

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA PARA NIÑOS CON  
MULTIDÉFICIT**

**JULIANA SALAZAR CATAÑO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE FONOAUDIOLÓGÍA  
MEDELLÍN  
2003**

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA PARA NIÑOS CON  
MULTIDÉFICIT**

**JULIANA SALAZAR CATAÑO**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Fonoaudióloga**

**Fabio Calle Correa  
Sociólogo  
Asesor Metodológico**

**Liliana Álvarez Areiza  
Fonoaudióloga  
Asesora Temática**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE FONOAUDIOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2003**

## RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO

- Título: Estrategia de comunicación aumentativa para niños con multidéficit.
- Autora: Juliana Salazar Cataño.
- Tipo de imprenta: Procesador de palabra Word 2000, imprenta arial 12.
- Nivel de circulación: Restringida.
- Acceso al documento: Fundación Universitaria María Cano, Fundación Multiimpedidos.
- Palabras claves: Comunicación aumentativa, multidéficit, sordoceguera, ceguera, daño neuromotor, retraso mental, ceguera cortical, autismo, hiperactividad, hidrocefalia, señas, fichas de comunicación, habla, lenguaje.
- Descripción del estudio: El proyecto surgió debido a la necesidad de una comunicación convencional en los niños con multidéficit de la fundación Multiimpedidos, a partir de lo anterior se elaboró un diseño de

comunicación aumentativa que incluye: evaluación de los usuarios, revisión bibliográfica, selección del vocabulario y diseño del material.

- Metodología: Este proyecto se apoya en un soporte bibliográfico. Es una investigación aplicada, que busca diseñar una estrategia de comunicación convencional para 16 niños con multidéficit de la Fundación Multiimpedidos.
- Conclusiones: Con base en los datos bibliográficos encontrados, el desarrollo de un formato de evaluación y las expresiones mencionadas por acudientes y docentes de la Fundación, como necesidades primordiales de los usuarios, se escogieron las señas, la expresión verbal y las fichas de comunicación en material semiconcreto, como los instrumentos comunicativos más aptos, debido a que integran las fortalezas y preferencias sensoriales de esta población.

## **CONTENIDO**

	<b>pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA FUNDACIÓN MULTIIMPEDIDOS</b>	<b>8</b>
<b>1.1 RESEÑA HISTÓRICA</b>	<b>8</b>
<b>1.2 ASPECTOS TELEOLÓGICOS</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Misión</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2 Visión</b>	<b>10</b>
<b>1.2.3 Objetivos de Desarrollo</b>	<b>11</b>
<b>1.2.4 Políticas de Desarrollo</b>	<b>11</b>
<b>1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL</b>	<b>11</b>
<b>1.4 ÁREA PROBLEMÁTICA Y SU DIAGNÓSTICO</b>	<b>13</b>
<b>1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>15</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>15</b>

<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
<b>4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	<b>17</b>
<b>4.1.1 Historia de la Comunicación Aumentativa</b>	<b>17</b>
<b>4.1.2 Investigaciones previas</b>	<b>17</b>
<b>4.2 MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>19</b>
<b>4.2.1 Multiimpedimento</b>	<b>19</b>
<b>4.2.2 Deficiencia</b>	<b>20</b>
<b>4.2.3 Discapacidad</b>	<b>20</b>
<b>4.2.4 Minusvalía</b>	<b>21</b>
<b>4.2.5 Sordoceguera</b>	<b>22</b>
<b>4.2.6 Retraso Mental</b>	<b>26</b>
<b>4.2.7 Hiperactividad</b>	<b>29</b>
<b>4.2.8 Daño Neuromotor</b>	<b>31</b>
<b>4.2.9 Ceguera Cortical</b>	<b>37</b>

<b>4.2.10 Ceguera</b>	<b>39</b>
<b>4.2.11 Autismo</b>	<b>42</b>
<b>4.2.12 Hidrocefalia</b>	<b>45</b>
<b>4.2.13 Funciones del lenguaje</b>	<b>47</b>
<b>4.2.14 Comunicación, lenguaje y lengua</b>	<b>48</b>
<b>4.2.15 Comunicación Aumentativa</b>	<b>50</b>
<b>4.3 PROPUESTA DE TRABAJO</b>	<b>55</b>
<b>4.3.1 Evaluación</b>	<b>55</b>
<b>4.3.2 Selección del vocabulario</b>	<b>57</b>
<b>4.3.3 Proceso de aprestamiento y utilización del material</b>	<b>57</b>
<b>5. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>59</b>
<b>5.1 POBLACIÓN</b>	<b>59</b>
<b>5.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>59</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>

## INTRODUCCIÓN

Una persona multiimpedida es aquella que teniendo más de una deficiencia sensorial, física o mental, posee un estilo de aprendizaje para conocer y actuar sobre el ambiente en el que vive y se desarrolla. De esta forma la fundación multiimpedidos se creó con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familias y así aprovechar al máximo sus habilidades y fortalezas.

A partir de la necesidad de interacción de los niños con multidéficit de la Fundación y con base en la misión institucional, el presente proyecto se centra en el diseño de una estrategia de comunicación en la que se tengan en cuenta las fortalezas, destrezas y preferencias de los usuarios, desarrollando al máximo sus capacidades y habilidades con un trabajo enfocado en 'lo que ellos hacen y no en cómo lo hacen', ampliando de esta forma la expresión y la comprensión funcional del lenguaje por medio de los sentidos.

El diseño a implementar se centra en: la comunicación aumentativa como instrumento fundamental, un sustento bibliográfico de las alteraciones y características comunicativas de la población de acuerdo con sus deficiencias (sordoceguera con hiperactividad y/o retraso mental; ceguera con autismo, retraso mental y/o hidrocefalia; y daño neuromotor asociado a retraso mental y/o ceguera cortical) y en la evaluación comunicativa de los usuarios, teniendo en cuenta la preferencia sensorial de cada uno.

El trabajo del fonoaudiólogo en Colombia con la población multideficiente, ha sido poco explorado a sabiendas de la gran cantidad de limitaciones comunicativas que presentan. Por tal motivo este proyecto busca abrir paso a la posibilidad de trabajar y avanzar en la habilitación y rehabilitación funcional del lenguaje con este tipo de niños. Es un diseño de tratamiento concreto a nivel comunicativo que debido a la alteración cognitiva importante de los



usuarios requiere una evaluación y seguimiento prolongado, por tal motivo no puede ser desarrollado dentro del proceso de trabajo de grado y pretende ser un punto de partida susceptible a cambios durante su aplicación posterior. Así mismo constituye una invitación para que los demás fonoaudiólogos, o futuros fonoaudiólogos, se interesen y continúen este proceso.

# 1. DESCRIPCIÓN DE LA FUNDACIÓN MULTIIMPEDIDOS

## 1.1 RESEÑA HISTÓRICA

El Programa Multiimpedidos fue creado en julio de 1993 por la Licenciada Luz Elena Tirado Betancur con dependencia administrativa de la Fundación Pro Civismo, patrocinio de la Fundación Hilton Perkins Internacional y en asocio con la Universidad de Antioquia lugar donde funcionó entre 1993 y 1995. El grupo estaba conformado por 10 niños, sus familias y 11 estudiantes de Educación Especial de la Universidad de Antioquia y coordinado por su creadora, experta en manejo de programas para personas sordociegas, capacitada en la escuela Perkins de Boston.

Entre 1996 y 2000 debido al crecimiento de la población atendida a 25 niños, continuó en una sede alquilada en el barrio Prado Centro, donde atendía en promedio 45 alumnos, entre 6 meses y 17 años de edad. Asistían en dos jornadas: 30 niños en la mañana, de 8 a 12 y 15 en la tarde de 1 a 5 p.m, atendidos por:

- Tres docentes de Educación Especial (un grupo asignado a cada una con un promedio de 8 niños por grupo)
- Tres padres de familia por grupo para lograr una mejor interacción y atención individual a los niños
- Terapeuta Ocupacional, encargada de los programas de atención individual y grupal desde el punto de vista de habilitación y estimulación del desarrollo.
- Jefe de Programa, encargada de la Dirección y Coordinación, actividades administrativas, pedagogo-terapeutas, elaboración y presentación de proyectos para Fundaciones nacionales, internacionales y gubernamentales, con el fin de establecer convenios de prestación de servicios para la financiación del cien por ciento del programa.

En mayo de 1999 se estructura como Fundación autónoma e independiente con Personería Jurídica 003826 del 27 de mayo de 1999, expedida por la

Cámara de Comercio, integrada por una Asamblea de Socios, siete miembros de Junta y su Representante Legal, para posteriormente en el año 2000 instalarse en una sede propia en el barrio Conquistadores donde funcionan actualmente con 23 niños, 16 en la mañana divididos en los grupos: sordociegos, ciegos y daño neuromotor; y 7 niños en la tarde con diagnóstico de retraso sicomotor. Así mismo se planean visitas mensuales en los hogares de los niños con el fin de mejorar sus espacios y aprovechar los recursos del medios que contribuyan a su bienestar y el de sus familias. Para aquellos niños que no pueden asistir al programa semanal, se organiza la atención a través de planes caseros a los cuales se les hace seguimiento mensual en la visita domiciliaria

De esta forma la Fundación Multiimpedidos se define como una entidad sin ánimo de lucro proyectada en la investigación, docencia y asistencia hacia su objeto social, atender de manera integral a personas con doble limitación sensorial y/o con daño neuromotor, ubicadas en el área metropolitana y algunos municipios cercanos, población de alta vulnerabilidad y de escasos recursos económicos. Se pretende habilitar y rehabilitar a los niños y sus familias, desarrollando un proyecto de vida que mejore sus condiciones físicas, mentales, sensoriales y sociales.

Los padres o acudientes de los niños están en un periodo de aceptación y ven a su hijo como un ser con características y potencialidades propias, esto hace que sean padres exitosos en lo que respecta a su calidad de vida. Son ellos los que deben decidir acerca de los programas para sus hijos y son participantes activos, se mantienen informados, toman decisiones acerca de los logros y derechos de sus niños. Es deber de los profesionales crear espacios donde todos puedan hablar, compartir experiencias y necesidades con otros padres. Esto se logra a través de capacitaciones, asesorías, intercambio de información y estrategias de intervención que faciliten aprendizaje.

Actualmente sirve de centro de información, asesoría y pasantías para los programas que atienden Multideficit en Colombia , estudiantes en el área de la salud, médicos, residentes en Pediatría Fisiatría, Ortopedia Neurología entre otras. Semanalmente asisten estos grupos una inducción donde no solo observan los logros de los niños sino que se sensibilizan frente a esta problemática. De igual forma se empezó a extender a los departamentos de mas alto índice de esta población y los más desprotegidos del país, iniciando con el Chocó en el cual un grupo de 16 voluntarios se han organizado para brindar atención pedagógica y terapéutica a 15 niños con Sordoceguera y multidéficit en la modalidad de atención domiciliaria. Este proyecto está siendo apoyado por la CBM.

## **1.2 ASPECTOS TELEOLÓGICOS**

**1.2.1 Misión.** Servir de foro de proyección y evaluación del conocimiento, para la dignificación y derecho a la realización de las personas con discapacidad múltiple, mediante el desarrollo de programas de atención, asesoría y capacitación; dirigidos a mejorar la calidad de vida del discapacitado y su grupo familiar.

**1.2.2 Visión.** Servir de modelo para el año 2005 a instituciones del país y América Latina en asesorías y metodologías de trabajo con personas sordociegas o retos múltiples y sus familias.

### **1.2.3 Objetivos de Desarrollo.**

- Mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y jóvenes sordociegos y con parálisis cerebral, capacitando a la familia como núcleo para que asuma su función en los procesos de habilitación, rehabilitación y educación de sus miembros con disfunciones severas.
- Lograr mantener un excelente manejo financiero buscando un equilibrio entre los ingresos por servicios y la ayuda de nuestros benefactores.
- Continuar creciendo en el mejoramiento del recurso humano.
- Diseñar y fortalecer procesos administrativos.

### **1.2.4 Políticas de Desarrollo.**

- Atender niños con mínimo 2 discapacidades a nivel sensorial; y daño neuromotor.
- Desarrollar procesos de inclusión y socialización a los usuarios en su familia y en la sociedad.
- Lograr la participación activa de la familia en el aula.
- Mantener relaciones, intercambios y pasantías a nivel nacional e internacional, para los avances tecnológicos.
- Buscar la calidad del servicio a nuestros usuarios y sus familias.
- Contribuir con un aporte económico diferencial para las familias de acuerdo a un estudio socioeconómico.

## **1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL**

### **1.3.1 Estructura Organizacional.**

Asamblea de Socios

siete miembros de Junta

Representante Legal y Director Ejecutivo

Coordinadora Académica.

El equipo de profesionales: Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Trabajadora Social, Psicóloga, contratados por tiempo requerido.

Docentes Licenciadas en Educación Especial

Licenciada en Preescolar

Tecnólogos Agropecuarios

Auxiliares Pedagógicos

Voluntarios/as

Secretaria

Servicios Varios

Mensajero

### **1.3.2 Estructura Funcional.**

- Nivel de habilitación funcional inicial: En este grupo se atienden niños con enfermedad motriz cerebral (parálisis cerebral) y déficit sensorial asociado (ceguera y/o sordera). Las actividades combinan habilitación física, sensorial y estimulación para la maduración neurológica con trabajo pedagógico dirigido al logro de independencia en algunas actividades de autocuidado como: alimentarse, cepillarse los dientes, control de esfínteres, habilidades manuales. El trabajo con los alumnos es realizado por las padres bajo la supervisión de una maestra de educación especial y una terapeuta ocupacional, quienes evalúan, diseñan planes de atención individual y capacitan a las madres o acudientes en la ejecución de cada plan.
- Grupos de apoyo pedagógico: Están subdivididos por déficit sensorial:
  - Niños con baja visión y baja audición sin disfunción física primaria: con quienes se trabaja la metodología de aprestamiento para sordos y estimulación visual. El currículo está basado en aprendizaje de destrezas para el autocuidado, orientación y movilidad, aprestamiento en Braille, comunicación alternativa, habilidades para la recreación y lúdica.

- Alumnos con baja visión y sordos – sordociegos: Con ellos el currículo está orientado a: aprendizaje de destrezas para el autocuidado, comunicación alternativa, orientación y movilidad, habilidades lúdicas-recreativas y aprestamiento prevocacional.
- Ciegos con diagnóstico de autismo y retardo mental: Se trabaja la metodología del aprestamiento para niños ciegos. Orientación y movilidad, expresión verbal y habilidades y destrezas para el autocuidado.
- Alumnos con disfunción física primaria y sensorial asociada: El currículo funcional con este grupo está dividido en los siguientes puntos:
  - Estimulación multisensorial
  - Integración neurosensorial
  - Facilitación neuromuscular
  - Aprendizaje de destrezas para el autocuidado
  - Comunicación alternativa
  - Habilidades para el juego-lúdica
  - Grupo de apoyo para la integración escolar: Para alumnos con enfermedad motriz cerebral y déficit sensorial quienes han alcanzado un nivel de habilidades y destrezas que les permiten estar sentado y prestar atención. Con ellos se realiza un programa de aprestamiento especial con miras a la integración en la educación regular.
  - Grupo prevocacional: Quienes aprenden habilidades y destrezas para la realización de oficios caseros.

## **1.4 ÁREA PROBLEMÁTICA Y SU DIAGNÓSTICO**

**1.4.1 Área problemática.** La falta de una comunicación convencional que les permita a los niños con multidéficit desarrollar procesos funcionales de expresión y comprensión del lenguaje, para de esta forma ser parte activa en su propia vida y en la comunidad.

**1.4.2 Diagnóstico.** El planteamiento del problema surgió a partir de las siguientes inquietudes:

- En la Fundación Multiimpedidos se emplean calendarios de comunicación alternativa para anticipar actividades, así como la expresión verbal y algunos otros sistemas de comunicación, pero durante la experiencia con esta población se evidenció que su uso es poco riguroso y organizado, solo son empleados para que la madre o acudiente anticipen las actividades y deseos propios y no para que el niño exprese sus necesidades, preferencias o sentimientos. Cada madre comprende los gestos naturales de su hijo para procesos básicos, pero ninguna otra persona los interpreta de esta manera.
- Así mismo la directora de la Fundación, Luz Elena Tirado, planteó la comunicación como una de sus principales falencias, debido a la ausencia de un proceso específico y consciente de comunicación.

## **1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué estrategia de comunicación debe diseñarse para el logro de una expresión y comprensión funcionales del lenguaje en los niños con multidéficit?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una propuesta estratégica de comunicación aumentativa que le permita a los niños con multidéficit la expresión y comprensión funcionales del lenguaje.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el tipo de comunicación preferida por cada grupo, con base en las características y limitaciones según el diagnóstico clínico, la experiencia de trabajo con esta población y su forma de expresión actual.
- Seleccionar el grupo de palabras, señas o fichas básicas para la expresión de necesidades, por medio de las propuestas y aspectos nombrados por acudientes y docentes.
- Elaborar folletos de comunicación teniendo en cuenta las características de cada uno de los grupos de niños con multidéficit.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

“Toda persona por ser un Ser Humano tiene la facultad del lenguaje”

NOAM CHOMSKY

El lenguaje es una función mental superior innata, es la facultad humana encargada de la expresión y comprensión de ideas, pensamientos y sentimientos dentro de un proceso comunicativo. Por medio de este se crean signos y símbolos convencionales a través de la interacción, y por la necesidad de facilitar la comunicación en un grupo determinado de individuos.

Así pues se evidencia la necesidad de los niños con multidéficit de la fundación Multiimpedidos, de emplear una forma de comunicación que les permita sentirse parte activa en su propia vida y en la comunidad.

Con base en las alteraciones comunicativas específicas de las enfermedades y síndromes de los usuarios (Sordoceguera con retraso mental y/o hiperactividad, ceguera asociada a retraso mental, autismo y/o hidrocefalia y daño neuromotor asociado a retraso mental y/o ceguera cortical); en la experiencia con esta población analizada en su desempeño en diferentes contextos; y en investigaciones realizadas en otros grupos de discapacitados, se determina que la integración de las señas, la expresión verbal y las fichas de comunicación como estrategia de comunicación aumentativa, reúnen las habilidades sensoriales: visual, auditiva, verbal y táctil necesarias para la expresión y comprensión del lenguaje en este tipo de niños.

El perfil del fonoaudiólogo se enmarca en la capacidad de atender decisiva y eficientemente las necesidades comunicativas de las personas y grupos humanos para lo cual es necesario crear estrategias y herramientas que faciliten y aseguren su proceso. Así pues el diseño planteado en este proyecto es una herramienta primordial en el tratamiento de la población multiimpedida.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

**4.1.1 Historia de la Comunicación Aumentativa.** Las técnicas aumentativas y alternativas de comunicación tienen una amplia tradición. Al comienzo de los años setenta, los sistemas de signos manuales, inicialmente usados solamente para los no oyentes, se empezaron a aplicar a personas con discapacidad motora, afasia, retraso mental y autismo. También en esa época los resultados de investigaciones sobre enseñanza del lenguaje en antropoides se empezaron a aplicar con éxito en poblaciones de personas con discapacidad. Al mismo tiempo se empezaron a desarrollar gran cantidad de sistemas de signos gráficos para permitir la comunicación en personas sin habilidades de escritura. El empleo de las primeras ayudas técnicas: Los tableros de comunicación, se dio en 1986.

Hoy día existe una amplia gama de sistemas de signos, tanto gestuales como gráficos, que permiten la comunicación desde niveles muy elementales hasta otros complejos desde el punto de vista lingüístico.

**4.1.2 Investigaciones previas.** Investigación acerca del empleo de la comunicación aumentativa como un proceso eficaz de interacción en personas con: Insuficiencia Motora de Origen Cerebral.

- **Implementación de un Sistema de Comunicación Aumentativa Y Alternativa en Usuaría del Centro de Rehabilitación Cruz Del Sur, Chile (Fase Inicial)**

Luisa Fernanda Rojas Bohórquez.

La investigación es el estudio de caso de una menor portadora de Insuficiencia Motriz de Origen Cerebral (IMOC) de tipo espástico, del centro de rehabilitación infantil Cruz del Sur de Punta Arenas, Chile, en cuyo

contexto se tomaron todas las áreas de atención, incluidas su dinámica familiar, social y pedagógica. Paralelamente se efectuó la revisión y contextualización teórica sobre el diagnóstico de la menor, la relación comunicación, lenguaje, pedagogía y discapacidad, complementándose con la revisión de los Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa. Teniendo en cuenta todo el bagaje teórico y un conocimiento completo del caso en todas las áreas se procedió a la elección del S.A.C más adecuado para la usuaria.

Concluyendo:

La menor realizó el reconocimiento de los símbolos propuestos (tablero de comunicación inicialmente de baja tecnología, en el que la menor pudiese señalar con su mirada los iconos en un tablero acrílico transparente, facilitando así que el interlocutor vea exactamente cuál está señalando la alumna y que éste pudiese ser adaptado a su medio de desplazamiento: la silla).

Se observó –y lo corroboró la madre en casa– que con el uso de los pictogramas la menor aumentó la imitación de gestos. Esto demuestra que el uso de los pictogramas favorece el desarrollo de habilidades comunicativas, no sólo en contexto escolar sino en la vida diaria.

Luego del trabajo con la comunicación aumentativa la menor se observó más activa y espontánea al iniciar interacciones, siendo indispensable el trabajo con la familia del usuario, para obtener logros significativos.

La obtención de logros, cuantitativa y cualitativamente, varía de un sujeto a otro, ya que influyen las características individuales, la sociedad en la que esté inmerso, su familia y el interés de la institución educativa.

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

**4.2.1 Multiimpedimento.** Una persona multiimpedida es aquella que teniendo más de una deficiencia sensorial, física o mental posee una manera, modalidad o estilo de aprendizaje para conocer y actuar sobre el ambiente en el que vive y se desarrolla. Tiene necesidades específicas en movilidad, comunicación y en su vida cotidiana y requiere para desarrollarse técnicas y estrategias que correspondan a la modalidad de aprendizaje multisensorial y no a través de una sola modalidad sensorial.

La población con multiimpedimento requiere de actividades que le ayuden a crecer y lograr niveles de independencia de acuerdo a sus habilidades y estados de maduración. Estar con ellos significa estar dispuestos a brindarles mucha atención y cambiar de actitud, pues necesitan ser apoyados en su desarrollo. Como cualquier otro ser humano tienen habilidades y limitaciones, y demandan igualdad de oportunidades para ser felices.

**Población multiimpedida en Medellín:** Han sido detectados 2584 Hombres y 1503 Mujeres para un total de 4,087 personas con multidéficit en la ciudad de Medellín.(1999)

**Menores de 18 años con discapacidad múltiple:** 664 Hombres y 438 Mujeres para un total de 1102

La población que presenta 2 o más discapacidades, incluida la sordoceguera, muestra un alto nivel de prevalencia superando la mitad de la población discapacitada registrada.(1999) \*\*

---

\* INSOR, Informe de Gestión, Proyecto Atención Integral al Sordociego para aplicación en investigación en el Territorio Nacional.

**4.2.2 Deficiencia.** Es toda pérdida o anomalía permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano, estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno a nivel de órgano, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria.

Se puede hablar de :

- **Deficiencia físicas:** Afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdida de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.
- **Deficiencias sensoriales:** Afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje como la ceguera, baja visión o pérdida auditiva.
- **Deficiencias psíquicas:** Afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como, por ejemplo, quienes padecen el síndrome de Down. La OMS define la deficiencia mental como “ un funcionamiento intelectual inferior al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene”.

Por su parte la Asociación Americana de Deficientes Mentales señala que, para hablar de estas deficiencias, hay que referirse a la existencia de un coeficiente intelectual inferior a 70 y, además, con una alteración de la conducta, que implique la dependencia de otra persona.

- **Deficiencias de relación:** Afectan a quienes, por causas diversas, presentan conductas que dificultan gravemente la convivencia. En ocasiones una misma persona padece simultáneamente 2 o más deficiencias.

**4.2.3 Discapacidad.** Es toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen

considerado *normal* para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.

La discapacidad se tiene, la persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada: no puede hacer alguna cosa en concreto de la misma forma que los demás. Por lo tanto la discapacidad no forma parte de la esencia de la persona.

Una persona que no ve, o lo hace con dificultad, está discapacitada para conducir un autobús, pero no lo está para trabajar como telefonista o para impartir clases de idiomas.

La discapacidad se puede clasificar en:

- Discapacidad de movilidad o desplazamiento.
- Discapacidad de relación o de conducta.
- Discapacidad de comunicación.

**4.2.4 Minusvalía.** Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el cumplimiento de una función que es *normal* para la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

La minusvalía puede ser de diferentes tipos:

- **De independencia física:** Dependencia de otra persona para las actividades de la vida cotidiana.
- **De orientación y movilidad:** Cuando no se puede salir o se necesita ayuda para hacerlo.
- **De ocupación:** Cuando impide ocupar el tiempo, estudiar o trabajar en las condiciones que son normales en función de la edad, sexo, cultura, etc.
- **De integración social:** Cuando implica una dificultad para relacionarse fuera del entorno familiar.
- **De insuficiencia económica:** Cuando la persona no dispone de ingresos suficientes para cubrir sus necesidades.

**4.2.5 Sordoceguera.** Es una limitación total o parcial de los sistemas auditivo y visual. La combinación causa dificultades en la comunicación, el desarrollo y la educación; por eso no pueden participar en programas de educación especial para personas con sólo una discapacidad, bien sea auditiva o visual. Es una limitación con identidad propia que debe emplear intensivamente el sentido que se conserva.

La clave de la educación, habilitación y rehabilitación es la comunicación como punto de partida del aprendizaje, establecidas en el tacto, los dedos y la palma de la mano como el canal perceptivo. Teniendo en cuenta la posibilidad de aprovechar los restos visuales o auditivos que presente el individuo.

El concepto de sordoceguera es muy amplio y engloba todos los grados de la discapacidad visual- auditiva, así como los distintos tipos, según el momento de aparición de la minusvalía. El momento del inicio de la sordoceguera desempeña un papel decisivo en el desarrollo general, pero sobre todo en el desarrollo del lenguaje y de la comunicación.

Si la deficiencia visual- auditiva se presenta antes de la adquisición del lenguaje, los niños aprenderán con grandes dificultades la función de los símbolos o señas.

En cambio, los niños que han aprendido a hablar antes de sobrevenirles la sordoceguera y, también los que han quedado sordociegos de jóvenes y adultos, suelen conservar la lengua oral en el transcurso de sus vidas, si no concurren circunstancias especiales. Todos estos son factores que influyen en la elección del sistema más apropiado para el comienzo o desarrollo de la comunicación, o bien para el ajuste de la misma, según el caso.

El paso inicial, muy importante, es la realización de una evaluación de los posibles restos de visión y audición y del nivel de lenguaje alcanzado, antes de seleccionar el sistema o sistemas más apropiados para cada caso concreto.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de la población sordociega no podemos pensar un único sistema de comunicación alternativo al oral válido para todos,



si no que en cada caso el sistema de comunicación desarrollado o utilizado viene dado por las necesidades, características y posibilidades de cada persona en si. Las personas sordociegas han de hacerlo a través del tacto. La sordoceguera, como discapacidad, presenta numerosas barreras, no solo sensoriales, también de movilidad y orientación.

- **¿ Como comunicarse ?**

Las personas sordociegas pueden usar diferentes sistemas de comunicación:

- **Sistemas alfabéticos:**
  - **Dactilológicos:** Consiste en la representación manual de cada una de las letras que componen el alfabeto en la palma de la mano de la persona sordociega.
  - **Sistemas de letras Mayúsculas:** Consiste en ir escribiendo sobre el centro de la palma de la mano de la personas sordociega con el índice cada una de las letras que componen las palabras en mayúsculas, una sobre otra.
  - **Tablillas:** Tablas de comunicación en las que están impresas las letras mayúsculas en vista y relieve bien contrastadas sobre el fondo y debajo su transcripción en Braille, de forma que cogiendo el dedo de la persona sordociega y haciéndola tocar las letras que componen el mensaje pueda comprenderlo.
  - **Braille:** Sistema de signos en relieve, que consiste en la combinación de 6 puntos en 63 signos diferentes, estos representan letras y números.
  - **Máquinas de escribir en vista tinta o en braille:** maquinas utilizadas por la persona sordociega que conoce el braille o la escritura convencional.
- **Sistemas no alfabéticos (signos o símbolos):**

- Lengua de signos: Lengua creada para personas sordas, en la cual diferentes tipos de movimientos de las manos indican una palabra.
  - Gestos Naturales: Combinan gestos que se relacionan con la funcionalidad del objeto, movimientos del cuerpo que describen la acción deseada, imitación de gestos del niño cuya intencionalidad ha sido comprobada y signos convencionales de fácil comprensión apoyados por el contexto en que se producen.
  - Labio lectura – Tadoma: Consiste en la percepción de la posición de los órganos fonarticuladores (que producen el habla, están la boca, mejillas, garganta) por parte de la persona sordociega, para sentir las vibraciones y las diferentes posiciones que toman estos órganos para la producción del lenguaje oral.
  - Comunicación aumentativa.
- **Clasificaciones de sordoceguera:**
    - Clasificación según las causas de la sordoceguera:
      - Sordoceguera **congénita**: Se denomina así cuando la sordoceguera aparece antes de desarrollarse el habla (etapa prelingual). Una de las causas principales de esta modalidad son las infecciones víricas maternas como, por ejemplo, la rubéola, la meningitis, la sífilis, ... y la prematuridad. La rubéola, si actúa sobre el feto, puede originar graves daños, sobre todo en los tres primeros meses de gestación. Otras razones pueden ser el uso de fármacos fuertes y la toxoplasmosi.
      - Sordoceguera **adquirida**: La causa principal es el síndrome de Usher. Es una enfermedad congénita, hereditaria y recesiva (Es decir, se nace con ella pero los problemas aparecen más tarde). Es necesario que los dos progenitores tengan un gen determinado para transmitir la enfermedad. Los síntomas aparecen entre la infancia y la tercera edad sin tener un momento concreto.

Hay tres tipos de síndromes de Usher:

- Tipo 1: Son personas con sordera profunda de nacimiento. Los problemas de visión aparecen entre los 8 y los 12 años.
- Tipo 2: Personas con pérdida auditiva entre moderada y severa y que presentan problemas de visión en la adolescencia.
- Tipo 3: Es más infrecuente. Se producen alteraciones visuales y sordera progresiva en jóvenes que de niños parecían oír y ver bien.

En los tres grupos la pérdida de visión se produce por una enfermedad denominada "Retinitis Pigmentaria".

- Clasificación según las personas sordociegas:
  - Totales o **congénitas**: Son las personas que han quedado sordociegas antes de la adquisición del lenguaje. Es frecuente que en este grupo se encuentren niños con otras deficiencias adicionales, incluso el retraso mental. Es imprescindible comenzar con una educación apropiada para niños sordociegos, puesto que de lo contrario no conseguirán progresar. No tienen posibilidades para imitar a sus mayores , ni para explorar el entorno por sí mismos, las dos fuentes principales del aprendizaje durante los primeros años de la vida.
  - **Sordos congénitos** que pierden la vista años después: La causa principal es el síndrome de Usher.
  - **Ciegos congénitos** que pierden el oído siendo adultos: Son personas ciegas de nacimiento que pierden el oído con el paso del tiempo o a causa de medicamentos ototóxicos.
  - Sordociegos **postsimbólicos tardíos**: Son personas que han quedado sordociegas después de la adquisición del lenguaje.
- Según el grado de pérdida sensorial:
  - sordociego total (sin resto auditivo, ni visual; son ciegos y sordos profundos)

- sordociego con resto visual
- sordociego con resto auditivo
- sordociego con resto auditivo y visual

Cuanto más tarde aparezca esta discapacidad, más fácil será la educación.

**4.2.6 Retraso Mental:** "El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas:

1. Comunicación.
2. Cuidado personal.
3. Vida en el hogar.
4. habilidades sociales.
5. Utilización de la comunidad.
6. Autogobierno.
7. Salud y seguridad.
8. Habilidades académicas funcionales.
9. Ocio.
10. Trabajo.

El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años. Para poder aplicar la definición deben tomarse en consideración las cuatro premisas siguientes:

- Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
- Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad del sujeto y reflejan la necesidad de apoyos individualizados.

- Junto a limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas o capacidades personales.
- Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental puede mejorar.
- **Etiología:** La etiología del retraso mental se considera mayoritariamente multifactorial y la combinación de los diversos factores etiológicos condiciona la gran variedad de manifestaciones clínicas.

- Factores prenatales:

- Trastorno del metabolismo: Hiperglicemia, Degeneraciones cerebromusculares, Intolerancia a la fructuosa, Glucogenosis, Hipercalcemia idiopática, Hipoparatiroidismo, Enfermedad de Crigler-Najjar (ictericia no hemolítica familiar)
- Aberraciones cromosómicas: Las más frecuentes:
  - Trastornos autosómicos (síndrome de Down, síndrome del maullido, trisomía 18, trisomía 22)
  - Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica o síndrome de Turner)
  - Trastornos autosómicos dominantes (neurofibromatosis, distrofia miotónica, epiloia, craneosinostosis)
  - Anomalías del desarrollo producidas por mecanismos genéticos recesivos o desconocidos (anencefalia, microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia)
- Infecciones maternas durante el embarazo: Las más frecuentes: Sífilis, Rubéola, Otras enfermedades.

- Factores perinatales: Prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, lesiones durante el nacimiento, lesiones traumáticas cerebrales, factores anóxicos, querníctero.

- Factores Post-natales: Meningitis purulenta, meningoencefalitis vírica, meningoencefalitis aséptica, intoxicación por plomo, traumas, trastornos convulsivos, espasmos infantiles, convulsiones febriles, parálisis cerebral, enfermedad de Heller, malnutrición.
  - Factores socioculturales: Problemas médicos, problemas sociales y emocionales, privación ambiental, retraso mental familiar.
- **Clasificaciones:**
    - Años 60's a 80's: Ligero, moderado, severo y profundo, partiendo de la definición multidimensional inicial.
    - Años 80's a 90's: Funcionamiento por debajo de la media. Se refiere a puntuaciones de 70-75 o inferiores en las pruebas psicométricas, planteando una clasificación en 3 etapas de desarrollo:
      - Durante la infancia: habilidades sensoriomotoras, de comunicación, de autoayuda y de socialización.
      - Durante la niñez y adolescencia temprana: Habilidades académicas y sociales.
      - Durante la adolescencia tardía y edad adulta: Ejecución y responsabilidad social y profesional.

En esta época se comienza a hablar de normalización, integración y ambientes menos restrictivos.
  - Nuevo paradigma: Este se enmarca en 3 elementos claves:
    - Capacidades: Posibilidad de lograr un funcionamiento adecuado; incluye capacidades inherentes y competencia social. Al fallar este elemento hay limitaciones en la inteligencia conceptual e inteligencia práctica y social.
    - Entorno: Contexto físico que rodea al individuo.
    - Funcionamiento: Elemento alterado por las limitaciones intelectuales específicas.

Este paradigma analiza al individuo como ser integral sin clasificaciones específicas, pero teniendo en cuenta las 10 habilidades adaptativas dadas anteriormente.

**4.2.7 Hiperactividad.** Es un estado de actividad muscular excesiva. Este término también se utiliza para describir una situación en la que una porción particular del cuerpo está excesivamente activa, como cuando una glándula tiene una producción demasiado alta de su hormona en particular. El comportamiento hiperactivo suele referirse a un grupo de características tales como: agresividad, actividad constante, fácil distracción, impulsividad, incapacidad para concentrarse y otros comportamientos parecidos.

- **Etiología:**

- Trastorno por déficit de atención
  - Trastornos emocionales
  - Trastornos cerebrales o del sistema nervioso central
  - Hipertiroidismo
  - Herencia Hiperactiva
  - Violencia, Maltrato y Abuso Infantil Físico, Psicológico y Emocional
  - Traumas Psicológicos
  - Reacciones Psicósomáticas
  - Estrés
  - Insomnio
- Tipos de trastorno por déficit de atención-hiperactividad
    - Combinado: el niño presenta tanto síntomas cognitivos (déficit de atención) como motrices (hiperquinesia, impulsividad). Es el más frecuente.
    - Predominio de déficit de atención: posee más síntomas cognitivos que motrices.

- Predominio de hiperactividad: existe un mayor número de síntomas de impulsividad e hiperquinesia en comparación con los de déficit de atención.

Un 65% de estos niños también presentan un negativismo desafiante hacia las normas, que se conserva en la adolescencia y puede conllevar problemas en las relaciones sociales.

Otro síntoma característico en estos niños es el insomnio, tienen problemas por mantener un ritmo de sueño nocturno correcto, no suelen dormir de un tirón.

- **Características:**

- A Nivel Cognitivo:
  - Carente de habilidades mnemotécnicas o de la memoria
  - Dificultades con el lenguaje
  - Habilidades conceptuales y de la percepción disminuidas
  - Dislexia: dificultades para leer
  - Lentitud para aprender y razonar
- A Nivel Social:
  - Dificultad para entenderse y convivir con la gente
  - Tendencia a hablar demasiado, rápido y fuerte
  - Tendencia a interrumpir a los demás
  - Evita estar con la gente
  - Tendencia a emocionarse y explotar con cualquier idea que le llega a la mente
  - Dificultades para esperar su turno
- A Nivel de Comportamiento:
  - Corta capacidad de atención
  - Inhabilidad para quedarse quieto



- Incapacidad para concentrarse
  - Extremidades incontrolables
  - Cambio de actividades no completadas a otras
  - Dificultad para mantener la atención en las tareas
  - Tendencia a distraerse fácilmente
  - Sigue instrucciones con gran dificultad
  - Compulsivo, violento, comportamiento destructivo
  - Autoagresividad
  - Dificultad para expresar sus sentimientos
  - Dificultad para jugar en silencio
  - Olvidadizo
  - Parece no escuchar
  - Irritabilidad y ansiedad
  - Rabietas
  - Pasividad y Pereza
  - Conducta evasiva
- A nivel de lenguaje:
- Dificultades en la forma del lenguaje (estructuración de palabras y oraciones)
  - Dificultades en el contenido del lenguaje, especialmente en la tareas que requieran mayor carga atencional, mayor control inhibitorio y, por lo tanto, un procesamiento más elaborado.
  - Retraso en el desarrollo del lenguaje interno (la voz privada dentro de nuestra mente que usamos para conversar con nosotros mismos, contemplar eventos, dirigir o regir nuestro comportamiento y seguir reglas o instrucciones)

**4.2.8 Daño neuromotor de origen cerebral:** "Trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro"

Es un conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular, causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse justo antes, durante o poco después del nacimiento, así como en la infancia.

La situación en que se encuentran los músculos y las articulaciones en los afectados de DMC se debe a la falta de las influencias coordinadas que provienen del encéfalo, es decir, a una desorganización de los mecanismos neurológicos de postura, equilibrio y movimiento por tanto el tratamiento se debe orientar hacia los mecanismos neurológicos del Sistema Nervioso Central que activan y controlan los músculos.

Además por ser una entidad de origen central, puede acompañarse por otros problemas del sistema nervioso central en el área cognitiva, sensorial y de la comunicación.

Hay que concentrarse en los mecanismos de postura, equilibrio, locomoción y tono muscular.

- **Deficiencias asociadas:** Puede originar defectos en la visión y audición, anomalías en el habla y el lenguaje y aberraciones en la percepción (agnosias) las cuales consisten en dificultades para reconocer objetos o símbolos. También es posible la presencia de apraxias esto significa que no puede realizar determinados movimientos, porque los modelos o “engramas” han desaparecido o no se desarrollaron. La apraxia puede afectar los movimientos de miembros, la cara, los ojos, la lengua, el acto de escribir, dibujar, construir y vestirse entre otros, un problema de “PROGRAMA MOTORA”.

Pueden presentar también problemas de comportamiento (distracción, hiperkinesia), problemas de aprendizaje, dificultades en la comunicación, defecto mental y epilepsia.

No todos presentan las deficiencias asociadas. La escasez de movimientos impedirá explorar el medio completamente, limitado la adquisición de

sensaciones y percepciones, entonces parecerá que tiene defectos en la percepción que se deben a la falta de experiencia.

- **Problemas del lenguaje y habla:** El 65% presentan cierto grado de dificultad en el lenguaje, desde errores mínimos de la articulación hasta la imposibilidad absoluta para mover los órganos fonarticuladores para pronunciar palabras inteligiblemente. El 13% presentan disminución auditiva y el 27.7% trastornos visuales.
  
- **Etiología:**
  - Desarrollo anormal del encéfalo.
  - Anoxia.
  - Hemorragia intracraneal.
  - Ictericia neonatal excesiva.
  - Traumatismo.
  - Infección.
  
- **Cuadro clínico y desarrollo:** La causa de el DNC puede ser prenatal, perinatal o postnatal. En este se presenta :
  - Persistencia de comportamiento infantil en todas las funciones incluyendo reacciones reflejas infantiles.
  - Puede darse hipertonía, hipotonía o movimientos involuntarios.
  - Una adquisición tardía de habilidades motoras y una escala de progreso lenta de una etapa a la otra.
  - Variaciones en las secuencias normales de habilidades y en sus modelos.
  
- **Clasificación:**
  - Topográfica:
    - Cuadruplejía: Afecta 4 miembros.
    - Diplejía: 4 miembros, más afecta piernas.
    - Paraplejía: Afecto ambos piernas.

- Triplejía: Afecta 3 miembros.
- Hemiplejía: Afecta un lado del cuerpo.
- Monoplejía: Afecta un miembro.

- **Tipos:**

- **Espástico:** Es el aumento exagerado del tono muscular.
  - Características generales:
    - Hipertonía “Navaja” su los músculos espásticos se estiran a una velocidad determinada, responden de una manera exagerada, cuando se contraen bloquean el movimiento, clonus ocasionales.
    - Posturas anormales: se asocia con los músculos antigravitacionales que son extensores, en la pierna y flexores en el brazo. Pueden ser deformidades no fijas o fijas. Contracturas.
    - Los cambios en hipertonía y posturas pueden producirse por excitación, miedo o ansiedad, que aumentan la tensión muscular.
    - La hipertonía puede ser tanto espasticidad (resistencia en un determinado punto o en pequeña parte de la extensión pasiva del movimiento) como rigidez (resistencia continua a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento).
    - Movimientos voluntarios: presentes y pueden elaborarse, también se presenta movimientos masivos (no mueve una articulación por separado), concontracción del agonista con el antagonista (bloquea movimiento o lo vuelve forzado).
    - variación de la inteligencia, tiende a ser menor que en los atetoides.
    - Problemas perceptuales, principalmente en relaciones espaciales.
    - Perdido sensorial, presente algunas veces en la mano espasticidad-hemipléjica y en el campo visual.
    - Epilepsia más que en los atetoides.
  - Características del Habla: Por la excesiva tensión muscular se evidencia:
    - Habla explosiva.

- En casos severos se evidencian bloqueos, por no conseguir mover su mecanismo de fonación.
- **Atetoide:** Son movimientos involuntarios de corta extensión, debido a daño de estructuras cerebrales profundas.
  - Características generales:
    - Movimientos involuntarios-atetosis: movimientos poco comunes, sin propósito y a veces incontrolables, pueden ser lentos, rápidos y se presenta dentro de los tipos de contorsión, sacudido, temblor, manotazos o rotaciones, etc. En algunos niños se presenta en reposo. El movimiento se aumenta con la excitación, inseguridad, esfuerzo. Se disminuye con la fatiga, somnolencia, fiebre, decúbito ventral o atención muy concentrada.
    - Movimientos voluntarios: posibles. El movimiento involuntario puede interrumpir el voluntario parcial o totalmente, haciéndolo no coordinado. Hay falta de movimiento mas finos y debilidad.
    - Hipertonía o hipotonía: fluctuaciones en el tono, el tono fluctuante esta acompañado a veces de fluctuaciones del estado de ánimo o las emociones.
    - Danza atetóide: no logran mantener su peso sobre los pies, los mueven hacia arriba o hacia arriba y afuera.
    - Parálisis de los movimientos de la mirada: dificultad para mirar hacia arriba y para cerrar los ojos voluntariamente.
    - Generalmente la Inteligencia se presenta en buen nivel, aunque en ocasiones puede existir defecto mental.
    - Pérdida auditiva si es originada por Kernicterus.
    - Labilidad emocional.
  - Características del Habla:
    - Tienen movimientos involuntarios que producen una expresión variable.
    - En casos leves, presentan fallas articulatorias.

- En casos graves, no hablan.
  - La falta de control de la cabeza, imposibilidad para deglutir y sialorrea agravan los problemas de lenguaje
- **Atáxico:** Incoordinación en la marcha y el sostén corporal, debido generalmente a daño cerebeloso.
- Características generales:
    - Perturbaciones en el equilibrio: Mala fijación de la cabeza, tronco, hombros y cintura pélvica.
    - Movimientos voluntarios presentes pero torpes o no coordinados. Dismetría puede existir tembló intencional. Escasos movimientos manuales finos.
    - Hipotonía común.
    - Nistagmo.
    - Bajo nivel de inteligencia: problemas visuales, auditivos, percepción.
    - Mentalmente subnormal.
  - Características del Habla: Producen un habla incoordinada y carente de ritmo.
- **Rasgos comunes:**
- Retraso en el desarrollo motor.
  - Reflejos anormales.
  - Mecanismos posturales: Incapacidad para mantener la postura y equilibrio más en atetóides y espásticos pero también en los atáxicos.
  - Debilidad en músculos de la cabeza, tronco, hombro, cintura pélvica (estos se ven activados por los mecanismos posturales).
- Los mecanismos posturales son mecanismos neurológicos que ayudan a mantener la postura y el equilibrio y que participan en la locomoción. Hay que promover los mecanismos posturales para evitar el retraso en el desarrollo motor.

- Reflejos anormales: Son reflejos infantiles que en un recién nacido normal están presentes y luego se integran o desaparecen a medida que el bebé madura. En el niño con DNC permanece sin integrarse al sistema nervioso, entre ellos esta el reflejo moro, los reflejos de prensión palmar y plantar, marcha automática, excesivo enderezamiento de cuello, de sostén y de alimentación.
- Deglución: Anormal, tienen problemas de sialorrea, principal obstáculo en la adquisición del habla. El niño que tiene mucha secreción mucosa y se ahoga con facilidad cuando llora, es probable que tenga la misma dificultad cuando habla.
- Presentan mala mecánica respiratoria, inadecuada utilización y sensación de los órganos fonoarticuladores, es posible que el niño presente una lesión encefálica tan grande que nunca llegue a adquirir un habla funcional.

**4.2.9 Ceguera cortical.** La discapacidad visual neurológica (NVI) es ahora el nombre preferido para un tipo de discapacidad visual que ha sido y es todavía llamada Discapacidad Visual Cortical o Ceguera Cortical. NVI ahora se divide en tres categorías: Discapacidad Visual Cortical, Maduración Visual Retardada y Ceguera Cortical. Estas divisiones están hechas de acuerdo a qué área cerebral está afectada.

Varios estudios indican que el porcentaje de niños con discapacidades visuales que tienen NVI está entre 3.6 y 21%, haciendo que ésta sea la causa más importante de discapacidad visual en los niños que son sordos y ciegos. La NVI ocurre cuando una parte del cerebro que es la responsable por la visión está lesionada. En otras palabras, el ojo por sí mismo es normal, pero el cerebro no procesa la información correctamente. NVI tiene varias causas, que incluyen pero no están limitadas a falta de oxígeno antes, durante o después del nacimiento, enfermedades producidas por virus o bacterias como la meningitis

y el citomegalovirus, o una lesión traumática. Estos niños pueden, aunque no siempre, tener otras discapacidades adicionales. Otros tipos de discapacidades visuales como la atrofia óptica (defecto del nervio óptico que impide que el nervio conduzca las imágenes al cerebro) y hipoplasia del nervio óptico (una discapacidad visual causada por un defecto congénito del disco óptico) son más comunes en niños con NVI.

NVI afecta la visión en varias formas y causa la pérdida de la visión de una manera que puede ser desde benigna hasta severa, temporaria o permanente. No hay manera de predecir cómo va a ser la visión de un niño pequeño a medida que va madurando pero muchos niños con NVI experimentan mejoras en su visión. Es común la visión fluctuante. Esto es aún más pronunciado en los que tienen desórdenes que involucran convulsiones o en los que fueron tratados con ciertos medicamentos como Difenilhidantoina, Carbamazepina o Fenobarbital. Un niño puede ser capaz de ver un objeto un día y no poder verlo al día siguiente. Estos niños pueden tener también una visión periférica que central y por eso mira a los objetos que están al costado del ojo. Pueden haber perdido algo de su campo visual en una manera asimétrica (un ojo puede ver peor que el otro). Esta pérdida desaparece no corresponde necesariamente a sus funciones manuales. Si el ojo izquierdo es mejor que el derecho, la mano izquierda no va a ser necesariamente mejor que la derecha.

Los niños con NVI tienen problemas con algunas tareas visuales específicas. Tienen dificultad con los objetos apoyados (ven al objeto en lugar del fondo) y con despliegues visuales complejos como figuras múltiples (una foto con cinco animales diferentes en lugar de dos). La confusión espacial es común; por ejemplo no pueden ubicar su silla aunque la pueden ver. También pueden ser visualmente inatentos, no quieren mirar a los objetos y prefieren usar el tacto. Es común ver a un niño dar vuelta la cabeza en sentido opuesto mientras exploran un objeto con las manos. La vista de los NVI puede ser comparada con tratar de escuchar a la voz de uno mismo en un lugar ruidoso o hablando una lengua extranjera.



Se ha demostrado que la estimulación de la visión ayuda a la mayoría de los niños con discapacidades visuales a mejorar la forma en que usan su visión; esto es especialmente cierto en los que tienen NVI. Para que la estimulación visual sea efectiva se debe hacer en situaciones de todos los días de la vida real, no solamente en las sesiones de terapia de la visión. Por ejemplo, identificando colores en una actividad, siguiendo a un compañero de clase con la vista a medida que se va moviendo en el salón de clase e identificando la forma de los objetos de todos los días.

**4.2.10 Ceguera.** Es la pérdida de la visión normal. La ceguera puede ser parcial, con pérdida de solamente una parte de la visión o también total, en cuyo caso la persona no tiene ninguna percepción de la luz. Las personas con una visión inferior a 20/200 se consideran ciegos en términos legales.

- **Causas más comunes:**

- Trauma ocular accidental como quemaduras químicas o lesiones infringidas por anzuelos de pesca, pelotas de raqueta, juegos pirotécnicos y objetos similares
- Diabetes
- Glaucoma
- Degeneración macular
- Oclusiones vasculares
- Ambliopía

- **Clasificación:** En razón de las funciones visuales, la población puede dividirse en 4 grupos:

- Los ciegos totales, que son quienes no tienen ninguna percepción luminosa.
- Los deficientes visuales profundos, que poseen alguna visión útil.

- Los videntes parciales.
- Los videntes casi normales, que no tienen discapacidad que haga necesarios los servicios especiales o de rehabilitación.
- La pérdida visual puede afectar los siguientes aspectos:
  - Orientación y movilidad.
  - Actividades de la vida diaria.
  - Comunicación
  - Tareas prolongadas de visión de cerca.
- **Desarrollo Lingüístico:** Según diferentes investigaciones, los aspectos del desarrollo lingüísticos de los ciegos que plantean mayores controversias entre los distintos autores son: el desarrollo del léxico, el lenguaje que los adultos dirigen al niño ciego, la utilización de pronombres personales, el uso del lenguaje para dar información sobre sucesos externos y deseos propios y los estilos lingüísticos de los niños ciegos en relación con los de los videntes. Léxico del lenguaje: respecto a las edades de emisión de las 10 a las 50 palabras, no se ha encontrado ninguna clase de retraso en los niños ciegos. En concreto la edad media para las 10 primeras palabras se dan en la misma época que en los videntes; la edad media que emiten un total de 50 palabras es a los veinte meses.

Los niños invidentes utilizan mayor proporción de nombres específicos y de palabras de acción, menor número de nombres generales y prácticamente no emiten palabras función.

En ausencia de la visión, los niños suelen utilizar, en estas etapas iniciales de adquisición del lenguaje, los nombres comunes como si fueran propios o específicos.

Algunos autores consideran que el lenguaje de los ciegos es verbalista en el sentido de que utilizan, a menudo, palabras sin conocer su significado. El hecho de que los niños ciegos utilicen muchas palabras para referirse a sus

propias acciones y deseos, junto con algunas otras características de su lenguaje, se considera que este deseo de niño es “egocéntrico”. Se puede pensar que las primeras palabras de los niños se refieren preferentemente a los objetos y acciones que conocen y que, en consecuencia los ciegos tardarán más tiempo que los videntes en conocer y, por consiguiente, en describir las acciones de las personas y objetos externos.

Al hablar de la comunicación preverbal, la falta de visión plantea serias dificultades en las primeras etapas de la comunicación intencional que sin duda conllevan retrasos y dificultades en las primeras formas comunicativas del lenguaje.

Al igual que sucede en los niños videntes, también los ciegos utilizan muy pocas palabras función en las primeras etapas de adquisición del lenguaje. En ausencia de los gestos convencionales que utilizan los niños videntes, los invidentes pueden utilizar sus primeras emisiones verbales para demandar objetos y para iniciar conversación con el adulto. La imitación auditiva puede sustituir a la visual en la construcción de los primeros significados por parte de los niños ciegos.

Se pudo comprobar que el bebé ciego dispone de vías alternativas a las visuales para relacionarse con las personas, demostrar su afecto hacia ellas, así como para establecer las primeras formas de comunicación, siempre que los adultos sean capaces de entender y responder a esas formas de comunicación no visuales en una cultura como la nuestra, en que la preponderancia del sistema visual para la comunicación preverbal e incluso verbal, es innegable. No podemos dejar de lado las dificultades que para el niño tiene, en ausencia de la visión, establecer comunicación preverbal y verbal con los adultos sobre los objetos.

Desde que el niño ciego empieza a emitir sus primeras palabras, todo parece indicar que el lenguaje se constituye en una importante herramienta capaz de remediar muchos de los problemas derivados de la falta de visión.

**4.2.11 Autismo.** Déficit o desviaciones en la interacción social, de la comunicación y de la conducta/imaginación. Es un desorden del desarrollo de las funciones del cerebro. Las personas con autismo clásico muestran 3 tipos de síntomas: interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal y con la imaginación, y actividades e intereses limitados o poco usuales.

Fue identificado por primera vez como un síndrome específico por Leo Kanner y su definición actual esta muy influenciada por la descripción original que hizo del trastorno así como por las posteriores modificaciones de Rutter y colaboradores. Kanner identificó dos síntomas fundamentales para el diagnóstico: El aislamiento extremo y la invariabilidad del entorno.

- **Etiología:** El autismo no tiene una sola causa. Los investigadores creen que algunos genes, así como factores ambientales tales como virus o químicos, contribuyen al desorden. Los estudios de personas con autismo han encontrado anomalías en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares. Las neuronas en estas regiones parecen ser más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas, las cuales pueden interferir con las señales nerviosas. Estas anomalías sugieren que el autismo resulta de una ruptura en el desarrollo del cerebro durante el desarrollo fetal. Otros estudios sugieren que las personas con autismo tienen anomalías en la serotonina y otras moléculas mensajeras en el cerebro. A pesar de que estos hallazgos son intrigantes , estos son preliminares y requieren más

estudios. La creencia inicial de que los hábitos de los padres eran los responsables del autismo han sido ahora refutados.

En la minoría de los casos desórdenes tales como el síndrome del X frágil, esclerosis tuberculosa, fenilcetonuria no tratada y rubéola congénita causan comportamiento autista. Otros desórdenes incluyendo el síndrome de tourette, impedimentos en el aprendizaje y el desorden de déficit de atención, a menudo concurren con el autismo pero no lo causan. Debido a razones aún desconocidas alrededor del 20 al 30 por ciento de las personas con autismo también desarrollan epilepsia cuando llegan a la edad adulta. Aunque las personas con esquizofrenia pueden mostrar comportamientos similares al autismo, sus síntomas usualmente no aparecen hasta tarde en la adolescencia o temprano en la edad adulta. La mayoría de las personas con esquizofrenia también tienen alucinaciones y desluciones, las cuales no se encuentran en el autismo.

- **Características fundamentales:**

- Las alteraciones aparecen precozmente.
- Severas dificultades de comunicación y relación.
- Alteraciones y deficiencias del lenguaje.
- Acciones “ritualizadas”: se resisten a los cambios en el medio.
- Juego imaginativo y social ausente o limitado.
- Hablan con voz cantada sobre temas favoritos.
- Se resisten al contacto físico.
- Responden anormalmente a sonidos, tacto u otros estímulos. Sensitividad reducida al dolor.
- Empiezan a hablar más tarde y se refieren a ellos mismos por el nombre en vez de “yo” o “a mí”.
- A menudo evitan mirar a otras personas.
- Autoagresividad.
- Falta de imitación, simbolización o juego.

- Socialización:

- Dificultad para entender sentimientos y emociones ajenos o propios.
- Dificultad para la interacción social.
- Dificultad para autorregularse emocionalmente.
- Ausencia de interés por compartir.
- Fallan en comprender las pistas sociales.
- Desarrollan un fuerte e inapropiado apego a objetos.
- Se ríen, gritan o balbucean de forma inapropiada.
- No muestran juego imaginativo.
- A menudo usan los juguetes en forma extraña, los colocan en fila, los ponen a girar, etc.

- Comunicación:

- El 50% no llega a hablar.
- Incapacidad para comprender el concepto de comunicación y sobre todo su aplicación.
- Emplean la comunicación para pedir o rechazar, no para compartir.
- Uso repetitivo de temas o palabras que les interesan.
- Desarrollan y comprenden los gestos de manera pobre.
- Siguen con dificultad una conversación.
- Dificultad para comprender conceptos abstractos.
- Podrían correr, autoagredirse o gritar para mostrar su frustración.

- Conducta:

- Actúan como sordos, poco sensibles a algunos sonidos.
- Se resisten al cambio de rutinas.
- Ausencia de miedo ante el peligro real.
- Exploran el ambiente utilizando métodos inapropiados como lamer, oler y manipular.

- Perseveran en actividades o muestran períodos de atención muy cortos.

**4.2.12 Hidrocefalia.** Es un imbalance entre la producción y la absorción de líquido cefaloraquídeo (LCR). Como resultado se produce una acumulación de LCR dentro del sistema nervioso central (SNC), causando un incremento de la presión intracraneana (PIC) que se transmite al tejido cerebral. El aumento de presión en el LCR puede ser consecuencia de cualquier obstrucción en su sistema de circulación (Hidrocefalia no comunicante) o por limitación en su reabsorción en las vellosidades aracnoideas (Hidrocefalia comunicante). La hidrocefalia generada por aumento en la secreción de LCR por los plejos coroideos solo se produce en casos excepcionales por tumores de los mismos. La dilatación de las rutas del LCR depende de la causa, el tiempo de duración y la edad del paciente. Las secuelas patológicas son muy variadas y dependen de la causa que origina la obstrucción, el momento del desarrollo neurológico en el que se produce, la duración de esta, las lesiones encefálicas asociadas y el tiempo de inicio del tratamiento.

- **Etiología:**

- Hidrocefalia no comunicante: Los tumores son la causa más frecuente en los niños. Otras causas son: anomalías congénitas, estenosis del acueducto de silvio, infección perinatal.
- Hidrocefalia comunicante: Se puede producir por hemorragia principalmente en los niños prematuros quienes tienen una tendencia importante a sufrir hemorragia intraventricular. También puede deberse a infecciones como la meningitis en la que la reacción inflamatoria puede producir obstrucción. Otras causas pueden ser tumores que invadan el espacio subaracnoideo y obstruyan a absorción del LCR.

- **Manifestaciones clínicas:**

- Niños menores de 2 años:
  - Aumento desproporcionado del perímetro cefálico.
  - Fontanelas amplias y separadas.
  - Aumento de la circulación venosa superficial del cráneo.
  - Parálisis del sexto par craneano.
  - Incapacidad para mirar hacia arriba (signo de Parinaud).
  - Nistagmo.
  - Espasticidad de miembros inferiores.
- Niños mayores de 2 años:
  - Cefalea.
  - Vómito.
  - Estrabismo.
  - Desorden visoespacial.
  - Disminución de la agudeza visual.
  - Papiledema.

- **Diagnóstico imagenológico:**

- Tomografía computadorizada del cráneo.
- Resonancia magnética nuclear.

En ambos estudios se observa la dilatación del sistema ventricular característico de la enfermedad. Se considera que la hidrocefalia está descompensada cuando hay edema transependimario.

- **Tratamiento:** La hidrocefalia descompensada requiere tratamiento quirúrgico con una derivación ventrículo-peritoneal o ventrículo-atrial para lograr el drenaje permanente del LCR.



- **Complicaciones:**

- Mal funcionamiento de la derivación: Las causas más comunes son la obstrucción o la desconexión del sistema y se manifiesta por la aparición de los signos y síntomas de la hidrocefalia descompensada.
- Infección: La causa más frecuente es un germen llamado estafilococo epidermidis y se manifiesta por fiebre, decaimiento, rigidez del cuello y/o enrojecimiento del trayecto de la derivación. Requiere tratamiento antibiótico y retiro transitorio del tubo de derivación.
- Hematoma subdural: Es un sangrado intracraneano ocasionado por la disminución abrupta de la presión intracraneana posterior a una derivación.
- Otras complicaciones son: aparición de quistes en el sitio de la derivación abdominal, perforación del intestino, etc.

**4.2.13 Funciones del lenguaje.** Si partimos del punto de vista de que los seres humanos creamos las lenguas para servirnos de ellas en las más variadas situaciones, debemos encontrar una relación entre las lenguas y nosotros. Una lengua es el reflejo de sus creadores. Cada una lleva la impronta de la cultura en la cual se usa. Pero el lenguaje presenta funciones generales más allá del uso específico en cada comunidad. Todos utilizamos el lenguaje para comunicarnos e interactuar con otras personas. Halliday (1975) indica que a falta de un vocabulario por parte del niño, éste presenta una variedad de funciones que pueden ser observadas por los padres, tanto en las producciones orales (sonidos), como en las no orales. Tales funciones describen lo que el niño puede comunicar. Estas son:

- **Función interpersonal:** Permite el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales. Se trata de una función interactiva y sirve para expresar los diferentes roles sociales incluyendo los roles que cada uno asume en la comunicación.
- **Función instrumental:** para satisfacer las necesidades del niño (yo quiero).
- **Función reguladora:** para ejercer control sobre las conductas de otros (haz lo que digo).
- **Función interaccional:** para establecer y mantener contacto con aquellos que le importan (yo y tú).
- **Función personal:** para expresar la individualidad propia del niño y su propio saber (aquí voy yo).
- **Función heurística:** para preguntar acerca del ambiente (dime por qué).
- **Función imaginativa:** para actuar y simular (simulemos).
- **Función informativa:** para informar una experiencia en la que no participó el interlocutor (he logrado algo que te voy a contar).

#### 4.2.14 Comunicación, lenguaje y lengua.

- **Comunicación:** Etimológicamente procede de la expresión latina “Comunicare”, que se refiere a compartir, intercambiar, hacer partícipe. Por esto se habla de intercambio en el concepto de comunicación y debemos entenderla como una interacción o una transacción entre dos o más elementos de un sistema.

Comunicación es un proceso por medio del cual, emisores y receptores de mensajes interactúan en un contexto social dado, intercambiando ideas, opiniones, pensamientos y actitudes.

Durante este proceso se emplean las siguientes clases de códigos o símbolos para transmitir el mensaje:

- Visuales: Alfabetos, numeraciones, gráficos, esquemas, mapas, etc.
- Sonoros: Expresión verbal (sonidos bucales con intencionalidad), ruidos, etc.
- Táctiles: Texturas, relieves, temperaturas, vibraciones, etc.
- Olfativos: Fragancias, perfumes, olor de comidas, descomposición, etc.
- Gustativos: Sabores (dulce, agrio, agridulce, picante, salado, etc.)
- Kinésicos: Expresión del rostro (gestos de sorpresa, dolor, pesar, etc.), Expresión a través del movimiento de las manos (lengua de señas, señas naturales y movimientos de acuerdo con estado de ánimo, situaciones de rechazo, entre otros), postura y expresión corporal.

Para que el proceso de comunicación se realice en su totalidad, se debe tener en cuenta el Empleo de códigos comunes y apropiados para quienes se comunican.

- **Lenguaje:** Es la facultad que tienen los seres humanos para entenderse por medio de signos, esta se halla configurada de antemano en el niño, esperando simplemente la oportunidad para manifestarse. Su propiedad esencial es servir tanto a la creación como a la expresión del pensamiento.

Desde los primeros meses de vida del niño se evidencian reacciones definidas ante la voz o el contacto con las personas, estas son, respuestas sociales específicas. Así mismo la risa, los movimientos, los sonidos articulados, etc., son medios esenciales para lograr este contacto social.

A través de los signos los niños internalizan los medios sociales adaptativos que la sociedad les brinda.

- **Lengua:** Es un código o conjunto organizado de signos convencionales que permite el ejercicio del lenguaje a un grupo social determinado, estos pueden ser empleados por el usuario de acuerdo con unas reglas aprendidas por imitación, que posteriormente puede usar libremente, siempre y cuando respete esa normatividad implícita en el sistema como tal.

Hay tantas lenguas como comunidades que las utilicen para entenderse y realizar diversas funciones.

**4.2.15 Comunicación Aumentativa.** Comunicación aumentativa significa comunicación de apoyo o de ayuda. La palabra aumentativa subraya el hecho de que la enseñanza de alternativas distintas al habla para comunicar tiene un doble objetivo, promover y apoyar el habla, y garantizar una forma de comunicación alterna si la persona no aprende a hablar. Esta se sitúa en un enfoque habilitador, orientado a fomentar el mayor nivel de desarrollo de la comunicación y el lenguaje posible y al mismo tiempo compensar los déficit, proporcionando la capacidad de cubrir objetivosequivalentes a los de la mayoría de las personas aunque de una manera distinta.

Los sistemas de signos empleados en la actualidad son muy diversos, a fin de adaptarse a las necesidades de una población con características y necesidades diversas. Estas personas se dividen en 3 grupos de acuerdo con el nivel de comprensión del lenguaje y con el pronóstico de adquisición de la expresión verbal en un futuro:

- Personas que necesitan un medio alternativo de expresión, pero su comprensión del lenguaje hablado es buena.
- Personas que necesitan un lenguaje de apoyo durante cierto tiempo, pues se espera que lleguen a hablar en el futuro.

- Personas que necesitan un sistema alternativo, es decir que necesitan la comunicación aumentativa y alternativa tanto para poder expresarse como para comprender a los demás.

Se diferencian los siguientes sistemas de signos dentro de la comunicación aumentativa:

- **Sistema de signos con ayuda:** Comprende todas las formas de comunicación en las que la expresión del lenguaje requiere el empleo de cualquier soporte físico o ayuda técnica diferente al propio cuerpo. En estas formas de comunicación los signos son *seleccionados* más que propiamente producidos. Puede tratarse de signos tangibles (objetos, fichas, etc) o de signos gráficos (dibujos, pictogramas, palabras escritas, letras, etc) dispuestos en libretas, tarjetas, tableros de comunicación, comunicadores electrónicos u ordenadores.

De los anteriores los más usados en nuestro contexto son:

- Signos tangibles: Se trata de objetos, partes de objetos, miniaturas o fichas de palabras, relacionados con aquello que se quiere significar, empleados como signos para la comunicación. Estos signos pueden ser adecuados para personas con autismo y retrasos mentales graves que presentan serias dificultades de comprensión del lenguaje. También son apropiados para personas con problemas de visión asociado a una discapacidad intelectual y/o motora, que entrañe dificultades en el aprendizaje de signos manuales, pero que permita la manipulación de objetos.
- Signos gráficos: Son configuraciones impresas que representan palabras y conceptos. Son muy indicados para personas con dificultades motoras que no han accedido a la escritura, ya sea por su edad o por su nivel cognitivo. Suelen ir acompañados de la palabra escrita correspondiente para favorecer la comprensión por parte de los interlocutores y en

ocasiones, para favorecer el acceso a la lectura del propio usuario. Pueden ser más o menos icónicos, es decir pueden compartir en mayor o menor grado un parecido físico (pictográfico) o conceptual (ideográfico) con aquello que representan.

- **Imágenes (fotografías o dibujos fotográficos)** Son los signos gráficos más icónicos, y por ello se supone que son los más fáciles de aprender y usar por personas con niveles cognitivos bajos. Esta suposición no siempre es cierta, ya que algunas fotografías pueden ser, por sus características perceptivas (colores, formas, figura-fondo, etc.), difíciles de discriminar para algunas personas. Así mismo su uso puede dificultar la generalización y abstracción del concepto.
  - **Sistemas pictográficos:** Son dibujos lineales más simples y neutros que las imágenes. También son altamente icónicos, y por lo tanto fáciles de aprender y memorizar para muchas personas. En su mayor parte fueron ideados para facilitar la comunicación en personas con discapacidad motora, y cuentan con un vocabulario referido a las diversas categorías gramaticales. Suelen estar comercializados y permiten ser fotocopiados, recortados e incorporados a las diferentes ayudas técnicas.
  - **Sistemas Logográficos:** Son sistemas que se componen de un número reducido de signos básicos, pictográficos o ideográficos, a partir de los cuales se crean signos compuestos cuyo significado se deriva de la combinación de las significantes de cada signo particular.
- 
- **Sistema de signos sin ayuda:** Son aquellos sistemas que no requieren ningún instrumento o ayuda técnica, a parte del propio cuerpo de la persona que se comunica creando sus propias expresiones del lenguaje. Los signos son producidos. El más comúnmente utilizado es el habla, y también entrarían en este apartado los gestos, la mímica y los signos manuales.

Para personas con discapacidad se han desarrollado sistemas de comunicación sin ayuda específicos.

- Gestos de uso común: Son formas naturales de comunicación que tienen un gran valor en etapas iniciales de intervención y que se acostumbran a utilizar simultáneamente con otros sistemas de comunicación más amplios y complejos. Señalar cosas y personas del entorno con finalidades comunicativas, afirmación o negación con movimientos de la cabeza, gestos convencionales pertenecientes a la cultura propia (hola, adiós, etc.), son ejemplos de gestos de uso común que pueden utilizarse y que deben ser potenciados en personas sin habla a causa de una discapacidad.
- Gestos idiosincrásicos: Son los gestos que muy a menudo desarrollan los niños con déficit comunicativos y que les sirven para comunicarse con personas familiares. Por ejemplo un niño puede cerrar los ojos de forma acentuada para indicar que tiene sueño, o mover la mano varias veces para pedir continuación de una actividad, o ponerse la mano en el pelo para referirse a su prima, porque un día llevaba una diadema que al niño le llamó la atención. También estos gestos deben mantenerse y potenciarse cuando se inicia la intervención en comunicación aumentativa para irlos complementando progresivamente con la introducción de un sistema más complejo. A menudo estos signos se seguirán usando durante mucho tiempo con las personas familiares, aunque el usuario de comunicación aumentativa haya llegado a un buen desarrollo de un sistema más formal, ya que suelen permitir una comunicación rápida y funcional.
- Códigos gestuales: Son también sistemas muy elementales y limitados pero con la diferencia, respecto a los anteriores, de que se han creado específicamente o se han adaptado con finalidad educativa o terapéutica. Se trata de conjuntos de signos que tienen gran correspondencia con la

realidad tangible y pocas posibilidades de combinación. Es un sistema muy telegráfico y orientado a la realidad tangible.

- **Lenguas de signos manuales:** Se trata de los sistemas propios de las personas no oyentes, que suelen ser desarrolladas en un entorno natural, ya sea en el entorno familiar como lengua materna o en otros ambientes de interacción, educativos, recreativos o comunitarios, en los que participan junto con otras personas sordas. Las lenguas de signos de los no oyentes se caracterizan por disponer de una estructura gramatical y sintáctica propia, completamente diferente de la de los idiomas hablados y escritos. Paralelamente, se han desarrollado sistemas de signos manuales pedagógicos que consisten en signar el lenguaje hablado. Estos sistemas se basan en la producción de mensajes con la estructura gramatical y sintáctica del lenguaje hablado, pero representando cada palabra por el signo correspondiente a la lengua de signos del área geográfica en que se emplee. Se llaman “español signado”, “inglés signado” o “catalán signado”. Puesto que signar todas y cada una de las palabras de un mensaje oral resulta muy engorroso, lo más frecuente será signar tan solo las palabras clave de los mensajes correspondientes.

Las lenguas de signos, particularmente las pedagógicas o el signado de palabras clave, se pueden utilizar como medio de comunicación para personas con retraso mental, autismo u otros trastornos que dificultan el uso del habla, cuando no hay graves dificultades en realizar movimientos con las manos. Naturalmente en este caso el nivel lingüístico y funcional alcanzado puede variar mucho. Por ejemplo, algunos niños usarán los signos manuales como ayuda precoz al desarrollo de la expresión oral; personas con dificultades motoras pueden utilizar ciertos signos manuales (ir, mirar, comer, etc.) como complemento de sus sistemas de signos gráficos; niños con retraso mental grave o con autismo puede que solo aprendan un número limitado de signos funcionales para expresar deseos y necesidades básicas; algunas personas con retraso mental o con



trastornos del lenguaje pueden a su vez alcanzar un nivel avanzado en el desarrollo de la comunicación signada. Para todos ellos, sin embargo, el uso de signos manuales puede significar una enorme mejora en su calidad de vida y en la de quienes le rodean.

### **4.3 PROPUESTA DE TRABAJO**

Se trata de un trabajo práctico, en el cual se desarrolla un modelo para la implementación de una estrategia de comunicación aumentativa con la que los niños con multidéficit, puedan expresar sus necesidades y preferencias por medio de signos convencionales con características funcionales y comprensibles tanto para ellos como para las personas con las cuales interactúen. No busca proponer un sistema de hipótesis, sino iniciar un planteamiento que sirva de base de trabajo con este tipo de población y al cual se le debe desarrollar un seguimiento continuo de evaluación y si es necesario realizar una reestructuración acorde con las respuestas dadas por los usuarios. De esta forma se plantea un proceso de evaluación y aplicación de la estrategia de comunicación aumentativa, la cual, teniendo en cuenta los canales sensoriales afectados en los niños de la fundación, incluye señas, expresión verbal y fichas de comunicación.

La estrategia de comunicación incluye:

- Evaluación general a nivel de lenguaje.
- Selección del vocabulario.
- Proceso de aprestamiento y utilización del material.

**4.3.1 Evaluación.** Este proceso pretende determinar las características individuales en cuanto al lenguaje y las habilidades sensoriales de los niños, como base para la selección del sistema de signos más aptos para su

desenvolvimiento cotidiano: Sistemas de signos sin ayuda (señas y/o expresión verbal), y sistemas de signos con ayuda (fichas de comunicación en material semiconcreto). ANEXOS A y B.

Se deben clasificar las respuestas encontradas de acuerdo con los sistemas de signos, así:

- Señas. Para este proceso los niños requieren:
  - Control voluntario y fino de las manos
  - Control voluntario y extensión de los brazos
  - Imitación de los signos y señas
  - Expresión gestual ya sea por medio de gestos naturales, movimientos físicos como señalar o señas convencionales.
  - Empleo de las funciones del lenguaje: instrumental, Heurística, reguladora, interaccional, informativa, personal.
- Expresión verbal. Para este proceso los niños requieren:
  - Buen estado y movilidad de los órganos fonoarticuladores.
  - Desarrollo de actividades prelingüísticas
  - Expresión fonética: En este debe cumplir más de 5 de los puntos dados en el derrotero de evaluación
  - Comprensión de gnosias auditivas
  - Expresión del lenguaje: Es importante que cumpla más de 3 puntos de los dados en el derrotero de evaluación, incluyendo 2 ó más funciones del lenguaje.
- Fichas de comunicación. Para este proceso los niños requieren:
  - Control voluntario y extensión del movimiento de los brazos
  - Discriminación visual o táctil de objetos
  - Discriminación visual o táctil de acciones
  - Expresión del lenguaje: Es importante que cumpla más de 3 de los puntos dados en el derrotero de evaluación, incluyendo 2 ó más funciones del lenguaje.

**4.3.2 Selección del vocabulario.** Este proceso se realizó a partir de:

- Actividades de la vida diaria
- Comidas preferidas de los niños enumeradas por las madres, acudientes y maestras.
- Una lista hecha por acudientes, docentes y por quien diseña la propuesta, en la cual se tienen en cuenta las necesidades comunicativas y preferencias de los usuarios en cuanto a estados de ánimo, acciones, comidas, bebidas y posiciones. ANEXO C.
- Selección de los signos en material semiconcreto para cada una de las palabras del vocabulario propuesto, según su funcionalidad. ANEXO D.

**4.3.3 Proceso de aprestamiento y utilización del material.** En este apartado se debe tener en cuenta el trabajo interdisciplinario, enfocado en el refuerzo de las habilidades necesarias para el empleo óptimo de la estrategia propuesta, por tal motivo es importante basarse en las características generales y principalmente del lenguaje de cada uno de los niños con multidéficit, así como en las formas de expresión ya empleadas por ellos (señas naturales, balbuceo, entre otras) para aprovecharlas y potenciarlas.

De igual forma se debe destacar:

- El proceso de preparación o aprestamiento se realiza a la par con la implementación y empleo de los signos de comunicación aumentativa escogidos.
- Las personas que interactúen con el usuario deben emplear con naturalidad estos sistemas, es decir, dirigirse al niño empleando señas, fichas o expresiones verbales concretas, según el caso, de forma simultánea, recordando que lo que se busca es habilitar, es decir, hacer las cosas fáciles para ellos.

- De acuerdo con la bibliografía consultada y las características encontradas en la evaluación de los niños con multidéficit de la fundación Multiimpedidos se establecen las siguientes preferencias comunicativas:
  - Grupo con sordoceguera: Con esta población se tendrá prioridad en el empleo de señas y fichas de comunicación.
  - Grupo con ceguera: El sistema central de comunicación será la expresión verbal, pero siempre apoyado en las demás ayudas (señas y fichas de comunicación), debido a la necesidad de apoyo cuando hay déficit asociados.
  - Grupo con daño neuromotor de origen cerebral: Se tendrá como sistema central el empleo de fichas de comunicación, seguido por la expresión verbal a nivel fonemático como apoyo primario y las señas como apoyo secundario.
- Las fichas se utilizan al inicio de manera aislada y posteriormente se aumentan las opciones progresivamente a partir de las respuestas observadas.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

Este proyecto se apoya en un soporte bibliográfico.

Es una investigación aplicada, un trabajo práctico que busca, a partir de la evaluación del nivel expresivo y comprensivo de la población, diseñar una estrategia de comunicación en la que se unen las señas, fichas de comunicación y expresión verbal en un sistema de comunicación aumentativa.

Es importante resaltar que es un diseño propuesto para ser aplicado posteriormente en la institución, y susceptible a cambios durante el proceso, pues en la población de niños con múltiples discapacidades debido a que el deterioro cognitivo es alto, la respuesta es muy lenta y la recopilación de la información sólo es posible a largo plazo.

### **5.1 POBLACIÓN:**

La población está representada por los niños con multidéficit de la Fundación Multiimpedidos de municipio de Medellín.

Con una muestra de 16 niños con multidéficit con edades entre 7 y 16 años, divididos en 3 subgrupos: 7 niños con daño neuromotor asociado a retraso mental y/o ceguera; 6 niños ciegos con autismo, retraso mental y/o hidrocefalia; y 3 niños sordos con baja visión, retraso mental y/o hiperactividad clasificados en la fundación como 'sordociegos'; siendo este el total de los niños que asisten actualmente de manera regular a la Fundación Multiimpedidos.

### **5.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

- Derrotero de evaluación general del lenguaje y puntos básicos para determinar el tipo de comunicación más apto para cada grupo, así como el nivel comprensivo y expresivo de cada niño.

- Como materiales centrales de la estrategia de comunicación diseñada se emplearon:
  - Fichas de comunicación: Son piezas de forma semejante, empleadas para expresar necesidades básicas o deseos. En este caso son signos fabricados en madera, buscando similitud con objetos reales. Son clasificadas como material semiconcreto.
  - Material semiconcreto: Réplicas de forma y color similar a elementos reales, pero en diferentes materiales y tamaños de acuerdo con las necesidades.
  - Cartillas: Son cuadernos pequeños, impresos, de cualquier tratado breve y elemental de algún oficio o arte. Con estas se busca organizar las pautas elementales de empleo de la estrategia de comunicación diseñada, de acuerdo con las patologías de los usuarios.

## 6. CONCLUSIONES

- A partir de los datos bibliográficos encontrados se desarrolló un formato de evaluación como apoyo en la selección de los sistemas de comunicación aumentativa más convenientes para niños con multidéficit. De esta forma se escogieron las señas, la expresión verbal y las fichas de comunicación en material semiconcreto, como los instrumentos comunicativos más aptos, debido a que integran las fortalezas y preferencias sensoriales de esta población.
- Si bien hay unas pautas generales de las características comunicativas de las personas con déficit aislados y multidéficit, es importante tomar a cada uno como un individuo particular que emplea su lenguaje de una forma específica teniendo en cuenta su contexto y personalidad.
- No hay una forma pura de multiimpedimento, por lo tanto el abordaje de la presente estrategia de comunicación aumentativa es una base general para aplicar individualmente, es decir, se parte de un derrotero general de evaluación que posteriormente pasa a ser clasificado dependiendo de las deficiencias y los signos de comunicación a emplear, para finalmente ser aplicado de acuerdo con las preferencias y habilidades sensoriales de cada usuario.
- Con base en las necesidades funcionales expresadas por acudientes y docentes, en la experiencia con los niños de la fundación multiimpedidos y en la severidad de sus deficiencias, se seleccionaron los siguientes signos: Sensaciones (dolor, malestar, frío, calor); posiciones (parado, sentado, acostado); acciones (comer, dormir, jugar, salir, ir al baño, caminar, escuchar música, prender o apagar la luz); comidas (helado, pan, torta,

frutas como manzana, uvas, papaya); Líquidos (café, chocolate, agua, jugo).

- Se diseñaron tres cartillas, una para cada grupo de niños con multidéficit, con el fin de introducir a los acudientes, docentes y demás profesionales en el empleo de diferentes sistemas de comunicación. Estas cartillas incluyen: términos generales básicos sobre discapacidad y comunicación, definición y características a nivel de lenguaje de cada deficiencia, y por último, una descripción general sobre la estrategia de comunicación y la forma de emplearla teniendo en cuenta las preferencias sensoriales de los usuarios.
- Este proyecto abre paso a la posibilidad de trabajar y avanzar en la habilitación y rehabilitación funcional del lenguaje en niños con multidéficit, así mismo, debido a que no fue aplicado durante el proceso de trabajo de grado, es susceptible a los cambios propuestos durante su empleo posterior.



## BIBLIOGRAFÍA

- ABUCHEDID, Patricia Claudia; FERNÁNDEZ, Alejandra; PFURR, Erica. El desarrollo del lenguaje en los niños no videntes. 2000. [http://www.minusval2000.com/investigacion/archivosInvestigacion/patri\\_el\\_desarrollo.html](http://www.minusval2000.com/investigacion/archivosInvestigacion/patri_el_desarrollo.html)
- ALMIRALL, Carme; CAMATS, Emili Soro; BULTÓ, Carme . Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura. Barcelona España, editorial MASSON S.A.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SORDOS Y CIEGOS (ASOCIDE). Sordoceguera, Sistemas de comunicación. <http://www.asocide.org/sordoceguera/sistemas.htm>
- BUSTOS, M<sup>a</sup> Carmen. Reeducción del habla y del lenguaje en el parálítico cerebral. España, editorial Gráficas Torroba.
- CAÑAVERAL NOREÑA, Noemí. Comunicación. Medellín, Editado por Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM 1990.
- CORREA, J. A. GÓMEZ, J. F. POSADA, R. Fundamentos de Pediatría. Segunda edición. Medellín editorial CIB 1999. pág. 2079 – 2084, 2176 – 2178.
- EGEA, Carlos; LUNA, Jorge. El nuevo paradigma del retraso mental: afinidades y diferencias con visiones anteriores. 2000. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/paradigm.htm>

- HALLIDAY, M.A.K. El lenguaje como semiótica social. México, Fondo de la Cultura Económica 1982.
- HYVÄRINE, Lea. Dos artículos de la doctora Lea Hyvärine: I. La visión normal y anormal en los niños, II. La clasificación de las deficiencias y discapacidades visuales. Publicado por la O.N.C.E 1984.
- INSOR, Informe de Gestión, Proyecto Atención Integral al Sordoceigo para aplicación en Investigación en el Territorio Nacional.
- NANCE, Cathy. Autismo y Ceguera. 1996  
<http://identidadvirtual.eyetricks.net/autismo/Articulo2.htm>
- NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. Autismo. [http://www.ninds.nih.gov/health\\_and\\_medical/pubs/autismo.htm](http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/autismo.htm)
- NIÑO ROJAS, Víctor Miguel. Los procesos de la comunicación y del lenguaje. Santa fé de Bogotá, editorial ECOE 1994.
- OSORIO, Ángela; BETANCOURT, Amanda. Introducción a la lingüística. Medellín, Universidad de Antioquia 1994.
- PÁGINA INTERNACIONAL DE SORDOCEGUERA EN ESPAÑOL. Información sobre sordoceguera. <http://www.sordoceguera.com/Info.htm>
- PARDO, Néstor Antonio. Retardo Mental y modalidades aumentativas – alternativas para la comunicación. (Investigación). Universidad Nacional de Colombia.

- STEPHEN M, EDELSON, PH.D. Centro para el estudio de Autismo. 1995.  
<http://www.autism.org/translations/spanish.html>
- TETZCHNER, S. MARTINSEN, H. Introducción a la enseñanza de signos y al uso de ayudas técnicas para la comunicación. Edición española. Barcelona, editorial aprendizaje VISOR 1992.
- VALDÉS, Claudia Alejandra. Guía de estimulación visual para la población multiimpedida con baja visión y sordociega. INCI Colombia 2000  
<http://www.inci.gov.co/pdfs/guiamult.pdf>.
- VIGOTSKY, Lev S. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires, Argentina, editorial la PLÉYADE 1987. 31-49



	Si	No
- Labios		
- Dientes		
- Paladar		
- Mandíbula		
- Cara o mejillas		
• Actividades prelingüísticas:		
- Succión		
- Deglución		
- Masticación		
• Expresión fonética:		
- Emite sonidos guturales		
- Articula vocales		
- Ríe y gorjea cuando se le habla		
- Ríe a carcajadas		
- Da gritos de alegría		
- Gorjea espontáneamente ante los juguetes		
- Articula sílabas aisladas		
- Imita sonidos		
- Dice papá y mamá		
- Articula dos palabras además de papá y mamá		
- Es capaz de pronunciar su nombre y apellido		
- Es capaz de formar frases		
• Comprensión de gnosias auditivas:		
- Sonríe a la voz de la madre		
- Gorjea cuando se le habla		
- Vuelve la cabeza al sonar una campana		
- Comprende adiós y bravo		
- Obedece órdenes		



## Anexo B

### ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL LENGUAJE NIÑOS CON MULTIDÉFICIT

**Total de niños ciegos con patología asociada: 6**

**Total de niños del grupo de sordoceguera: 3**

**Total de niños con daño neuromotor asociado a otras deficiencias: 7**

Aspectos evaluados	Grupo – niños ciegos	Grupo - sordociegos	Grupo – Estimulación
Control motor fino de las manos	6	3	1
Imitación gestual	3	2	2
Control voluntario y extensión del movimiento de los brazos	6	3	5
Expresión de emociones mediante la mímica facial	6	3	7
Comprensión de gestos	--	2	4
Utilización funcional de los objetos	6	3	3
Imitación de signos y señas	3	3	1
Expresión gestual:	-----	-----	-----
* Gestos naturales	3	3	6
* Signos	1	3	0
Discriminación visual:	-----	-----	-----
* De objetos	--	3	5
* De acciones	--	3	4

<b>Aspectos evaluados</b>	<b>Grupo – niños ciegos</b>	<b>Grupo - sordociegos</b>	<b>Grupo – Estimulación</b>
Discriminación táctil:	-----	-----	-----
* De objetos	6	3	7
* De movimientos	6	3	7
Buen estado de los órganos fonoarticuladores:	-----	-----	-----
* Lengua	6	3	7
* Labios	6	3	7
* Dientes	6	3	7
* Paladar	6	3	7
* Mandíbula	6	2	7
Adecuada fuerza y movilidad de los órganos fonoarticuladores:	-----	-----	-----
* Lengua	6	3	2
* Labios	6	3	2
* Velo del paladar	6	3	4
Actividades prelingüísticas:	-----	-----	-----
* Succión	6	3	2
* Deglución	6	3	4
* Masticación	6	3	4
Expresión fonética	-----	-----	-----
* Emite sonidos guturales	-	-	4
* Articula vocales	6	-	2
* Ríe y gorjea cuando se le habla	-	-	6
* Ríe a carcajadas	6	3	7
* Da gritos de alegría	6	-	7



<b>Aspectos evaluados</b>	<b>Grupo – niños ciegos</b>	<b>Grupo - sordociegos</b>	<b>Grupo – Estimulación</b>
* Gorjea espontáneamente ante los juguetes	-	-	5
* Articula sílabas aisladas	6	-	2
* Imita sonidos	5	-	3
* Dice papá y mamá	5	-	2
* Articula 2 palabras además de papá y mamá	5	-	1
* Es capaz de pronunciar su nombre y apellido	3	-	1
* Es capaz de formar frases	2	-	1
Comprensión de gnosias auditivas:	-----	-----	-----
* Sonríe a la voz de la madre o acudiente	6	-	7
* Gorjea cuando se le habla	-	-	6
* Vuelve la cabeza al sonar una campana	6	-	7
* Comprende adiós y bravo	6	-	5
* Señala imágenes u objetos que se le nombran	4	-	4
* Obedece órdenes	5	2	3
Expresión del lenguaje	-----	-----	-----
* Se hace comprender por gestos para comer y beber	2	3	6
* Se hace comprender con palabras para comer y beber	4	-	1

<b>Aspectos evaluados</b>	<b>Grupo – niños ciegos</b>	<b>Grupo - sordociegos</b>	<b>Grupo – Estimulación</b>
* Se hace comprender con signos para necesidades esfinterianas	3	3	3
* Se hace comprender con palabras para necesidades esfinterianas	3	-	1
* Pronuncia frases	5	-	1
* Se designa con su nombre	2	-	1
Identifica las partes del cuerpo	4	2	2
Empleo de las funciones del lenguaje:	-----	-----	-----
* Instrumental	6	3	7
* Reguladora	6	3	6
* Interaccional	3	2	6
* Personal	6	3	7
* Heurística	2	1	1
* Imaginativa	3	3	2
* Informativa	2	-	1

## Anexo C

### EXPRESIONES DE LAS MADRES Y DOCENTES SELECCIÓN DEL VOCABULARIO

- “Es importante que el niño pida comida, que me diga porqué llora, porqué está triste, que quiere ir al baño” . (Acudiente de un niño con ceguera, autismo y retraso mental)
- “Yo quisiera que me diga qué le duele, que quiere comer varias cosas, quiero jugar con diferentes juegos, que quiere pedir cualquier cosa que a ella le cueste coger” (madre de un niño con ceguera y retraso mental)
- “Que contextualice su discurso y le dé mayor coherencia”(docente)
- “Que todos los niños del grupo de ciegos mejoren sus emisiones verbales o manejen señas básicas aplicadas a su cotidianidad” (docente)
- “Qué le duele, qué quiere comer, qué quiere hacer” (acudiente de un niño con ceguera y retraso mental)
- “Que exprese necesidades básicas: comer, quiero caminar, dormir, estoy enferma, ir al baño, diferenciar comidas y juguetes” (madre de un niño con Daño Neuromotor)
- “Que diga mamá, ir al baño, que no quiere, comidas, dormir, que quiere desplazarse” (madre de un niño con daño neuromotor y ceguera cortical)
- “Que tiene hambre, que quiere ir al baño, que tiene sueño” (mare de un niño con Daño neuromotor)

- “Que diga que quiere orinar, comer, exprese si entendió, ponerse la pijama para dormir, qué objetos quiere coger, que quiere sentarse o pararse” (acudiente de un niño con daño neuromotor y ceguera cortical)
- “Que tiene hambre, que se quiere mover, tiene sueño, que quiere algo, cansado de posición” (madre de un niño con daño neuromotor, ceguera cortical)
- “Que diga que tiene dolor en alguna parte, que quiere salir, que diferencie comidas” (madre de un niño con daño neuromotor, ceguera cortical)
- “Que utilice las señas, aumente el vocabulario” (madre de un niño sordo con baja visión)
- “Que yo sepa porqué está triste o si le duele, o que no quiere esa comida” (madre de un niño sordo con baja visión)
- “Es importante que los niños tengan una forma de comunicación para expresar sus necesidades básicas y que realmente los acudientes la empleen”

## Anexo D VOCABULARIO

\*SENSACIONES:

-Dolor



-Enfermo



-Calor



-Frío



\*POSICIONES:

-Parado



-Sentado



-Acostado



\*ACCIONES:

-Comer



-Dormir



-Jugar



-Salir



-Ir al baño



-Caminar



-Escuchar música





\*COMIDAS:

-Helado



-Pan



-Torta



\*FRUTAS

-Manzana



-Uvas



-Papaya



- Banano



\* LIQUIDOS

-Agua



-Jugo



-Chocolate



- Café



## Anexo E





## ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA PARA NIÑOS CON MULTIDÉFICIT



JULIANA SALAZAR CATIÑO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE FONDAUBIOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2000

### PRESENTACIÓN

Este cartilla tiene introducción al empleo de diferentes sistemas de comunicación, a los docentes, docentes y demás profesionales que trabajan con niños multideficientes. A partir de la necesidad de interacción en esta población, del conocimiento de sus preferencias y habilidades, se seleccionaron los signos, la expresión verbal y los fichas de comunicación como signos de expresión y comprensión del lenguaje.

Los temas tratados en este documento son: términos generales básicos sobre discapacidad y comunicación, definición y características a nivel de lenguaje de cada deficiencia, y por último, una descripción general sobre la estrategia de comunicación y la forma de trabajar teniendo en cuenta las preferencias académicas de los usuarios.



**Multimpedimento:** Una persona multimpedida es aquella que tiene más de un déficit sensorial físico o mental y posee una manera propia para aprender y vivir. Tiene necesidades específicas en movilidad, comunicación y en su vida cotidiana y requiere para desarrollarse técnicas y estrategias multisensoriales de aprendizaje.

**Deficiencia:** Es toda pérdida o anomalía permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o orgánica.

**Discapacidad:** Es toda restricción en la realización de una actividad debido a una deficiencia. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.

**Atisbado:** Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad.

**Comunicación:** Es un proceso de intercambio de ideas, opiniones, pensamientos y actitudes entre dos o más personas que interactúan en un contexto social dado, empleando signos o códigos reconocibles comunes para ellos.

2

**Lenguaje:** Es la facultad que tienen los seres humanos para entenderse por medio de signos, esto es, habla configurada de manera en el niño y sirve de creación y expresión del pensamiento.

**Lengua:** Es un código o conjunto organizado de ideas relacionadas que permite el ejercicio del lenguaje en una comunidad.

**Comunicación Alternativa:** Es toda forma de apoyo o ayuda en la comunicación. La palabra comunicativa se sustraen en la pronunciación y auge del habla, como forma de suplir un sistema de comunicación, dimana al no pensarse aprende a hablar.

**Dolencia neurológica de origen cerebral:** Trastorno en el progreso de la movilidad, la coordinación muscular y de la postura que es debida a una lesión o anormalidad del desarrollo del cerebro inmaduro. Puede asociarse con defectos en la visión y audición, anomalías del habla y el lenguaje, retraso mental y epilepsia. A nivel general se extienden:

- **Degeneración:** Anormal, tienen problemas de sistema, exigen de secreción mucosa y se abogan con facilidad.

- **Atrofia:** Anormal, involucra respiratoria, involucra el flujo de y aumento de los órganos ferocitas adense, es posible que el niño presente una lesión en el corazón.

3

grande que nunca logran o adquirir un habla completamente funcional.

#### Tipos:

**Disgrafía:** Es el aumento exagerado de tono en los músculos de la postura, en este tipo se encuentran las siguientes características a nivel de la expresión verbal:

- **Habilidades:**

- En casos severos se observan bloqueos, por lo que se requiere de una ayuda de lenguaje.

**Dislexia:** Son trastornos involuntarios de corte académico, debido a daño de estructuras cerebrales profundas.

#### Características del Habla:

- Tienen un nivel de intencionalidad que produce una expresión variable.
- En casos leves, presentan habla articulatoria.
- En casos graves, no hablan.
- La falta de control de la cabeza, imposibilidad para distinguir y establecer una correspondencia con el lenguaje.

4

**Dislexia:** Con Intelectualidad en la marcha y escritura normal, desde nacimiento a daño cerebral. Producen un habla incoherente y con errores ortográficos.

**Disgrafía cerebral:** Ocurre cuando parte del cerebro, responsable por la visión, está lesionada. En este caso el ojo por sí mismo es normal, pero no hay procesamiento cerebral de la información. El común la visión fluctuante. Esto es aún más prevalente en los que tienen desórdenes que involucran convulsiones. Un niño puede ser capaz de reconocer letras y números pero no puede leerlos fácilmente.

**Retraso Mental:** El retraso mental hace referencia a fallas en el desarrollo en el desarrollo de habilidades cognitivas. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades cognitivas:

1. Comunicación.
2. Cuidado personal.
3. Movilidad física.
4. Habilidades sociales.
5. Interacción con la comunidad.
6. Independencia.
7. Seguridad.
8. Habilidades académicas funcionales.

5

9. Oír.  
10. Trabaja.

Junto a las técnicas comunicativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades o capacidades personales.

De esta forma, si se observa los apogeo operando durante un período prolongado, el funcionamiento en la vida diaria pasará por el mismo nivel que el lenguaje.

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN**

La estrategia de comunicación presentada es un punto de partida, pero que los niños con dificultades pueden mejorar sus necesidades y preferencias por medio de signos con una, funcional y comunicativa tanto para ellos como para las personas con las cuales interactúan.

De acuerdo con la litología, con el uso y las características encontradas en la evaluación de los niños con dificultades de la función. Multiplataformas se establece como preferencia comunicativa para los niños con dificultades en el uso de otros recursos, el empleo de fichas de comunicación como sistema central, seguido por la expresión verbal e icono fonéticos como apoyo primario y los signos como apoyo secundario.

**INSTRUCTIVO PARA LA UTILIZACIÓN DEL MATERIAL:**

En este momento se debe tener en cuenta el índice de retardos plenas, enfocados en el mejoramiento de las habilidades necesarias para el empleo diario de la estrategia propuesta, por tal motivo es importante tener en cuenta las características generales y específicas del lenguaje de cada uno de los niños con dificultades así como en las formas de expresión ya empleadas por ellos (señales manuales, balbuceo, entre otras) para aprovecharlas y potenciarlas.

**De cual forma se debe destacar:**

El proceso de preparación de las señales a usar con la implementación y empleo de los signos de comunicación debe ser un proceso gradual.

Las personas que interactúan con el usuario deben tener en cuenta las habilidades ya adquiridas, es decir, dirigirse al niño empleando señas, fichas o asociaciones verbales concretas según el caso, de forma simultánea, recordando que lo que de hecho se va a utilizar, es decir, hacer los signos de los otros niños.

El vocabulario se utilizará de manera gradual y preferentemente sustentado en palabras pronunciadas al mismo tiempo de las respuestas obtenidas.

**VOCABULARIO**

Las siguientes expresiones fueron recogidas teniendo en cuenta las necesidades de los niños y respondiendo a sus necesidades y deseos de la fundación multiplataformas.

**PRENSACIONES:**

-Beber



-Enfeno



-Cabe



-Fito



**POSTICIONES:**

-Parado



-Caminado



-Acostado





\*ACOSTONES

-Camer



-Dentir



-Jugar



10

-Bate



-Le al baño



-Caminar



-Escuchar música



11

\*COMIDAS

-Helado



-Pan



-Tarta



12

\*FRUTAS  
Nomina



-Uva



-Papa



-Aguca



13



- L'Equino

- Azas



- Jaga



- Crocoline



- Cafe





## ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA PARA NIÑOS CON MULTIDIFICIDAD

JULIANA SALAZAR CATIÑO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE FONOLINGÜÍSTICA  
MEDELLÍN  
2008

### PRESENTACIÓN

Este artículo busca introducir en el campo de diferentes sistemas de comunicación a los estudiantes, docentes y demás profesionales que trabajan con niños multihandicados. A partir de la necesidad de interacción de esta población, así como de sus preferencias y habilidades, se seleccionaron las señas, la expresión verbal y los fichos de comunicación como signos de expresión y comprensión del lenguaje.

Los temas tratados en este documento son términos generales básicos sobre discapacidad y comunicación, definición y características a nivel de lenguaje de cada deficiencia, y por último, una descripción general sobre la estrategia de comunicación y la forma de aplicación teniendo en cuenta las preferencias esenciales de los usuarios.

**Multipedagogía:** Una persona multipedagoga es aquella que tiene más de una deficiencia sensorial, física o mental y posee una manera propia para aprender y vivir. Tiene necesidades específicas en movilidad, comunicación y en su vida cotidiana, y requiere para desarrollarse técnicas y estrategias multifuncionales de aprendizaje.

**Deficiencia:** Es toda pérdida o anomalía permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

**Discapacidad:** Es una restricción en la realización de una actividad debido a una deficiencia. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.

**Minusvalía:** Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona denominada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad.

**Comunicación:** Es un proceso de intercambio de ideas, opiniones, sentimientos y actitudes entre dos o más personas que interactúan en un contexto social, empleando signos o códigos sensoriales comunes para ellos.

2

**Lenguaje:** Es la facultad que tienen los seres humanos para entenderse por medio de signos, esto se halla configurado de antemano en el niño y sirve de creación y expresión del pensamiento.

**Lengua:** Es un código o conjunto organizado de signos convencionales que permite el ejercicio del lenguaje en una comunidad.

**Comunicación Aumentativa:** Es toda forma de apoyo o de ayuda en la comunicación, la palabra aumentativa se centra en la preparación y apoyo del habla, como forma de garantizar un sistema de comunicación. Al mismo si la persona aprende a hablar.

**Ceguera:** Es la pérdida de la visión normal. Esta puede ser parcial, con pérdidas de solamente una parte de la visión o también total, en cuyo caso la persona no tiene ninguna percepción de la luz.

**-Características del lenguaje:**

• Mayor proporción de nombres específicos y verbos y menor número de nombres generales.

• Las niñas cuando utilizan muchos palabras para referirse a sus preparaciones y detalles.

• Las primeras palabras de los niños se refieren preferentemente a los objetos y acciones que conocen y que, en consecuencia, los niños tardarán más tiempo que las niñas en conocer y, por consiguiente, en describir las acciones de las personas y objetos externos.

3

• En ausencia de los gestos convencionales que utilizan los niños videntes, los involuntarios pueden utilizar sus primeras palabras verbales para denotar objetos y particularmente convencer de cosas al niño.

**Autismo:** Es un trastorno del desarrollo de las funciones del cerebro. Las personas con autismo muestran 3 tipos de síntomas: interacción social limitada, problemas con la comunicación verbal y no verbal y con la imaginación, y actividades e intereses limitados o poco usuales.

**- Características fundamentales:**

• Ausencia "intencional" de relación u los cambios en el medio.

• Juego imaginativo y social ausente o limitado.

• Habla con voz cortada sobre temas favoritos.

• Se resisten al contacto físico.

• No responden apropiadamente a sonrisas, tacto u otros estímulos.

• Sentir ansiedad cuando se les toca.

• Empezan a hablar más tarde y se refieren a sí los objetos por el nombre en vez de "yo" u "am".

4

• A menudo evitan mirar a otras personas.

• Autismo aislado.

• Falta de imitación, simbolización o juego.

- Socialización

• Dificultad para entender sentimientos y emociones propias.

• Dificultad para la interacción social.

• Ausencia de interés por compartir.

• Desempeño en apego a los objetos fuertes e inapropiado.

• Se ríen, gritan o hablan de forma inapropiada.

• No muestran juego imaginativo.

• A menudo usan los juguetes en forma extraña, los colocan en fila, los pegan o giran, etc.

- Comunicación

• El 50% no habla o habla.

• Incapacidad para comprender el concepto de comunicación y sobre todo su aplicación.

5

- ⊗ Enfasis en la comunicación para pedir o rechazar, no para compartir.
  - ⊗ Uso repetitivo de temas o palabras que les interesan.
  - ⊗ Desempeño y comprensión de gestos de manera pobre.
  - ⊗ Siguen con dificultad una conversación.
  - ⊗ Dificultad para comprender conceptos abstractos.
  - ⊗ Pueden correr, saltar, nadar, etc. a girar para mostrar su frustración.
- Conducta-
- ⊗ Ser poco sensibles a algunas sanciones.
  - ⊗ Ser resistentes al cambio de rutinas.
  - ⊗ Ausencia de miedo ante el peligro real.
  - ⊗ Exploran el ambiente utilizando métodos inapropiados como lanzar, tirar y manipular.
  - ⊗ Persisten en actividades o muestran periodos de atención muy cortos.

5

**Hidrocefalia:** Es un imbalance entre la producción y la absorción de líquido cefalorraquídeo. Como resultado se produce una acumulación de LCR dentro del sistema nervioso central, causando un incremento de la presión intracraneal que se transmite al tejido cerebral. Las causas más frecuentes son muy variadas y dependen de la causa que origina la obstrucción, el momento del desarrollo neurológico en el que se produce, la duración de ésta, las lesiones cerebrales asociadas y el tiempo de inicio del trastorno.

**Retraso Mental:** El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desarrollo intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas:

1. Comunicación.
2. Cuidado personal.
3. Vida en el hogar.
4. Habilidades sociales.
5. Utilización de la comunidad.
6. Independencia.
7. Salud y seguridad.
8. Habilidades académicas funcionales.

7

## 9. Octo. 10. Trabajo.

Junto a limitaciones adaptativas específicas existen o pueden coexistir con otras habilidades o capacidades personales.

De esta forma, si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental puede mejorar.

### ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La estrategia de comunicación aumentativa es un punto de partida para que los niños con multihandicap puedan expresar sus necesidades y preferencias por medio de signos comunicativos, funcionales y comprensibles tanto para ellos como para las personas con las cuales interactúan.

De acuerdo con la bibliografía consultada y las características encontradas en la evaluación de los niños con multihandicap de la fundación Multihandicap se estableció como preferencia comunicativa para los niños ciegos con otros déficits asociados, la expresión verbal con sistema base, pero siempre apoyado en los demás apoyos (señas y fichas de comunicación), sobre la necesidad de apoyo cuando hay más de 2 alteraciones.

8

### Instructivo para la utilización del material:

En este apartado se debe tener en cuenta el trabajo interdisciplinario enfocado en el refuerzo de las habilidades necesarias para el empleo óptimo de la estrategia propuesta, por tal motivo es importante basarse en las características generales y principalmente del lenguaje de cada uno de los niños con sus déficits, así como en las formas de comunicación ya establecidas por ellos (señas naturales, balbuceos, entre otros) para aprovecharlas y potenciarlas.

### De qué forma se debe utilizar:

El proceso de preparación se realiza a la par con la implementación y empleo de los signos de comunicación aumentativa escogidos.

Las personas que interactúan con el usuario deben emplear con naturalidad estos sistemas, es decir, dirigirse al niño empleando señas, fichas o expresiones verbales concretas, según el caso, de forma rutinaria recordando que lo que se busca es habilitar, es decir, hacer las cosas "dóbles para los dos".

El material está dividido en acciones, sensaciones, posiciones, acciones y palabras que se deben emplear al inicio de una sesión de trabajo para no saturar al niño.

9



VOCABULARIO

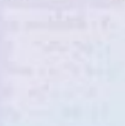
Las palabras se leen en voz alta y se escriben en el cuaderno. Se debe tener en cuenta las necesidades de los niños y niñas en el momento de escribir.

\*SENSACIONES:

-Dolor



-Esfuerzo



-Calor



-Frio



\*POSICIONES:

-Parado



-Sentado



-Acostado



\*ACCIONES:

-Comer



-Dormir



-Jugar



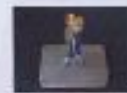
-Salir



-Ir al baño



-Comer



-Escuchar música



\*COMIDAS

-Helado



-Pan



-Torta



14

\*FRUTAS

-Mazorca



-Uvas



-Papaya



-Banana



15

\*LIQUIDOS

-Agua



-Jugo



-Chocolate



-Café



16



UNIVERSIDAD DE LA HABANA

FUNDACION  
MULTIIMPEDIDOS  
Un mundo de oportunidades  
Para una educación

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS  
E-mail: [juliac@hatma.com](mailto:juliac@hatma.com)



ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA  
PARA NIÑOS CON MULTIDÉFICIT



ZULIANA SALAZAR CATAÑO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE FONOAUDIOLÓGÍA  
MEDELLÍN  
2008

PRESENTACIÓN

Esta cartilla busca introducir en el empleo de diferentes sistemas de comunicación a los estudiantes docentes y demás profesionales que trabajan con niños multideficientes. A partir de la necesidad de interactuar con esta población, del conocimiento de sus preferencias y habilidades, se seleccionaron los señas, la expresión verbal y los fichas de comunicación como signos de representación y comprensión del lenguaje.

Los temas tratados en este documento son: términos generales básicos sobre discapacidad y comunicación, definición y características a nivel de lenguaje de salud de niños, y por último una descripción general sobre la estrategia de comunicación y la forma de emplearla teniendo en cuenta las preferencias sensoriales de los usuarios.

**Multipedante:** Una persona multipedante es aquella que tiene más de una deficiencia sensorial, física o mental y posee una manera propia para aprender y estar. Tiene necesidades específicas en actividades, comunicación y en su vida cotidiana y requiere para desarrollarse técnicas y estrategias multisensoriales de aprendizaje.

**Deficiencia:** Es toda pérdida o ausencia total o permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

**Discapacidad:** Es toda restricción en la realización de una actividad debido a una deficiencia. Puede ser temporal o permanente, física o intelectual.

**Minoridad:** Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad.

**Comunicación:** Es un proceso de intercambio de ideas, opiniones, pensamientos y actitudes entre dos o más personas que interactúan en un contexto social dado, empleando signos o códigos sensoriales comunes para ellos.

2

**Lenguaje:** Es la facultad que tienen las seres humanos para entenderse por medio de signos, entre los que se ha configurado de manera específica el ritmo y ritmo de creación y expresión del pensamiento.

**Lengua:** Es un código o conjunto organizado de signos convencionales que permite el ejercicio del lenguaje en una comunidad.

**Comunicación Aumentativa:** Es toda forma de apoyo o ayuda en la comunicación. La palabra aumentativa se centra en la preparación y apoyo del habla, como forma de generar un sistema de comunicación o tener si la persona no aprende a hablar.

**Señalografía:** Es una imitación total o parcial de los sistemas auditivo y visual. La combinación causa dificultades en la comunicación, el desarrollo y la educación. Se deben emplear intencionalmente los otros sentidos que se conservan (el tacto, el olfato, el gusto). La comunicación es la base de su desarrollo y se cuenta en el tacto, movimiento de dedos y la palma de la mano como canal perceptivo.

- Comunicación según el grado de pérdida sensorial
- Señalografía total (sin resto auditivo, ni visual: sin dedos y sin palma profunda)
- Señalografía con resto visual
- Señalografía con resto auditivo

3

**¿Señalografía con resto auditivo y visual?**  
Cuanto más tarde aparece una discapacidad, más fácil será la educación.

**¿Cómo comunicarse?**

Las personas señalógrafas pueden usar diferentes sistemas de comunicación:

**Sistemas táctiles:**

- **Dactilología:** Consiste en la representación manual de cada una de las letras que componen el alfabeto en la palma de la mano de la persona señalógrafa.
- **Sistema de letras Mayúsculas:** Consiste en la costumbre de escribir el nombre de la persona de la persona señalógrafa con el índice como una de las letras que componen las palabras en mayúsculas, una sobre otra.
- **Táctil:** Tablas de comunicación en las que están impresas las letras mayúsculas en vista y relieve bien con marcados sobre el fondo y debajo su transcripción en Braille, de forma que cogiendo el dedo de la persona señalógrafa y moviéndolo sobre las letras que componen el mensaje, puede comprenderlo.
- **Braille:** Sistema de signos en relieve, que consiste en la combinación de 6 puntas en 60 signos diferentes, estos representan letras y números.

4

- **Máquinas de escribir en vista:** tanto en braille, requiriendo utilización por la persona señalógrafa que conoce el braille y la escritura convencional.

**Señales no alfabéticas (signos o dibujos):**

- **Lengua de signos:** Lengua creada para personas sordas, en la cual el lenguaje que se movimenta en las manos indica una palabra.
- **Signos:** Algunos son combinan gestos que se relacionan con la funcionalidad del objeto, no alfabéticos del cuerpo que describen la acción del objeto, imitación de gestos del niño cuyo interés una idea ha sido comprobada y signos convencionales de fácil comprensión apoyados por el contexto en que se producen.
- **Labio lectura:** **Táctil:** Consiste en la percepción de la posición de los órganos fonéticos labiales (que producen el habla, como la boca, nariz, las gargantas) por parte de la persona señalógrafa, para sentir las vibraciones y las diferentes posiciones que tienen estas órganos para la producción del lenguaje oral.
- **Comunicación aumentativa**

5



**Retraso Mental:** "El retraso mental hace referencia a limitaciones substanciales en el desarrollo tanto corriente de las funciones por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas:

1. Comunicación
2. Cuidado personal
3. Vida en el hogar
4. Habilidades sociales
5. Utilización de la comunidad
6. Independencia
7. Salud y seguridad
8. Habilidades académicas funcionales
9. Ocio
10. Trabajo

Junto a limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades u capacidades personales. De esta forma, si se ofrecen los apoyos apropiados durante un período prolongado el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental puede mejorar.

6

**Hiperactividad:** Es un estado de actividad motora excesiva. El comportamiento hiperactivo se refiere a un grupo de características tales como: inquietud, actividad constante, fácil distracción, impulsividad, incapacidad para permanecer y otros comportamientos peculiares.

**Características:**

- A Nivel Cognitivo
- Dificultades en la memoria
- Habilidades conativas y de la producción ejecutiva
- Dificultades para leer
- Dificultad para aprender y memorar

-A Nivel Social

- Dificultad para entenderse y convivir con la gente
- Tendencia a hablar demasiado, rápido y fuerte
- Tendencia a interrumpir a los demás
- Bata estar con la gente
- Tendencia a ser ansioso y explosivo con cualquier cosa que le llega la mente.
- Dificultad para obedecer su turno

7

-A Nivel Social

- Dificultad para entenderse y convivir con la gente
- Tendencia a hablar demasiado, rápido y fuerte
- Tendencia a interrumpir a los demás
- Bata estar con la gente
- Tendencia a ser ansioso y explosivo con cualquier cosa que le llega la mente.
- Dificultad para obedecer su turno

-A Nivel de Comportamiento:

- Baja capacidad de atención
- Incapacidad para quedarse quieto
- Incapacidad para concentrarse
- Ejecuciones incontrolables
- Intenta de actividades no completadas a otras
- Cambios de actividades no completadas a otras
- Dificultad para mantener la atención en las tareas
- Tendencia a distraerse fácilmente
- Baja motivación con gran dificultad
- Impulsividad, agresión y comportamiento destructivo
- Atraso maduro
- Dificultad para expresar sus sentimientos
- Dificultad para jugar en silencio
- Dificultad
- Fuerza no usual
- Dificultad y ansiedad

8

-A Nivel de

- Ejecución
- Ejecución y Fuerza
- Ejecución escrita
- A nivel de lenguaje:
- Dificultades en la estructuración de palabras y oraciones
- Dificultades en la comprensión del lenguaje, especialmente en la tareas que requieren mayor integración, mayor control inhibitorio y, por lo tanto, un procesamiento más elaborado
- Retraso en el desarrollo del lenguaje interno encargado de controlar eventos, dirigir nuestro comportamiento y seguir reglas e instrucciones.

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN**

La estrategia de comunicación alternativa es un punto de partida para que las niñas con autismo, autismo de alto funcionamiento y preferencias por medio de signos comunes, funcionales y coreográficos tanto para ellas como para las personas con los cuales interactúan. De acuerdo con la bibliografía consultada y las características observadas en la evolución de las niñas con autismo de alto funcionamiento. Multimedios se estableció como preferencia común activa para las niñas con autismo. Al análisis de señas con o distanso primario y los fichas de comunicación como apoyo en el proceso. Es esta con la expresiva verbal es utilizada.

9

**Constructivo para la utilización del material:** En este apartado se debe tener en cuenta el trabajo interdisciplinario, enfocado en el refuerzo de las habilidades necesarias para el empleo óptimo de la estrategia propuesta, por tal motivo es importante basarse en las características de género así y principalmente del lenguaje de cada uno de los niños con multideficiencia así como en las formas de expresión ya empleadas por ellos (señales naturales, balbuceo, entre otras) para aprovecharlas y potenciarlas.

De igual forma se debe destacar:

- El proceso de preparación se realiza a lo par con la implementación y empleo de los signos de comunicación aumentativa o no verbales.

- Las personas que interactúan con el usuario deben emplear con naturalidad estos sistemas, es decir, al igual que el niño emplea señas, fichas o expresiones verbales concretas, --- según el caso, de forma espontánea, recordando que lo que se busca es habilitar, es decir, hacer las conexiones naturales.

El vocabulario se utiliza al inicio de manera oral y posteriormente se aumentan las opciones progresivamente a partir de las respuestas obtenidas.

**VOCABULARIO**

Las siguientes expresiones fueron escogidas teniendo en cuenta las necesidades de los niños y requerimientos de docentes y docentes de alfabetización y alfabetizados.

**\*SEÑALES**

-Dolor



-Enfermo



-Coke



-Frio



**\*ASOCIACIONES**

-Parade



-Barrido



-Acostado



**\*ACCIONES**

-Cortar



-Dormir



-Jugar



-Solir



-Tr al bote



-Cebisan



-Escuchar música



14

\*COMIDAS

-Helado



-Pan



-Torta



15

\*FRUTAS

-Manzana



-Uva



-Araya



-Banana



16

-LIQUIDOS

-Agua



-Jugo



-Chocolate



-Café



17