



## Programa de Asesoría y Evaluación P.A.E

### EVALUACION INICIAL

Elaborada en Octubre de 2002 por María Luz Neri de Troconis sobre la base del formato de “Evaluación Funcional de SOCIEVEN (1999) que a su vez está fundamentado del texto “Diagnostic Teaching” de Carol Crook, traducido y editado por Gloria Caicedo; y del material facilitado por el Programa Internacional Hilton Perkins sobre: “Proceso de Evaluación” traducido por SOCIEVEN A.C. Aportes del trabajo en equipo de C.A.I.S. y SOCIEVEN. Modulo de Comunicación, Visión y Audición de la Universidad de Birmingham (Inglaterra). Revisión en septiembre de 2001 por personal docente del Programa Educativo SOCIEVEN por lo que se anexan aportes del: “Cernimiento Visual y Auditivo Funcional” del Programa de Servicios a Niños y Jóvenes Adultos; del Departamento de Educación. Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos. Sordo-Ciegos en Puerto Rico.

*INDICACIONES PARA EL EVALUADOR: Para realizar la evaluación inicial del alumno es necesario basarse en lo funcional. Es necesario ser muy observador y reflexivo ante el alumno, llevar un registro de anotaciones, responder ante cualquier mínimo indicio de respuesta del alumno (parpadeo, negación, agrado), dar tiempo a respuesta ya que puede haber retardo en captar o lentitud o dificultad para integrar la información. Es muy importante describir, explicar y dar ejemplos.*

#### I.- DATOS RELEVANTES

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ N° de Historia: \_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Especialistas que realizan la evaluación y especialidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Situación actual del alumno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Causa y tipo de Necesidad Educativa Especial (Diagnóstico) que se sospecha: \_\_\_\_\_

---

---

---

Condiciones de los ojos: (tratamiento, lentes, tipo de ayudas ópticas) \_\_\_\_\_

---

---

Condición de la audición: (tipo de pérdida, uso de prótesis) \_\_\_\_\_

---

---

Alguna otra Necesidad Educativa Especial: (motora, retardo mental, parálisis cerebral, autismo, otros) \_\_\_\_\_

---

---

Aspectos importantes de salud: \_\_\_\_\_

---

---

Otras condiciones de importancia: (medicación u otros) \_\_\_\_\_

---

---

Servicios donde ha sido atendido: \_\_\_\_\_

---

---

Otra información importante: \_\_\_\_\_

---

---

Evaluación realizada basada en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II.- ASPECTOS A EVALUAR

**A.- Evaluación Funcional de la Visión:** (lo que puede ver el niño, ojo derecho e izquierdo, ambos, tamaño de la letra, color,... ). Para evaluar cada aspecto especifique a que distancia, el ángulo, el lado hacia donde voltea la cara, la postura que toma para ver, tipo de luz, si requiere fondo de contraste.

**PREGUNTESE:** ¿Qué es lo que él se queda viendo en el ambiente?. ¿Qué es lo que enfoca, de que tamaño, a que distancia y en que ángulos?. ¿Puede seguir los objetos en movimiento con luz natural? ¿Ante la luz de una linterna en un cuarto oscuro?. ¿Parece ver y discriminar el color y el diseño?. ¿Después de algún tiempo, puede reconocerlo a usted o a una persona significativa para él, u objetos?. ¿Es difícil o fácil obtener su atención visual? ¿Puede mantener buena atención visual en una actividad o constantemente levanta su visión de ella?. ¿Tiene el niño alguna fascinación por la luz al punto de que lo distrae de otras actividades?. ¿Puede encontrar objetos que se le han caído? ¿A qué distancia y de que tamaño?. ¿Se desplaza utilizando su visión?. ¿Hay pérdida del campo visual?

**Para las personas con ceguera total, con percepción de luz o campo visual muy disminuido.**

**(Función viso-táctil-motor).; pregúntese:** ¿Qué tan bien utiliza sus manos para compensar su falta de visión?. ¿Maneja los objetos con cierta cautela?. ¿Esta interesado en las diferentes texturas, detalles y función de los objetos?. ¿Esta alerta ante la vibración o el contacto, busca su origen?. ¿Interactúa con usted físicamente revisando lo que su cuerpo esta realizando, siguiendo las acciones de sus manos?. ¿Parece que lo toca usted solo como un objeto o como fuente de ayuda, placer, afecto, etc?. ¿Le permite a usted manipular su cuerpo para mostrarle cosas?. ¿Tiene conocimiento sobre Braille? (Se ha iniciado en el pre-Braille, usa Braille, etc.)

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Recomendaciones:** (que recomendaciones necesitará el niño en las escuelas o en el ambiente del hogar, en relación a tamaño, contraste, distancia; si necesita tratamiento médico o uso de lentes.) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**B.- Evaluación Funcional de la Audición:** (qué puede oír el niño, hablar, a que nivel, sonidos ambientales, música; qué tipo de sonidos hace el niño; puede localizar sonidos, describirlos, puede comprender el significado.) Evaluarlo entre dos o tres personas: una que esta con el alumno distrayéndolo, uno que observa, y otro que hace los sonidos. Cada aspecto debe contemplar sonidos del ambiente y cotidianos (puerta, teléfono, agua al servir, pelota al caer, carro , etc.) De voz, musical,(tambor, campana, pandereta, pito, latas, piano, música). Debemos observar cualquier cambios de conducta, cuerpo, ojos u otros ante el sonido, para establecer el patrón de cambios de conducta.

**PREGUNTESE:** *¿Qué respuestas a sonidos observa usted?¿A cuáles sonidos él responde de manera natural y cuál es la naturaleza de su respuesta? ¿Cómo responde a los sonidos ? - ¿Ubica la dirección del sonido? especifique - ¿Puede él escuchar su voz ?¿A qué distancia y volumen?¿Puede entender algo de lo que usted le dice? ¿ Puede obtener su atención a través de la voz? - Disfruta del sonido? Si o No y Explique - ¿Responde y /o imita ante la ausencia y/o presencia de sonido? - ¿Logra imitar ritmos?(dos pamadas o más golpes, bailes , otros). - ¿Hace sonidos para su propio placer? Si o No y Explique.*

---

---

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Recomendaciones:** (Modificaciones, uso de aparatos, entrenamiento auditivo, evaluación auditiva formal, concepto objeto-sonido, ritmos a usar, sonidos ambientales a estimular, canciones a incluir, intensidad del sonido a usar o estimular, tipos de juguetes sonoros a usar).

---

---

---

---

---

**C.- Evaluación Funcional de la Comunicación y del Lenguaje:**

**- Comunicación Expresiva:**

**PREGUNTESE:** ¿Cómo hace saber lo que él quiere?. ¿Qué patrón de comunicación usa el niño para expresarse? ¿Cómo y cuando los usa? (L.S.V, Gestos naturales, señalando, llevando a la persona, otros sistemas). Explique - ¿Resulta fácil o difícil entenderlo? ¿Cómo lo logra? Explique - ¿Comunica otras ideas aparte de sus necesidades? ¿Cuáles, de qué manera? Ejemplo - ¿Se comunica con un solo elemento? ¿Con cuantos elementos se comunica? De que manera. Explique - ¿El niño participa en rutinas familiares?, De que manera, Cómo se entera de la situación familiar - ¿Sobre qué hablan o se comunican?, ¿Temas de interés del niño?, ¿Cosas que manejan al hablar - ¿El niño habla o entiende cuando le hablan?, ¿Usa el español oral? ¿Es el español oral su primera lengua?.

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**- Comunicación Receptiva:**

**PREGUNTESE:** ¿Qué clase de comunicación él entiende de los otros?, ¿Cómo se comunican los demás con él?. ¿Capta L.S.V. , palabras, gestos naturales, dibujos, señalando?. Explique - ¿Qué patrón de comunicación entiende el niño? Explique - ¿A qué nivel de comunicación se encuentra el niño, según Van Dijk? (Resonancia, Coactivo, Interactivo). Explique cuando tiene que usar cada uno de los niveles - ¿Encuentra usted formas de cómo expresarle lo que usted quiere o necesita, de qué manera?. Explique - ¿Le presta atención cuando se comunica con él?. ¿Qué hace? - ¿Le imita a usted espontáneamente o él entiende cuando le pide que imite? - ¿Pudo captar la rutina de la sesión y/o del aula; de qué manera?

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**- Otros aspectos comunicacionales:**

**PREGUNTESE:** *¿En que nivel de desarrollo de la comunicación ubica al alumno según Rowland y Stremer Campbell, 1987(1.-Conducta Pre-intencional, 2.-Conducta Intencional, 3.- Comunicación pre-simbólica no convencional. 4.- Comunicación Pre-simbólica Convencional, 5.- Comunicación Simbólica Concreta, 6.- Comunicación Simbólica Abstracta, 7.-Comunicación Simbólica Formal). ?Explique - ¿A qué tipo de indicadores responde ? Explique - ¿Utiliza o necesita la lecto-escritura como comunicación?.¿Utiliza los gráficos como comunicación? Explique - ¿Sabe el alfabeto manual, impreso y dactilológico?,¿Lo usa?,¿Lo capta al hacerlo visual y/o táctilmente?, ¿Discrimina el alfabeto escrito en la palma de su mano, en relieve u otros?.Explique - Vocabulario que tiene el alumno: nombres, adjetivos, verbos. (Nombrelos)*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Conclusión de la COMUNICACIÓN:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Recomendaciones de la COMUNICACION:** (Orientaciones acerca de lo más apropiado para desarrollar habilidades de comunicación, elaboración de rutinas, uso de indicadores, que haría para continuar el abordaje en comunicación).

---

---

---

---

---

**D.- Evaluación Funcional del Nivel Cognitivo:** ( Si es curioso, objetos que examina, personas, como lo examina, estilo de aprendizaje, como son los esquemas del niño, hace preguntas, nivel cognitivo ...).

**PREGUNTESE:** *¿Qué tan curioso es con respecto a su ambiente? ¿Se mueve espontáneamente para explorar alrededor de él? ¿Se interesa en las cosas nuevas que le muestran? - ¿Cómo manipula los objetos?. Tiene una forma repetitiva de manipular los objetos que se encuentra. (Por ejemplo, ponerselos en la boca, moverlos rápidamente frente a sus ojos) o trata de desarrollar diferentes ideas con cada objeto. - ¿Puede resolver problemas en situaciones simples: desarmar cosas, sacar algo de un recipiente, encontrar algo que se le ha caído, poner los juguetes juntos? - ¿Juega, tipo de juguetes que prefiere? (son los juguetes acordes con su edad y sexo). ¿Juega de manera representativa: actúa una conducta que le es familiar o imita la conducta del adulto? - ¿Interés que demuestra, estilo de aprendizaje. Describalo actualmente, de ejemplos significativos? - ¿Puede sentarse y atender a una actividad de una manera organizada? - ¿Pareo, clasifica objetos o figuras geométricas y de que forma? - ¿Diferencia entre tamaños, colores u otros? - ¿Realiza la correspondencia de objetos? - ¿Conoce su cuerpo, partes del cuerpo? Explique al respecto. - ¿Tiene conciencia de su propio cuerpo? - ¿Dibuja o representa el cuerpo humano, se toca las partes del mismo por imitación? Explique. - ¿Qué tipo de objetos o actividades le gustan? ¿Participa? ¿Dedica mas tiempo?. - ¿Cuánto tiempo logra permanecer en una actividad específica? ¿Mantiene su atención? ¿A qué atiende?. - ¿Podría decir en qué nivel cognitivo se encuentra según Piaget? - Otras en esta área.*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Conclusión:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Recomendaciones:** (como fomentaría y/o crearía la motivación a explorar. Reforzar tipo de estilo de aprendizaje, la atención, con que iniciaría, que lo motiva)

---

---

---

---

---

---

---

---

**E.- Evaluación funcional de la Interacción Social y Familiar:** (relación con otras personas, con el medio, la comunidad, juegos, ...)

**PREGUNTESE:** *¿Cómo es su interacción con el adulto? ¿Lo usa como medio de satisfacción de necesidades? - ¿Cómo es su relación con sus pares y/o sus compañeros sordociegos o multimpedidos sensoriales? - ¿Cómo son sus habilidades de juego? ¿Juega, con que juega? ¿Se aísla? - ¿Tiene amigos? ¿Asiste a eventos sociales con sus hermanos u otros familiares? Explique. - ¿Le gusta realizar paseos, visitas, actividades infantiles o juveniles, practica alguna actividad deportiva? - Situación de los padres y la familia en relación con el alumno, relación con el P.E.S o Centro, accesabilidad, trabajo en equipo, fortalezas y debilidades - Otros relacionados con el área.*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Conclusión:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**RECOMENDACIONES:** (Como estimularía el desenvolvimiento social)

---

---

---

---

---

---

---

---

**F.- Evaluación funcional relacionada al Reto de la Conducta:**

**PREGUNTESE:** *¿Se autoestimula? ¿Cómo? ¿Cuándo? (Describa) - ¿Es agresivo? ¿De qué manera? ¿Cuándo y Dónde ? ¿Cómo se controla? ¿Se autoagrede? - ¿Es pasivo? ¿Es hiperactivo? ¿Cómo y Cuándo? ¿Organiza su propia conducta? (Qué hace, describa) - ¿Tiene hábitos repetitivos que interfieren con el aprendizaje? - Otros en esta área.*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---



---

---

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

---

---

**RECOMENDACIONES:** (En función de la autoestimulación, forma de redirigirla, el manejo de la conducta agresiva o pasiva y otras)

---

---

---

---

**G.- Evaluación Funcional Sensorial:** (texturas, tolerancia corporal, respuestas a los estímulos, integración sensorial y otros)

**PREGUNTESE:** *¿Cómo es su tolerancia al contacto físico? - ¿Tolera sustancias en su cuerpo: lociones, cremas, etc...? - ¿Cómo es su reacción a los masajes? ¿Cómo es su reacción a las texturas? - ¿Cuáles son las áreas de tolerancia a su cuerpo a los diferentes estímulos? (líquidos, cremas o texturas - ¿Cuál es su tipo de respuesta y que tiempo dure esa respuesta? - ¿Se logra relajar? ¿Es tenso? ¿En que partes muestra tensión? Explique - ¿Cuál es su tolerancia al movimiento en círculos, columpio y otros? - ¿Qué diría con respecto a su integración sensorial?*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES:** (elaboración de Plan de Integración Sensorial)

---

---

---

---

---

---

**H Evaluación funcional de Competencias de Desarrollo Independiente y los hábitos.** (Si depende de alguien para hacer las cosas, explique)

***PREGUNTESE:** ¿Cómo son las competencias del niño para comer, recoger la mesa, lavar sus utensilios, limpiar la mesa después de comer? Explique de que manera - ¿Cómo son sus competencias para el uso del baño, cepillarse, lavarse las manos, peinarse, etc.? ¿Controla esfínteres? ¿usa pañales? Explique de que manera. - ¿Se viste y/o desviste solo? ¿Cómo? - ¿Es independiente, necesita ayuda o es totalmente dependiente? Indique en cuales hábitos - ¿Va a comercios, comprende para qué son, realiza compras? - ¿Conoce la función del dinero, usa monedas? Explique - ¿Usa y comprende el tiempo, el reloj, horario de las situaciones? ¿Diferencia la mañana, tarde y noche? - ¿Le dedica la familia tiempo para el desarrollo de estas competencias? - ¿Qué solicita la familia como necesidad a abordar inicialmente?*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**RECOMENDACIONES:** (Elaboración de rutina del hogar, incluyendo actividades funcionales, modelar a la madre. Incluir el concepto temporal en los indicadores)

---

---

---

---

---

**I.- Evaluación funcional de la orientación /movilidad y habilidades motoras:** (tipo de movilidad, independencia al trasladarse, camina reacción de su cuerpo con el espacio. Descripción de su deambulación y traslado).

**PREGUNTESE:** *¿Necesita algún estímulo para moverse? - ¿Cuál es su tipo de movilidad? - ¿Cómo es su desplazamiento y orientación en espacios abiertos y cerrados? - ¿Cómo es su reacción ante los obstáculos del ambiente? - ¿Se moviliza usando la visión y/o audición como apoyo? - ¿Usa el tacto como guía para trasladarse de un lugar a otro? - ¿Usa sus manos como guía? ¿La posición de sus manos es correcta? ¿Usa las técnicas de rastreo adecuadamente? - ¿Usa bastón o guía para trasladarse de un lugar a otro? ¿Tiene necesidad de alguna de estas técnicas? - ¿Cómo son sus reacciones ante espacios nuevos o desconocidos? - Descripción de arrastre, rolado, gateo, sedente, dos puntos, bipedestación, habilidades motoras gruesas y finas - ¿Imita y/o tiene conciencia de las relaciones espaciales: arriba, abajo, de lado, delante, atrás? Explique*

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Conclusiones:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**RECOMENDACIONES:** ( en función de estas áreas, estimular aspecto motor y orientación y movilidad.)

---

---

---

---

---

**III. CONCLUSIONES DE LA EVALUACION INICIAL:** (Resumen del Alumno que contemple, edad, diagnóstico a proponer, tipos de necesidades educativas especiales, fortalezas y características de la persona, resultados en general y de cada área).

---

---

---

---

---

**IV. RECOMENDACIONES GENERALES:** (Especifique comenzando por el tipo de educación que necesita, lugares y/o profesionales donde se refiere, evaluaciones médicas que requiere, Programas que le puede ofrecer SOCIEVEN, Orientaciones para el hogar, Plan Inicial , orientaciones en comunicación, Planificación Futura Personal y otros.

---

---

---

---

---

---

---