

# *Mediación pedagógica en los trastornos generales del aprendizaje: Una mirada terapéutica*

Sonia Juliana Latorre Ortiz\*

## RESUMEN

Este artículo pone en evidencia el proceso investigativo cuyo resultado fue la elaboración del protocolo de intervención fonoaudiológica de los trastornos generales del aprendizaje, basado en la fase input de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein; el cual se constituye en un aporte de la investigación pedagógica a los principios fundamentales de la rehabilitación en el área de aprendizaje de la disciplina fonoaudiológica. Esta investigación invita al cambio de los modelos de intervención terapéutica a través del uso de modelos cognitivos pedagógicos. El profesional de fonoaudiología puede contar con este instrumento para rehabilitar y habilitar alteraciones cognitivas, psicosociales y pedagógicas de los escolares y los pacientes diagnosticados con problemas de aprendizaje que requieran este servicio.

**Palabras clave:** Fonoaudiología, Pedagogía, Trastornos del Aprendizaje, Modificabilidad Estructural Cognitiva, investigación acción.

---

\*Fonoaudióloga y diplomada en Fonoaudiología Clínica de la Universidad Manuela Beltrán. Magíster en Pedagogía de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Email: slatorreortiz@gmail.com.

# *Pedagogic mediation in general learning disabilities: A therapeutic view*

Sonia Juliana Latorre Ortiz\*

## ABSTRACT

This article highlights the research process which resulted in the development of a speech therapy intervention protocol for general learning disorders. It is based in the *input* stage of Reuven Feuerstein's theory of structural cognitive modifiability. This work constitutes a contribution by pedagogical research to the fundamental principles of rehabilitation in the area of learning within the discipline of speech therapy. This research makes a case for the transformation of therapeutic intervention models through the use of cognitive pedagogic models. Professional speech therapists can count on this instrument to rehabilitate and treat cognitive, psychosocial, and pedagogical alterations of students and patients diagnosed with learning disorders requiring this service.

**Key words:** Speech therapy, pedagogy, learning disabilities, structural cognitive modifiability, action research.

---

\*Fonoaudióloga y diplomada en Fonoaudiología Clínica de la Universidad Manuela Beltrán. Magíster en Pedagogía de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Email: slatorreortiz@gmail.com.

## Introducción

Toda acción creativa desplegada en el campo de las ciencias humanas se funda en la necesidad de ofrecer respuesta a los vacíos estructurales, que la cultura, la educación y sus disciplinas afines dejan en la formación del tejido social o en la atención de un desarrollo humano integral. Según esto, el propósito que ha motivado esta investigación es potenciar los recursos pedagógicos y delinear un modelo de aplicación terapéutica en los trastornos generales del aprendizaje. Las dislexias, disortografías y discalculias, por lo general, se diagnostican y reconocen en su causalidad y etiología, pero pocas veces se abordan en la ruta terapéutica; es por ello que este proyecto se constituye en un aporte para la fundamentación, análisis y presentación de resultados, que serán de gran ayuda para los profesionales de fonoaudiología y educadores. El protocolo se fundamenta en la modificabilidad estructural cognitiva (MEC). Esta es una teoría que describe la capacidad propia del organismo humano para cambiar la estructura de su funcionamiento (Prieto, 1989), de tal forma que la teoría de la MEC afirma que todos los individuos tienen un potencial de aprendizaje desarrollado; es decir, susceptible de ser modificado en tanto se trabaje sobre las habilidades o funciones del pensamiento necesarias para realizar un eficiente acto mental o proceso de aprendizaje. Así mismo, es capaz de mejorar un comportamiento retardado o la actuación lenta, solo si quien presenta

las dificultades en el desarrollo cognitivo está acompañado de una persona guía o mediadora, convencida de que los individuos no son estáticos, sino que, por el contrario, están en permanente cambio y reestructuración. Así como lo dice Feuerstein:

Apuesta a lograr cambios estructurales, que serán posibles en el organismo del individuo a través de una intervención mediada. Entendiendo que un cambio estructural no es un hecho aislado para la persona sino que por su misma naturaleza, viene a cambiar el curso y el desarrollo futuro de un individuo por las destrezas que ha preparado y por las herramientas de que dispone la persona para su desarrollo autónomo (citado por Tébar Belmonte, 2003, p. 28).

Además, con la teoría de la MEC se pretende lograr un aprendizaje independiente capaz de adaptarse a los cambios y a los condicionantes de su entorno cultural dentro de la sociedad, mediante el aprendizaje de estrategias, el uso adecuado de sus funciones cognitivas, e incluyendo factores concretos, como la exploración sistemática, la comparación espontánea y la expresión controlada de sus pensamientos.

Feuerstein (1978) considera el organismo humano como un sistema abierto al cambio y a la modificación, y piensa que el hecho de que el sujeto parezca estar abierto a cualquier

experiencia y aprendizaje en cualquier etapa de su vida, hace probar que la modificabilidad es el producto de la interacción con experiencias y aprendizajes específicos; por tanto, este modelo está dirigido a cambios estructurales que modifican el desarrollo del sujeto y responde a las necesidades de interacción con diferentes fuentes de información.

En gran medida, los prejuicios culturales, nociones equivocadas que el proceso educativo se ha encargado de legitimar, inciden de manera negativa en la valoración de niños con problemas de aprendizaje. Feuerstein apuesta a la modificabilidad cognitiva afirmando que es imposible predecir el desarrollo humano y la clasificación de las personas con frases como estas: “tienes un nivel de cinco años, estás en la categoría de los retrasados y es ahí donde vas a permanecer toda la vida” (Martínez, 1991, p. 7).

Bruner (1984) afirma que debe existir una persona que promueva el desarrollo, guiando al niño, construyéndole andamiajes que serían las conductas de los adultos destinadas a posibilitar la realización de conductas por parte del niño que estarían más allá de sus capacidades individuales consideradas de modo aislado, de tal manera que no fuera tan fácil que el niño perdiera interés por hacer la tarea ni tan difícil de renunciar a ella para que pueda moverse con libertad. Si el niño logra una autorregulación, se intercambiarían los papeles de interacción debido a las actividades lúdicas.

A su vez en esta investigación se estudiaron aportes realizados por L. S. Vygotsky (1989) en función de la reestructuración psicológica; un método objetivo y científico que permitió abordar el estudio de la conciencia, desarrollando el concepto de los procesos psicológicos superiores, que tiene origen en la vida social; es decir, en la participación de los individuos en actividades compartidas con otros pares. Este es un proceso complejo de explicar en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar habilidades comunicativas y de lenguaje, al involucrarse con cambios en la estructura y las funciones básicas.

Baquero, citando a Vygotsky, afirma que: “La composición de las funciones mentales superiores, su estructura genética y sus medios de acción (formas de mediación) –en una palabra, toda su esencia– es social. Incluso cuando nos volvemos hacia los procesos mentales (internos), su naturaleza permanece cuasi-social. En su propia esfera privada, los seres humanos conservan el funcionamiento de la interacción social” (1997, p. 164).

Al ser este proceso exclusivo de los seres humanos, utiliza el lenguaje como principal instrumento distintivo, no solo cumple la función de ejemplificar los procesos psicológicos superiores, sino que se convierte en el instrumento de mediación e internalización de los mismos, y sirve principalmente como instrumento causal de efectos en el entorno social de un individuo. Además, Vygotsky (1989) afirma que son los

factores sociales los que precisamente constituyen el sustento de lo que denominó “compensación”, lo cual resulta ser un complejo mecanismo que le sirve de base al restablecimiento o sustitución de las funciones alteradas o perdidas, todo regulado por el sistema nervioso central.

Por otra parte, el mismo autor identificó que el resultado de la compensación no dependía de la gravedad de la lesión sino que debía tenerse en cuenta toda una serie de indicadores como la adecuación y eficacia de métodos y procedimientos utilizados como correctivos, de forma particular, y que finalmente lleva a modificar la estructura del defecto. Todo ello queda argumentado en la siguiente cita de Vygotsky:

[...] en el proceso de desarrollo cultural en el niño, tiene lugar la sustitución de unas funciones por otras, el trazado de vías colaterales, que abre posibilidades completamente nuevas en el desarrollo del niño anormal. Si este niño no puede alcanzar algo por la vía directa, en cambio, el desarrollo de caminos colaterales deviene la base de su compensación. El niño comienza –siguiendo estos rodeos– a lograr aquello mismo que no pudo alcanzar de manera directa. Esta sustitución de funciones es realmente la base de todo el desarrollo cultural del niño anormal, y

la pedagogía terapéutica está llena de ejemplos de tales vías de rodeo y de semejante significado compensatorio en todo el desarrollo cultural (1989, p. 18).

La posición de Vygotsky permite comprender la necesidad de centrar el análisis en el sujeto, en su integridad, especialmente, en lo que el niño o la niña tienen y en relación con lo cual pueden ser estructuradas estrategias educativas que contribuyan a promover su aprendizaje y su desarrollo, cualquiera que sea su patología de base.

Para complementar el postulado anterior importante considerar también el concepto de la zona del desarrollo próximo. Vygotsky considera el desarrollo en dos planos fundamentales: “la zona de desarrollo actual”, y “la zona de desarrollo potencial” y “zona de desarrollo próximo”. Estos conceptos resultan claves en la teoría de Vygotsky, ya que, en unión de los postulados pedagógicos anteriores podemos encontrar la base para el trabajo efectivo no solo con los niños y las niñas con necesidades educativas especiales, sino con los niños y las niñas difíciles, como también los denominaba Vygotsky.

Así, este autor considera que la zona de desarrollo actual no es más que aquello que el propio niño realiza de una manera independiente; es decir, sin ninguna ayuda; es lo que puede hacer en un momento determinado y que muestra el desarrollo alcanzado. Mientras que la zona de desarrollo próximo resulta

desde el punto de vista psicológico, la extensión que separa el nivel de desarrollo real y su desarrollo potencial, latente, posible, que puede lograr siempre a partir de la colaboración, guía, ayuda, de adultos, mediadores o pares más aventajados. Lo que un niño o una niña logra en la actualidad con ayuda, en un futuro lo puede lograr solo, de forma independiente: esto nos brinda el papel potenciador de lo histórico cultural.

En definitiva, la perspectiva de Vygotsky es compartida con Feuerstein en el sentido que otorga una gran importancia y hasta cierto punto una relación de dependencia entre el desarrollo del aprendizaje, la corrección o la rehabilitación de sus trastornos a las relaciones sociales y su experiencia con los distintos mediadores. El proceso investigativo que aquí se presenta obedece a un esfuerzo interdisciplinar que reúne la perspectiva de la fonoaudiología en el tratamiento de los trastornos generales del aprendizaje y el enriquecimiento instrumental de las teorías legadas por el pedagogo israelí Reuven Feuerstein, que facilitan la atención integral por grupos ya sea en el consultorio o en las instituciones educativas.

### **Descripción del problema**

La fonoaudiología es la disciplina que tiene a su cargo la rehabilitación y habilitación de los trastornos del habla, el lenguaje, la voz y el aprendizaje. Entre sus acciones están las de promover la función comunicativa y prevenir las

patologías que alteran dicha función. De esta manera, el fonoaudiólogo en la educación se encuentra en capacidad de ejercer funciones preventivas, diagnósticas y de intervención de las alteraciones del aprendizaje, ya sean estas generales o específicas.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), define los trastornos del aprendizaje como una serie de dificultades de aprendizaje en la lectura, la escritura y el cálculo matemático. Estos trastornos comúnmente aparecen en el inicio de la etapa escolar y suelen estar acompañadas de otras alteraciones psiquiátricas, como son el déficit de atención y la hiperactividad. Por tal motivo, en las sesiones individuales y dirigidas de fonoaudiología es común recibir niños en etapa de escolarización, que llegan remitidos porque “el niño no sabe leer y ya tiene siete años”, “el niño no sabe escribir”, “el niño confunde la b con la d”, “al niño por más que se le explica no le entran las matemáticas”. Todos estos testimonios de padres de familia ratifican el retardo en el desarrollo de las habilidades cognitivas que afectan el desempeño del estudiante en las instituciones educativas.

Es frecuente encontrar, además, que el diagnóstico se realice en niños que se encuentran en su primera etapa de escolarización con dificultades del aprendizaje y que son remitidos a los servicios de psicología y terapia de lenguaje, debido a que es en estas edades cuando la atención y la motivación se

constituyen en pilares para el desarrollo de los prerrecurrentes. Asimismo, los criterios de DSM-IV (2005) aclaran que un diagnóstico debería estar fundamentado en algo más que la observación clínica, y por el empleo de test y protocolos estandarizados que garanticen la especificidad del trastorno a tratar. Estas evaluaciones incluyen los conocidos test de coeficiente intelectual y la valoración de las capacidades específicas, haciendo uso de test de Wepman (1958), test de Token (1966), test de articulación (1958), entre otros, que ayudan a valorar las habilidades académicas, habla, lenguaje y función motora, así como la observación de los individuos en su ambiente escolar.

En estos casos existe un modelo clínico que no es considerado protocolo de intervención y no contiene actividades ni estrategias para rehabilitar deficiencias del lenguaje escrito. Este modelo es denominado *Modelo de procesamiento de Nation y Aram*,\* el cual al no ser específico frente a la intervención de los trastornos del aprendizaje deja un campo abierto al terapeuta del lenguaje

---

\*Modelo psicolingüístico utilizado como estructura organizacional y guía en la intervención de todas y cada una de las alteraciones tratadas en la fonoaudiología. Este modelo propone los siguientes criterios de análisis: las modalidades auditivas-orales deben ser primarias, descripción del habla y lenguaje; aspectos anatomofisiológicos del habla y el lenguaje; Establecimiento de la interrelación entre el comportamiento lingüístico, el funcionamiento interno del lenguaje y las nociones biológicas. Debe orientar a la causa de la patología.

para que, con miras a la rehabilitación de los problemas de aprendizaje, termine usando actividades pedagógicas y asumiendo –muchas veces– el rol de docente. A menudo sucede que los resultados de la terapia de fonoaudiología pocas veces satisfacen las necesidades de los pacientes y las alteraciones del aprendizaje persisten, lo anterior en razón de que no se cuenta con un modelo o una teoría cognitiva que explique y fundamente el trabajo de la fonoaudiología en el área de aprendizaje (especialmente en el tratamiento de los trastornos del aprendizaje).

Reuven Feuerstein,\*\* al formular el modelo de evaluación dinámica del aprendizaje, reconoce que las disfunciones se deben a la carencia de experiencia de aprendizaje mediado; así mismo, anticipa que la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva “surge del interés de observar cómo las personas de bajo rendimiento y en ciertos casos extremadamente bajo, llegan a ser capaces, de manera evidente, de modificarse mediante procesos cognitivos, con el fin de adaptarse a las exigencias que el medio social le exige” (Pilonieta, 2005, p. 7).

Sin embargo, el sistema educativo no está diseñado para brindar una atención personalizada. Su estructura

---

\*\*Reuven Feuerstein, pedagogo israelí, dedicó gran parte de su vida a la evaluación y el mejoramiento de la inteligencia en sujetos con desventajas sociales y culturales, con bajo rendimiento escolar.



apunta a mediaciones de carácter grupal; en tanto que, en el sistema de salud la mediación clínica parte de una historia individualizada. Es por esto que las instituciones educativas no disponen de instrumentos especializados para evaluar las disfunciones del lenguaje, lo cual ocasiona que, usualmente, los niños con trastornos del aprendizaje pasen desapercibidos, ignorados o referenciados en su dificultad o patología para ser tratados en el sistema general de salud.

Algo similar sucede en los centros clínicos asignados en desarrollo de la Ley 100 de 1993\*, en donde la atención terapéutica en el área de lenguaje escrito está limitada a guías que no trascienden el plano de la intervención clínica.

Se requiere así idear un protocolo de manejo que, al transferir elementos propios de la investigación pedagógica, en este caso la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein, brinde un carácter integral al tratamiento de los trastornos del aprendizaje y una mayor calidad a las acciones terapéuticas en esta área de salud, que pueda ser empleado tanto por maestros como por fonoaudiólogos.

---

\* La Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia al reunir un conjunto de entidades, normas y procedimientos que deben ser accesibles para la comunidad en general con el fin de garantizar una calidad de vida acorde con la dignidad humana. Los principios de la prestación de estos servicios de salud son: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Así, pues, este estudio respondió a la pregunta: ¿Qué componentes debe tener un protocolo de intervención fonoaudiológica para el tratamiento de los trastornos generales del aprendizaje basado en la fase input de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein?

### **Diseño metodológico**

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo y se desarrolló desde la investigación acción (IA), diseño que se aplica al estudio de una realidad social.

Se llevó a cabo en una institución prestadora de servicios en salud, localizada en la ciudad de Bucaramanga. En el proceso investigativo se contó con la participación del equipo de profesionales de rehabilitación en fonoaudiología; se llevaron a cabo las siguientes acciones: indagación e identificación de la situación problema, capacitaciones para el uso del protocolo de intervención, y evaluación de la utilidad y eficacia del instrumento elaborado. Este grupo estuvo conformado por seis fonoaudiólogas de planta que laboran en la entidad y cuentan con experiencia aproximada de entre cuatro y ocho años al servicio de pacientes con dificultades de aprendizaje y lenguaje.

Este equipo de profesionales dirigió posteriormente las acciones (creadas y sugeridas en el protocolo) a cuarenta pacientes con un rango de cinco a diez años de edad, caracterizados por presentar dificultades en el área escolar,



con quienes se probó el instrumento denominado protocolo de intervención fonoaudiológica para la rehabilitación de los trastornos generales del aprendizaje. Los pacientes pertenecían a diversos estratos socioeconómicos y su estancia en los programas de rehabilitación fluctuaba entre cinco y veinte sesiones.

El estudio se realiza de acuerdo con las siguientes etapas, según el modelo de proceso temporal de investigación acción planteado por McKernan (1999, p. 262):

- Identificación de situación problema. En esta fase se obtuvo un conocimiento contextual de la población que posteriormente fue intervenida y se dio un acercamiento a la problemática planteada, a partir del uso de técnicas como la revisión documental, las entrevistas semiestructuradas a los fonoaudiólogos que en su momento estaban trabajando en la institución, y los cuestionarios realizados a usuarios y representantes de pacientes. El fin era la identificación de un problema específico en los consultorios de intervención terapéutica fonoaudiológica, y el diagnóstico y la caracterización de los principales trastornos del lenguaje oral y escrito que posee la población objeto de estudio, así como la ubicación de las principales fuentes de intervención a través de la revisión documental de protocolos de evaluación existentes en el medio terapéutico.
- Evaluación de necesidades. Para este momento se realizó un análisis e interpretación de los datos recopilados, de tal forma que permitió tomar elementos claves para diseñar la propuesta de intervención fonoaudiológica para el tratamiento de los trastornos generales del aprendizaje, basado en el modelo de modificabilidad estructural cognitiva de R. Feuerstein y haciendo énfasis en la fase input. En este paso se efectuó un trabajo de campo en el que se ejecutaron talleres investigativos diseñados para obtener una primera apreciación y ajuste de las nuevas actividades propuestas para la rehabilitación de los trastornos generales del aprendizaje, a través del protocolo de intervención fonoaudiológica.
- Plan global de acción. En esta etapa se realizó un segundo análisis e interpretación de datos, pero esta vez, de los registros que se hicieron usando el protocolo elaborado; el cual fue aplicado y utilizado por los profesionales a los diferentes pacientes que acudieron a la institución prestadora de servicios en salud en la búsqueda de respuesta y solución a sus dificultades.
- Evaluación de las medidas tomadas. En esta última fase, el grupo de profesionales de fonoaudiología de la IPS evaluó de forma objetiva el instrumento protocolo de intervención fonoaudiológica para

la rehabilitación de los trastornos del aprendizaje, con base en la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de R. Feuerstein; se tuvieron en cuenta las diferencias evolutivas antes y después de ser conscientes del uso de esta, y se destacaron las habilidades potenciadas no solo de los pacientes, sino de los profesionales de la fonoaudiología.

### **Hallazgos y discusión**

#### ***Fase 1. Identificación de la situación problema***

En primera instancia fue recolectada y analizada la información de una encuesta de satisfacción dispuesta para los familiares, tutores y acompañantes de los pacientes en una institución prestadora de salud.

La encuesta estaba conformada por cinco preguntas con respuesta de opción múltiple, y la información analizada fue del período comprendido entre octubre del año 2012 y febrero del año 2013. Se encontraron los siguientes resultados:

Un 68% de los acompañantes se encuentran satisfechos con la atención y el servicio prestado en la institución. Los principales índices de insatisfacción se encuentran en lo relacionado con la transmisión de información, tanto del procedimiento a seguir como en la forma en que el profesional da la información al paciente. Una de las principales quejas en el sector salud es el uso de lenguaje técnico a la hora de hablar con personas

no profesionales en el área. Esta molestia genera desinterés en el adulto y, para él, le resta importancia al procedimiento terapéutico.

Durante la realización de las encuestas se pudo observar, además, que los pacientes que asisten regularmente a terapia van en compañía de distintas personas en el transcurso de las sesiones terapéuticas. Por tanto, la persona que recibe la información es diferente y el canal de comunicación para la ejecución del plan casero se afecta, esto asociado a que el paciente no cuenta con la constancia de un mismo mediador en el proceso de rehabilitación.

Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a las profesionales de fonoaudiología que en el momento laboraban en el área de rehabilitación del lenguaje. De sus respuestas emergieron cuatro categorías.

La primera de ellas fue la *conceptualización*, y se analizó con el fin de identificar el dominio teórico que poseen las fonoaudiólogas en el área de los trastornos de aprendizaje. Alude a la descripción dada por las cinco profesionales de fonoaudiología del área de rehabilitación de lenguaje en el momento de la aplicación de este instrumento. Esta categoría es el resultado de la experiencia laboral y los conceptos teóricos aprendidos durante el período académico.

En razón de lo anterior, las profesionales de la fonoaudiología durante su experiencia como terapeutas

que rehabilitan pacientes con dificultades en el área de lenguaje y dificultades escolares, hacen referencia a los trastornos generales del aprendizaje utilizando términos como “dificultades, conductas, secuencias” de deficiencia en alguna de las habilidades necesarias para alcanzar los logros propuestos en una institución educativa. Ya sean estos por un origen funcional u orgánico.

Encuanto a la pregunta que aborda la etapa en que se presentan las dificultades escolares, se encuentran respuestas variadas frente a la determinación de un rango de edad cronológica. Unas fonoaudiólogas especifican edades cronológicas exactas entre los cinco y los ocho años; otras hablan de un primer período de escolarización que también obedecería a esta edad cronológica; y en contraposición a los anteriores conceptos, hay una profesional que afirma que los trastornos tienen origen o pueden ser denominados con este término después de un cuarto o quinto grado de primaria, lo que vendría siendo en términos cronológicos, de nueve a diez años de edad. Así, las profesionales afirman que el inicio cada vez más temprano del código lectoescrito trae consigo mayores alteraciones y dificultades en su práctica.

En la pregunta acerca de las formas de detección de los trastornos del aprendizaje, lo primero que se piensa es en el agente de inmediato contacto con el paciente, y describen los probables motivos por los cuales pudieron haber sido identificados como niños con dificultades. Estas personas son, en

la mayoría de los casos, individuos que están en constante contacto y observación directa de actividades escolares, como lo son el docente, el padre o el tutor. Podría inferirse que el nivel de intervención del fonoaudiólogo se da en un segundo y tercer nivel, una vez el niño ya está presentando alteración evidente y significativa en los procesos de lectura y escritura. También, las profesionales aciertan en afirmar que estas alteraciones en el proceso de aprendizaje se pueden prever en niños que desde temprana edad presentan alteraciones en el lenguaje oral o cuyo desarrollo psicomotor se vio afectado en algún momento de la vida del usuario. Por ejemplo, una de las integrantes del grupo da el siguiente testimonio: “A nivel escrito, a mí me llega un paciente con problemas de hablar, problemas articulatorios, muchas veces son niños que ya tienen ocho o nueve o diez años, y a la par uno se puede dar cuenta de que tiene problemas de lectura o de escritura”.

Desde momentos tempranos se comienza a evidenciar la ausencia del uso de protocolos formales para la detección de los trastornos del aprendizaje, exaltando la observación como el primer mecanismo de identificación de los mismos.

Es pertinente saber que los trastornos generales del aprendizaje (TGA) varían en los individuos, además de manifestarse de manera diferente en cada uno de ellos. Los TGA traen consigo dificultades significativas en la adquisición y el uso de las habilidades

de escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento y destrezas matemáticas. Esta dificultad comienza a ser significativa cuando el nivel de esfuerzo del individuo no resulta evidente en el progreso escolar, así se provea de instrucciones precisas y se reconozca que todas las personas aprenden con ritmos y esfuerzos distintos.

La segunda categoría fue denominada *intervención*. La intervención terapéutica está orientada en dos niveles. El primero comprende la valoración; desde que el profesional saluda a su paciente está haciendo un cambio o modificación en la motivación y actitud, por tanto es considerado una forma de intervenir; y el segundo contempla que el contacto con las actividades de valoración también pueden permitir en el paciente un proceso de autorreconocimiento de sus errores, de tal forma que comienza la intervención no formal.

Las fonoaudiólogas reconocen la existencia de material estandarizado para la valoración de los trastornos del aprendizaje, pero no son utilizadas en ninguno de los casos ya que todos los test que existen para su aplicación se deben disponer mínimo de tres horas y algunos de ellos hasta de días. El tiempo destinado para la valoración es de treinta minutos. Por tanto no hacen uso de los test.

Ahora bien, las principales dificultades a la hora de rehabilitar a un paciente con trastornos de aprendizaje son:

- Ausencia de material adaptado a las necesidades de tiempo de valoración.
- Períodos cortos e insuficientes para culminar la actividad o comenzar a tiempo, generando alteraciones en el plan indicado para el paciente.
- Falta de apoyo por parte del padre de familia a las actividades del plan casero, como también en la asistencia puntual y constante a las sesiones terapéuticas.

La tercera categoría que emergió en el proceso investigativo fue la *caracterización*. Para el Ministerio de Salud Nacional, la acción de caracterizar “es la descripción de un usuario o un conjunto de usuarios por medio de variables demográficas, geográficas, intrínsecas y de comportamiento, con el fin de identificar las necesidades y motivaciones de los mismos al acceder a un servicio” (Ministerio de Salud, 2011). De tal forma que en esta investigación fue importante tomar en cuenta estas consideraciones para determinar el tipo de paciente que asiste a la institución.

En este caso, unos de los principales motivos de consulta en fonoaudiología del área de aprendizaje son las alteraciones de los períodos de atención del niño en las actividades escolares, que generalmente están acompañadas de pérdida de la concentración, lo que lleva al paciente a presentar alteraciones también de la conducta y el comportamiento. Este trastorno es comúnmente conocido como déficit de

atención e hiperactividad, diagnóstico que es dado por el psiquiatra y cuyo manejo terapéutico está acompañado también por acciones farmacológicas.

Otro de los motivos de consulta es el bajo rendimiento escolar; si bien el niño es atento, se concentra, realiza las tareas, pero no es capaz de cumplir con los objetivos de un currículo, es posible que este tipo de alteraciones esté asociada a factores motivacionales o problemas psicoafectivos.

Finalmente, los padres de familia llevan a sus hijos a terapia fonoaudiológica por presentar errores específicos en lectoescritura como sustituciones, omisiones, inserciones, repeticiones de palabras o grupos de palabras, o también por cometer errores de puntuación, acentuación, ortográficos, silabeos, omisiones de renglones o repetición de los mismos. Ahora bien, los niños que asisten a terapia fonoaudiológica se encuentran inmersos en ambientes socioafectivos que no favorecen su desarrollo cognitivo. Algunas de estas características son: disfuncionalidad en el núcleo familiar, niños en estado de permanente soledad o acompañamiento por adultos mayores, introversión y alteraciones en la motivación.

Haber realizado la caracterización concedió a la institución los siguientes beneficios:

- Aumentar el conocimiento que la entidad tiene de sus pacientes.

- Ofrecer elementos para mejorar la comunicación entre la entidad y sus usuarios.
- Implementar acciones que fortalezcan no solo los niveles de satisfacción de padres de familia, sino optimizar los niveles de interacción del usuario en el medio escolar. Permitted, de manera general, la planeación e implementación de estrategias orientadas hacia el mejoramiento de la relación paciente-terapeuta.

Finalmente, emergió la categoría *expectativas*. El objetivo de esta categoría era la identificación de las aspiraciones y expectativas generadas en las profesionales de fonoaudiología frente al tema de investigación. En tal caso y desde la visión de las profesionales que laboran en la IPS, las expectativas estaban centradas en la entrega de un material que permitiera valorar a los pacientes en el tiempo que se dispone en la institución para esta actividad, así mismo, que el material fuera de fácil aplicación. A nivel de intervención esperan que se cree una batería de actividades que facilite su labor a la hora de trabajar sesiones terapéuticas grupales. Finalmente sugieren la creación de estrategias didácticas y pedagógicas para la rehabilitación de trastornos de aprendizaje.

Como última actividad de la fase de identificación se realizó una revisión documental en la que se describió de forma detallada un análisis categorial de los principales test denominados

psicométricos y el *Dispositivo de evaluación de potencial de aprendizaje* (DEPA) Este análisis permite dilucidar la mejor opción para la elaboración de un protocolo de valoración fonoaudiológica ideal, según las condiciones planteadas

por las profesionales desde las expectativas generadas por este proyecto investigativo.

A continuación se hace mención a algunas convergencias y divergencias entre los test tradicionales y el DEPA.

Tabla 1.

*Comparativo entre los test tradicionales y el DEPA*

<b>Categoría de análisis</b>	<b>Test tradicionales</b>	<b>DEPA</b>
Objetivos	Estáticos generados por la teoría psicométrica convencional y técnicas con las cuales se determinan la naturaleza y las estructuras de estos instrumentos de medición.	Se fundamenta en el mapa cognitivo, generado por objetivos dinámicos, en los cuales se reflejan las dimensiones que subyacen a los procesos adaptativos incluidos en las actividades de inteligencia.
Técnica	Construidos para proveer una aproximación de un nivel manifiesto individual de rendimiento comparado con el rendimiento de otros, dentro de una representación, en una población normalmente distribuida.	Se orienta hacia la producción de cambios dentro del individuo, durante la situación de test, con el fin de conocer su capacidad para aprender
Dominio de la tarea	Están dirigidos a la cuantificación del error para dar un juicio de valor. Durante el desarrollo de las pruebas psicométricas convencionales, el entrenador tiene acción limitada a la observación, y una vez culminado el tiempo para la prueba esta es retirada, se haya o no cumplido con la tarea asignada.	Incluye el conocimiento de los principios que subyacen a ella, y se entrega el entrenamiento supuestamente cuando el sujeto no ha tenido éxito en la ejecución de la tarea.  En este momento es necesario visualizar cuáles son los factores que incapacitan al sujeto para resolver el problema esencial. El entrenador puede incluir la enseñanza de operaciones, aunque en general se focaliza en la corrección

Fuente: Latorre (2013, citado por Morales, 2007). Diferencias significativas entre test psicométricos y DEPA. Información recolectada y adaptada de *El cambio cognitivo en el niño de aprendizaje lento*.



Las consideraciones de convergencia entre el DEPA y los test convencionales radican en su tiempo de aplicación; son prolongados y están conformados por un número amplio de baterías y materiales. Las edades de aplicación son comunes entre ellos, puesto que varían entre los cinco y los quince años de edad, según sea la necesidad del paciente. Por tal motivo ninguno de los instrumentos analizados se ajusta a las necesidades manifestadas por las profesionales de fonoaudiología para ser utilizados en una valoración fonoaudiológica inicial de los trastornos generales del aprendizaje.

### ***Fase 2. Evaluación de las necesidades***

Una vez realizado el análisis de los hallazgos de la fase de identificación de situación problemática, se procedió a la configuración del protocolo de intervención fonoaudiológica en sus dos niveles, tanto en el de valoración como en el de rehabilitación.

El protocolo de intervención después de hacer una reflexión en esta fase quedó estructurado con los siguientes capítulos:

El primer capítulo describe la fundamentación teórica de la modificabilidad estructural cognitiva y la mediación pedagógica; el capítulo dos se refiere a los trastornos del aprendizaje; el capítulo tres contiene uno de los aportes de la investigación que es la definición del perfil del fonoaudiólogo como mediador pedagógico; en el capítulo

cuatro se encuentran las consideraciones generales para modificar estructuras cognitivas a través de la mediación pedagógica en el acto terapéutico, importante aporte en la caracterización de la mediación pedagógica en el área de salud; el capítulo cinco describe la acción del plan casero como estrategia de mediación pedagógica y modificabilidad estructural cognitiva en familia; y en el capítulo seis, el lector encontrará instructivos correspondientes a un ejemplo puntual de mediación pedagógica.

Por su parte, el capítulo siete hace referencia a la valoración de los trastornos del aprendizaje; el capítulo ocho describe los trastornos generales del aprendizaje en la fase input y las actividades de recuperación sugeridas para cada caso; el capítulo nueve detalla características específicas de los niños con trastornos de aprendizaje y alteraciones en el lenguaje; y, finalmente, el capítulo diez está compuesto por los siguientes anexos: instrumento de trabajo "T", ejemplo de mediación pedagógica en el acto terapéutico, los protocolos de valoración, y batería de actividades referentes a gnosias, praxias y lenguaje.

A continuación encontrarán el resultado de los capítulos tres y cuatro, que hacen parte del aporte fundamental de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva al acto terapéutico fonoaudiológico en la rehabilitación de los trastornos generales del aprendizaje.



### Perfil del fonoaudiólogo como mediador pedagógico

La experiencia en el área educativa ha demostrado que el ritmo de aprendizaje de los individuos crece en cantidad y calidad cuando se está acompañado de buenos y expertos mediadores.

Para Tébar (2003), la mediación tiene como objetivo construir habilidades en el mediador para lograr su plena autonomía. La mediación parte de un principio antropológico positivo y es la creencia de la potenciación y la perfectibilidad de todo ser humano.

El fonoaudiólogo en su perfil definido como tratante de los desórdenes de la comunicación debe poseer las siguientes características para obtener éxito en el área de rehabilitación de los trastornos de aprendizaje:

- Establecer constantemente puentes de enlace entre los conocimientos previos y los aprendizajes por alcanzar en sus pacientes.
- Ser un profesional reflexivo, crítico de su práctica, con plena autonomía en la toma de decisiones y en el planteamiento de estrategias didácticas para dar solución a desordenes comunicativos, cualquiera sea su origen.
- Estar en permanente disposición al cambio y a la actualización.
- Promover el aprendizaje significativo en sus pacientes de tal forma que estos puedan hacer transferencia del conocimiento en su cotidianidad.

- Estar capacitado para organizar y disponer a sus usuarios de acuerdo con sus necesidades pedagógicas, intereses y situaciones que lo involucran en un evento terapéutico.
- Fomentar permanentemente la autonomía, el orden y la responsabilidad en sus pacientes dentro de cada actividad terapéutica.
- Desde que el paciente ingresa a terapia hasta que este se despide, el profesional de fonoaudiología siempre debe estar en actitud de comunicación positiva para reforzar la autoestima del paciente. Siempre dar ánimo y ser tolerante ante la frustración que puede tener en determinado momento el paciente; todo el tiempo debe evitar la crítica destructiva para generar gusto, interés y actitud positiva hacia las sesiones terapéuticas.
- El fonoaudiólogo siempre debe estar buscando intencionalmente cumplir con las metas trazadas en los objetivos a corto, mediano y largo plazo.

### Consideraciones generales para modificar estructuras cognitivas a través de la mediación pedagógica en el acto terapéutico

En desarrollo del acto terapéutico, facilitador de la modificabilidad de las estructuras cognitivas, se hace necesario construir ambientes comunicativos que favorezcan el evento pedagógico mediador. Las recomendaciones

descritas a continuación acogen los criterios a tener en cuenta para lograr resultados eficaces en la experiencia de aprendizaje mediado.

1) Precisar la intencionalidad. Mediar es comunicar y la comunicación humana es predecible, dinámica y continua. Identificar el objetivo y los propósitos ayuda a crear el ambiente de reciprocidad requerido para que los participantes del evento de mediación focalicen sus centros de interés. La mediación terapéutica, al concebirse como un proceso, debe contemplar un permanente ejercicio de retroalimentación de los mensajes y análisis que surgen de la dinámica comunicativa.

El aprendizaje mediado exige una recuperación permanente de los significados y las señales verbales y no verbales, que logren producir tanto el emisor como el receptor.

Para alcanzar la reciprocidad en un acto terapéutico, se debe tener en cuenta:

- La formalidad con la cual se establece el proceso.
- La capacidad de interactuar.
- Hallar el clima comunicativo apropiado.
- Atender la realimentación de los mensajes.
- Desarrollar flexibilidad.

2) Prever la trascendencia del acto terapéutico. Considerar los alcances del acto terapéutico es una responsabilidad pedagógica en la mediación. En primera instancia se recomienda valorar

la estructura cognoscitiva del niño y sus principales signos de representación, con el fin de disponer una ruta transformadora, donde se logre la construcción de nuevos símbolos y resignificaciones.

El acto terapéutico trasciende cuando el niño asimila y adapta sus interpretaciones a nuevas situaciones. La nueva información, la adaptación y el nivel de asimilación que el niño mediado registre en su memoria serán los indicadores de la trascendencia y modificabilidad alcanzadas.

Por lo anterior es recomendable que el mediador disponga los mecanismos de interlocución que brinden, de manera eficaz, la transición hacia nuevos estadios del conocimiento en el sujeto mediado. Para trascender, es imprescindible que el mediador desarrolle una escucha calificada.

Es oportuno tener en cuenta el desarrollo de habilidades que favorezcan la retroalimentación:

- Escuchar para informarse (los presaberes del niño).
- Escuchar para evaluar (analizar el insumo).
- Escuchar para proponer (realimentar).

3) Significado. Cuando en el acto terapéutico el niño mediado comparte nuevos significados, esto es señal de apertura comprensiva, característica subyacente en la modificabilidad cognitiva. Para lograrlo, el terapeuta logrará estimular que el sujeto de mediación atribuya sentidos y estabilidad

relaciones, con los textos y estímulos brindados.

La capacidad de discriminación, selección y clasificación registrados por el niño será la evidencia que conduzca a nuevos mapas cognitivos. A continuación, se presentan cuatro claves que se deben atender en la función mediadora:

- Crear un ambiente de motivación que suscite variadas experiencias. Los logros de la mediación están determinados por ese viaje estimulante de renovadas formas y apreciaciones que alcance el niño mediado.
- Disponer el instrumento adecuado y hallar el momento adecuado para su aplicación hace parte del acierto metodológico. Durante la interlocución se recomienda flexibilidad en la interpretación de resultados y no prever las respuestas de antemano. La significación es el soporte de aceptación de la diversidad.
- Desarrollar capacidad para atender y escuchar lo imprevisto consolida el acto terapéutico como un auténtico cruce de signos, lecturas y miradas.
- Hacer mapas de representaciones. El acto terapéutico exige un ejercicio de sistematización de las nuevas representaciones que arroje el evento de aprendizaje mediado. Es oportuno recordar algunos aspectos de ordenamiento que el mediador debe considerar: 1. La

valoración de significados al inicio del proceso, que implica construir ficha de diagnóstico del niño; en esta etapa, se recomienda que el mediador acopie datos de contexto sociofamiliar y personalización (¿quién?), la necesidad identificada (¿por qué?), los instrumentos o estímulos requeridos (¿cuáles?) y la selección del método (¿cómo?).

2. El seguimiento de resultados en cada momento del proceso facilitará disponer una visión integradora, la aparición de señales de cambio y el estado final.

4) Regulación y control del comportamiento. El comportamiento y modelo conductual del niño es el espejo de una función cognitiva normal, o el reflejo del déficit en sus procesos de atención, control y decisión. El carácter impulsivo y el uso inadecuado del lenguaje son expresiones que el mediador debe valorar para emprender las acciones de modificabilidad en concordancia con el trastorno y/o la patología del lenguaje identificada en el niño.

En la fase inicial de contacto, se recomienda que el mediador haga inventario de las posibles fuentes que originan el trastorno. Por ejemplo: Reconocer si la dificultad para ordenar, categorizar y hacer aprehensión de las normas reside en el contexto medioambiental, o responde a alteraciones psicofisiológicas. La acertada identificación ayudará en la selección de instrumentos y estímulos. Es usual que las causas del

déficit de atención con hiperactividad (DATH) estén asociados a variables sociofamiliares –pautas equivocadas de crianza– que se manifiestan en el ámbito escolar, o que en su defecto tengan origen en lesiones orgánicas de la función cerebral.

Una valoración integral brindará a cada niño mediado, el tratamiento diferencial que evite la homogeneidad, tanto en el evento diagnóstico como en la ruta terapéutica. En virtud del anterior lineamiento, es recomendable que el mediador contemple cuatro ejes de valoración:

- Actividad nerviosa superior (grado de excitación y equilibrio entre la acción corporal, el orden mental y las manifestaciones inhibitorias en el comportamiento).
- Función cerebral superior (gnosias, praxias y lenguaje).
- Dispositivos de aprensión cognitiva (sensopercepción, memoria, motivación e interés).
- Equilibrio afectivo emocional (disposición para compartir).

#### Socialización del protocolo

Posterior a la elaboración del protocolo, este fue socializado en una actividad de taller investigativo cuyo objetivo fue dar a conocer a las profesionales de fonoaudiología el material elaborado y cómo podría ser utilizado en los consultorios. Durante el desarrollo de esta actividad se destacan

los siguientes aportes:

- El éxito de la terapia de fonoaudiología es el producto de los procesos observacionales que se llevan a cabo durante las sesiones terapéuticas programadas; estas observaciones se denominaron “lectura entre líneas de un paciente”.
- Además se pone en consideración el uso del aprendizaje cooperativo en el que a un paciente se le puede dar un rol para ayudar al compañero y así disminuir la impulsividad ante las distintas situaciones de aprendizaje.
- Se generaron discusiones alrededor del reconocimiento del vocabulario implícito en el dibujo del cuadernillo, en el que algunas de las profesionales desconocían qué era el “heno”. Esta pregunta fue objeto de risas entre las compañeras que sí sabían, momento que fue propicio para reforzar que en cuanto a la disposición de técnicas e instrumentos de mediación, el protocolo está bien elaborado, muy completo y con los elementos suficientes para cubrir las necesidades del servicio de fonoaudiología; esto evidencia que la investigación ha sido pensada en función del beneficio del paciente y por tanto es innegable la transversalización del protocolo. Así mismo se enunció que este protocolo podía ser extensivo no solo a los trastornos de aprendizaje sino también a otros como el Alzheimer, el Párkinson y las dislalias.

### ***Fase 3. Plan global de acción***

Para esta fase, la técnica utilizada fue la observación no participante, actividad que se llevó a cabo con pacientes con trastornos generales de aprendizaje.

La estructura del acto terapéutico debe delinear siempre los tres actos: inicio: saludo, acomodación, instrucción; elaboración: propuesta y desarrollo de las distintas actividades, y finalización: cierre y síntesis de las actividades, firma de hojas de asistencia. De tal manera que los hallazgos que se describen a continuación hagan parte de los actos más frecuentes durante la terapia que pueden alterar el buen curso de la misma y una mala interpretación de la teoría de la modificabilidad cognitiva.

Algunos de los hallazgos más importantes de la observación no participante estuvieron relacionados con la continua presentación de las actividades, en otras palabras, con la instrucción. Esta debe ser orientada a la activación, el mantenimiento y la dirección para la predisposición de explorar alternativas de desarrollo. Si bien la instrucción estuvo presente en la mayoría de las sesiones, algunas veces en ella era entregada la totalidad de la información, con lo que se restringía en el paciente las capacidades exploratoria, imaginativa y creativa, que son pilares en el desarrollo de las habilidades cognitivas. En otras oportunidades se daba por entendido que el paciente sabía o infería qué debía hacer y comenzaba la

actividad proporcionando la instrucción en el transcurso de la misma. La instrucción debe ser sistematizada de tal forma que esté concebida como el conjunto de prescripciones que orienten la acción planteada para el logro de los objetivos.

Otro de los principales hallazgos está relacionado con el número de interrupciones que ocurren en el transcurso del evento terapéutico; momento en el cual el paciente pierde su centro de atención en la actividad y dirige su interés al motivo de la interrupción. Este evento confirma que los pacientes con trastornos de aprendizaje presentan no solo déficit de atención sino también alteraciones en el dispositivo básico de aprendizaje de habituación. Las extenuantes jornadas laborales junto con la rotación de dos a cuatro pacientes cada treinta minutos evidencian altos niveles de fatiga de las profesionales a cargo, por tal motivo se sugiere la toma de pausas activas que favorezcan el buen desempeño profesional y la continuidad de las actividades terapéuticas.

La acción mediadora durante el desarrollo de las actividades estuvo siempre presente, orientada a la comprensión de los factores que podían estar incidiendo en la respuesta de ese momento.

El momento de la asignación del plan casero como acción de refuerzo tanto de las habilidades trabajadas como del enlace comunicativo con el padre de familia, no se dio en la mayoría de

las sesiones y obedecía a la obligación del profesional de cumplir también con actividades de tipo administrativo, como la toma de firmas de asistencia, la salida a entregar y recibir nuevos pacientes, o las idas a cumplir con la entrega de informes y evoluciones.

Las profesionales se esforzaron por aplicar la metodología propuesta en el protocolo; sin embargo, hay factores ambientales que afectan de forma directa tanto la actitud del paciente frente al evento terapéutico como la participación activa en las sesiones de terapia de lenguaje.

#### ***Fase 4. Evaluación de medidas tomadas***

En esta fase se utilizó el grupo focal como técnica de recolección de la información para evaluar la efectividad y las dificultades presentadas en el momento de hacer uso del protocolo de intervención de los trastornos del aprendizaje. Algunos de los hallazgos más significativos fueron:

- La continua instigación por relacionar al paciente con su medio a través de preguntas dirigidas y desarrollo de actividades con material concreto posibilita ampliar el vocabulario, los conceptos, las operaciones y las relaciones; así mismo, optimiza el nivel de significación en el paciente. Factores como el tiempo de la sesión y las interrupciones durante la misma retardan la respuesta en el desarrollo

de hábitos de pensamiento y actitud reflexiva.

- Hacer una observación detenida de la imagen o la plantilla que se presenta al paciente permite un aumento de la atención sostenida y por ende se mejoran los procesos perceptivos visuales. Pero este estímulo debe ser presentado múltiples veces ya que los déficit perceptivos visuales obedecen en su mayoría a falencias en la coordinación de la musculatura óculo-motora y la única forma de mecanizar o activar los músculos es estimulándolos y esforzándolos a realizar actividad física.
- La aplicación del protocolo facilita el manejo de pacientes con trastornos del aprendizaje de forma grupal siempre y cuando sean grupos homogéneos. Sin embargo, es un éxito total cuando se hace mediación pedagógica del protocolo en pacientes individualmente, ya que permite tener mayor control de los cambios que el individuo va presentando en el proceso. La atención de tres o cuatro pacientes al mismo tiempo en períodos de treinta minutos podría generar la pérdida del control por parte del mediador pero mejorar el proceso de instrucción y la promoción del trabajo colaborativo.

#### **Conclusiones**

1. La aplicación del protocolo facilitó que el grupo de fonoaudiólogas profundizara en aspectos relacionados

con el abordaje terapéutico, considerando el uso de las herramientas pedagógicas que enriquecieron las técnicas sugeridas por la clínica tradicional.

2. Esta investigación valida que los trastornos generales del aprendizaje tienen un componente asociado en su origen y desarrollo a las condiciones de socialización familiar, interacción comunitaria y factores de riesgo generados por el ambiente social en que actúa el paciente. En razón a este hallazgo se requiere que los procedimientos terapéuticos cuenten con un decidido apoyo del grupo familiar y de la institución educativa, entendidos estos como sus principales núcleos de producción y proyección comunicativa. Así mismo, que la promoción afectiva

es el principio de acción pedagógica por excelencia, capaz de llenar los vacíos emocionales que inducen y rodean los trastornos generales del aprendizaje, y se constituye en elemento sustancial de la mediación y la eficacia terapéutica.

3. El protocolo de intervención de los trastornos generales del aprendizaje, basado en la fase input de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein, enriquece la base instrumental con que cuenta la fonoaudiología para el ejercicio terapéutico y dispone una hoja de ruta clínica dotada de fundamentos pedagógicos y sociales que favorecen los resultados en el proceso de atención y mediación de los trastornos generales del aprendizaje.



## Referencias bibliográficas

- APA (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*, México: Masson.
- Bruner, J. (1966). *Hacia una teoría de la instrucción*. Manuales UTEHA. México: Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana.
- Corredera Sánchez, T. (1958). *Defectos en la dicción infantil: procedimientos para su corrección*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Feuerstein, R. (1978). *Integration and Innovation: The Active Modification Approach to Learning Disabilities*. Montreal.
- McKernan, J. (1999). *Investigación acción y currículum*. Madrid: Morata.
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2011). *Guía para la caracterización de usuarios de las entidades públicas*. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/Documentacion-GEL/Documentacion/Guia\\_Caracterizacion\\_Usuarios.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentacion-GEL/Documentacion/Guia_Caracterizacion_Usuarios.pdf).
- Morales Navarro, M. (2007). *Cambio cognitivo en el niño de aprendizaje lento: modificabilidad estructural cognitiva*. Bogotá: Magisterio.
- Prieto Sánchez, M. D. (1989). *La modificabilidad estructural cognitiva y el programa de enriquecimiento instrumental de R. Feuerstein*. Madrid: Bruño.
- Tébar Belmonte, L. (2003). *El perfil del profesor mediador: Pedagogía de la mediación*. Madrid: Santillana.
- Vygotsky, L. (1998). *Pensamiento y lenguaje*. La Habana: Pueblo y Educación.
- \_\_\_\_ (1989). *Fundamentos de defectología*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Wepman, J. (1987). *Wepman's Auditory Discrimination Test*. Academic Therapy publication.