

**UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA
UNIDAD DE POSTGRADOS**

**MAESTRIA EN:
EDUCACIÓN ESPECIAL**

TESIS FINAL

**"Implementación de un programa de estimulación visual
para niños/as de 0 a 6 años con baja visión, en el
instituto nuevos pasos del cantón San Lorenzo"**

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:

**MAGISTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL CON MENCIÓN EN
EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

ELABORADA POR:

Tanya Hermelinda Ayovi Medina

DIRECTOR/A: Dra. Elisa Espinosa Marroquín

Primera Promoción

Quito, 2010

AGRADECIMIENTO

A Dios por iluminar y guiar mi camino, día a día, a la Universidad Politécnica Salesiana, que me proporcionó la grata oportunidad de capacitarme como profesional de la educación de niños especiales.

A los directivos del Instituto de Educación Especial “Nuevos Pasos” por haber hecho factible la aplicación de mi tesis.

A la Doctora Elisa Espinoza tutora de la tesis por su apoyo y guía incondicional en el desarrollo de la presente investigación.

Con profunda gratitud.

Tanya Ayoví

DEDICATORIA

A MI FAMILIA Y A SOR MARIANGELA SARDI

Fruto de mi amor, constante fuente de inspiración y fortaleza para buscar la superación.

Sinceramente,

Tanya Ayovi.

TITULO

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN VISUAL PARA NIÑOS/AS DE 0 A 6 AÑOS CON BAJA VISIÓN, EN EL INSTITUTO NUEVOS PASOS DEL CANTÓN SAN LORENZO".

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	
MARCO TEÓRICO	4
1. LA DISCAPACIDAD VISUAL	
1.1. LA CEGUERA	4
1.2 LA BAJA VISIÓN	5
1.2.1 PATOLOGÍA DE LA BAJA VISIÓN	6
1.2.1.1 ANATOMÍAS CONGENITAS DEL DESARROLLO.	6
1.2.1.2. CONDICIONES HEREDITARIAS	8
1.2.1.3 ANORMALIDADES CORNEALES	10
1.2.1.4 DEGENERACIÓN DE RETINA	12
1.2.1.5 ENFERMEDADES, INFECCIONES Y ACCIDENTE	14
1.2 FUNCIONAMIENTO DEL OJO.	20
1.3 ABORDAJE EDUCATIVO DE LA BAJA VISIÓN EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.	22
1.4 LA ESTIMULACIÓN VISUAL EN NIÑOS CON BAJA VISIÓN	23
CAPÍTULO 2	
2 DIAGNÓSTICO.	35
2.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LOS NIÑOS CON BAJA VISIÓN EN EL CANTÓN SAN LORENZO	35
2.2 METODOLOGÍA	36
2.3 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	36
CAPÍTULO 3	
3 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	60
3.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN.	60
3.2 MARCO INSTITUCIONAL DE LA PROPUESTA.	60
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.	61
CAPÍTULO 4	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
4.1 CONCLUSIONES.	72
4.2 RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	75-91

INTRODUCCIÓN

El contexto social y geográfico del proyecto es el Cantón de San Lorenzo del Pailón, en la zona norte de la Provincia de Esmeraldas, al límite con Colombia.

Es una provincia que tiene un nivel bajo, tiene 385 mil habitantes de los cuales el 39,9% son afro descendientes (154 mil). Los datos de desarrollo humano (UNDP 2004) indican altos índices de necesidades básicas insatisfechas y elevadas tasas de pobreza (el 65,9% de la población vive con menos de \$ 2 diarios y el 39,2% con menos de \$1).

En la actualidad la zona Norte de la Provincia de Esmeraldas, en particular el Cantón de San Lorenzo, es escenario de grandes transformaciones y conflictos. La tala de madera, camaroneras, plantaciones de palma africana, teca y eucalipto, están alterando el ecosistema del bosque húmedo tropical y el manglar.

El narcotráfico que hasta la fecha le interesaba solo a Colombia ingresó en la región llevando muchos problemas de violencia social y el aumento de armas circulando entre las personas.

El Cantón de San Lorenzo del Pailón tiene 42 mil habitantes la mayoría (el 60% de la población) son afro descendientes e indígenas (Awa, Epera, Chachi, Tsachila). La ciudad de San Lorenzo tiene 28 mil habitantes, de los cuales el 82,7% son pobres. (Censo 1999)

La creciente migración y el desarrollo poblacional desordenado de San Lorenzo y el olvido de los poderes públicos han determinado que estas personas no cuenten con servicios básicos de salud, educación, vivienda, empleo. A esto se suma el impacto negativo del uso de pesticidas de las empresas palmicultoras para aumentar la producción de palma africana que causan contaminación de ríos, esteros y envenenamiento de trabajadores agrícolas migrantes y otros; los que disminuye la calidad de vida e impacta negativamente en la salud de los habitantes de las comunidades.

Debido a la problemática que hemos expuesto la población presenta dificultades respiratorias (tos y pulmonía); de digestión (vómito, dolor de abdomen, diarrea); **oculares (problemas lagrimales, enrojecimiento, pérdida temporánea de la vista)** problemas cutáneos (urticaria, dermatitis, manchas blancas) problemas de embarazos (abortos, fiebres, malestares) **y nacimientos de niños/as con algún tipo de discapacidad y multidiscapacidad (con mayor prevalencia la discapacidad intelectual y visual –baja visión)** (Gobierno Municipal 2000-2004).

Las familias viven procesos de desintegración y las que más sufren son las mujeres, hay elevadas tasas de violencia intrafamiliar, el promedio de niños en cada familia es de 5 o más.

De acuerdo con los datos de la investigación la mayoría de los padres de los niños discapacitados son de bajos recursos, un alto índice de analfabetismo.

En este contexto de precariedad la vida para los discapacitados es problemática porque ellos sufren marginalidad y falta de reconocimiento e integración social.

El Instituto de Educación Especial “Nuevos Pasos” comprometido con la educación de los estudiantes con discapacidad propone la implementación de un servicio de estimulación visual como la solución adecuada a las necesidades educativas de la población con discapacidad visual y baja visión, pues contribuirá al desarrollo de las destrezas que les posibilite a futuro una adaptación eficaz en el Centro de Desarrollo Infantil o al Primer Año de educación Básica , así como ayudará al bienestar social de los padres de familia al sentir que tienen una alternativa para la educación de sus hijos .

Un servicio que cuente con profesionales especializados en la detección, evaluación, diagnóstico y estimulación visual a niños/as de esta edad y en la orientación y asesoría adecuada a los padres y maestros de educación regular.

Este trabajo consta de un Marco Teórico relacionado con la baja visión, sus causas, las patologías manifiestas, el abordaje educativo de la baja visión, la atención temprana en niños con discapacidad, la estimulación visual en niños con baja visión, métodos de evaluación y programa de atención de la baja visión, áreas específicas de intervención en niños con baja visión y estimulación visual y ayudas ópticas.

El Capítulo dos nos habla del diagnóstico, a través de reflexiones de la propia experiencia y con la aplicación de fichas a docentes y padres de familia.

En el capítulo tres en cambio se presenta la propuesta de creación del servicio de Estimulación Visual a niños/as menores de 6 años en el Instituto de Educación Especial “Nuevos Pasos” con el apoyo de la metodología de Marco Lógico.

En el cuarto capítulo encontraremos las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1. LA DISCAPACIDAD VISUAL

Cuando decimos que una persona posee discapacidad visual puede tratarse de una persona ciega o de una persona con disminución visual. Es decir, el término discapacidad visual incluye:

a) Ceguera, cuando una persona tiene visión cero o que “sólo tiene una mínima percepción de luz” (Colebrander). En la ceguera absoluta o total no se distingue luz de oscuridad.

b) Baja Visión (también llamada disminución visual o visión subnormal)

La baja visión, a su vez, puede estar provocada por una merma en la agudeza visual (“calidad” de visión) o por un recorte en el campo visual (“cantidad” de visión). Así, hay quien tiene dificultades para ver de cerca, o de lejos; hay quien ve mejor de noche, quien ve como a través de un cristal empañado, o de una red, quien como a través de un tubo.

Ahora bien, aunque tanto la ceguera como la baja visión implican problemáticas muy distintas y depende si la discapacidad es congénita o adquirida y que a su vez se puede adquirir en forma repentina (como en el caso de un accidente) o en forma gradual (como en el caso de la retinosis pigmentaria).

1.1. LA CEGUERA

Una persona es considerada ciega cuando tiene la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Con fines legales se considera ciego o ciega legal a la persona cuya agudeza visual es igual o menor 20/200.

Existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión.

▪ **Causas de la ceguera**

La ceguera tiene múltiples causas como las siguientes:

- ✚ Cataratas (opacidad del cristalino que impide el paso de la luz).
- ✚ Errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos.
- ✚ Glaucoma (grupo de enfermedades en las que se produce un daño del nervio óptico).
- ✚ Degeneración macular relacionada con la edad (enfermedad que produce una pérdida del campo de visión central).
- ✚ las opacidades corneales (enfermedades oculares que producen cicatrices de la córnea),
- ✚ retinopatía diabética (afección de la retina relacionada con la diabetes),
- ✚ tracoma y afecciones oculares infantiles tales como cataratas, retinopatía de los prematuros (afección de la retina observada en los niños prematuros) y
- ✚ Carencia de vitamina A.

1.2. LA BAJA VISIÓN

Según Arditi y Rosenthal (1996) la baja visión es una gran limitación de la capacidad visual que afecta el funcionamiento de la persona en la ejecución de determinadas tareas y que no puede mejorar totalmente mediante corrección refractiva, medicación o cirugía convencional, y que se manifiesta a través de uno o más de los siguientes aspectos:

- a) Resolución visual menor a 20 sobre 60 en el mejor ojo y con la mejor corrección.
- b) Campo visual reducido, menos de 20° grados en el meridiano más ancho del ojo, con el campo visual central más intacto.

- c) Marcada reducción de la sensibilidad al contraste en el mejor ojo y en condiciones de luminosidad y distancia habituales. (OMS, 1992)

Cuando una persona apenas percibe la luz estamos frente a una **baja visión severa** y capaz de aprender a leer y escribir a través del sistema braille. En cambio cuando una persona es capaz de distinguir objetos grandes y medianos en movimiento, sin discriminación de detalle y o color estamos frente a una **baja visión moderada**. Estas personas aprenden la lectura y escritura con tinta y o Braille. Cuando una persona tiene la capacidad de percibir objetos pequeños, dibujos y símbolos tiene una **baja visión leve**. Se desempeñan con la escritura y lectura a tinta con las debidas adaptaciones.

1.2.1 PATOLOGÍAS DE LA BAJA VISIÓN

La baja visión presenta patologías que se agrupan en:

- a) anomalías congénitas, muchas de origen desconocido; se manifiestan desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto, a una exposición a productos químicos durante el embarazo.
- b) condiciones hereditarias; producidas por la transmisión de genes defectuosos de padres a hijos y pueden ser heredaos a través de diferentes generaciones de una misma familia,
- c) enfermedades, infecciones, heridas, que provocan alteraciones en los vasos sanguíneos provocando daños vasculares y opacidad en los líquidos del ojo, como anemia, leucemia o diabetes. También se pueden considerar heridas provocadas por accidentes.

1.2.1.1 ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL DESARROLLO.

Las anomalías congénitas del desarrollo se clasifican en:

- **Cataratas congénitas**

Descripción: Trastorno progresivo del cristalino del ojo que se caracteriza por pérdida de su transparencia. Suele deberse a alteraciones degenerativas y la

tendencia a su formación es hereditaria aunque puede deberse a otras causas menos frecuentes como son los traumatismos de heridas punzantes y exposiciones a ciertos tóxicos. Las causas más frecuentes son la rubéola materna y la galactosemia.

Signos-síntomas-características: Agudeza visual variable, en relación a la localización de la catarata y a su densidad. Visión nocturna normalizada. Pérdida de visión periférica. Diplopía (visión doble) por refracción irregular del cristalino. Miopía. Pérdida de la percepción de la profundidad.

Apoyos.- El agrandar los objetos y los materiales a menudo ayudarán a mejorar la percepción, como también ayudará a controlar la intensidad de la luz. Los niños con cataratas necesitan que la luz caiga sobre el material de trabajo viniendo por detrás de ellos; funcionarán menos bien cuando enfrenten la luz. Si se está escribiendo la luz debe venir de arriba y un poco del costado para evitar las sombras. Para esto se aconsejan lámparas con brazos ajustables. Demasiada luz, reflejo o resplandor interfiere con la máxima visibilidad. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

▪ **Luxación de cristalino:**

Descripción: Dislocación total o parcial del cristalino. Se asocia a los síndromes de Marfan y de Weill- Marchesani, de transmisión hereditaria.

Signos-síntomas-características: Agudeza visual variable. Miopía. Astigmatismo. Aprenden a ver a través del cristalino dislocado, muy miope, ó a través de la zona afáquica de la pupila, con la debida inclinación de la cabeza, pudiendo leer sin gafas. Complicaciones secundarias: desprendimiento de retina (s. de Marfan) y glaucoma (s. de Weill-Marchesani). Cardiopatía.

Apoyos: Utilización de lentes o anteojos

(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Glaucoma**

Descripción: Aumento de la presión intraocular por anomalía en el flujo de salida del humor acuoso, ó en su formación, lo que produce defectos del campo visual imputables a atrofas de las células ganglionares retinianas y de nervio óptico. Se presenta congénito, ó asociado a otras anomalías congénitas, o secundario a enfermedades, traumatismos o intervenciones quirúrgicas oculares.

Signos-síntomas-características: Fotofobias. Lagrimeo. Nebulosidad corneal. Aumento del diámetro corneal (en el caso del glaucoma congénito o buftalmos). Aumento de la presión intraocular. Disminución general de la capacidad visual: alteración de la visión periférica, escotomas centrocecales, el campo visual central no se afecta hasta un estado muy avanzado siendo el estadio final la visión llamada “ en cañón de escopeta”, alteración en el campo cromático; dificultad para la lectura, para ver objetos de grandes tamaños y en el desplazamiento. Agudeza visual mantenida, si no existen otras anomalías. Visión nocturna disminuida. Puede evolucionar a ceguera.

Apoyos: Alivio de la presión a través de cirugía Comúnmente se necesita iluminación buena con un mínimo de brillo. Las gotas en los ojos pueden aliviar el dolor y permitir también una mejor visión, pero el uso eficiente de la visión fluctúa en relación con la medicación para aliviar la presión. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php -)

1.2.1.2 CONDICIONES HEREDITARIAS

Las investigaciones genéticas han permitido a los científicos identificar muchas condiciones cuyas causas están ligadas a los factores hereditarios. Se hablará aquí sólo de los más importantes.

- **Acromatopsia:**

Descripción: El nombre más común de ceguera congénita de colores. La ausencia de conos en la mácula puede ser completa o incompleta y con frecuencia se acompaña con fotofobia y nistagmus

Signos-síntomas-características – Desarrollo visual lento, agudeza visual está afectada desde el nacimiento, ceguera a los colores, poca discriminación de detalles.

Apoyos: La realización de tareas visuales puede mejorar evitando la luz y el brillo y empleando lentes oscuras. La función visual también mejora con maduración y con el desarrollo perceptivo. Es imperativo atender a cualquier tipo posible de corrección y proceder a una intensa estimulación visual para prevenir el atraso del desarrollo de todo el sistema visual y sus funciones.
(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Albinismo:**

Descripción: Iris traslúcido por disminución o ausencia de pigmentación.

Signos-síntomas-características: Fotofobia variable. Nistagmus. Agudeza visual disminuida por hipoplasia macular. Anomalías de refracción (astigmatismo y miopía preferentemente). Piel pálida, pelo blanquecino, rubio o castaño claro, al igual que cejas y pestañas, consecuentes a la hipopigmentación, son frecuentes.

Apoyos: Control de la iluminación, anteojos oscuros, lentes de contacto
(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Aniduría.**

Descripción: Ausencia parcial o subtotal del iris. Su origen es hereditario.

Signos-síntomas-características: Fotofobia. Nistagmus. Agudeza visual disminuida por aplasia macular que llega a normalizarse en ambientes de

iluminación muy baja. Complicaciones secundarias: glaucoma, vascularización, opacidad corneal y de cristalino.

Apoyos: Probablemente la visión es mejor de noche y con luz no intensa. La ampliación puede ser útil a veces, pero el funcionamiento varía de un día a otro. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Coroideremia**

Descripción: Defecto congénito del tejido ocular que se caracteriza por una hendidura en el iris, cuerpo ciliar o coroides. Se debe a un defecto en la unión del tejido fetal.

Signos-síntomas-características: Nistagmus, estrabismo, fotofobia, hendidura y ausencia de tejido, agudeza visual disminuida y pérdida del campo visual. Puede aparecer unido a otras anomalías congénitas como la microftalmia, anomalías faciales y cefálicas, retraso mental, polidactilia, etc.

Apoyos: El aumento es útil para quien tiene una gran motivación para ver, pero el esfuerzo es muy grande y el progreso extremadamente lento. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

1.2.1.3 ANORMALIDADES CORNÉALES

- **El Queratócono**

Descripción: Caso de distrofia corneal que se caracteriza por una córnea cónica (abombamiento), por adelgazamiento y desviación gradual del vértice hacia abajo y adentro. Anomalía del desarrollo o hereditaria asociada a varias anomalías oculares como la Retinosis pigmentaria, síndrome de Down y Marfan, aniridia y otras afecciones

Signos-síntomas-características: Opacidad de la córnea. Fuerte astigmatismo inducido. Pérdida de visión periférica con aumento de la distorsión en todo el

campo. Disminución progresiva de la agudeza visual, hasta ser pacientes candidatos a un trasplante de córnea.

Apoys: Trasplante de córnea, (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Atrofia de nervio óptico**

Descripción: Degeneración de las fibras ópticas, asociada a lesiones cerebrales.

Signos-síntomas-características: Palidez papilar. Disminución de la agudeza visual. Contracción concéntrica, irregular o en forma de sector del campo visual (afecta a la percepción de las formas y de los colores, primero para el verde, luego para el rojo, después para el azul). Disminución del sentido luminoso. Dilatación e inmovilización progresiva de la pupila. Progresión hacia la ceguera.

Apoys: La ampliación es a menudo útil y es mejor actuar bajo una intensa luz. A medida que continúa la atrofia de los nervios se produce una mayor disminución de las funciones visuales. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Miopía patológica**

Descripción: Es un estado de crecimiento anormal del ojo, asociado a cambios degenerativos en su estructura.

Signos-síntomas-características: Poca agudeza visual, aparecen alteraciones en el fondo del ojo y es necesario un control por parte del oftalmólogo. A medida que continúa la atrofia de los nervios se produce una mayor disminución de las funciones visuales. Puede aumentar en la vida adulta

Apoys: Gafas o anteojos, la ampliación es a menudo útil y es mejor actuar bajo una intensa luz. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

1.2.1.4 DEGENERACIÓN DE RETINA

- **Coriorretinitis**

Descripción: Inflamación de la retina, asociada a la inflamación de la coroides, que se produce como manifestación de una enfermedad general de etiología variable (toxoplasmosis, histoplasmosis...). De origen congénito o adquirido.

Signos-síntomas-características: Disminución variable de la agudeza visual. Anomalías en la visión periférica de distinto tipo. Alteraciones en la forma de ver los objetos. Disminución del sentido luminoso. Fotofobia. Visión deformada o metamorfosis.

Apoyos: Ayudas ópticas como telescopios para distancia y varios tipos de lupas facilitan el trabajo a corta distancia. La luz tiene una importancia muy especial y el reflejo comúnmente crea muchos problemas. Algunas personas realizan tareas visuales con luces muy intensas dirigidas sobre el material; otros prefieren una luz reducida. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Discromatopsia**

Descripción: Anomalía congénita que se caracteriza por la ceguera total o parcial a los colores debida a la ausencia o anomalía de los conos.

Signos-síntomas-características: Fotofobia que disminuye con la edad. Nistagmus. Capacidad visual perjudicada por la iluminación intensa. Agudeza visual 1/10 en la forma completa. Incapacidad para discriminar colores. El caso más típico es el Daltonismo.

Apoyos: Puede resultar útil el uso de una ayuda telescópica para distancia y varios tipos de lupas facilitan el trabajo a corta distancia. La luz tiene una importancia muy especial y el reflejo comúnmente crea muchos problemas. Algunas personas realizan tareas visuales con luces muy intensas dirigidas sobre

el material; otros prefieren una luz reducida.

(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Degeneración Macular**

Descripción: Anomalía de desarrollo y proceso degenerativo que afecta a la mácula. Se produce a cualquier edad.

Signos-síntomas-características: Visión central reducida. Retina periférica normal. Pérdida progresiva, en la niñez y adolescencia, de la agudeza visual hasta 1/10. Nistagmus. Fotofobia. Dificultad para discriminar colores. Ausencia de percepción de detalles a distancia. La forma de inicio típica en la metamorfosis o visión distorsionada de las imágenes.

Aposos: Puede resultar útil el uso de una ayuda telescópica para distancia y varios tipos de lupas facilitan el trabajo a corta distancia. La luz tiene una importancia muy especial y el reflejo comúnmente crea muchos problemas. Algunas personas realizan tareas visuales con luces muy intensas dirigidas sobre el material; otros prefieren una luz reducida.
(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Retinosis pigmentaria**

Descripción: Degeneración progresiva crónica de la capa pigmentaria de la retina, de origen congénito-hereditario ó desarrollada en la infancia.

Signos-síntomas-características: Ceguera nocturna. Retracción concéntrica creciente del campo visual. Visión central conservada que se empobrece progresivamente con la edad. Discriminación defectuosa de los colores, pérdida de la visión puede ser lenta o rápida, dependiendo esto de una gran variedad de factores individuales.

Apoyos: La visión para la lectura puede mantenerse intacta por un largo tiempo y se requiere un alto grado de iluminación. Las lupas TV pueden facilitar la lectura cuando la visión central se conserva bien, y una ayuda con rayos infrarrojos puede favorecer la visión nocturna. Los beneficios de cualquier tipo de aumento son variables y no son de ninguna ayuda cuando el campo visual está reducido a 5 grados o menos. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Retinoblastoma**

Descripción: un tumor maligno en la órbita de uno o de los dos ojos apareciendo en la infancia o muy temprano en la niñez.

Signos-síntomas-características: Pérdida de visión progresiva.

Apoyos: En algunos casos, cuando se hace la detección tempranamente, irradiación y quimioterapia pueden hacer que el ojo pueda conservarse como así también algún grado de visión residual. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

1.2.1.5 ENFERMEDADES, INFECCIONES Y ACCIDENTES

Las enfermedades, infecciosas y accidentes que producen alteraciones en la visión son:

- **Retinopatía diabética.**

Descripción: Alteración de la retina por tratamiento insuficiente, prolongado o por repetidos tratamientos insuficientes de la diabetes.

Signos-síntomas-características: Hemorragias de vítreo y retina observables en la exploración médica. Agudeza visual variable. Distorsión de la imagen. Anomalía en el campo visual central. Visión nocturna defectuosa. Es el caso de ceguera evitable más frecuente en el mundo occidental.

Apoyos: Un buen control metabólico y oftalmológico puede retrasar o amortiguar los efectos de la diabetes sobre la visión.

(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Retinosis pigmentaria.**

Descripción: Degeneración progresiva crónica de la capa pigmentaria de la retina, de origen congénito-hereditario ó desarrollada en la infancia. Existiendo, para cada tipo de herencia (dominante, recesiva y ligada al cromosoma X), varios genes involucrados.

Signos-síntomas-características: Ceguera nocturna. Retracción concéntrica creciente del campo visual. Visión central conservada que se empobrece progresivamente con la edad. Discriminación defectuosa de los colores.

Apoyos: No existe un tratamiento efectivo para estas patologías, pero la terapia genética y el implante de células retinianas, constituyen unas vías de investigación muy prometedoras para este tipo de pacientes.
(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Conjuntivitis**

Descripción: la inflamación de la membrana que recubre el ojo y los párpados.

Signos-síntomas-características: Si la infección se hace crónica no se trata correctamente puede invadir el tejido corneal y aun destruir totalmente la visión, marcada alteración de la habilidad de refracción,

Apoyos: En estos casos existe una lo que se puede minimizar colocando lentes de contacto o comunes. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Desprendimiento de retina**

Descripción: heridas en el ojo, causada por un golpe súbito en la cabeza o cara, o por otras razones, que provocan un estiramiento y afinamiento del tejido de la retina, como puede ser una miopía patológica.

Signos-síntomas-características: Destellos de luz y disminución repentina de la visión; puede verse algo similar a una cortina o un velo que obstruye la vista y hay un incremento en la cantidad de partículas flotantes con aspecto de red que suelen desplazarse por el campo de visión. Los síntomas pueden aparecer repentinamente o lentamente con el paso del tiempo. Esto depende de si la patología se produce por un accidente o durante una cirugía o, en cambio, si es consecuencia de una degradación paulatina de la unión entre la retina y el tejido de sostén. Debido al posible riesgo de pérdida de la visión que conlleva un desprendimiento de retina no tratado, es esencial informar cualquiera de estos síntomas a un oftalmólogo cualificado lo antes posible.

Apoyos: Cirugía, láser, criopsia, iluminación con lámparas flexibles y reflectores metálicos. Generalmente las lupas son muy útiles.

- **Histoplasmosis**

Descripción: Esta condición comúnmente es la consecuencia de un hongo adquirido de los pájaros y animales y si no se trata oportunamente puede causar impedimentos visuales. El hongo puede invadir el tejido corneano y destruirlo o dejar cicatrices permanentes, causa inflamación en la coroides, una capa de vasos sanguíneos que se encuentra en la retina (la capa de tejido sensible a la luz en la parte posterior del ojo). La inflamación deja unas cicatrices coroides circulares llamadas “histo spots”, en las cuales pueden desarrollarse vasos sanguíneos anormales a medida que progresa el trastorno. Los vasos sanguíneos forman lesiones llamadas neovascularizaciones coroides. Si estas lesiones pierden sangre y líquido hacia la **mácula** (la zona central de la retina que desempeña un papel clave en la visión nítida)

Signos-síntomas- características: Pérdida de la agudeza visual. De forma aún más seria, si las lesiones ocurren en la mácula, pueden producir pérdida de visión. Si el síndrome de histoplasmosis ocular ocurre en un ojo, puede ocurrir en el otro más tarde. Una zona ciega en el ojo, líneas rectas que aparecen curvadas u onduladas.

Apoyos: Fotocoagulación. En esta operación se usa un láser especial para destruir los vasos sanguíneos anormales de la retina. Este procedimiento sólo ayuda a proteger contra la pérdida de visión futura, pero no repara la pérdida de visión que ya ha ocurrido. Medicamentos. Tras anestesiarse el ojo, se inyectan medicamentos para limitar el desarrollo de vasos sanguíneos (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Neuritis**

Descripción: Se llama **neuritis óptica** a la inflamación del nervio óptico que puede estar producida por diversas enfermedades, la más frecuente es la esclerosis múltiple. Puede ocasionar una pérdida de visión

Signos-síntomas- características: Pérdida de la visión en un ojo en forma repentina (aguda), cambios en las reacciones de la pupila a la luz brillante, pérdida de la visión cromática, dolor al mover el ojo

Apoyos: Tratamiento médico (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Nistagmus**

Descripción: Oscilación corta, rápida e involuntaria del globo ocular que conduce a una visión imperfecta. Generalmente asociada a opacidades de los medios refringentes, afecciones intraoculares, albinismos, anomalías de refracción y otras anomalías congénitas

Signos-síntomas-características: Disminución de la agudeza visual. Movimientos u oscilaciones oculares iguales en naturaleza, dirección y frecuencia.

▪ **Defectos del campo periférico**

Descripción: Causada por una gran variedad de condiciones degenerativas y/o de golpes, accidentes o traumas cerebrales. Accidentes en la cabeza u objetos que penetran en el cerebro pueden destruir porciones del nervio óptico entre el o los ojos y el área receptiva del cerebro.

Signos-síntomas-características: Falta de visión en una pequeña área, 1/4 del campo periférico o en toda una mitad, hemianopsia, en uno o en ambos ojos. (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

Apoyos: Todas estas condiciones tienen importancia en lo que se refiere la seguridad en la orientación y se hace necesario una adaptación de la posición de la cabeza y el cuerpo para enfocar los objetos. También es posible la necesidad de entrenamiento para la visión excéntrica (Faye, 1976).

▪ **Fibroplasia retrolental**

Descripción: Neovascularización y aparición de pliegues retinianos desde su periferia hasta el vítreo por exposición excesiva al oxígeno en prematuros.

Signos-síntomas-características: Agudeza visual variable, inferior a 1/70. Miopía. Es posible la lectura sin lentes. Escotomas. Complicaciones secundarias: microftalmias, glaucoma, desprendimiento de retina (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

Apoyos: Para quienes tienen algo de visión les pueden resultar útiles las lupas de mano para trabajar de cerca y los equipos telescópicos para distancia. Muy pocos pacientes con FPR pueden usar gafas con lente esférica agregada para la lectura.

La luz intensa es comúnmente la más apropiada y la lupa televisión a veces resulta apropiada para algunos individuos. (Dra. Barraga USA 1964).

- **Degeneración macular asociada a la edad.**

Descripción: Daño en la mácula por envejecimiento asociado a otros factores

Signos-síntomas-características: una importante caída de la agudeza visual y una pérdida de campo visual central, factores que dan lugar a la aparición de serias dificultades para la realización de tareas de tanta importancia como son lectura, escritura.

Apoys: No existe un tratamiento clínico efectivo para todos los casos de DMAE.(www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Maculopatías.**

Descripción: Son enfermedades de la retina localizadas en la mácula, zona de la retina responsable de la visión más fina, de colores.

Signos-síntomas- características: Pérdida muy importante de la agudeza visual, pérdida del campo visual central, alteración de la visión cromática, otros, que dan lugar a limitaciones funcionales severas, especialmente en tareas de visión cercana.

Las enfermedades maculares son muy variadas, destacando en los jóvenes la enfermedad de Stargardt y en la edad adulta la DMAE (degeneración macular asociada a la edad). (www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php)

- **Miopía magna.**

Descripción: Una miopía magna cuando la persona miope supera las seis dioptrías, debido a un crecimiento desmesurado del globo ocular que provoca un

adelgazamiento progresivo de todas las capas del ojo, de las que la retina es la más afectada. Esta deformidad puede dar lugar a atrofas, hemorragias, degeneración macular, roturas o desprendimiento de retina.

Signos-síntomas- características: A lo largo del tiempo, el miope va perdiendo zonas de visión, agudeza visual y calidad de vida. Actividades tan cotidianas como leer, escribir, trabajar frente a un ordenador o una consola, ver la tele, ir al cine, pasear solo o conducir dejan de hacerse de una forma normal. Asimismo, se produce una pérdida importante de socialización y de autoestima por una incapacidad visual permanente y absoluta, sin que las empresas adapten sus puestos de trabajo a este tipo de problemas. Por si fuera poco, los pacientes con miopía magna presentan una mayor incidencia de patologías retinianas. «Por una parte, al nivel de la retina periférica, tienen más probabilidades de sufrir un desprendimiento y, por otra, muestran un aumento de frecuencia en cuanto a alteraciones de la mácula o la retina central», (Juan Reche, 2002)

Apoyos: Gafas, lentes de contacto e intervenciones quirúrgicas minimizan este problema hasta el punto de asumir unos supuestos de salud visual u ocular imprecisos. (IDEM)

1.2 FUNCIONAMIENTO DEL OJO.

▪ Agudeza visual.

La agudeza visual es la capacidad para discriminar detalles finos de un objeto en el Campo Visual:

- ◆ Es la inversa del ángulo desde el cual los objetos son contemplados
- ◆ Evalúa la función macular e informa de:
 - Precisión del enfoque retiniano
 - Integridad de los elementos neurológicos del ojo
 - Capacidad interpretativa del cerebro.

(<http://www.estudiandooptica.com/optometria/tema03.pdf>)

La agudeza visual debe ser medida tanto de lejos como de cerca para obtener:

- a) Información basal del estado de la visión.
- b) Seguimiento y Control de la evolución de la Patología.
- c) Criterio de elección de ayudas ópticas, electrónicas o tipo de rehabilitación a sugerir.
- d) Documentar cifras de agudeza visual para fines legales

▪ **Campo visual.**

Se denomina campo visual al área en la cual un estímulo adecuado produce una respuesta visual. Los campos visuales periféricos y centrales se miden para hacer diagnósticos de patologías oftalmológicas, estudiar su localización dentro del sistema visual y controlar su evolución.

La sensibilidad visual es mayor en la parte central del campo visual, correspondiéndose este punto con la fovea de la mácula y disminuyendo a medida en que se aleja hacia las zonas más periféricas. Por lo tanto, los objetos situados en el centro o cerca de él se verán claramente mientras que al ir hacia la periferia mayor deberá ser el tamaño de los objetos para que puedan ser vistos.

El campo visual debe de ser medido con cada ojo por separado, existiendo muchos test o pruebas para hacerlo (confrontación, Amsler, perimetría Goldman, perimetría computarizada, otros).

Las dificultades visuales pueden ser muy variadas. Muchos niños presentan retos visuales desde el momento del nacimiento y otros los han adquirido de manera tardía. En muchos, la visión suele ser estática, en otros es variable. Algunas personas presentan condiciones estables y otros deterioros rápidos o graduales. En muchos su visión puede mejorar con aparatos ópticos y lentes correctivos. Pueden tener una agudeza visual central restringida, a nivel periférico o bien, presentar ambas.

Se debe tratar de que el niño o niña utilice al máximo sus restos visuales, cualquiera que estos sean ya que sin duda contribuirá a un mejor desempeño. Cuanto más se estimula para que vea, mejor uso hará de su resto visual.

Mucha gente cree que si hay un residuo de visión, éste no debe usarse, porque si lo utiliza empeorará el estado de su vista, lo cual no es cierto. (American Annals 1985, 123).

1.3 ABORDAJE EDUCATIVO DE LA BAJA VISIÓN EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS.

El problema de la baja visión es significativo y con una progresión rápida. Por esta razón la baja visión, fue considerada una prioridad en “Visión 20/20” que es una iniciativa conjunta de la OMS y del Organismo Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB). En ella participan también otros organismos de las Naciones Unidas, gobiernos, organizaciones de atención oftalmológica, profesionales de la salud, instituciones filantrópicas e individuos, que colaboran de forma asociada para eliminar la ceguera evitable.

Las estrategias principales de VISIÓN 2020 son: una mayor sensibilización acerca de la importancia de este problema de salud pública, la movilización de recursos adicionales (habría que duplicar el gasto anual en prevención de la ceguera, que en la actualidad desde US\$ 100 millones), la lucha contra las causas principales de ceguera evitable, la formación de oftalmólogos y otros profesionales de la atención oftálmica y el suministro de tecnologías e infraestructuras apropiadas.

En este sentido los objetivos que implica el cuidado de la baja visión son:

1. **La inclusión en los servicios ya existentes**, proporcionado por médico de atención primaria, oftalmólogos no hospitalarios, rehabilitadores, maestros. Sus actividades van dirigidas a mejorar la conciencia en baja visión, exploración e identificación y posterior derivación de casos con baja visión a servicios específicos.

2. **La formación en esta especialidad a distintos profesionales** (médico de atención primaria, oftalmólogo, ópticos, profesores técnicos en rehabilitación). Se trata de proporcionar diagnósticos y tratamientos, refracción, valoración en baja visión prescripción de ayuda ópticas e instrucción en su uso
3. **Desarrollar programas para la detección temprana de las personas con baja visión especialmente niños.** Servicios multidisciplinarios para el diagnóstico de pacientes con necesidades muy complejas. Incluye la prescripción de aparatos complicados y de altas potencia en baja visión, educación especial y entrenamiento en orientación y movilidad, atención psicológica y trabajo social. Este nivel incluye, también, programa de evaluación y/o investigación.
4. **Mejorar la disponibilidad de servicios ópticos y la producción de material de baja visión de bajo costo**
5. **Organizar equipos locales y personal clínico, educadores y rehabilitadores** como servicios baja visión para la atención temprana de los niños y niñas con ausencia total o parcial de visión (Visión 2.002)

1.4 LA ESTIMULACIÓN VISUAL EN NIÑOS CON BAJA VISIÓN

La estimulación visual es una técnica específica que requiere la aplicación de programas especialmente diseñados y llevados a cabo por personal especializado. (eva.utpl.edu.ec/openutpl/ocw/file.php/.../estimulacion_visual.pdf)

El objetivo es hacer que el niño utilice la visión que tiene para provocar el desarrollo de la visión con eficiencia, lo que puede ser realizado con gran variedad de experiencias visuales enriquecedoras en el medio en que el niño actúa, la estimulación visual consigue que un niño se interese por su entorno y quiera explorarlo y quiera saber que es, que le confiera un significado a los estímulos que percibe, de modo que pueda llegar a desarrollar un proceso visual y que este sea potenciado al máximo.(IDEM)

Un niño con visión normal desarrollará la capacidad de ver de una forma espontánea; sin embargo un niño con baja visión, en la mayoría de los casos, no lo hará de forma automática, por ello se le deberá estimular visualmente mediante un

programa sistemático encaminado a desarrollar sus funciones visuales usando al máximo de la capacidad la visión residual lo que desde el punto de vista perceptivo y del aprendizaje significa que cuanto más se mira y se usa la visión más eficacia visual se logra. Por tanto, la visión, es una función aprendida, y su calidad puede mejorarse con entrenamiento durante un periodo de tiempo adecuado. . (IDEM)

Un programa de estimulación visual debe contemplar el diagnóstico oftalmológico del niño que determine las causas de la pérdida de la capacidad visual, del optómetra para saber la cantidad de visión perdida; y el estimulador temprano quien es el responsable de medir las habilidades y necesidades del niño. No se debe olvidar la importancia de la participación de los padres, es un esfuerzo en equipo que requiere paciencia, comprensión y buena comunicación si se quieren conseguir los objetivos propuestos. (IDEM)

El estimulador temprano debe tomar en cuenta los datos proporcionados por el oftalmólogo y optómetra en su programación. Conocer las causas de su discapacidad Si ésta es debida a una enfermedad hereditaria o no y si está indicado tratamiento o Cirugía para solucionar el problema. Del mismo modo tomar las medidas pertinentes respecto a los apoyos que requiere como el uso de gafas u otro tipo de ayudas. (IDEM)

Debe conocer el pronóstico del niño, saber si el niño perderá la visión rápidamente, si tendrá una pérdida de visión central o periférica, si por el contrario mejorará con los años o si debe comenzar a aprender braille como método primario de aprendizaje.

Debe conocer cuál es la visión funcional que utiliza el niño: Así, la visión periférica le permitirá defenderse dentro del aula o en el patio y la visión central le permitirá leer sus libros de texto o escribir en la pizarra si fuera necesario. El objetivo será siempre aumentar el resto visual para hacerlo lo más funcional posible.

En cualquier caso, se adaptarán ayudas visuales de acuerdo con las necesidades específicas de cada niño si éstas van a ayudarle en el óptimo uso de su visión funcional.

El estimulador visual por lo tanto debe atender a sus demandas visuales tanto en casa como en la escuela, adaptando el entorno si fuera necesario: pizarras con fondo blanco o que no provoquen deslumbramiento, prescribiendo telescopios para leerlo que escribe el profesor, situando mesas de plano inclinado sobre un fondo negro, etc.

Un programa de estimulación visual debe determinar necesidades y objetivos a medida que el niño vaya creciendo. Estos serán modificados de acuerdo con su edad y desarrollo. Así, consideraremos los siguientes factores:

- Niños de 0-1 año: necesitarán estimulación visual relacionada con su entorno Familiar inmediato.
- Niños de 1-3 años: se elaborará un programa de orientación y movilidad que se Adapte a sus necesidades. Se les instruirá en la medida de lo posible en el uso de Telescopios para percibir pájaros y animales, ir al circo o contemplar un paisaje.
- Niños en edad escolar: necesitarán ver la pizarra y al profesor. Además requerirán la lectura de libros de texto, y el acceso a bibliotecas. Para solventar los problemas que puedan presentar se prescribirán ayudas visuales, muchas veces incluso por duplicado, para que sean utilizadas tanto en casa como en el colegio. Se tendrá en cuenta que sean manejables y que las puedan llevar plegadas de un sitio a otro.
(IDEM)

Los objetivos siempre deberán ser realistas y fáciles de conseguir. Se valorará la colaboración de padres y profesores a la hora de establecerlos y a medida que el niño vaya creciendo será él mismo quien expresará las necesidades que se le vayan presentando. El apoyo de los padres debe ser decisivo por lo que se debe planificar tareas con ellos para que se involucren en el proceso del programa que se está aplicando. . (IDEM)

▪ **Función del Estimulador Temprano:**

Es el eslabón principal en la planificación del programa de estimulación visual. Sus responsabilidades son las siguientes:

- ⇒ Concertar y realizar una evaluación de la visión funcional. Los resultados deberían proporcionar información adicional, necesaria para la programación.
- ⇒ Interpretar los datos optométricos y oftalmológicos relacionados con el funcionamiento en casa o en el colegio, además de sus efectos sobre la evolución social y emocional del niño.
- ⇒ Crear un plan individual de atención al niño/a.
- ⇒ Recomendará evaluaciones especiales y servicios adecuados para cada niño.
- ⇒ Deberá identificar las necesidades de equipamiento y formación en la utilización del resto visual y de ayudas para la baja visión, destrezas cotidianas, preparación previa a la utilización del bastón, materiales grabados e instrumentos auxiliares que no sean de tipo óptico.
- ⇒ Suministrar información práctica a los interesados, en el hogar y el colegio, sobre el tamaño de los materiales a manejar por el niño si estuviera en edad escolar, y solicitar su modificación y apoyo en las mismas.
- ⇒ Realizar observaciones adicionales y seguimiento con respecto al comportamiento funcional del niño en el colegio (o guardería) y en casa, su adaptación y sus necesidades visuales.(IDEM)

Métodos de evaluación del resto de visión funcional en el niño:

▪ **Programa para Desarrollar Eficiencia en el Funcionamiento Visual**

Existen varios programas desarrollados la Estimulación visual en personas don déficit visual. El Programa para Desarrollar Eficiencia en el Funcionamiento Visual elaborado por Natalie Bárrala es el más utilizado en América Latina

Es el primer método estructurado de estimulación visual. Se utiliza en personas con baja visión de todas las edades, siempre que tengan una edad mental por lo menos de 3 años.

El programa se compone de:

Planilla de observación de conductas visuales (OCV)

Es una guía de observación y registro de las conductas y actitudes. Esta observación se efectúa tanto en interiores como en exteriores, consignando las condiciones ambientales, conductas visuales, etc.

Está dividida en las siguientes áreas:

- actitud hacia la visión
- empleo de las ayudas visuales
- uso de la visión
- abordaje de la tarea visual
- preferencia de iluminación

Procedimiento de valoración diagnóstica (PVD)

Instrumento clínico para obtener información específica del nivel del funcionamiento visual. Comprende 40 ítems que presentan una muestra representativa de las tareas visuales que son necesarias para el funcionamiento eficiente, como por ejemplo, si reacciona ante un estímulo visual, si discrimina, identifica y reproduce figuras abstractas y símbolos, si desarrolla y fortalece el control voluntario de los ojos, etc. Se debe tener en cuenta el nivel cognitivo del sujeto, ya que no se puede funcionar visualmente por encima del nivel de desarrollo perceptivo y cognitivo. Al finalizar la prueba se puede establecer una edad visual aproximada.

Tabla de registro

La información obtenida se anota en la tabla de registro indicando el dominio (+) o no dominio (-) de cada ítem. Para dar como dominado un ítem se requiere que todas las respuestas visuales sean positivas.

Registro final

Toda la información se traslada a este registro en el que se agrupan las tareas visuales. Esto permite planificar el programa de estimulación visual individualizado de forma rápida y eficaz y poder repasar de un solo vistazo esta información cuantas veces sea necesaria.

Índice de planificación

Es un programa de 150 lecciones estructuradas. Las lecciones se organizan en secciones que reflejan las categorías de desarrollo visual. Se realizan sugerencias generales para su uso e ideas para adaptarlo según las características del alumno.

Recomendaciones generales para el desarrollo de un programa de estimulación visual

- ✓ La duración de las sesiones de estimulación puede variar entre 5 y 20 o 30 minutos, dependiendo de la edad, atención y fatiga.
- ✓ Las instrucciones y el vocabulario se deben adaptar al nivel de comprensión de los sujetos.
- ✓ El programa no se puede restringir a las sesiones de trabajo. Se debe buscar la colaboración de otros profesionales, de los padres, haciéndoles partícipes del programa, su naturaleza y objetivos.
- ✓ Al principio parece que algunas personas no serán capaces de funcionar visualmente. Si existe capacidad visual se debe insistir con nuevas actividades.
- ✓ El ritmo y el orden se deben ir adaptando a cada persona.
- ✓ En muchas ocasiones será necesario revisar o reforzar tareas que parecían ya superadas o pasar con rapidez por otras que no supongan ninguna dificultad.
- ✓ En todas las ocasiones se deben utilizar todas las herramientas que contribuyan a la realización de la tarea (ayudas ópticas, iluminación, atril, etc.).
- ✓ Muchas lecciones tendrán que ser adaptadas, en cuanto a la forma o a los materiales para acomodarse a las necesidades de cada sujeto, ya que están diseñadas para un grupo de edad determinada (IDEM)

Áreas específicas de intervención con niños/as con baja visión

La carencia o disminución significativa de la capacidad visual determina, para la persona afectada, la necesidad de encontrar caminos diferentes que le permitan establecer contacto con el mundo circundante, así como utilizar canales perceptivos alternativos para llegar a su conocimiento.

En el diseño del currículo educativo para los escolares ciegos y deficientes visuales será necesario contemplar un área específica que permita a estos alumnos las habilidades básicas precisas que les permitan desenvolverse como personas independientes.

Esta área específica quedarían encuadrada bajo el epígrafe de Autonomía personal, e incluye las actividades relacionadas con el logro de una vida independiente: desplazamientos seguros, realización de las tareas de la vida cotidiana, tanto en el ámbito del hogar como en la Escuela. (Verónica Maldonado 2004).

- **Las técnicas de orientación y movilidad y las habilidades de la vida diaria.**

La ceguera y la deficiencia visual desencadenan una serie de efectos de gran trascendencia en la autonomía de las personas. El desempeño de actividades cotidianas como pasear, desplazarse al lugar de estudio, llamar por teléfono o comer, se convierte, al no contar con una adecuada capacidad visual, en una tarea dificultosa pues se encuentran con la imposibilidad de observar, de forma natural, modelos pertenecientes al grupo de iguales o al de los adultos.

Antes de iniciarse la instrucción formal de las habilidades de orientación y movilidad (OyM) y de la vida diaria (HVD) es necesario que el sujeto cuente, en su repertorio de conductas, con una serie de competencias de carácter perceptivo, motor y

cognitivo, que le permitan acceder a la enseñanza de destrezas complejas de desplazamiento y de la vida diaria.

La orientación se define como el proceso, mediante el cual, la persona emplea los sentidos para establecer su posición y relación con los demás objetos significativos del medio y la movilidad como la disposición y facilidad para desplazarse en el entorno.

El entrenamiento formal en orientación y movilidad favorece que el niño adquiera, progresivamente, habilidades que le permitan llevar a cabo tareas propias de su grupo de edad, facilitándose la integración social y un impacto positivo en el auto concepto. La capacidad para desarrollar la conciencia del entorno por parte de una persona ciega, es consecuencia de la concentración y de la práctica después de un periodo de aprendizaje.

Los componentes de los programas de movilidad formal contemplan actividades diversas tales como: sistemas de desplazamiento con un guía experto, métodos de utilización de auxiliares de movilidad (bastones, ayudas electrónicas, ayudas ópticas), procedimientos de realización de cruces, estrategias de interacción con el público, etc. La selección de ambientes de enseñanza propicios y ordenados en dificultad, la posición del especialista con respecto al alumno y el aprendizaje en sí de las técnicas, constituyen las tres variables que han de conjugarse en la enseñanza de las habilidades de orientación y movilidad. Las necesidades de desplazamiento autónomo varían en las personas de acuerdo con la edad y las normas sociales al uso, por esta razón, la enseñanza de la orientación y movilidad a los niños con problemas visuales ha de darse de forma progresiva en el marco de un proceso continuo en el que se agreguen nuevos logros a partir de necesidades y requerimientos actuales.

El término habilidades para la vida diaria se refiere a un grupo variado de competencias relativas al comportamiento habitual y cotidiano de las personas (higiene y arreglo personal, desenvolvimiento en la mesa, realización de las tareas domésticas, etc.)

Los contenidos de los programas de enseñanza de las habilidades de la vida diaria a los niños ciegos y deficientes visuales, integran aspectos comunes con la población general y otros, de carácter particular, inherentes a las necesidades especiales que se derivan de la pérdida total o parcial de la visión. Como en el caso de las habilidades de orientación y movilidad, la adquisición de los hábitos de la vida diaria, ha de producirse en diferentes momentos del desarrollo tomando como referencia normas evolutivas estándar y las exigencias de carácter social.

El estudio del ambiente en donde se va a dar la enseñanza y/o la posterior generalización de los comportamientos adquiridos, la evaluación del funcionamiento y la utilización de la visión que el alumno realiza y los métodos y estrategias que han de seguir para propiciar el aprovechamiento óptimo del remanente visual, constituyen los componentes básicos del programa de enseñanza a este sector de población.

(Laura Pastor, 2004)

Los materiales para la estimulación visual

Los materiales requeridos algunos de ellos son comercializados al tratarse de recursos didácticos de uso general. Algunos materiales de la vida diaria son de muy fácil adquisición. Pero otros requieren de una elaboración manual.

Los materiales deben tomar en cuenta los principios de contraste, tamaño, color, simplicidad de formas, no demasiada información visual, elementos básicos de los programas específicos.

En el mercado se encuentra los materiales de Lilly y Gogo programa multimedia que contiene un conjunto de materiales: películas de vídeo, objetos, láminas con ilustraciones, juegos de ordenador, y otros. Sobre los juegos de ordenador se utilizan para su diseño el mismo material gráfico empleado en los demás soportes. La justificación que los autores realizan para la elaboración de este medio estriba en la motivación para los niños, sólo comparable a ver la televisión. Alguno de los juegos propuestos permite la realización de dibujos, o la selección de objetos que aparecen al azar por pantalla, etc., con la finalidad de entrenar la visión, aprovechando sus

posibilidades interactivas. A su vez, se pretende enseñar al niño técnicas de búsqueda visual y, al mismo tiempo, puede ser útil como herramienta de diagnóstico para detectar posibles deterioros del campo visual. (Rovezzi, Gabriela 2008)

▪ ESTIMULACIÓN VISUAL Y LAS AYUDAS ÓPTICAS

Las ayudas ópticas son instrumentos que ayudan al desarrollo de la visión, por eso es importante para la ejecución de un programa de estimulación visual contar con estas ayudas.

Casi todos los tipos de ampliación óptica que se usan con personas de baja visión tienen algunas características comunes. Todas influyen:

- el ángulo de enfoque y/o distancia,
- la distancia para trabajar,
- el campo de visión,
- la duración de los movimientos de ojos o cabeza,
- la claridad (exactitud) de la imagen visual.

Los anteojos, ya sean simples o bifocales, son aquellos que se usan sobre la cara. Algunos sujetos con baja visión llevan siempre anteojos y a éstos le agregan otras ayudas ópticas cuando así lo requieren. Para reducir el reflejo hay algunos anteojos coloreados o con filtros laterales. Hay otros lentes que se colocan en la cara pero se usan sólo para tareas que requieren visión de cerca. Es muy difícil movilizarse con anteojos que llevan una fuerte corrección. Muy raramente los anteojos mejoran la visión central (a pesar de llevar un aumento muy grande) cuando la visión de distancia es muy pobre (Faye, 1972).

Aun cuando se usan lentes correctivas, el uso de lupas manuales puede ser útil para muchos individuos. En realidad, las lupas de mano pueden llegar a ser las únicas ayudas para personas con muy baja visión.

El poder de ampliación de las lupas manuales puede variar entre 3 y 10 dioptrías o más. Generalmente se usan para realizar tareas de corta duración y son

aconsejables porque no son costosas, son pequeñas y pesan poco. Hay lentes simples, dobles y hasta triples, los cuales requieren un entrenamiento especial para ser empleados con eficiencia. Los diferentes tamaños y estilos a veces crean problemas para ser usados por niños pequeños o por ancianos, porque deben sostenerse a una determinada distancia de los objetos para evitar distorsiones. Otra característica de estas lupas es que cuanto más es su poder óptico más se reduce el campo visual. Las personas maduras a menudo las llevan para mirar rápidamente ciertas cosas, como precios en una tienda, referencias en una biblioteca, etc.

Hay dos tipos de lupas fijas -con foco fijo o foco variable-. Las que tienen foco fijo están insertas en un soporte de determinada altura que se coloca sobre los objetos de forma tal que hay una distancia fija del objeto a la lente. Estas tienen la ventaja que proporcionan un campo visual mayor para la lectura o para realizar un trabajo detallado. Las más pequeñas permiten un campo restringido pero se pueden mover sobre el escrito; las grandes son pesadas y cómodas sólo para ser colocadas sobre el escritorio o el escrito. Para quienes necesitan mucha ampliación son más aconsejables las lupas de mano.

Las lupas con focos variables frecuentemente están unidas a un brazo móvil el cual puede ser ajustado según la altura y el ángulo deseable, pudiéndose acercar o alejar del material según las circunstancias. Acercando el lente a los ojos y alejándolo del material se aumenta el tamaño de la imagen y se amplía el campo de visión. Las lupas que van sobre toda una página, que no pueden ser adaptadas, no son útiles para quienes tienen una visión muy reducida.

Algunos especialistas opinan que las lupas deben ser prescriptas según las necesidades de cada individuo. Sin embargo, estos materiales deben estar a disposición de los estudiantes en las escuelas o centros de entrenamiento de forma tal que puedan probarlas y emplearlas según las necesidades y los beneficios que las mismas le prestan. En lugares en donde no hay clínicas para baja visión o suficientes oftalmólogos es conveniente contar con un grupo de lupas fijas y/o de mano para prueba.

Las ayudas para distancia incluyen las gafas convencionales, lentes de contacto y los lentes telescópicos. Los lentes telescópicos hacen que los objetos

parezcan más grandes y más cercanos; constituyen el medio óptico más fácil para mejorar la visión de lejos cuando esto no se logra con lentes comunes. La principal objeción hacia estos lentes es que el campo de visión se reduce en proporción al poder del lente. Algunos telescopios se adhieren a la parte superior de las gafas comunes y son sólo convenientes para personas que pueden adaptarse con facilidad a las variables perceptivas y emocionales que origina el uso de tales elementos.

Los telescopios de mano se usan con diferentes propósitos, tales como observar el desarrollo de un juego deportivo, leer el nombre de una calle, ver las luces del tránsito o leer la pizarra. Friedman (1976) sugiere que todo alumno con baja visión (de 5 a 13 años) debe ser evaluado para el posible uso de una ayuda óptica en la escuela, especialmente ayudas telescópicas, que permiten al estudiante obtener información del medio que le rodea más allá del trabajo en el aula.

Se deben mencionar otras dos ayudas fijas: la pantalla-visor con proyector se utiliza combinándola con diapositivas y películas y suele ser muy útil para quienes no alcanzan a ver las imágenes en una pantalla común. Los sistemas de circuito cerrado de TV (lupas TV), permiten que algunos sujetos con baja visión puedan leer lo impreso y sus propios escritos cuando ninguna otra ayuda óptica logra agrandar suficientemente los símbolos impresos. (Robezzi Gabriela 2008).

CAPITULO 2

2 DIAGNÓSTICO.

2.1 SITUACION ACTUAL DE LOS NIÑOS CON BAJA VISION EN EL CANTON SAN LORENZO

La situación de los niños con baja visión en San Lorenzo es preocupante, la falta de atención y el desconocimiento de la discapacidad visual, son notables. No existen servicios de salud primarios que ayuden a los padres a reconocer las dificultades que los niños presentan y el único servicio educativo existente, que es el del Instituto de Educación Especial “Nuevos Pasos” solo brinda atención temprana a los niños/as menores de 6 años. Este servicio no se especializa en la rehabilitación visual, ni cuenta con profesionales y docentes capacitados en el área.

La condición cultural de los padres (analfabetos y semianalfabetos) y la pobreza son factores que abonan esta situación, pues no tienen idea de cómo ayudar a sus hijos, desconocen las causas que originan las dificultades por las que atraviesan y unos asumen esta situación con resignación, otros con desinterés por lo que creen que hay poco que hacer, no están convencidos de que sus hijos mejoren y son poco colaborativos. Pero también hay una minoría que está dispuesta a colaborar con lo que se pueda.

Para los docentes del Instituto la presencia de niños/as con dificultades visuales acarrea serias dificultades, pues de hecho están en las aulas, pero requieren de procesos de estimulación visual previos para mejorar sus aprendizajes.

Se han detectado 60 niños /as con baja visión en el Cantón San Lorenzo, 40 son niños y 20 niñas con edades comprendidas de 0 meses a 5 años; de esta población asisten al Instituto de Educación especial Nuevos Pasos 15 estudiantes que reciben atención educativa en educación inicial y estimulación temprana en general. El resto de niños pasan en sus casas, especialmente porque los padres de familia no se

responsabilizan de llevarles a diario al Instituto de Educación Especial Nuevos Pasos, unos dicen que por no tener los recursos económicos y viven en zonas alejadas, por que no les interesa que sus hijos sean atendidos.

5 niños entre 4 y 5 años han sido incluidos en las escuelas de la localidad tomando en cuenta que no les prestan las garantías y el cuidado que ellos necesitan.

Es importante por tanto investigar la necesidad de implementar un programa de estimulación visual para niños y niñas de 0 a 6 años, auscultar la opinión de los padres de familia y de los docentes de la institución.

2.2 METODOLOGIA

Se aplicaron encuesta a los docentes y a los padres de familia, así como una ficha de observación sobre la baja visión de los niños/as, para obtener información sobre la necesidad de implementar un servicio de estimulación visual en el Instituto de Educación Especial “Nuevos Pasos”

. Esta investigación permitió hacer un análisis crítico de las dificultades que presentan los niños/as con discapacidad visual, baja visión y las ayudas que recibirán los niños/as y la comunidad. Los métodos utilizados fueron Deductivo-Inductivo.

2.3 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

ENCUESTA A DOCENTES DE EDUCACION ESPECIAL

Distinguido compañero/a:

Con el propósito de obtener valiosa información sobre la necesidad de implementar el Servicio de Estimulación visual en el Instituto de Educación Especial “Nuevos pasos”. Le solicitamos se digne en contestar el siguiente cuestionario.

1.- ¿Con qué grupo de niños trabaja?

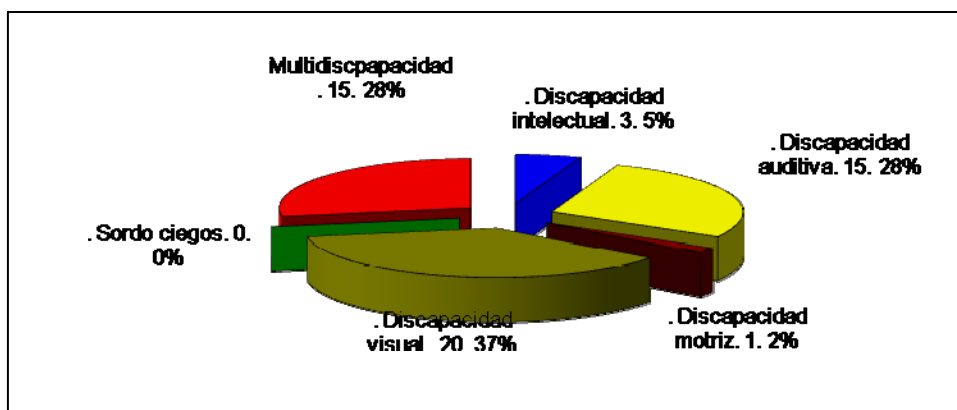
TABLA N° 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad intelectual	02	18.18%
Discapacidad auditiva	01	9.09%
Discapacidad motriz	03	27.27%
Discapacidad visual	04	36.36 %
Sordo ciegos	00	0,00 %
Multidiscapacidad	01	9.09%
TOTAL	11	100.00%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial
Elaboración: Ayoví Medina Tanya.

GRÁFICO N° 1

¿Con qué grupo de niños trabaja?



Interpretación y análisis.- De los 11 docentes encuestados 4 trabajan con discapacidad visual, lo que demuestra que en la institución existen más estudiantes con discapacidad visual, seguido de la discapacidad auditiva y la Multidiscapacidad, lo que significa que hay mayor prevalencia de los déficits sensoriales.

2.- ¿Cuáles han sido los principales problemas para cumplir con su trabajo docente?

TABLA N° 2

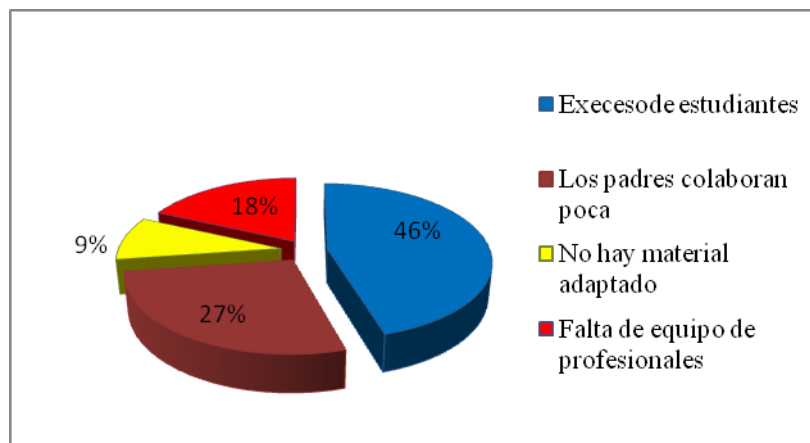
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Exceso de estudiantes en el aula	05	46%
Los padres colaboran poco	03	27 %
No hay material adaptado	01	9 %
Falta de equipo de profesionales	02	18 %
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya.

GRÁFICO N° 2

¿Cuáles han sido los principales problemas para cumplir con su trabajo docente?



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Cuáles han sido los principales problemas para cumplir con su trabajo docente? 5 contestaron exceso de estudiantes en el aula, 3 contestaron Los padres no colaboran, 1 contestó no hay material adaptado y 2 contestaron falta de equipos profesionales. Esto nos demuestra que no hay suficientes docentes para dar una atención de calidad en el establecimiento, seguido de la poca colaboración de los padres.

3.- ¿En su opinión para trabajar con estudiantes con discapacidad visual / baja visión es necesario realizar un Programa Educativo Individual?

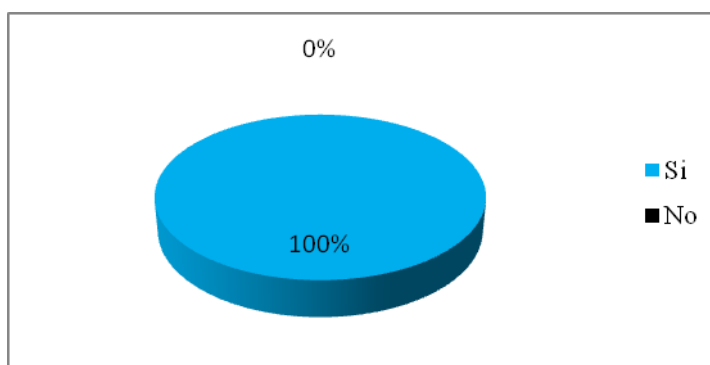
TABLA N° 3

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100%
No	00	00%
Total	11	100.%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 3



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿En su opinión para trabajar con estudiantes con discapacidad visual baja visión es necesario realizar un Programa Educativo Individual? 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron Si, 0% profesores(as) contestaron No. Esto significa que los docentes conocen que el trabajo centrado en la persona es la mejor estrategia para el trabajo con estudiantes con discapacidad visual.

4.-Para el Programa Educativo Individual que aspectos debe considerar:

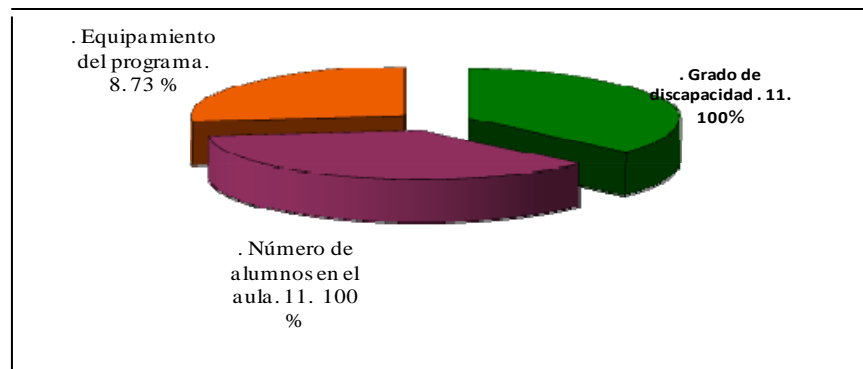
TABLA N° 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Grado de discapacidad	11	100.00%
Número de alumnos en el aula	11	100.00%
Equipamiento del programa	08	72,72%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 4



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Para el Programa Educativo Individual que aspectos debe considerar? 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron el Grado de discapacidad, 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron Número de alumnos en el aula y 8 profesores(as) que representan al 73% contestaron equipamiento del programa. Las respuestas de los encuestados demuestran que conocen los elementos del programa educativo individual porque sugieren buenas alternativas.

5.-Quién realiza la evaluación y el seguimiento del Programa Educativo Individual

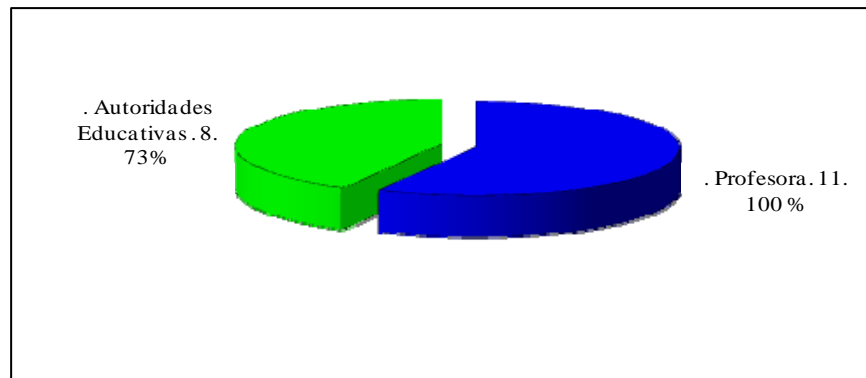
TABLA N° 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Profesora	11	100.00%
Autoridades educativas	08	72.73%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 5



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Quién realiza la evaluación y el seguimiento del Programa Educativo Individual? 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron la profesora de estimulación visual y 8 profesores(as) que representan el 73% contestaron las Autoridades Educativas de la Institución. Esto significa que además de la maestra responsable de la estimulación visual, también las autoridades del plantel hacen seguimiento, porque son los coordinadores directos de este programa.

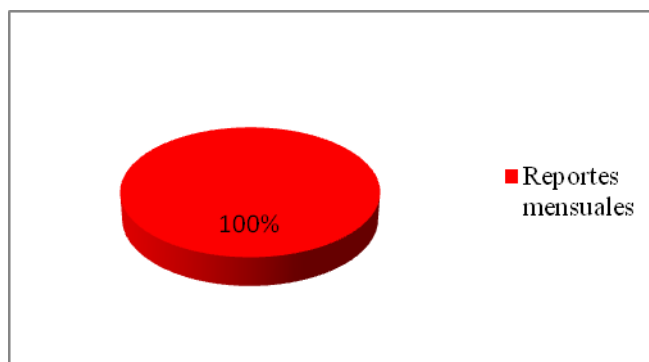
6.- ¿Cómo Informa a los padres sobre los avances, logros o dificultades de sus hijos?

TABLA N° 6

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Reportes mensuales	11	100%
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial
Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 6



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Cómo Informa a los padres sobre los avances, logros o dificultades de sus hijos? Los 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron reportes mensuales. Lo que significa que la totalidad de docentes informan a los padres de familia mediante reuniones y reportes mensuales tomando en cuenta que son los mejores mecanismos para mantener un diálogo informativo, receptar las inquietudes y orientar las actuaciones de los padres

7.- ¿Cómo cree que se sienten los estudiantes que tienen dificultades visuales, baja visión que asisten a la escuela?

TABLA N° 7

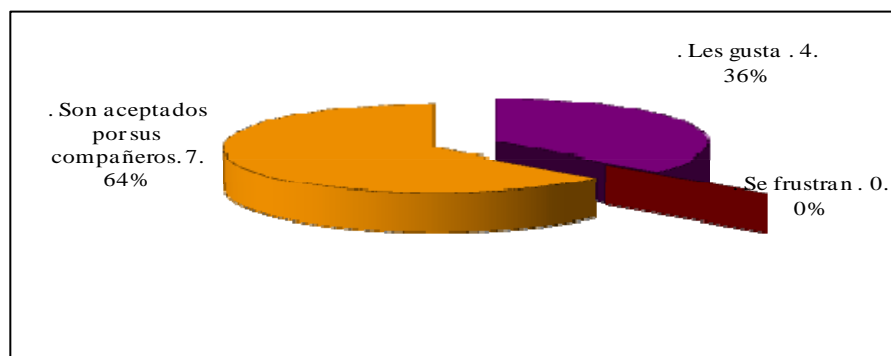
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Les gusta	04	36.36%
Se frustran	00	00.00%
Son aceptados por sus compañeros	07	63,64%
Total	11	100.00%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 7

¿Cómo cree que se sienten los estudiantes que tienen dificultades visuales /baja visión asisten a la escuela?



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Cómo cree que se sienten los estudiantes que tienen dificultades visuales /baja visión asisten a la escuela? 4 profesores(as) que representan el 36% contestaron les gusta, 0 profesores(as) que representan el 00% contestaron se frustran y 7 profesores que representan el 64% contestaron Son aceptados por sus compañeros. Todos los docentes opinan que los estudiantes se sienten en un buen ambiente y les gusta asistir al centro.

8.-Le gustaría que hubiera un servicio de estimulación visual en el Instituto de educación Especial.

TABLA N° 8

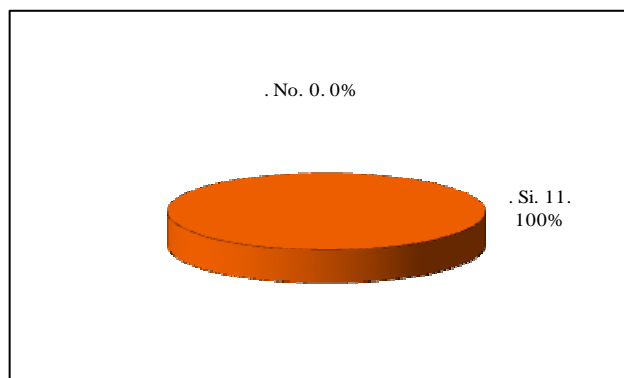
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	100.00%
NO	00	00.00%
Total	11	100.00%

Fuente: Encuesta a 11 profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 8

Le gustaría que hubiera un servicio de estimulación visual en el Instituto de educación Especial.



Interpretación y análisis En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta: Le gustaría que hubiera un servicio de estimulación visual en el Instituto de Educación Especial 11 profesores(as) que representan el 100% contestaron si, 0 profesores(as) que representan el 00% contestaron no. Estas respuestas de los encuestados nos indican que los profesores están de acuerdo que exista un programa de estimulación visual en el centro educativo, pues consideran que es de suma importancia en el Cantón.

9.- ¿Por qué le gustaría que existiera un programa de Estimulación Visual en su Centro de Educación Especial?

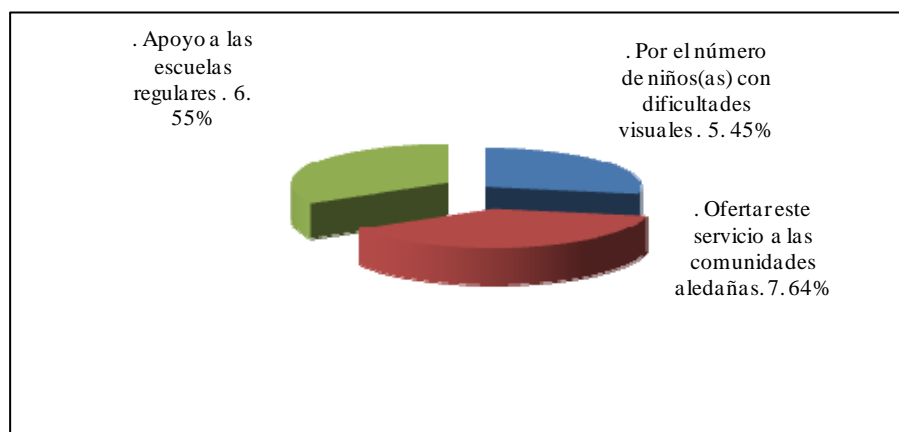
TABLA N° 9

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Por el número de niños(as) con dificultades visuales	05	45.45%
Ofertar este servicio a las comunidades aledañas.	07	63.64%
Apoyo a las escuelas regulares	06	54.55%

Fuente: Encuesta a profesoras (es) de educación especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 9



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores(as) sobre la pregunta ¿Por qué le gustaría que existiera un programa de Estimulación Visual en su Centro de Educación Especial? 5 profesores(as) que representan el 45% contestaron por el número de niños(as) con discapacidad, 7 profesores(as) que representan el 64% contestaron Ofertar este servicio a las comunidades aledañas. Y 6 profesores(as) que corresponden al 55% contestaron, apoyo a las escuelas regulares. Estas respuestas de los encuestados se interpretan que los profesores tienen razones valideras para solicitar este servicio en el centro educativo.

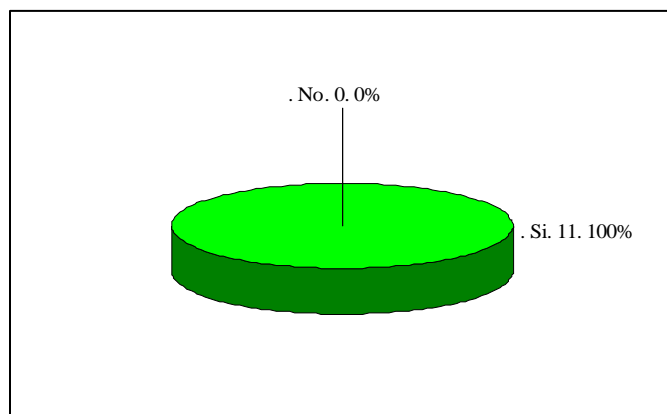
10.-Usted ha recibido capacitación en los últimos años

TABLA N° 10

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	100.00 %
No	00	00.00 %
TOTAL	11	100.00 %

Fuente: Encuesta a 11 profesores/as del Educación Especial
Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 10



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores que representan el 100% sobre la pregunta Usted ha recibido capacitación en los últimos años, 11 profesores(as) que representa al 100 % contestó Si y 00 profesores contestaron No. Los datos obtenidos se interpretan que los profesores se encuentran actualizados en su capacitación profesional de discapacidades.

11.- ¿Indique en qué temas le interesaría capacitarse?

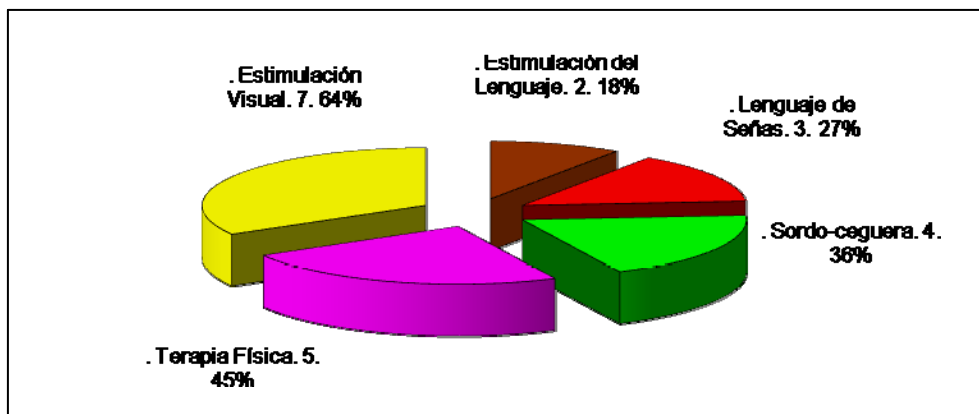
TABLA N° 11

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Estimulación del lenguaje	02	18.18 %
Lenguaje de señas	03	27.27 %
Sordo-ceguera	04	36.36 %
Terapia Física	05	45.45%
Estimulación visual	07	63.63 %

Fuente: Encuesta a profesores/as de Educación Especial

Elaboración: Ayoví Medina Tanya

GRÁFICO N° 11



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 11 profesores que representan el 100% sobre la pregunta ¿Indique en qué temas le interesaría capacitarse? 2 profesores que representa al 18% contestaron Estimulación del lenguaje, 3 profesores(as) que representan el 27% contestaron lenguaje de señas, 4 profesores que representa al 36% contestaron Sordo-ceguera, 5 profesores(as) que corresponden al 45% contestaron Terapia Física y 7 profesores que representan el 64% contestaron Estimulación Visual. Esto implica que en el instituto de educación especial debe ofertar esta capacitación a los profesionales para que brinden una mejor atención a los niños/as discapacitados en diversas áreas para cubrir las necesidades existentes, es claro que la capacitación es una necesidad.

2.4 CONCLUSIONES

- En la institución existen mayor prevalencia de los déficits sensoriales.
- En el centro educativo no hay suficientes docentes para dar una atención de calidad individualizada
- Los docentes tiene las destrezas adecuadas para la elaboración del Programa educativo individualizado en atención a las necesidades de la población con discapacidad visual y baja visión.
- Los docentes mantienen reuniones mensuales para informar, receptar y orientar a los padres de familia sobre los avances de sus hijos.
- Los docentes opinan que los estudiantes se sienten contentos en el centro.
- En su mayoría los docentes opinan que debe haber un programa de estimulación visual por el número de niños(as) con discapacidad, que apoye a la comunidad y a los docentes regulares.
- La necesidad de capacitación es latente, pues a los docentes les gustaría capacitarse en Estimulación del lenguaje, lenguaje de señas, Sordo-ceguera, Terapia Física, Estimulación Visual. Esto implica que en el instituto de educación especial debe ofertar esta capacitación a los profesionales para que brinden una mejor atención a los niños/as discapacitados en diversas áreas para cubrir las necesidades existentes.

ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN VISUAL Y PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ESTIMULACIÓN VISUAL.

1. ¿Sabe usted qué es la deficiencia visual?

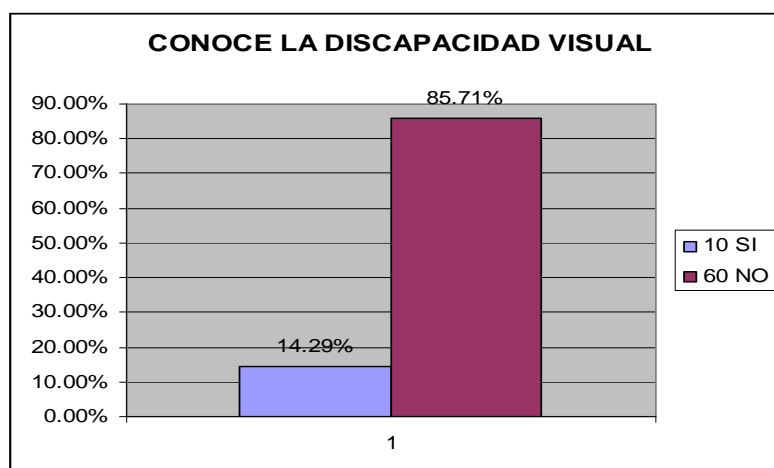
TABLA N° 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	14.29 %
NO	60	85.71 %
TOTAL	70	100.00 %

Fuente: Encuesta a 11 padres de familia de San Lorenzo.
Elaboración: Ayoví Tanya

GRÁFICO N° 1

¿Sabe usted qué es la deficiencia visual?



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 70 padres de familia de San Lorenzo que representan el 100% sobre la pregunta ¿Sabe usted qué es la deficiencia visual? 10 padres de familia que representan el 14% respondieron Si y 60 padres de familia que representan el 85.71 % respondieron No. Es decir que la gran mayoría desconoce lo que significa la discapacidad visual y baja visión, por tanto no saben como ayudar a sus hijos.

2. ¿Conoce usted la incidencia de la deficiencia visual en el aprendizaje de sus hijos?

TABLA N° 2

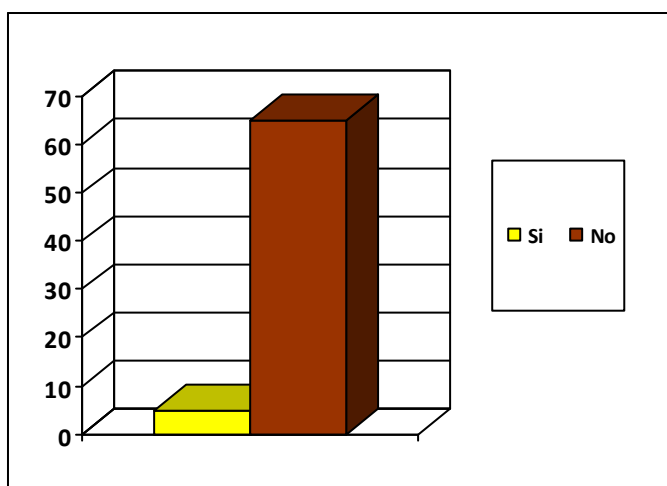
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	05	07.14 %
No	65	92.86 %
TOTAL	70	100.00 %

Fuente: Encuesta a padres de familia de San Lorenzo.

Elaboración: Ayoví Tanya

GRÁFICO N° 2

¿Conoce usted la incidencia de la deficiencia visual en el aprendizaje de sus hijos?



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 70 padres de familia de San Lorenzo que representan el 100% sobre la pregunta ¿Conoce usted la incidencia de la deficiencia visual en el aprendizaje de sus hijos? 5 padres de familia que representan el 7.14% respondieron Si y 65 padres de familia que representan el 92.86% respondieron No. Esto significa que los padres de familia no tienen conocimiento de cuanto puede influir la discapacidad visual en el aprendizaje de sus hijos, esto corrobora la información del ítem anterior

3. ¿Permitiría usted realizarle un test de evaluación visual a su(s) hijo(s), hija(s)?

TABLA N° 3

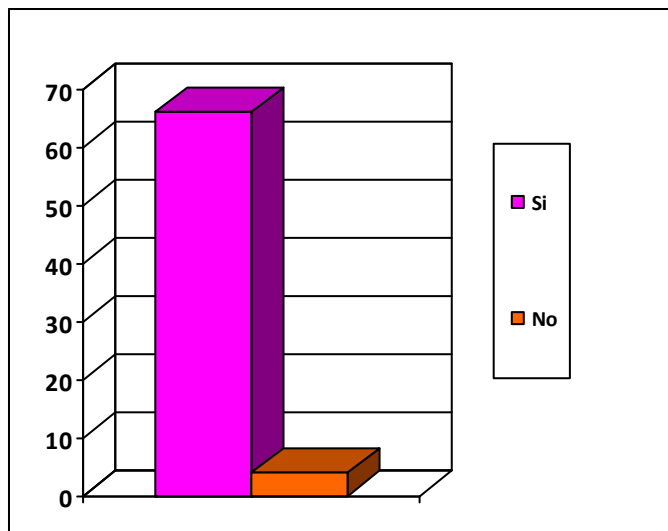
Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	94.29 %
No	04	05.71 %
TOTAL	70	100.00 %

Fuente: Encuesta a padres de familia de San Lorenzo.

Elaboración: Ayoví Tanya

GRÁFICO N° 3

¿Permitiría usted realizarle un test de evaluación visual a su(s) hijo(s), hija(s)?



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 70 padres de familia de San Lorenzo que representan el 100% sobre la pregunta ¿Permitiría usted realizarle un test de evaluación visual a su(s) hijo(s), hija(s)? 66 padres de familia que representan el 94.29% respondieron Si y 04 padres de familia que representan el 5.71 % respondieron No. Esto significa que los padres de familia a pesar de desconocer todo sobre la deficiencia visual si están dispuestos a permitir que sus hijos se sometán a un test de evaluación visual.

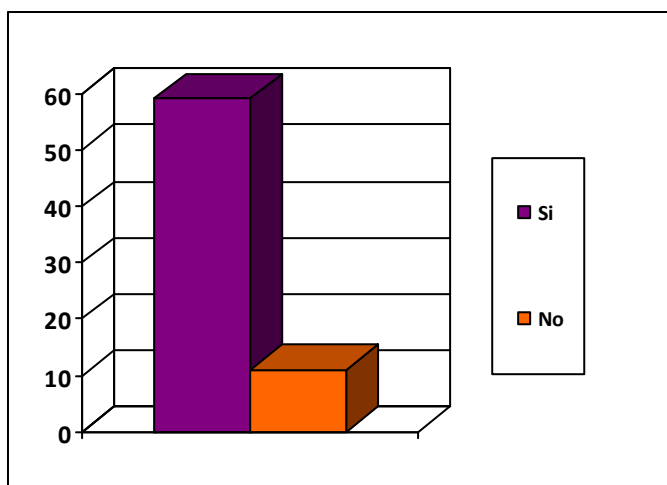
4. ¿En caso de que su(s) hijos(as) tengan problemas de deficiencia visual, permitiría que asista a un programa de estimulación visual?

TABLA N° 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	84.29 %
No	11	15.71 %
TOTAL	70	100.00 %

Fuente: Encuesta a padres de familia de San Lorenzo.
Elaboración: Ayoví Tanya

GRÁFICO N° 4



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 70 padres de familia de San Lorenzo que representan el 100% sobre la pregunta ¿En caso de que su(s) hijos(as) tengan problemas de deficiencia visual, permitiría que asista a un programa de estimulación visual? 59 padres de familia que representan el 84.29 % respondieron Si y 11 padres de familia que representan el 15.71 % respondieron No. Esto significa que la mayoría de padres de familia estarían dispuestos a permitir que sus hijos reciban atención especializada en un programa de estimulación visual.

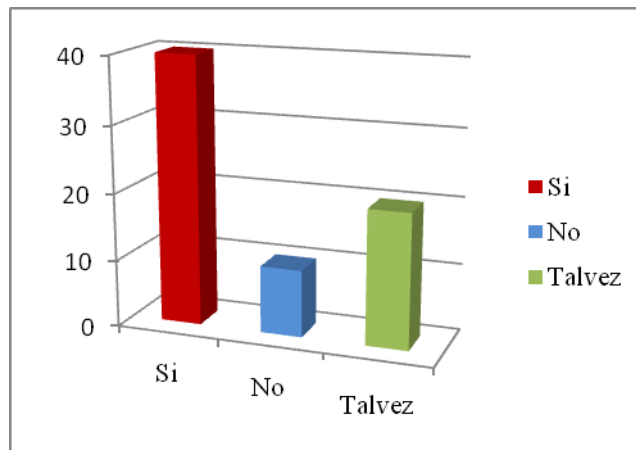
5. ¿Estaría usted dispuesta (to) a invertir \$5,00 como colaboración para la confección de materiales en el programa de estimulación visual?

TABLA N° 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	57.14 %
No	10	14.29 %
Talvez	20	28.57 %
TOTAL	70	100.00 %

Fuente: Encuesta a padres de familia de San Lorenzo.
Elaboración: Ayoví Tanya

GROFICO N° 5



Interpretación y análisis.- En la tabla se representan los resultados obtenidos al consultar a 70 padres de familia de San Lorenzo que representan el 100% sobre la pregunta ¿Estaría usted dispuesta(to) a invertir \$5,00 como colaboración para la confección de materiales en el programa de estimulación visual? 40 padres de familia que representan el 51.14 % respondieron Si, 10 padres de familia que representan el 14% respondieron No y 20 padres de familia que representan el 28.57 % respondieron Talvez. Esto significa que los padres de familia desconocen pero están abiertos y podrán pagar el 2% del salario mínimo.

CONCLUSIONES

1. Los padres de familia desconocen las características de la deficiencia visual y lo que esta puede influir en el aprendizaje de sus hijos.
2. Los padres de familia a pesar de desconocer todo sobre la deficiencia visual si están dispuestos a que sus hijos se sometan a un test de evaluación visual.
3. La mayoría de padres de familia estarían dispuestos a que sus hijos reciban atención especializada en un programa de estimulación visual.
4. Un considerable porcentaje de padres de familia están dispuestos a pagar un salario mínimo.
5. Por tanto los padres de familia están interesado en la implementación de un servicio de Estimulación visual en el Instituto.

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA BAJA VISIÓN APLICADA A PADRES DE FAMILIA

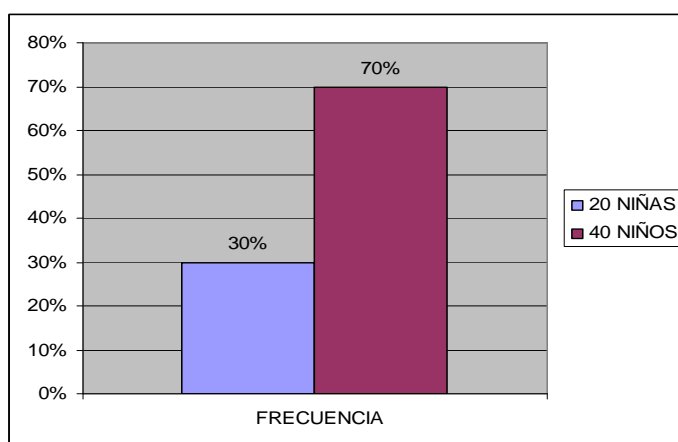
Se aplicó la ficha de observación de la baja visión a 70 padres de familia. De esta aplicación encontramos a 60 niños que presentan dificultades visuales:

1. **20 niñas y 40 niños entre 0 a 5 años haciendo un total de 60 niños detectados.**

Tabla N° 1

NIÑAS	FRECUENCIA
20 niñas	30 %
40 niños	70%

GRAFICO 1



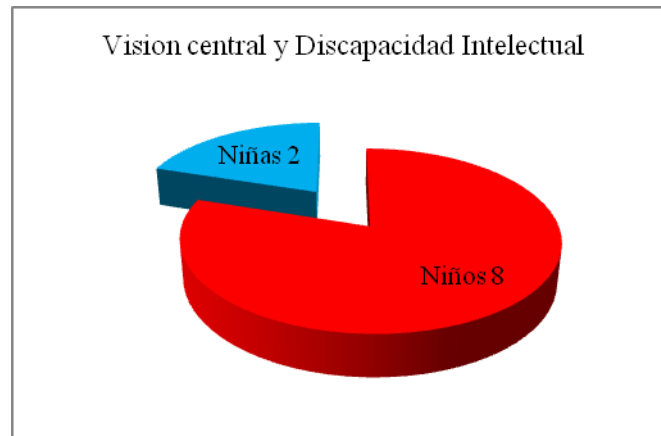
Interpretación y análisis: De los encuestados encontramos que el 70% corresponde a niños y el 20% a niñas. Esto significa que la mayor prevalencia se encuentra en los varones.

2. 8 niños presentan visión central y discapacidad intelectual
2 niñas presentan visión central

TABLA 2

8 niños	Visión central y discapacidad intelectual
2 niñas	Visión central y discapacidad intelectual

GRAFICO 2



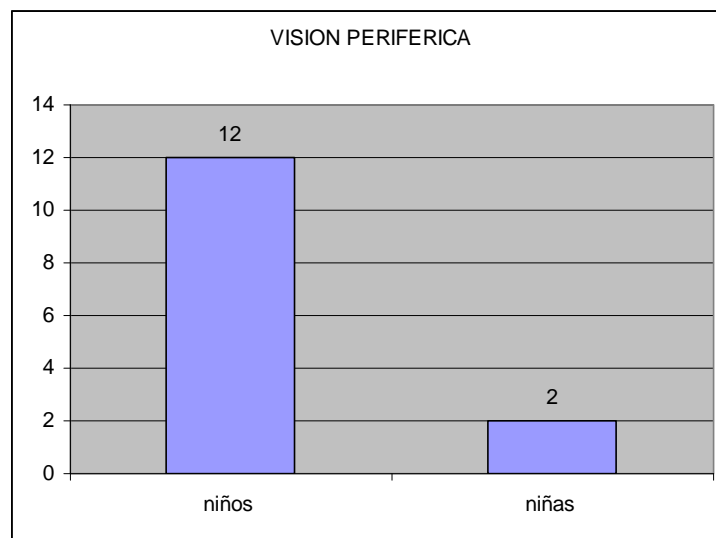
Interpretación y análisis De los 60 niños encontramos 8 niños que presenta Visión Central y además discapacidad intelectual y representan el 13.33% y 2 niñas con las mismas deficiencias y representa el 3.33 %. Esto significa que los 10 niños tienen multidiscapacidad que debe ser atendida.

3. 12 niños y 8 niñas presentan visión periférica

TABLA 3

12 niños	Visión periférica
2 niñas	Visión periférica

GRÁFICO 3



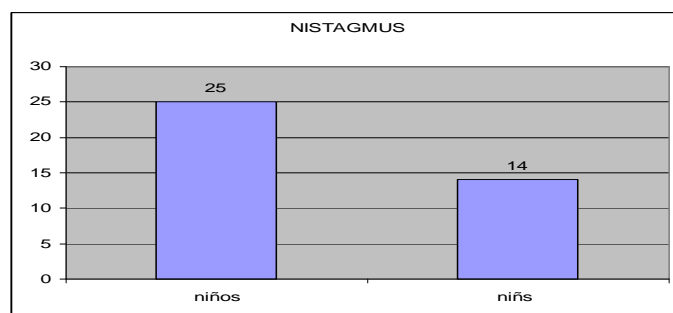
Interpretación y análisis: De los 60 niños detectados encontramos 12 niños y 2 niñas que presentan visión periférico. Esto corrobora el dato inicial que son los varones los más afectados.

4. 25 niños y 14 niñas presentan nistagmus

TABLA 4

25 niños	Nistagmus
14 niñas	Nistagmus

GRAFICO 4

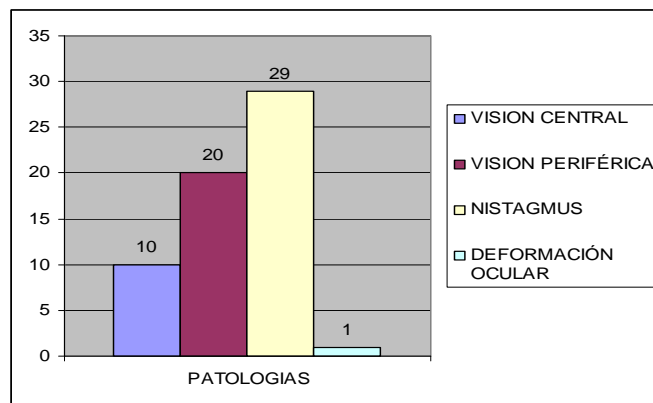


Interpretación y análisis De los 60 niños detectados 25 niños y 14 niñas presentan nistagmus. Nuevamente se aprecia que los varones son los más afectados que las niñas

5. 1 niño presenta deformación del los glóbulos oculares

5 TABLA COMPARATIVA Y CONCLUSIONES

PATOLOGIAS	FRECUENCIA
Visión central	10
Visión periférica	20
Nistagmus	29
Deformación ocular	1



CONCLUSIONES:

De los 60 estudiantes encontramos que la mayor patología son las dificultades con la visión central y periférica seguidas del nistagmus.

CAPÍTULO 3

3 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

3.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Título del Proyecto.

“Implementación de un programa de estimulación visual para niños/as de 0 a 6 años con baja visión, en el instituto fiscomisional Nuevos Pasos del Cantón San Lorenzo”.

Ubicación del proyecto.

El Instituto de Educación Especial Nuevos Pasos - barrio Kennedy, entre la Av. Carchi y Amazonas, Parroquia Urbana, Cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas.

Población Beneficiaria.

- Los Beneficiarios directos del proyecto son los niño de 0 a 6 años del Cantón San Lorenzo.
- Los Beneficiarios indirectos son: las familias, su entorno y la comunidad del Cantón.

3.2 MARCO INSTITUCIONAL DE LA PROPUESTA.

El Instituto Fisco Misional de Educación Especial Nuevos Pasos es un centro de educación especial que brinda atención en el área pedagógica de primero a quinto año, de educación básica, en el área de audio y lenguaje, en el área funcional y autonomía, estimulación temprana, terapia física, medicina general y servicio de neurología, refuerzos pedagógico, servicio de transportes, el almuerzo escolar, talleres de arreglos para el hogar, carpintería, agronomía, belleza, pintura y computación, terapia física y la hidroterapia, ..

Está construido en media hectárea de tierra entre el hospital y el antiguo colegio artesanal, cuenta con 5 aulas pedagógicas, además una aula de audiovisuales, dos de autonomía, una de estimulación temprana, una de computación, el aula de terapia física, un consultorio de medicina general con una oficina de directiva, una administrativa un espacio del comedor, la cocina y dos bodegas donde se guardan todo lo que es material en general un espacio de reuniones, 5 cuartos de baños.

En el exterior se encuentran las antiguas aulas del artesanal, un espacio grande llamado el galpón donde funciona el taller de carpintería, el aula de juegos de recreación y un aula de autonomía, la cancha, el parque de recreación, los espacios verdes con los jardines y el área de las parcelas agrícola un parqueadero y el garaje.

Misión

El Instituto Fiscomisional Gratuito de Educación Especial Nuevos Pasos, tiene la misión de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas con capacidades especiales y su entorno, mediante procesos en valores, pedagógicos, rehabilitativos y sociales para mejorar su calidad de vida.

Visión

El Instituto de Educación Especial Nuevos Pasos hasta el año 2015, estará en la capacidad, de formar personas capaces de desenvolverse activamente y de acuerdo a sus capacidades, en espacios que la sociedad le brinde o creados por él.

3.3 DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

El servicio de Estimulación Visual brindará un espacio de tratamiento en forma individual a cada niño/a, mediante la aplicación de un programa educativo

sistemático encaminado a desarrollar sus funciones visuales que posee cada alumno, para lo cual se utilizará elementos y materiales de suma importancia para la facilitación de la visión como todo tipo de ayudas ópticas, lupas, lentes de aumento, o algún instrumento óptico que el alumno esté acostumbrado a usar como por ejemplo telescopios o elementos similares.

También se utilizarán ayudas no ópticas confeccionadas por las docentes tales como distintos materiales de lecto-escritura ampliados, macro tipos, textos, letras y números en diferentes tamaños, etc.

Se utilizan además atriles especiales, para lo que se pedirá la colaboración de los padres de familia para su confección, como apoyos del niño en cuanto a posturas físicas en las tareas de lecto escritura, usándose también fibrones, marcadores, lápices de colores y papeles donde se destaque un alto contraste en las tareas de dibujo y escritura.

Además se trabajará en función de disminuir el rechazo de estos niños, fortalecer la labor realizada por los maestros en cuanto a la inclusión familiar, social y educativa, para conseguir padres preparados y comprometidos con la atención de sus hijos, este programa ayudará también a que la sociedad sea mas justa, colaboradora, tolerante y respetuosa.

Otro de los propósitos del programa es el de brindar atención médica especializada general, diagnóstico oftalmológico, recibirán terapia física, por lo tanto una atención periódica, de lunes a viernes, y el seguimiento del cumplimiento de cada una de las actividades que se realizaran en el centro, en la comunidad y en la casa.

La organización del espacio físico y materiales

El aula donde funcionará el programa de estimulación visual se ubica en la parte exterior del instituto, dentro el cerramiento de la institución con una distancia aproximada de 10 metros de la parte interna del Instituto, la construcción es de concreto: dispone de baños, cocina, el área de juego de recreación, buena luz y

pocos distractores es decir, sin ruido externos que interfieran con el aprendizaje y ventilación adecuada para que el infante se mantenga despierto, cómodo y activo.

El mobiliario

Contará con un mobiliario básico como escritorio, sillón, sillas de madera y plástico, mesas, anaqueles con y sin puertas archivadora cartelera, sillas con apoyo para brazo, computadora completa, botiquín, dispensador de agua.

Los Materiales.

Los materiales con que contara el servicio son: Luces de colores fuertes, objetos bidimensionales, con curvas, caras, contraste claro oscuro. Tablero de damas, bufandas blancas y negras, pelotas móviles, pequeños juegos de trapos con diseños interesantes, objetos tridimensionales de varios tamaños y colores, contornos, superficies de distintas texturas, cajas con objetos dentro, objetos iguales, de diferentes tamaños, pelotas de diferentes colores y texturas, objetos de distintos colores y de las misma forma, rompecabezas de formas diferente construcciones con cubos, horizontales y verticales, crayones, objetos conocidos como ropa, juguetes, comida, dibujos de objetos iguales en distintas posiciones, cerca y lejos, laminas que representan escena comunes etc. (Laura Pastor 2004,1).

Equipo colaborativo y su función.

El Oftalmólogo.

Será el profesional encargado de realizar el diagnóstico que incluirá: las causas y el origen del problema y el pronóstico. Aconsejar a los padres sobre el tipo de ayuda que requiere su hijo, sugiere indicaciones para algunas actividades físicas.

El Médico general

Será el profesional que trabajará ocasionalmente para verificar los problemas de salud de los niños/as

La Visitadora social.

Su trabajo está orientado a investigar, diagnosticar, asesorar, orientar, capacitar, e intervenir en favor de los niños/as y sus familias al acceso a los servicios de asistencia social provinciales o nacionales.

El Estimulador visual (docente)

Es el profesional que se encargará de ejecutar el programa. Se dedicará a la recuperación o mejora de las funciones neuromusculares de los niños/as, a través de la estimulación de los sistemas nerviosos central y periférico. El estimulador visual se dedicará a crear las condiciones para el desarrollo de una visión adecuada de los niños/as que padecen ceguera o baja visión desde su nacimiento.

También trabajará la orientación y movilidad a través del desarrollo de habilidades y destrezas en el espacio.

Desarrollará las destrezas de : Discriminación, atención, memoria, imitación, conceptualización, resolución de problemas, el desplazamiento, la manipulación, el lenguaje, desarrollo del sentido del olfato, desarrollo del sentido del oído: atención y conciencia de los sonidos, actitud de escucha, percepción y respuesta a sonidos concreto, discriminación y reconocimiento de sonidos, reconocimiento de palabras e interpretación del habla, comprensión de estos sonidos o palabras.

Además enseñará Técnicas instrumentales pre braille

- Percepción de los conceptos básicos espacio-temporales: arriba-abajo, delante-detrás, encima-debajo, en medio
- Percepción de las relaciones espaciales: utilización e interpretación de conceptos espaciales básicos en sí mismo, en otras personas, en objetos respecto a sí mismo, en objetos con respecto a otros objetos.
- Conceptos básicos sobre formas y tamaños.
- Interiorización del esquema corporal.

- Destrezas manipulativas: aprehensión, sostenimiento, búsqueda, localización, exploración.
- Coordinación bimanual.
- Independencia digital: que permita dar a cada dedo una función en la lectura.
- Desarrollo de la percepción aptica
- Vocabulario adecuado a su edad.
- Comprensión verbal.
- Motivación ante el aprendizaje.

El Terapeuta Ocupacional. / Terapeuta física

Evaluará la funcionalidad del niño y aplicará un programa de actividades de la vida diaria con el propósito de desarrollar las destrezas y actitudes necesarias para la realización de las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración:

- ❖ Enseñarle a identificar sus objetos personales.
- ❖ Enseñarle a pedir el baño o el orinal según sea su condición.
- ❖ Enseñarle a usa cuchara, plato, tenedor, vaso etc.
- ❖ Enseñarle a aseo personal (lavarse manos, cara, los dientes, a tomar una ducha a peinarse, etc.
- ❖ Enseñarle a vestirse y desvestir

Trabajo con la familia.

La maestra, será la principal responsable de trabajar con la familia, le capacitará sobre las técnicas y las actividades, le informará sobre el proceso de integración enfatizando la importancia de la participación y compromiso, que ellos deben seguir muy de cerca la marcha del proceso educativo. Le ofrecerá información general sobre los aspectos relacionados con los niños. Trabajará concientizando y resaltando las potencialidades de su hijo, motivará a la familia

para que refuerce la identidad y autonomía del niño, permitiéndole realizar actividades como comer, bañarse, vestirse solo. Orientará a la familia sobre permitir al niño el contacto con abundante objetos, juegos y caricias para que explore.

Papel de la comunidad.

El Servicio de Estimulación visual realizará también procesos de sensibilización a la comunidad para que acepten las capacidades de la población con discapacidad visual y baja visión, promocionará la relación socio-afectiva entre escuela, alumno y padres de familias con el objeto de que las personas con discapacidad visual sea aceptada e integrada, valorizando sus conocimientos y habilidades; a través de talleres presenciales, cuñas en la radio, trípticos y actos públicos trascendentales en lo que se reconozca sus fortalezas

Organización del tiempo.

- Oftalmología trabajará una vez por semana
- El medico general atenderá 3 veces a la semana, lunes, miércoles y viernes de 8 de la mañana a 12 de la tarde y de 2 a 5 de la tarde.
- La visitadora Social trabajará todos los días de 8 a 14h00
- La terapeuta Ocupacional/física trabajara de 8 de la mañana a 12 de la tarde y de 2 a 5 de la tarde de lunes a viernes.
- La estimuladora visual trabajara de 8 de la mañana a 12 de la tarde y de 2 a 5 de la tarde de lunes a viernes.

***Flujo grama de atención.**

La atención se realizará de la siguiente manera:

1. Cuando el padre y su hijo llega por primera vez a la Institución, es atendido por la Rectora quien le proporciona información general y orienta sobre los pasos que debe seguir en la institución.
2. A continuación le atenderá la coordinadora pedagógica, quien realizará una pequeña entrevista para conocer detalles sobre su funcionalidad y el nivel intelectual.
3. Pasará luego a secretaría para que le abra la ficha.
4. Posteriormente será revisado por el Oftalmólogo quien hace el diagnóstico sobre sus condiciones de visión.
5. Luego irá al médico general para examinar el estado de salud del niño/a.
6. Será entrevistada la familia por la trabajadora social para conocer detalles socioeconómicos y se concertará una cita para visitar el hogar del niño/ña.
7. A continuación la Estimuladora visual elaborará conjuntamente con la familia el programa que se va aplicar al niño/a le explicará en que consiste el trabajo, cuales son las ventajas y las dificultades durante el desarrollo del programa, y aprovecha en esa ocasión para ganar confianza con el niño/a, y da fecha para la próxima cita.
8. Será también visto por la Terapeuta Ocupacional o Física con quien también se elaborará el programa pertinente.

RESULTADOS ESPERADOS.

1. Sala de estimulación visual equipada con profesionales adecuados.
2. Oftalmólogo y Médico general contratados
3. Estimulador visual ejecutando el programa a niños/as con dificultades visuales y orientando a las familias
4. Terapeuta Ocupacional /física involucrada en el trabajo en el programa de los niños/as y sus familias.
5. Visitador Social involucrado en los problemas y dando soluciones efectivas.
6. Campaña de concientización realizada.
7. Padres de familia entrenados en el manejo adecuado del niño/a
8. Niños/as incluidos en el primero de básica
9. Mejorada su condición de vida.

MATRIZ DE MARCO LOGICO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FACTORES EXTERNOS / SUPUESTOS
FIN Mejorar la calidad de vida de los niños y de la comunidad especial del Cantón de San Lorenzo del Pailón.	El 90% de los niños con baja visión del Cantón San Lorenzo son atendidos en 3 años	Estadística de niños atendidos	Centro de Salud, clínicas hospitalares que brindan su apoyo.
PROPOSITO U OBJETIVO GENERAL Creación de un servicio de estimulación visual.	Servicio de estimulación visual en funcionamiento a partir del segundo semestres del año 2010	Horarios de atención Nómina del personal	Se cuenta con el financiamiento oportuno.
COMPONENTES (resultados u objetivos específicos)			
Implementación del servicio de estimulación temprana	Adecuación, equipamiento y contratación de profesionales	Contratos Facturas mobiliario equipos y material	
Programa de concienciación ciudadana sobre discapacidad visual y prevención de la misma.	Al menos el 10% de la población total de San Lorenzo en conocimiento sobre discapacidad y prevención por cada año.	Trípticos Afiches Videos conferencias	Profesionales en el área realizando el programa.
Detección, evaluación y atención a los niños con discapacidad visual, baja visión.	<u>La población con baja visión</u> detectada será evaluada y atendida al finalizar el proyecto	La ficha de detección y evaluación Número de niños detectados, evaluados y atendidos	Servicios de salud complementarios trabajan a favor del Centro de Estimulación visual.
Capacitación a los padres de familia	El 100 % de los padres están capacitados para ayudar a sus hijos en casa en 2 años.	Listado de padres Fotos, videos.	Padres brinda todo el apoyo necesario
Profesionales adecuados	Profesores capacitados en discapacidad visual.	Registros de seminarios	Financiamiento oportuno.

MATRIZ DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	INDICADORES ECONOMICOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
COMPONENTE: Implementación del servicio de estimulación visual.			
Adquisición de material para estimulación física, auditiva, cognitiva y visual.	\$ 2.131,00	Facturas Listado de equipo y materiales comprados (por ejemplo colchonetas, pelotas sonoras objeto con colores contrastantes etc.).	Presupuesto asignado
Contratación de personal : 1 secretaria y un empleado de limpieza	\$ 4.720,00	Contratos, Libros de asistencia y roles de pago	
Mantenimiento del aula	\$ 1.800,00		
COMPONENTE: Campaña de sensibilización.			
Charlas sobre la discapacidad EN centro de salud, escuelas, colegios, guarderías, organizaciones que trabajan para la niñez, Patronato Municipal, INFA, Hospital Divina Providencia del Cantón de San Lorenzo, HIAS.	\$ 1.600,00	Folletos, pancartas, volante, publicidad en los medios de comunicación (radio y televisión). Fotografías, grabaciones de los eventos públicos, listados de personas asistentes, entrevistas sobre el grado de satisfacción de los asistentes.	Aceptación de la población
COMPONENTE: Detección de niños/as con baja visión			
Contratación de a 1 (un) medico permanente y 1 (un/a) terapeuta para estimulación visual	\$ 15.600	Contratos Libro de asistencia y horario de trabajo.	
Brigadas médicas en coordinación de INFA, Hospital Divina Providencia del Cantón de San Lorenzo y Gobierno Municipal del Cantón de San Lorenzo del Pailón.	\$ 1.000,00	Nómina de niños/as atendidos en Consultas médicas gratuitas Nº de niños/as detectados con discapacidad visual y baja visión. Nº de charlas sobre prevención de discapacidades Foto	

Capacitación a través de cursos, seminarios, talleres, pasantías a el/la terapeuta en estimulación temprana visual y a otros profesionales	\$ 5.000,00	Certificados de participación en cursos, seminarios, talleres, pasantías. Pago de las tazas, cuotas de inscripción a pasantías o a los cursos	
Estimulación visual a niños detectados	\$ 1000,00	Nº de niños atendidos en el servicio Fichas de evaluación inicial de los niños que son atendidos y las fichas de evaluación de su desarrollo	
COMPONENTE: Entrenamiento a padres.			
Asistencia programada de padres para que asistan al servicio a recibir el entrenamiento		Lista de asistencia Programas individuales	Padres participan en el programa
Visita a los hogares	\$500,00	Testimonio de los padres de familia Ficha de visita a los hogares	

TOTAL PROYECTO: \$ 33.351,00

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

4.1 Conclusiones.

- La investigación participativa realizada demostró que existen niños y niñas con problemas de baja visión que no reciben atención profesional adecuada.
- Esta población se encuentra marginada y relegada debido a la situación socioeconómica baja y el desempleo, e ignorancia.
- Los padres de familia no llevan a los niños al centro por desconocimiento de la importancia de la atención oportuna y adecuada a sus problemas visuales.
- No existen programas de concienciación a la población sobre las causas que originan las enfermedades infantiles y sus consecuencias entre ellas la discapacidad visual
- Hay un exceso de niños por aula en el establecimiento lo que dificulta una atención especializada.
- Los docentes requieren de un programa de capacitación sobre la atención de las dificultades de la discapacidad visual, la baja visión y la multidiscapacidad.

4.2 Recomendaciones.

- Es necesario establecer un programa permanente de detección temprana y atención oportuna de niños/as con baja visión, mediante la creación de un servicio de estimulación visual que contemple la contratación de profesionales especializados en la detección, evaluación y estimulación temprana de la población con discapacidad visual en el Cantón San Lorenzo.

- Realizar una campaña sostenida de concienciación a la población del Cantón san Lorenzo sobre prevención de discapacidades especialmente entre los adolescentes y jóvenes parejas.
- Ejecutar en su totalidad el proyecto planteado.
- Que la Universidad Salesiana brinde la oportunidad a profesionales San Lorenceños a través de becas para su formación académica en el campo de discapacidades.

BIBLIOGRAFIA

- ARDITI, A. (1996) Tipografía, legibilidad de impresión, y la baja visión. Recuperación y gestión de la baja visión. St. Louis, MO: Mosby. pp 237-248.
- BARRAGA, N. & Morris, J.E. USA. (1964-1980) Program to Develop Efficiency in Visual Functioning
- COLEMBRANDER, A (1999) “Guía para la evaluación de la discapacidad visual .Visión 99”
- FAYE, E. E. (1972): El enfermo con déficit visual. Experiencia clínica en adultos y niños. Barcelona: Científico-Médica
- ITXAROPENA - Asociación Alavesa de Personas con **Baja Visión**
www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php -
- GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS PRODUCTIVOS Y SOCIALES. Presidencia de la república. Secretaría de Pueblos y Movimientos Sociales y participación ciudadana. Quito. 2007.
- GOBIERNO MUNICIPAL. (2000-2004). Plan Estratégico de Desarrollo Cantonal.
- PASTOR. LAURA Actividad de la vida diaria. Universidad Politécnica Salesiana. Quito-Ecuador. 2004,12.
- OMS. Informe Anual. 1992
- RECHE, Juan 2002. Jornada sobre Miopía Magna organizada en Madrid por la Asociación Nacional de Afectados de Miopía Magna. AMIRES
- ROVEZZI, Gabriela (2008) Uso y Elaboración de Material Didáctico”. Argentina
- THE ANNALS OF THE AMERICAN ACADEMY OF POLITICAL AND SOCIAL SCIENCE, Vol. 478, No. 1, 123-134 (1985)
- VERONICA MALDONADO (2004), Padres especiales para niños especiales.
 - www.itxaropena.es/es/deficiencia_visual2.php
 - www.estudiandooptica.com/optometria/tema03.pdf

ANEXOS

Anexo 1
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL MENCIÓN EN DISCAPACIDAD
VISUAL
ENCUESTA A DOCENTES DE EDUCACION ESPECIAL

Distinguidos compañeros/as:

Con el propósito de obtener valiosa información sobre la necesidad de implementar el Servicio de Estimulación visual en el Instituto de Educación Especial “Nuevos pasos”. Le solicito se digne en contestar el siguiente cuestionario

1.-Con qué grupo de niños trabaja:

- ✓ Discapacidad Intelectual.....
- ✓ Discapacidad auditiva.....
- ✓ Discapacidad motriz.....
- ✓ Discapacidad visual.....
- ✓ Sordo ciegos.....
- ✓ Multidiscapacidad.....

2.-Cuáles han sido los principales problemas para cumplir con su trabajo docente?

- ✓ Desconocimiento del tema
- ✓ Muchos estudiantes en el aula
- ✓ Los padres no colaboran
- ✓ No hay material adaptado
- ✓ Falta de equipo de profesionales

3.-¿En su opinión para trabajar con estudiantes con discapacidad visual / baja visión es necesario realizar un Programa Educativo Individual?

4.-Para el Programa Educativo Individual que aspectos debe considerar:

5.-Quién realiza la evaluación y el seguimiento del Programa Educativo Individual

6.- ¿Cómo Informa a los padres sobre los avances, logros o dificultades de sus hijos?

7.-Como cree que se sienten los estudiantes que tienen dificultades visuales /baja visión asisten a la escuela

- ✓ Les gusta
- ✓ Se frustran
- ✓ Son aceptados por sus compañeros

8.-Le gustaría que hubiera un servicio de estimulación visual en el Instituto de educación Especial.

Si () No ()

9.- ¿Por qué le gustaría que existiera un programa de Estimulación Visual en su Centro de Educación Especial?

10.-Usted ha recibido capacitación en los últimos años

Si () No ()

11.- ¿Indique en qué temas le interesaría capacitarse?

Estimulación del lenguaje

Lenguaje de señas

Sordo-ceguera

Terapia Física

Estimulación visual

Anexo 2

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA BAJA VISIÓN

1.- DATOS PERSONALES

Nombre/Apellido del niño/a.....

Fecha de nacimiento:.....

Diagnostico:.....

Otras dificultades (sordo, problema motriz, intelectual).....

.....

Fecha de observación:.....

Descripción del entorno (Casa, dormitorio, hermanos, amigos) (Ubicación del niño en la clase, luz, distancias, cantidad de compañeros, etc.)

.....

.....

USO DE LA VISION

1. Puede mantener la atención visual por cuánto tiempo.....

2. Reconoce Colores (SI) (NO)

3. Observa objetos grandes (a qué distancia)
4. Observa objetos pequeños (a qué distancia)
5. Mueve el material para ver Si () No ()
6. Observa materiales u objetos como un todo o por partes
Si () No ()
7. Tiene una estrategia para mirar, o no mira sistemáticamente (especificar)
Si () No ()
8. Usa los dos ojos simultáneamente
Si () No ()
9. Mira dibujos desde un punto de partida, coge un punto fijo de orientación.
Si () No ()

COMPORTAMIENTOS POSTURALES

1. Posición de la cabeza para mirar de lejos
Especifique.....

INDICACIONES DE PROBLEMAS VISUALES

1. Se frota los ojos frecuentemente. Si () No ()
2. Guiña los ojos para ver lejos Si () No ()
3. Guiña los ojos para ver de cerca Si () No () No se ()
4. Los ojos se mueven involuntariamente (nistagmos) Si () No ()
5. Mueve los ojos y la cabeza simultáneamente. Si () No ()
6. Usa los dos ojo Si () No ()
- 7.- Se tapa o se hace sombra en un ojo o en los dos Mucho () Poco () Nada ()
- 8.- Lagrimeo de los ojos Si () No ()

CONDICIONES AMBIENTALES

1.- Rechaza la luz del sol Mucho () Poco () Nada ()

2.-Necesita adaptaciones especiales de contraste Si () No ()

ORIENTACION Y MOVILIDAD

1. Reconoce personas de su ambiente social

Si () No ()

2. Extiende los brazos para tocar los objetos SI () No ()

3. Tiende a virar la cabeza para mirar por donde camina Si () No ()

4. Arrastra los pies al anda Si () No ()

5. Tropezaba frecuentemente.

Si () No ()

DESARROLLO SOCIAL

1. Se muestra independiente y autónomo en las actividades que se le delegan.

Si () No ()

2. Necesita de alguien para enfrentar su limitación.

Si () No ()

3. Puede hacer pedido utilizando la palabra-frase

SI () No ()

Anexo 3

Título del Proyecto.

“Implementación de un programa de estimulación visual para niños/as de 0 a 6 años con baja visión, en el instituto fiscomisional nuevos pasos del Cantón San Lorenzo”.

Ubicación del proyecto.

Barrio Kennedy, entre la av. Carchi y Amazonas, Parroquia Urbana, Cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeraldas,

Población Beneficiaria.

- Los Beneficiarios directos del proyecto son los niño de 0 a 6 años del Cantón San Lorenzo.
- Los Beneficiarios indirectos son: las familias, su entorno y la comunidad del Cantón.

ANTECEDENTES.

El contexto social y geográfico del proyecto es el Cantón de San Lorenzo del Pailón, en la zona norte de la Provincia de Esmeraldas, al límite con Colombia.

La provincia de Esmeraldas pertenece al Choco un ecosistema de bosque húmedo tropical.

Es una provincia económicamente muy pobre, tiene 385 mil habitantes de los cuales el 39,9% son afro descendientes (154 mil). Los datos de desarrollo humano (UNDP 2004) indican altos índices de necesidades básicas insatisfechas y elevadas tasas de pobreza (el 65,9% de la población vive con menos de 2\$ diarios y el 39,2% con menos de 1\$).

A partir de 1900 la zona de Esmeraldas se inserta en el mercado internacional siguiendo un modelo económico que se basa sobre la extracción de materias primas. Este modelo hoy en día sigue siendo el mismo.

En la actualidad la zona Norte de la Provincia de Esmeraldas, en particular el Cantón de San Lorenzo, es escenario de grandes transformaciones y conflictos.

A partir de 1999 la construcción de la carretera Ibarra San Lorenzo ha traído inversiones de la gran empresa agroindustrial que se dedica a la tala de madera, camaronerías, plantaciones de palma africana, teca y eucalipto. Los impactos de estas actividades están visiblemente alterando el ecosistema del bosque húmedo tropical y el manglar.

En fin, el narcotráfico que hasta la fecha le interesaba solo a Colombia ingresó en la región llevando muchos problemas de violencia social y el aumento de armas circulando entre las personas.

El Cantón de San Lorenzo del Pailón tiene 42mil habitantes la mayoría (el 60% de la población) son afro descendientes e indígenas (Awa, Epera, Chachi, Tsachila). La ciudad de San Lorenzo tiene 28 mil habitantes, de los cuales el 82,7% son pobres.

La creciente migración y el desarrollo poblacional de San Lorenzo y el impacto de las empresas palmicultoras que llevan el mal uso de pesticidas para aumentar la producción de palma africana causan contaminación de ríos, esteros y envenenamiento de trabajadores agrícolas. Esta contaminación con agroquímicos disminuye la calidad de vida e impacto negativamente en la salud de los habitantes de las comunidades.

Debido a la problemática que hemos expuesto hay un mayor impacto de problemas respiratorios (tos y pulmonía); de digestión (vómito, dolor de abdomen, diarrea); oculares (problemas lagrimales, enrojecimiento, pérdida temporal de la

vista) problemas cutáneos (urticaria, dermatitis, manchas blancas) problemas de embarazos (abortos, fiebres, malestares).

Las familias viven procesos de desintegración y las que más sufren son las mujeres, hay elevadas tasas de violencia intrafamiliar, el promedio de niños en cada familia es de 5 o más.

Según un censo efectuado por un grupo de promotores de R.B.C. (Rehabilitación Basada en la Comunidad), las personas con discapacidad en la ciudad de San Lorenzo son alrededor de 250. Para corroborar estos datos es necesario un trabajo de investigación del problema.

La mayoría de los padres de los niños discapacitados son pobres con alto índice de analfabetismo y baja escolarización. En este contexto de precariedad la vida para los discapacitados es problemática porque ellos sufren marginalidad y falta de reconocimiento e integración social.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El diagnóstico e investigación realizada por la autora del presente proyecto sobre el porcentaje de niños y niñas de de 0 a 6 años con problemas de baja visión en la parroquia San Lorenzo demostró 40 niños y 20 niñas que presentan este cuadro clínico y que no tienen la atención del gobierno local ni del gobierno nacional debido principalmente a la desinformación de los padres de familia que por no ser oriundos de esta comunidad desconocen las instituciones que pueden brindar este servicio.

Esta población detectada requiere de manera urgente rehabilitación visual con actividades de estimulación para tratar de mejorar sus condiciones de vida. La actual propuesta se circunscribirá a los límites geográficos y políticos de la

Parroquia urbana de San Lorenzo ya que es la parroquia con el más alto índice de crecimiento demográfico de los últimos seis años del Cantón San Lorenzo.

La mayoría de los niños que se pretende estimular no asisten a centros especiales, sus padres no les prestan la debida atención a su problema porque desconocen la existencia de programas de estimulación visual que puede mejorar las condiciones de vida de sus hijos. Además, las condiciones de hacinamiento y la falta de salubridad y los más elementales servicios básicos profundizan aún más su problema de baja visión.

JUSTIFICACIÓN.

En nuestro San Lorenzo la mayoría de los niños discapacitados son educados en edad madura, con la implementación del programa de estimulación temprana se empezara una labor rehabilitaría y pedagógica en edades tempranas y así estos niños tendrán un mayor desarrollo de sus capacidades.

De esta manera, este proyecto trata de responder a la necesidad local, de un servicio preventivo y de rehabilitación.

Al ejecutar este proyecto se acompaña a la familia en esta etapa para asesorar en cuanto a la elección del centro educativo, informar acerca de los diferentes recursos, tanto materiales como personales, con los que cuenta la institución educativa que puedan dar respuesta a las necesidades de su hijo(a).

Con la ejecución del presente proyecto se mejoraría la situación actual de los niños con discapacidad visual ya que se asesoraría a su familia sobre las actividades que se deben realizar, desarrollaría en el niño(a) una mejor incorporación al centro de desarrollo infantil o al primer año de educación básica para que no sea una sorpresa y logre adaptarse con facilidad al entorno del centro educativo e insertarse en las actividades diarias de trabajo.

Otra gran beneficiada con la ejecución de este proyecto será toda la comunidad de San Lorenzo, pues el servicio será difundido para que todos puedan acceder, las familias serán visitadas procurando que ningún niño (a) se quede sin la atención que requiere.

OBJETIVO GENERAL.

Mejorar la calidad de vida de los niños y de la comunidad especial del Cantón de San Lorenzo del Pailón

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Implementar el servicio de estimulación visual para niños (as) de 0 a 6 años con baja visión en el instituto Fiscomisional de Educación Especial Nuevos Pasos del Cantón San Lorenzo con los profesionales apropiados y con los materiales y equipos necesarios.
- b. Lograr una concientización masiva de la ciudadanía en los temas de discapacidad y prevención de discapacidades.
- c. Detectar a los niños con discapacidad en edad temprana, para así mejorar su desarrollo.
- d. Capacitar a los padres de familia en las actividades de estimulación de sus hijos.

COMPONENTES.

- Implementación del servicio de estimulación visual.
- Campaña de sensibilización sobre discapacidad y prevención de discapacidades y las bondades del servicio.
- Detección de niños/as con baja visión.
- Capacitación a los padres de familia

INDICADORES

- El 90% de los niños con baja visión del Cantón San Lorenzo son atendidos en 2 años.
- Servicio de estimulación visual en funcionamiento a partir del segundo semestre del año 2010.
- Al menos el 10% de la población total de San Lorenzo en conocimiento sobre discapacidad y prevención por cada año.
- Al menos el 90 % de la población con baja visión detectada y evaluada al finalizar el proyecto.
- El 100 % de los padres que acuden al servicio están capacitados para ayudar a sus hijos en casa en 3 años.

RESULTADOS ESPERADOS.

1. Sala de estimulación visual equipada con profesionales adecuados.
2. Oftalmólogo y Médico general contratados
3. Estimulador visual ejecutando el programa a niños/as con dificultades visuales y orientando a las familias
4. Terapeuta Ocupacional /física involucrada en el trabajo en el programa de los niños/as y sus familias.
5. Visitador Social involucrado en los problemas y dando soluciones efectivas.
6. Campaña de concientización realizada.
7. Padres de familia entrenados en el manejo adecuado del niño/a
8. Niños/as incluidos en el primero de básica
9. Mejorada su condición de vida.

CRONOGRAMA

El proyecto se realizara en 2 (dos) años.

N.	Actividad	AÑO 2010		AÑO 2011	
		I sem	II sem	I sem	II sem
1.2	Equipar la sala	X			
1.3	Emplear personal	X			
2.1	Realizar una campaña de concientización (I fase)	X	X		
2.2	Realizar una campaña de concientización (II fase)	X	X	X	X
3.1	Integrar a profesionales capacitados para el diagnostico oftalmológico	X			
3.2	Realizar brigadas medicas	X	X	X	X
4	Capacitar el/la terapeuta en estimulación temprana visual.		X	X	X
5	Atención a niños y entrenamiento a padres				

SOSTENIBILIDAD.

Sostenibilidad institucional

Un elemento de sostenibilidad institucional es la existencia de una escuela para niños especiales que cuenta con estructura de primer orden.

Esta estructura cuenta con una red de apoyo conformada por INFA (Instituto de la Niñez y la Familia), Hospital Divina Providencia del Cantón de San Lorenzo y Gobierno Municipal del Cantón de San Lorenzo del Pailón.

Desde el 2007 el INFA, Coordinación local de San Lorenzo, entrega 100 becas solidarias directamente a las madres de familias organizada en comité.

Con ese dinero ellas pagan servicio de educación y rehabilitación a los hijos discapacitados.

El Gobierno Municipal de San Lorenzo del Pailón a través del Patronato Municipal Margarita Garcés brinda ayuda a los más necesitados, entre ellos a las personas con discapacidad.

Ya ofreció su disponibilidad para respaldar para la creación del servicio de estimulación temprana en la ciudad de San Lorenzo.

La sostenibilidad económica a largo plazo prevé que los niños de bajo recursos económicos serán beneficiados por la beca del INFA y los que pueden pagaran por cada tratamiento recibido.

Sostenibilidad Política.

Nuestra situación en San Lorenzo y los riesgos mencionados en los antecedentes se refieren a la cercanía con la frontera Colombiana pero las condiciones de vida no crean preocupación. Además no se destacan riesgos políticos y medio-ambientales.

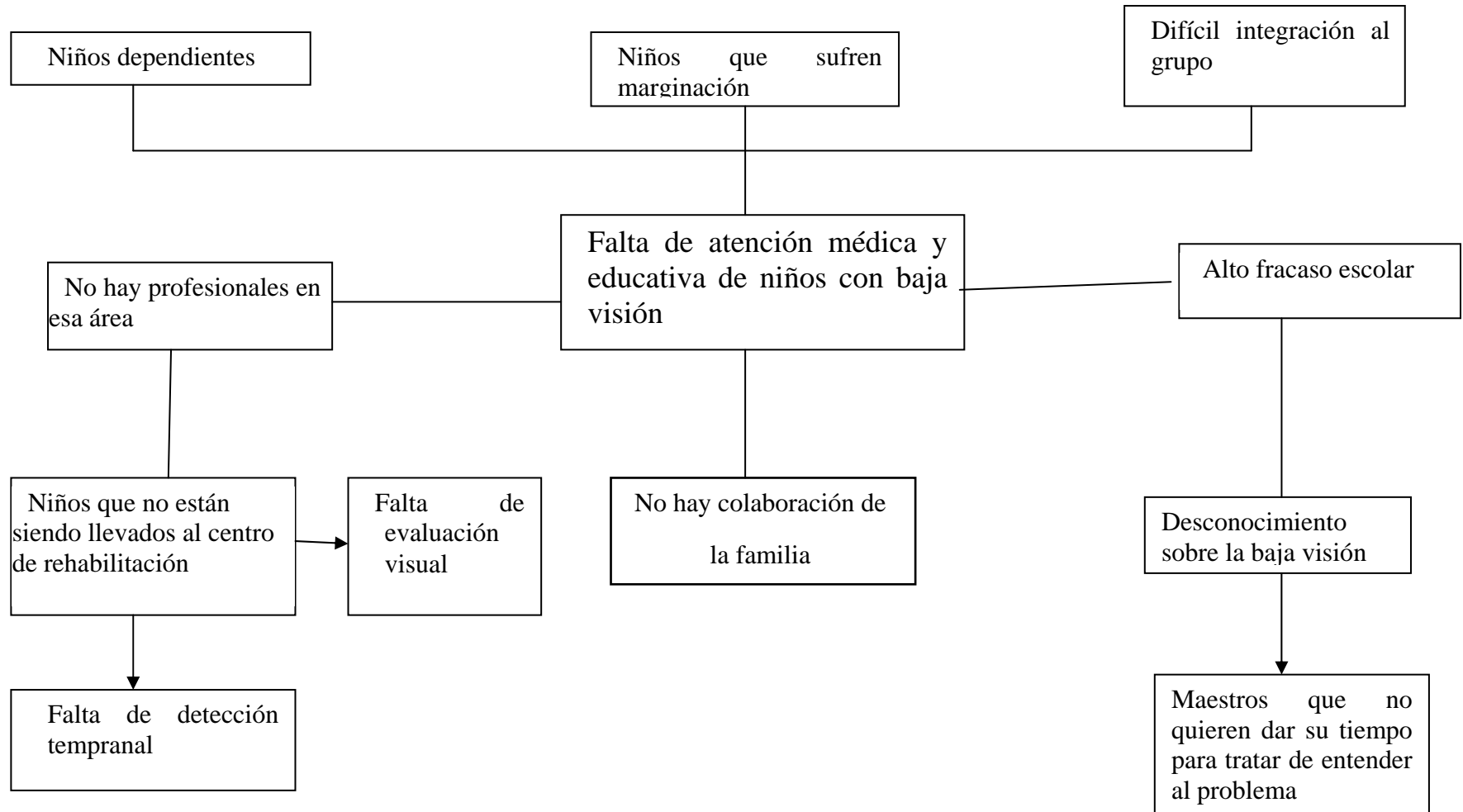
Los últimos Gobiernos desarrollaron una política relativa a la discapacidad en la cual manifiestan que los niños discapacitados deben ser integrados a las escuelas regulares quedando en las instituciones especiales solo los niños con multideficit.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

- Fichas de monitoreo y seguimiento por actividad
- Presentación de informes semestrales por actividad
- Presentación de informe final

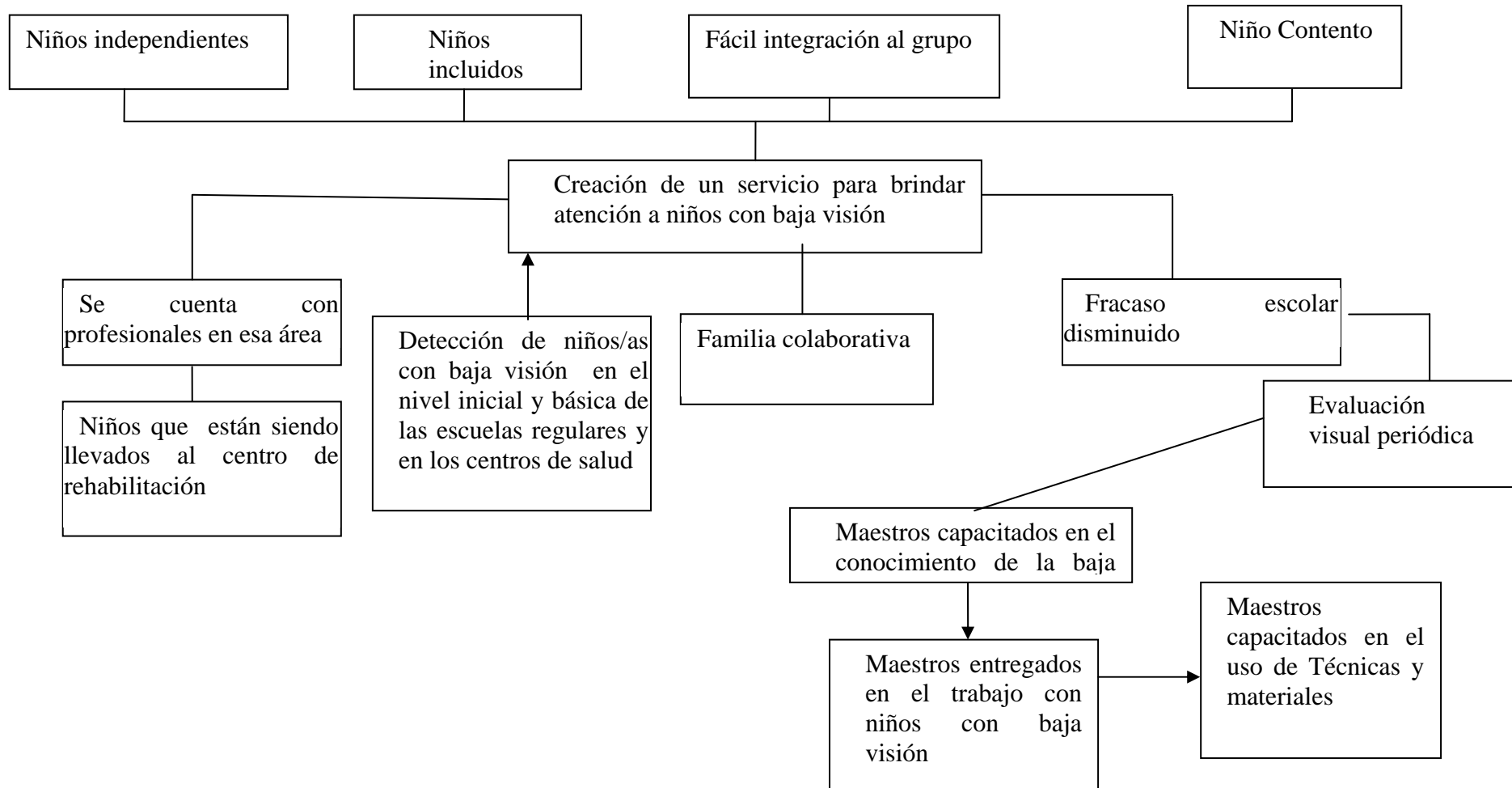
Anexo 4

ÁRBOL DE PROBLEMAS



Anexo 5

Árbol de Objetivos



Anexo 6

Matriz de los participantes

Fecha 20 de septiembre del 2009

Reunión que se inicio a las 4:00 p.m. a 6:00 p.m.

Los participantes fueron 3 niños, 10 padres de familia, 6 profesores, 1 médicos generales, 1trabajadora social de representante del INFA, y la coordinadora de la reunión

Orden del día

- 1.- Presentación de los participantes de los involucrados y del tema a tratar
- 2.- Lectura de los artículos 47, 48,49 de la constitución que involucra temas de discapacidad.
- 3.- Experiencias de convivir con personas con discapacidad.
- 4.- Presentación del servicio de estimulación visual a los padres de familia, y los cambios que este generaría.
- 5.- Presentación de las necesidades de parte de los padres de familia.

Las preguntas que se generaron polémicas en la reunión

- Cuál sería la dificultad si tuviera un hijo con problema visual
- Estarían dispuestos a sacrificar parte de su tiempo colaborando en la estimulación con sus hijos
- Si tuviera un alumno con baja visión en su aula cual sería su mayor dificultad
- Que esperan de la institución y de la creación del servicio de estimulación visual
- Cree usted que con una atención adecuada su hijo va a mejorar