación, no adecuando el entorno a sus circunstancias.

**Tabla 14. Aplicación de diagnóstico por iniciativa propia a infante con discapacidad**

<b>Aplicación de diagnóstico por iniciativa propia a infante discapacitado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Una de carácter pedagógico	1	16,67 %
Una de tipo didáctico	1	16,67 %
Una de corte psicopedagógico	0	0 %
De ningún tipo	4	66,66 %
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 14. Aplicación de diagnóstico por iniciativa propia a infante con discapacidad**



**Análisis.** Un 17% de las educadoras del CIBV aplica, por iniciativa propia, un tipo de diagnóstico pedagógico a infantes con discapacidad, otro 17% lo hace con uno de categoría didáctica. El 66% no aplica diagnóstico de ninguna índole.

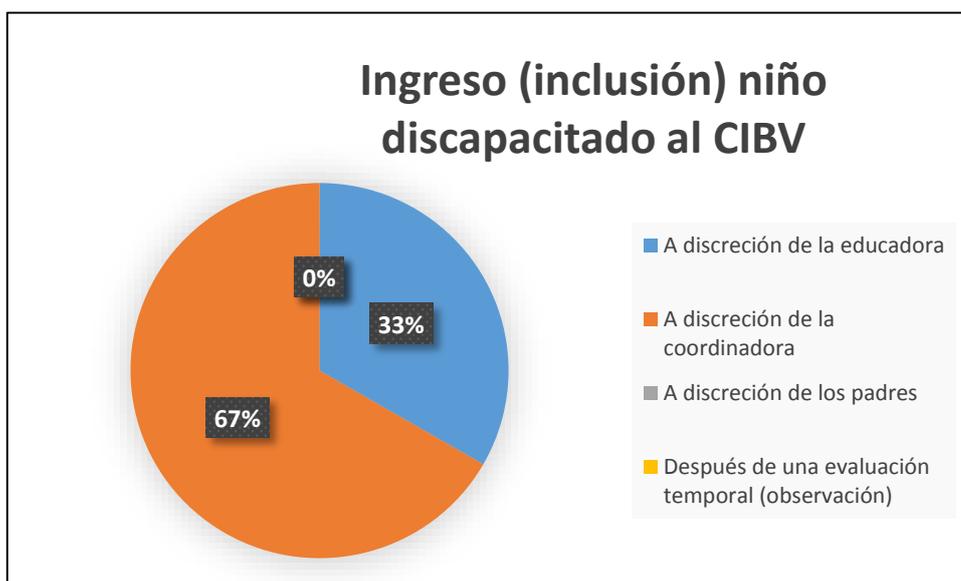
**Interpretación.** Una tercera parte de las educadoras muestra interés por aplicar diagnósticos psicológico y pedagógico por iniciativa personal, aunque no se garantiza la efectividad de esa actividad, pues responde a una inspiración propia de la espontaneidad y el entusiasmo. Pero la mayoría no se inmuta y no aplica ninguna clase de diagnóstico. Se puede apreciar, en todo caso, la existencia de un halo de apego por el trabajo diagnóstico, es decir que existe un buen punto de partida para acometer esta actividad en favor de los infantes con discapacidad intelectual.

**Tabla 15. Ingreso (inclusión) niño discapacitado al CIBV**

Ingreso (inclusión) niño discapacitado el CIBV	Frecuencia	Porcentaje
A discreción de la educadora	2	33,33 %
A discreción de la coordinadora	4	66,67%
A discreción de los padres	0	0 %
Después de una evaluación temporal (observación)	0	0 %
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 15. Ingreso (inclusión) niño discapacitado al CIBV**



**Análisis.** En cuanto a la forma concreta de cómo se efectúa el ingreso (inclusión), las educadoras indican que el 67% es a discreción de la coordinadora del CIBV, aunque hay un 33% que lo hace con su propio discernimiento.

**Interpretación.** En el tema de la selección del infante, como sujeto con Necesidades Educativas Especiales en su ingreso al CIBV, no hay mayor compromiso de las educadoras, quienes dejan esa responsabilidad a la coordinadora. De esta manera se convierte en actuante pasiva de este importante insumo que forma parte efectiva de la cotidianidad de las educadoras en su lugar de trabajo.

**Tabla 16. Comportamiento de resultado de evaluación semestral a infante con discapacidad**

Resultado evaluación semestral a infante con discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Con el promedio normal	0	0 %
Debajo del promedio normal	1	16,67 %
Muy por debajo del promedio normal	1	16,67 %
Es irrelevante	4	66,66 %
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>

(Tumbaco Lindao, 2017)

**Gráfico 16. Comportamiento de resultado de evaluación semestral a infante con discapacidad**



**Análisis.** El 17% del resultado de la evaluación semestral, en los casos de inclusión que ha tenido el CIBV, es debajo del promedio, otro 17% es muy por debajo del promedio, mientras que para la mayoría (66%) resulta irrelevante.

**Interpretación.** Pese a que no es un diagnóstico, empero su carácter evaluativo nos permite apreciar lo insignificante que, al parecer, constituye para las educadoras el resultado de las evaluaciones semestrales que toma el CIBV a los pocos casos de inclusión existente en el centro.

### **Análisis e interpretación. Resumen**

Procesados el análisis y la interpretación de los resultados de las encuestas aplicadas a las seis educadoras del CIBV 'Ceiba', tenemos el siguiente resumen:

- Presencia de profesionales 'intrusos' en lugar de educadoras de graduación.
- Poca experiencia de las educadoras para el trabajo con niños discapacitados.
- Instrucción poco eficaz y efectiva de las parvularias sobre el tema de inclusión educativa.
- Indiferencia e inmovilidad frente a potenciales casos de niños con discapacidad intelectual.
- Desinterés y desconocimiento acerca de estrategias adecuadas por parte de las educadoras del CIBV para asumir niños con Necesidades Educativas Especiales.
- Escasa aplicación de pruebas establecidas de diagnóstico para niños con discapacidad intelectual.
- Nula discrecionalidad de las maestras para recibir niños con discapacidad intelectual.
- Poca certeza de la evaluación que cada semestre aplica el CIBV a los niños en general, dentro del ámbito del MIES.

Este panorama nada halagüeño nos hace ver la urgencia de implementar una solución para aplicar una propuesta que nos posibilite perfeccionar el diagnóstico en favor de los niños con discapacidad intelectual, de entre uno y tres años de edad, que acuden al CIBV 'Ceiba'.

La propuesta de solución es: un conjunto de *orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico* para aplicar a niños y niñas con discapacidad intelectual, de entre uno y tres años de edad, que acuden al CIBV.

## Capítulo 4

### Propuesta

#### Orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico

##### Ficha Técnica

**Nombre del proyecto:** Diagnóstico psicopedagógico de infantes con discapacidad intelectual, de 1 a 3 años, pertenecientes a un Centro Infantil del Buen Vivir.

**Objetivo:** Perfeccionar el diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con discapacidad intelectual, en su primera infancia.

**Ubicación:** Centro Infantil del Buen Vivir 'Ceiba', cooperativa Socio Vivienda 1, parroquia Tarqui, distrito 8, norte marginal de Guayaquil, Ecuador.

**Responsable:** Lic. Marianita Tumbaco Lindao.

**Estructura:** Las orientaciones estarán estructuradas por introducción, objetivo, fundamentación, principios, beneficiarios, actividades con sus objetivos, recursos, metodología general y evaluación.

**Problema:** La carencia de un diagnóstico psicopedagógico adecuado para aplicar en niños y niñas con discapacidad intelectual, en su primera infancia (1-3 años de edad), que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir 'Ceiba', impide el planeamiento de estrategias cognitivas e intervenciones en su favor.

##### Introducción

El planeamiento de didácticas y actividades para el desarrollo cognitivo de los niños con discapacidad intelectual permite lograr, mediante una correcta aplicación, su desarrollo integral y alcanzar los objetivos planteados en favor de su progreso sistémico.

Un diagnóstico bien estructurado, y ejecutado en el momento oportuno, es la clave para la planificación psicopedagógica, porque su resultado es el punto de partida que apuntala fines, contenidos, estrategias metodológicas, recursos, uso adecuado del tiempo, evaluación,..., que garantizan un proceso ascendente y progresivo para su bienestar.

Bien planteado y concebido, el diagnóstico facilita la correcta inclusión del niño con discapacidad intelectual, adaptarlo a cualquier grupo para su convivencia plena

y a la vez aplicar técnicas diferenciadas en un contexto que no lo discrimine y, por el contrario, se constituya en un elemento más a su favor.

Un conjunto de orientaciones, que integre las características del público objetivo, su naturaleza y el diseño de actividades para conocer sus potencialidades y limitaciones, se torna urgente para ayudar a las educadoras del Centro Infantil del Buen Vivir 'Ceiba' en el propósito de realizar un mejor trabajo con los infantes que acuden a sus instalaciones.

Hay que anotar -además- que es en los sectores marginales donde se presenta la problemática con mayor agudeza (carencia de diagnóstico), pues las condiciones educativas y culturales de sus habitantes no son elevadas y se convierten en personas vulnerables. Para acometer en proyectos de mejoramiento en la calidad de educación, asistencia social y de salud no hay mejor propuesta que el diagnóstico psicopedagógico, pues tanto la psicología como la pedagogía permiten descubrir los fenómenos que afectan a los niños y niñas con discapacidad intelectual. Su puesta en marcha es indispensable por su importancia.

### **Objetivo general de la propuesta**

- Perfeccionar el diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con discapacidad intelectual en su primera infancia.

### **Acciones Concretas**

- Sistematizar algunas teorías psicológicas y pedagógicas alrededor del diagnóstico.
- Diseñar diagnósticos.
- Elaborar orientaciones para la aplicación del diagnóstico.
- Validar la propuesta.

### **Propósito**

- Lograr, mediante la idónea aplicación de las actividades propuestas en las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico, identificar los principales problemas psicopedagógicos de los infantes con discapacidad intelectual y procurarles adecuada respuesta de intervención hacia una adecuada educación inclusiva.

## **Fundamentación**

Esta propuesta se sostiene sobre la teoría sociohistórica (Vigotsky, 1896-1934), ya que en su estudio, el científico destaca la compenetración activa de los niños y su vinculación intrínseca con el ámbito que los rodea, donde trasciende la socialización como proceso de desarrollo cognitivo. El diagnóstico se internaliza en la medida que responda a su naturaleza, a su entorno atado a su público objetivo: el niño con discapacidad intelectual, pues las orientaciones son de carácter inclusivo y holístico, conforme su diseño.

La teoría refiere que todos los procesos superiores de la conducta, relacionados con el pensamiento, el lenguaje o la actividad motora, poseen un carácter instrumental, ya que no solo se hace uso de los estímulos del medio, sino de los recursos y estímulos internos del sujeto, como si fueran herramientas físicas.

La observación en el CIBV facilita apreciar que estos recursos internos son construidos por el infante a lo largo de su desarrollo en el centro y dependen -en gran medida- del medio social en el que vive. La teoría de Vigotsky explica que la cooperación social permitirá a los niños interiorizar las normas y pensamientos sociales, convirtiéndolas en propias. El papel de los adultos (educadoras) o de los pares más avanzados, será el de guiar y dirigir el aprendizaje antes de que el niño pueda dominarlo e interiorizarlo; esta orientación permitirá al infante con necesidades especiales cruzar la Zona de Desarrollo Próximo, la brecha entre lo que ya es capaz de hacer y lo que no puede lograr por sí mismo. En el transcurso de esta colaboración, la responsabilidad de la dirección y control del aprendizaje pasan gradualmente al niño con inclusión. Veremos, tal como afirma el teórico, que el conocimiento (producto) sostiene que los procesos psicológicos superiores (comunicación, lenguaje, razonamiento) se adquieren primero en un contexto y luego se internalizan como producto de un uso de determinado comportamiento cognitivo en un contexto social.

De la misma manera, la propuesta se fundamenta en el enfoque constructivista (Piaget, 1969) en su veta pedagógica, como una manera determinada de entender y explicar las formas en las que se aprende, pues se pone énfasis en la figura del aprendiz -niño- como el agente que en última instancia es el motor de su propio aprendizaje.

Según este enfoque, los padres, las educadoras y miembros de la comunidad donde está inscrito el CIBV son facilitadores del cambio que se está operando en la mente del aprendiz, pero no la pieza principal. Esto es así porque, para los constructivistas, las personas no interpretan literalmente lo que les llega del entorno, ya sea a través de la propia naturaleza o a través de las explicaciones de maestros y tutores. La teoría constructivista del conocimiento habla de una percepción de las propias vivencias que siempre está sujeta a los marcos de interpretación del aprendiz.

O sea, siempre se interpretará a la luz de nuestros conocimientos previos. El aprendizaje no es la simple asimilación de paquetes de información que nos llegan desde fuera, sino que se explica por una dinámica en la que existe un encaje entre las informaciones nuevas y las viejas estructuras de ideas. De esta manera, lo que se consume como conocimiento está en construcción continua. El diagnóstico, mediante las orientaciones propuestas, también considera este proceso clave para empoderar la educación inclusiva del niño con discapacidad intelectual.

### **Beneficiarios e importancia**

- **Directos.** Niños y niñas en su primera infancia (1-3 años de edad), con discapacidad intelectual, pertenecientes al Centro Infantil del Buen Vivir 'Ceiba', porque una adecuada aplicación del diagnóstico les abrirá el camino para una mejor educación inclusiva.
- **Indirectos.** Familia de los niños con discapacidad intelectual, educadoras y comunidad, porque son actores cercanos a la problemática educativa infantil y son influidos, en mayor o en menor proporción, según su involucramiento con la propuesta.
- **Importancia.** Favorece a la inclusión efectiva de los infantes con discapacidad intelectual y permite cumplir con los estándares de calidad y calidez en favor de la educación inclusiva en el Ecuador.

### **Novedades de la propuesta**

- Lograr concentrar en las orientaciones los elementos de un diagnóstico efectivo, reparando en la incidencia de los contextos (social, económico, histórico, político,

cultural,...), pues la investigación se la realiza en un sector marginal atípico, castigado por la delincuencia y la incultura.

- Reconocer la adaptabilidad y flexibilidad de su contenido para replicar en otros CIBV con características contextuales similares.
- Su carácter inclusivo permitirá potenciar los proyectos y planes educativos de estimulación e intervención en favor de la infancia con discapacidad intelectual.

### Esquema de las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico



### Ciclo de vida de las orientaciones

Se estructura en las siguientes etapas:

1. Diagnóstico y contextos.
2. Planeamiento y diseño de las orientaciones.
3. Validación, implementación, aplicación y seguimiento.

### Esquema del ciclo de vida de la propuesta

I Etapa	II Etapa	III Etapa
<p><b>Diagnóstico y contextos</b> Apreciación de contextos, lectura de documentos con información especializada, contacto con educadoras, entrevistas a expertos y especialistas de la temática, recolección de testimonios y evidencias para sustentar la propuesta <i>in situ</i>.</p>	<p><b>Planeamiento y diseño de las orientaciones</b> Sistematización del proceso, ordenamiento de variables, indicadores y actividades, construcción de reactivos, rúbricas, protocolos, guías de observación, didácticas, diseño del conjunto de las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico para infantes con discapacidad intelectual.</p>	<p><b>Implementación, aplicación, validación y seguimiento</b> Aquí se implementarán las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico, previo a su aplicación efectiva, luego de la validación de los resultados de la investigación. En esta fase se ha considerado -además- el seguimiento, la evaluación y la consiguiente retroalimentación.</p>

## **Diagnóstico y contextos**

Como se ha visto en los capítulos anteriores de la investigación, este trabajo hace énfasis en los contextos, en los ámbitos social, económico, histórico, político, cultural que rodea al CIBV al que pertenecen los infantes constituidos como público objetivo de esta propuesta. Esto significa que quienes apliquen las orientaciones deberán tener en cuenta este detalle importante, ya que los infantes son producto de todas las circunstancias que presenta Socio Vivienda 1, al noreste marginal de Guayaquil.

Los insumos han sido tomados también del entorno para que guarde una intrínseca relación con la propuesta y saber -además- que estos infantes con discapacidad intelectual constituyen grupos familiares vulnerables de la sociedad, por su bajo nivel económico, de educación y cultura y por la estigmatización que implica vivir en sectores deprimidos. El entorno psicosocial (familia, CIBV) es el contexto donde tiene lugar el desarrollo del infante y, por tanto, su comprensión es una parte vital de la valoración psicológica y social.

## **Planeamiento y diseño de las orientaciones**

### **Diseño**

Las orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico se levanta sobre la alerta que realiza (Caldwell & Stedman, 2000), quienes destacan que los especialistas del campo de la educación especial, de la patología del habla, de la psicología y de la pediatría también han demostrado que mientras más pronto se corrijan algunas de estas condiciones incapacitantes, menor será la incapacitación permanente.

Para el diseño de las orientaciones se ha tomado como referente la propuesta de (Godoy, 2007) porque su visión psicopedagógica está orientada a las necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual en el nivel de educación parvularia, conforme esta propuesta, y porque permite, entre otros atributos:

- Exigir que los docentes, inmersos en la implementación y aplicación del diagnóstico, posean los conocimientos y habilidades psicopedagógicas indispensables para que la discapacidad intelectual que presenten los infantes puedan ser atendidas de manera adecuada en proyectos educativos inclusivos.

- Facilitar la comprensión de infantes, de entre uno y tres años de edad, que acusen discapacidad intelectual permanente o transitoria, para que sean del mismo interés psicopedagógico que aquellos que no la tienen.
- Abordar aspectos generales de la educación infantil, de la inclusión y de la discapacidad intelectual que sirvan de base para la aplicación de la estrategia apropiada para planificar y evaluar procesos inclusivos a partir de un diagnóstico seguro.

### **Características flexibles y adaptables de las orientaciones**

Las orientaciones no son de carácter ortodoxo; por tanto, permite adaptaciones que pudieren practicarse por su flexibilidad. Sabemos que las necesidades especiales de los niños en su primera infancia, con discapacidad intelectual, tienen su gradación y es necesario observar su comportamiento en el ámbito, en especial en sus contextos, para poder plantear recomendaciones a los especialistas de manera técnica y adecuada.

### **Carácter Psicológico**

Constituye uno de los nodos fundamentales de las orientaciones porque a través de la psicología podemos acceder a un tratamiento personalizado del infante con discapacidad intelectual, lo cual implica la recogida de datos y tratamiento de información sistemática de este importante eje del diagnóstico con la finalidad de buscar su intervención. La evaluación psicológica forma parte del proceso diagnóstico. Su objetivo fundamental es determinar el perfil general de habilidades y alteraciones si las hubiera, imprescindible para elaborar un plan inclusivo. Este perfil de funciones psicológicas proporciona una línea base de funcionamiento del niño sobre el que se podrá evaluar los progresos futuros y la eficacia de los tratamientos.

### **Carácter Pedagógico**

Es otro de los nodos fundamentales de las orientaciones. Mediante este eje se accede al aspecto educativo de manera vigorosa, pues la inclusión de los infantes con discapacidad intelectual debe ser una realidad en grupos normales, regulares, para que se integren en sociedad y puedan aprender las destrezas en conjunto con

los demás niños del entorno del CIBV, desde luego, a partir de una valoración centrada en el aprendizaje.

### **Consideraciones metodológicas para el desarrollo de actividades en torno al diagnóstico psicopedagógico de infantes con discapacidad intelectual**

Para aplicar las actividades descritas en las orientaciones, es necesario capacitar a las educadoras para que estén aptas en la ejecución del diagnóstico de manera adecuada. Su preparación se realizará en actividades inmanentes a su grado académico, pero con mucho énfasis en la naturaleza de la psicología y la pedagogía. Serán acciones de tipo grupal, asociativo, dinámico, integral y lúdico. Las indicaciones metodológicas se exponen a continuación:

- Sesiones de 60 minutos.
- La frecuencia será semanal, preferible viernes porque es cierre de semana laboral.
- La modalidad será colaborativa con reflexión para poder concentrarse en el objetivo esencial: el niño con discapacidad intelectual.
- Se realizarán en un espacio adecuado donde puedan las educadoras, además, compartir la experiencia mediante el estudio de casos. (Todas, alguna vez, tuvieron un niño con necesidades especiales en su salón).

Los temas que se compartirán son:

#### **Pedagogía**

- Cómo aprende un niño con discapacidad intelectual.
- Didácticas exitosas aplicables a niños con necesidades especiales.
- Recursos para la enseñanza de grupos vulnerables.
- Planificación de actividades para niños con discapacidad leve.
- La educación de niños con necesidades especiales.

#### **Psicología**

- Cómo se comportan los niños con discapacidad intelectual.
- El niño discapacitado intelectual y su comportamiento en el aula.
- Conducta social de los niños con necesidades especiales.

- El autoestima del infante con discapacidad intelectual.
- La afectividad para motivar al niño con necesidades especiales.

### **Sociología**

- El entorno adecuado para el desarrollo del niño con discapacidad intelectual.
- La violencia familiar en el hogar de niños con discapacidad intelectual.
- La igualdad entre hermanos en familias con niños de necesidades especiales.
- Estereotipos presentes en la sociedad frente a la discapacidad intelectual.
- Incidencia del ámbito en la personalidad del niño con discapacidad intelectual.

### **Lúdica**

- Juegos adecuados para infantes con discapacidad intelectual.
- Cómo enseñar juegos divertidos a niños con necesidades especiales.
- Materiales lúdicos en la enseñanza de los infantes con discapacidad intelectual.
- El espacio para aplicar juegos en niños con discapacidad.
- Los rincones motrices mediante didáctica lúdica para niños con necesidades especiales intelectuales.

### **Inclusión**

- La aceptación de los niños con discapacidad intelectual.
- Alcances de la inclusión en la legislación ecuatoriana.
- La discriminación de los niños con discapacidad intelectual.
- Infraestructura en las unidades educativas para niños con discapacidad intelectual.
- Qué son las necesidades educativas especiales.

### **Indicaciones generales para la aplicación de las orientaciones**

No solo son los padres quienes deben darse cuenta de que su hijo sufre de discapacidad intelectual, sino las educadoras de las guarderías y, en nuestro contexto, las que laboran en los CIBV, ya que ellas están en contacto diario con los infantes.

Las orientaciones propuestas, en su aplicación, aconsejan darse cuenta de algunos detalles que han sido probados por especialistas y que son evidentes en los

niños, de entre uno y tres años de edad, correspondiente al nivel Inicial 1, no escolarizado, pertenecientes a un CIBV. Aquí algunas características que se aprecian con la observación y otras con pruebas psicomotrices:

- No se sostiene de pie después de los 12 meses de edad.
- A los 12 meses aún no pronuncia dos palabras y cuando comienza a hablar lo hace con dificultad.
- A los 17 meses no camina sin apoyo.
- Se le dificulta recordar las cosas.
- Le cuesta trabajo comprender y seguir reglas.
- Presenta hiperactividad e impulsividad.
- Es propenso al aislamiento y es indiferente al medio.

En los casos anteriores se recomienda derivarlo al neuropediatra para su valoración. El profesional deberá estudiar cómo funciona el cerebro del niño y su coeficiente intelectual (IQ). Puede solicitar una resonancia magnética, un electroencefalograma o estudios de laboratorio como complemento para el diagnóstico. El IQ de un infante con capacidad intelectual de 100 se considera dentro del promedio normal, pero una puntuación menor a 75 y mayor a 65 indica discapacidad intelectual leve; cuando el puntaje es menor a 50, la discapacidad intelectual es severa.

Luego de esta detección se lo derivará a la terapia y a la inclusión correspondiente, reparando en sus falencias -según el caso- de lenguaje, de aprendizaje, de psicomotricidad o neuromotoras.

Las orientaciones destacan que ciertas características de niños con discapacidad intelectual son recurrentes:

- Presentan un déficit cognoscitivo global, con dificultades de adaptación social; sin embargo, existe una gran variabilidad interindividual en las características clínicas. Respecto de los niños con discapacidad intelectual con niños normales, a menudo se encuentran diferencias en las funciones sensoriales, psicomotoras, de atención, lingüísticas y de memoria, que los sitúan en niveles cognoscitivos equivalentes a los de menores en edad cronológica inferior.

- Su desarrollo psicomotor con frecuencia es tardío, se realiza lentamente y alcanza un nivel inferior al de los niños normales de la misma edad. Es común observar en ellos torpeza, ausencia de coordinación, dispraxia, falta de persistencia y estereotipias motrices; la frecuencia de trastornos sensoriales, como defectos en la agudeza visual, es muy alta.
- Algunos prefieren el canal háptico, demostrando una discriminación táctil superior a la de sus contrapartes normales.
- La cantidad de atención, lo mismo que la de memoria a corto término, se correlacionan con la capacidad intelectual del niño. La capacidad de memoria de los niños con retraso intelectual leve es equivalente a la de los niños normales cuando en la evaluación se utiliza material sencillo, pero la diferencia se comienza a notar cuando aumenta la complejidad del material mnemónico que debe ser retenido.
- El lenguaje es una de las funciones intelectuales que con más frecuencia se altera. En el niño con discapacidad intelectual, el desarrollo del lenguaje sigue las mismas etapas que en un niño normal pero es más lento, sin que esto signifique que alcanzarán más tarde los niveles de sus pares sin este problema; los niños con retraso presentan un lenguaje equivalente al de sus contrapartes normales de menor edad.
- La capacidad de adaptación social del niño es muy variable y se correlaciona con la etiología del proceso, con la magnitud del déficit cognoscitivo y con la edad.
- Hay mayor frecuencia de psicopatología en los niños con discapacidad como la actitud autista y los trastornos de conducta con discapacidad intelectual.

Pero son en las áreas cognitiva, psicomotora, de lenguaje, afectiva y adaptativa donde se evidencia más la discapacidad intelectual.

**Área cognitiva.** Es la más significativa, ya que el déficit en la función intelectual es nuclear en la deficiencia mental, de forma que las clasificaciones de ésta se basan en el nivel de inteligencia, que se encuentra disminuido, al igual que su nivel de aprendizaje; las operaciones mentales son las mismas, pero incompletas y no

alcanzan niveles de abstracción. Está presente desde los primeros años de vida, pero se vuelve evidente en la escolarización.

**Área psicomotora.** Los trastornos más frecuentes en los niños con discapacidad intelectual son: inmadurez, dificultades en el reconocimiento de las partes del cuerpo y en el aprendizaje de los movimientos finos, gestuales e imitatorios, balanceos y estereotipias; poseen mala estructuración del esquema corporal que puede provocar problemas en la relación sujeto-mundo externo, así como en:

- La percepción, traducido en un déficit en la estructuración espacio-temporal.
- La motricidad: torpeza, mala coordinación de movimientos e incorrecta postura.
- Las relaciones sociales: el esquema corporal permite identificar el propio ser y adecuar nuestras relaciones con los objetos y con los demás. Si se siente inseguridad en un mundo de movimiento, se pueden originar perturbaciones afectivas.

**Área del lenguaje.** Los problemas más frecuentes se producen en el ámbito de la articulación y pronunciación, habla retrasada, trastornos de la voz y tartamudez. Las alteraciones de lenguaje son más frecuentes en los niveles severo y profundo, y dentro de ellas las más notorias son las de articulación. La presencia de componentes neurológicos y cognitivos complican el diagnóstico diferencial, además se les dificulta la conceptualización y en el descubrimiento de las estructuras lingüísticas. Son tres las características que diferencian el proceso de adquisición del lenguaje en niños con deficiencia:

- Retraso evolutivo en la adquisición del lenguaje, su desarrollo correlaciona positivamente con la edad mental del niño.
- Retraso y menor utilización de las estrategias de comprensión que ayudan a la interpretación de los mensajes verbales. No es tan eficiente en la entonación, la deducción o el análisis del contexto, el niño con discapacidad intelectual no es tan eficiente en la utilización de estas estrategias, lo que provoca la disminución de sus posibilidades de aprendizaje verbal.
- Dificultades en la conceptualización, es decir, problema para interrelacionar conceptos y para combinar palabras y frases construyendo un lenguaje sucesivamente más rico y complejo.

**Área afectiva.** Los sentimientos, todos, están presentes en el niño con discapacidad intelectual, pero la respuesta emocional es diferente; le resulta muy difícil la introspección, o sea pensar sobre sus sentimientos, sobre cómo afectan a su conducta y qué repercusiones tienen en su ámbito; tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración y una gran impulsividad. Su problema de adaptación le genera ansiedad y baja autoestima. Además, no hay que olvidar que cuando existe una lesión en el sistema nervioso, que provoca la deficiencia, esta lesión puede provocar síntomas psicopatológicos.

**Área adaptativa.** Los hábitos de autonomía (control de esfínteres, alimentación, higiene personal y vestido) deben adquirirlos todos los niños, pero en el caso de los afectados con algún tipo de discapacidad intelectual se alarga mucho más en el tiempo, debido a la lentitud en el desarrollo fisiológico que retrasa el aprendizaje de la masticación, el control de esfínteres,...; también por las dificultades motoras (las manipulativas), que retrasan la adquisición de ciertos hábitos de autonomía (atarse los zapatos, uso de los cubiertos, ...). Pero también interfieren las pautas inadecuadas del entorno para enseñar estos hábitos, ya sea de sobreprotección (el niño no aprende hábitos porque ya se lo hacen todo), ya sea de rechazo (se considera una inutilidad enseñarle). En cuanto a las habilidades sociales o de relación, un escenario perfecto para aprenderlas de manera natural es el juego, ya que en él se interactúa con los otros en una tarea compartida.

### **Actividades para observar el progreso de las detecciones mediante diagnóstico**

A continuación se describen algunas actividades puntuales de observación. Son didácticas aplicables para casos de niños con discapacidad

#### **Registros Anecdóticos**

**Objetivo.** Registrar hechos significativos del infante discapacitado intelectual.

**Actividad.** Documentar anécdotas, incidentes y acciones significativas en la conducta y desempeño del niño.

**Orientación.** Observar detalles de su comportamiento mediante una bitácora que luego permitirá reportar a los especialistas de educación inclusiva: cómo actúa, cómo se relaciona,

## Diario del profesor

**Objetivo.** Monitorear ejecutorias de niño con necesidades especiales intelectuales.

**Actividad.** Registrar por escrito observaciones informales que realiza el niño.

**Orientación.** Poner en observación estrategias aplicadas a niños en el salón para conocer impacto, sentimientos y percepciones.

## El observador

**Objetivo.** Anotar observaciones de logros alcanzados.

**Actividad.** Aplicar pautas semiabiertas que faciliten el registro de realizaciones del niño.

**Orientación.** Se establece a partir de una serie de indicadores posibles de observar durante las actividades del aula.

También se puede apreciar observaciones muy puntuales en el diagnóstico:

**Afecto positivo:** sonrío y río.

**Entusiasmo:** presenta entusiasmo o excitación.

**Exploración:** explora los objetos de su alrededor y con qué cualidad.

**Facilidad en las relaciones:** con rapidez se inserta en las actividades propuestas.

**Cooperación:** responde a las demandas del adulto.

**Actividad:** trabaja con un nivel de actividad suficiente sin llegar a estar demasiado activado o inquieto.

**Adaptación a los cambios:** se adapta con facilidad a los cambios de material o rutinas.

**Alerta:** nivel de alerta, se mantiene atento sin estar adormilado.

**Tono motriz:** muestra un tono muscular normal, ni demasiado rígido, ni demasiado blando, o con temblores.

**Defensivo al tacto:** demasiado sensible al tacto o a las texturas.

**Miedo-ansiedad:** se acerca a las nuevas tareas con aprehensión, mira a los padres para buscar consuelo.

**Afecto negativo:** llora, se queja o hace cara de enfadado.

## Recursos para aplicación de las orientaciones propuestas

- Salón adecuado para un diagnóstico, provisto de un ambiente lúdico.

- Mobiliario infantil en buenas condiciones.
- Aparato de reproducción audiovisual.
- Material didáctico manual (legos, rompecabezas, pelotas,...)
- Educadora preparada para aplicar las orientaciones propuestas.
- Pruebas psicométricas y demás.

### **Áreas a diagnosticar**

No hay que olvidar que quienes aplicarán estas orientaciones son las educadoras del CIBV, es decir, desde su competencia, sin olvidar su perfil profesional, considerando que su público objetivo es el niño con discapacidad intelectual, que hay que tomar en cuenta dos tipos de diagnóstico: el **preescolar CIBV** y el **especializado** (que es el que realiza el especialista una vez que se alerta una probable discapacidad intelectual).

Dentro de la estructura de las orientaciones propuestas se consideran -de manera fundamental- las áreas de psicología y pedagogía, integradas como psicopedagogía, o sea como la rama de la psicología que se ocupa de los fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación más adecuada de los métodos didácticos y pedagógicos, como señala el DEL.

Para el diagnóstico psicopedagógico se debe tomar en cuenta recomendaciones y aplicativos:

- Establecer con el infante con discapacidad intelectual un vínculo personal que le permita realizar la valoración individual de su desarrollo y aprendizaje, en un contexto familiar y natural para él y en contacto con sus compañeros de salón.
- Si es posible, recoja antecedentes médicos o pedagógicos anteriores, para orientar y complementar sus observaciones y establezca contacto con los profesionales que atienden o han atendido al infante, para coordinar esfuerzos. Si no es atendido, derivarlo al consultorio o centro de salud cercano.
- Además de los valores psicométricos o cuantitativos que pudiera obtener a través de la aplicación de instrumentos de evaluación, es muy importante describir cualitativamente los comportamientos, actitudes y habilidades que manifiesta el niño con discapacidad intelectual en diferentes contextos.

- A partir de la descripción del desarrollo del niño en diferentes áreas, y tomando en cuenta las variables contextuales que lo favorecen o dificultan, definir el conjunto de necesidades de aprendizaje y los apoyos individuales que requiere.
- Elaborar un informe descriptivo, señalando las propuestas educativas que se traducirán finalmente en un informe como consecuencia del diagnóstico psicopedagógico.
- Determinar también las capacidades positivas que presenta el niño, no solo sus dificultades.
- Realizar observaciones no estructuradas en contextos naturales, de ser posible con la presencia de la madre o de la tutora. Desde los aprendizajes esperados, determinar los no logrados por el niño, según las habilidades, conocimientos y actitudes que manifieste.
- Obtener información de la familia, relativa tanto a aspectos del crecimiento y desarrollo del infante, como de antecedentes o variables familiares que puedan estar influyendo en este desarrollo. El niño, por ejemplo, podría manifestar dificultades, debido a una inhibición emocional extrema como consecuencia de una situación de violencia intrafamiliar.
- Antes de aplicar el diagnóstico a un infante con discapacidad intelectual, hay que familiarizarse con sus limitaciones y su forma preferida de comunicación con los demás. Puede necesitar adaptaciones del denominado procedimiento estándar de utilización de pruebas. Es decir hay que observar forma, clima, entorno, tiempos,...

### **Algunos instrumentos esenciales para el diagnóstico psicopedagógico**

Existen instrumentos muy adecuados para diagnosticar a niños con discapacidad intelectual o que se sospecha de aquello. Estas orientaciones propuestas consideran algunas de ellas que pueden ser aplicados en el CIBV.

**MSCA.** Hay que valorar, de manera segura, las áreas de cognición, lenguaje, motricidad, capacidad social, entre otras, de manera estructurada y en relación con los aprendizajes esperados para la educación inicial no escolarizada en el CIBV mediante pruebas establecidas y adaptadas. Las MSCA o Escalas McCarthy, por

ejemplo, son de aplicación individual y sirven para diagnosticar el desarrollo cognitivo y psicomotor del niño.

Para aplicarlas se requieren texto de instrucciones, cuadernillo para anotaciones, láminas ilustrativas, cubos, rompecabezas, xilófono, cinta de tela, cilindro de plástico, pelota de goma, saco pequeño, pantalla para tiro al blanco y cinta adhesiva. La prueba está compuesta por seis escalas:

- Verbal.
- Perceptivo-manipulativa.
- Numérica.
- De memoria.
- General cognitiva.
- De motricidad.

**ABAS-II.** Para diagnosticar la conducta y habilidades adaptativas de los niños con discapacidad intelectual y del desarrollo es recomendable el empleo del ABAS-II, que se la aplica desde cero años de edad. Son 10 las áreas de habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico:

- Comunicación.
- Utilización de los recursos comunitarios.
- Habilidades académicas funcionales.
- Vida en el hogar.
- Salud y seguridad.
- Ocio.
- Autocuidado.
- Autodirección.
- Social.
- Empleo y motora.

Se considera que una persona presenta suficientes limitaciones cuando estas se producen en dos o más áreas de habilidades adaptativas, aplicables a su edad. De los cinco ejemplares que constituyen ABAS-II, dos son de nuestro particular interés: el ejemplar **Infantil-Padres**, que se debe emplear en el diagnóstico de niños desde los 0 hasta los 5 años, donde los informadores pueden ser los padres u otros cuidadores principales que vivan con el niño con discapacidad y que estén

familiarizados con sus actividades diarias (abuelos u otros adultos), incluye 239 ítems; y el ejemplar **Infantil-Profesores**, que se debe utilizar en el diagnóstico de niños de 2 a 5 años, donde los informadores son sus educadores, cuidadores u otras personas familiarizadas con las actividades diarias del niño en los contextos de la escuela infantil y la educación preescolar o educación no escolarizada como el CIBV. Este modelo incluye 197 ítems.

La información que se obtiene del ABAS-II resulta útil para trabajar con niños que presenten discapacidades, trastornos y lesiones, incluidas aquellas con trastornos degenerativos mentales o físicos o que muestren una limitación en las habilidades necesarias para su vida diaria debido a problemas de tipo crónico o agudo.

ABAS-II puede aplicarse también para diagnosticar demencia tipo Alzheimer, déficits de atención, trastornos del espectro autista, trastornos de conducta, retrasos en el desarrollo, trastornos emocionales, problemas de aprendizaje, deficiencias y trastornos físicos y sensoriales y trastornos neuropsicológicos. ABAS-II es un producto protegido y, para aplicarlo, hay que obtener una licencia. Es una buena inversión que bien puede efectuar el CIBV.

**Prueba Illinois de habilidad psicolingüística.** Este instrumento de diagnóstico es muy recomendable para crear un perfil de desarrollo del lenguaje del niño con discapacidad, pues hurga en las funciones de los lenguajes expresivo, receptivo y central. Prueba -además- las respuestas auditivas, vocales y motoras, solas y en combinación. La prueba Illinois es indispensable en casos de inmadurez del lenguaje. Muchas de las habilidades lingüísticas medidas son empleadas en los salones de clases, los resultados pueden ser útiles en relación al avance de los conocimientos que se les proponen a los niños con discapacidad.

**Peabody.** Otro instrumento probado para el diagnóstico es la prueba de vocabulario fotografía de Peabody, que consiste en una serie de fotografía que ilustra el significado de las palabras; útil para determinar las funciones del lenguaje central y la inteligencia del niño con trastorno expresivo del lenguaje.

Es una de las pruebas más prestigiosas para la evaluación de aspectos verbales, recoge las investigaciones y mejoras acumuladas durante 50 años para conseguir un instrumento de gran precisión.

Peabody tiene dos finalidades:

- Evaluar el nivel de vocabulario receptivo.
- Hacer una detección rápida de dificultades o *screening* de la aptitud verbal.

Se la aplica a partir de los dos años y medio. Contiene 192 láminas con cuatro dibujos cada una en las que el niño debe indicar qué ilustración representa mejor el significado de una palabra dada por el examinador. Existen diferentes criterios de comienzo y terminación en función de la edad y el número de errores cometidos, lo que hace que generalmente no supere los 15 minutos de sesión. El proceso de construcción de la prueba está basado en la teoría de respuesta al ítem.

**Bender Gestalt.** En esta prueba el infante copia nueve figuras geométricas en un papel en blanco, según la muestra que se le proporciona y luego se analizan los resultados; es usada también para valorar el desarrollo perceptivo-motor en niños, se concatena con la habilidad para iniciar primeras lecturas.

El niño trata de integrar primero el patrón estimulante visual para después intentar reproducirlo. Entre ambos procesos median complejos sistemas sensoriales aferentes y eferentes, estableciéndose que unos trazos que se alejan del modelo original pueden suponer el indicio de un trastorno mental, neurológico o incluso emocional.

El test de Bender es un instrumento clínico con numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Ha demostrado ser muy útil en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en los diversos diagnósticos clínicos de discapacidad mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis,...

**Stranford-Binet.** La escala de inteligencia de **Stranford-Binet**, usada desde los dos años de edad, consta de varios incisos de prueba arreglados en orden de dificultad. Se la aplica individualmente. Es confiable, ya que recalca las pruebas verbales en los grupos de mayor edad. Correlaciona bien con la ejecución escolar, pues hace hincapié en el lenguaje que es afectado por factores culturales.

Otros instrumentos útiles para el diagnóstico de la conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas) son los siguientes: las de la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) **-ABS-Adaptive Behavior Scales-**, que vendría a ser una variante de ABAS-II.

El Inventario del desarrollo de Battelle es un instrumento de evaluación de las habilidades en desarrollo y de diagnóstico de posibles deficiencias en distintas áreas

dirigido a niños de hasta 8 años de edad cronológica. Específicamente, trata de evaluar el desarrollo del niño sin deficiencias e identificar a los que presentan retraso o discapacidad en áreas del desarrollo. Proporciona información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño, para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados. Fue creado por J. Newborg, J. R. Stock y L. Wnek.

También se puede acudir al modelo de evaluación inicial para alumnos con necesidades educativas específicas graves y permanentes del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (**CREENA**). Se recomienda también la guía **Portage** de educación infantil, el sistema West Virginia-UAM, el sistema de evaluación para personas plurideficientes (SEPP) o el manual para la evaluación dinámica de la comunicación no-simbólica de Martha E. Snell. Todos ellos son de carácter diagnóstico.

Hay pruebas que tienen valor clínico, pero que tiene basamento psicopedagógico, por tanto, pueden ser aplicadas, pero con asesoramiento de otros profesionales. Aquí se mencionan: la escala de inteligencia infantil Catell, cronología de desarrollo de Gesel, escala de prueba social de Vineland,...

### **Formas de evaluación de las orientaciones propuestas**

Estas orientaciones pueden ser evaluadas a partir de la utilidad que se le dé al instrumento, por su carácter flexible que permite ser susceptible de valoraciones puntuales. La primera será una puesta en ejecución en el CIBV para conocer su impacto mediante una corta encuesta que mida:

- **Su utilidad.** Para conocer qué tan importante ha sido su aplicación y en qué medida logró determinar la discapacidad intelectual en niños y niñas que acuden al CIBV.
- **Pertinencia.** Para saber lo adecuado y técnico de su aplicación, si fue ejecutado observando los contextos y demás circunstancias que rodearon al diagnóstico.
- **Resultados.** Para saber si los resultados fueron coherentes con la puesta en ejecución del diagnóstico y si sirvieron para derivar a los niños a procesos inclusivos adecuados.

## **Validación de la propuesta**

### **Análisis de la validez de la propuesta según criterios de especialistas**

Cinco profesionales, experimentados en el ámbito, participaron en la validación de la propuesta (Orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico), de los cuales uno es PhD. en Medicina y Salud Pública; dos son diplomadas en diseño curricular, una es licenciada en Ciencias de la Educación y otro, máster en Educación.

Hay un promedio de experiencia profesional de 36 años.

De los cinco profesionales, tres dicen haber trabajado con niños de entre uno y tres años de edad.

De acuerdo con la tabulación de las respuestas, el resultado es el siguiente:

#### **Pregunta 1: ¿Cree usted que la licenciada en Educación Parvularia está apta para aplicar un diagnóstico psicopedagógico?**

El 80% de los especialistas califica como Totalmente Adecuado que la licenciada en Educación Parvularia está apta para aplicar un diagnóstico psicopedagógico, lo cual le da un carácter de confiable, mientras que un 20 % cree que es Medianamente Adecuado

#### **Pregunta 2: ¿Estima usted que el diagnóstico psicopedagógico deber ser flexible, adaptable e integral?**

Todos los cinco especialistas (5), o sea el 100%, cree que es Totalmente Adecuado el que el diagnóstico psicopedagógico debe ser flexible, adaptable e integral.

#### **Pregunta 3: ¿Considera usted que las orientaciones propuestas, reúnen los elementos necesarios para ofertar un diagnóstico psicopedagógico a los infantes con necesidades especiales?**

El 100% de los especialistas considera que las orientaciones propuestas que se presentan reúnen los elementos necesarios para ofertar un diagnóstico psicopedagógico a los infantes con necesidades especiales. Contestaron como Totalmente Adecuado.

**Pregunta 4: ¿Cree usted que las consideraciones metodológicas estimadas en las orientaciones propuestas, permitirán guiar a todas las educadoras?**

El 80% de los especialistas considera como Totalmente Adecuado que las consideraciones metodológicas estimadas en las orientaciones propuestas permitirán guiar a todas las educadoras. El 20% contesta que Medianamente Adecuado.

**Pregunta 5: ¿Qué valoración le confiere a la estructura y etapas descritas en las consideraciones propuestas?**

El 100% de los especialistas lo valoran como Totalmente Adecuado.

**Pregunta 6: ¿Las áreas que se presentan para realizar el diagnóstico psicopedagógico de niños con discapacidad intelectual, tienen todos los elementos que deben ser considerados?**

El 80% contesta como Totalmente Adecuado que las áreas que se presentan para realizar el diagnóstico psicopedagógico de niños con discapacidad intelectual, tiene los elementos que deben ser considerados. El 20% (1) contesta que Medianamente Adecuado.

**Pregunta 7: ¿Considera pertinente y factible la aplicación de las orientaciones propuestas?**

Todos los cinco especialistas (100%) consideran pertinente y factible la aplicación de las orientaciones propuestas.

**Recomendaciones de los especialistas**

Las recomendaciones de los especialistas estuvieron orientadas a:

- Sugerir que la institución donde labora la investigadora aplique la propuesta como piloto y, después de una evaluación, mejorarla.
- Aconsejar a las educadoras del CIBV para que se motiven y capaciten para poder aplicar con entusiasmo las orientaciones propuestas.

## **Comentario Final**

1. Los especialistas han permitido observar la validez de la propuesta, en especial su potencial aplicación, lo cual significa que podrá ser adaptada y mejorada.
2. De acuerdo con la visión de los peritos, la propuesta, en su diseño como en su conjunto, ha demostrado tener validez y responde a su planeamiento.

## Conclusiones

Como conclusiones, la autora de la propuesta cree oportuno destacar lo siguiente:

- Se estableció que la fundamentación teórico-metodológica facilitó la comprensión de que lo más adecuado para cualquier intervención, estimulación e inclusión de los niños con necesidades especiales intelectuales, de entre uno y tres años de edad, es a partir de un diagnóstico psicopedagógico oportuno.
- Se pudo considerar que es necesario conocer la naturaleza de la discapacidad intelectual de los niños, de entre uno y tres años de edad, para emprender en soluciones adecuadas como las planteadas en esta investigación.
- Se pudo establecer la coherencia entre planeamiento y diseño para plantear una solución objetiva. Si se aplica un diagnóstico psicopedagógico adecuado, se posibilitará la implementación de técnicas, estrategias y actividades convenientes para mejorar los procesos de inclusión.
- Se diseñó, como solución, un conjunto de orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico de niños con discapacidad intelectual en su primera infancia y se demostró, por parte del criterio de especialistas, su pertinencia y factibilidad de su aplicación, según los resultados de la validación.
- Se consideró que estas orientaciones propuestas sean replicadas a otros CIBV con características contextuales similares.

## **Recomendaciones**

La investigadora considera oportuno y pertinente realizar las siguientes sugerencias:

- Seguir efectuando trabajos investigativos afines a esta propuesta para mejorar la calidad educativa y de inclusión de los niños con discapacidad intelectual en su primera infancia.
- Adaptar a nuestra realidad ecuatoriana los distintos instrumentos de diagnóstico psicopedagógico que, en su mayoría, son resultado de investigaciones foráneas y pertenecen a otros contextos.
- Crear, bajo nuestro contexto y realidad, nuevos instrumentos de diagnóstico para niños con discapacidad intelectual.
- Mirar, en forma puntual, lo que en el campo del diagnóstico psicopedagógico de niños con discapacidad intelectual se está empezando a diseñar desde ahora en el Ecuador con las directrices de un Presidente que sufre de una discapacidad física.
- Alentar a otros investigadores nacionales para que realicen mayores propuestas en este campo, pues en realidad no es mucho lo que hay sobre esta temática en favor de la discapacidad intelectual.
- Sugerir que se cree una Subsecretaría de la Discapacidad Intelectual para que esta entidad lidere y patrocine investigaciones, publicaciones y programas,...

## Referencias bibliográficas

(2010). *El Universo*.

AAMR. (2002). *Retardo Mental*. Chile.

Acosta. (2012). Economía. *PUCE*.

Acosta, G. (2011). Economía y Humanismo. *PUCE*, 42.

Andes, A. (4 de Marzo de 2017). *Agencia Andes*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-ejemplo-mundial-implementacion-politicas-publicas-favor-personas-discapacidad.html>

ANID. (s/f de s/f de 2007). Organismo Ecuatoriano. *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidad*. Quito, Pichincha, Ecuador: Conadis.

Aristóteles. (s.f.). *La política*.

Baekeland (Ed.). (11 de Marzo de 2014). *Consulta Baekeland*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.consultabaekeland.com/p/es/psicoanalista-madrid-blog/que-es-el-diagnostico-psicologico.php>

Caldwell & Stedman. (2000). *Educación de niños incapacitados. Guía para los tres primeros años de vida*. México: Trillas.

CDHDF. (2 de Diciembre de 2016). *Comisión de Derechos Humanos del Fistrito Federal*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://cdhdf.org.mx/2016/12/cdhdf-conmemora-el-dia-internacional-de-las-personas-con-discapacidad-2/>

CDPD, C. (2008). *Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf)

Cicerón. (s.f.). (J. Ledesma, Ed.) Madrid, España: Ediciones Cinca. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de [https://books.google.com.ec/books?id=EivYreljoNsC&pg=PA195&lpg=PA195&dq=Cicer%C3%B3n+acerca+de+la+enfermedad+mental&source=bl&ots=F0Al1V7NXo&sig=Dc\\_b5q595NUrTzsTxlv02dH70i8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi-vLqVtNrVAhXFQCYKHSGxAHYQ6AEIazAO#v=onepage&q=Cicer%C3%B3n](https://books.google.com.ec/books?id=EivYreljoNsC&pg=PA195&lpg=PA195&dq=Cicer%C3%B3n+acerca+de+la+enfermedad+mental&source=bl&ots=F0Al1V7NXo&sig=Dc_b5q595NUrTzsTxlv02dH70i8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi-vLqVtNrVAhXFQCYKHSGxAHYQ6AEIazAO#v=onepage&q=Cicer%C3%B3n)

Comte. (27 de Abril de 2017). *La sociedad clásica y el destierro del ser humano*. Chile. Obtenido de <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/45759/47791>

CONADIS, IDIS. (s/f de s/f de 2012). Organismo Ecuador. *Ecuador: la discapacidad en cifras*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>

- Confucio. (s.f.). Obtenido de <https://discapacidadeuts.wordpress.com/filosofia/la-discapacidad-desde-la-perspectiva-de-los-filosofos-de-la-antiguedad/>
- Constitución Política. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.
- CPE. (s/f de s/f de 2014). *Reconstruye*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://reconstruye.com/2014/10/23/diagnostico-psicopedagogico/>
- Dewey. (s.f.). *Monografia.com*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos81/john-dewey/john-dewey2.shtml>
- Durkheim. (Junio de 2014). *Aportes de la sociología al estudio de la educación*. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/14376/13668>
- Educación Especial*. (14 de marzo de 2011). Obtenido de <http://educacionespecial-liliaana.blogspot.com/2011/03/cuales-son-algunos-signos-de-la.htm>
- El Comercio. (4 de Mayo de 2010). *Actualidad*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador/primera-etapa-socio-vivienda-lista.html>
- El Telégrafo. (4 de Abril de 2017). *Judiciales*. Recuperado el 4 de Abril de 2017, de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/en-socio-vivienda-ii-se-intensifican-los-patrullajes>
- El Universo. (1 de Junio de 2010). *Gran Guayaquil*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.eluniverso.com/2010/06/01/1/1445/gobierno-entrega-204-casas-socio-vivienda.html>
- García, S. (s/f de s/f de 2017). *Scrib*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <https://es.scribd.com/document/225931641/El-Diagnostico-Educativo>
- Hernández et al. (1996). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Mc Graw Hill.
- Inclusión, P. (2015). *Discapacidades*. España.
- Lista la primera etapa de Socio Vivienda 1. (2010). *El Comercio*.
- Lista primera etapa de Socio Viivenda 1. (Mayo de 2010). *El Comercio*.
- López, S. (15 de agosto de 2014). *slideshare*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <https://es.slideshare.net/sergAylopez15/con-telleria-diagnosticos>
- Luckanson. (2002). *Análisis de la situación de discapacidad*. Chile: Luhasa.
- Martínez & Rodríguez. (2000). Investigadores. *Manual de metodología de la investigación científica*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cielam/manual\\_de\\_metodologia\\_deinvestigacion\\_es.\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cielam/manual_de_metodologia_deinvestigacion_es._1.pdf)

- Martínez, M. (s/f de s/f de s/f). *Monografías.com*. Recuperado el 11 de Agosto de 2017, de <http://www.monografias.com/trabajos96/diagnostico-investigacion/diagnostico-investigacion.shtml>
- MIES-MINEDU. (2015). *Guía de orientación para la aplicación del currículo de educación inicial subnivel 1*. Quito, Ecuador: El Telégrafo EP.
- Misión Solidaria, M. E. (2011). *Estudio biopsicosocial*. Quito: Vicepresidencia de la República. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de [https://issuu.com/setedisissuu/docs/msme\\_memorias](https://issuu.com/setedisissuu/docs/msme_memorias)
- MOP. (4 de Octubre de 2013). *Especial Ministerio de Transporte y Obras Públicas*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de [http://www.obraspublicas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/07-10-2013\\_Reportaje\\_especial\\_Socio\\_Vivienda.pdf](http://www.obraspublicas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/07-10-2013_Reportaje_especial_Socio_Vivienda.pdf)
- Morán Márquez. (2000). *Metodología de la investigación*. Guayaquil: Minerva.
- NICHCY. (s/f de Febrero de 2010). *Discapacidades Intelectuales*. Obtenido de [http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo\\_items/spanish/fs8sp.pdf](http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo_items/spanish/fs8sp.pdf)
- OEA. (1999). *La Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Nueva York.
- OMS. (1968). *Informe del Comité de Expertos en Salud Mental*. París: OMS.
- ONU. (3 de Diciembre de 2016). *Día Internacional de las Personas con Discapacidad*. Obtenido de <http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>
- Piaget, J. (1970). Doctor. *Psicología y Pedagogía*. Ginebra, Suiza. Obtenido de <http://www.huila.gov.co/documentos/educacion/huilaensena/Acompa%C3%B1amiento-Curricular/Taller%20Piaget%20Jean%20Psicologia%20y%20pedagogia.pdf>
- Pointer, B. (2001). *Actividades motrices para niños y niñas con necesidades especiales*. Madrid: Narcea.
- RAE et al. (2014). Diccionario. *DLE*. Madrid, España: Espasa, Calpe.
- Rojas, I. (10 de Abril de 2012). *ABC Color*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/escolar/el-diagnostico-pedagogico-en-el-contexto-del-aprendizaje-del-nino-388178.html>
- Scarón & Genisans. (2013). *El diagnóstico social*. Madrid: Humanitas.
- Scribd, I. (2017). <https://es.scribd.com/>.
- Suárez. (2017). Aplicativo para discapacitados. *El Comercio Lima*.
- Sulkes, S. B. (s/f de s/f de 2015). *Manual MSD*. Recuperado el 11 de Agosto de 2017, de <http://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/discapacidad-intelectual>

- Sulkes, S. B. (a/f de s/f de s/f). *Manual del Merk*. Recuperado el 11 de Agosto de 2017, de <http://www.merckmanuals.com/es-pr/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/discapacidad-intelectual>
- Tareas, B. (30 de Enero de 2012). *Buenas Tareas*. Recuperado el 12 de Agosto de 2017, de [www.buenastareas.com](http://www.buenastareas.com)
- Telégrafo, E. (2017). Socio Vivienda intensifica operativos. *El Telégrafo*, pág. 1.
- Tumbaco Lindao, M. d. (2017). Licenciada. *Resultados de la encuesta a educadora CIBV*.
- Vigotsky, L. (1896-1934). *Teoría sociohistórica*. Obtenido de <file:///C:/Users/Rafael/Downloads/21771850.Lev%20Vigotsky%2013.pdf>
- Villa Fernández, N. (2007). *La inclusión progresiva de las personas con discapacidad intelectual en el mundo laboral (1902-2006)*. Madrid: Ind. Gráficas Caro.
- Weber. (s.f.). *La acción social en la obra de Émile Durkheim y Max Weber*. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de <http://www.monografias.com/trabajos22/accion-social/accion-social.shtml>
- Yaque et al. (1 de Diciembre de 2016). *Muchos Apuntes*. Recuperado el 11 de Agosto de 2017, de <http://muchosapuntes.com/apuntes/el-diagnostico-en-la-investigacin.html>

**ANEXOS**

**Anexo N° 1**

**ENCUESTA APLICADA A LAS EDUCADORAS QUE LABORAN  
EN EL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR -CIBV- CEIBA**

**Nombres y apellidos de la**

**educadora:**.....

**Sexo:** ..... **Edad:** ..... **Fecha:** .....

**1. ¿Qué tipo de profesional cumple la labor de educadora en el CIBV?**

- Licenciada Parvularia.
- Licenciada en Pedagogía o Psicología.
- Licenciada en otras ramas del saber.
- Bachiller o estudiante universitaria.

**2. ¿Cuánta experiencia en el trabajo con infantes tiene la educadora?**

- Hasta 1 año.
- Más de 1 año hasta 5 años.
- Más de 5 años hasta 10 años.
- Más de 10 años.

**3. ¿Ha recibido la educadora capacitación especializada en inclusión educativa?**

- De parte del MIES.
- De alguna ONG de reconocimiento.
- Del sistema educativo universitario.
- De ninguna institución.

**4. Cuando por primera vez observa un caso de discapacidad en el aula, ¿cuál es su actitud?**

- Seguir un protocolo oficial del CIBV.
- Reportarlo a la coordinadora del centro.
- Reportarlo a los padres del infante.
- Asumirlo de manera personal.

**5. ¿Existe en su programación una estrategia adecuada para reforzar el aprendizaje de los niños con discapacidad?**

- De índole personal basada en la observación.
- De carácter práctico empírico.
- La misma que se emplea con los demás niños.
- De ningún tipo.

**6. ¿Ha aplicado algún tipo de diagnóstico por iniciativa propia a un infante con discapacidad?**

- Una de carácter pedagógico.
- Una de tipo didáctico.
- Una de corte psicopedagógico.
- De ningún tipo.

**7. ¿Cómo se realiza el ingreso (inclusión) de un niño discapacitado en el CIBV?**

- A discreción de la educadora.
- A discreción de la coordinadora.
- A discreción de los padres.
- Después de una evaluación temporal (observación).

**8. En la evaluación semestral que realiza el CIBV a los niños, ¿cómo se comporta el resultado del niño con discapacidad?**

- Con el promedio normal.
- Debajo del promedio normal.
- Muy por debajo del promedio normal.
- Es irrelevante.

## Anexo Nº 2

### Guía sobre criterio de especialistas

#### Estimado profesional:

Me encuentro en el proceso de culminación de mi trabajo de maestría. Atendiendo a su experiencia profesional, solicito, de forma muy comedida, su colaboración como especialista, para conocer su juicio valorativo sobre un conjunto de orientaciones que propongo para el **diagnóstico psicopedagógico de infantes con discapacidad intelectual, de 1 a 3 años, perteneciente a un Centro Infantil del Buen Vivir.**

Agradezco su atenta colaboración.

**Lic. Marianita Tumbaco Lindao**

#### Datos Generales

Ocupación: .....

Años de experiencia: .....

Nivel Profesional: .....

#### Participa como:

- Lic. en Educación Parvularia
- PhD. en Ciencias de la Educación
- PhD. en otras áreas afines
- Médico especialista
- Psicólogo
- Otra profesión.....

**Lea con atención cada una de las preguntas del cuestionario y conteste con mucha franqueza usando un visto (√), según las alternativas propuestas.**

ALTERNATIVAS		
5	TOTALMENTE ADECUADO	TA
4	MEDIANAMENTE ADECUADO	MA
3	ADECUADO	A
2	POCO ADECUADO	PA
1	NADA ADECUADO	NA

PREGUNTAS	TA	MA	A	PA	NA
1. ¿Cree usted que la licenciada en Educación Parvularia está apta para aplicar un diagnóstico psicopedagógico?					
2. ¿Estima usted que el diagnóstico psicopedagógico deber ser flexible, adaptable e integral?					
3. ¿Considera usted que las orientaciones propuestas, reúnen los elementos necesarios para ofertar un diagnóstico psicopedagógico a los infantes con necesidades especiales?					
4. ¿Cree usted que las consideraciones metodológicas estimadas en las orientaciones propuestas, permitirán guiar a todas las educadoras?					
5. ¿Qué valoración le confiere a la estructura y etapas descritas en las consideraciones propuestas?					
6. ¿Las áreas que se presentan para realizar el diagnóstico psicopedagógico de niños con discapacidad intelectual, tienen todos los elementos que deben ser considerados?					
7. ¿Considera pertinente y factible la aplicación de las orientaciones propuestas?					

**A. ¿Ha tenido experiencias de trabajo con infantes, de uno a tres años de edad, con discapacidad intelectual?**

Sí

No

**B. Atendiendo a su experiencia profesional, ¿qué recomendaciones sugiere que se deben incluir en este conjunto de orientaciones para el diagnóstico psicopedagógico?**

1. ....

2. ....

3. ....

No tengo recomendaciones, sugiero su implementación.

A pesar de las recomendaciones, considero que es factible su aplicación.

### Anexo N° 3

#### Registro de expertos

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Título profesional</b>	<b>Ocupación laboral</b>	<b>Experiencia</b>	<b>Firma</b>
Ernesto Iván Torres Terán	Médico Ph.D	Investigador UEES	35 años	
Matilde Leonor Valverde Andrade	Diplomada en Diseño Curricular	Educadora	25 años	
Luz Gabriela Rodríguez	Educadora Lic.	Escritora y consultora educativa ESPOL	35 años	
Jenny Nay Arreaga	Diplomada en Diseño Curricular	Maestra Educadora	40 años	
Rafael Montalván	Educador. MSC.	Educador COPOL	30 años	