



Facultad de Economía y Ciencias Empresariales

Tema:

Análisis de factibilidad y mercado para creación de un
Centro Psicopedagógico y de Rehabilitación.

Autor

Estefanía Barek Ortí

Tutor

Elba Calderón

SAMBORONDÓN, MAYO 2012

INDICE GENERAL

INDICE

Carátula.....	i
Certificación aprobación del tutor.....	ii
Declaración de autoría de la investigación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de cuadros, imágenes y gráficos.....	ix

Introducción

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

- 1.1. Planteamiento del problema
 - 1.1.1 Problematización: Origen y descripción del problema
 - 1.1.2 Delimitación del problema
 - 1.1.3 Formulación del problema
 - 1.1.4 Sistematización del problema
- 1.2 Objetivos
 - 1.2.1 Objetivo General
 - 1.2.2 Objetivo Específicos
- 1.3 Justificación
 - 1.3.1 Justificación de la investigación y viabilidad técnica y económica
 - 1.3.2 Hipótesis y Variables
 - 1.3.2.1 Variables
 - 1.3.2.2 Hipótesis General
 - 1.3.2.3 Hipótesis Particulares
- 1.4 Marco Teórico
 - 1.4.1 Antecedentes
- 1.5 Fundamentación Teórica
- 1.6 Fundamentación Legal

CAPITULO II. INVESTIGACION DE MERCADO DE PSICOTERAPIA

- 2.1.1 Estudio Organizacional
 - 2.1.1 Misión
 - 2.1.3 Visión
 - 2.1.4 Valores que rigen la Institución
 - 2.1.5 Beneficios que la Institución Brindará
 - 2.1.6 Programa de Mercadeo
- 2.2 Analizar el mercado de Guayaquil para los servicios de Psicoterapia
- 2.3 Estrategias de Servicios: Marketing Mix: 4 P´S
- 2.4. Problemática de la competencia y su enfoque.
 - 2.4.1 Centros de terapia existentes
 - 2.4.2 Demanda del Mercado
- 2.5 F.O.D.A.
- 2.6 Metodología
 - 2.6.1. Alcance

- 2.6.2. Diseño de la Investigación
- 2.6.3. Técnicas de Investigación
 - 2.6.3.1 Observación
 - 2.6.3.2. Entrevista
 - 2.6.3.3. Encuesta
 - 2.6.3.4 Análisis
- 2.6.4. Población y Muestra
 - 2.6.4.1. Población
 - 2.6.4.2. Muestra
 - 2.6.4.3 Selección el Tamaño de la muestra
- 2.7 Estructura, Organización y Funciones del Centro de Orientación, Diagnóstico y Terapias Multidisciplinario
 - 2.7.1 Misiones del centro de Orientación, Diagnostico y Terapias Multidisciplinario
 - 2.7.2 Funciones Generales del Centro de Orientación, Diagnostico y Terapias Multidisciplinario
 - 2.7.3 Funciones por Especialidades
 - 2.7.4 Organización Del Proceso De Evaluación.
- 2.8 MATRIZ BCG Y FCB
 - 2.9.1 MATRIZ DEL MERCADO
 - 2.9.2 Modelo de Implicación (Foot, Cone, Boldey).

CAPITULO III ANALISIS FINANCIERO

- 3.1 Fundamentación para Diagrama de Fulo de análisis Financiero
 - 3.1.1Desarrollo:
 - 3.1.2 Datos estadísticos en valores de los servicios que se brindarán
 - 3.1.3 Determinación de valores por servicio
 - 3.1.4 Propuesta de valores económicos salariales por especialistas
- 3.2. Inversión
 - 3.2.1. Inversión del Proyecto.
 - 3.2.2. Financiamiento Inicial y Viabilidad de la inversión
 - 3.2.3. Presupuestos de Ingresos.
 - 3.2.4. Presupuesto de Gastos Operativos, Generales y Capital de Trabajo.
 - 3.2.4.1 Gastos de Personal “Sueldos y Salarios”
 - 3.2.4.2 Gastos Generales y Administrativos.
 - 3.2.4.3 Servicios Básicos
 - 3.2.4.4 Gastos de Publicidad y Marketing
 - 3.2.4.5 Gastos Financieros
 - 3.2.4.6 Depreciación de Activos Fijos.
- 3.3. Capital de trabajo (Capital Operativo)
- 3.4. Estados financieros
 - 3.4.1 Estado de Resultados.
- 3.5. Índices - indicadores
- 3.6. Evaluación Financiera del Proyecto.
 - 3.6.1. Modelo de Evaluación de Activos de Capital (CAPM).
 - 3.6.2. Calculo de la Tasa Mínima Atractiva de Retorno (TMAR).
 - 3.6.3. Valor Actual Neto (VAN)
 - 3.6.4 Tasa Interna de Retorno (TIR).
 - 3.6.5 Periodo de Recuperación de la Inversión.

3.6.6 Punto de Equilibrio.

CAPITULO IV.

4.1 Conclusiones

4.2 Recomendaciones

CAPITULO V ANEXOS

5.1. Entrevista

5.1.1 ENTREVISTA

5.2 Encuesta

5.3 Anexo 1

5.4 Anexo 2 Manual de procedimientos

5.4 ANEXO 3 Manual de procedimientos

5.5 Anexo 4

5.5.1ANEXO 4.2

5.6 Anexo 5

5.7 Marco Legal

5.8 Anexos Financieros

5.8.1 Depreciación

5.8.2. Inversión Proyecto

5.8.3. Amortización de Capital

5.8.4 Rol de Pagos Proyectado a dos años

5.8.5 Ingresos Escenario Optimista

5.8.6 Egresos Escenario Optimista

5.8.7 Estado de Resultados Escenario Optimista

5.8.8. Balance y Flujo Escenario Optimista

5.8.9. Ingresos Escenario Conservador

5.8.10. Egresos Escenario Conservador

5.8.11. Estado de Resultados Escenario Conservador

5.8.12. Balance y Flujo Escenario Conservador

5.8.13. Anexo Material Didáctico

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios quien durante 4 años de estudios me ha dado la oportunidad de tener toda la energía y motivación para crecer como persona y profesional, a mis padres quienes han sido mi apoyo incondicional, en cada uno de los momentos importantes en mi vida, cada palabra cada aliento me ha servido para seguir con perseverancia y entusiasmo en esta etapa universitaria, sin ellos no hubiese sido lo mismo estudiar , a mis maestros quienes han sido guías que con ejemplos prácticos me han enseñado a entender la realidad y a todas las personas que con su granito de arena, su aporte intelectual han hecho posible que esta investigación sea el punto de inicio de nuevos proyectos. Sé que lo más importante en este mundo es soñar y ser perseverantes para lograr el éxito.

RESUMEN

Mi Anteproyecto para el Trabajo de Titulación , **“Análisis de factibilidad y mercado para creación de un Centro Psicopedagógico y de Rehabilitación”** lo desarrollamos y lo consideramos, factiblemente aplicar, sobre la base, de la creación de un modelo de **Centro de Estimulación Temprana, Diagnóstico, Orientación y Terapias Clínico-Psicopedagógicas y de Rehabilitación** , que permita brindar un servicio social integral a través de un equipo multidisciplinario , dirigido a pacientes de diferentes grupos etéreos que puedan corregir y/o compensar posibles desviaciones en el desarrollo o las ya evidentes Necesidades Educativas Especiales, tomando como punto de partida sus potencialidades, que favorezca su inclusión escolar y social, aplicando tarifas accesibles y diferenciadas que permitan a personas de escasos recursos y del sector privado, recibir este servicio .

Fundamentamos, lo que distingue como novedoso este Modelo de Institución, partiendo de la carencia que existe en nuestro país, de infraestructuras, que ofrezcan los servicios de la Educación Especial con un enfoque multidisciplinario y potencializador en correspondencia con las concepciones actuales mundiales, donde un porcentaje muy alto de la población Ecuatoriana, que la requieren, dejan de recibir la oportunidad de compensar y/o superar sus Necesidades Educativas Especiales en los diferentes grupos etéreos, por los altos costos que le implican y la necesidad de tener que estar yendo los pacientes y sus familiares de consultas en consultas, en diferentes espacios, generalmente privados donde el costo de una sola consulta es considerablemente elevado, en busca de las diferentes ayudas especializadas que requieren, clínica y psicopedagógicamente

.Tanto en el sector Fiscal como Privado, estamos seguros tendrá una eficiente aceptación este modelo de Centro Psicopedagógico y de Rehabilitación Multidisciplinario, pues actualmente estas falencias, que presentamos, posibilitan que en los entornos de Diagnóstico y Rehabilitación se conviertan estos pacientes en objetos de mercado a partir de los que se obtienen más beneficios económicos, por ser la atención aislada y no un entorno estructurado que permitan brindarles una atención INTEGRAL y favorecer la capacitación a los padres de familia, al personal educativo y administrativo de las instituciones y con ello darles un estándar de calidad de atención como seres sociales útiles, contribuyendo a formar ciudadanos con plenos derechos que puedan evidenciar un bienestar personal, familiar y social, que favorezca su atención estructurado en el modelo bio-psico-social.

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis de factibilidad y mercado para creación de un centro Psicopedagógico y de Rehabilitación.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problemática: Origen y descripción del problema

El alto costo de recibir los servicios de la Educación Especial con un enfoque multidisciplinario y potencializados en correspondencia con las concepciones actuales mundiales en contraposición con las condiciones reales que existen en nuestro país, evidencian una realidad donde un alto porcentaje de la población que dejan de recibir la oportunidad de compensar y/o superar sus Necesidades Educativas Especiales en los diferentes grupos etéreos de la población Ecuatoriana.

Unido a ello, se hace generalmente inaccesible o muy limitado la posibilidad de que reciban estos servicios pacientes que lo requieren si tenemos en cuenta una economía donde los ingresos per cápita son bastantes bajos, y como apenas existen espacios que brinden una atención multidisciplinaria, van los pacientes de consultas en consultas, en diferentes espacios, generalmente privados donde el costo de una sola consulta es considerablemente elevado.

Destacamos además la insuficiente capacitación del personal docente en los centros educativos y muy bajo nivel de información especializada en los entornos laborales, lo que no favorece la real inclusión educativa y social de dichos pacientes.

Dados estos fundamentos, nace la idea de crear esta institución, que permita, realizar en un mismo entorno las labores de: Orientación preventiva, Diagnóstico y terapias, teniendo en cuenta las diferentes modalidades, así como las estrategias para ofrecer sistemas de capacitación.

Tanto la educación fiscal como privada en nuestro país, no logran brindar la adecuada ayuda a estos pacientes, pues no tienen, ni la capacitación, ni los ambientes y recursos mínimos requeridos que vayan acorde con la necesidad del educando, aplicando como estrategias, la constante derivación a consultas aisladas privadas, que generalmente no logran integrar el trabajo entre padres de familia, profesores y especialistas y por ello los problemas emocionales, de conducta, de inadaptación social, y las dificultades en el aprendizaje muestran muy bajos indicadores evolutivos por ser poco integradores y objetivos los planes educativos y de inserción laboral.

La capacitación del personal es uno de los problemas más acentuados no solamente en el área educativa sino también en la parte empresarial para la atención a estas personas. Visto así los institutos no gozan de capacitación en su área administrativa es decir el personal contable, recursos humanos servicios generales en el caso de los colegios, y en su parte educativa no hay un sistema de seminarios de actualización que permita entrenarlos y actualizarlos de las técnicas de enseñanza y estrategias metodológicas para la atención a los casos con Necesidades Educativas Especiales.

Producto de esta problemática a nivel global en el Ecuador existen muchas personas que no tiene la posibilidad de acceder a la llamada educación y/o inclusión escolar y laboral, porque no cuentan con el recurso económico y muchas veces contando con el mismo no se sienten satisfechos con la atención que estos pacientes reciben en centros educativos, consultas especializadas y entornos laborales, pues no dan el confort para poder crecer como ser humano, que tienen todos los deberes y derechos establecidos legalmente.

El índice de analfabetismo y desatención en la población con estas características, crece cada día más, por no estar diseñados, ni implementados, espacios donde se desarrolle la adecuada labor de capacitación, orientación preventiva de acciones correctiva-compensatoria y de integración social, no tienen la oportunidad de tener un puesto de trabajo aceptable que pueda satisfacer sus necesidades humanas y sociales. Los programas educativos y sociales del país, contemplan y exigen se brinde dicha atención especializada, pero no existen las condiciones reales en centros educativos y entornos laborales para ello.

Como resultado es importante contar con espacios o estructuras que permitan brindar una atención a estos pacientes y una capacitación sistemática y actualizada al personal educativo y administrativo de las instituciones porque se debe tener un estándar de calidad de atención como seres sociales y contribuir a formar ciudadanos con plenos derechos que puedan evidenciar un bienestar personal, familiar y social, que favorezca su atención estructurado en el modelo bio-psico-social

1.1.2 Delimitación de Problema

Las principales instituciones educativas que se investigarían serían escuelas e instituciones parvularios de la ciudad de Guayaquil, para de esta manera poder analizar el mercado potencial que hay en cada una de ellas, además de contar con una muestra de padres de familia de status medio-bajo que tengan niños o jóvenes con Necesidades Educativas Especiales. Nuestros posibles clientes serían niños y/o jóvenes desde 0 a 18 años y sus padres de familia de 20 a 45 años, se utilizaría información que tenga hasta 10 años de antigüedad, de esta manera se podrá ver la evolución de la educación enfocada específicamente a las necesidades educativas especiales y hacer un análisis de las niños y/o adolescentes que presenten Necesidades Educativas Especiales si están siendo atendidos en algún centro Psicopedagógico y de Rehabilitación con un universo de 2,750,000 personas

1.1.3 Formulación del Problema

¿Cuál será la aceptación de un centro Psicopedagógico y de Rehabilitación Multidisciplinario en el Sector Privado?

1.1.4 Sistematización del problema

- a) ¿Que opciones existen para prevenir o ayudar a niños con discapacidades especiales?
- a) ¿Qué mecanismos podemos utilizar para lograr un trabajo integral?
- b) ¿Que efectos tiene el alto costo de las terapias en los niños especiales de recursos bajos?
- c) ¿Como podemos mejorar la calidad de vida de estas personas?
- d) ¿Que efectos tiene en la comunidad promover la salud, integración social y la igualdad de oportunidades?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Desarrollar un modelo de Centro de Estimulación Temprana, Diagnóstico, Orientación y Terapias Clínico- Psicopedagógicas y de Rehabilitación, que

permitan brindar un servicio social integral a través de un equipo multidisciplinario , dirigido a pacientes de diferentes grupos etéreos que puedan corregir y/o compensar posibles desviaciones en el desarrollo o las ya evidentes Necesidades Educativas Especiales ,tomando como punto de partida sus potencialidades, favoreciendo su inclusión escolar y social, aplicando tarifas accesibles y diferenciadas que permitan a personas de escasos recursos recibir este servicio.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Analizar el mercado de Guayaquil para los servicios de Psicoterapia.
2. Análisis de viabilidad de una propuesta de servicio integrado para atención de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.
3. Desarrollar una estructura clínica psicopedagógica multidisciplinaria con una concepción preventiva a partir de las potencialidades de los pacientes favoreciendo el proceso de inclusión escolar y social.

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 Justificación de la investigación y viabilidad técnica y económica

Esta investigación busca mediante la aplicación de las teorías actuales y los conceptos básicos de la atención social a personas con Necesidades Educativas Especiales , determinar las explicaciones internas y la fundamentación de cómo deben estructurarse entornos que permitan ofrecer una mayor y mejor capacitación del personal, así como ofrecer un servicio de mejor calidad a pacientes y padres de familia dada la insuficiente estructuración de los planes educativos y de inclusión social que pueden afectar a los casos con estos requerimientos en cualquier entorno escolar o empresa. Adicionalmente los factores del entorno como es la economía nacional y la tecnología.

Para lograr los objetivos del estudio se acude al empleo de técnicas de investigación para poder determinar mediante entrevistas y exámenes de evaluación cual es la incidencia de la poca orientación y capacitación en el personal docente, padres de familia y personal de los entornos laborales mediante estadísticas y encuestas determinando la incidencia de los altos costos de la educación especial en el país; así mismo plantear la incidencia de la insuficiente calidad en el servicio a pacientes y padres de familia. Es importante mediante la observación de los planes educativos y las estrategias de inclusión laboral, determinar cómo se da la implementación de los mismos. Es así que mediante el proyecto de creación de un modelo de Centro de Estimulación Temprana, Diagnóstico, Orientación y Terapias Clínico-Psicopedagógicas y de Rehabilitación con un enfoque multidisciplinario, que permitan brindar un servicio social integral se puede mejorar muchos aspectos mencionados anteriormente ofreciendo oportunidades de poder contar con un personal más capacitado, en los entornos familiares, educativos y laborales que le propicien una mejor calidad de vida a las personas con discapacidades, mentales, sensoriales, intelectuales y/o físicas y motoras, con una estrategia integral y bien estructurada, creando las condiciones en cuanto a ambientes, entornos y recursos según lo demandan los casos y basados en

el concepto de que el individuo es una unidad bio-psico-social, que requiere ser atendido por un personal especializado y capacitado con planes educativos y estrategias terapéuticas no solamente conocidas por profesionales especializados sino también por sus coetáneos contando con el soporte tecnológico de avanzada, tales como equipos especializados para estudios generales físicos, neurológicos, auditivos, visuales, recursos didácticos, según las diferentes edades, ambientes para terapias ocupacionales, las terapias relacionadas con el arte, la música, computadoras, software y programas específicos para cada discapacidad ; lo que nos permitiría lograr cumplir con el objetivo de la atención individual y diferenciada, y la inclusión educativa y social, teniendo como soporte los correspondientes diseños terapéuticos y la malla curricular estructurada. Adicionalmente este proyecto va dirigido a ofrecer oportunidades a personas de bajos recursos que aunque algunos cuentan con una educación fiscal gratis o con una inclusión laboral, no logran en estos casos recibir la atención que requieren por lo que sus niveles de satisfacción y los resultados que se obtienen son muy elementales.

Es por eso que el enfoque del proyecto es ofrecer también, precios accesibles para cualquier persona que cuente con un sueldo básico mínimo, teniendo en cuenta que la atención que reciban a cambio será de la misma calidad de otros espacios especializados , privados de alto nivel en los servicios especializados a nivel nacional, buscando ofrecer un nuevo concepto a la sociedad baja que no goza de presupuestos grandes para poder cubrir costos de una atención especializada multidisciplinaria e integral relacionada con los servicios de la Educación Especial.

1.3.2 Hipótesis y Variables

1.3.2.1 Variables

- No hay una mentalidad preventiva: En los Centros Educativos en muchos casos no se toman las suficientes pruebas o se realiza en seguimiento necesario de los diferentes casos. Es muy probable que el niño no tenga ningún problema de aprendizaje pero es importante realizar análisis periódicos.
- Poca colaboración de colegios: En muchos colegios no tienen el D.O.B.E (Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil), o este departamento no realiza su trabajo de manera eficiente.
- Escasos Centros de Terapia que realicen un trabajo integral: No hay lugares en los cuales se encuentre de manera integral alguien quien ayude a sus hijos tanto para dificultades de aprendizaje como para niños con capacidades especiales, y a su vez oriente a los padres con charlas de cómo tratar el tema en su casa y frente a la comunidad. Si bien es cierto el trabajo para que el niño salga adelante es por medio de la colaboración de todos, pero si la profesora no sabe como tratarlo y los padres tampoco no se podrá ayudar de manera integral al niño.
- Altos costos de las terapias: La terapias pueden ser muy caras y en muchos casos las personas de bajos recursos no pueden ser tratados como se deben, es por esto que la creación de un centro con precios razonables, que ofrezca todo lo que necesite para poder llevar el caso sería una buena opción para muchos y de esta manera ayudar a los que no pueden pagar una mensualidad completa.

- Situación del país: En un país donde no hay una estabilidad económica es difícil priorizar un tema como este, tanto como un negocio como un servicio a recibir. Es por esto, que crear una conciencia preventiva y entender la importancia del tema puede ser primordial. La educación en estos tiempos es tan importante que sin ella no podemos mejorar nuestra calidad de vida.
- Dificultades de aprendizaje: Un problema muy común en niños pero si no es tratado puede que se convierta en un problema mayor que afecte su carrera o trabajo en el futuro.
- Una visión limitada de los empresarios: Esto constituye un problema fundamental el pensar que este tipo de negocio es algo que no vale la pena intentar, se pueden hacer cosas importantes en este campo y que tenga mucho significado económico y a su vez un mayor significado de responsabilidad social. La clave está en buscar el lugar indicado y encontrar el equilibrio entre los diferentes servicios y la demanda de los mismos.
- Capacitación Integral y apoyo para los familiares y personas involucradas: Como existe mucho desconocimiento del tema no se le ha tomado la debida importancia, y a su vez es difícil dejar a un lado los prejuicios que existen en la sociedad sobre este tema. Muchas veces no se ha considerado en otros centros de terapias los sentimientos de los padres o personas involucradas, el como se sienten al tener un problema así, es por esto, que un centro de apoyo para familiares donde se puedan compartir vivencias y escuchar a otros como van llevando este tema, es importante especialmente en padres que tienen a sus hijos con alguna discapacidad. Las capacitaciones a profesores y charlas con compañeros de cursos también son muy importantes.
- Diagnostico de casos y Terapias aplicadas a cada caso de manera integral: Muchas veces niños que no tienen buena nota en una materia y les cuesta aprenderla es porque pueden tener algún problema de aprendizaje que debe de ser descubierto primero por medio de un diagnostico de especialistas y tratado a su debido tiempo para que en el futuro no tenga efectos mayores.
- Crear conciencia del tema: Muchas veces por desconocimiento no se encuentra la solución a un tema que puede ser muy sencillo. En algunos casos, decir que un hijo tiene problemas de aprendizaje, para un padre puede ser delicado ya que el padre lo puede tomar mal por falta de conocimiento.

1.3.2.2 Hipótesis General

¿Cuál será la aceptación de un centro Psicopedagógico y de Rehabilitación Multidisciplinario en el Sector Privado?

1.3.2.3 Hipótesis Particulares

- ¿Qué opciones existen para prevenir o ayudar a niños con discapacidades especiales?
- ¿Qué mecanismos podemos utilizar para lograr un trabajo integral?
- ¿Qué efectos tiene el alto costo de las terapias en los niños especiales de recursos bajos?
- ¿Cómo podemos mejorar la calidad de vida de estas personas?
- ¿Qué efectos tiene en la comunidad promover la salud, integración social y la igualdad de oportunidades?

1.4 Antecedentes

1.4.1. Investigación

La evolución que el concepto de Educación Especial ha tenido hasta el momento actual implica un cambio terminológico además de conceptual. La respuesta social, va a estar en función de la filosofía dominante, de las ideas políticas, sociológicas y profesionales que son sumamente variables¹.

Buena prueba de ello es la evolución que también ha tenido la respuesta política y social a las personas con discapacidad desde una perspectiva internacional². Así mismo coincide la aparición y generalización del término de Educación Especial frente al de Pedagogía Terapéutica con el paso de la frontera de la segregación a la normalización³.

Además, junto al concepto de Educación Especial en sentido restringido se perfila el concepto de Educación Especial en sentido amplio, que incluye alumnos que en la escuela ordinaria presentan problemas del aprendizaje o problemas de conducta⁴.

Aparece un concepto dinámico que tiene mucho que ver con la relatividad de la deficiencia y con el carácter interactivo de la misma⁵. Por tanto, no es la persona deficiente, sino la necesidad que presenta lo que importa en cuanto que precisa de una ayuda educativa especial, de una respuesta por parte de la escuela, de una adaptación curricular dentro del contexto general⁶.

Son diferentes etapas históricas en las cuales el concepto de discapacidad ha ido atravesando cambios, partiendo incluso de su conceptualización. Aun hoy se sigue estudiando y transformando este concepto como hecho bio-psico-social.

Por consiguiente los gustos estéticos, el modo de pensar, las normas morales y jurídicas son las que han dirigido la conducta y la razón del ser humano transformándolo en un ser social⁷. Partiendo del principio Marxista Leninista de la conciencia considerándola como la intensa actividad sensorial concreta de los hombres que se manifiesta en el trabajo se engendra la necesidad de reflejar la realidad y un reflejo fiel del mundo⁸.

Según los estudios del materialismo dialectico, la conciencia no puede ser considerada ajena de los fenómenos de la vida social mas bien la conciencia va evolucionando y cambiando en el proceso evolutivo histórico de la sociedad, aun tomando en cuenta que esta se remonta a las formas biológicas de la psiquis no es un producto de la naturaleza sino un fenómeno histórico⁹. Por consiguiente no puede existir ninguna vida espiritual sin el cerebro ya que el cerebro es considerado el vínculo o conducto que conectan a la conciencia con el mundo, de esta manera tomando en cuenta los principios mencionados se puede hacer un recorrido socio-histórico de la discapacidad como tal.

El primer estudio de enfermedades mentales se dio en el año 1500 A.C por el médico griego Alocacen de Crotón quien planteó que el órgano del cuerpo donde se generaban las ideas se captaban las sensaciones y se permitía el conocimiento era el cerebro, este estudio fue desarrollado posteriormente por Hipócrates el padre de la medicina en el año 460-377 A.C en donde propone que los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro

¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

³ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

⁷ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

⁸ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

⁹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

intentando también explicar todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales¹⁰. Dentro de sus estudios menciona la anencefalia así como otras mal formaciones craneales asociadas a un severo retraso mental (RM)¹¹. De igual manera se conoce que las leyes de Esparta y la Antigua Roma dictaban el exterminio durante la infancia de los niños severamente retrasados es por eso que como contraparte los líderes religiosos asiáticos de la religión Persa, Zoroastro (120-551 A.C) y el filósofo Chino Confucio promovieron en sus enseñanzas la idea de buscar un tratamiento humano para los retrasados mentales¹².

Los antecedentes de la Educación Especial se sitúan a finales del siglo XVII, una época caracterizada por el rechazo a las personas diferentes. Si nos situamos en un periodo anterior a éste podemos destacar que en las sociedades antiguas lo normal era el infanticidio cuando se observaba alguna anormalidad en los niños.

Esta idea desaparece en la Edad Media, donde se empieza a atribuir a causas sobrenaturales la anormalidad que padecen las personas, se pensaba que estaban poseídas por el demonio y otros espíritus considerando a la tortura y la hoguera como únicos medios de curación.

En el siglo XVII y XVIII podemos destacar que los deficientes mentales eran tratados como delincuentes, y eran ingresados en orfanatos, prisiones, etc.

Se consideraba a los retrasados mentales ya desde la Europa medieval privilegiada cuando para la gente eran vistos como bufones o abortos de la naturaleza¹³. En relación a esto ya en la época Avicena 980-337 A.C. el más célebre de los médicos árabes ya plantea la clasificación de las enfermedades mentales incluyendo el término amnesia designado para los retrasados mentales¹⁴.

El paso al Renacimiento trae consigo un trato más humanitario hacia el colectivo de personas marginadas en general¹⁵. Desde las órdenes religiosas se da un paso adelante al considerar a los deficientes como personas, si bien la atención educativa se inicia más bien con los deficientes sensoriales que con los mentales¹⁶.

Félix Platter de 1536-1614 fue reconocido por crear medidas de observación a los enfermos mentales¹⁷, este profesor de anatomía introduce la terminología imbecilidad mental. Más tarde en 1667 el anatomista Thomas Willis introduce el término morosis para denominar el Retraso Mental¹⁸. En 1689 John Locke deja a un lado el concepto que el retraso mental era considerado un tipo de locura ya que hace una diferenciación entre esta y otras enfermedades mentales aportando a la profundización de esta distinción¹⁹.

En el siglo XV, Fray Gilabert Jofre crea el "Hospital d'innocents, fols y orats" para atender a los enfermos psíquicos y deficientes mentales²⁰. Son las órdenes religiosas las que van a dar una respuesta, no sólo humanista (Juan Luis Vives) sino educativa²¹.

¹⁰ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹¹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹² http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹³ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹⁴ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹⁵ <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S2011-758220060003000004&script=arttext>

¹⁶ <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S2011-758220060003000004&script=arttext>

¹⁷ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹⁸ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

¹⁹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

²⁰ <http://lacienciaalacance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²¹ <http://lacienciaalacance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

En el siglo XVI, Fray Pedro Ponce de León inició en España los primeros ensayos para la educación de los sordomudos en el monasterio de Oña (Burgos)²².

En su obra "Doctrina para los sordos-mudos" expone el método oral que él había creado para ser aplicado individualmente en la desmutización de sus alumnos (Puigdemol i Aguade, 1986). Juan Pablo Bonet en el siglo XVII, difundió el método oral a través de su libro "Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos", pero que al no poder ser impartido en grupos carecía en principio de la proyección social deseada²³.

En el siglo XVIII, Jacobo Rodrigo Pereira crea un alfabeto de signos: la dactilología, para poder comunicarse con su alumna sordomuda²⁴. Inicia realmente la educación sensorial al remplazar la palabra por la vista y el tacto²⁵.

En este mismo siglo, el Abad de l'Epée corrige la dactilología de Pereira y la hace suya, utilizando también un método global para la enseñanza de la lectoescritura. Crea la primera escuela pública en Francia para la educación de sordomudos.

Fue Valentin Haüy el primero en adoptar la escritura en relieve y en proclamar que los ciegos eran educables²⁶. Crea en París en el año 1784 el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, para que recibieran una educación específica, abandonando el carácter tradicional de asilo u orfanato²⁷.

A esta escuela acudiría posteriormente Louis Braille, quién da un paso más al crear el sistema de lectoescritura que lleva su nombre sobre la base de los puntos en relieve para niños ciegos²⁸.

En el campo del Retraso mental, a finales del siglo XVIII es la obra del psiquiatra Pinel publicada en 1801, a quién se debe la liberación de las cadenas de los pacientes ingresados en las instituciones de Bicêtre y la Salpêtrière, pero es preciso dejar claro que la asistencia y el trato hacia el deficiente mental no habían mejorado en este siglo²⁹.

En la revolución Francesa 1789 con su proclamación de igualdad de libertad y fraternidad de los hombres se consiguió que se considere como pacientes desde el punto de vista médico a los enfermos mentales; quien inició esta transformación fue el medio francés Philipe Pinel. Es aquí donde se da el surgimiento de los servicios psiquiátricos en los hospitales aceptados por el neurólogo Sergui S³⁰. Koresacop en Rusia y el fundador de la psiquiatría Americana Benjamín Rush³¹.

El resurgimiento de la Educación Especial se produce en el siglo XVIII, se incorporan las aportaciones de la filosofía de Rousseau, cuyas ideas han sido aplicadas a la educación de los retrasados y han influido de forma decisiva en Pestalozzi y Froebel³². Pestalozzi crea en Suiza el Instituto de Iverdun para niños desgraciados con una enseñanza basada en la observación, el dibujo y los ejercicios de lenguaje, lo que constituyó el fundamento de la educación intuitiva³³.

²² <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²³ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁴ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁵ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁶ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁷ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁸ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

²⁹ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

³⁰ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

³¹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

³² <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

³³ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

Sobre las mismas premisas, Fröebel crea el Instituto General Alemán de Educación y funda el primer Jardín de Infancia donde introduce los "dones Fröebel", el juego, los "centros de interés", que han inspirado los programas de enseñanza sensorial y motora aplicados a todos los niños en el mundo³⁴.

A finales del siglo XIX surge la psicología como ciencia experimental con el Alemán Wilhelm Wundt en donde se produjeron otros avances científicos gracias al surgimiento de la psiquiatría y la neurología como ciencias para profundizar el conocimiento como el ser humano, dentro de ellos la evolución del ser humano de Charles Darwin. Se puede decir entonces que el retraso mental no es prioritariamente un problema médico o científico sino más bien un problema social, ya que cada sociedad determina quiénes son sus subnormales y deficientes³⁵.

Es así que se considera que la vida del discapacitado mental debe manejarse por una vía más natural como la del resto de las personas, lo menos restrictiva, lo mas enriquecedora posible³⁶. Como consecuencia el problema radica en la praxis en donde se pretende que cada individuo logre un camino en la vida que sea casi normal para poder entender lo que esto significa es importante mencionar la historia del tratamiento institucional de las personas mentalmente retrasadas. Hasta a mediados del siglo XIX en Estados Unidos y Gran Bretaña estas personas estaban al cuidado de las familias muchas veces el trato era cariñoso y en muchas otras brutal e inhumano. Como concepto las primeras grandes instituciones destinadas a los capacitados se fundaron no solamente con fines humanitarios sino con la creencia que el retrasado podía educarse y con retorno a la comunidad³⁷. Este concepto falló y como resultado se dió la fundación de grandes instituciones cerradas teniendo como finalidad proporcionar protección durante toda la vida, de todos los males y peligros de la sociedad³⁸.

Es de vital importancia mencionar en el ámbito histórico refiriéndonos al tema de discapacidad intelectual la falta de integración entre la posición médica y educacional. Es así que en el siglo XVIII en 1778 en las afueras de Aveyron, Francia una tropa de cazadores encontró a un niño en estado salvaje; inmediatamente fue enviado a tratarse donde el médico Jean Itard cabeza de la institución para sordo mudos de Paris. Como resultado en cinco años de trabajo con el paciente se logró alcanzar en su conducto social una evolución. De esta manera esta experiencia es vista como el inicio de un descubrimiento para educar a un deficiente mental.

En 1840 se crearon varias escuelas para niños con retraso mental siendo los precursores: Alemania, Inglaterra y Suiza. Guggenbuhl introdujo la idea del tratamiento institucional del RM (Retraso Mental) que impulsó posteriormente el establecimiento de estas instituciones en Europa y Estados Unidos su filosofía equivocada sobre la curación de los que padecían esta enfermedad que prometía la curación total de la misma no deja de quitarle importancia y merito a su labor. Otro paso importante en este proceso fue el aporte del Norte Americano Samuel Ridley quien dedicó sus esfuerzos a lograr que el estado tuviera más cuidado en el tratamiento de los discapacitados creando instituciones especiales para este fin. Es así que en 1886 en Massachussets se

³⁴ <http://lacienciaalacance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

³⁵ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

³⁶ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

³⁷ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

³⁸ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

creó la primera clínica psicológica cuyo objetivo era tratar a los subnormales utilizando métodos educativos. Si bien es cierto en el siglo XIX se dieron los primeros pasos en el intento de educar en circunstancias de retraso mental dado a que las promesas iniciales de Guggenbuhl acerca de la total recuperación de esos individuos no se efectivizaron, en la segunda mitad de ese siglo el interés inicial por crear instituciones con el fin de rehabilitar y educar a los sujetos portadores de esta discapacidad disminuyó³⁹.

Como consecuencia del auge científico y del status que comienza a otorgárseles a estos enfermos a finales del siglo XVIII se conocen numerosos intentos de clasificar las enfermedades mentales uno de los aportes más importantes para llegar a estas clasificaciones fue del médico francés Antoine Boyle quien descubrió que la parálisis general progresiva tiene una causa orgánica al encontrar lesiones anatómo patológicas. Otro importante exponente en este tema fue el neurólogo Alemán Wilheem Griesinger quien plantea que todas las enfermedades mentales son causadas por una acción directa o indirecta de las células cerebrales.

En el siglo XIX, los deficientes mentales van a recibir un auténtico tratamiento médico- pedagógico porque se les identifica como tales. Es la era en la que se hicieron también grandes avances en la comprensión del retraso mental y en la identificación de formas clínicas asociadas⁴⁰.

Se puede considerar que surge la Educación Especial a finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando la sociedad toma conciencia de la necesidad de atender a las personas deficientes y surge la era de las instituciones. La atención que reciben tiene sobre todo un carácter asistencial y no educativo ya que seguía predominando la idea de que los deficientes eran un peligro para la sociedad y había que separarlos. Sin embargo, las condiciones de vida de los deficientes mentales en Europa eran muy semejantes a las del siglo anterior y la situación de las instituciones alarmantes. De ahí el esfuerzo de Pinel y el también psiquiatra Esquirol por mejorar las condiciones de la institución⁴¹.

Esquirol trata además de separar los enfermos mentales de los deficientes mentales, de diferenciar la amencia de la demencia e incluso de distinguir dos niveles de retraso mental: la "imbecilidad" y la "idiocia", con toda una serie de niveles intermedios⁴².

Es importante resaltar que las condiciones de vida de las personas deficientes mejorarían en la segunda mitad del siglo, de forma particular por obra de Seguin quien intenta hacer una clasificación según el grado de afección en el retraso: ⁴³ idiocia (gravemente afectado), imbecilidad (levemente retrasado), debilidad mental (retardo en el desarrollo) y simple retraso (desarrollo intelectual lento)⁴⁴.

Al final del siglo XIX se vislumbra una nueva perspectiva con las aportaciones de Itard y Seguin.

Se va concluyendo, así, que en el siglo XIX existían ya importantes escuelas para la educación de niños con deficiencia sensorial y deficiencia mental⁴⁵.

Como resultado, aparece en la segunda mitad del siglo la nueva opción de la educación especial por parte de médicos, educadores y psicólogos que inician

³⁹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

⁴⁰ <http://www.slideshare.net/pandorasrequiemmozart/historia-de-la-educacion-especial>

⁴¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴³ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴⁴ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴⁵ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

en Estados Unidos el tipo de escuelas que Seguin creara en Europa para retrasados⁴⁶.

Esta es una época que se alarga hasta mediados del siglo XX, algunas de las razones son:

- Las actitudes negativas hacia los deficientes estaban muy arraigadas
- El uso y abuso de la psicometría desde comienzos del presente siglo
- La alarma eugenésica. El deficiente es considerado un elemento perturbador y antisocial, y además, particularmente fecundo por su sexualidad incontrolada
- Muchos profesionales relevantes que en determinado momento se habían comprometido con planteamientos renovadores, abandonaron el campo de la deficiencia.

El siglo XX, es el auténtico siglo de las luces para la Educación Especial, cuando se crean instituciones especializadas para todo tipo de deficiencias, con atención médico-psico-pedagógica, en un momento en que en las escuelas públicas no asumen por su inflexibilidad a aquellos alumnos que tuvieran dificultades para seguir una escolaridad normal⁴⁷.

Hay que destacar en el comienzo del siglo un hecho relevante como es el de la evaluación de la inteligencia, el establecimiento de los niveles mentales y la posibilidad de clasificación a partir de la escala de Binet-Simon (1992),

La verdadera influencia europea llega a todas partes de la mano de Decroly, quien en las prácticas de hospital entra en contacto con los deficientes mentales y ve claramente que el tratamiento no puede llevarse a cabo a través de la medicina sino por la vía educativa.⁴⁸ Es así que en 1901 crea en Bruselas una escuela especial para retrasados y anormales, cuya metodología extrapola después a los normales.

Tanto Decroly como Descoedres (Decroly y Monchamp, 1983), a la vez psicólogos y pedagogos, influenciados también por Rousseau y Seguin, defienden la educación en el medio ambiente natural:⁴⁹ familia, escuela, comunidad⁵⁰. Basan su educación en los principios de la estimulación corporal, el adiestramiento sensorial, el aprendizaje globalizado, la individualización de la enseñanza, el carácter utilitario de la misma y el uso del juego en el libre ejercicio⁵¹.

Decroly estudió especialmente a los retrasados escolares y estableció una clasificación de los niños anormales⁵²; se dedicó sobre todo a crear su método pedagógico de enseñanza globalizada. En este momento se dan avances notables en cuanto a la actitud de la población, que pasa a considerar a las personas disminuidas como personas educables y en cuanto a la intervención interdisciplinar que incide a nivel médico-psicológico-pedagógico y de asistencia social⁵³.

Podemos decir que, en la década de los 30 la educación especial para niños física y mentalmente disminuidos ha superado el estado experimental y todos reciben la educación que les corresponde⁵⁴.

En esta línea podemos encontrar toda una planificación educativa en la que se parte de la detección precoz y el diagnóstico precoz, de la identificación de las necesidades y la planificación de las respuestas a esas necesidades, de la forma individualizada de intervenir a la forma socializada de enfocar el final de

⁴⁶ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴⁷ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴⁸ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁴⁹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁰ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵³ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁴ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

la educación, preparando para una tarea laboral y una inserción en la comunidad⁵⁵.

En general en Europa, en Estados Unidos y en todos los países, los pedagogos, los psicólogos y los psiquiatras han unido sus esfuerzos para mejorar la situación del niño deficiente o delincuente⁵⁶. Se ha dado importancia a la educación sensorial y motora y se ha encaminado toda acción a la búsqueda de una vida social normal⁵⁷.

En poco más de un siglo, de Pereira a Decroly, a través de las investigaciones y estudios sobre los niños anormales, se asentaron lentamente los principios básicos de la Pedagogía terapéutica⁵⁸.

En este período, Strauss, licenciado en Medicina con ampliación de estudios en Psiquiatría, Neurología y Pedagogía en su obra "Introducción a la Pedagogía Terapéutica", publicado en el año 1936, pone de manifiesto la diferencia existente a nivel de conducta entre los deficientes mentales por causa exógena o endógena, y por lo mismo la diferencia esencial que tendrá que existir en cuanto al tratamiento⁵⁹.

En muchos casos desarrolló ideas adoptadas de Seguin y Montessori y en general su enfoque se centraba en control del medio ambiente externo⁶⁰.

La Pedagogía Terapéutica es una ciencia que se ocupa del tratamiento desde el punto de vista médico, pedagógico y psicológico del deficiente⁶¹.

En el período comprendido entre los años 40 y los años 50 el descubrimiento más importante fue el realizado por Kanner, quien -tras haber estudiado 39 casos de niños que parecían retrasados mentales- llegó a la conclusión de que existía una nueva categoría de enfermedad mental⁶². En 1943 informa sobre el Autismo.

Jean Ettiene médico Francés se dedicó a construir métodos que permitan clasificar los diferentes grados y variedades de retraso mental llegando a concluir que el criterio más confiable era el uso que el individuo hiciera del lenguaje.

Finalmente en el siglo XX en 1904 en Francia el ministerio de instrucción pública estableció la obligatoriedad de la enseñanza en la cual una comisión fue encargada de estudiar desde el punto de vista escolar a los niños que presentaban enfermedades intelectuales, psíquicas, o de conducta y se le delegó al psicólogo francés Alfred Binet que implantara un método para medir la inteligencia⁶³. Binet se unió con el doctor Simon y luego de largos estudios juntos crearon la primera escala para la medida de la inteligencia en 1905 conocida como la escala Binet-Simon, esta escala consistía en una serie de pruebas o test a la persona en orden creciente de dificultades en donde intervenían cantidad de problemas tomando en cuenta: el juicio, la comprensión y el razonamiento, que para Binet eran componentes esenciales de la inteligencia.

Se pudo comprobar con la creación de este Test que el mismo daba excelentes resultados sin embargo es importante mencionar que estos Test no son el único medio de diagnóstico ya que se necesita tener una prueba complementaria para así tomar en cuenta la situación integral y completa de cada persona en particular.

⁵⁵ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁶ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁷ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁸ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁵⁹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁰ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶³ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu060404.htm

En relación al retraso mental, en el año 1959 se aceptó oficialmente la definición propuesta por la American Association of Mental Deficiency⁶⁴: "la expresión retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general inferior a la media, que tiene su origen en el periodo del desarrollo y que va asociado a un empeoramiento de la conducta adaptativa"⁶⁵; también se introdujo una terminología nueva, teniendo en cuenta cinco niveles o intervalos de Cociente Intelectual basados en las normas de Stanford-Binet⁶⁶:

- Limite (C.I. 83-67),
- Leve (C.I. 66-59),
- Moderado (C.I. 49-33),
- Grave (C.I. 32-16)
- Profundo (C.I. 16).

Puede decirse que en torno a los años 50 existía una conciencia clara sobre la necesidad de atender a los alumnos retrasados en la escuela normal, siempre que se pudiera a través de adaptaciones de material, método y programa⁶⁷.

Sólo en los casos de mayor gravedad se recurría a clases especiales, pero buscando siempre la adaptación social, prestándose una atención creciente al desarrollo de los programas post-escolares, sobre todo en talleres protegidos⁶⁸.

La educación especial no solo abrió sus puertas a los moderadamente retrasados sino que además empezó a revisar algunos enfoques tradicionales para dar un paso más en el proceso del cambio social que en relación a las personas deficientes iba a tener lugar en la segunda mitad del siglo XX⁶⁹.

Finalmente es importante mencionar como referencia a uno de los científicos más importantes de la psicología y de la defectología LS Vigotski quien crea una escuela que constituye el soporte de la enseñanza especial del mundo partiendo de la base Marxista Lenista. Todos sus pensamientos y opiniones sobre el tema hacen que se lo considere como uno de los pensadores progresistas y más claros en esta disciplina garantizando así el cumplimiento real y objetivo de la educación especial en la actualidad, logrando la integración activa y total de las personas deficientes.

Como consecuencia Vigotski está totalmente claro que las funciones psíquicas superiores (el pensamiento conceptual, el lenguaje racional, la memoria lógica, la atención voluntaria) se formaron en el período histórico de la humanidad y que deben su surgimiento no a la evolución biológica que formó el biotipo del hombre sino a su desarrollo histórico como ser social⁷⁰. De este modo de la conducta colectiva, de colaboración del niño con las personas que lo rodean y de su experiencia social surgen las experiencias superiores de la actividad intelectual⁷¹.

Al relacionar todos estos procesos es importante tomar en cuenta que a mediados del siglo XX se consideraba que la discapacidad tanto física como intelectual se debía a factores innatos que difícilmente se podían cambiar, gracias a este pensamiento surge la necesidad de hallar las razones por las cuales se dan dichos trastornos es por esta razón que se crearon los test de inteligencia anteriormente mencionados con la finalidad de medir el nivel y categoría de retraso mental. La psicología conductista señala que dicha discapacidad o problema tanto intelectual como de conducta se debe al

⁶⁴ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁵ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁶ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁷ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁸ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁶⁹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001/%5CFile%5CNEE.pdf>

⁷⁰ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

⁷¹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

inadecuado aprendizaje por lo tanto por medio de programas de modificación de conducta se puede cambiar esta realidad.

Se dió un modelo en el cual la educación especial es centro en las deficiencias del individuo el cual se caracterizó por: Diagnóstico médico el cual se caracteriza por toma de pruebas, luego la rehabilitación de las zonas afectadas de la persona o tratamiento. Se adopta un currículo diferente al de la educación regular, en esta etapa se considera que es imposible que un estudiante con necesidades especiales compita con la sociedad. Aquí se puede ver como se estudia individualmente el caso sin tomar en cuenta otros factores como la sociedad, el nivel económico los cuales son aspectos esenciales de la vida de un estudiante. Esta nueva visión sobre el análisis de casos y otros acontecimientos sociales entre los años cuarenta y setenta generan una inconformidad por parte las familias y padres afectados, se comienza a defender la inclusión en entidades educativas regulares y los derechos de las personas con discapacidad, la forma de sobrellevar los casos de personas con necesidades especiales dió como resultado que estas personas no puedan ser parte de la sociedad, no tengan oportunidades de trabajo ni esperanzas de poder alcanzar una mejor calidad de vida, todo esto se debió a la discriminación por parte de la sociedad hacia estos individuos.

Consecuentemente, nace una nueva concepción sobre la discapacidad, esta no se da solo por factores innatos, también involucra factores relacionados con el ambiente y con la respuesta que las escuelas son capaces de ofrecer. En el Informe de Warnock (Declaración de los Derechos Humanos, Naciones Unidas. 1948 3 Normas uniformes para las personas con discapacidad Warnock, M.: Meeting Special Educational Needs, Londres: Her Britannic Majesty's Stationary Office, 1981) cuyo autor es Mary Warnock funcionaria de la Secretaria del Reino Unido, logra la inclusión de esta propuesta en las leyes del Reino Unido que luego se expandió por Europa. Aquí podemos encontrar revolucionarias visiones en las cuales los niños pueden ser incluidos en escuelas regulares, le da un giro a la forma de ver a las personas con necesidades especiales ellos se convierten en sujetos de aprendizaje, se realizan ajustes curriculares para las personas que lo necesiten para poder adaptarse y responder a las necesidades de los educandos. Para el éxito del aprendizaje del educando se necesita la colaboración del estudiante y de factores socio/económicos y culturales. De esta manera se elimina la segregación de estudiantes. Esta visión fundada en las necesidades educativas especiales incorpora más problemas de aprendizaje y de educandos con necesidades que se suman al sistema educativo regular. Por primera vez se enfocan los problemas del alumno no solo partiendo de sus limitaciones, esta vez se trata de dar los recursos necesarios para que dichos alumnos puedan compensar sus limitantes y así lograr mejorar la calidad de vida o igualarlos con los demás alumnos.

Al pasar el tiempo y luego de muchas investigaciones se puede llegar a la conclusión que tantos niños, jóvenes o adultos aprenden de manera diferente, a tiempos diferentes. A algunos se les puede hacer muy difícil algo que para otros puede resultar muy fácil de comprender o asimilar. Es por esto que la educación homogénea en la cual todos los estudiantes vayan al mismo tiempo es algo imposible de lograr, cada estudiante es un universo en el cual se pueden encontrar tantas dificultades de aprendizaje o problemas a nivel personal que dificulten su aprendizaje. Es por esto que se debe de tener en

cuenta que aunque exista la igualdad de derechos y se debe de tratar a todo por igual, en este caso hay que reconocer la razón del problema y a su vez adaptarse a cada universo y hacer que cada alumno desarrolle sus potencialidades. Se agudiza más el problema cuando existen alumnos con discapacidades tanto físicas como intelectuales.

Existen dos tipos de necesidades educativas especiales las cuales pueden ser permanentes o transitorias.

Las necesidades educativas especiales transitorias son los problemas de aprendizaje las cuales suelen presentarse durante el periodo de pre-escolar y primario estos pueden ser superados en el aula si es diagnosticado a tiempo, y debe de ser atendido de manera diferenciada. Hay algunas razones por las cuales se producen este tipo de problemas de aprendizaje entre las cuales se pueden dar por: la pobreza, niños trabajadores a corta edad, un ambiente cultural pobre en el cual no existe motivación para superarse, padres analfabetos, delincuencia, alcoholismo, prostitución entre otras que son parte de problemas socio-económicos y culturales de las sociedades.

Podemos encontrar otras causas educativas que se dan por personal docente o padres no preparados para enseñar a los alumnos o porque no existe una adecuada relación ente el maestro y el alumno en muchos casos no se desarrolla la buena relación debido a al temor que le puede tener al profesor o a la falta de pedagogía implementada en sus clases.

Los factores familiares también pueden afectar su aprendizaje debido a diferentes conflictos como separación de sus padres, abandono, maltrato físico, mental, sexual, enfermedades de familiares graves. Por último otro factor que debe ser tomado en cuenta son las causas de origen individual las cuales como las enfermedades que afecten la salud y estabilidad del estudiante, problemas de autoestima, problemas emocionales y conductuales. Entre los problemas más comunes y específicos de aprendizaje podemos encontrar la Dislexia, Disgrafía, Disortografía y Discalculia.

Las Necesidades Educativas Especiales permanentes son aquellas que nacen o lo adquieren y pasan su vida con dicho problema el cual requiere de un centro especializado. Se puede considerar como factores de riesgo a las deficiencias en los siguientes campos: Auditivo, Visual, Motriz, Psicosis Infantil Autismo, Trastornos de Conducta, funcionamiento intelectual. Se consideran en factores de riesgo porque pueden desencadenar la discapacidad visual, auditiva, motora y la intelectual.

Muchas de estas necesidades educativas especiales se pueden detectar en las instituciones educativas a las cuales los niños y/o adolescentes asisten. El Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil es el encargado de tomar las precauciones necesarias para determinar si el alumno tiene algún problema de los anteriormente enumerados. De esta manera se puede realizar un diagnóstico y buscar la solución o el tratamiento para cada caso encontrado.

¿Cuál es el proceso evolutivo de la educación especial en Latino América?

Es importante mencionar que hay cambios en el proceso evolutivo de la educación especial ya que todo esta dirigido hacia la normalización sobre los

fundamentos de servicios integrados en atención social, salud, educación, trabajo y vida adulta independiente adicionalmente en conocer el valor e importancia a la AARM(Asociación Americana sobre el Retraso Mental) que tiene alto prestigio a nivel mundial en referente a la discapacidad ya que se puede decir que por más de un siglo a logrado alcanzar grandes logros en el ámbito investigativo de Retraso Mental. La clave de esta organización es la estructura heterogénea en donde participan profesionales en Psicología, Trabajo Social, Educación, Salud, Legislación y administración ya que gracias a esta estructura la organización es tomada como referencia para todos los individuos que tienen discapacidad.

Cabe recalcar que gran cantidad de padres de familia requieren de ayuda y soporte para sus hijos; por lo tanta hay que hacer énfasis en que la deficiencia y la falta de destreza conocida como discapacidad no son el centro medular del problema sino más bien la dependencia en el entorno en el que se vive con las demás personas. Como resultado la complicación se ve reflejada en el entorno en donde por lo general se dan los casos de dependencia.

Sin lugar a duda es importante definir la realidad socioeconómica del continente antes de poder hacer un análisis de los casos de RM y las visiones sobre el mismo ya que en el continente se encuentran muchos choques culturales, físicos, sociales y económicos. El incremento de los porcentajes de pobreza, desocupación, miseria, analfabetismo y el aumento de la migración del campo a las ciudades, el retroceso en el porcentaje de servicios públicos cubiertos por las poblaciones urbanas marginales y rurales, afectan de gran manera a el análisis y posibles soluciones al problema ya que esta tendencia no considera tener solución en el breve plazo. Tomando en cuenta estos aspectos se considera que la corriente de la globalización y el libre comercio agravan la situación real. Por ende la realidad de los discapacitados conlleva a que muchos gobiernos releguen a segundo o tercer plano las inversiones necesarias para enfrentar esta problemática ya que se consideran otros temas como de mayor relevancia.

En 1994 una de las organizaciones con mayor cobertura de atención a niños con deficiencia mental en Chile COANIL realizó el Quinto Congreso Nacional y Primero Internacional presentado a la COANIL como premisa de la nueva versión de la AARM la cual tuvo un enfoque más político que técnico o científico descuidando o dejando de un lado el propósito primordial de la misma.⁷² En Argentina La federación de Padres ha impulsado el desarrollo del paradigma preocupándose por socializar el concepto con instituciones educativas del gobierno y encuentro con profesionales de la Universidad de Buenos Aires y la Plata donde se han discutido puntos como la clasificación y el grado de adecuación a su realizada⁷³. La Federación considera que el aspecto más importante y renovador es la consideración del tipo de duración de los soportes y se encuentra realizando aplicaciones en el planteamiento de servicios y la provisión de ayudas de bienestar social⁷⁴.

En cambio en Brasil su Federación Nacional APAES una de las más grandes del mundo manifiesta su preocupación por poner en práctica los conceptos de esta definición ya que se piensa que es difícil propugnar la integración educativa cuando hay tanta disparidad en los diagnóstico⁷⁵.

⁷² http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm
⁷³ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm
⁷⁴ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm
⁷⁵ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

México, tiene más contacto y relación con América del Norte considerando a través de su Confederación Mexicana CONFE que este paradigma dinamiza y dignifica a las personas con discapacidad intelectual y que les permite unificar criterios de diagnóstico identificando claramente las capacidades y debilidades de estas personas para prestarles los apoyos necesarios⁷⁶.

La Federación Ecuatoriana Pro atención a las personas con deficiencia mental no ha asumiendo este paradigma sino mas bien se ha concentrado en otras áreas que consideraban más importantes adoptando la definición como sistema de diagnóstico y desarrollo que ha influenciado en otras instituciones.

¿Cuáles son las razones por las cuales se da la desigualdad de difusión?

La desigualdad de difusión nace de la carencia de una organización o institución influyente en los países latinoamericano que convencida de este paradigma pueda mejorar la vida de las persona con RM.

¿Qué pasa en Ecuador?

Retomando el tema de la educación en el Ecuador y en toda Latino América, se experimentó una expansión notable a partir de 1950-1960 con logros importantes como la reducción del analfabetismo adulto, la incorporación de niños y jóvenes al sistema escolar en su mayoría de los sectores pobres de la sociedad: la expansión de la matrícula de educación inicial y superior: una mayor equidad en el acceso y retención por parte de los grupos anteriormente marginados en la educación como por ejemplo las mujeres, los grupos indígenas y la población con necesidades especiales; finalmente el reconocimiento de la diversidad étnica, lingüística, cultural en términos educativos.

Por ende la difícil situación económica, política y social que Ecuador ha experimentado en los últimos años, potencializada por la pobreza y la migración ha deprimido aun más el proceso educativo provocando incluso la reversión de algunos logros históricos. Las sucesivas reformas en el país desde fines de la década de 1980 y a lo largo de la década de 1990 no han tenido resultados esperados en términos de mejoramiento de calidad de educación habiendo contribuido más bien a reforzar el endeudamiento externo, la fragmentación de la política educativa y el debilitamiento del Ministerio de Educación, Cultura y Recreación (MEC) con la instalación de unidades ejecutora ubicadas fuera de este a cargo de lo reconocidos proyecto internacionales financiados por el Banco Mundial.

Se puede entonces decir que el Ecuador necesita:

- Un proyecto educativo nacional: La educación no es considerada una prioridad nacional, se la continúa viendo como un gasto antes como inversión, la ausencia de política educativa, sustituida por proyecto a corto plazo han fragmentado las instituciones y han terminado en acciones aisladas.
- Integración del sistema educativo: el sistema de educación universitario y de investigación científica tecnológica aparece separado de los demás niveles educativos, y se ve a sí mismo como etapa terminal.

⁷⁶ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

- Fuertes debilidades de información, conocimiento e investigación vinculados al campo educativo: desactualización con respecto a la información y al avance del conocimiento teórico y práctico.

1.5. Fundamentación Teórica

Es el siglo XX y justamente al final de la década de los 50, cuando tiene lugar un cambio conceptual en cuanto a las atenciones que requieren las personas con discapacidad aparecen nuevos conceptos y nuevos modos de decir que determinarán también nuevas formas de hacer.

Junto a la existencia de centros en los que se lleva a cabo una educación especial propiamente dicha, para niños deficientes mentales, sordos, ciegos, paráliticos cerebrales, autistas⁷⁷; hay instituciones que se resisten a continuar en esta línea, empezando las cosas a cambiar cuando en Dinamarca se incorpora el principio de normalización, es decir: “la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible” (Bank-Mikkelsen) y este nuevo principio llega a Europa y también a los Estados Unidos que abren sus puertas a la corriente de la normalización a través de los trabajos de Wolfensberger.

Se da entonces un cambio de prácticas segregadoras a experiencias integradoras, poco a poco se produce la desinstitucionalización. El fin es integrar a las personas deficientes en la escuela ordinaria con las demás personas consideradas normales. Como podemos comprobar la educación especial ha sido una educación paralela a la educación ordinaria pero segregada de ella.

Relacionamos a continuación, algunas definiciones según distintos autores e instituciones respecto a la Educación Especial:

- Para el Informe Warnock (1978) “La educación Especial es una ayuda educativa en determinados estadios de la carrera escolar del alumno, que redunde, por consiguiente, en un continuo de oferta que va de la ayuda temporal a la adaptación permanente del currículum”.
- Para Moor, P. (1978) “La clave del asunto no reside en que la educación haya de pensar necesariamente en un tratamiento médico, terapéutico o asistencial, sino en las peculiaridades que el terapeuta, el asistente y otros especialistas descubran al sujeto”.
- Se considera la Educación Especial como: “un proceso integral, flexible, dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos, encaminados a conseguir la integración social del minusválido”.
- La UNESCO (1983:30) define la Educación especial como: “una forma de educación destinada a aquellos sujetos que no alcanzan o improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales,

⁷⁷ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad, y que tiene por objetivo promover su progreso hacia estos niveles”.

- El 6 de marzo de 1985 en el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial No. 334/1985 se señala que La Educación Especial consiste en todos los apoyos y adaptaciones que un alumno necesita para realizar sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

En la actualidad, todos los teóricos coinciden en que el principio de la normalización, es el rector, para el trabajo correctivo-compensatorio de las NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, y que de él, se derivan:

- El principio de integración escolar, en función del cual todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria que le corresponda, según su edad y situación geográfica⁷⁸.
- El principio de sectorización de servicios, según el cual se arbitra la creación de equipos multidisciplinares que atiendan las necesidades del sector, sin dar lugar a la separación del niño de su medio natural⁷⁹.
- El principio de individualización de la enseñanza, según la cual es preciso llevar a cabo un programa de desarrollo individual para el alumno deficiente que asista a la escuela ordinaria⁸⁰.

La normalización de servicios que en el ámbito educativo supone la integración escolar, ha dado paso a una concepción y a una práctica distinta de la educación especial que -inmersa en el sistema general- supone una amplia respuesta a la diversidad⁸¹; se configura como un sistema de programas educativos y servicios con los cuales se atiende a las personas con discapacidad⁸².

Al final del siglo XX se ha evolucionado ya⁸³:

- Desde una Pedagogía Terapéutica basada en los déficits a una Educación Especial basada en las necesidades educativas especiales⁸⁴.
- Desde una clasificación por etiología orgánica a una clasificación según sean las necesidades especiales transitorias o permanentes⁸⁵.
- Desde una educación especial en sentido restringido llevada a cabo de forma segregada en los centros de educación especial, a una educación especial en sentido amplio integrada en el sistema educativo ordinario⁸⁶.
- Desde un programa específico para cada tipo de deficiencia, a una adaptación curricular dependiente de las necesidades educativas especiales de los alumnos⁸⁷.
- Desde un tratamiento médico-psicopedagógico, a una adaptación curricular individualizada⁸⁸.
- Desde una educación especial de los distintos tipos de deficiencias a una educación especial como conjunto de apoyos y adaptaciones que ha de ofrecer la escuela para ayudar al alumno integrado en su progreso de desarrollo y aprendizaje⁸⁹.

⁷⁸ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁷⁹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁸⁰ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁸¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁸² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

⁸³ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁴ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁵ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁶ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁷ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁸ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

⁸⁹ <http://lacienciaalalcance.blogspot.com/2010/10/un-breve-panorama-sobre-la-educacion.html>

Para ello, se instrumenta como modelo de intervención el Bio-psico-social que se define como:

“Aquel que trata a un individuo como un ser integral”. Este modelo tiene su auge en los años cincuenta, en el cual se considera que el ser humano es un ser único en su totalidad en el cual se analiza su parte biológica, psicológica, y social. Se cree que para poder ser atendido y comprendido en su totalidad por profesionales se debe estar atento a factores que influyen en cada individuo.

- El término **Biológico** en este modelo dice que las enfermedades pueden ser explicadas en términos de una desviación de la función normal subyacente como puede ser un agente genético, patógeno o anomalía del desarrollo. Existen dos conceptos:
- **Sistema abierto:** el cual es un sistema transparente de información con el medio
- **Sistema Cerrado:** este sistema se encuentra limitado por su biológica y por ende no puede lograr el intercambio con el medio.
- En el caso de la parte **Psicológica** se enfoca en todos los aspectos internos del ser humano como sus emociones, conducta, procesos cognitivos, afectivos, motivación, personalidad. Estos procesos pueden ocurrir todos a la vez de manera espontánea, esta es la forma en la cual los individuos perciben y entienden al mundo
- El último componente de este modelo es la parte **Social** el cual con el tiempo ha tomado protagonismo en el estudio del comportamiento de los humanos, Este abarca a la familia, los amigos, el lugar donde trabaja, la cultura, la comunidad donde vive y donde se desenvuelve la mayor parte del tiempo. El ser humano nace predispuesto para encontrarse con otros. Este factor desempeña un papel importante de la actividad humana cuando se trata de analizar una enfermedad o discapacidad.

Por ser el hombre un ser bio-psico-social debido a que se encuentra en constante interacción e integración. Al analizar al individuo se debe de tomar en cuenta que en cada etapa de la vida de los seres humanos, la visión del comportamiento es diferente.

Las instituciones que desarrollen su labor dirigida a los procesos de Orientación, Diagnóstico y Terapias deben responder a un referente dado por una fuerte formación basada en la práctica y el compromiso social. Los estudios y líneas de intervención, deben moverse, en mayor o menor peso de la integración del sujeto como relación BIO-PSICO-SOCIAL. La convicción de esta integración es la que nos conduce a buscar modelos flexibles, que nos permitan analizar y actuar sobre los diferentes elementos en su interrelación dinámica. El modelo histórico-cultural nos permite un enfoque científico optimista en el sentido de la potenciación del sujeto en su interacción social, posibilitando siempre la estimulación del desarrollo.

Los principios básicos de este modelo tienen la concepción del desarrollo psicológico a través de la actividad concebida como instrumento de desarrollo, la explotación de esas potencialidades mediante la utilización de estímulos-instrumentos, el concepto de zona de desarrollo próximo referido no sólo a la situación enseñanza-aprendizaje, sino en su acepción más amplia como la propia interacción con su entorno, incluido el sí mismo y los coetáneos

En el proceso de evaluación y diagnóstico, se deben utilizar fuentes directas y fuentes indirectas.

Las fuentes directas son aquellas en las que la información la recibimos del propio paciente, con independencia del método o técnica utilizada.

FUENTES DIRECTAS

Las fuentes de información indirectas, son las provenientes de los adultos vinculados al sujeto en su relación vincular emocional, afectiva, educativa, o tutelar. Incluiremos aquí, las entrevistas a padres, maestros y todos aquellos adultos que intervienen en el proceso formativo y del desarrollo.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Podemos clasificar los aspectos definitorios de los trastornos del desarrollo atendiendo a los siguientes grupos:

- Retraso Mental.
- Trastornos Generales de Desarrollo.
- Déficit Sensorial.
- Déficit Motor
- Trastornos de Conducta.

Niveles de Análisis para la Clasificación de las necesidades Educativas Especiales

Si con el término trastorno del desarrollo se hace referencia a un conjunto de dificultades que presentan algunas personas, de carácter crónico y atribuibles a alteraciones del funcionamiento intelectual general y de la conducta adaptativa, su estudio, tal y como se recoge en Morton y Frith y García , puede hacerse a través de tres niveles de análisis, lo que nos permite situar la problemática planteada por los distintos trastornos, en una línea de proceso evolutivo de la persona y en su integración biopsicosocial.

Los tres niveles serían:

- el biológico,
- el cognitivo-emocional,
- y el conductual,

Ellos interactúan entre sí y con el entorno, influyendo en la gravedad y desarrollo.

Estos tres niveles podrían estar agrupados en dos :

- el primero, núcleo básico de la explicación y elemento causal, el biológico,
- y un segundo, formado por lo cognitivo y conductual que formaría el nivel psicológico, como núcleo modulador, de pensamiento y la conducta.

NIVELES DE EXPLICACIÓN DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO

- BIOLÓGICO. Genética, neurología, tóxico-infeccioso, etc., disfunción en general. Factor causal y básico.
- PSICOLÓGICO. Cognitivo-afectivo: aspectos metales, habilidades cognitivas, afectividad en general.
- Conductual: respuesta escolar, situacional, adaptación a diversas situaciones.

DEFINICIONES DIAGNÒSTICA

Anencefalia:

Se conoce como Anencefalia a la malformación o ausencia de gran parte del cerebro o el cráneo. Se presenta a comienzos del desarrollo del feto y se da cuando la porción superior del tubo neural no logra cerrarse. De cada diez mil nacidos uno nace con esta enfermedad y no tiene cura, la mayoría de los niños que nacen con anencefalia mueren a corta edad o nacen muertos o mueren pocas horas o días después de nacer. Una razón exacta de porque se dan estas cosas aun no se la ha encontrado pero se piensa que factores que pueden causar dicha malformación incluyen las toxinas ambientales y no tomar ácido fólico cuando se está embarazada.

Malformaciones craneales:

Las malformaciones craneales o craneosinostosis son alteraciones de la forma del cráneo estas se dan por algún defecto que ocurre en el desarrollo. En la mayoría de los casos se puede ver malformaciones o alteraciones estéticas en la proporción del cerebro lo que tiene como consecuencia trastornos psicológicos. Los médicos no han encontrado una causa exacta pero se considera que puede ser causada por razones hereditarias, raquitismo, infecciones entre otras.

Amencia o Síndrome Amencial:

La amencia es también conocida como una demencia confusional, es un trastorno psicopatológico mental que se caracteriza por desorientación, confusión, trastorno de pensamiento las personas se vuelven incoherentes, se dan alucinaciones. En este caso el desarrollo mental normal no es posible a su vez no se produce deterioro mental como en el caso de la demencia. Se puede tratar pero el periodo de tratamiento será largo en el cual pueden existir recaídas. Su causa puede ser por algún impacto emocional, depresión ansiedad. Las personas que tienen amencia suelen tomar actitudes impulsivas y al final caen en un estado de mutismo. Hay tres tipos de síndromes amenciales que son:

- a) Síndrome amencial con agitación motora
- b) Síndrome amencial con alucinaciones
- c) Síndrome amencial con síntomas de tipo catatónico

Fundamentación de los trastornos de Aprendizaje

En los casos que presentan trastornos del aprendizaje su ritmo académico se encuentra por debajo de lo esperado según la edad cronológica del sujeto y su

coeficiente de inteligencia. Requiere una adecuación en el sistema de enseñanza.

Los trastornos más frecuentes son:

- Alteraciones en el proceso de lectura y escritura.
- Dificultades en el cálculo
- Y otros trastornos del aprendizaje no especificado.

Cuando el nivel de rendimiento del individuo es inferior al esperado por su edad cronológica, la escolarización y el nivel de inteligencia a través de pruebas normalizadas que se le administra individualmente es que se diagnostican los trastornos del aprendizaje si el rendimiento en lectura, cálculo, o expresión escrita es bajo.

En la vida cotidiana estos problemas de aprendizaje interfieren significativamente ya que su rendimiento académico no esta en correspondencia con su edad cronológica, es decir el sujeto no actúa en igualdad de condición que su grupo etario.

Generalmente se define una discrepancia de mas de dos desviaciones típicas entre coeficiente de inteligencia y rendimiento.

En ocasiones se aceptan una discrepancia menor si esta es entre una y dos desviaciones típicas considerándose la influencia de factores tales como: Las características culturales o étnicas del individuo, la existencia de un trastorno del procesamiento, de un trastorno mental o de una enfermedad médica.

Si las dificultades del aprendizaje están asociadas a un déficit sensorial las desviaciones deben exceder las normas habitualmente consideradas y estos trastornos pueden ser permanentes.

La sintomatología y los trastornos asociados a las dificultades en el aprendizaje pueden ser causados entre otros factores por la baja autoestima y dificultades en las habilidades sociales.

Existen indicadores que ubican en un 40% el promedio de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje que abandonan el estudio.

En la etapa de la adultez estas personas que han tenido trastornos del aprendizaje tiene dificultades significativas para lograr empleo, adaptación social, abalándose en un rango promedio de 10 y 25 % que se diagnostican con trastornos depresivos permanentes, distímico, negativismo, déficit de atención con hiperactividad entre otros.

Generalmente cuando existen retrasos en el desarrollo del lenguaje a predominio graves se asocian a este los trastornos del aprendizaje particularmente en la lectura y escritura.

No siempre las alteraciones del lenguaje tienen repercusión en el trastorno de aprendizaje.

Existen trastorno del desarrollo de la coordinación tales como: dificultades en persecución visual, en la coordinación bisomotora, en el proceso de atención, de memoria o cuando se combinan entre si que también provocan trastornos del aprendizaje.

Existe un mayor rango de confiabilidad en las pruebas psicopedagógicas para evaluar la causas de estas dificultades.

Otras causas pueden ser las pre, peri o post natales que provocan lecciones orgánicas o las predisposiciones genéticas.

Se asocian mas frecuentemente las enfermedades medicas, el síndrome alcohólico fetal o síndrome x frágil así como el envenenamiento por plomo.

RETRASO MENTAL.

El concepto de deficiencia intelectual se dice de personas que tienen limitaciones importantes en el funcionamiento intelectual, son aquellos que tienen un funcionamiento intelectual inferior a la media. Suelen tener problemas en la comunicación, cuidado propio, interacción con la sociedad, en el trabajo y escuelas, no son personas autónomas en mucho de los casos. Existen diferente categorías de deficiencia intelectual entre las cuales contamos con:

- **Deficiencia mental ligera (CI 50-75):** A la mayoría de estos niños con esta deficiencia no se les identifica como deficientes hasta que entran en la escuela
- **Deficiencia mental moderada (CI 35-50):** Suelen presentar retrasos en su desarrollo durante los años prescolares.
- **Deficiencia mental severa y profunda** (CI 20-35; CI por debajo de 20):Se identifican como tales al nacer.

Como promedio el coeficiente intelectual de las personas con dificultades en el aprendizaje es aproximadamente 70 o inferior evidenciándose las mismas en edades anteriores a los 18 años.

En el caso del retraso mental se presentan diferentes códigos tales como: Retraso Metal Leve, Retraso Mental Moderado, Retraso Mental Grave, Retraso Mental Profundo o Retraso Mental de Gravedad no especificada.

Esta alteración tiene diferentes causas que afectan el funcionamiento del Sistema Nerviosa Central.

El retraso mental tiene como característica esencial una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio limitándose al menos dos de las habilidades que a continuación de relacionan: las académicas, las de comunicación las domesticas, las sociales / interpersonales, el auto control, el cuidado del si mismo, y las habilidades laborales.

El coeficiente de inteligencia o su equivalente se obtienen por evaluación mediante uno a mas test de inteligencia que estén normalizados y que se administran individualmente pudiendo ser: Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children.

Este rango de coeficiente de inteligencia es lo que define la capacidad intelectual general.

Cuando el coeficiente de inteligencia se sitúa de alrededor de 70 o por debajo de 70 ya se consideran una capacidad intelectual inferior al promedio.

Se debe tener en cuenta que cuando se evalúa el coeficiente de inteligencia se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos pudiendo variar este error de un instrumento a otro.

Cuando se aplica el wechsler y se obtiene un coeficiente de inteligencia de 70 este representa una intervalo de 65 a 75 siendo posible diagnosticar el retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales entre 70 y 75 que tengan asociados alteraciones en el comportamiento de actitud.

Es por ello que en la elección de los instrumentos de evaluación y la interpretación de sus resultados se deben tener en cuenta factores que puedan

limitar su rendimiento tales como el origen socio cultural del sujeto sus discapacidades sensoriales motoras y comunicativas o su lengua materna.

Resulta aconsejable reflejar por el perfil de aciertos y fracasos las puntuaciones del los subtest y no por el coeficiente intelectual de la escala total si existen factores de dispersión significativa.

Las incapacidades adaptativas en las personas con retraso mental son las significativas que el orientarnos por un coeficiente de inteligencia bajo pues es precisamente la capacidad de adaptación lo que determina como afrontamos las exigencias de la vida cotidiana y como se cumplen las normas de autonomía personales según el grupo etario, el origen socio cultural y la ubicación comunitaria en la que nos encontramos.

Pueden ser factores que influyan en la capacidad adaptativa las motivaciones, los rasgos de la personalidad, las características escolares, las oportunidades sociales y laborales, los trastornos mentales y las enfermedades medicas que puedan asociarse al retraso mental.

Resulta de mayor utilidad obtener información de fuentes fiables independientes como la evaluación del maestro, la historia medica evolutiva y académica para valorar la capacidad adaptativa y brindar ayuda terapéutica dirigida a mejorar los problemas de adaptación y no concentrarnos en el dato estadístico del coeficiente inteligencia cognoscitivo.

Existen varias escalas para medir la capacidad o comportamiento adaptativo que suministran un corte clínico sobre la base del rendimiento en las distintas áreas de la capacidad adaptativa entre ellas tenemos: Vineland Adaptive Behavior Scales y las American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales.

En este proceso de evaluación también debe tenerse en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con: las posibles discapacidades asociadas, la motivación, la cooperación, la educación y el nivel socio cultural del sujeto, pues la presencia de estos factores invalida muchas normas de una escala adaptativa considerándose comportamientos desadaptativos como la pasividad y la dependencia.

Al retraso mental no se le asocian unívocamente características comportamentales o personalidades específicas pues unos pueden ser pasivos placidos, dependientes, otros pueden ser impulsivos y agresivos.

Si existen ellos ausencia de habilidades en la comunicación pueden tener comportamientos perturbadores y agresivos sustituyendo estas reacciones el lenguaje comunicativo.

Cuando existen ciertos síntomas comportamentales como el intratable comportamiento auto lesivo asociado al síndrome de Lesch – Nhyan puede estar asociado a enfermedades medicas.

Pueden ser las personas con retraso mental muy vulnerables a sufrir abusos físicos sexuales, ver negados sus derechos y oportunidades entre otras forma de explotación.

Los trastornos mentales con mórbidos se estiman en las personas con retraso mental 3 o 4 veces mayor observadas en la población general lo que puede ser causado por traumatismos craneales.

Puede existir cualquier tipo de retraso mental y no siempre esta asociado a un trastorno mental con mórbido, este se complica si tiene un mayor grado de retraso mental y otras discapacidades asociadas.

Cuando existen dificultades en las habilidades para la comunicación como por ejemplo un adulto no verbal con retraso mental con trastorno depresivo, irritabilidad, insomnio, entre otras se dificultan la incapacidad para realizar una historia adecuada y seleccionar un diagnóstico específico pudiéndose utilizar la categoría de no especificado.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de movimientos estereotipados, los trastornos mentales debido a una enfermedad médica, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos generalizados del desarrollo son los más frecuentes asociados a los trastornos mentales.

En las personas con síndrome de Down con retraso mental tiene mayor riesgo para desarrollar una demencia tipo Alzheimer y suelen a parecer en ellos alteraciones cerebrales patológicas cuando inician las décadas de los 40 apareciendo los síntomas clínicos de demencia más tardíamente.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) introdujo como categoría diagnóstica el término "Trastorno generalizado del desarrollo".

Estos se caracterizan por alteraciones generalizadas y déficit grave en múltiples áreas del desarrollo como la interacción social la presencia de comportamientos inadecuados, anomalías de la comunicación y actividades estereotipadas.

El trastorno Autista, el Rett, el desintegrado infantil, el de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado se incluyen en esta categoría.

El autismo es considerado como el subgrupo más grave y prototípico de los trastornos, dentro de este grupo; teniendo en cuenta además que desde un punto de vista clínico y de la investigación, es importante la diferenciación rigurosa de éstos, ya que las necesidades educativas de unos casos y otros son semejantes. Con este trabajo precisamente intentamos diferenciar el autismo del retraso mental.

Las características esenciales del autista se enmarca en un desarrollo a normal o deficiente de la interacción y comunicación social, repertorio restringido de actividades de intereses variando estas manifestaciones en dependencia y edad cronológica del sujeto.

Pueden ser estas deficiencias de interacciones importantes y duraderas, pueden tener afectación en la práctica de comportamiento no verbal múltiple como la falta de contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales muy típico que limitan la interacción o comunicación social.

Su incapacidad puede adoptar diferentes formas según las edades; los de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad, los de más edad se pueden interesar por las relaciones de amistad pero carecen de la comprensión de normas sociales, les puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos con otras personas apreciándose una falta de reciprocidad social o emocional, generalmente no participan activamente en juegos sociales simples, prefieren actividades solitarias o implican a otras personas solo como herramientas de apoyo.

Frecuentemente tiene muy afectada la conciencia de los otros, pueden prescindir de otros niños incluyendo sus hermanos, no perciben el malestar de otras personas, es muy notable la alteración de la comunicación afectando las habilidades verbales y no verbales.

En algunos casos puede producirse un retraso del desarrollo hablado o existir ausencia total.

En los que hablan evidencian dificultades en la habilidad para iniciar o mantener una conversación con otros, utilizan frases estereotipadas y repetitivas, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación de habla pueden ser normales empleando generalmente frases finales con entonación interrogativas, son inmaduras las estructuras gramaticales repiten con facilidad rimas, lemas comerciales, lenguaje metafórico el que es comprendido claramente por los que están familiarizados con su estilo comunicativo.

Tienen incapacidad para comprender preguntas instrucciones o bromas simples.

El juego espontáneo, variado o imitativo suele estar ausente o notablemente alterado, depende del nivel de desarrollo que haya alcanzado el sujeto, tienden a no implicarse en juegos imitativos simples propios de la infancia o de la niñez o lo hacen de manera mecánica.

Sus patrones de comportamiento son repetitivos y estereotipados.

En ocasiones demuestran una preocupación absoluta por determinados temas de su interés que resultan anormales los que pueden ser de mayor intensidad, aparentemente son inflexible a rutinas o rituales específicos, manierismo motores repetitivos o estereotipados.

Ante algunas partes de objetos demuestran una preocupación persistente, son capaces de desplegar una gama de intereses mancadamente restringida y se preocupan por algunos muy limitados como por ejemplo recopilan datos como el fútbol la meteorología, alinean número exactos de objetos de ropa, reproducen repetitivamente comportamiento de personajes televisivos, pueden insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse o alterarse ante cambios por muy elementales que sean.

Un niño Autista puede demostrar una reacción catastrófica ante un pequeño cambio en el ambiente como el cambio de lugar de objetos en el espacio, la percepción de un nuevo objeto en el entorno, insisten irracionalmente en seguir con determinadas rutinas, realizan movimientos corporales estereotipados como el aleteo de las manos, balanceo del cuerpo, inclinarse, mecerse, posturalmente tienden a caminar de puntillas, realizan movimientos manuales y adoptan posturas corporales extravagante.

Experimentan una preocupación muy persistente por ciertas partes del objeto, como los colores de la ropa, los botones pueden fascinarse por el movimiento de un objeto como por ejemplo girar la rueda de un coche, abrir y cerrar una puerta.

Esas alteraciones se manifiestan generalmente antes de los 3 años evidenciando el retraso o funcionamiento anormal por lo menos en una de las siguientes áreas: lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social, juego simbólico o imaginativo e interacción social.

En muchos pacientes se refiere que en algunas ocasiones han existido un desarrollo relativamente normal durante 1 o 2 años.

Los padres tienden a asegurar que se manifiesta una regresión en el desarrollo del lenguaje que cesan de hablar después que el niño adquirido entre 5 a 10 palabras.

En ocasiones el trastorno autista es denominado también autismo infantil, autismo infantil temprano o autismo de Kanner.

Entre los trastornos asociados al autismo existe el de retraso mental habitualmente con un coeficiente de inteligencia entre el 35 – 50 considerándose moderado.

El 75% de los casos con trastornos autista sufren retraso.

Sus habilidades cognoscitivas evidencian alteraciones en el desarrollo y cualquiera que sea el nivel general de inteligencia es irregular.

Pueden presentar una hiperlexia desde los 4 años aun que la comprensión de lo leído se afecte aun cuando funcionalmente el nivel del lenguaje receptivo sea superior.

Presentan gran variedad de síntomas comportamentales como la hiperactividad, impulsividad, agresividad, comportamiento auto lesivo, campo de atención reducida y especialmente en los niños pequeños pataletas.

Pueden reflejar hipersensibilidad ante los estímulos sensoriales, como los sonidos, contacto físico, reacciones exageradas ante la luz o los colores, elevado umbral para el dolor, fascinación por ciertos estímulos.

Deben tener un control limitado de la dieta alimentario, pues pueden presentar irregularidades digestivas, trastornos en el sueño.

Afectivamente presentan alteraciones de humor, ríen o lloran sin motivo observable y aparente ausencia de reacciones emocionales,

No calculan el peligro real, ausencia de miedos ante estos y un temor excesivos ante objetos no dañinos.

Los comportamientos autolisevos como cabezazos, mordiscos en los deods las manos o muñecas se presentan frecuentemente.

En la vida adulta suelen deprimirse en respuesta a la toma de conciencia a la gravedad de su defecto sui su capacidad intelectual es suficiente.

Epidemiológicamente los estudios sugieren una brevalencia de tazas de trastornos autismas de 2-5 casos por cada 10.000 individuos.

AUTISMO

Incapacidad de relacionarse normalmente con las personas.

Retraso y alteraciones en la adquisición y uso del habla y del lenguaje. Tendencia al empleo de un lenguaje no comunicativo y con alteraciones peculiares.

Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, a repetir una gama limitadas de actividades ritualizadas, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, escasamente flexibles y poco imaginativas.

- Buen potencial cognitivo.
- Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
- Aparición de los primeros síntomas de la alteración desde el nacimiento.
- Hipersensibilidad estimular: consistente en atender a un solo aspecto de un estímulo, frecuentemente, no el más relevante. Dificultad para percibir los estímulos como todos significativos, haciendo uso de las claves del contexto, obteniendo éxito en las actividades donde se necesita aislar las partes de un todo, como: rompecabezas, cubos...
- Dificultad para procesar la información secuenciada, lo que se ha relacionado con los graves problemas en la comprensión del lenguaje y de las situaciones constituidas por hechos organizados de forma consecutiva.
- Dificultades para integrar la información que llega a través de los distintos canales sensoriales, que le impiden construir significados, y

para transmitirla de un canal a otro, lo que causa imposibilidad de obedecer órdenes o de tener conductas imitativas.

- Dificultad para realizar inferencias sociales, es decir para conocer qué pueden pensar otras personas.
- Aparición en ocasiones de "habilidades especiales", fundamentalmente de buena memoria mecánica.

RETRASO MENTAL

- Logran relacionarse desde el punto de vista afectivo de manera adecuada.
- Aparecen trastornos en el lenguaje, aunque éstos son los mismos que en otras entidades, sí son más frecuentes.
- Los cambios ambientales no suelen ser significativos para ellos, en ocasiones pueden no percatarse siquiera, si esto sucede parece no importarles mucho. La actividad de juego es predominante y se corresponde con edades inferiores.
- Tienen serias afectaciones intelectuales.
- Pueden tener facies típicas de genopa-tías, otros son de fisonomía normal.
- Los primeros síntomas aparecen de forma postnatal.
- Ante un estímulo no solo presentan dificultades en percibir las partes sino también en integrarlas en el todo, les cuesta discernir lo esencial.
- Las dificultades en el procesamiento de la información secuenciada se deben fundamentalmente a las alteraciones en la esfera cognoscitiva, específicamente en los procesos de atención y pensamiento.
- Dificultades para integrar la información que llega a través de los distintos canales sensoriales, que le impiden construir significados, y para transmitirla de un canal a otro, lo que causa imposibilidad de obedecer órdenes o de tener conductas imitativas, pero a causa de la alteración en el pensamiento lógico verbal.

Deficiencia auditiva:

Se da cuando existen problemas en el oído o en alguna parte del q afecta la audición, esto significa que no está funcionando correctamente la audición.

Es considerada como una de las anomalías congénitas más frecuentes, una persona puede oír poco o puede que no oiga nada.

Una persona puede nacer con el problema porque las partes del oído no se formaron correctamente, pero a su vez puede darse por otros factores que son la Presencia de fluido en el oído medio, infecciones graves, , lesiones en la cabeza, escuchar música muy alta sobre todo con auriculares, exposición repetida a ruidos fuertes.

Existen diferentes tipos de deficiencia auditiva las cuales son:

- Hipoacusia de conducción: Problemas en la parte exterior o media del oído
- Hipoacusia sensorial: Problemas en el funcionamiento cóclea
- Hipoacusia neural: Problema en la conexión que une la cóclea con el cerebro.

Deficiencia visual:

La visión es el sentido de la relación social por excelencia, del aprendizaje y de la comunicación⁹⁰.

Su ausencia o disminución suponen una seria minusvalía para el individuo que las padece con importantes consecuencias para el aprendizaje⁹¹.

Los niños no nacen "viendo". Durante los cuatro primeros meses de vida el ojo madura de forma gradual y se desarrollan las vías visuales.⁹² Durante los 6 primeros años de vida las vías visuales permanecen maleables⁹³.

Para un desarrollo visual normal, el cerebro debe recibir de forma simultánea imágenes igualmente focalizadas y claras de ambos ojos para "aprender" a ver⁹⁴. Cualquier factor que interfiera en el proceso de aprendizaje visual del cerebro, provocará una reducción mayor o menor de la agudeza visual, llegando incluso a la ceguera dependiendo de la precocidad, intensidad y duración del factor⁹⁵.

La detección precoz de un defecto de visión puede permitir su corrección total o parcial, incluida la prevención de la ceguera permanente, así como la intervención precoz y la educación especial para minimizar sus efectos en aquellos casos en que no se pueda evitar la ceguera total o parcial⁹⁶.

La ambliopía permanente y el estrabismo pueden conducir a restricciones futuras de tipo educativo y laboral⁹⁷. Además, aumenta el riesgo de ceguera por pérdida de visión en el ojo sano⁹⁸.

La ambliopía ("ojo vago") se define como la reducción uni o bilateral de la agudeza visual, causada por la estimulación visual inadecuada del cerebro durante el período crítico del desarrollo visual⁹⁹.

El Estrabismo constituye la causa más frecuente de Ambliopía.

La ambliopía por anisometría se produce por una diferencia significativa en la capacidad refractiva de un ojo, que produce una imagen borrosa¹⁰⁰.

La forma más grave de ambliopía es la ambliopía por privación, provocada por cualquier factor que ocluya totalmente la visión, particularmente una catarata¹⁰¹.

La ambliopía no sólo deteriora la visión, sino que también interrumpe la fusión y hace que se pierda la percepción de la profundidad o visión estereoscópica¹⁰².

El estrabismo es la desviación del eje visual o visión cruzada¹⁰³. La forma primaria conduce a la ambliopía por supresión, que no depende del ángulo del estrabismo¹⁰⁴.

También produce pérdida de fusión (y por lo tanto de la visión binocular) y un aspecto estético desfavorable¹⁰⁵.

Existe un defecto de refracción cuando los rayos luminosos paralelos no se enfocan en la retina con el ojo en situación de reposo (sin acomodación)¹⁰⁶.

⁹⁰ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹¹ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹² http://www.aepap.org/previnfa/pdfs/previnfa_vision.pdf

⁹³ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁴ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁵ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁶ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁷ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁸ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

⁹⁹ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰⁰ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰¹ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰² <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰³ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰⁴ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰⁵ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

¹⁰⁶ <http://www.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CqTUr2Pdu5JR>

Existen tres defectos principales¹⁰⁷:

- miopía,
- hipermetropía
- y astigmatismo.

La emetropía es la condición ocular ideal sin ninguno de los defectos señalados¹⁰⁸.

Los trastornos de la comunicación incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo, tartamudeo, trastorno de la comunicación no especificada, trastorno fonológico y se caracterizan por deficiencia del habla o el lenguaje.

Deficiencia motriz:

Se consideran de las habilidades motoras las que incluyen dificultades en el desarrollo de la coordinación caracterizándose porque dicha coordinación motora se sitúa por debajo de la norma esperada según la edad cronológica del sujeto así como la medición de su coeficiente intelectual.

Cuando una persona tiene alguna disfunción en el aparato motor se dice que existe una deficiencia motriz. Esto causa que las personas que tiene este problema tengan algunas limitaciones al momento de moverse, se dificulta la coordinación y la postura. Las razones por las cuales una persona puede tener esta condición son las siguientes: movimientos incontrolados, poca fuerza, no haber trabajado en motricidad fina y gruesa o sencillamente se dificulta, mala accesibilidad al medio físico.

Trastorno de conducta:

Problemas en el comportamiento que se dan en la niñez y adolescencia, son comportamientos impulsivos, delictivos, o por consumo de drogas.

Los síntomas más comunes son: tener un comportamiento agresivo, ausentismo escolar, consume de alcohol y drogas, destrucción de propiedades por medio de vandalismo o incendios, mentiras, escaparse de casa o no seguir las reglas. Esto puede ser causado porque fueron o son maltratados por sus padres, familiares o amigos, en muchos casos se dan por conflictos familiares, defectos genéticos, el ambiente donde viven no puede ser el adecuado o viven en extrema pobreza.

Los trastornos por déficit de atención y de comportamiento perturbador incluye el déficit de atención con hiperactividad.

Los síntomas que los caracterizan son: la desatención y/o de impulsividad-hiperactividad.

En dependencia del síntoma predominante se presentan subtipos: tipo con predominio con déficit de atención, tipo con predominio imperativo-impulsivo y tipo combinado.

Los trastornos de comportamiento perturbadores son clasificados en:

¹⁰⁶ <http://www.pap.es/Emoty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CgTUR2Pdu5JR>

¹⁰⁷ <http://www.pap.es/Emoty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CgTUR2Pdu5JR>

¹⁰⁸ <http://www.pap.es/Emoty/PAP/front/Articulos/Imprimir/ OrCjUxDG4cqw2XjI081CgTUR2Pdu5JR>

- el trastorno disocial: se caracterizan por patrones comportamentales que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto.
- El trastorno negativista desafiante: tiene un patrón de comportamiento negativista hostil y desafiante.
- Este incluye dos categorías no especificadas que son: trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos.

Ellos son: Pica trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez y trastorno de rumiación.

En los trastornos de la conducta alimentaria se han incluido la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Los trastornos de TICS se caracterizan por tics vocales y/o motores incluyéndose como trastornos específicos los siguientes: trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de la Tourette, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

La encopresis, la repetición de eces en lugares inadecuados, la emisión de orina en lugares inadecuados, la enuresis se influyen en los trastornos de la eliminación.

Existen otros trastornos que no se incluyen en los nombrados anteriormente tales como:

- El trastorno de ansiedad por separación que se caracterizan por una - ansiedad excesiva e inadecuada concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con lo que el niño está vinculado.
- El mutismo selectivo: persiste la incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas aun cuando el niño hable en otras situaciones.
- El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: se caracteriza por una relación alterada e inadecuada evolutivamente en la mayor parte de los contextos asociados a una crianza claramente patógena.
- El trastorno de movimientos estereotipados: comportamiento motor repetitivo no funcional y aparentemente impulsivo que interfiere en las actividades normales u puede dar lugar a lesiones corporales
- El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado: son trastornos que se ubican en una categoría residual, tiene su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y no cumple los criterios de trastornos de esta clasificación.

Los trastornos antes mencionados corresponden al grupo de otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

Pueden requerir niños o adolescentes atención clínica aun cuando no tengan definido trastornos mentales por situaciones tales como los problemas relativos a abusos o abandono, capacidad intelectual limítrofe, duelo comportamiento antisocial, problemas de identidad.

Se ha incluido el DSM-III-R incluye dos trastornos de ansiedad específicos de niños y adolescentes:

El trastorno por evitación y el trastorno por ansiedad excesiva.

Estos han sido subsumidos bajo las denominaciones de trastorno de ansiedad generalizada y fobia social dada sus similitudes con ciertas características esenciales.

Responsabilidad social:

Se llama responsabilidad social a la carga, compromiso u obligación que los miembros de una sociedad, ya sea como individuos o como miembros de algún grupo, tienen tanto entre sí como para la sociedad en su conjunto. En el caso específico de porque las necesidades educativas especiales son parte de la responsabilidad social es porque estas contribuyen al desarrollo de la sociedad en aspectos esenciales y complejos.

Sin duda alguna, para poder realizar un Sistema Integral de Orientación, Diagnóstico y terapias, así como un proceso de intervención pedagógica efectivo, es necesario instrumentar en la práctica los principios de la Integración Escolar, que perfila ya un concepto de Educación Especial más amplio, menos restrictivo y también más diversificado.

Este, hace referencia al conjunto de adaptaciones y apoyos que se han de ofrecer en el centro ordinario a los alumnos con necesidades educativas especiales desde la edad temprana¹⁰⁹; lo que implicará la acción de los equipos interdisciplinarios y otros profesionales (auxiliar técnico educativo, médico, pedagogo, psicólogo, trabajador social) en colaboración con los profesores del centro y también con los padres¹¹⁰.

Tras la valoración de las necesidades y capacidades, se propone:

- La orientación educativa,
- el refuerzo pedagógico o el tratamiento personalizado
- (Logopedia/terapia del lenguaje, fisioterapia, psicoterapia, psicomotricidad)
- para concluir con la evaluación y el seguimiento de cada sujeto.

Se pueden distinguir tres niveles de integración:

- el físico o presencial¹¹¹,
- el funcional en cuanto al uso de los servicios de la comunidad¹¹²
- y el verdaderamente auténtico, que es el social¹¹³;

También puede hablarse de diferentes modelos de integración, en función de que se haga de forma:

- total,
- combinada o parcial, según sea en el aula ordinaria, en el aula de apoyo
- en el centro de educación especial.

Tipos de integración en función de los objetivos:

- Integración física. Es la que se produce cuando existen unidades de Educación Especial en centros ordinarios, mantienen organización y

¹⁰⁹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹¹⁰ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹¹¹ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹¹² <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹¹³ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

currículo segregados y comparten los denominados espacios comunes: comedor, patio y algunos servicios no institucionales.

- Integración social. Es la que se produce cuando las unidades de Educación Especial se sitúan en centros ordinarios, mantienen currículo segregados pero el alumnado comparte actividades de carácter extraescolar.
- Integración funcional. Es la que se produce cuando las aulas no tienen currículos segregados sino que comparten, total o parcialmente, el de las unidades ordinarias y el alumnado con necesidades educativas participan, a tiempo parcial o completo, en las actividades instruccionales ordinarias.

Por parte del centro ordinario, el paso a ser centro de integración escolar supone una nueva filosofía, una compleja estructura organizativa, amplia gama de profesionales, adaptaciones curriculares y la consideración de todos los alumnos con necesidades educativas especiales¹¹⁴.

Por su parte, el centro específico de educación especial se configura como un centro de recursos, de apoyo a los profesionales, centro de formación de profesionales y centro de formación profesional, aparte de su función educativa específica de alumnos con necesidades educativas permanentes¹¹⁵.

En cualquiera de los casos, la idea central supone una apertura, una flexibilidad, un diálogo y una disponibilidad tal que desde el compromiso con la comunidad se intente dar respuesta en cualquiera de las modalidades a la diversidad¹¹⁶.

No se trata de hablar de dos centros independientes sino de un continuo, que no es otra cosa que una escuela integradora¹¹⁷.

El principio de integración está estrechamente unido al de normalización, y supone un cambio a la hora de entender y trabajar con las personas con necesidades educativas especiales,

“La integración exigirá, por tanto, la acomodación mutua entre integradores e integrados y la transformación progresiva de las estructuras sociales, con objeto de dar respuesta a las necesidades reales de estos sujetos, una vez decida su aceptación plena”.

No ha sido fácil, no obstante ni lo es todavía el llevar a cabo con éxito la integración escolar.

En su momento se vio y actualmente se pone de manifiesto también la necesidad de que se den una serie de condiciones como son:

- formación y perfeccionamiento del profesorado,
- potenciación de la investigación,
- flexibilidad del sistema educativo
- e interacción con los servicios de apoyo,
- creación de centros de recursos,
- priorización de los servicios de atención temprana y educación infantil,
- incremento del número de centros de formación del profesorado.

¹¹⁴ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>
¹¹⁵ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>
¹¹⁶ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>
¹¹⁷ <http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

Está claro que no solo ha de educarse a la persona deficiente sino a las personas que forman el ambiente¹¹⁸; ha de haber una atracción mutua, sin relaciones frustrantes y sí con contactos gratificantes, en un claro espíritu de solidaridad con la población menos favorecida¹¹⁹.

Por todo ello, no es de extrañar que se considere la integración escolar como un proceso de innovación en el cual se toman distintos tipos de decisiones, que es consecuente con una concepción de la enseñanza mediada por procesos de interacción, que debe tener en cuenta tanto las perspectivas técnicas y científicas como las políticas, culturales y sociales¹²⁰.

1.5.1 Marco Conceptual

Bufones:

Son personas características de la Edad media los cuales en las cortes hacían reír a las demás personas. Lo importante que se debe resaltar de estos personajes es que la mayoría tenía alguna discapacidad o anormalidad tanto física como mental lo cual hacía que la gente se burle de ellos.

Morosis:

Es el sinónimo de demencia la cual es una pérdida de la función cerebral la cual afecta la memoria, el juicio, el pensamiento, comportamiento y el lenguaje.

Genealogía:

Es una ciencia que cuyo objetivo principal es encontrar el origen y estudiar la composición familiar. Se usa la genealogía para poder conocer la razón o lo que pudo haber desencadenado dicha discapacidad o enfermedad.

Imbecilidad mental:

Conicidad también como retraso mental el cual indica son aquellos que tienen esta deficiencia cuando el funcionamiento intelectual está por debajo del promedio.

Anatomopatológicas:

Es una ciencia que estudia los daños u alteraciones celulares de los tejidos y órganos, este es base fundamental de la medicina.

Subnormales:

Se considera subnormal a un individuo que tiene una debilidad mental acentuada la cual se manifiesta cuando la inteligencia es mayor a la de un niño de 12 años pero inferior a la de un adulto.

Defectología:

Es la sintomatología clínica que observamos cuando se han producido lesiones del cerebelo

Psíquica:

Es cuando se designa todos los procesos y fenómenos que hacen a la mente humana como una unidad.

¹¹⁸ <http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹¹⁹ <http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

¹²⁰ <http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CNEE.pdf>

Dialéctica:

Es el arte del dialogo la dialéctica se identificaba con la lógica, distinguiéndose de la retórica, que es el arte de hacer bello el discurso.

Minusvalía orgánica:

Es cuando un órgano o algunos órganos internos se encuentran afectados o dañados como por ejemplo fibrosis quística, trasplante de riñón, corazón, pulmón etc.

Normal:

Son aquellas personas que no tienen ningún tipo de discapacidad.

Filogénesis:

Es el proceso de evolución del hombre desde el principio desde que era un hombre primitivo hasta la actualidad.

Autismo:

Es un trastorno que puede determinarse cuando los niños son muy pequeños. Los síntomas más comunes son problemas en la comunicación, en la interacción con otros niños, y conductas repetitivas.

Psicosis infantil:

Considerado como un trastorno grave psiquiátrico la cual no tiene cura, pero puede ser tratada. El niño puede alucinar cosas u oírlos.

Cognitiva:

La cognitiva es toda la información que recopilamos por medio del aprendizaje y de la experiencia, tiene que ver con el conocimiento.

Inclusión:

La inclusión se da cuando se acepta la diversidad por parte de la sociedad, es el caso de incluir a un niño de necesidades educativas especiales a una escuela regular.

Discriminación:

La discriminación es el excluir, diferenciar, distinguir a una cosa de otra, en este caso en particular es el excluir tanto de las escuelas como de la sociedad a niños o personas con necesidades educativas especiales los cuales poseen algún tipo de discapacidad.

Psicopedagógico:

Es una ciencia que estudia el comportamiento de las personas en un ambiente educativo, esta tiene diferentes áreas de atención que son: La atención a la diversidad, la orientación académica y profesional y la acción tutorial.

Dislexia:

Es una dificultad de aprendizaje mas no de inteligencia en la cual al niño se le dificulta la lectura, escritura o calculo.

Digrafía:

Es un trastorno que afecta a la escritura, el niño puede tener problemas tanto en la forma o contenido.

Disortografía:

Discapacidad de deletrear en voz alta y de escribir correctamente.

Discacúlia:

Problemas o molestias de aprendizaje ligada directamente con las matemáticas.

CAPITULO II. INVESTIGACION DE MERCADO DE PSICOTERAPIA

2.1.1 ANALISIS ORGANIZACIONAL

Una de las cosas más importantes que se debe tomar en cuenta a la hora de iniciar cualquier proyecto es la imagen que este llevará, ya que de la imagen dependerá el conjunto de ideas, pensamientos, recuerdos, prejuicios, comentarios que las personas procesan normalmente cuando escuchan o conocen un nuevo producto o institución en el mercado. Cada persona hace un mapa o una representación de la realidad según lo que percibe, en donde relaciona la calidad-precio y hace un análisis de los valores agregados, ventajas, beneficios que puede y quiere recibir en la institución; es por eso que la imagen es el pilar fundamental para poder consolidar una marca y convertirla en competitiva a la empresa.

Llegar al consumidor es el objetivo de todas aquellas empresas que ofrecen servicios, es por eso que el posicionamiento de la marca no solamente depende de una buena estrategia de mercadeo sino también de la imagen que ayudará a captar mayor cantidad de clientes.

Un negocio depende de elementos como el nombre, slogan y logotipo es así que comienza todo el proceso de lograr marcar la diferencia en relación a otras empresas que trabajan en la misma actividad. Es por eso que desde el nombre se ha hecho un estudio para lograr capturar la mayor cantidad de personas y ofrecerles un sentido de calidez en nuestra institución:

Nombre del Proyecto: El nombre es “Creando sonrisas”, he tenido la experiencia de trabajar con niños con necesidades educativas especiales y poder compartir muchos momentos emotivos creándoles una sonrisa en cada situación. Es ahí que nació la inspiración de crear un centro que nos permita llevar a cabo un trabajo adicional al que se hace en los centros educativos.

Slogan:

“Luchamos por tus sueños”

Logotipo:

“Una compañía sin logotipo es una compañía que no existe”

El reconocimiento del logotipo es un punto de referencia, un símbolo que vende y que enlaza a la compañía con el cliente. Es así que el logotipo es la impresión visual que nos permite crear un lazo entre la empresa y el cliente; es por eso que hemos diseñado un logo que trasmite seguridad y fuerza para así darles a nuestros pacientes el sentido de luchar por ser mejores cada día.

2.1.1 Misión:

Somos un grupo de especialistas con ganas de mejorar la calidad de vida de muchos niños que tienen problemas de discapacidad, psicomotricidad o problemas comportamentales, comprometidos a integrar a nuestros niños mediante un trabajo objetivo a la sociedad Económicamente Activa del país.

2.1.3 Visión:

Ser pioneros de un modelo de clínica que ofrezca un servicio integral que vaya desde las terapias hasta la capacitación y supervisión de los tratamientos con los padres de familia. Queremos crear la conciencia preventiva en la sociedad brindando clases de capacitación y haciendo campañas instructivas.

2.1.4 VALORES QUE RIGEN LA INSTITUCION.-

Compromiso
Pro actividad
Responsabilidad

2.1.5 BENEFICIOS QUE LA INSTITUCION BRINDARA:

Orientación
Formación e información
Apoyo

2.1.6 ESTRATEGIA DE MERCADEO:

¿Quiénes son los clientes?

Todas las personas que tengan necesidades educativas especiales tanto permanentes como temporales, esto quiere decir que las temporales son las que necesitan nivelación, refuerzo o mayor atención en el desarrollo de sus tareas, las personas con necesidades educativas permanentes que son todos los niños que tengan discapacidades tanto físicas como mentales. Es así que el mercadeo parte de realizar visitas a los colegios que tengan DOBE para así ofrecerles el servicio adicional que la clínica tiene ya que el DOBE en todos los centros educativos solo diagnóstica y no hacen terapia.

Sabemos lo importante que es mercadear cada producto o servicio para así llegar al cliente; es por eso que se va a diseñar una serie de estrategias de mercadeo que parten de las visitas a los colegios para establecer convenios que les permitan al colegio ofrecer un servicio extra a un costo bajo. Tomando en cuenta que las unidades educativas no tienen la responsabilidad de tratar y solucionar los casos de los estudiantes ya que su función con el DOBE es diagnosticar es de vital importancia que los centros educativos ofrezcan una opción para los estudiantes y padres de familia.

Para iniciar el proceso de marketing se procederá al diseño de Trípticos que tendrán la presentación del Centro de Desarrollo Creando Sonrisas mostrando la información correspondiente a la misión, a la visión, y a todos los servicios que podrán acceder los clientes.

Adicionalmente se diseñará una página web que brinde toda la información con respecto a nuestros servicios y costos de terapia o paquetes. De la misma manera se procederá a realizar un anuncio 3D con animación ya que la idea es vender el centro cada vez que los usuarios de internet pulsen sobre el, este anuncio será visto como publicidad en ciertas páginas y hará un link automático que lo transportará al usuario a la página web de Creando Sonrisas S.A.

Se hará una promoción en medios de comunicación escritos y radiales para así dar a conocer nuestros servicios. Con lo que corresponde a medios escritos promocionaremos en la Revista del Universo que sale los fines de semana, el observador, diario hoy que nos permitirá ofrecer el servicio a los padres de familia de diferentes colegios de la ciudad. En lo que corresponde a medios radiales se grabará una cuña de 30s que se pasará en Radio Disney y Punto rojo que son radios que tienen cobertura local y Nacional.

2.2 Analizar el mercado de Guayaquil para los servicios de Psicoterapia

Es importante destacar que en la ciudad de Guayaquil existe una demanda insatisfecha de centros de desarrollo para niños con necesidades educativas permanentes y temporales; como resultado se puede denotar de acuerdo a la investigación realizada que los pocos centros existentes en la ciudad no brindan ni a los colegios, ni a los padres, ni a los estudiantes, la confianza y la seguridad de que se de el desarrollo físico e intelectual de manera eficiente.

Después de haber hecho un análisis en el mercado Guayaquileño se puede decir que no hay centros que ofrezcan un servicio específico; por ejemplo muchas familias cuyos hijos poseen alguna discapacidad severa acuden a profesionales individuales en diversos consultorios para que trabajen con sus hijos; así mismo la falta de información hace que muchas personas no sepan que existen alternativas terapéuticas para que sus hijos se sigan desarrollando o para que no generen nuevas patologías asociadas. Desconocen sus derechos e ignoran que por ley su hijo puede contar con la cobertura social si es que no la tiene. Como resultado hay instituciones gubernamentales que ayudan a personas con estos problemas pero que no llenan las expectativas de cada paciente es así que surge la pregunta:

¿A DÓNDE SE DEBE ACUDIR PARA SER ATENDIDO ?

En el Ecuador existe un conjunto de Instituciones del sector público que prestan atención y servicios a las personas con discapacidad, como son:

- Las Comisiones Provinciales
- Los departamentos provinciales de los distintos Ministerios del Ecuador, entre otros el de Bienestar Social, el de Educación y Cultura, el de Salud y el de Trabajo.
- En el área de la Educación se tienen varias Escuelas.
- En el área de la Salud, se cuenta con distintos Hospitales que han destinado las unidades de rehabilitación para el servicio a este sector de la población.

Así mismo en el país existe un grupo de Organizaciones Privadas, que prestan servicio para las personas con discapacidad, como son:

- Las Fundaciones
- Las Corporaciones
- El Instituto de la Niñez y la Familia - INFA -, con sus centros de rehabilitación en Ibarra, Quito, Portoviejo y Guayaquil, y sus Unidades del Programa de Atención Médico Solidario (PAMS)

Por otro lado, existen Organizaciones Privadas, formadas de Personas con Discapacidad y que han sido creadas por un grupo de personas con alguna discapacidad específica:

Estas son:

- La Federación Nacional de Sordos del Ecuador - FENASEC
- La Federación Nacional de Ciegos del Ecuador - FENCE
- La Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física - FENEDIF; y,
- La Federación Ecuatoriana Pro Atención a la Persona con Deficiencia Mental, Parálisis Cerebral, Autismo y Síndrome de Down - FEPAPDEM
- Federación Nacional de ONGs para la Discapacidad - FENODIS
- Organizaciones e Instituciones

En breves rasgos es importante mencionar el trabajo de cada fundación

FASINARM

Año de fundación:

1975

Misión:

Consecución de recursos para los programas especiales que atiende Fasinarm
Servicios que prestan:

- Recaudación de fondos a través de eventos organizados por el grupo de voluntariado "Amigos de Fasinarm"

Número de beneficiarios:

3.500 consultas

300 persona con discapacidad intelectual y sus familias

Senderos de alegría

Centro de rehabilitación para niñas, niños y jóvenes con problemas de discapacidad "Centro de hipoterapia senderos de alegría"

Los niños que sufren deficiencias o discapacidades requieren de atención, protección y asistencia especial que les permitan disfrutar de una vida digna, gratificante y participar, sin discriminación en la sociedad. En la rehabilitación de las personas con capacidades diferentes, se utilizan diferentes técnicas apropiadas, para mejorar la movilidad, el desplazamiento físico; la parte comunicativa, sensorial, la realización de sus actividades básicas, sus funciones cognitivas y de salud mental. El Centro de Rehabilitación "Sendero de Alegría", ofrece a los usuarios servicio de atención individualizada y grupal para una mejor socialización, cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales en rehabilitación de los interesados, en las diferentes áreas para su resarcimiento como: Terapia Física, Terapia psicomotriz, Estimulación Temprana, Terapia de Lenguaje, Hipoterapia, Músico-terapia.

Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física - FENEDIF

Fundada el 25 de julio de 1991

Acuerdo Ministerial 3178 del 26 de junio de 1992

"Unidos por un Ecuador Accesible"

Misión de la FENEDIF

Gestionar ante los organismos pertinentes la consecución de recursos para cubrir costos de funcionamiento y proyectos de desarrollo. Colaborar en la emisión de políticas y normas e impulsar la creación de planes y programas nacionales que permitan la integración de las personas con Discapacidad del Ecuador¹²¹.

¹²¹ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

Generalidades¹²²

La Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física, FENEDIF, es afiliada como Asamblea Nacional del Ecuador a la Disabled Peoples International, DPI (Organización Mundial de Personas con Discapacidad, OMPD) constituida por las Asambleas Nacionales de cinco regiones a saber¹²³: Región de Norteamérica, y El Caribe; Región Latinoamericana; Región Europea; Región Africana; Región de Asia y El Pacífico y, en formación, la Región de los Países Árabes¹²⁴.

La FENEDIF Ecuador, forma parte del Directorio de la Región Latinoamericana ocupando el cargo de la Dirección de Información y Comunicaciones¹²⁵.

Fines de la FENEDIF

- a) La unidad y solidaridad de sus miembros.
- b) La capacitación de los miembros que integran la Federación a fin de que les permita participar dignamente en las actividades de la sociedad¹²⁶.
- c) Propender al mejoramiento Económico, social, cultural y de salud, tanto de las organizaciones, como de sus respectivos socios¹²⁷.
- d) Velar por la defensa de los intereses comunes e individuales de los discapacitados neuromusculares y osteoarticulares¹²⁸.
- e) Respalda a sus miembros en los conflictos y acciones relacionados con la defensa de los intereses y aspiraciones de los socios¹²⁹.
- f) Cumplir y hacer cumplir con lo establecido en la Ley sobre Discapacidades, el Estatuto Social, reglamentos, normas y más disposiciones emitidas por los organismos¹³⁰.

INFORMACIÓN DE LA FENCE¹³¹

Data Histórica de la FENCE¹³²

En 1965, en la ciudad de Quito se organizó el primer Congreso Nacional de Ciegos del Ecuador, proponiéndose el proyecto de Ley de protección a los ciegos. Desde ese año, se dió un prolongado receso tifológico en el país¹³³. Sin embargo fue aprobada la Ley 13-97 del 26 de octubre de 1966, hoy vigente con ciertas reformas de agosto de 1992¹³⁴. El segundo Congreso Nacional de Ciegos, se lo realizó en la ciudad de Quito el 12 de abril de 1985, en cuya asamblea, luego de aprobar el Estatuto y el proyecto de Ley de Defensa de los Derechos del Ciego, quedó fundada la actual Federación Nacional de Ciegos del Ecuador (FENCE), siendo su sede actual la ciudad de Cuenca¹³⁵.

Finalidades¹³⁶

Impulsar a los Ciegos al progreso y desarrollo de cuerdo con las corrientes modernas de la Tifología; velar por el mejoramiento cultural, económico y social de sus instituciones y de sus afiliados¹³⁷; ampliar proyectos de formación, capacitación profesional y empleo; brindar atención a la población indígena con discapacidad visual o baja visión¹³⁸.

Misión¹³⁹

Es una organización autónoma que agrupa instituciones y organizaciones de y para ciegos, que coordina, asesora, capacita y defiende derechos; impulsa a la

¹²² <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²³ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁴ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁵ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁶ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁷ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁸ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹²⁹ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹³⁰ <http://www.conadis.gob.ec/fenedif.htm>

¹³¹ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³² <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³³ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁴ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁵ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁶ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁷ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁸ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹³⁹ <http://www.fenceec.org/fence.html>

inserción laboral e integración social para fortalecer a sus filiales y asociados, promoviendo la representatividad del sector¹⁴⁰.

Visión¹⁴¹

FENCE será una organización sólida, con líderes capacitados y comprometidos, que promuevan la participación democrática y pluralista; con disponibilidad presupuestaria para satisfacer las necesidades prioritarias de sus filiales y asociados¹⁴².

De donde nace la FENASEC?

La Federación Nacional de Sordos del Ecuador es una organización para todas las Personas Sordas, aplicando una política de puertas abiertas y de diálogo con todos los sectores.

La FENASEC es una organización democrática, dinámica, atenta a las demandas de las Personas Sordas, se ajusta a los principios de participación y apertura a la sociedad y transparencia en su accionar para garantizar una gestión eficiente en beneficio de sus asociados.

La FENASEC basa su accionar en el Plan Estratégico de la Federación, diseñado de acuerdo a las necesidades prioritarias de los miembros de las asociaciones filiales y sus familias y pretende contribuir a la atención de las necesidades a través de los proyectos y acciones que contemplen educación adecuada, educación temprana eliminación de barreras de la comunicación, formación e inserción laboral que permitan el desarrollo personal e integración social plena.

El Plan Estratégico incluye también proyectos de capacitación a líderes y fortalecimiento organizacional, con el fin de lograr continuidad en las acciones y ser cogestores de cambios de fondo.

Por consecuente existen algunas instituciones públicas que ofrecen servicios a las personas discapacitadas sin embargo no existen muchas instituciones particulares que ofrezcan un servicio integral.

2.3 4 P'S: MARKETING MIX

Producto:

“Centro de Terapias Creando Sonrisas” dirigido a niños con necesidades educativas especiales.

Precio:

Es importante destacar que nuestro precio estaría basado en ofrecer un servicio integral de buena calidad con un costo accesible para nuestros clientes de clase media-alta. Los pacientes o familiares de los pacientes, generalmente requieren de la intervención de varios especialistas y van transitando por diferentes entornos, que solo ofrecen atención en determinadas especialidades, debiendo cancelar valores de hasta \$50.00 dólares por consulta, por lo que tienen que recurrir indistintamente a consultorios que no les ofrecen atención multidisciplinaria, adoptando cada especialista una línea de intervención individualizada, lo que no favorece la evolución del paciente en corto tiempo, además de un incremento de los gastos, ya que tienen que pagar por consultas independientes.

¹⁴⁰ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹⁴¹ <http://www.fenceec.org/fence.html>

¹⁴² <http://www.fenceec.org/fence.html>

Finalmente se puede decir que el centro, producto de los servicios innovadores y de calidad pueden dar como resultado un pequeño aumento en el precio ya que la diferenciación de trabajar de manera integral hace que dicho precio afecte de manera no perceptible al bolsillo de la clase media-alta y clase media.

Plaza:

El centro de terapias estará ubicado en Guayaquil en la zona norte de la ciudad, hemos escogido esta ubicación ya que Urdesa es una zona que conecta muchos lugares y es fácil y accesible para muchos de nuestros clientes llegar desde las distintas zonas de la ciudad. Adicionalmente cuando se realizó los estudios de costo de instalación se concluyó que Urdesa como ubicación generaba un ahorro. Cabe recalcar que la atención es abierta a pacientes a nivel nacional.

Promoción:

Se realizarán diferentes tipos de promociones desde visitas a los colegios y hospitales, hasta promociones radiales y de prensa escrita; para así dar a conocer nuestros servicios.

2.3.2 LAS CINCO FUERZAS DE PORTER.

Amenaza de Competidores potenciales.

- El potencial competidor directo es el Gobierno nacional ya que la nueva creación de fundaciones y el apoyo de las mismas con inversiones grandes hace que sea una barrera existente a la hora de entrar en este mercado. La vinculación de los niños y niñas con necesidades educativas especiales quitaría cierta participación y números de potenciales clientes. Es importante mencionar factores que agravan lo mencionado:
 - Financiamiento.
 - Conseguir los permisos Legales.
 - Costo de inversión

Rivalidad entre proveedores

Todos somos conscientes de que empresas como Creando Sonrisa tienen un fin que es el de aportar y brindar un servicio social. Como resultado reconocer que exista una competencia directa entre proveedores o alguna rivalidad no tiene sentido alguno más bien es un fin que compartimos el de integrar niños con necesidades educativas especiales.

La ventaja competitiva de Creando Sonrisas son los diferentes servicios especiales y específicos que no ofrecen otros centros, de esta manera se puede decir que la carencia de competencia directa nos facilita entrar al mercado de centros de desarrollo para niñas y niños con necesidades educativas especiales eliminando el paradigma que no existen estos centros. Finalmente mencionaremos algunos competidores indirectos y directos:

Centros y fundaciones relacionadas con atención a niños pequeños con discapacidad

- Centro Educativo FASINAR.
- Asociación Ecuatoriana de niños con retardos.
- Centro de Discapacidad intelectual "Jacinta y Francisco".
- Fundación Cariño.
- Fundación el Cielo para niños del Ecuador.

PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES

Un centro de terapia ofrece un servicio en donde nuestra razón de ser se enfoca y limita a satisfacer una necesidad y a brindar un servicio específico y de calidad para el cliente. Visto de esta manera los centros de terapia poseemos el control o poder de negociación sin embargo dependemos de la aceptación de nuestros servicios de los clientes. Es por esos que el poder recae en manos del cliente ya que no existen potenciales proveedores.

PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS CLIENTES

Cuando el producto no es muy diferenciado o es de bajo costo para el cliente, lo que permite que pueda hacer sustituciones por igual o a muy bajo costo el cliente adquiere el poder de elegir con cual centro de terapias trabajar.

AMENAZA DE PRODUCTO SUSTITUTOS.

Un mercado o segmento no es atractivo si existen productos sustitutos reales o potenciales. La situación se complica si los sustitutos están más avanzados tecnológicamente o pueden entrar a precios más bajos reduciendo los márgenes de utilidad de la corporación y de la industria.

Como primer punto uno de los más grandes peligros para el centro es la entrada de sustitutos no especializados o que cuentan con servicio pobre y de poca calidad por consiguiente detallaremos dichos sustitutos:

- a) Cualquier centro o institución internacional que viene a dar servicios en la ciudad por un tiempo limitado.
- b) Guarderías como la Casa Hogar de Amigo de Jesús que siendo para pequeños no cuentan con personal altamente capacitado y especializado para cubrir las necesidades educativas especiales
- c) La atención personal de profesionales y profesores particulares, de manera particular sin la necesidad de asistir a algún centro.

2.4. Problemática de la competencia y su enfoque.

2.4.1 Centros de terapia existentes

Para tener claro la imagen de lo que otros centros ofrecen es importante delinear las irregularidades o problemas que hemos visto después de un análisis del mercado ya existente para así plantear nuestra propuesta:

1. Los pacientes o familiares de los pacientes, generalmente requieren de la intervención de varios especialistas y van transitando por diferentes entornos, que solo ofrecen atención en determinadas especialidades,

debiendo cancelar valores de hasta \$50.00 dólares por consulta, por lo que tienen que recurrir indistintamente a consultorios que no les ofrecen atención multidisciplinaria, adoptando cada especialista una línea de intervención individualizada, lo que no favorece la evolución del paciente en corto tiempo, además de un incremento de los gastos, ya que tienen que pagar por consultas independientes.

2. El uso de instrumentos de evaluación, muy desactualizados, en las diferentes especialidades.
3. Realización de Diagnósticos sin interconsulta de opiniones, con mayor margen de errores.
4. Se realizan los diagnósticos, pero no se mantiene un proceso de seguimiento evolutivo del paciente.
5. Pudiendo ser atendido un paciente por un solo especialista, dividen su atención por áreas, para que intervengan más especialistas y obtener mayores ganancias económicas, por ejemplo:

Un especialista del lenguaje, debe ser capaz de evaluar y estimular las diferentes áreas, tales como: Calidad del vocabulario (componente lexical), calidad de la pronunciación (componente fónico), calidad del lenguaje estructurado gramaticalmente (componente gramatical), el ritmo y la fluencia verbal, cualidades de la voz, componentes de la lectura y la escritura.

Generalmente, hacen rotar al paciente por diferentes especialistas del lenguaje, para que cada uno, estimulen áreas independiente.

6. Ausencia de ambientes en los centros especializados, para el desarrollo de las terapias ocupacionales,
7. Ausencia de ambientes multifuncionales que permitan incluir terapias para adultos.
8. Falta de estrategia integradora entre los Centros de diagnóstico o consultorios y las Unidades Educativas para favorecer el proceso de inclusión.
9. Carencia de entornos que faciliten la Orientación y/o Capacitación a profesores y Padres de Familia.
10. Carencia de entornos especializados, que faciliten el vínculo de estudiantes en proceso de formación de las Universidades, como futuros especialistas de la Educación Especial, donde puedan realizar horas de pasantía, y que garanticen su entrenamiento práctico.

4.2 DEMANDA DEL MERCADO



NUMERO DE DISCAPACITADOS A NIVEL NACIONAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SI ASISTEN O NO A UN ESTABLECIMIENTO DE EDUCACION ESPECIAL

Grupos de edad	Asiste actualmente a establecimiento de educación especial			Total
	Si	No	Se ignora	
Menor de 1 año	510	1.049	1.264	2.823

De 1 a 4 años	4.990	11.286	7.375	23.651
De 5 a 9 años	9.355	23.762	10.867	43.984
De 10 a 14 años	9.741	29.071	12.055	50.867
De 15 a 19 años	6.759	27.382	11.947	46.088
De 20 a 24 años	4.044	26.580	11.930	42.554
De 25 a 29 años	3.289	27.220	11.756	42.265
De 30 a 34 años	3.640	28.337	11.354	43.331
De 35 a 39 años	3.284	29.385	10.493	43.162
De 40 a 44 años	3.324	32.921	10.283	46.528
De 45 a 49 años	3.614	36.161	10.596	50.371
De 50 a 54 años	3.775	37.193	10.159	51.127
De 55 a 59 años	4.044	39.785	10.313	54.142
De 60 a 64 años	3.849	39.281	9.871	53.001
De 65 a 69 años	3.831	39.276	9.556	52.663
De 70 a 74 años	3.276	36.790	8.706	48.772
De 75 a 79 años	2.432	32.594	7.364	42.390
De 80 a 84 años	1.853	29.142	6.402	37.397
De 85 a 89 años	989	19.337	3.800	24.126
De 90 a 94 años	372	9.697	1.861	11.930
De 95 a 99 años	98	3.284	642	4.024
De 100 años y más	24	789	147	960
Total	77.093	560.322	178.741	816.156

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA -CPV 2010
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC)
ELABORADO POR: DESAE DIZ3C - SANTIAGO ABRIL

NUMERO DE DISCAPACITADOS DE LA PARROQUI GUAYAQUIL SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SI ASISTEN O NO A UN ESTABLECIMIENTO DE EDUCACION ESPECIAL

Grupos de edad	Asiste actualmente a establecimiento de educación especial			
	Si	No	Se ignora	Total
Menor de 1 año	70	173	183	426
De 1 a 4 años	701	1.769	947	3.417
De 5 a 9 años	1.430	3.119	1.325	5.874
De 10 a 14 años	1.569	3.958	1.452	6.979
De 15 a 19 años	1.041	3.668	1.516	6.225
De 20 a 24 años	605	4.017	1.830	6.452
De 25 a 29 años	495	4.092	1.920	6.507
De 30 a 34 años	942	4.647	2.146	7.735
De 35 a 39 años	537	4.794	1.697	7.028
De 40 a 44 años	603	5.478	1.619	7.700
De 45 a 49 años	647	6.267	1.665	8.579

De 50 a 54 años	742	6.416	1.607	8.765
De 55 a 59 años	705	6.798	1.602	9.105
De 60 a 64 años	639	6.199	1.358	8.196
De 65 a 69 años	615	5.896	1.192	7.703
De 70 a 74 años	524	5.279	1.007	6.810
De 75 a 79 años	392	4.721	832	5.945
De 80 a 84 años	306	4.473	734	5.513
De 85 a 89 años	169	2.989	418	3.576
De 90 a 94 años	69	1.493	212	1.774
De 95 a 99 años	15	486	69	570
De 100 años y más	2	128	16	146
Total	12.818	86.860	25.347	125.025

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y
VIVIENDA -CPV 2010
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y
CENSOS (INEC)
ELABORADO POR: DESAE DIZ3C -
SANTIAGO ABRIL

ESTABLECIMIENTOS ECONOMICOS CENSADOS A NIVEL NACIONAL SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD
Actividad Principal a siete Dígitos CIU

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Educación especial primaria (inicial), para alumnos con discapacidad.	103	27,8
	Educación especial secundaria para estudiantes discapacitados. La educación puede ser provista en salones de clases o a	10	2,7
	Educación especial, enseñanza de formación técnica y profesional para alumnos con discapacidad.	15	4,1
	Actividades de atención en instalaciones residenciales con asistencia para la vida cotidiana.	99	26,8
	Actividades de atención en comunidades de jubilados con atención permanente.	16	4,3
	Actividades de atención en hogares de ancianos con atención mínima de enfermería y actividades de atención en casas de r	23	6,2
	Servicios sociales, de asesoramiento, de bienestar social, de remisión y servicios similares que prestan a personas de e	104	28,1
	Total	370	100,0

FUENTE: CENSO NACIONAL ECONOMICO -CENEC 2010-
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC)
ELABORADO POR: DESAE DIZ3C - SANTIAGO ABRIL

Mediante los cuadros de la INEC se puede determinar que según los últimos censos existen casi 800,000 discapacitados a nivel nacional de los cuales 200,000 están asistiendo a instituciones especiales es decir un 25% de la población de discapacitados esta siendo tratado y el 75% no tiene ninguna asistencia especial a su problema. Es importante destacar que de ese número identificado según el censo el 70% es de recursos medios-bajos por lo tanto nuestro enfoque es apuntar a captar los casos de niños de clase media alta como un objetivo empresarial de rentabilidad del negocio. Con los ingresos facturados se promoverá un sistema de becas para niños de escasos recursos para así no excluir niños que necesitan de terapias o tratamientos específicos. Adicionalmente es importante mencionar que la estadística solo muestra niños con discapacidades y no niños con necesidades educativas especiales como son síntomas comportamentales, dislexia, terapias de lenguaje. Como resultado se puede decir que la demanda de niños con necesidades educativas especiales a las que nuestro proyecto esta dirigido es más grande. Nuestro principal enfoque en Guayaquil son los colegios de clase media alta en donde existen aproximadamente de 15 a 30 colegios en Guayaquil que tienen DOBE pero no tienen como tratar casos de índole terapéutica para solucionar problemas educativos de los niños. Es decir, DOBE solo puede diagnosticar y no tratar cada caso individualmente para ofrecer una solución específica. Por ende los colegios se ven en la necesidad de recomendar terapeutas o psicólogos externos que individualmente no ofrecen un servicio integral. Se puede decir entonces que existe un mercado grande al cual enfocar nuestras estrategias de marketing y al cual podremos dar un servicio integral y social.

2.5 FODA

Entre las fortalezas encontramos:

- El centro de terapias “Creando Sonrisas” tiene un personal altamente capacitado apto para ofrecer un servicio integral con el objetivo de integrar a sus pacientes en la sociedad a corto plazo.
- Cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo las terapias.
- Tiene un departamento de ventas y atención al cliente para así satisfacer las necesidades personales de nuestros clientes.
- Tiene los recursos e insumos didácticos para realizar sus operaciones.
- Se considera después de un estudio que el mercado esta bien definido y enfocado ya que es un Centro de Desarrollo para niños con Necesidades Educativas Especiales.
- Contamos con capacitaciones y charla de información para padres de familia, para así enseñarles como sobrellevar los diferentes problemas de sus niños.
- Colaboración oportuna a la sociedad difundiendo un lema de responsabilidad social.

Entre las oportunidades, se encuentran:

- El medio en el que nos desarrollamos aún no está explotado, por lo tanto se puede decir que existe un bajo nivel de competidores, como resultado nos podemos expandirnos con mayor facilidad.
- Los precios existentes en el mercado son mayores en comparación a los precios de nuestro centro de terapias adicionalmente, ya que nuestro objetivo es poder ayudar a todo tipo de familias.
- Cada día las familias están más informadas de los problemas que pueden tener sus hijos y hay una mayor conciencia sobre este tema, buscando alcanzar que con el resultado obtenido de las terapias sus hijos lleven una vida normal.
- La ubicación céntrica permitirá la facilidad de transportación y movilidad para todos nuestros clientes.
- Las campañas realizadas por Vice presidencia han hecho que muchas familias tomen acciones preventivas para estos casos.

Como debilidades, mencionamos:

- El reclutamiento de personal altamente capacitado en caso de que tengamos un crecimiento de clientes de manera inmediata.
- La inversión inicial del proyecto y el financiamiento son las principales barreras del mismo.
- El lograr establecer lazos con las instituciones educativas en Guayaquil para plantearles el proyecto y ofrecerles nuestros servicios.
- Contar con equipamiento altamente especializado debido a sus altos costos para así mejorar el diagnóstico y tratamiento.

Las amenazas detectadas son las siguientes:

- No existen reglas claras en el ámbito legal-gubernamental.
- La situación económica del país que impide que los padres inviertan dinero extra al de la educación de sus hijos en los centros de terapia.
- La ausencia de centros de terapias que hagan una labor de calidad hace que los padres busquen terapeutas individuales.
- La trayectoria de otros centros de desarrollo.
- La existencia de una regulación en la legislación en donde como consecuencia el centro se vea afectado de manera que haya que elevar las tarifas de los servicios.
- Los terapeutas y psicólogos externos que han estado tratando a los niños durante muchos años ya tienen el reconocimiento de muchos padres y los buscan independientemente para tratar a sus hijos.

2.6 METODOLOGÍA

2.6.1. Alcance

2.6.2. Diseño de la Investigación

El proyecto es un diseño de tipo no experimental por que no están afectando a las variables como una mentalidad preventiva, capacitación especializada al personal docente y otros centros que realicen un trabajo integral. Además es

un diseño transversal porque solo se aplica una vez en el tiempo ya que el proyecto comenzaría este mismo año.

2.6.3. Técnicas de Investigación:

Se puede hacer a través de los modelos deductivo e inductivo.

En el proyecto se está aplicando un modelo de observación, también un método inductivo y deductivo. Se aplica el modelo inductivo a través de las observaciones ya que es ir más allá de lo evidente para llegar a conclusiones y premisas generales que pueden ser aplicadas a situaciones similares y al proyecto. También se incluye los análisis estadísticos para llegar a recomendaciones y conclusiones para el proyecto partiendo de una muestra de 280 personas además de hacer comparaciones entre las variables para poder evaluar que análisis es más sustentable y de qué manera se lo puede implementar.

2.6.3.1. Observación

En el proyecto no se van a realizar observaciones considerando que es un proyecto nuevo que no posee aun instalaciones ni tampoco se ha realizado pruebas al personal especializado y administrativo, la única observación que se podría considerar es una comparación en otra instalación para observar las instalaciones, que tengas condiciones parecidas a las que el proyecto propone como un espacio para niños especiales.

2.6.3.2. Entrevista

Referente a las entrevistas se realizaran entrevistas telefónicas y por medio de correos electrónicos la de importancia de cada una para determinar grados de satisfacción tanto en el personal como para determinar grados de aceptación hacia el nuevo proyecto, se quiere determinar que tan importante es para los padres de familia el realizar diagnósticos a sus hijos para evaluar si ellos poseen algún tipo de necesidad educativa especial que no sepan y de esta manera poder seguir un tratamiento o rehabilitación para poder corregir o disminuir el efecto de dicha anomalía. Adicionalmente en las entrevistas se quiere determinar también cuantas personas están conscientes de los efectos que él no tratar este tipo de necesidades educativas especiales puede causar en el futuro de sus hijos, Las preguntas que se realizaran en las entrevistas son preguntas en su mayoría abiertas y cerradas. Anexo

2.6.3.3. Encuesta

Las encuestas que se van a realizar tomando en cuenta las diferentes variables que existen como el no tener una mentalidad preventiva o de responsabilidad social hace las personas con necesidades educativas especiales, el no existir un centro que trate los diferentes casos de manera integral y los prepare para la inclusión. En las encuestas vamos a seguir determinando cual es el grado de aceptación del proyecto desde una perspectiva económica con referencia a los padres de familia. Las encuestas son de tipo descriptivas y explicativas.

2.6.3.4. Análisis

La información se recogerá de diferentes medios como son los instrumentos de investigación y libro referentes a las necesidades educativas especiales, de operaciones e información del internet actualizada sobre la parte legal.

2.6.4. Población y Muestra

2.6.4.1. Población

Con el fin de conocer la percepción general del Ecuador sobre esta problemática, se realizará una encuesta (Apéndice 1) para obtener la información deseada. La población objeto de investigación estará constituida por niños y adolescentes con necesidades educativas especiales, padres de familia, niños y adolescentes de las diferentes Instituciones Educativas, localizados en las ciudades de Guayaquil.

2.6.4.2. Muestra

2.3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el Ecuador existen 1'608.334 personas con algún tipo de discapacidad, que representan el 12.14 % de la población total, de las cuales, sólo el 33 % ha recibido atención en rehabilitación¹ en centros que se encuentran ubicados en las capitales provinciales, quedando al margen de la atención un importante sector poblacional de personas con discapacidad. Por lo tanto de aquí parte el análisis de nuestra investigación. Estos se dividen de la siguiente manera los niños y adolescentes con algún tipo de discapacidad, los cuales tiene una edad de 0 a 18 años de edad, por otro lado el propósito es diagnosticar en las Instituciones Educativas de Guayaquil los casos que aun no han sido descubiertos es por esto que se toman los padres de familia que estén dentro de los 20 hasta los 45 años de la ciudad de Guayaquil y se considera que por familia por lo menos un hijo tiene algún tipo de necesidad educativa especial. Es por esto que decimos que el universo es de 1, 600,000.

La investigación está enfocada en el estrato medio alto para determinar la aceptación de un Centro Psicopedagógico y de Rehabilitación en la ciudad de Guayaquil ya que se considera que en este nivel socio-económico es donde se encuentra concentrada la mayor parte de los casos. El tamaño de la muestra es de 35 entrevistas, para determinar cuánto de padres y estudiantes se sacaría de los 280 utilizare el criterio de 70% de padres de familia y 30% estudiantes producto de quienes toman la decisión sobre la educación a nivel básico son los padres de familia, y el 30% de estudiantes es un referente del cual obtengo información acerca de de cual es el criterio de las personas

Según la estadística y de acuerdo a la población N es igual a 210.813 a la cual se empleará la siguiente formula:

El enfoque del estudio estadístico esta en determinar el grade de aceptación que tienen las personas hacia el centro de desarrollo para dicho objetivo aplicaremos la formula de tamaño de muestra en la cual utilizaremos un grade de 95% con un margen de error del 5 %.

Como primer paso se realizara 35 encuestas para determinar el grado de aceptación del proyecto en este caso se considera la variable p y q como probabilidad.

$$z^2 * p * q * N$$

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{s^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

En donde:

P = Población o Universo

p= probabilidad de que se realice el evento

q= probabilidad de que no se realice el evento
 E= error permitido
 N= Tamaño de la población
 z= nivel de confianza.
 n = Muestra

DATOS:

Una vez realizada la encuesta piloto nos dio los siguientes resultados¹⁴³:

p = -----(----- personas aceptaron la implementación del proyecto)¹⁴⁴

q = (1-p) = -----% (---- personas no aceptaron la implementación del proyecto)

Debido a que se maneja un margen de confiabilidad del 95% lo cual en la Tabla normal de estadística nos dio el valor de Z= 1.96.

El error de estimación en este caso es del 5%¹⁴⁵.

Resultado de las estadísticas realizadas

No.	ASPECTOS	PUNTAJES			
		1	2	3	4
1	La dislexia, disgrafia o discalculia, son patologías que alteran el ciclo normal de aprendizaje				
2	El Down (patología genética), constituye una dificultad en el aprendizaje				
3	Las alteraciones sensoriales (audición, visión) constituyen dificultades en el proceso enseñanza - aprendizaje				
4	Las alteraciones de integración social (autismo, asperger, disfasia), dificultan el logro de objetivos académicos.				
5	La hiperactividad genera un déficit de atención y por consecuencia retroceso en el desarrollo académico.				

ASPECTOS ACADÉMICOS Y CONDUCTUALES

Valore cada apartado siempre entre 1 y 10 (1, 2,...10); siendo 1 el valor mínimo y 10 el máximo. Nunca responda sí o no. Si no tiene opinión respecto a algún tema, o no lo conoce o no puede contestar, deje la casilla en blanco. Gracias.

1. Considera usted que los niños, niñas y adolescentes, que padecen algún aspecto señalados en la tabla anterior se deben calificar como “capacidades diferentes”

¹⁴³ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
¹⁴⁴ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
¹⁴⁵ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

De acuerdo a la encuesta de la pregunta 1 se puede decir que un 70% de un rango de valor 4 a 9 considera que los aspectos señalados en la tabla son capacidades diferentes. Es decir tienen conocimiento de ciertos aspectos del tema a pesar que no demuestran estar altamente informados de los casos y sus terapias.

2. Conoce usted los lineamientos generales de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, LOEI.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El 55% de los encuestados desconocen el la LOEI no están informados de los lineamientos de la misma.

3. Cree usted que los establecimientos, públicos o privados, cuenten con especialistas que garanticen el buen desarrollo académico de estos estudiantes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El 63 % de los encuestados han valorado esta pregunta en el numero 5 es decir tienen duda o desconocen la realidad educativa y de asistencia por parte de las instituciones en donde se encuentran sus hijos.

4. Sabe usted que la "inclusión educativa" se basa en la tesis de que: TODO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CAPACIDADES ESPECIALES, puede desarrollarse en instituciones educativas regulares.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se puede observar en la respuesta a la pregunta que del rango 4 al 7 esta un 90% del valor otorgado a ala misma, por consiguiente conocen el significado de inclusión educativa y entienden el valor de la misma.

5. Antes de matricular a su hijo(a), en algún establecimiento educativo, se asegura que en ese establecimiento exista, inclusión educativa.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El resultado de los encuestados en esta pregunta es de mayor cantidad a el rango 5 en donde se puede determinar que a muchos les importa y muchos le da lo mismo. No hay una negación sobre el tema de inclusión educativa.

6. Si su hijo(a), no tiene ninguno de los aspectos señalados en la tabla anterior, matricularía a su hijo(a), en un establecimiento con inclusión educativa.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El 48% de los encuestados fluctúan en el numero 5 por lo cual se determina que los padres con hijos sin necesidades educativas especiales no los pondrían en un establecimiento con inclusión educativa.

7. Considera usted que una institución educativa regular, con inclusión educativa, garantice el buen desarrollo emocional y actitudinal en estudiantes con capacidades especiales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Considera usted que una institución educativa regular, con inclusión educativa, cumpla con los programas académicos (regulares) previstos a los estudiantes con capacidades especiales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El 80% de la encuesta esta en el rango 8-10 es decir que los padres piensan que si cumplirían las instituciones educativas regulares con los programas académicos regulares.

9. Considera usted la necesidad de crear centros psicopedagógicos, para la atención especializada a estos casos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El 85 % de la población encuestada considera la creación de un centro de desarrollo.

10. Reconocería a las terapias de los centros psicopedagógicos como una necesidad para el desarrollo integral y potenciar las necesidades educativas de estos estudiantes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Las respuestas que se observan en la encuesta vasn del rango 8 al 10 en donde se puede denotar que los padres de familia reconocen que las terapias son una posible solución al desarrollo integral de sus hijos que tienen necesidades educativas especiales. El 70% esta en e valor 9 de la encuesta.

Como resultado de la encuesta se puede decir que hay un gran porcentaje de aceptación de la creación de un Centro de desarrollo ya que los padres reconocen que al entrar en terapias integrales sus hijo pueden encontrar y tener una vida de mejor calidad. Adicionalmente se puede decir que hay desconocimiento sobre el tema de las necesidades educativas especiales, los padres no saben diferenciar los casos y sus consecuencias y peor aun no saben reconocer muchas veces que necesitan ser tratados.

2.7 Estructura, Organización y Funciones del Centro de Orientación, Diagnóstico y Terapias Multidisciplinario.

.Para el desempeño de cualquier actividad, y en especial para la que nos ocupa, la labor del Centro de Orientación, Diagnóstico y Terapias, no solo es necesario conocer el contenido del trabajo sino también la forma, el sistema de organización, que se debe seguir para garantizar una correcta organización de los recursos, prestar un adecuado servicio, y calidad que trascienda a su objeto social.

Se conformarán en equipos de trabajo compuesto por Pedagogos, Psicopedagogos, Logopedas, Psicólogos- Psicometristas y Trabajador social,

de formación pedagógica y psicológica para la investigación de niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

El alcance en la atención del Centro de Orientación, Diagnóstico y Terapias se redimensiona al universo de casos de todos los niveles educativos, así como de orientar a los profesores y padres de familia, para contribuir a la detección de dificultades escolares, garantizará la evaluación, el diagnóstico especializado y el sistema de terapias, de los que lo necesiten, emitiendo el diagnóstico y las recomendaciones para la corrección y compensación en el nivel de enseñanza que corresponda en cada caso.

La investigación psicopedagógica se complementará en los casos necesarios con valoraciones médicas, de Pediatras, Psiquiatras, Oftalmólogos, Audiólogos, Neurólogos, u otros que se consideren necesarios.

Se garantizará la idoneidad y estabilidad del personal del equipo Multidisciplinario a partir de una selección y capacitación adecuada.

DOCUMENTACIÓN DE TRABAJO

1.- Registro de control de casos atendidos con su respectiva base de datos. (Anexo 5.2)

2.- Historia psicopedagógica que contendrá la siguiente información:

a. Caracterización Psicopedagógica (Anexo 5.3)

b. Muestras del seguimiento realizado

c. Historia Clínica (Incluye resúmenes médicos) (Anexo 5.3)

d. Resultados de la evaluación psicológica y pedagógica. (Informe por especialidad y entrevista a la familia). (Anexo 5.4)

e. Informe diagnóstico con las conclusiones y recomendaciones que incluye la propuesta inicial de ajuste curricular de considerarse. (Anexo 5.41)

f. Reevaluaciones

g. Hoja de control (Anexo 5.5)

2.7.1 MISIONES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TERAPIAS MULTIDISCIPLINARIO

- Lograr niveles superiores de efectividad de la labor correctiva-compensatoria de los casos con Necesidades Educativas Especiales, como resultado del trabajo multi e interdisciplinario.
- Perfeccionar el sistema de evaluación y diagnóstico a partir de la introducción de nuevas metodologías e instrumentos en la detección y la investigación.

2.7.3 FUNCIONES GENERALES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TERAPIAS MULTIDISCIPLINARIO

1. Diseño control y ejecución de la estrategia para la detección y evaluación de dificultades en el aprendizaje, la conducta y otros trastornos del desarrollo .

2. Planificar y proyectar acciones en virtud de la labor preventiva ..

3. Investigar las potencialidades de alumnos, y sus familias así como los factores protectores y de riesgo .
4. Asesorar y Orientar a padres de familia y profesores.
5. Garantizar la instrumentación y control del sistema de superación, capacitación e investigación dirigida a elevar el nivel de preparación de los especialistas, docentes y padres de familia en la atención a los casos.

2.7.2 FUNCIONES POR ESPECIALIDADES

Funciones del Psicólogo

- Garantizar la realización con calidad de los estudios de casos y la participación activa de los que intervienen interdisciplinariamente¹⁴⁶.
 - Asesorar las líneas de investigación¹⁴⁷.
 - Aportar los argumentos psicológicos y pedagógicos suficientes y necesarios ante el proceso de diagnóstico¹⁴⁸.
 - Decidir en cada caso los tipos de evaluación que se realizarán¹⁴⁹.
 - Garantizar correspondencia teórica-metodológica en la aplicación y actualización de las pruebas que se utilicen¹⁵⁰.
 - Establecer el diagnóstico diferencial en cada caso¹⁵¹.
 - Dirigir la discusión diagnóstica de los casos evaluados por el equipo¹⁵².
2. Atender en tratamiento directo a aquellos casos que requieran atención priorizada, fundamentalmente, a los que presenten trastornos emocionales haciendo uso de diferentes tipos de Psicoterapia y otras vías de trabajo personalizadas y con la familia¹⁵³.
 3. Priorizar en la Orientación y Seguimiento la atención a los niños y sus familias de los niños en Edad Temprana¹⁵⁴.
 4. Evaluar y diagnosticar las Necesidades Educativas Especiales y potencialidades de los casos que lo necesiten, incluyendo la atención de los niños excepcionales o talentos.
 5. Enriquecer los métodos y procedimientos y ser riguroso en la selección de los instrumentos de evaluación que aplique en correspondencia con el perfil de la especialidad, así como de las particularidades de cada caso.

Funciones del Logopeda¹⁵⁵

1. Asesorar a las especialistas, padres de familia, personal en formación y profesores acerca de las diferentes formas de Trastornos de la Comunicación y la Audición para contribuir a su prevención¹⁵⁶.
2. Divulgar vías, formas y procedimientos que contribuyan a prevenir y/o corregir las Necesidades Educativas Especiales en la comunicación¹⁵⁷.
3. Ofrecer Terapias a los casos que requieran atención priorizada en el área del lenguaje¹⁵⁸.
4. Contribuir a la preparación del resto de los especialistas del equipo para la orientación y seguimiento de los casos con Necesidades Educativas Especiales e en la comunicación¹⁵⁹.

¹⁴⁶ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁴⁷ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁴⁸ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁴⁹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁰ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵¹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵² [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵³ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁴ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁵ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁶ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁷ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁸ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁵⁹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

5. Determinar de conjunto con el Psicopedagogo las causas que determinan las dificultades en el aprendizaje de la lecto- escritura y proponer vías para su solución¹⁶⁰.

6. Realizar la evaluación del lenguaje y la comunicación a los casos que lo requieran¹⁶¹. La evaluación logopédica debe abarcar los siguientes aspectos¹⁶²:

- Evolución del desarrollo del lenguaje¹⁶³
- Condiciones anatomofisiológicas del aparato articulario
- Formas y vías de comunicación que se utiliza
- Características de la pronunciación de los diferentes sonidos verbales
- Elementos gramaticales que se emplean y uso que se le dan
- Asimilación, utilización y transferencia de l ayuda brindada
- Estado real de los procesos fonemáticos
- Valoración objetiva del nivel de conocimiento y habilidades que sustentan el aprendizaje de la escritura.

- Conducta que caracteriza la personalidad en formación del niño en su medio natural¹⁶⁴.

- Diagnóstico logopédico descriptivo-explicativo en función del trabajo preventivo, correctivo compensatorio¹⁶⁵.

Funciones de los Psicopedagogos¹⁶⁶.

1. Organizar el material necesario para la aplicación de los instrumentos y metódicas psicopedagógicas¹⁶⁷.

2. Realizar tratamiento psicopedagógico a los alumnos seleccionados y a sus familias, cuando sea necesario¹⁶⁸.

3. Mantener una constante búsqueda de información mediante la autosuperación y la superación disponible en el sistema¹⁶⁹.

4. Realizar investigaciones y participar en eventos científicos¹⁷⁰.

5. Registrar la evolución de los casos en tratamiento mediante el modelo de registro o expediente de tratamiento psicopedagógico¹⁷¹,

6. Participar activamente en la discusión diagnóstica¹⁷².

7. Realizar el informe correspondiente con la propuesta inicial de adaptaciones curriculares, si corresponde¹⁷³.

8. Rectorar en los estudios de casos, las decisiones curriculares que se adopten con los alumnos que se encuentran en Orientación y Seguimiento y en la etapa de evaluación especializada de los diferentes niveles de enseñanza¹⁷⁴.

Ofrecer atención directa a los casos más complejos¹⁷⁵.

Funciones del Trabajador Social¹⁷⁶

1. Planificar y proyectar la labor social¹⁷⁷.

2. Organizar la información recogida en su labor de búsqueda con aquellos datos que se constituyan como relevantes positivos (facilitadores) o negativos (entorpecedores) a tener en cuenta para la planificación y administración de los apoyos¹⁷⁸.

¹⁶⁹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁸ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁷ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁶ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁵ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁴ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶³ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶² [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶¹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁶⁰ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁸ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁷ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁶ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁵ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁴ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷³ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷² [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷¹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

¹⁷⁰ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

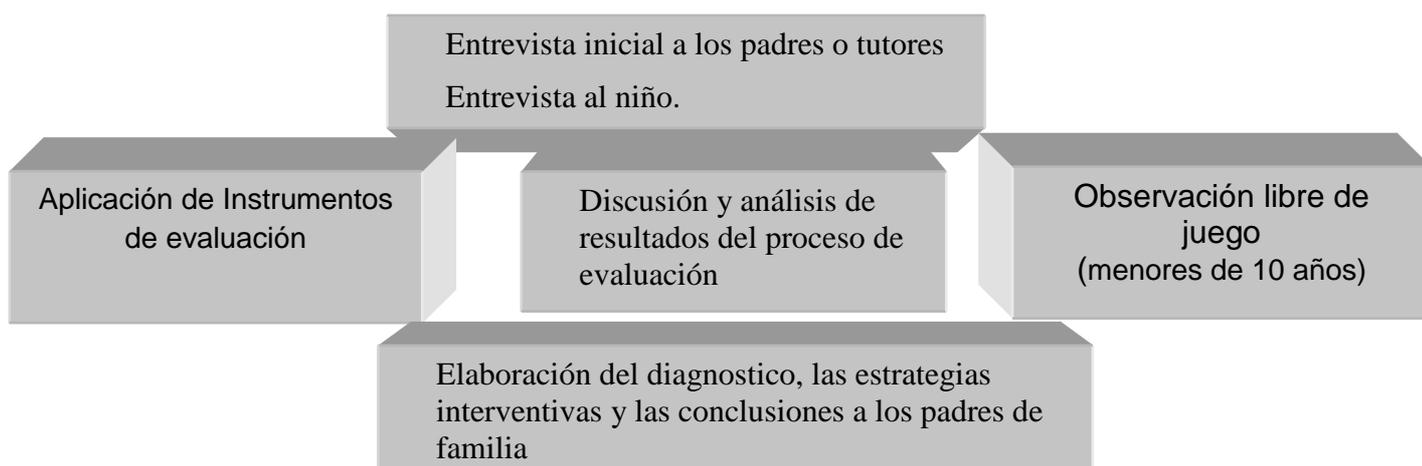
¹⁶⁹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)

3. Organizar el material necesario para la aplicación de los instrumentos. (encuestas, entrevistas, otros) ¹⁷⁹
4. Estudiar y/o atender de forma directa a las familias que así lo requieran, mediante la aplicación de instrumentos exploratorios o intervención familiar ¹⁸⁰.
5. Participar activamente en la discusión diagnóstica ¹⁸¹.
6. Verificar mediante visitas y /o entrevistas los datos recogidos a partir de la solicitud de iguales indicadores a diferentes fuentes de información ¹⁸².
7. Aplicar instrumentos que permitan recoger la opinión de los propios alumnos, de sus maestros, así como de su familia ¹⁸³.
8. Registrar la información recogida para la elaboración del informe. III ¹⁸⁴.

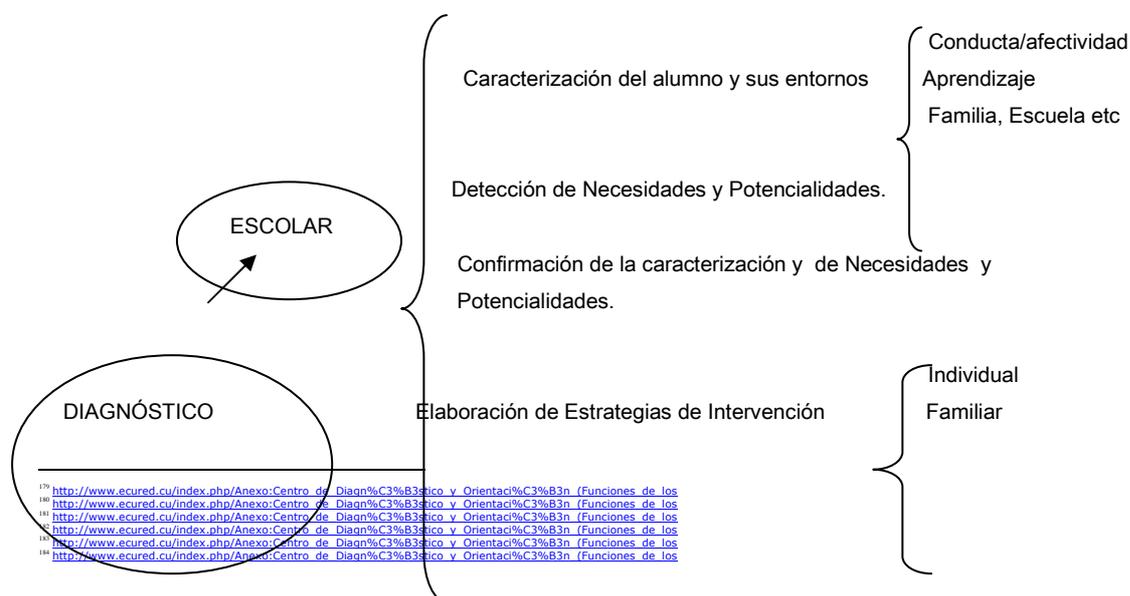
2.7.3 Organización Del Proceso De Evaluación.

El proceso de evaluación requiere de un orden que permita al especialista alcanzar los objetivos propuestos, sean éstos la obtención de un perfil, clasificación nosológica o psicopatológica, caracterización psicológica u otros. Este orden dependerá del evaluador y el grado de distancia que estime conveniente mantener de acuerdo a los objetivos que se haya propuesto.

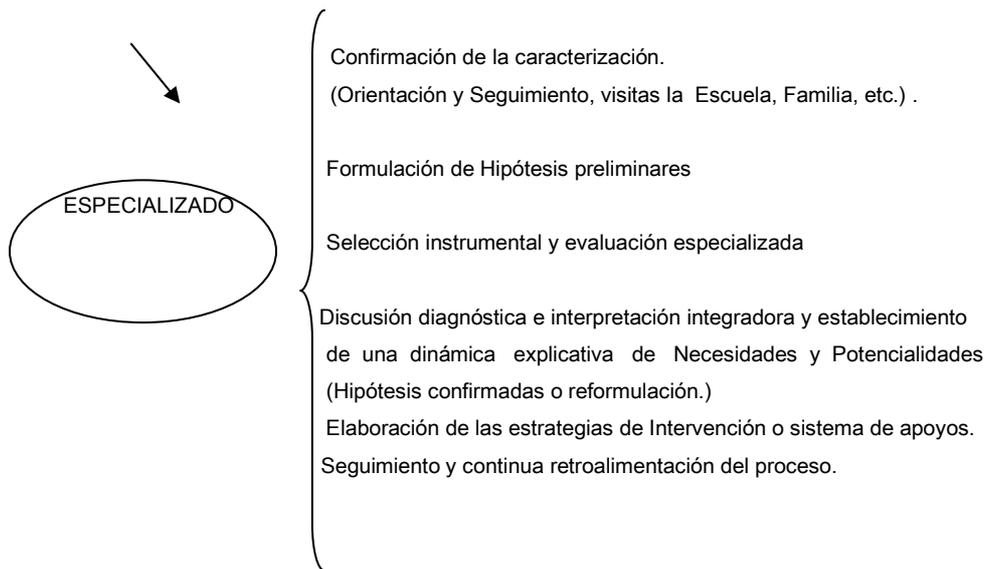
ESQUEMA DEL PROCESO EVALUATIVO INICIAL.



Esquema : DIAGNOSTICO PSICOPEDAGOGICO: ESCOLAR Y ESPECIALIZADO



¹⁷⁹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁸⁰ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁸¹ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁸² [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)
¹⁸⁴ [http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_\(Funciones_de_los](http://www.ecured.cu/index.php/Anexo:Centro_de_Diagn%C3%B3stico_y_Orientaci%C3%B3n_(Funciones_de_los)



Paso 1. Evaluación Psicopedagógica del alumno.

Historia del desarrollo general del alumno
 Funcionamiento actual: - capacidades generales.
 - competencia curricular
 - estilo de aprendizaje.

Paso 2. Evaluación del entorno.

- ✓ Familiar.
- ✓ Escolar
- ✓ Comunitario

Paso 3. Determinación de necesidades y apoyos.

Este paso es corolario de los otros dos anteriores, se desarrolla dando respuesta a una serie de preguntas que han de hacerse en este momento,

2.9 MATRIZ BCG Y FCB

2.9.1 MATRIZ DEL MERCADO



Figura 2. Matriz BCG.

Este método relacionado con la teoría del ciclo de vida (introducción, crecimiento, madurez y declive) nos ayudara a la determinación del crecimiento y la participación de la empresa en el mercado provincial¹⁸⁵. La matriz BCG está conformada por 4 cuadrantes que los detallaremos a continuación¹⁸⁶:

I Cuadrante.-llamado estrellas ya que tienen gran crecimiento y una muy alta participación de mercado¹⁸⁷. Estos productos requieren financiamiento fluido para mantener su competitividad en crecimiento pero con el tiempo este crecimiento ira decayendo¹⁸⁸.

II Cuadrante.- llamado interrogante tienen una baja participación en el mercado pero a cambio gozan de una alta tasa de crecimiento de mercado¹⁸⁹. Generalmente en este cuadrante se encuentran los productos, en este caso servicios nuevos que necesitan inversión para mantener una considerable participación de mercado. Sino se da el crecimiento se Convertirá en vaca lechera¹⁹⁰.

III Cuadrante.-llamado vaca lechera que son los productos o servicios que tienen una posición privilegiada ya que son los líderes del mercado en un mercado de bajo crecimiento o maduros¹⁹¹. Son los productos que ya gozan de un posicionamiento enorme lo que se refleja en que sus clientes llevan tiempo consumiendo el producto o servicio¹⁹². Además generan mucho efectivo y sus costos de marketing son bajos¹⁹³.

VI Cuadrante.-llamado perro debido a su poca participación de mercado y baja tasa de crecimiento lo que las convierte en no rentables por lo que muchas veces los dueños optan por liquidarla las empresas¹⁹⁴.

De acuerdo a la situación del Centro de terapias “Creando Sonrisas” en la Matriz BCG, podemos decir, que esta se encuentra ubicada en el cuadrante II, llamado Interrogante; es decir, poseemos una participación baja porque somos un servicio nuevo, pero un crecimiento alto en el mercado ya que tenemos altas expectativas de crecimiento ya que se ha descuidado este mercado de colegios y sus tratamiento; por lo tanto este crecimiento nos posicionaría dentro de los próximos 5 años en un servicio estrella que necesitara una inversión mayor para mantenerse entre los principales centros de desarrollo para niños con necesidades educativas especiales.

Nuestro propósito es ganar mayor participación en el mercado, invirtiendo más recursos para crear un impacto en el mercado al mostrar una gran ventaja diferencial obteniendo así la aceptación frente a la demanda; así captaremos más clientes lo que nos moverá al “II Cuadrante” llamado estrella.

2.9.2. Modelo de Implicación (Foot, Cone, Boldey).

La matriz de implicación FCB nos ayudara a conocer cuál es el comportamiento de los clientes en función de dos variables, sean estas el grado de implicación que puede ser fuerte o débil y el modelo de aprehensión que puede ser racional o emocional.

¹⁸⁵ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁸⁶ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁸⁷ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁸⁸ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁸⁹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹⁰ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹¹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹² <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹³ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹⁴ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>



Figura 3. Matriz Implicación.

Analizando la situación de nuestro centro de terapia procedemos a ubicarla en el cuadrante del Aprendizaje (información, evaluación y acción) en el que el cliente necesita probar el servicio ya que es un intangible (no se puede tocar). Por ende toma suficiente tiempo posicionarlo y si en la mente del cliente aún no hay lealtad o fidelidad hacia alguna marca, buscar varias opciones, debido a que es un servicio que da resultado a largo plazo. Por eso el enfoque debe ir direccionado a ofrecer soluciones reales en el proceso educativo de los niños y más bien concientizar e informar a los padres de familia de cada caso. Consideramos además que en cierta parte estamos implícitos también en el cuadrante de Afectividad, debido a que nuestros clientes, al momento de asistir a las terapias se sienten relacionados con las mismas. De esta manera consideramos que la estrategia de marketing idónea sería enfocarnos mucho a los deseos y necesidades de los clientes, producirlos y brindarles calidez en el servicio

CAPITULO III ANALISIS FINANCIERO.

Desarrollar una estructura clínica psicopedagógica multidisciplinaria con una concepción preventiva a partir de las potencialidades de los pacientes favoreciendo el proceso de inclusión escolar y social.

3.1 FUNDAMENTACIÓN PARA DIAGRAMA DE FLUJO DE ANÁLISIS FINANCIERO

OBJETIVO:

Desarrollar una estructura Clínica, Psicopedagógica Multidisciplinaria, con una concepción Preventiva a partir de las potencialidades de los pacientes, que favorezca el proceso de inclusión Escolar y Social.

3.1.1 Desarrollo:

Tomando como punto de partida nuestro Objetivo y para desarrollar la fundamentación del flujo del Análisis Financiero, debemos responder interrogantes tales como:

- ¿Quiénes son los que facilitan financiación y quiénes son los que la reciben?
- ¿Cuál es la cuantía de esas corrientes?
- ¿En qué forma se instrumenta o materializa el flujo financiero?
- ¿Cómo materializamos en nuestro proyecto la relación entre el Sector Real (producción, consumo e inversión) y el Financiero (procesos de financiación)?

Debemos valorar:

Los instrumentos de financiación que utilizaremos,

El ahorro que lograremos que nos permita financiar la inversión o formación de capital. El ahorro es, un recurso (R) que se destina a la formación bruta de capital que es un empleo (E). Si $R = E$, el ahorro del período coincide con la inversión y el balance mostraría un equilibrio, debiendo tener en cuenta, que a medida que el período de tiempo se hace más amplio, la coincidencia se hará mucho más difícil.

3.1.2 DATOS ESTADÍSTICOS EN VALORES DE LOS SERVICIOS QUE SE BRINDARÍAN

El proceso de Orientación, Diagnóstico y Terapias contará de 3 etapas:

1era Etapa: Evaluación y Diagnóstico

2da Etapa: Instrumentación del Sistema de Terapias.

3era Etapa: Seguimiento Evolutivo y Rediseño de estrategia de Intervención.

3.1.3 Determinación de valores por servicio

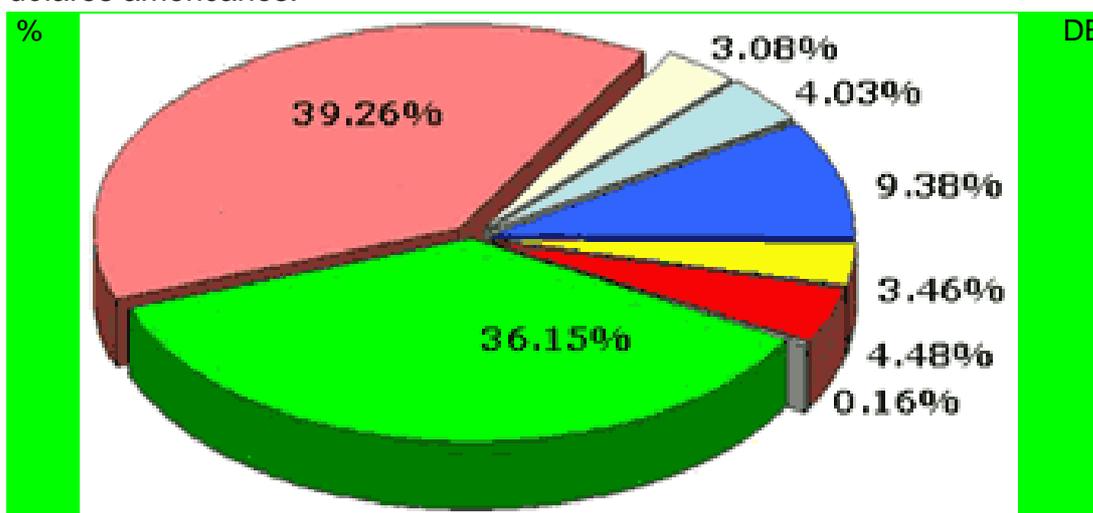
Proceso de Diagnóstico:

#	PASOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	VALORES
1	Entrevista Inicial	\$30.00 - \$ 40.00
2	Proceso de Evaluación	\$50.00 - \$ 60.00
3	Conclusiones y entrega del Informe Diagnóstico	\$ 30.00 – \$ 50.00

Propuesta de valores económicos teniendo en cuenta la frecuencia del proceso de terapias.

Sesiones de Terapias	Valores
Una terapia diaria/mensual	\$180.00
Dos terapias semanales/mensual	\$100.00
Tres terapias semanales/mensual	\$120.00
Dos terapias diarias/mensual	\$300.00
Tres terapias diarias/mensual	\$320.00
Dos terapias diarias/2 veces a la semana	\$150.00
Tres terapias diarias/2 veces a la semana	\$200.00
Dos terapias diarias/3 veces a la semana	\$240.00
Tres terapias diarias/3 veces a la semana	\$300.00

Es importante mencionar que hay dos tipos de propuestas de valores por medio de paquetes que son las sesiones de terapias mencionadas en el cuadro con los valores referenciales según cada caso o la necesidad de cada niño; y la otra forma de pago de la sesiones es por sesión que tiene un costo de 15 dólares americanos.



INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO DE TERAPIA PSICOLOGICA

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO TERAPIA COMPORTAMENTAL

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO TERAPIA ANTE TRASTORNOS SENSORIALES

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO TERAPIA FÍSICA

% DE INVERSIÓN FINANCIERA PARA EL PROCESO TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA

% INVERSIÓN FINANCIERA INTEGRAL

3.1.4 Propuesta de valores económicos salariales por especialistas

Especialistas	Valores salariales
---------------	--------------------

Psicólogo-Psicometrista	300
Psicopedagogo	300
Logopeda (especialista del lenguaje y audición)	300
Trabajador Social	300
Rehabilitador físico	300
Rehabilitador en Conducta	300
Especialista en Tiflopedagogía (Deficiencias visuales)	300
Rehabilitador ocupacional	300
Especialistas en Terapias relacionadas con el arte (Psicoballet, DIPTALDANCE, Pintura, Música)	300

3.2. Inversión

3.2.1. Inversión del Proyecto.

La inversión total para la implementación del centro de terapias en Guayaquil se estima en \$70,747 dólares americanos; los cuales corresponden a la adquisición de activos, insumos didácticos, textos y materiales para ejercicios, juegos didácticos para la puesta en marcha del proyecto, a su vez el capital operativo necesario para los tres primeros meses; se valorizó el capital social del centro por un total de \$ 15,000 dólares americanos, de los cuales el 60% corresponde a activos fijos propiedad destinada al centro de terapias; el 33.33% corresponde a las aportaciones de dinero de los accionistas y el saldo equivalente al 7,77% corresponde a inventario inicial, donado por los accionistas.

3.2.2. Financiamiento Inicial y Viabilidad de la inversión

Para adquisición de la Inversión Inicial requerida para la puesta en marcha del proyecto se necesitara realizar un préstamo a la Corporación Financiera (CFN), tomando en cuenta la compra de activos e insumos didácticos, la elaboración de la página web y la campana de marketing y a su vez una parte de la inversión total será por medio de capital propio.

La tasa activa con que se realizara el préstamo es del 9,85% anual con pagos trimestrales en un periodo de 5 años, por un valor de \$45,218.80 dólares americanos, necesarios para cubrir la inversión inicial necesaria para la puesta en marcha del centro de terapias, y \$25,528 los cuales son proporcionados por el accionista. La inversión total es de \$70,747 dólares americanos.

PERIODOS	FECHA	DIAS	INTERES	AMORTIZACION DE CAPITAL	FLUJO	SALDO
0	01-Jan-13					45.218,80
1	01-Jan-14	360	4.454,05	9.043,76	13.497,81	36.175,04
2	01-Jan-15	720	3.563,24	9.043,76	12.607,00	27.131,28
3	01-Jan-16	1080	2.672,43	9.043,76	11.716,19	18.087,52
4	01-Jan-17	1440	1.781,62	9.043,76	10.825,38	9.043,76
5	01-Jan-18	1800	890,81	9.043,76	9.934,57	0,00

3.3.3. Presupuestos de Ingresos.

Los ingresos estarán dados por los servicios de terapias ofrecido por el centro que van a variar según las visitas y aceptaciones de los convenios del centro. Creando sonrisas con las diferentes unidades educativas en Guayaquil por ende dependerá de la demanda actual.

Adicionalmente los rubros del presupuesto de ingreso dependen de: la entrevista Inicial que se haga a cada niño, del Proceso de Evaluación, y del proceso de entrega de conclusiones y entrega del Informe Diagnóstico. Es importante entender también todas las terapias que el centro está en capacidad de ofrecer como servicios para los niños:

1.-Alteraciones Genéticas
2.-Alteraciones Intelectuales
3.-Alteraciones Sensoriales
4.-Alteraciones Motoras
5.-Alteraciones en el Lenguaje
6.-Dislexias-Disgrafías
7.-Discalculia
8.-Desajustes emocionales
9.-Trastornos de Conducta
10.-Dificultades pedagógicas no asociadas a patologías
11.-Estimulación temprana
12.-Terapias familiares
13.-Terapias ocupacionales
14.-Terapias asociadas al arte

A la hora de hacer la proyección de los ingresos se tomo en cuenta varios criterios:

1.- Se tomo como referencia la información de 2 colegios de Guayaquil para estimar que porcentaje de niños y jóvenes tenían las alteraciones mencionadas en el cuadro de servicios ofrecidos; para así lograr sacar un porcentaje proyectado a la hora de calcular los ingresos.

2.- Con la experiencia de una psicóloga reconocida en el medio se detecta que hay dos tipos de ingresos a la hora de calcular las terapias: el que resulta de las sesiones que muchos padres de familia para ahorrar dinero pagan que consiste en 4 sesiones con un costo de \$15 dólares por sesión al cual se asume en la proyección de ingresos que el % de padres que optan por esta opción es de 30% y el 70% restante opta por pagar paquetes anteriormente mencionados en el cuadro de costos de sesiones. Es así que el presupuesto de ingresos se puede aproximar más a la realidad de los colegios y padres de familia.

3.- Para calcular mejor los ingresos se ha creado dos diferentes conceptos el # de prospectos que dependerá de las visitas de los psicólogos vendedores y convenios con colegios para el centro y el % real de clientes por el cual se deduce que en el escenario positivo del número de prospectos total se vende el servicio a el 40% de los pacientes y en el escenario pesimista al 20% de los prospectos totales.

3.3.4. Presupuesto de Gastos Operativos, Generales y Capital de Trabajo.

3.3.4.1 Gastos de Personal “Sueldos y Salarios”

Después del delineamiento de funciones establecido en el Manual se puede decir que para poner en marcha e iniciar el proyecto se ha establecido contratar un total de 14 personas, las cuales estarán en los diferentes puestos de trabajo, ya sean este personal administrativo, psicólogas, Licenciadas Terapeutas y Director General.

A continuación detallamos el sueldo mensual y anual del personal, durante el primer año de ejecución¹⁹⁵. En el Anexo 5.6.1 proyectamos el sueldo por dos años, con los respectivos beneficios de la Ley. Los siguientes años estarán en el estado de resultado reflejados según el porcentaje de crecimiento de cada escenario presentado. Adicionalmente en el anexo se puede revisar el sectorial de enseñanza y de servicio.5.6.2

PRIMER AÑO								
	PERSONAL DO CENTE	SUELDO	APORTE PATRONAL	HORAS EXTRA	DECIMO TERCERO	DECIMO CUARTO	FONDO DE RESERVA	TOTAL
1	Terapeuta de lenguaje	330,00	40,10		27,50	24,33	0,00	5.063,14
2	1 psicopedagoga	330,00	40,10		27,50	24,33	0,00	5.063,14
3	1 psicopedagoga	330,00	40,10		27,50	24,33	0,00	5.063,14
4	1 rehabilitador físico	330,00	40,10		27,50	24,33	0,00	5.063,14
5	1 orientador familiar	330,00	40,10		27,50	24,33	0,00	5.063,14
6	Seguridad	293,00	35,60		24,42	24,33	0,00	4.528,19
7	Seguridad	293,00	35,60		24,42	24,33	0,00	4.528,19
8	1 Secretaria	295,00	35,84		24,58	24,33	0,00	4.557,11
9	Telemarketing	295,00	35,84		24,58	24,33	0,00	4.557,11
11	Personal de servicio	292,00	35,48		24,33	24,33	0,00	4.513,74
12	Personal de servicio	292,00	35,48		24,33	24,33	0,00	4.513,74
13	1 contadora	320	38,88		26,67	24,33		4.918,56
14	Coordinador General	2000	243,00		166,67	24,33		29.208,00
15								
16								
	TOTAL	5.730,00	696,20	0,00	477,50	316,33	0,00	86.640,34

3.3.4.2 Gastos Generales y Administrativos.

En los gastos administrativos incluimos los gastos anuales por permisos de funcionamiento y otros; además aquellos materiales e implementos que se necesitan tanto en la parte administrativa como en las diferentes áreas, este es un gasto mínimo mensual en el que se debe incurrir para mantenimiento del Centro Creando Sonrisas. En la siguiente tabla presentamos los gastos mencionados para el Año¹⁹⁶

1. En el Anexo 5.7.1 se puede ver la proyección de estos gastos para los cinco años.

3.3.4.3 Servicios Básicos

Son todos los gastos que tienen relación con el pago del alquiler de local, el pago de la luz, agua, teléfono e internet. La proyección de estos gastos esta calculada a 5 años mediante el crecimiento porcentual de todos los rubros dependiendo el escenario sea este positivo o pesimista.

3.3.4.4 Gastos de Publicidad y Marketing

Se considera a los gastos de promoción en los diferentes medios de comunicación en este caso serán las publicaciones en el diario El Universo "La

¹⁹⁵ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹⁶ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

Revista” el mismo que circula a nivel nacional y de esta manera se puede dar a conocer con más rapidez el Centro de Terapia Creando Sonrisas.

Adicionalmente en estos gastos se incluye los gastos de actualización de la página web, telemarketing y todo lo necesario para llegar a captar mayor cantidad de clientes.

3.3.4.5 Gastos Financieros

Debido a que necesitaremos un financiamiento del banco para poner en marcha el centro de terapias se opto por adquirir un préstamo de \$45,218 dólares americanos con un plazo de 5 años.

4.5.5 Depreciación de Activos Fijos¹⁹⁷.

La depreciación tiene como objetivo reconocer el desgaste de los activos, es decir que estos pierden valor debido a su uso en el tiempo, por lo cual hay que restar este uso al valor inicial del activo¹⁹⁸.

La depreciación para cada activo del proyecto se detalla a continuación en la siguiente tabla¹⁹⁹:

3.3. Capital de trabajo (Capital Operativo)

El capital de trabajo representa la inversión neta en recursos circulantes producto de las decisiones de inversión y financiamiento a corto plazo.

Capital de trabajo= Activo corriente – Pasivo Corriente

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Activo Corrientes	110.499	112.336	108.186	105.088	100.615
Pasivos Corrientes	35.028	38.912	40.641	42.768	43.777
Capital de Trabajo	75.471	73.425	67.545	62.320	56.838

3.4. Estados financieros

3.4.1 Estado de Resultados.

Se ha realizado dos proyecciones del estado de resultado una optimista y otra pesimista. En el Anexo 5.8 se encuentra un resumen de los flujos proyectados a cinco años, tiempo referencial para realizar un proyecto; en el mismo se han considerando los ingresos por paquetes, sesiones y terapias realizadas Por parte de gastos se reflejan los de los sueldos y salarios, gastos generales de publicidad y ventas, depreciación total anual de los activos.

Consideramos una participación de los trabajadores del 15% y del impuesto a la renta del 25%, estos valores pudieron ser proyectados debido a la Utilidad Neta. Desde el primer año se muestran ganancia con una rentabilidad del 20% considerando un crecimiento 8% anual en el escenario optimista, en el

¹⁹⁷ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹⁸ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

¹⁹⁹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

escenario pesimista se puede observar el 6% de rentabilidad con una menor cantidad de ingresos y con un 5% de crecimiento anual de ingresos asumiendo que las estrategias de marketing y los vendedores no capten la atención de los potenciales clientes. El objetivo de este proyecto no es solamente ayudar a muchos niños con necesidades educativas especiales sino que también es subsidiar niños con escasos recursos es por eso que cada mes se atenderá 10 niños.

3.5. Índices - indicadores

Los índices más importantes para considerar la viabilidad del proyecto son los índices de rentabilidad.

INDICES DE RENTABILIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
M.U.B: U.B.V./VENTAS	31%	34%	33%	33%	32%
M.U.N.:U.N./VENTAS	20%	21%	21%	21%	21%
R.OA.: U.N./ ACTIVOS TOTALES	32%	37%	41%	46%	51%
R.O.E: U.N./ CAPITAL ACCIONISTAS COMUNES	79%	82%	83%	84%	85%

3.6. Evaluación Financiera del Proyecto.

3.6.1. Modelo de Evaluación de Activos de Capital (CAPM).

El CAPM es un modelo alternativo para estimar la rentabilidad que deben obtener los accionistas de una empresa por invertir su de dinero en ella.

Para aplicar el Modelo de Evaluación de Activos de Capital necesitamos los siguientes factores²⁰⁰:

Tasa de Mercado y Beta: En nuestro estudio es necesario conocer la rentabilidad que tienen los Centros que atienden a niños con necesidades educativas especiales, dado el caso que el Ecuador carece de información específica sobre los mercados nos hemos basado en un estudio realizado en la página²⁰¹:

http://pages.stern.nyu.edu/~adamodar/New_Home_Page/datafile/Betas.html

Anexo 4.16

El riesgo país para el mes de Enero del 2012, obtenida de la Súper de Bancos y Seguros es del 12.35%.

- La Tasa Libre de Riesgo del 2.66%, nos basamos en el rendimiento de los Bonos del Tesoro de Estados Unidos²⁰²

Para la estimación de este valor utilizaremos la siguiente fórmula²⁰³:

$$rk = rf + \beta i (rm - rf) + rp^{204}$$

Donde²⁰⁵:

rk : Tasa de Rendimiento Requerida²⁰⁶.

rf : Rentabilidad Libre de Riesgo²⁰⁷.

²⁰⁰ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰¹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰² <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰³ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁴ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁵ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁶ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁷ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

β : Sensibilidad del activo respecto al Mercado²⁰⁸.
 r : Rentabilidad del Mercado²⁰⁹.
 mrp : Riesgo País de Ecuador²¹⁰.
 $r_k =$

El detalle de esta valoración se puede observar en el Anexo Significando esto que la rentabilidad esperada de los accionistas adversos al riesgo es por lo menos del 15% de su inversión realizada en el centro.

3.6.2. Calculo de la Tasa Mínima Atractiva de Retorno (TMAR).

He definido a la TMAR como la menor cantidad de dinero que se espera obtener como rendimiento de un capital puesto a trabajar de manera de poder cubrir los compromisos de costos de capital²¹¹.

Para realizar el cálculo de la TMAR nos basaremos en el enfoque de los costos ponderados de capital, cuyo objetivo es reflejar la tasa de descuento apropiada a la que deben descontarse los flujos²¹². La TMAR incorpora la tasa de descuento de los accionistas y la tasa de interés que cobra el banco, y la tasa de impuesto corporativos, siendo esta del 25%; por lo cual se considera una estimación importante para el proyecto, pues contamos con apalancamiento, constituyéndose este como un riesgo financiero debido a la deuda contraída²¹³. Por lo tanto la TMAR con la que descontaremos los flujos de efectivo anuales será del 29.28%.

3.6.3. Valor Actual Neto (VAN)

Para la aplicación de nuestro proyecto, con la tasa de descuento ya establecida de 29.28% tenemos un VAN \$118,192 con esto podemos decir que el proyecto se aprueba, es decir la implementación de un Centro de Terapias es una idea rentable, en la cual vale la pena invertir.

3.6.4 Tasa Interna de Retorno (TIR).

Para nuestro análisis, el proyecto refleja una TIR de 46% la misma que al compararla con la tasa de retorno esperado que es del 14,93%, concluimos que el proyecto es económica y financieramente rentable ya que para la evaluación de los proyectos se considera la premisa $TIR > r$ acepto.

3.6.5 Periodo de Recuperación de la Inversión.

En el análisis establecido para el centro de terapias, a los cinco años que hemos proyectado los flujos obtenemos recuperación de la inversión inicial en el primer año de ejecución; esto nos permite decir que el proyecto a implementar resulta rentable, y con liquidez suficiente para cubrir sus deudas u obligaciones que desee generar en el futuro.

3.6.6 Punto de Equilibrio.

Para el análisis del punto de equilibrio nos hemos basado en los servicios que vamos a ofrecer es decir definimos el numero de clientes mínimo para cada

²⁰⁷ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁸ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²⁰⁹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²¹⁰ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²¹¹ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²¹² <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>
²¹³ <http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10821/3/Centro%20de%20Desarrollo%20Huellas.docx>

tipo de servicio por lo menos estaríamos cubriendo los gastos de salarios, generales y financieros sin generar utilidad neta. Por lo tanto para nosotros poder cubrir nuestros costos necesitamos un total de 100 pacientes.

CAPITULO IV.

CONCLUSIONES

1.-Mediante el estudio de nuestra propuesta podremos concluir que , este es un proyecto es viable y que tendrá una acogida favorable en el sector que se va a desarrollar, el nivel de aceptación es bastante bueno, tomando en cuenta que no existen centros de Terapia que realicen un trabajo integral y que den soluciones a los diferentes casos de terapias para necesidades educativas especiales, nuestra propuesta ha despertado el interés de muchos padres de familia y eso nos alienta a continuar realizando gestiones para que se lleve a cabo este proyecto.

2.- Existe una población ávida de padres de familia con el animo de mejorar el estándar de vida de sus hijos para así a cortar distancia en la inclusión de sus hijos a los centro educativos.

3.-Adicionalmente después de haber realizado un análisis financiero de el estado de resultado, del flujo de caja y del presupuesto se puede llegar a la conclusión que manteniendo una inversión bastante moderada se puede obtener un negocio totalmente rentable puesto que la nomina docente y administrativa no varía drásticamente en número de personas ya que esa misma estructura administrativa y docente está en capacidad de cubrir el crecimiento de pacientes según las proyecciones realizadas.

RECOMENDACIONES

1.- En lo que corresponde al Centro de desarrollo, todo el esfuerzo del proyecto debe ser enfocado en armar una estructura acorde con las necesidades actuales. Es también muy importante desarrollar campanas preventivas y de capacitación, ya que el Centro de Desarrollo necesita dar a conocer sus servicios y su equipo de trabajo. Es vital que se hagan seguimientos a los niños en los colegios para así tener un control del avance alcanzado por las terapias.

2.- La campaña de marketing debe ser muy agresiva puesto que todo el negocio depende de la cantidad de pacientes que asistan al centro mensualmente. Existe ya un plan en el proyecto de marketing y de publicidad que debe ser supervisado e implementado los 365 días del año haciendo un seguimiento a cada caso particular y a cada familia. Es importante ir creando una marca e instaurando un nombre de prestigio para no solamente captar pacientes de los colegios a nivel nacional sino que también beneficiar a los menos favorecidos con atenciones gratuitas en el centro.

3.- La diferencia se marca en la calidad del servicio y en la atención al cliente, por lo tanto el enfoque del centro debe llevarse en una alianza directa con los padres de familia. La atención debe estar dirigida a la familia instruyendo y dándoles toda la información necesaria para cada caso ya que el desconocimiento del mismo puede llevar a malos resultados.

4.- Se recomienda llevar a cabo este proyecto, debido a su alto grado de factibilidad, reflejada en los diferentes análisis de marketing, financieros y estadísticos, es de vital importancia que para la ejecución e implementación del proyecto se debe considerar a personas profesionales, capaces de trabajar en equipo y con ganas de brindar un excelente servicio y ayuda a la comunidad. La creación de un centro de Terapias generara ingresos buenos además proporciona fuentes de empleo, es por eso que el enfoque debe ser el de incentivar al personal a comprometerse con el Centro y entregarse por completo a los niños quienes necesitan un cuidado responsable.

8. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- AGUILAR, G. *La educación inclusiva como estrategia para abordar la diversidad*. 2003
- AINSCOW, M. *Desarrollo de escuelas inclusivas: ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. España. 2011
- ARNAIZ Sánchez, P. *El reto de educar en una sociedad multicultural y desigual*. (1999)
- ARNAIZ Sánchez, P. (2003 1a). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. España. Aljibe. ASTORGA, L. F. (2003)
- *Discapacidad, perspectiva histórica y desigualdades imperantes*. Disponible en <http://www.codehuca.or.cr/discapabrecha.htm>. (14-10- 03).
- BENITO Y. *Existen los superdotados?* Monografías Escuela Española .- 2001
- BLANCO, R. *Hacia una escuela para todos y con todos*.2006
- BLANCO R., Díaz E., Pintó T.Rodríguez V., Sotorrío B. *Guía de Adaptaciones Curriculares*. CNREE.2008
- CADENA C, Echaita, González. *La organización del profesorado de apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros ordinarios. Experiencias y Orientaciones*. Madrid. 2007
- *Código de la Niñez y Adolescencia*. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia. Quito. 2003
- *Constitución Política de la República del Ecuador*. Congreso Nacional. 1998
- CIARRIZ E., Echeverría A., García J., Paternain C., *Necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual*. CREENA. 2004
- *Declaración Mundial "Educación Para Todos"*. Jomtiem - Tailandia. 2004
- *Equipo Específico del CREENA. Necesidades educativas especiales asociadas a la superdotación*. MEC - OEI - UNED. 2004.
- GINÉ, C. *Inclusión y sistema educativo*. III Congreso "La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo". Universidad de Salamanca.
- *Ley y Reglamento de Educación vigente. Ley y Reglamento de Discapacidades*.
- *Reglamento de Educación Especial*. Registro Oficial N°946 .17 de Enero del 2002
- *Pirámide. Serie Pedagógica N°5 .Proyecto Educativo Institucional* .DINAMEP. Quito. 2003.

¹ Marx C, Engels F. *La sagrada familia*. La Habana: Editora política; 2002.

² Vigotski LS. *Obras completas*. t. 5. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000

5. ANEXOS

5.1. Entrevista

5.1.1 ENTREVISTA DIRIGIDA AL Psicólogo José Antonio Rodas Piedra

Indicador: “Evidencia de mentalidad Preventiva”

1.- ¿Cree usted que en el Ecuador existe una mentalidad preventiva en lo que se refiere a las necesidades educativas especiales? ¿Por qué?

Definitivamente que no lo existe. De haber sido así, hubiésemos contado con unidades educativas que integren esta educación con necesidades especiales desde hace mucho tiempo atrás. Es recién en estos momentos que el Ecuador en general está implementando este tipo de educación, cuando muchos otros países llevan haciéndolo muchos años ya, y cuando su necesidad se ha hecho más que evidente a través de estudios y experiencias.

2.- ¿Cree usted que los Centros educativos deben colaborar al mejoramiento de las condiciones de estudiantes con necesidades educativas especiales? ¿Por qué?

Considero que si es necesario, ya que este segmento de la población, aunque no es altamente productivo, puede llegar a serlo en algún grado, en vez de mantenerse como únicamente una carga social y económica. Además por supuesto, que no podemos olvidar que como sociedad tenemos una obligación unos con otros, y ellos también pertenecen al conjunto poblacional

3.- ¿Existen charlas de información para padres de familia sobre la educación diferenciada en los colegios? ¿Con qué frecuencia se realizan estos talleres?

No tengo mayor información al respecto, pero a nivel institucional y gubernamental existen organismos que colaboran a las distintas unidades educativas en este sentido.

4.- ¿Cree que deben de existir campañas que fomenten la responsabilidad social hacia los niños con necesidades educativas especiales?

Totalmente; aún cuando el conocimiento popular de estos temas va en aumento, es insuficiente, ya que muchas veces se observa la presencia de mitos al respecto (como en todo conocimiento popular).

Observaciones Generales.

Nombre del entrevistado: Psicólogo José Antonio Rodas Piedra

Nombre del entrevistador: Estefanía Barek Ortí

Lugar y Fecha de la entrevista: Guayaquil, 20 de Mayo del 2012.

ENTREVISTA DIRIGIDA A Fanny Salazar

Indicador “Grado de información y colaboración de los colegios”

1.- ¿Usted ha sido entrevistado por el D.O.B.E de la institución educativa de su hijo? ¿Conoce como trabaja el D.O.B.E?

No siempre.

Se requiere de mayor divulgación del trabajo que realiza, pues a veces solo se ve como el Departamento que trata los problemas ya existentes..

2.- ¿Considera que la ayuda psicopedagógica prestada por la institución educativa de sus hijos es integral? ¿Por qué?

No, se le brinda fundamentalmente ayuda pedagógica diferenciada, refuerzo pedagógico, pero no ayuda psicopedagógica, ya que requiere de personal especializado y no siempre constituyen niveles de rentabilidad positivos para la institución.

Además se tendría que interrumpir el horario de clases.

Esta ayuda debe darse en servicios externos, existiendo una interrelación entre especialistas, DOBE, padres de familia y maestros.

3.- ¿Cree usted que la Unidad Educativa en la que tiene a sus hijos ha brindado la información necesaria para tratar las diferentes problemáticas del mismo?

Aún se requiere de mayor información.

4.- ¿Cree que tanto los padres de familia como profesores están siendo orientados para el poder identificar las diferentes problemáticas que podría tener un niño?

En nuestra Unidad Educativa, se han dado pasos, que permiten la orientación inicial, pero se requiere de un seguimiento más sistemático y de Talleres u otras modalidades que le den tanto a padres de familia como a maestros herramientas que posibiliten una orientación más práctica.

Observaciones Generales.

Nombre del entrevistado: Fanny Salazar

Nombre del entrevistador: Estefanía Barek Ortí

Lugar y Fecha de la entrevista: Guayaquil, 15 de Mayo del 2012.

ENTREVISTA DIRIGIDA A LA Licenciada Juana Reigosa Cruz

Indicador “El Costo de las terapias”

1.- ¿Considera que el costo de las terapias influye en la decisión de los padres de familia a recibir diagnóstico y tratamiento para sus hijos?

Sí, son muy costosas, en dependencia de la frecuencia y de la complejidad de las terapias que requiera el caso.

2.- ¿Cree usted que mediante un tratamiento y seguimiento del caso previamente diagnosticado, se pueda encontrar la solución al mismo? Estaría dispuesto a invertir en este proceso?

ABSOLUTAMENTE, mientras más temprana sea la detección e intervención, mejores serán las posibilidades de evolución y la detección de

sus potencialidades, aun cuando el pronóstico de evolución dependa de la gravedad de la patología y de las áreas afectadas.

Si estaría dispuesta a invertir en este proceso, pues siempre existirán casos que requieran de intervenciones, las que pueden ser TRANSITORIAS O PERMANENTES.

3.- ¿De ser diagnosticado a su hijo con algún tipo de necesidad educativa especial, estaría dispuesto a inscribir a su hijo en un Centro Psicopedagógico y de Rehabilitación, de que depende su decisión o elección?

Sí buscaría la atención en un Centro Especializado, dependiendo mi elección de la calidad profesional de los especialistas, de que el entorno me posibilite una intervención lo más integral y multidisciplinaria posible, así como de los valores económicos.

Observaciones Generales.

Nombre del entrevistado: Licenciada Juana Reigosa Cruz

Nombre del entrevistador: Estefanía Barek Ortí

Lugar y Fecha de la entrevista: Guayaquil, 15 de Mayo del 2012.

5.2. Encuesta

Estimado Padre de Familia:

Al ser los padres los principales responsables de la educación de sus hijos y el Centro Educativo la instancia o el estamento de apoyo y refuerzo de los valores que conjuntamente deseamos que ellos vivan y practiquen, solicitamos a usted responder las siguientes preguntas. Esta información será tomada en cuenta para un proceso de reflexión que nos llevará a reforzar una cultura institucional y a mejorar la elección de una institución educativa de calidad y calidez.

ASPECTOS GENERALES

- 1 = Totalmente de acuerdo
- 2 = Parcialmente de acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = No sabría decir

No.	ASPECTOS	PUNTAJES			
		1	2	3	4
1	La dislexia, disgrafía o discalculia, son patologías que alteran el ciclo normal de aprendizaje				
2	El Down (patología genética), constituye una dificultad en el aprendizaje				
3	Las alteraciones sensoriales (audición, visión) constituyen dificultades en el proceso enseñanza - aprendizaje				

4	Las alteraciones de integración social (autismo, asperger, disfasia), dificultan el logro de objetivos académicos.				
5	La hiperactividad genera un déficit de atención y por consecuencia retroceso en el desarrollo académico.				

ASPECTOS ACADÉMICOS Y CONDUCTUALES

Valore cada apartado siempre entre 1 y 10 (1, 2,...10); siendo 1 el valor mínimo y 10 el máximo. Nunca responda sí o no. Si no tiene opinión respecto a algún tema, o no lo conoce o no puede contestar, deje la casilla en blanco. Gracias.

1. Considera usted que los niños, niñas y adolescentes, que padecen algún aspecto señalados en la tabla anterior se deben calificar como "capacidades diferentes"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Conoce usted los lineamientos generales de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, LOEI.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Cree usted que los establecimientos, públicos o privados, cuenten con especialistas que garanticen el buen desarrollo académico de estos estudiantes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Sabe usted que la "inclusión educativa" se basa en la tesis de que: TODO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE CON CAPACIDADES ESPECIALES, puede desarrollarse en instituciones educativas regulares.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Antes de matricular a su hijo(a), en algún establecimiento educativo, se asegura que en ese establecimiento exista, inclusión educativa.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Si su hijo(a), no tiene ninguno de los aspectos señalados en la tabla anterior, matricularía a su hijo(a), en un establecimiento con inclusión educativa.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Considera usted que una institución educativa regular, con inclusión educativa, garantice el buen desarrollo emocional y actitudinal en estudiantes con capacidades especiales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Considera usted que una institución educativa regular, con inclusión educativa, se cumpla con los programas académicos (regulares) previstos a los estudiantes con capacidades especiales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Considera usted la necesidad de crear centros sicopedagógicos, para la atención especializada a estos casos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Reconocería a las terapias de los centros sicolpedagógicos como una necesidad para el desarrollo integral y potenciar las necesidades educativas de estos estudiantes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5.3 Anexo 1

CONTROL DE CASOS

Unidad Educativa:								Especialidad				
#	Nombres y Apellidos	# de expte.	Fecha de Nac.	Edad	Sexo	Grado	Diagnóstico	Nivel intelectual	Fecha de inicio de tratamiento	Fecha de baja	Observaciones	

5.4 Anexo 2 Manual de procedimientos

INSTRUMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

En la actualidad la práctica pedagógica dirigida a estimular al máximo las potencialidades humanas debe apoyarse en el conocimiento objetivo de las peculiaridades del desarrollo de los alumnos; esto solo podrá lograrse si se cuenta con el dominio de los siguientes aspectos:

- ⊙ los conocimientos científicos sistematizados acerca de las formaciones psicológicas,
- ⊙ su contenido,
- ⊙ las condiciones que las producen y
- ⊙ la dinámica de su formación,

Este proceso de caracterización de los estudiantes deberá ser realizado sistemáticamente por los docentes como condición fundamental para lograr una educación de calidad siguiendo la posición de la teoría histórico – cultural, esta **no implica** necesariamente, el empleo de test y metódicas experimentales que deben ser aplicadas por otros especialistas, sino que el valor de ella radica en que puede ser realizada por el propio maestro a partir de **observar** y **registrar** sistemáticamente, todo el proceso de interacción que se ha producido para que el sujeto obtenga determinado resultado.

De este modo, para que el maestro pueda hacer una objetiva caracterización debe tener dominio del **conocimiento** de las características del desarrollo que va a estudiar, y en especial, de las nuevas formaciones que caracterizan o tipifican la **etapa del desarrollo que analiza**.

La teoría Histórico Cultural de L.S. Vigotsky, destaca el **origen social** de las funciones psíquicas superiores, esta evidencia su concepción de que **el hombre es un ser social, producto de la historia social y sujeto activo de las relaciones sociales**, por lo que se deberá tener en cuenta, al elaborar la caracterización psicopedagógica del estudiante.

Aspectos a tener en cuenta al elaborar la caracterización de sus escolares:

1.- DATOS GENERALES:

- ⊙ Nombre y apellidos
- ⊙ Fecha de nacimiento
- ⊙ Edad cronológica
- ⊙ Grado escolar
- ⊙ Causa de reporte a la tutora

2.- Características, físicas generales

3.- Aspecto docente.

- ⊙ **Aprovechamiento escolar**
- ⊙ **Características de los conocimientos (lo que ha logrado y cómo lo logra) +**
- ⊙ **Ritmo y estilo de aprendizaje**
- ⊙ **Realización de las tareas.**
- ⊙ **Interés por el estudio**
- ⊙ **Actitud ante las dificultades del aprendizaje.**

- ⊙ *Capacidad para actividades colaterales no docentes.*
- ⊙ *Apoyo de la familia en las tareas escolares*
- 4.- Capacidades esenciales e intereses.**
 - ⊙ *Qué le gusta*
 - ⊙ *Qué prefiere hacer*
 - ⊙ *Qué tipo de juego le gusta*
 - ⊙ *Capacidad para algún tipo de actividad específica*
- 5.- Características de la conducta**
 - ⊙ *-Intranquilidad, excesiva movilidad, ansioso.*
 - ⊙ *-Impulsivo, agresivo.*
 - ⊙ *-Incumple con la disciplina y reglas escolares.*
 - ⊙ *-Moderado, disciplinado, seguro.*
 - ⊙ *-Muy tranquilo, tímido, tendencia al aislamiento.*
 - ⊙ *-Poco comunicativo.*
- 6.- Particularidades del carácter**
 - Rasgos positivos:**
 - ⊙ *sociable, cariñoso, honesto, cooperador, perseverante, estable.*
 - Rasgos negativos:**
 - ⊙ *terco, egoísta, inestable.*
- 7.- Estado de ánimo**
 - ⊙ *Contento, motivado, optimista.*
 - ⊙ *-Triste, deprimido, abstraído.*
- 8.- Relaciones interpersonales**
 - ⊙ *-Mantiene niveles adecuados de aceptación, cooperación y tolerancia con el grupo de alumnos de su aula.*
 - ⊙ *-Demuestra respeto y afecto por su maestra.*
 - ⊙ *-Mantiene niveles adecuados de comunicación con sus familiares.*

5.4 ANEXO 3 Manual de procedimientos

La Entrevista Estructurada.

La entrevista socio-psicológica es uno de los instrumentos más nobles, universales y valiosos que tiene el especialista como fuente de información y acción interventiva primaria.

La estructuración de la entrevista facilita al profesional que se inicia en el proceso de evaluación y diagnóstico, seguir una lógica predeterminada que propicia la no-omisión de todos aquellos elementos que consideramos necesarios para establecer las hipótesis y expectativas interventivas.

Modelo de historia socio-psicológica

Fecha: Referencia temporal del sujeto. Permite la ubicación en su contexto social en el tiempo.
Historia Clínica #: Elemento organizativo y de privacidad.

Datos generales: Estudios epidemiológicos, desarrollo, potencialidad biológica y psico-fisiológica, relación síntoma-género, retraso escolar. Referencia al contexto socio-cultural.		
Nombre y apellidos:	Sexo:	Fecha de nacimiento: __ / __ / __/.
Grado que cursa:	Area de residencia: u __, r ____.	

Motivo de consulta: Primera hipótesis diagnóstica: consulta de orientación, reacción situacional transitoria, alteración emocional estructurada. Focalización de los problemas por parte de los adultos, estimación inicial sobre el carácter de la solicitud del servicio
--

Historia de la enfermedad actual: Segunda hipótesis diagnóstica: determinación del carácter reactivo de la alteración, evolución de la sintomatología y estabilidad y estructuración de los síntomas.
--

Mapa Familiar ²¹⁴ : Contextualización socio-económica, dinámica y constelación familiar. Posibilidades de estimulación cultura, educativa; diversidad de influencias y autoridades. Potencialidad psicopatógica, posibles conflictos.					
Familia nuclear:	Extendida:	Reconstruida:	# de generaciones que conviven:		
Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Ocupación	Ingresos:

A.P.P. ²¹⁵ : Padecimientos crónicos, accidentes con pérdida del conocimiento, ingresos y todas aquellas enfermedades que puedan influir en la potencialidad psico-biológica del sujeto y afectar de manera temporal o crónica su relación con el entorno, asimilación académica, validismo, funcionamiento integral.
--

A.P.F. ²¹⁶ : Padecimientos crónicos hasta segundo grado de consanguinidad, que pueden influir en la potencialidad psico-biológica del sujeto y afectar de manera temporal o crónica su relación con el entorno, asimilación académica, validismo, funcionamiento integral.
--

Embarazo: Posibles factores de riesgo durante el embarazo por causas psicológicas o fisiológicas. Factores de riesgo y potencialidad de daño prenatal.
Planificado: s: n: deseado: madre: padre: # de semanas:
Complicaciones:
Observaciones:

Parto: Factores de riesgo perinatal, potencialidad de daño por accidentes, o complicaciones.			
Fisiológico: cefálico :, pelviano:	Cesárea:	Instrumental:	
Peso: __ Kg	Talla: __ cm	Cianosis:	Ictero:

APGAR:	Meconio:	Complicaciones:
Observaciones:		

Desarrollo: Valoración del nivel de madurez alcanzado, irregularidades, saltos en el desarrollo, referencia para el cruzamiento en el caso de los trastornos específicos del desarrollo y los progresivos.

Motricidad :Valoración del desarrollo motor. Punto de referencia para la valoración del nivel de madurez alcanzado, irregularidades, saltos en el desarrollo, referencia para el cruzamiento en el caso de los trastornos específicos del desarrollo y los progresivos. Síntomas referidos o relacionados con la motricidad

Paró la cabeza:	Se sentó:	Se paró:	Caminó:
Movimientos estereotipados:		Manerismos:	
Otros:			

Lenguaje: Valoración del desarrollo del lenguaje. Punto de referencia para la valoración del nivel de madurez alcanzado, irregularidades, saltos en el desarrollo, referencia para el cruzamiento en el caso de los trastornos específicos del desarrollo y los progresivos. Síntomas referidos o relacionados con el lenguaje.

Primeras palabras:	Frases:	Oraciones:	Diferido:
Neologismos:	Coprolalia:	Mutismo:	
Tartamudez:	Dislalias:	Otros:	

Formación de hábitos: Relación entre la madurez psico-fisiológica y la estimulación y preparación del sujeto de acuerdo a su edad cronológica, potencialidad psico-fisiológica, en un contexto determinado.

Higiénicos: Síntomas relacionados con la falta de control voluntario de los esfínteres en ausencia de causas orgánicas, de acuerdo a su edad cronológica, en un contexto determinado

No ha logrado ninguno:

Control del esfínter vesical: nocturno __,meses__ años. Diurno. __ meses __ años.

Control del esfínter anal: nocturno __,meses __ años. Diurno. __ meses __ años

Alimentarios: Síntomas relacionados con la conducta alimentaria de acuerdo a su edad cronológica, potencialidad psico-fisiológica, en un contexto determinado.

Apetito: bueno:	Inapetente:	Insaciable:
Malacia :	Pica, (especificar):	
Otros:		

Sueño-vigilia: Síntomas relacionados con la formación de hábitos sueño-vigilia, de acuerdo a su edad cronológica, potencialidad psico-fisiológica, en un contexto determinado.

Sueño tranquilo:	Sueño intranquilo:	Pesadillas:
Somniloquio :	Sonambulismo :	Terrores nocturnos:

Rituales adormecedores:	Otros:
-------------------------	--------

Manipulaciones del cuerpo, auto-mutilaciones y otros síntomas: Síntomas relacionados con la manipulación de diferentes partes de su cuerpo, auto-agresión, auto-complacencia, relaciones con el entorno y su percepción del mismo, descuido o maltrato físico o psíquico.		
Succión digital:	Perretas:	Rituales:
Onicofagia:	Apnea emotiva:	Compulsiones:
Manipulación de los genitales:	Juegos sexuales:	Miedos:
Balanceo:	Otros:	

Socialización: Síntomas relacionados con el nivel y calidad del desarrollo de la socialización, de acuerdo a su edad cronológica, potencialidad psico-fisiológica, en un contexto determinado.	
Agresividad: verbal: física:	Hacia qué o quién se dirige:
Retraimiento: adultos: coetáneos:	Rechazo al contacto social:
Juegos:	
Area escolar: Síntomas relacionados con el nivel y calidad del desarrollo de la socialización, de acuerdo a su edad cronológica, potencialidad psico-fisiológica, en un contexto determinado.	
Adaptación:	Disciplina:
Rendimiento académico:	Dificultades específicas:

5.5 Anexo 4 HOJA DE REGISTRO. DIBUJO LIBRE

Nombre y Apellidos: _____.

Edad: ___ Años, ___ Meses Sexo: ___ Escolaridad: ___.

Calidad general:	Buena	Regular	Mala
-------------------------	-------	---------	------

Indicadores Formales o Estructurales.

Tamaño de las Figuras:	Grande:	Mediano:	Pequeñas:
Fortaleza del Trazo	Fuerte	Medio	Débil
Control Muscular	Bueno	Regular	Malo
Legibilidad	Si		No
Elementos en el aire:	Si		No
Seriación de Elementos	Ordenada		Desordenada
Elementos Absurdos:	Si		No
Distribución Ilógica de elementos	Si		no
Movimiento:	Humano		Inanimado

Animismo	si	no
Transparencias	Si	No
Proporción	si	No
Reforzamiento	si	no

Indicadores de Color

Pobre Uso del Color:	Si	No
Inadecuación del Color:	Si	No
Color Inusual:	Si	No
Seriación del Color:	Ordenada	Desordenada

Preferencia Cromática: (marcar hasta 3)				
azul	verde	marrón	violeta	negro
Rojo	amarillo	naranja	grafito	policromía adecuada

Indicadores en la Ejecución de la Figura Humana.

Completa:	Incompleta:	Maltrato:
Mutilada:	Estropeo:	Primitiva:
policromía adecuada		policromía inadecuada

Contenido y tema	
Dirigido:	Libre:

Verbalizaciones durante la prueba:

Perfil psicológico:

5.5.1 ANEXO 4.2

Protocolo de registro de respuestas al Cuarto Excluido con niveles de ayuda.

DATOS GENERALES:

Nombre y apellidos: _____
 Expediente No. _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad cronológica: _____ Grado: _____ Sexo: _____
 Escuela: _____ Municipio: _____
 Hora de Inicio de la prueba: _____ Hora de terminación: _____

R E G I S T R O							
No. tarjeta	Objeto Que excluye:	Fundamentación de la respuesta de Excl. Y Gzación implícita:	NIVELES DE AYUDA			Eval.	Obs.
			Or.	AyE.	Dem.		

1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
PUNTAJE							

VALORACION GENERAL (Cualitativa y Cuantitativa):

EXAMINADOR :

5.6 Anexo 5

Anexo 5

Batería de instrumentos de Evaluación

- Interpretación de láminas.
- Formación de conceptos.
- Interpretación de relatos.
- Test Aptitudes Diferencial (Dat).
- Pruebas de ansiedad de Catell.
- Pruebas de intereses.
- Test de Apercepción Temática (TAT).
- Test de Apercepción Infantil (CAT)
- Historietas de Thomas Rey.
- Fábulas de Despert.
- IPJ.
- Observación de láminas.
- Cubos de Kohs
- Rompecabezas.
- Figura y fondo.

- Semejanzas y diferencias.
- Pictograma.

Batería de pruebas para el psicometrista.

- Para evaluación en Edad Temprana:
 - Prueba de desarrollo Brunet Lezine.
 - Bayley
 - Prueba para medir desarrollo intelectual.
 - Terman Merrill.
 - WPPSI
 - Prueba para medir desarrollo intelectual en niños con trastornos auditivos Merrill Palmer.
- Para evaluación en la edad escolar:
 - Escala Wecheler para niños (WISC)
 - Escala Wecheler para adultos (WAIS)
 - Test de matrices progresivas Raven (Formas: infantil y adulta)
 - Pruebas Gráficas
 - Test Gestáltico visuomotor/ Bender
 - Dibujo de la Figura humana Machover
 - Figura Humana de Goodenough
 - Test del Arbol Casa Persona
 - 16 P.F. de Catell
 - Test de Series de Dominós. Inicio de
 - Prueba evolutiva no estandarizada de Piaget.
 - Test de completar frases (Rotter)

5.6.1 Rol de pago proyectado a Dos años

5.6.2 Sectorial de enseñanza y servicio

5.6.3 Marco Legal

Es importante entender el marco legal y su fundamento para así tener claro los derechos, y deberes que tiene que tomarse en cuenta a la hora de diseñar un centro psicopedagógico para atender las diferentes necesidades y los diferentes casos.

La UNESCO en el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, suscribe las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993 en donde en el Artículo 10 – pone en la Igualdad, justicia y equidad; se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

El código de los Niños y Adolescentes en su Artículo III: Igualdad de oportunidades.- Para la interpretación de este Código se deberá considerar la igualdad de oportunidades y no la discriminación a que tiene derecho todo niño y adolescente sin distinción de sexo.

Adicionalmente la ley establece según el REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DE DISCAPACITADOS publicada en el Registro Oficial N° 171 del 26 de Septiembre del 2000 lo siguiente:

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares.

El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

Art. 42.- Derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades tienen derecho a la inclusión en el sistema educativo, en la medida de su nivel de discapacidad. Todas las unidades educativas están obligadas recibirlos y a crear los apoyos y adaptaciones físicas, pedagógicas, de evaluación y promoción adecuados a sus necesidades.

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición.

Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten.

DE LA EDUCACIÓN

Art. 65.- La educación de personas con discapacidad debe incluir la participación de los padres, personal profesional, familia y comunidad. La educación para las personas con discapacidad, se proporcionará a través de: Programas en instituciones especiales. Programas de educación integrada. Educación no formal .

Art. 66.- Los establecimientos de educación especial que se financien con recursos del Estado o reciban partidas para personal u otros aspectos, tanto del Gobierno Central, como de los gobiernos seccionales tienen la obligación de mantener un sistema de becas para la educación de personas con discapacidad de bajos recursos económicos en al menos el cinco por ciento del número de estudiantes de cada plantel .

Art. 5.- MINISTERIO DE EDUCACION: Al Ministerio de Educación y Cultura le corresponde asumir las siguientes responsabilidades :

1.- Establecer un sistema educativo inclusive para que los niños y jóvenes con discapacidad se integren a la educación general. En los casos que no sean posibles, su integración, por su grado y tipo de discapacidad, recibirán la educación en instituciones especializadas, que cuenten con los recursos humanos, materiales y técnicos ajustados a sus necesidades para favorecer el máximo desarrollo posible y su inclusión socio-laboral .

2.-- Diseñar y ejecutar un Plan Nacional de Integración Educativa para los próximos cuatro años, que contemple un ajuste del marco normativo de la educación para que facilite la educación de los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales en el sistema general y las acciones

necesarias para la capacitación de los docentes del sistema general y especial para la integración, el replanteamiento de la formación inicial de los maestros y la reorientación de la educación en las instituciones de educación especial acorde con los objetivos de este programa .

3.-- Ampliar progresivamente los programas y acciones de integración en la educación general básica, media y superior .

4.-- Desarrollar programas de transición a la vida adulta y laboral, en las escuelas de educación especial .

5.-- Organizar programas educativos basados en una evaluación integral, que permita identificar las potencialidades, aptitudes vocacionales y limitaciones para planificar la respuesta educativa .

6.-- Diseñar y ejecutar programas de educación no formal para las personas con discapacidad que lo requieran. La educación no formal será impartida también a las personas con discapacidades cuya estancia hospitalaria sea prolongada, con el fin de prevenir y evitar su marginación del proceso educativo .

7.-- Controlar el funcionamiento de las instituciones de la educación formal y no formal en el ámbito de las discapacidades, tanto de los sectores público como privado; brindando asesoría, capacitación y recursos para optimizar su función .

8.-- Diseñar y capacitar a las instituciones educativas de todo el país sobre las adaptaciones curriculares, métodos, técnicas y sistemas de evaluación para aplicarse en la educación integrada en los diferentes niveles del sistema educativo y especial de los niños, jóvenes con necesidades especiales y facilitar la utilización de recursos tecnológicos y ayudas técnicas .

9.-- Impulsar la creación de colegios técnicos o adaptar los existentes, según el caso, para la formación ocupacional de los jóvenes con discapacidad.

CONADIS ECUADOR - Ley sobre las Discapacidades

10.- Incorporar al Sistema de educación integrada y especial actividades relacionadas con el ocio, recreación, tiempo libre, arte, deporte y cultura .

11.- Desarrollar programas educativos de prevención primaria y secundaria, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública .

12.- Desarrollar programas de detección, diagnóstico e intervención temprana, en la población escolar, en coordinación con el Ministerio de Salud .

13.- Fortalecer los programas de capacitación ocupacional en el sistema educativo en coordinación con el Ministerio de Trabajo .

14.- Coordinar acciones con la Dirección encargada de Recreación y Deportes para la organización de programas y actividades deportivas para las personas con discapacidad y controlar las acciones que en este ámbito realicen otras organizaciones .

15.- Preparar, de conformidad con la Ley Orgánica de Responsabilidad, Estabilización y Transparencia Fiscal, las acciones que se realizarán y presupuestar los recursos necesarios para la ejecución de las mismas, a fin de que éstos puedan incorporarse oportunamente en la proforma presupuestaria del Ministerio de Educación. Previamente deberá ser conocida y discutida en la Comisión Técnica del CONADIS .

16.- Defender los derechos a la educación de las personas con discapacidad .

1.6.2 AUTORIZACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PÚBLICOS Y PRIVADOS

LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL se norman mediante Reglamento específico y en lo esencial determina que :

Todos los centros de desarrollo infantil deben obtener la autorización respectiva del Ministerio de Inclusión Económica y Social, previo a su funcionamiento.

Requisitos para obtener la autorización de funcionamiento de Centros de Desarrollo Infantil públicos y privados (atención de niños y niñas menores de 5 años) .

- a) Solicitud escrita del propietario adjuntando copia de cédula de ciudadanía y certificado de votación, dirigida al Director de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia (para Pichincha), a los Subsecretarios Regionales (en Guayaquil para el Litoral y en Cuenca para el Austro) o a los Directores Provinciales (en las demás provincias) del Ministerio de Inclusión Económica y Social... Si se tratare de una Organización no Gubernamental, la solicitud debe ser suscrita por su representante legal, adjuntarán copia certificada del estatuto, copia certificada del acuerdo ministerial .
- b) Escritura pública de propiedad o contrato de arrendamiento del local en donde va a funcionar el Centro de Desarrollo Infantil, registrado este último, en un Juzgado de Inquilinato y/o Juzgado de los Civil ;
- c) Plano del local en el que se determine la distribución del espacio físico, haciendo constar el área en metros cuadrados ;
- d) Plan de trabajo en base a los lineamientos y estándares mínimos establecidos por el MIES ;
- e) Manual de Procedimiento Interno del Centro de Desarrollo Infantil, elaborado en base a los lineamientos del Ministerio, el mismo que será aprobado en el proceso ;
- f) Nómina de personal que laborará en el Centro de Desarrollo Infantil, adjuntando el curriculum vitae con firma de responsabilidad que será documentadamente respaldado y verificado .
- g) Presupuesto; y
- h) Inventario de mobiliario y material didáctico. Con la presentación de esta documentación, las unidades competentes del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en su jurisdicción, proceden al estudio respectivo, y a la inspección técnico jurídico para verificar las instalaciones, equipamiento, mobiliario y material didáctico del Centro de Desarrollo Infantil, de lo cual emitirán los correspondientes informes técnicos .

DEL PERSONAL.- El Centro de Desarrollo Infantil, debe disponer del siguiente personal mínimo

DIRECTOR: Profesionales parvularios y del área de educación que acrediten una experiencia mínima de 3 años de trabajo con niños y niñas.

EDUCADOR: Además de los profesionales antes mencionados, pueden ser egresados del área de educación que acrediten una experiencia mínima de 1 año de trabajo con niños y niñas El número de educadoras, responderá a los grupos etéreos que el Centro de Desarrollo Infantil atienda, de conformidad con los estándares aprobados. El centro debe contar con por lo menos una persona que tenga conocimientos de auxiliar de enfermería, primeros auxilios y/o similares.

AUXILIAR DE SERVICIOS: Con una formación mínima de educación primaria y/o básica.

PERSONAL PROFESIONAL.-Una vez que el Centro de Desarrollo Infantil, obtenga el acuerdo ministerial que autorice su funcionamiento, en el plazo de treinta días debe remitir copia de los contratos de trabajo del médico, profesional con especialidad en pediatría o que acredite cursos de especialización y/o experiencia de tres años en el área de pediatría o medicina familiar, y del psicólogo educativo. Ambos profesionales tendrán un horario mínimo de una visita al mes.

El Director del Centro de Desarrollo Infantil deberá permanecer en la institución durante toda la jornada de trabajo, en caso de ausencia temporal u ocasional justificada, el Director será sustituido por una persona idónea, que reúna los requisitos que para desempeñar su función establece el presente reglamento.

Los centros de desarrollo infantil que atiendan a niños con discapacidad, contarán con equipos técnicos y especializados de planta y/o itinerantes que garanticen la atención especial según las características de la población.

RECOMENDACIÓN A LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA: Si es su deseo ingresar a su hijo /a en un CDI, deben conocer el Centro Infantil, sus instalaciones, solicitar que le indiquen el permiso de funcionamiento otorgado por el Ministerio (MBS anteriormente. MIES actual), si no lo tienen, es que ES ILEGAL

Si todos tomamos conciencia de exigir este requisito básico que se convierte en una garantía para asegurar el adecuado cuidado de sus hijos/as, no habría centros ilegales y ayudaríamos a que se garanticen sus derechos. Para la ciudadanía en general, si conoce de centros legales, informe a los teléfonos del MIES.

AINA 2544339 / 2505883/ 2232026.

NOTA: En el Distrito Metropolitano de Quito, para abrir un Centro de Desarrollo Infantil se debe respetar la distancia de 400 metros con otros CDIs, disposición que consta en Ordenanza Municipal.

PROCEDIMIENTO

Los interesados deben presentar la solicitud adjuntando los requisitos detallados anteriormente, en la Dirección de AINA en el caso de Pichincha, Subsecretarías Regionales o Direcciones Provinciales según corresponda. La Unidad Técnica de Desarrollo Infantil realiza el análisis de la documentación presentada y entrega a interesados el informe con las observaciones del caso. Una vez cumplidas las observaciones se realiza la inspección de las instalaciones.

Elaboración de informe Técnico. Acuerdo Ministerial de autorización en caso de conformidad.

NOTA: En las Subsecretarías Regionales y Direcciones Provinciales de Bienestar Social, se seguirá el mismo procedimiento .

TIEMPO DE TRÁMITE:

Aproximadamente 30 días, si se cumple con todos los requisitos.

NOTA: Trámite interno sin costo.