



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8901-25
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD
MOTRIZ DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE
NÚMERO 47”**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

DIANA GUADALUPE VARA GAYTAN

NÚMERO DE CUENTA: 414517723

ASESORA DE TESIS:

LIC. ILDA ROBLES GONZALEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dios tú que eres mi guía, que estás conmigo en cada momento, te doy la gracias por guiar mi entendimiento, por darme fuerzas para cumplir una meta más, ¡¡Esta Tesina es para ti!!

Mis papas y mi hermano; gracias por estar siempre conmigo, por su apoyo, sus consejos por guiarme bajo su tutela para direccionarme, gracias por su apoyo. Los quiero mucho.

A mis abuelitos, aunque no los veo ya, gracias por sus oraciones no los olvido y recuerdo siempre. A mi abuelita que siempre la tengo presente, aunque no la vea casi, le agradezco su cariño y oraciones.

Mis profesoras que me ayudaron con la columna vertebral de esta tesina, gracias por auxiliarme con sus conocimientos y experiencias.

INDICE

INDICE	3
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NIÑEZ	9
1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NIÑEZ.....	9
1.1 Grecia y Roma.....	9
1.2 Cristianismo y Edad Media	11
1.3 Renacimiento Al Siglo XVII	11
1.4 Siglos XVII Y XIX	12
CAPITULO II: TEORIAS DEL DESARROLLO	15
2.1 Teorías del desarrollo	15
2.2 Teoría del Desarrollo de Wallon:	16
2.3 Teoría del Desarrollo de Arnold Lucius Gesell	18
CAPITULO III: NIÑEZ.....	24
3.1 Definición de Niñez:	24
3.1.1 Definición de niñez según Vygotsky	24
3.1.2Definición de niñez según Wallon	25
3.1.3Definición de niñez según UNICEF	26
1.2 Etapas de la niñez según Piaget	26
CAPITULO IV: PSICOMOTRICIDAD.....	29
4.1 Origen de la Psicomotricidad	29
4.2 Definición de Psicomotricidad.....	31
4.2.1 Asociaciones Españolas de Psicomotricidad	31
4.2.2 Definición según G ^a Núñez y Fernández Vidal	31
4.2.3 Definición según Berruezo.....	31
4.2.4 Definición según De Lièvre y Staes	31
4.2.5 Definición según Muniaín.....	32
4.3 Objetivos de la Psicomotricidad	32
4.4 Importancia de la Psicomotricidad	34
4.5 Motricidad Gruesa	36
4.6 Motricidad Fina.....	38

4.7 Esquema Corporal.....	39
4.7.1 Conocimiento de las partes del cuerpo	41
4.7.2 Eje corporal	41
4.7.3 Lateralidad.....	42
CAPITULO V: ESTIMULACIÓN TEMPRANA	44
5.1 Origen de la Estimulación temprana	44
5.2 Definición de la Estimulación Temprana	46
5.3 Objetivos de la Estimulación Temprana.....	46
5.4 Importancia de la Estimulación Temprana	47
5.5 Áreas de la Estimulación Temprana	48
5.6 Áreas de Trabajo en la Estimulación Temprana	52
CAPITULO VI: DISCAPACIDAD.....	55
6.1 Antecedentes de la discapacidad	55
6.1.1 La discapacidad en México.....	68
6.2 Definición de Discapacidad.....	82
6.3 Tipos de Discapacidad	84
6.4.1 Discapacidad Motriz	84
6.4.1.1 Causas de la Discapacidad Motriz	85
6.4.1.2 Detección de la discapacidad motora	86
6.4.1.3 Tipos de Parálisis Cerebral.....	86
6.4.2 Discapacidad Auditiva	87
6.4.2.1 Clasificación	88
6.4.2.2 Clasificación según la localización de la lesión	90
6.4.2.3 Desarrollo del niño sordo.....	90
6.4.2.4 Tipos de comunicación a disposición del niño sordo.....	91
6.4.3 Discapacidad Visual	92
6.4.3.1 Tipos de Ceguera	93
6.4.3.2 Tipos de daños a causa de la ceguera	93
6.4.3.3 Causas más frecuentes de la discapacidad visual	93
6.4.3.4 Principales dificultades que suelen presentar en los niños	94
6.4.4 Discapacidad intelectual	94
6.4.4.1 Clasificaciones.....	95
6.4.4.2 Características.....	95

6.4.4.3 Causas	96
6.4.4.4 Diagnóstico.....	97
CAPITULO VII: DISCAPACIDAD MOTRIZ	98
7.1 Definición de Discapacidad Motriz	98
7.2 Características de la Discapacidad Motriz	99
7.3 Causas de la Discapacidad Motriz.....	100
7.4 Tipos de Discapacidad Motriz.....	102
CAPITULO VIII: METODOLOGÍA.....	107
8.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	107
8.2 HIPÓTESIS	107
8.3 OBJETIVO GENERAL.....	107
8.3.1OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	107
8.4 TEORÍA.....	108
8.5 MÉTODO.....	108
8.6 TÉCNICA.....	108
8.7 INSTRUMENTO	108
Hoja de cotejo:	108
Cuestionario:	109
8.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	109
8.9 TIPOS DE ESTUDIO	109
8.10 UNIVERSO.....	109
8.11 MUESTRA.....	109
8.12CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	109
8.13 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	109
CAPITULO IX: CONCLUSIONES.....	110
9.1 CONCLUSIONES.....	110
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	118

RESUMEN

Se presenta este proyecto que su finalidad es identificar los beneficios de la estimulación temprana en niños con discapacidad motriz, por lo cual, se determinaron los beneficios que trae recibir la estimulación temprana desde los primeros años de vida del niño con discapacidad motriz.

Ahora bien, el capitulado que se presentamos nos apoya para dar a conocer ligeramente esta temática, ya que es extensa pues puede abarcarse desde diferentes teorías, aunque en esta ocasión solo se consideró, la teoría cognoscitiva y del desarrollo, así mismo, se realizó un trabajo de investigación desde el método deductivo realizando un análisis del tema presentado.

Es por ello que se mencionan los antecedentes históricos de la niñez visto desde distintas épocas así como también los antecedentes de la Psicomotricidad, la estimulación temprana y la discapacidad debido a que son nuestras temáticas centrales de este proyecto de investigación; se abordaron diferentes teorías del desarrollo desde el punto de vista de distintos teóricos que abordan la teoría cognoscitiva y del desarrollo, también se mencionan las diversas definiciones de niñez que ayudara a darse una idea de cómo son tan diversas las concepciones de un niño; además se habla de psicomotricidad y de la estimulación temprana, y de esa manera adentrarnos en la discapacidad, sus diferentes tipos de discapacidad, haciendo hincapié a la discapacidad motriz puesto que es la que refiere en este proyecto de investigación.

INTRODUCCIÓN

La niñez es una de las etapas más significativas del ser humano en ella los seres humanos experimentamos diversos cambios y adquieren conocimientos, habilidades, experiencias para su posterior vida adulta. Es importante esta etapa ya que como se dice coloquialmente el niño es una esponja que va absorbiendo todas y cada una de las cosas que ve, oye; del medio que le rodea. El desarrollo de cada una de las partes del cuerpo y de sus demás órganos que lo conforman es esencial debido a que esta primera etapa es aquella donde el niño aún tiene oportunidad de regenerar o sanar más rápidamente alguna parte de su cuerpo que llegue a lesionarse debido a algún accidente o bien hasta adquirir cierta mejoría de alguna condición que tenga desde su nacimiento.

Es por ello que este proyecto se realizó para poder tener un sustento teórico y así visualizar los beneficios de la estimulación temprana en niños diagnosticados previamente con discapacidad motriz, es decir, si el comenzar a realizar ejercicios propios de la estimulación temprana inmediatamente después del diagnóstico realizado por algún especialista, ayudaría a que estos niños tuviesen una mejor calidad de vida, por ejemplo un mayor rango de desenvolvimiento por si mismos posterior a haber realizado estos ejercicios; o bien una autonomía aunque no en su totalidad pero si un porcentaje considerable ya que como bien leeremos, la estimulación temprana favorece completamente cada uno de los miembros del cuerpo; así mismo favorecería a tener una mejor psicomotricidad fina y gruesa por parte del niño, ya que el realizar los ejercicios provoca que los músculos vayan logrando esa elasticidad y el movimiento mismo, a pesar de que algunas personas les parezca de lo más simple y sencillo mover el dedo de la mano, abrir y contraer los dedos de las manos, hasta insertar el hilo en el ojo de la aguja, para otras personas es un gran logro el poder mover un dedo ya sea de un pie o de una mano, o bien hasta poder articular una palabra.

Es por ello que se quiere mostrar que con los ejercicios de estimulación temprana los niños con discapacidad motriz pueden mejorar su calidad de vida a partir de realizar prontamente la estimulación temprana adecuada a la necesidad que el niño presente previamente de ser diagnosticado y valorado.

Los ejercicios realizados en la estimulación temprana favorecen diversas partes del cuerpo y diversas partes de manera mental de igual manera ya que tienen un objetivo que es favorecer al previo desarrollo del niño sin adelantar ninguna parte del proceso natural de su desarrollo.

Aunado a todo esto se da una conclusión previa a la investigación realizada con anterioridad para sustentar por qué se llegó a esa conclusión y aquellos que lean este proyecto comprendan por qué los beneficios que puede o no brindar la estimulación temprana a los niños con discapacidad motriz.

"Los movimientos no solo los hacemos simplemente por movernos, cada movimiento tiene su propósito, siempre tiene alguna intención."

María Montessori

CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NIÑEZ

1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NIÑEZ

Con respecto a la niñez comenzaremos hablando acerca de sus antecedentes históricos, debido a que a través del tiempo la concepción del niño, así como su definición han ido cambiando notablemente, de igual manera el trato hacia los niños es por ello que este primer capítulo se comenzara mencionando la historia de la niñez desde épocas muy antiguas hasta una más reciente.

1.1 Grecia y Roma

Es en Grecia donde nace el concepto de educación *liberal* y de desarrollo "integral" de la persona (cuerpo-mente). Algunos filósofos expresan la necesidad de que la educación se adapte a la naturaleza humana. Plutarco comenta *Sobre la educación de los niños*; Platón escribe *República* y Aristóteles *Ética a Nicómaco*.

Sin embargo, Aristóteles en muchos de sus escritos expresa su interés por problemas educativos, con el fin de contribuir a la *formación de hombres libres*. Habla de distintos periodos para la educación infantil:

“...hasta los 2 años (primer periodo) conviene ir endureciendo a los niños, acostumbrándoles a dificultades como el frío... *En el periodo subsiguiente, hasta la edad de 5 años, tiempo en que todavía no es bueno orientarlos a un estudio ni a trabajos coactivos a fin de que esto no impida el crecimiento, se les debe, no obstante, permitir bastante movimiento para evitar la inactividad corporal; y este ejercicio puede obtenerse por varios sistemas, especialmente por el juego La mayoría de los juegos de la infancia deberían ser imitaciones de las ocupaciones serias de la edad futura* (Aristoteles, libro VII, capítulo 15)

En efecto Aristóteles tenía una concepción diferente de cómo educar a los niños como bien lo mencionaba y lo cite anteriormente los primeros años de vida de niño debían ser para que conociera y experimentara la realidad de la vida y este se fuera

acostumbrando tanto a lo difícil como lo no tan complicado; posterior a estos primeros años ir de una manera más empírica por medio del juego mostrándoles a los niños para que fueran concientizándose de lo que van a vivir en la edad adulta, todas las ocupaciones deberes y obligaciones que implica.

Por lo que se refiere a Roma la escolarización se divide en tres etapas: "Ludus" o escuela elemental (7-12 años), "Gramática" (12-16 años): prosa, teatro, poesía; "Retórica" (desde los 16 años): estudio técnicas de oratoria y declamación (muy pocos llegan a esta última etapa educativa). Acceden a la educación los ciudadanos libres que no eran esclavos. Hasta los 12 años, las escuelas eran mixtas y, a partir de esa edad, el destino de niños y niñas se separaba (como el de ricos y pobres). Sólo proseguían estudios los varones de familias acomodadas y, excepcionalmente, alguna chica con un preceptor (esto dependía exclusivamente de la voluntad de su padre). Pero por lo general, el que la mujer estudiara filosofía o similares contenidos se consideraba una senda "peligrosa", "próxima al libertinaje" recordando que, en Grecia y Roma, la mujer es considerada inferior al hombre, por naturaleza, y su deber era obedecerlo.

Es aquí donde vemos más marcadas las diferencias de clases sociales pues solo si eres de clase acomodada y libre es decir no eras esclavo, podías asistir a recibir escolarización, hasta cierto punto puesto que los de clase más alta eran quienes seguían estudiando; también como bien se menciona anteriormente la mujer era considerada inferior, por lo cual solo si el padre le autorizaba seguir estudiando podía hacerlo siempre y cuando no eligiera a un camino incorrecto. Aquí pierde relevancia la educación liberal y hay mucha menos atención a la educación física y el deporte. El objetivo de la educación es formar buenos oradores, "embellecer el alma de los jóvenes mediante la retórica", luego entonces podríamos inferir que lo que buscaban que los niños y jóvenes se criaran amando el arte siempre, no se enfocaban como tal en la niñez, pero si se preocupaban por ofrecerles una educación para formarlos competentemente según fuese el caso.

1.2 Cristianismo y Edad Media

En la Edad Media desaparece por completo la idea de educación liberal. No se trata ya de formar a "librepensadores" sino que el objetivo de la educación es preparar al niño para servir a Dios, a la Iglesia y a sus representantes, con un sometimiento completo a la autoridad de la Iglesia. En general, la tradición judeo-cristiana giraba en torno al concepto de "pecado original" que conlleva la idea del niño como ser perverso y corrupto que debe ser socializado, redimido mediante la disciplina y el castigo.

En el S. XVII, el Abad Bérulle escribió: "No hay peor estado, más vil y abyecto, después del de la muerte, que la infancia". No se observaba una preocupación por la infancia como tal, y la educación no se adaptaba al niño. De hecho, toda la enseñanza de contenidos religiosos era en latín. El niño es concebido como homúnculo (hombre en miniatura) no hay evolución, cambios cualitativos, sino cambio desde un estado inferior a otro superior, adulto (Tomás de Aquino). Todo ello se refleja en la frase siguiente: "Sólo el tiempo puede curar de la niñez, y de sus imperfecciones". Por tanto, el niño debe ser educado para ser "reformado". Educar y criar implican cuidado físico, disciplina, obediencia y amor a Dios, pero no hay referencias a la necesidad de amor para el buen desarrollo infantil. Sólo acceden a la educación algunos varones, no las mujeres. Durante toda la Edad Media el niño es utilizado como mano de obra. En pocas palabras podríamos decir que el niño era visto como un ser maligno que había que reeducar para que regresara al buen camino que era el de Dios y aparte de todo lo esclavizaban como mano de obra.

1.3 Renacimiento Al Siglo XVII

Reviven muchas de las ideas clásicas sobre la educación infantil. Se produce un apogeo de las observaciones de niños que revelan un nuevo interés por el desarrollo infantil.

Erasmus (De Pueris, 1530) manifiesta cierto interés por la naturaleza infantil. **Luis Vives** (1492-1540) también expresa su interés por la evolución del niño, por las diferencias individuales, por la educación de “anormales”, y por la necesidad de adaptación de la educación a los distintos casos y niveles. Destaca también su preocupación por la educación de las mujeres. Esta idea es central en **Comenius** (1592-1670), que insiste en que se debe educar tanto a niños como niñas, y en el papel de la madre como primera educadora. Defiende la escolarización obligatoria hasta los 12 años (idea abandonada por completo durante las etapas anteriores), y señala las ventajas de la enseñanza elemental en lengua materna, no en latín.

Héroard, que fue tutor del joven Luis XIII de Francia (hijo de Henri IV) y que escribió un diario sobre su infancia y juventud en el que se revelan interesantes ideas de la época. Por ejemplo, cita el consejo que le dio Henri IV para educar a su hijo: “*Que aplique el castigo físico tantas veces como sea necesario porque puedo asegurar, por mi propia experiencia, que nada me ha hecho tanto bien en la vida*”. Un importante cambio en las concepciones de la naturaleza humana y, en consecuencia, del niño, viene de la corriente empirista en filosofía. **Locke** (1632-1704) insiste en la importancia de la experiencia y los hábitos, proponiendo una visión del recién nacido como tabula rasa o pizarra en blanco, donde la experiencia va a ir dejando sus huellas. Es decir, el niño no nace bueno ni malo, sino que todo lo que llegue a hacer y ser dependerá de sus experiencias.

En esta época ya empieza a mencionarnos y hacer caer en cuenta que el niño es una esponja como en la actualidad llegamos a mencionar sobre que todo lo que el niño vea y oiga serán los resultados de sus conductas a realizar las cuales son desprendidas del entorno que lo rodea.

1.4 Siglos XVII Y XIX

Una de las figuras más importantes del S. XVIII es Jean-Jacques Rousseau. Su obra *Émile ou de l'éducation* (1762) contiene una serie de principios básicos sobre cómo educar a los niños, y se convierte en un libro muy de moda en la alta

sociedad francesa. Entre sus ideas más influyentes y conocidas está la de que el niño es bueno por naturaleza. Nace así, al menos, y es la sociedad la que puede llegar a pervertir las buenas inclinaciones del niño.

Por otro lado, defiende con vigor que toda educación debe adaptarse al nivel del niño, la importancia de la acción y experiencia, y no sólo de la palabra, para adquirir el conocimiento. Critica las prácticas instructivas excesivamente memorísticas. Frente a la perspectiva medieval del niño como hombre pequeño y débil, sostiene que es un ser con características propias, que sigue un desarrollo físico, intelectual, moral... y resume estas ideas en la frase: El pequeño del hombre no es simplemente un hombre pequeño. Para Rousseau, la educación debe ser obligatoria y debe incluir a la mujer. Otras ideas innovadoras de pedagogos y filósofos son las de **Pestalozzi**; **Tiedemann**; **Froebel**. Este último promueve la idea del "kindergarten" (escuela preescolar) y destaca la continuidad educativa entre escuela-hogar-comunidad, la importancia del juego infantil para su desarrollo y la necesidad de interacción y contacto entre padres e hijos.

En estos dos siglos (XVIII y XIX) proliferan las observaciones de niños, cada vez más sistemáticas, realizadas por pedagogos, filósofos y hombres de ciencia, muchas de ellas con sus propios hijos. Se publican monografías biográficas: Taine, Darwin, Preyer, entre otros. Hay un gran interés por sujetos "excepcionales" o "especiales": estudio de Itard sobre el niño salvaje de Aveyron; estudio de superdotados (Mozart), ciegos de nacimiento que recuperan la vista.

Charles **Darwin**, con la publicación del Origen de las especies (1859) provoca una revolución conceptual en las ciencias y en la concepción del hombre. Aunque su influencia en la psicología es más tardía, en su teoría subyacen conceptos clave, como la continuidad animal-hombre y niño-hombre; una aproximación naturalista al desarrollo humano, y una psicología comparada.

Se puede decir que el estudio científico del niño empieza en la segunda mitad del S. XIX. A finales de ese siglo se plantean una serie de problemas prácticos en relación con las técnicas de crianza y educación de los niños. En algunos países

se ha planteado ya la necesidad de una educación obligatoria generalizada, suscitando grandes debates sociales y políticos sobre el tema. Entre los problemas concretos que se plantean está la necesidad de identificar a los niños que tienen un desarrollo "normal" distinguiéndolos de los retardados refiriéndose a Francia. Esto llevará a desarrollar los primeros instrumentos de medida del desarrollo (primer test de inteligencia de Binet y Simon, 1905). Sin embargo, en el siglo XIX no hay todavía una concepción unificada de la infancia y de la educación. En la Europa continental persiste la influencia del pensamiento de Rousseau que defiende la bondad natural del niño y la idea de una educación permisiva. Por el contrario, en EEUU e Inglaterra es la tradición calvinista la más influyente: el niño debe ser reformado mediante una educación autoritaria que haga uso del castigo físico y público.

Es entonces a partir de estos siglos es que empieza a existir un cambio radical en cuanto a la educación y la visión del niño pues, aunque hay diferencias entre los autores que escribieron en esos siglos sobre el niño, va tomando forma en cuanto a que no es un ser maligno, que todo lo que hace lo aprende no lo trae, aunque hablan de castigos físicos en base a mejorar la conducta del niño.

En definitiva, cada una de las épocas antes mencionadas difieren mucho en cuanto a la concepción del niño, podríamos mencionar que es extremista tal diferencia pues mientras en una proponen que el niño es un ser maligno en otra lo refutan, pero quieren una educación a base de castigos físicos. Teniendo en cuenta que en cada una de las épocas buscaban educar, aunque en definitiva de una forma sumamente distinta.

CAPITULO II: TEORIAS DEL DESARROLLO

2.1 Teorías del desarrollo

En cuanto al desarrollo se han construido distintas teorías desde múltiples influencias por lo cual considero importante mencionar algunas de ellas.

El desarrollo se concibe como un proceso de reconstrucción y reorganización permanente. No se concibe como un proceso lineal, sino caracterizado por ser irregular, de avances y retrocesos; que no tiene ni un principio definitivo y claro ni parece tener una etapa final, que nunca concluye, que siempre podría continuar.

Tres puntos fundamentales frente a las concepciones tradicionales sobre el desarrollo:

- *El desarrollo no es lineal:* se reconoce la necesidad de abandonar la comprensión del desarrollo como una sucesión estable de etapas y avanzar más bien hacia la apropiación de un modelo de comprensión del funcionamiento cognitivo, entendido como un espacio en el que cohabitan comprensiones implícitas y explícitas. Nunca hay un final definitivo en el proceso del conocimiento. Siempre hay reorganizaciones que llevan a una transformación sin límites rígidos.
- *El desarrollo no empieza de cero:* el desarrollo afectivo, social y cognitivo no se pueden pensar desde un punto cero o inicial. No se trata de un comienzo definitivo, no se parte de cero. Siempre hay una base sobre la cual los procesos funcionan.
- *El desarrollo no tiene una etapa final:* en el otro extremo se puede decir que nunca hay un final definitivo en el proceso del conocimiento. Siempre hay reorganizaciones que llevan a una transformación sin límites precisos. (MinEducación, 2016)

2.2 Teoría del Desarrollo de Wallon:

Wallon siguió una línea neopiagetiana, planteó también un sistema clasificatorio de las etapas del desarrollo. Para él, el objeto de la psicología era el estudio del hombre en contacto con lo real, que abarca desde los primitivos reflejos hasta los niveles superiores del comportamiento. Planteó la necesidad de tener niveles para explicar cualquier comportamiento, ya que, según él, el hombre es un ser especialmente social.

Para Wallon, el ser humano se desarrolla según el nivel general del medio al que pertenece; así pues, para distintos medios se dan distintos individuos. Por otro lado, el desarrollo psíquico no se hace automáticamente, puesto que necesita de un aprendizaje, a través del contacto con el medio ambiente.

La infancia humana tiene un significado propio y un papel primordial que es el de la formación del hombre. En este proceso de la infancia se producen momentos críticos del desarrollo, donde son más fáciles algunos aprendizajes. Por lo que, para Wallon, un estadio, es un momento de la evolución, con un determinado tipo de comportamiento.

Wallon propone seis estadios:

1.- Estadio impulsivo: Va desde el nacimiento hasta los cinco o seis meses. Este es el período que Wallon llamaría de la actividad preconsciente, al no existir todavía un ser psíquico completo. No hay coordinación clara de los movimientos y el tipo de movimientos que se dan son fundamentalmente impulsivos y sin sentido. Todavía no están diferenciadas las funciones de los músculos, es decir, la función tónica (que indica el nivel de tensión y postura) y la función clónica (de contracción-extensión de un músculo). Los factores principales de este estadio son la maduración de la sensibilidad y el entorno humano, ayudan al desarrollo de

diferentes formas expresivas y esto es precisamente lo que dará paso al siguiente estadio.

2.- Estadio emocional: Empieza en los seis meses y termina al final del primer año. La emoción en este período es dominante en el niño y tiene su base en las diferenciaciones del tono muscular, que hace posible las relaciones y las posturas.

Para Wallon, la emoción cumple tres funciones importantes:
a) Al ser la emoción un mundo primitivo de comunicación permite al niño el contacto con el mundo humano y con la sociedad. b) Posibilita la aparición de la conciencia de sí mismo, en la medida en que éste es capaz de expresar sus necesidades con las emociones y de captar a los demás, según expresen sus necesidades emocionales.

El paso, según Wallon, de este estadio emocional en donde predomina la actividad tónica a otro estadio de actividad más relacional, es debido a la aparición de lo que él llama reflejo de orientación.

3.- Estadio sensoriomotor y proyectivo: Va desde el primer al tercer año. Este es el período más complejo. En él, la actividad del niño se orienta hacia el mundo exterior, y con ello a la comprensión de todo lo que le rodea. Se produce en el niño un mecanismo de exploración que le permite identificar y localizar objetos. El lenguaje aparece alrededor de los doce o catorce meses, a través de la imitación; con él enriquece su propia comunicación con los demás (que antes era exclusivamente emocional). De igual forma se produce el proceso de andar en el niño, el cual incrementa su capacidad de investigación y de búsqueda. Aunque el niño puede conocer y explorar, no puede depender todavía de sí mismo y se siente incapaz de manejarse por sí solo, cosa que se resolverá a partir de los tres años con el paso al siguiente estadio.

4.- Estadio del personalismo: Comprende de los tres a los seis años. En este estadio el niño toma conciencia de su yo personal y de su propio cuerpo, situándole en un estadio de autonomía y autoafirmación, necesario para que el niño sienta las bases de su futura independencia.

5.- Estadio categorial: De los seis a los once años. Este estadio está marcado por el significativo avance en el conocimiento y explicación de las cosas. Se producen las construcciones de la categoría de la inteligencia por medio del pensamiento categorial.

Se dan dos tareas primordiales:

- Identificación de los objetos por medio de cuadros representativos.
- Explicación de la existencia de esos objetos, por medio de relaciones de espacio, tiempo y causalidad.

6.- Estadio de la adolescencia: Se caracteriza por una capacidad de conocimiento altamente desarrollada, se caracteriza por una inmadurez afectiva y de personalidad, lo cual produce un conflicto, que debe ser superado para un normal desarrollo de la personalidad. La adolescencia es un momento de cambio a todos los niveles; apunta este cambio hacia la integración de los conocimientos en su vida, hacia la autonomía y hacia lo que llamaríamos el sentimiento de responsabilidad. (Comunidad, 2006)

2.3 Teoría del Desarrollo de Arnold Lucius Gesell

Gesell siendo psicólogo y pediatra, centro se especializo en el desarrollo infantil, por lo tanto, describe en forma sistemática el crecimiento y desarrollo humanos desde el nacimiento hasta la adolescencia. Estableció su teoría del desarrollo a partir de los conceptos de crecimiento y maduración. Consideraba al crecimiento

como cambio formal y funcional, y está sujeto a leyes biológicas y es producto de la maduración.

Estudio la interacción entre el desarrollo físico y mental, concluyendo que se produce una secuencia definida. Gesell comienza con la concepción y procede mediante ordenada sucesión, etapa por etapa, representando en cada una de ellas un grado o nivel de madurez. Para aclarar la comprensión y estudio de las etapas, A Gesell junto con Amatruda desarrollaron un diagrama en el cual se representan las tendencias generales del desarrollo conductual desde el nacimiento hasta los cinco años.

La estructuración de este está establecida por edades, siendo las edades claves: 4, 16,28 y 40 semanas; 12, 18, 24 y 36 meses.

Campos de la conducta Cualquier acto, simple o complejo de manifestación conductual, puede poseer una alta significación diagnóstica. Pero cabe destacar que el organismo humano es un “complicado sistema de acción”, y, por lo tanto, para llevar un diagnóstico evolutivo adecuado debe ser metódico y sistemático. El diagnóstico se lleva a cabo mediante campos de conducta, que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos aspectos son los siguientes:

1.- Conducta Motriz (C.M): la conducta motriz está compuesta por: movimientos corporales, reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, entre algunas otras conductas.

2.- Conducta Adaptativa (C.A): Habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos. Coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos. Capacidad de adaptación frente a problemas sencillos. El niño se ve obligado a exhibir formas de conducta significativas cuando maneja objetos tan simples como una campanilla de mano. Esto revela los recursos que van surgiendo.

3.- Conducta Del Lenguaje (C.M): Se usa el término lenguaje en un sentido amplio, quiere decir, incluyendo toda forma de comunicación visible y audible, también compuesta por imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. Sistemáticamente, estos son sus componentes:

- Comunicación visible y audible: que refieren a gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, imitación y comprensión
- Lenguaje articulado: función que requiere de un medio social, sin embargo, dependiente de las estructuras corticales y sensomotrices.

4.- Conducta Personal-Social (C. P-S): Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el que vive, dichas reacciones son tan múltiples y variadas que parecerían caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo. En síntesis, sus componentes son:

- Factores intrínsecos del crecimiento: control de la micción y defecación, capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convecciones sociales.

La conducta personal social está sujeta a un nivel alto de factor subjetivo, pero presenta, dentro de la normalidad, ciertos límites.

Las etapas del desarrollo que propuso Gesell abarcan desde:

Primer Trimestre: En esta etapa, el niño adquiere el control de sus doce músculos óculo-motrices. El niño logra controlar el movimiento ocular, sus funciones vegetativas, etc.

- Conducta motriz: Reflejo tónico-nucal, manos cerradas, la cabeza tambalea.
- Conducta adaptativa: Mira a su alrededor. Persecución ocular incompleta. Conducta del lenguaje: Pequeños ruidos guturales. Atiende al sonido de la campanilla.
- Conducta personal-social: Mira los rostros de quienes le observan.

Segundo Trimestre (semanas 16 a 28): El niño logra el gobierno de los músculos que sostienen la cabeza Y mueven los brazos. Hace esfuerzos por alcanzar objetos.

- Conducta motriz: Cabeza firme, postura simétrica, manos abiertas.
- Conducta adaptativa: Correcta persecución ocular, mira el sonajero en la mano. Conducta del lenguaje: Murmullos, ríe, vocalización social.
- Conducta personal-social: Juega con manos y ropa, reconoce el biberón, abre la boca para recibir la comida

Tercer Trimestre (semanas 28 a 40): El niño logra el dominio del tronco y las manos, Se sienta, agarra, transfiere y manipula objetos.

- Conducta motriz: Se sienta, inclinándose hacia delante, apoyándose sobre las manos. Agarra objetos.
- Conducta adaptativa: Pasa objetos de una mano a otra.
- Conducta del lenguaje: "Raleo". Vocaliza ávidamente, escucha sus propias vocalizaciones. Conducta personal-social: Juega con sus pies, con juguetes. Manifiesta expectativa a la Hora de comer.

Cuarto Trimestre (semanas 40 a 52): Extiende su dominio a piernas y a pies, al índice y al Pulgar.

- Conducta motriz: Permanece sentado solo, gatea, se para. Liberación prensil grosera. Dentro de este trimestre pasa por caminar con y sin ayuda, se sienta por sí mismo, construye torres de 3 cubos.
- Conducta adaptativa: Combina objetos aparea cubos, etc., a los 12 meses suelta objetos Dentro de un vaso, a los 18 meses extrae objetos del vaso, imita una Línea con el lápiz.
- Conducta del lenguaje: Dice una palabra, atiende a su nombre, a los 12 meses dos palabras, a los 18 meses jerga, nombra dibujos.

- Conducta personal-social: Juegos sencillos, come, solo, una galletita, a los 12 meses ayuda a vestirse con los dedos, a los 18 meses come con cuchara, adquiere control de esfínteres.

Segundo Año: El infante ya camina y corre, articula palabras y frases; adquiere el control de La vejiga y el recto, además, un rudimentario sentido de identidad personal y posesión.

- Conducta motriz: Corre, construye una torre de 6 cubos.
- Conducta adaptativa: Construye una torre de 6 cubos. Imita una línea circular.
- Conducta del lenguaje: Usa frases, comprende órdenes sencillas.
- Conducta personal-social: Pide, para satisfacer sus necesidades de ir al baño. Juega con Muñecos.

Tercer Año: El niño es capaz de hablar empleando oraciones, usa palabras como instrumento del pensamiento; muestra una positiva propensión a comprender su ambiente y satisfacer las demandas culturales que este le exige. Ya nos es más una simple criatura.

- Conducta motriz: Se para sobre un pie, edifica una torre de 10 cubos. Conducta adaptativa: Edifica un puente con 3 cubos. Imita una cruz. Conducta del lenguaje: Usa oraciones, contesta preguntas sencillas. Conducta personal-social: Usa bien la cuchara, se pone los zapatos.

Cuarto Año: Etapa en el cual formula innumerables preguntas; percibe analogías; despliega Una activa tendencia a conceptuar y generalizar. Es, prácticamente, independiente en la rutina de la vida hogareña.

- Conducta motriz: Salta sobre un pie.

- Conducta adaptativa: Construye una puerta con 5 cubos, dibuja un hombre. Conducta del lenguaje: Usa conjunciones y comprende proposiciones.

Conducta personal-social: Se puede lavar y secar la cara, hace mandados, juega en grupos.

Quinto Año: El control motriz se encuentra bien maduro, salta, brinca, habla sin articulaciones Infantiles. Puede generar un cuento largo. Prefiere jugar con sus compañeros y manifiesta satisfacción por sus atavíos y por las atenciones que recibe. Es un ciudadano, seguro y conformista de su pequeño mundo.

- Conducta motriz: Salta, alternativamente, sobre cada pie.
- Conducta adaptativa: cuenta 10 objetos.
- Conducta del lenguaje: Habla sin articulación infantil. Pregunta ¿por qué?
- Conducta personal-social: Se viste sin ayuda, pregunta significaciones de las palabras. (Humano, 2012)

Ambos autores mencionan etapas de la niñez, aunque varíen en la edad de los estadios o etapas propuestos por ellos, ambos consideran importante mencionar los logros del niño desde lo emocional, lo conductual así, como la movilidad que van logrando a través del aprendizaje que los cuidadores les proporcionan, pero en gran parte es aprendizaje del medio que los rodea como lo menciona Wallon, pero también es biológico, pues ningún niño se desarrolla igual que otro, aunque estos sean familia.

CAPITULO III: NIÑEZ

3.1 Definición de Niñez:

Este tema es acerca de niñez ahora bien para poder comenzar a hablar de niñez será necesario primeramente definir el concepto de niño y: “es un ser humano que todavía no ha alcanzado la pubertad, es por ello que es una persona que se encuentra en la niñez y tiene pocos años de vida”. (Guillen, 2014)

Por lo tanto, niñez es concebida como: “Periodo de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la pubertad; infancia”. (EcuRed, 2010)

Ambos conceptos están sumamente ligados por lo cual hablar de un niño es hablar de niñez de manera singular porque nos estamos refiriendo a un solo individuo luego entonces hablar de niñez lo estamos haciendo en plural, pero específicamente como es definido a la primer etapa o periodo de la vida humana.

Sin embargo, durante esta etapa o este periodo suceden diversos cambios e importantes para el desarrollo de la vida adulta del ser humano; entonces se podría decir que la niñez es uno de los periodos clave para el desarrollo de la persona, pues es donde ocurren la estructuración de la personalidad, de igual forma el establecimiento de los valores propios del mismo individuo.

Dado que la niñez es el periodo donde van a ocurrir una serie de etapas clave para todos los niños. Como bien varios teóricos lo manejan el desarrollo del niño va a depender de distintas esferas no solo le concierne a la parte biológica pues también abarcan las diferentes esferas en las que él se desenvuelve.

En este periodo en donde los niños van formando su personalidad, sus valores y normas que lo van a ir estableciendo como persona.

3.1.1 Definición de niñez según Vygotsky

Pues bien es importante visualizar las concepciones de niñez desde el punto de vista de otros autores no solo quedarnos con una sola pues puede ser que el autor

que se decidió considerar no abarque algunos aspectos de lo que podría encajar y ayudar a conocer más acerca del tema, así como también para hacer una comparación sobre lo que es relevante que se puede incluir y que definitivamente no se incluiría.

En este caso para Vygotsky: “en la niñez, el niño es un individuo que nace con habilidades mentales elementales, como percepción, atención y memoria. Gracias a la interacción con los adultos más conocedores, estas habilidades innatas se transforman en funciones mentales superiores.” (Linares, 2007-2008)

La teoría Vygotsky enfatiza que el contacto exterior del niño es su determinante para los diferentes ámbitos de su desarrollo ya que no solo depende de la parte biológica si no que el aspecto social y cultural en el cual se va a desarrollar todo va ligado y por ello es de alguna manera importante describir y analizar las esferas que están al redor del infante.

Gracias a las interacciones con los adultos al cuidado del niño es que él puede desarrollar esas capacidades que Vygotsky toma como innatas debido a que el adulto que está a su cuidado, así como todos aquellos que lo rodean ya cuentan con en cierta forma una experiencia de la cual van a ir formando a ese niño, así como ellos fueron formados, por sus padres.

3.1.2 Definición de niñez según Wallon

Ahora bien, de acuerdo con Wallon: “la infancia humana tiene un significado propio y un papel fundamental que es el de la formación del hombre. En este proceso de la infancia se producen momentos críticos del desarrollo, donde son más fáciles determinados aprendizajes. Un estadio, para Wallon, es un momento de la evolución, con un determinado tipo de comportamiento.”

Por lo cual podemos mencionar que Wallon hace mención a una niñez en donde la evolución va a depender de diversos factores que determinarán la formación del hombre en un futuro y darán estructura a la personalidad del niño.

3.1.3 Definición de niñez según UNICEF

La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. (UNICEF, 2005)

Para la UNICEF es una época por la cual todos los seres humanos pasamos y es donde se reciben gran parte de los aprendizajes, actitudes, conductas que van a determinar posteriormente al futuro adulto.

3.1.4 Definición de niñez según RAE

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), “Infancia” proviene del latín *infantia*, cuyo significado primario alude a la incapacidad de hablar y define a los *infantes* o *infantis* como aquellos que no tienen voz.

Para la RAE actualmente la infancia es delimitada como: el período de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad; el conjunto de los niños de tal edad; y el primer estado de una cosa después de su nacimiento o fundación.

1.2 Etapas de la niñez según Piaget

En el subtema anterior hacíamos referencia a la definición de niño y niñez como ya fue mencionado este periodo por el que atravesamos la mayoría de los seres humanos está compuesto por etapas en las cuales cada uno de nosotros va adquiriendo ciertas habilidades y características propias de dicha etapa.

Son distintos teóricos los que hacen referencia a las etapas del desarrollo de niños pues algunos abarcan sus procesos sociales, otros sus procesos psicosexuales y otros sus procesos psicogenéticos.

En el caso de Piaget el mencionaba que el desarrollo está compuesto por una serie de etapas con un orden invariable, y no es posible omitir ninguna de ellas:

ETAPAS DEL DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET		
ETAPA	EDAD	CARACTERISTICA
Sensoriomotora <i>Niño activo</i>	De los 0 a 2 años	Aprenden la conducta propositiva en el comportamiento orientado a medios y a fines, la permanencia de los objetos.
Preoperacional <i>Niño intuitivo</i>	De 2 a 7 años	El niño puede usar símbolos o palabras para pensar. Solución intuitiva de los problemas, pensamiento limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo.
Operaciones Concretas <i>Niño práctico</i>	De 7 a 11 años	El niño aprende las operaciones lógicas de seriación, clasificación y conservación. Pensamiento ligado a los fenómenos y objetos del mundo real.
Operaciones formales <i>Niño reflexivo</i>	De 11 a 12 años y en adelante	El niño aprende sistemas abstractos de pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional.

De acuerdo con la tabla anterior Piaget dividió el desarrollo de los niños en cuatro etapas clave de su desarrollo en las cuales van ocurriendo diferentes características

para poder conformar al individuo adolescente o adulto que será posterior a estas etapas.

Sin embargo, Piaget también mencionaba que existían ciertos principios del desarrollo como lo son la **asimilación** en el cual: “el niño va a moldear la información nueva para que encaje sus esquemas actuales”¹ por otra parte la **acomodación** es el proceso de modificación de los esquemas actuales.²

Otros dos principios básicos que ocurren en el desarrollo del niño son el de organización y adaptación.

La **organización** siendo una predisposición innata de todas las especies según Piaget consiste en que conforme el niño va madurando integra los patrones físicos simples o esquemas mentales a sistemas más complejos. Por otra parte, la **adaptación** se refiere a que todos los individuos somos capaces de transformarnos según las exigencias del medio en el que nos vamos desarrollando.

Es por ello que los menores atraviesan estas cuatro etapas en algunas ocasiones con gran dificultad, pues todo va a depender de las limitaciones tanto físicas como sociales que rodeen a la persona en cuestión. Se considera importante cada una de estas etapas pues si no se dan adecuadamente podría existir un conflicto con el desarrollo del niño, por lo cual es necesario estar alertas a estos primeros años de vida pues son cruciales para el desarrollo posterior.

¹ Rafael Linares Aurelia. Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y Vygotsky. Modulo I. Universidad Autónoma de Barcelona. Master en Paidopsiquiatría. 2007-2008. Pagina3. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf el día 18 de febrero de 2017.

² Rafael Linares Aurelia. Desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y Vygotsky. Modulo I. Universidad Autónoma de Barcelona. Master en Paidopsiquiatría. 2007-2008. Pagina4. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf el día 18 de febrero de 2017.

CAPITULO IV: PSICOMOTRICIDAD

4.1 Origen de la Psicomotricidad

Si bien nuestro tema va relacionado con la estimulación temprana, no podemos dejar de lado la psicomotricidad pues fundamental hablar de ello, para posteriormente hablar de estimulación temprana. Ahora bien, comenzaremos hablando un poco sobre los orígenes de la psicomotricidad para darnos una idea sobre desde cuándo empieza a fundamentarse como tal la psicomotricidad.

Se remonta a 1905, año en el que el médico neurólogo francés Dupré, al observar las características de niños débiles mentales, pone de relieve las relaciones entre las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices, describiendo el primer cuadro clínico específico: la debilidad motriz, según la cual todo débil mental posee igualmente alteraciones y retraso en su motricidad. Posteriormente, Henri Wallon y los aportes de la psicobiología dan cuenta de la importancia del desarrollo emocional del niño, basándose en la unidad psicobiológica del individuo y del medio. De allí la importancia del movimiento en el desarrollo psíquico del niño y en la construcción del esquema corporal que no es dado inicialmente, no es una entidad biológica, es una construcción.

Por otro lado, Jean Piaget dice que esa actividad motriz es el punto de partida del desarrollo de la inteligencia y sobre todo en la génesis de las nociones (cantidad, espacio, tiempo.) que el movimiento es el propio, el mismo psiquismo, ya que en los primeros años esta inteligencia es sensorio-motriz, pues el conocimiento corporal tiene relación no sólo con el propio cuerpo, sino que también hace referencia constante al cuerpo del otro. Julián De Ajuriaguerra y su equipo suma elementos del psicoanálisis y desarrolla el papel de la función tónica no sólo como telón de fondo de la acción corporal, sino también como medio de relación con el otro. Analiza las relaciones entre tono y el movimiento, asociando el desarrollo del gesto con el lenguaje, y se transforma en el verdadero artífice de los principios clínicos de la psicomotricidad, al describir inicialmente los síndromes psicomotores.

De manera paralela se establecen los primeros métodos de tratamiento clínico. Por otra parte, también debemos mencionar a Guilmain, quien tomando los postulados Wallonianos y las concordancias psicomotoras crea el primer método de evaluación psicomotora en 1935, por su parte Mdme. Soubirán, discípula de De Ajuriaguerra y luego creadora del Instituto Superior de Reeducción Psicomotriz, que fuera la primera formación profesional.

En 1963 se crea en Francia el certificado de reeducación Psicomotriz, lo que supone el reconocimiento público e institucional de la psicomotricidad. A partir de este tronco común, se inicia la diversificación y empiezan a desarrollarse líneas, orientaciones y tendencias diferentes.

Tenemos las contribuciones de Zazzo y otros discípulos de Wallon como Lezine, Lurcat, Tran y Thong, continuadores de sus investigaciones. Los aportes de la psicología humanística, del enfoque centrado en la Persona de Carl Rogers o de la bioenergética de Reich.

Surgen también Vayer, Boucher, Jean le Boulch con su método derivado de la Educación Física al que denomina psicocinética; Bernard Acouturier (Práctica Psicomotriz), André Lapierre (Psicomotricidad Relacional primero y Análisis Corporal ahora), Françoise Desobeau, Jean Bergés (imitación del gesto, relajación) entre otros, todos ellos investigadores y científicos provenientes de los campos de la Educación, la Reeducción y la Terapia, quienes crean y recrean distintos métodos, técnicas y aplicaciones clínicas y pedagógicas relacionadas con la Psicomotricidad.

Luego entonces podemos decir que los inicios de la psicomotricidad se dan en la rama terapéutica pasando luego al campo educativo como educación o intervención psicomotriz.

También podemos mencionar que es necesario trabajar la psicomotricidad desde las dimensiones del esquema corporal, del esquema espacial y del esquema temporal, desde una triple perspectiva:

- Educativa: cuando se dirige a los niños de edad escolar y preescolar.
- Reeducativa: se trata de corregir algún déficit, anomalía de tipo motor, etc.
- Terapéutica: hablamos de ella cuando los trastornos psicomotores están asociados a trastornos de personalidad.

No podemos olvidar que cuando hablamos de psicomotricidad podemos hacerlo desde dos vertientes, por un lado, el motor grueso, y, por otro, la motricidad fina.

4.2 Definición de Psicomotricidad

En cuanto al termino psicomotricidad se refiere colocaremos algunas definiciones de algunos teóricos para de esta manera ver como se relacionan entre sí.

4.2.1 Asociaciones Españolas de Psicomotricidad

El término psicomotricidad integra interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio-motrices en la capacidad del ser y de expresarse en un contexto psicosocial.

4.2.2 Definición según G^a Núñez y Fernández Vidal

Es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica.

4.2.3 Definición según Berruezo

Es un enfoque de la intervención educativa o terapéutica, cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas utilizando el cuerpo.

4.2.4 Definición según De Lièvre y Staes

Es un planteamiento global de la persona. Es la función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad, para adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea.

4.2.5 Definición según Muniaín

La psicomotricidad es una disciplina educativa/ reeducativa/ terapéutica/, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral.

Se puede observar que la mayoría de las definiciones tienen palabras en común, aunque lo estructuran diferente. Por lo que para los autores antes mencionados la Psicomotricidad es un término que refiere a movimientos propios de cada persona y que va desarrollando según los estadios y las condiciones de niño, así como de la estimulación que le den sus cuidadores.

4.3 Objetivos de la Psicomotricidad

Posteriormente de las definiciones de psicomotricidad daremos paso a leer acerca de los objetivos, ya que como bien se menciona anteriormente en las definiciones son movimientos propios de cada persona, sin embargo, tiene un objetivo por el cual deben ser realizados y bien ejecutados.

La psicomotricidad se propone, como objetivo general, llegar por la vía corporal al desarrollo de las diferentes aptitudes y potencialidades del sujeto en todos sus aspectos: motor, afectivo-social, comunicativo- lingüístico, intelectual y cognitivo, a través del movimiento, la postura, la acción y el gesto.

La práctica de la psicomotricidad se ha desarrollado tanto con un planteamiento educativo como clínico (reeducación o terapia psicomotriz). En el ámbito educativo tiene una concepción de vía de estimulación del proceso evolutivo normal del individuo en sus primeros años (normalmente desde el nacimiento hasta los 8 años). Según Arnaiz (1994) la psicomotricidad puede y debe trabajarse sobre tres aspectos que configuran, al mismo tiempo tres amplias ramas de objetivos:

- En primer lugar, la censo-motricidad, es decir, debe educar la capacidad sensitiva. Partiendo de las sensaciones espontáneas del propio cuerpo, se trata de abrir vías nerviosas que transmitan al cerebro el mayor número posible de informaciones. La información que se quiere aportar es de dos tipos:
 - Relativa al propio cuerpo: A través de sensaciones que se provocan en el cuerpo mediante el movimiento y que nos informan del tono muscular, de la posición de las partes del cuerpo, de la respiración, de la postura, del equilibrio, etc.
 - Relativa al mundo exterior: Mediante los sentidos se adquiere el conocimiento del mundo que nos rodea.

- En segundo lugar, la percepto-motricidad, es decir, debe educar la capacidad perceptiva. Es preciso organizar la información que proporcionan nuestros sentidos e integrarla en esquemas perceptivos que le den sentido. Esta estructuración puede hacerse bajo tres vertientes:
 - Toma de conciencia unitaria de los componentes del llamado esquema corporal (tono, equilibrio, respiración, orientación del cuerpo, etc.) para que el movimiento esté perfectamente adaptado a la acción y este ajuste sea lo más automatizado posible.
 - Estructuración de las sensaciones relativas al mundo exterior en patrones perceptivos y, en especial, la estructuración de las relaciones espaciales y temporales. Se trata de adquirir y fijar los rasgos esenciales de los objetos y las relaciones espaciales y temporales entre ellos.
 - Coordinación de los movimientos corporales con los elementos del mundo exterior con el fin de controlar el movimiento y ajustarlo al fin que se persigue.

- En tercer lugar, la ideo-motricidad, es decir, debe educar la capacidad representativa y simbólica. Una vez que el cerebro dispone de una amplia

información, debidamente estructurada y organizada de acuerdo con la realidad, se trata de pasar a que sea el propio cerebro, sin la ayuda de elementos externos, quien organice y dirija los movimientos a realizar.

Estas tres ramas de objetivos hacen referencia al desarrollo de lo que estrictamente puede considerarse como ámbito de la psicomotricidad de una forma ya tradicional, pero simultáneamente, y como consecuencia del desarrollo de estos tres tipos de psicomotricidad (censo-motricidad, percepto-motricidad e ideo-motricidad), surge la necesidad de plantearse un nuevo objetivo que no va dirigido tanto a la consecución de un perfecto ajuste y automatización de patrones motores (sensoriales, perceptivos, simbólicos o representativos), sino al desarrollo de la comunicación y el lenguaje que surgen como consecuencia de las adquisiciones motrices a través de todo el proceso. Con ello se pone al movimiento al servicio de la relación y no se le considera como un fin en sí mismo.

4.4 Importancia de la Psicomotricidad

Ahora bien, la psicomotricidad es realizar cierto tipo de movimientos, sus objetivos primordialmente son ayudar al desarrollo de habilidades y aptitudes de la vida futura y actual de niño por lo cual la importancia de esta es esencial en los niños.

En los primeros años de vida, la Psicomotricidad juega un papel muy importante, porque influye valiosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del individuo favoreciendo la relación con su entorno y tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses.

La psicomotricidad favorece el desarrollo corporal, motor, mental y emocional:

En el ámbito **corporal**, el ejercicio físico siempre va a favorecer todas las capacidades del individuo, ya que estimula la circulación y la respiración, por lo que las células se nutren más, fortalece los huesos, tonifica los músculos y está demostrado que produce sustancias que evitan la depresión.

A nivel **motor**, permitirá dominar el movimiento corporal.

En el ámbito **mental**, un buen control motor permite explorar el mundo, proporcionando experiencias concretas sobre las que irá construyendo el conocimiento, tanto de sí mismo como del mundo que le rodea.

A nivel **cognitivo**, permite la mejora de la memoria, la atención y concentración y la creatividad.

En el ámbito **emocional**, la psicomotricidad permite ganar autonomía, lo que favorece la adaptación social.

Por otro lado, según Elizabeth Hurlock la Educación Psicomotriz proporciona los siguientes beneficios:

- **Propicia la salud:** al estimular la circulación y la respiración, favoreciendo una mejor nutrición de las células y la eliminación de los desechos. También fortalece los huesos y los músculos.

- **Fomenta la salud mental:** El desarrollo y control de habilidades motrices permite que los niños y niñas se sientan capaces; proporciona satisfacción y libera tensiones o emociones fuertes. La confianza en sí mismo o misma, contribuye al autoconcepto y autoestima.

- **Favorece la independencia** de los niños y las niñas para realizar sus propias actividades.

- **Contribuye a la socialización** al desarrollar las habilidades necesarias para compartir juegos con otros niños y niñas.

La educación psicomotriz es importante porque contribuye al desarrollo integral de los niños y las niñas, ya que, desde una perspectiva psicológica y biológica, los ejercicios físicos aceleran las funciones vitales y mejoran el estado de ánimo.

4.5 Motricidad Gruesa

Ahora bien, como ya mencionamos la psicomotricidad favorece muchos de los ámbitos tanto personales como sociales del niño, hablar de psicomotricidad refiere también mencionar la motricidad fina y gruesa; en este caso comenzaremos hablando de la gruesa, y podemos definirla de la siguiente manera:

Capacidad del cuerpo para integrar la acción de los músculos largos, con el objeto de realizar determinados movimientos: saltar, correr, trepar, arrastrarse, bailar, etc.

En el periodo comprendido entre los 0 a 6 años, el niño/ a va a ir atravesando una serie de etapas:

- **Primera etapa:** etapa del descubrimiento (0-3 años). Se caracteriza por el descubrimiento del cuerpo y en ella se alcanza la primera organización global del niño/ a.

Los recién nacidos poseen una serie de reflejos, como el de succión (que entra en funcionamiento cuando un objeto se pone en contacto con los labios, por ejemplo el pezón de la madre), el de grasping (cerrar la palma de la mano con fuerza cuando un objeto la roza), de Moro (consecuente con un cambio brusco de estimulación que produce un sobresalto y que se manifiesta por una reacción como de susto, abriendo los brazos echándolos hacia atrás y luego cerrándolos sobre sí mismo).

Estos reflejos y otros que no se han mencionado están presentes en los recién nacidos en los primeros meses de vida. Algunos de ellos tienen valor de supervivencia para el bebé, como ocurre en la succión. De ellos algunos desaparecerán en el curso de los 4 ó 5 primeros meses de vida, mientras que otros se convertirán en acciones voluntarias como agarrar, por ejemplo, y otros seguirán siendo reflejos toda la vida (cerrar los ojos si una estimulación visual molesta actúa sobre ellos).

Los logros motores más significativos durante los tres primeros años de vida son los siguientes:

EDAD	EVOLUCIÓN MOTRICIDAD GRUESA
0-3 mes	Controla la cabeza,
4 meses	Conserva la cabeza erguida cuando son alzados, controlando el cuello. Agarran objetos y se los pasan de una mano a otra.
5 meses	Mantiene erguido el tronco
6-7 meses	Es capaz de sentarse sin ayuda, y empiezan a explorar los alrededores por iniciativa propia, se inicia el gateo.
8-9 meses	Son capaces de ponerse en pie agarrándose de la mano de
	alguien o de otro apoyo. Realizan la pinza con los dedos.
10-11 meses	Se pone en pie sin apoyo.
12 meses	Adquiere la marcha.
14- 24 meses	Perfeccionan la marcha, adquiriendo seguridad en sí mismos. El control de la mano se hace más preciso pudiendo construir una torre de dos cubos.
24 meses- 3 años.	Sube escaleras, corre, salta, puede balancearse sobre un solo pie, saltar a la pata coja. Puede copiar un círculo con bastante precisión.

- **Segunda Etapa:** Etapa de discriminación perceptiva (3-6 años). Esta fase queda determinada por el desarrollo de la capacidad perceptiva y nos vamos a encontrar con un desarrollo de las habilidades que ya poseen. Ha sido denominada también “edad de la gracia”, por la soltura, espontaneidad, y gracia con que los niños/ as se mueven, abandonando la brusquedad y descoordinación de los años anteriores. La evolución en estos años es la siguiente:

4.6	AÑOS	EVOLUCIÓN MOTRICIDAD GRUESA
	3 años	Puede montar en triciclo, arrojar una pelota, correr con seguridad, girar sin caerse sobre sí mismos y saltar con los pies juntos.
	4 años	Pueden saltar sobre un pie, y van adquiriendo ritmo en la marcha.

Motricidad Fina

Una vez mencionada la motricidad gruesa, habiendo leído sus características y logros que tienen que tener el niño de acuerdo a lo estipulado, aunque no todos son iguales y no van a desarrollar en una misma etapa ciertas habilidades, daremos paso a definir la motricidad fina:

Capacidad para utilizar los pequeños músculos para realizar movimientos muy específicos: arrugar la frente, apretar los labios, cerrar el puño, recortar y todos aquellos que requieran la participación de las manos y de los dedos.

La motricidad fina implica un nivel elevado de maduración o nivel neurológico dependiendo de muchos factores, aprendizaje, estimulación, madurez y capacidad personal de cada uno de los niños dependiendo de las edades.

La motricidad fina incluye movimientos controlados y deliberados que requieren el desarrollo muscular y la madurez del sistema nervioso central. Aunque los recién nacidos pueden mover sus manos y brazos, estos movimientos son el reflejo de que su cuerpo no controla conscientemente sus movimientos. El desarrollo de la motricidad fina es decisivo para la habilidad de experimentación y aprendizaje sobre su entorno, consecuentemente, juega un papel central en el aumento de la inteligencia.

Así como la motricidad gruesa, las habilidades de motricidad fina se desarrollan en un orden progresivo, pero a un paso desigual que se caracteriza por progresos acelerados y en otras ocasiones, frustrantes retrasos que son inofensivos. En muchos casos, la dificultad con ciertas habilidades de motricidad fina es temporal y

no indica problemas serios. Sin embargo, la ayuda médica pudiera ser requerida si un niño está por debajo de sus compañeros en muchos aspectos el desarrollo de motricidad fina o si el niño tiene una regresión, perdiendo así habilidades que antes ya tenía.

4.7 Esquema Corporal

Una vez leído lo que es motricidad fina y gruesa otro punto de importancia en la psicomotricidad es el esquema corporal que es definido como:

Es la representación mental del propio cuerpo, tanto en situación estática como dinámica, con sus segmentos y limitaciones y sus relaciones con el espacio y con los objetos.

Adquirir el esquema corporal implica:

- La localización en uno mismo y en los demás de las diversas partes del cuerpo.
- La toma de conciencia del eje corporal.
- El conocimiento de sus posibilidades de movimiento, es decir, la toma de conciencia tanto de la motricidad fina como de la gruesa.
- La situación del cuerpo dentro del espacio y del tiempo.
- La ordenación del cuerpo por medio del ritmo en el espacio y el tiempo.

Vayer (1972) dividió en una serie de etapas el desarrollo del esquema corporal:

- 1. Etapa Material:** (0-2 años): abarca desde los primeros reflejos a la marcha y las primeras coordinaciones motrices, desarrollándose a través del diálogo tónico madre-hijo.
- 2. Etapa Global de aprendizaje de sí mismo:** (2-5 años): desarrollo de la motricidad, produciéndose un conocimiento cada vez más ajustado de su cuerpo de forma global.

3. Etapa de transición: (5-7 años): pasa de un estadio global y sincrético a otro de análisis y diferenciación. Se desarrolla el control postural y respiratorio. Se afirma definitivamente la lateralidad y se da la independencia de los brazos en relación con el tronco.

4. Etapa de elaboración definitiva del esquema corporal: se produce un aumento de las posibilidades de relajación global y segmentaria. el niño/ a toma conciencia de los diferentes elementos corporales y controlan sus acciones.

Objetivos:

- Aprender la denominación de cada segmento o parte corporal.
- Localizar los distintos segmentos corporales de uno mismo.
- Localizar los distintos segmentos corporales del compañero.
- Aprender las funciones de cada parte o segmento corporal
- Aprender a observar.
- Aprender a sentir mejor el cuerpo.
- Desenvolvernó con armonía y precisión en el espacio circundante.

La **adquisición del esquema corporal** se lleva a cabo por:

- *Sensibilidad:*
 - ✓ **Exterioceptiva:** son las informaciones sobre las cualidades externas del propio cuerpo, a través de impresiones cutáneas, visuales, auditivas, gustativas y olfativas.
 - ✓ **Propioceptiva:** es la que se produce a través de las sensaciones recibidas desde los órganos terminales sensitivos situados en los músculos, tendones y articulaciones.
 - ✓ **Interceptiva y visceroperceptiva:** se producen a través de impresiones recibidas desde la superficie interna del cuerpo y de las vísceras.
- *Los desplazamientos:*

- ✓ *Segmentarios*
- ✓ *Globales*

El esquema corporal se elabora al compás del desarrollo y la maduración nerviosa (mielinización progresiva de las fibras nerviosas), de la evolución sensorio-motriz y en relación con el mundo de los demás. El desarrollo del esquema corporal (Vayer, 1985) se ajusta a dos leyes psicofisiológicas, válidas antes y después del nacimiento

4.7.1 Conocimiento de las partes del cuerpo

Una vez que el niño tiene noción de su esquema corporal, ósea que tiene un cuerpo, es necesario que lo conozca, todas y cada una de las partes de su cuerpo a fondo.

El niño percibe su cuerpo a través de todos los sentidos, principalmente a través del tacto, visión y sentido cinestésico. Es importante trabajar todos los segmentos del cuerpo, situar sus miembros, trabajar las diferentes posiciones que hacemos con cada parte de nuestro cuerpo.

Se considera que un niño de 4 años debe conocer ya varias de las partes de su cuerpo. Si un niño de 3 años no sabe indicar su boca, su nariz, sus ojos, sus orejas y sus pies, deberíamos pensar que algo no va bien y acudir al especialista. El niño que no ha adquirido estos conocimientos elementales, carece de interés o lo tiene muy débil. El interés por lo nuevo, la curiosidad, es la fuerza que lleva a la adquisición de las experiencias, una de las condiciones de la inteligencia. Podrían considerarse ciertos conocimientos elementales como medida de inteligencia, de un desarrollo, más o menos, dentro de lo esperado.

4.7.2 Eje corporal

Está materializado por la línea media que representa la columna vertebral investido de funciones tónica, motrices y de orientación espacial.

Es el eje referencial y su integración es un elemento fundamental para la construcción del esquema corporal. Su desconocimiento tiene graves

consecuencias y es responsable principal de las perturbaciones en la percepción espacial del sujeto.

Representa la línea o punto imaginario alrededor del cual un objeto, cuerpo o segmentos de éste rotan o giran.

La estructuración del espacio

Se relaciona con la conciencia de las coordenadas en las que nuestro cuerpo se mueve y en las que transcurre nuestra acción desde los planos espaciales más elementales (arriba, abajo, delante, detrás...) hasta las más complejas de aprender cómo puede ser derecha – izquierda.

El niño se tiene que ir representando su cuerpo en el escenario espacial en el que transcurre su vida y en definitiva tiene que aprender a organizar su acción en función de parámetros espaciales. El espacio se domina antes a nivel de la acción que a nivel de representación. Una correcta estructuración espacial es imprescindible para muchos aprendizajes, como por ejemplo la lectoescritura.

La estructuración del tiempo

Se produce en el niño a través de las rutinas. Aprende a situar su acción en unos ciclos vitales de sueño y vigilia (noche - día, ayer- hoy- mañana, días de la semana).

Hay que tener en cuenta que para el niño las relaciones temporales están muy relacionadas con las acciones en definitiva con las rutinas, la noción de tiempo es compleja y su desarrollo tendrá que continuar durante los años posteriores.

4.7.3 Lateralidad

Se refiere al predominio de una de las dos mitades simétricas del cuerpo. Cada elemento del cuerpo tiene su propia lateralidad, hecho que puede dar lugar a una lateralidad cruzada.

El cuerpo es simétrico, pero se utiliza asimétricamente, de tal forma que muchas personas utilizan el brazo y la pierna de la derecha del cuerpo, mucho más que los mismos miembros simétricos de la parte izquierda, debido a la predominancia de un hemisferio cerebral sobre otro. El control de estos hemisferios sobre el cuerpo es cruzado, es decir, el hemisferio derecho rige el lado izquierdo de nuestro cuerpo, y el izquierdo el lado derecho del eje de simetría de nuestro cuerpo.

Depende de la herencia el ser diestro, zurdo, de lateralidad cruzada o mixta. La lateralidad será total a partir de los 5 años, aunque se define con menos edad.

La psicomotricidad es el dialogo que realizamos con nuestro cuerpo a partir de los movimientos que se van realizando, para posteriormente adquirir elasticidad y mejor movilidad en los músculos, articulaciones, de cada uno de los individuos. Estos movimientos que se realizan suelen no ser dictaminados si no mas bien son incluso hasta rutinarios pues, las madres de los recién nacidos mueven sus manos y las distintas partes de su cuerpo de esta manera estamos ayudando a que el recién nacido valla tonificando su cuerpo y tenga mayor oportunidad de movimiento.

Hoy día existen diversos juguetes o juegos para recién nacidos que favorecen y ayudan en la psicomotricidad de los niños, estos van desde el cubo para meter figuras hasta el peluche de los dibujos animados que le ayuda a caminar al niño, con estas herramientas podríamos llamarlas de esa manera, es más sencillo el favorecer el cuerpo del recién nacido ya que llaman la atención y son sencillos de usar aunque no son tan accesibles para todos los bolsillos; aun así sigue existiendo la vieja escuela como muchas madres lo refieren haciéndolo ellas mismas si bien estos movimientos también favorecen a un apego más sano y completo con la madre quien es el medio de comunicación primario de todo niño y de igual manera que lo realice la propia madre favorecerá a su posterior comunicación social y de la misma manera la parte afectiva emocional del niño.

CAPITULO V: ESTIMULACIÓN TEMPRANA

5.1 Origen de la Estimulación temprana

Ahora bien, para comenzar a hablar de estimulación temprana, mencionaremos un poco acerca de sus orígenes, para contextualizarnos desde que época se viene trabajando esta técnica.

La Organización Mundial de la Salud, refiere que el 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres esferas, refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres.

La estimulación temprana surgió como un recurso terapéutico-educativo que ayuda a los niños de 0 a 3 años con problemas en su desarrollo a alcanzar ciertos objetivos que no alcanzaría por sus propios medios. Graciela Villasanta, directora del Centro de Atención Terapéutica Dra. Lauretta Bender, la describe como “un recurso ubicado entre salud y educación que permite ofrecer al paciente y a su familia la posibilidad de actuar tempranamente sobre las carencias o desviaciones del desarrollo”.

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia en 1997 declara como la primera de 10 acciones básicas la vigilancia del crecimiento y del desarrollo, así como la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor en el niño. Es en los comienzos de la década 2000 -2010 que se está concretando la unificación y promoción de todas las acciones políticas y socioeconómicas pertinentes para un buen logro de estas acciones (Plan de Acción para la Infancia, 2001).

Es necesario e importante que las políticas, las acciones y las estrategias en salud se actualicen de acuerdo al momento, la cultura y los valores de la comunidad, ya que nunca será demasiado el esfuerzo que se realice en aras del bienestar de los niños que son el presente y futuro de toda población.

Las acciones del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, se dividen en: recién nacido, lactante y preescolar (menores de cinco años, y escolar (cinco a nueve años). En México estos grupos de edad representan el 25% del total de la población total (Plan de Acción para la Infancia 2001), lo que significa un porcentaje importante de población que se integrará en el futuro a la adultez productiva.

La estrategia que permitirá consolidar las acciones que en salud se ofrezcan a los menores de dos años, es la Atención Integrada, entendida como el conjunto de acciones que el personal de salud debe proporcionar a la niña(o) menor de dos años, en cada contacto con la unidad de salud, independientemente del motivo de consulta. En este contexto se ubica la evaluación del desarrollo y la estimulación temprana, como piedra angular para favorecer el desarrollo pleno y armónico de todos los niños.

Para la implementación de las acciones de estimulación temprana en las unidades del primer nivel de atención es necesario orientar y capacitar al personal de salud que realizará la estrategia directamente con los padres o cuidadores de los niños. Entre las principales causas de mala atención médica destacan las deficiencias en la capacitación de los trabajadores de la salud.

Tradicionalmente los programas de capacitación relacionados con la prevención y control de la salud se habían impartido en grandes hospitales de concentración alejados tecnológicamente de las áreas en las que el personal de salud del primer nivel presta sus servicios (Programa Estratégico de los Centros Estatales de Capacitación, 2002-2003), por lo que es importante considerar la capacitación como elemento indispensable en la satisfacción personal de los trabajadores y en el desempeño de su trabajo desde la perspectiva del desarrollo humano, definido éste como "proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del individuo", que lo coloca como el centro y sujeto primordial del desarrollo por medio del crecimiento económico con equidad social, que se sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región. (Izquierdo, 2012)

5.2 Definición de la Estimulación Temprana

Después de conocer la historia de la estimulación temprana es necesario que conozcas las más actuales definiciones de la misma para de ahí partir y tener una idea más clara de lo que es la estimulación temprana en la actualidad.

La estimulación temprana es el conjunto de medios, técnicas, y actividades con base científica y aplicada en forma sistemática y secuencial. Se emplea en niños/as desde su nacimiento hasta los 6 años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas, emocionales y sociales, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres con eficacia y autonomía en el cuidado y desarrollo del infante. El papel unido de familia y escuela trabajando unidos y al unísono en este proceso y en este periodo es esencial. (Andalucía, 2011)

La estimulación temprana en niños/as sanos/as (sin ninguna patología asociada o ninguna deficiencia de tipo física, cognitiva y/o sensorial) desde ningún punto de vista es una terapia, ni un método de enseñanza formal. Los niños/as desde que nacen reciben estímulos externos al interactuar con otras personas y con su entorno. Cuando estimulamos a nuestros bebés les estamos presentando diferentes oportunidades para explorar, adquirir destrezas y habilidades de una manera natural y entender lo que sucede a su alrededor.

Cada etapa de desarrollo necesita de diferentes estímulos que se relacionan directamente con lo que está sucediendo en el desarrollo individual de cada niño/a. Es muy importante respetar este desarrollo individual sin hacer comparaciones o presionar al niño/a.

5.3 Objetivos de la Estimulación Temprana

Si bien la estimulación temprana son una serie de ejercicios, para mejorar o bien para fortalecer alguna extremidad o área del cuerpo, según algunas definiciones, tienen un porque por lo cual a continuación se mencionarán.

El objetivo de la estimulación no es acelerar el desarrollo, forzando la niña\o a lograr metas que no está preparado para cumplir, sino el reconocer y motivar el potencial de cada niño/a en particular y presentarle retos y actividades adecuadas que fortalezcan su autoestima, iniciativa y aprendizaje. Las investigaciones médicas han avanzado muchísimo y, hoy, sabemos mucho más sobre el desarrollo del cerebro infantil y la importancia que tienen los primeros años de vida. Estamos totalmente seguros de que la estimulación que un niño/a recibe durante sus primeros años constituye la base sobre la cual se dará su desarrollo posterior. (Andalucía, 2011)

El objetivo principal que persigue la estimulación temprana de las inteligencias es que el niño resuelva situaciones problemáticas en las que intervengan el mayor número posible de inteligencias efectivas.

Para conseguirlo será necesario estimular los procedimientos que ayuden a esta finalidad: “observación, atención, repetición, memorización, movimiento, expresión, copia, imaginación, investigación, creatividad, manipulación, exploración, actuación, hipotetización, descubrimiento, discriminación, imitación, categorización, generalización, conceptualización, asociación, transgresión, revisión, comportamiento, emoción, juego, reflexión, pensamiento, meta cognición, resolución”.

5.4 Importancia de la Estimulación Temprana

Con respecto a la estimulación temprana busca que el niño logre la resolución de situaciones problemáticas en las que pueda utilizar el mayor número de habilidades y destrezas posibles. Por lo cual también es importante esta serie de ejercicio y enseguida mencionaremos el porque más concreta y detalladamente.

“La estimulación temprana es importante por tener un sustento científico para su aplicación en el proceso de desarrollo en las diferentes etapas en niñas y niños de 0 a 5 años, es acogida como parte de la formación profesional a educadores del jardín de niños, que con conocimientos relacionados con la realidad ponen de

manifiesto sus capacidades. También debemos indicar que la estimulación temprana facilita desarrollar las habilidades y destrezas de todos los movimientos y reacciones naturales, para potenciar de manera organizada y progresiva en cada una de las etapas de desarrollo de niños y niñas”.³

La estimulación temprana busca estimular al niño de manera oportuna, el objetivo no es desarrollar niños precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural, sino ofrecerle una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes.

5.5 Áreas de la Estimulación Temprana

A continuación, describiremos las áreas que favorece la estimulación temprana.

Antolín, M. (2004), fundamenta la importancia en la estimulación temprana el conocimiento de las áreas que se desarrollan en el niño.

a) Área cognitiva

- La percepción:

Estimular la percepción se vincula con la selección y el reconocimiento de formas, colores, tamaños, texturas. También se relaciona con la posibilidad de analizar y descubrir las relaciones de parte todo en los objetos que rodean al niño.

- La Inteligencia:

Para estimular la inteligencia deberán seguirse los postulados piagetianos, mediante experiencias sensoriales y motrices entre los cero y los dos años de vida, luego entre los dos y los seis años, se deberán intensificar las experiencias que le permitan al pequeño representar de algún modo la realidad en la que vive.

- La atención:

³ ENCICLOPEDIA GUÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO, 2001; **La Estimulación Temprana** Tomo # 1, Edit. Gráficas Mármol S.L. Madrid España. Pág. 5

De forma gradual, el pequeño podrá sostener esta función durante períodos de tiempo más largos; esto posibilitará un importante avance en su capacidad de aprender y de apropiarse de la realidad.

- La memoria:

La memoria reciente y remota deberá ser ejercitada para asegurar un adecuado archivo de las experiencias, de modo tal que puedan ser evocadas por el niño cada vez que resulte necesario.

- El lenguaje:

El lenguaje es un instrumento indispensable para la adquisición de nuevos conocimientos. Asimismo, posibilitar la expresión y la comunicación de estados anímicos y de sucesos externos.

- La comprensión:

Este aspecto del área cognitiva quedará estrechamente ligado a los procesos de pensamiento.

- El pensamiento:

El pensamiento surgirá alrededor de los dos años de vida, con el incremento del lenguaje oral. La estimulación de la capacidad de pensar permitirá que el pequeño organice sus creencias e ideas previas acerca de la realidad. Así podrá elaborar sus primeras argumentaciones acerca de los hechos en los que participa o es espectador. El niño es el esta área donde absorbe todo tipo de información es por lo mismo que los adultos deben saber cómo estimular al niño.

- La imaginación:

La imaginación de hechos que puedan acontecer en un futuro se relaciona con el incremento de la capacidad de anticipación del niño, indispensable para la organización de sus acciones. Se debe proporcionar al niño material para que el

desarrolle su imaginación a través del pensamiento, de la pintura, de la memoria auditiva y la práctica.

- La fantasía:

Es una facultad ligada al despliegue de la creatividad infantil. A la edad inicial el niño es muy fantasioso y se logra con él un desarrollo altamente mejorado con estímulos.

b) Área afectivo-social

- La aceptación de la separación:

Debe estimularse la aceptación de la separación temporaria, que el niño debe hacer respecto de su familia, mientras asiste a su ciclo escolar.

- La adaptación al cambio: acontece entre la dinámica interna de la familia y la dinámica institucional. Para adaptarse, el niño deberá adecuarse a nuevos ritmos y rutinas diarias, debe los padres influirlos a los ambientes que los rodean para lograr la aceptación de cambios.

- La significación de los espacios institucionales como propios:

Si el niño experimenta este aspecto, tendrá un sentimiento de pertenencia que le permitirá vivenciar el jardín como un segundo hogar. Se toman en cuenta que de la edad escolar el niño debe adaptarse y sentirse bien para lograr una buena adaptación a su centro de educación escolarizado o no escolarizado.

- La expresión de emociones y estados de ánimo:

El niño deberá manifestar lo que siente de un modo cada vez más socializado.

- La paulatina autonomía:

Este aspecto se refleja en las conductas de auto valimiento ante la resolución de pequeños conflictos, en situaciones de búsqueda de conocimientos y más.

- Las interacciones con pares:

El intercambio posibilitará el surgimiento de un creciente proceso de socialización.

- El deseo de saber:

El niño por naturaleza experimenta esta necesidad en relación con todo lo que lo rodea. Por lo tanto, el docente deberá ayudarlo a ver, a comprender y a organizar la realidad de acuerdo con las posibilidades madurativas de su edad.

- La motivación:

Es preciso estimular, con menor o mayor grado de exigencia, la motivación del niño para que se aboque a diferentes clases de actividades, el niño tiene que socializarse con juegos, trabajos de grupo e inter aulas y así se lograra motivarlo.

- La paulatina apropiación de valores:

Debe estimularse la cooperación, la solidaridad, la importancia de las conductas responsables y más, inculcarle al niño además de buenos hábitos, la práctica tanto en el aula como en casa, el niño debe mantener una conducta, en la cual la formación es un tanto adecuada como formal, para lograr que el niño desde su primaria infancia sea formado con principios.

c) Área psicomotriz

- La motricidad gruesa:

Estimular este aspecto, admitirá la larga conquista de la marcha, del salto, de la carrera y de otras destrezas más evolucionadas.

- El equilibrio postural:

Estimular el equilibrio postural permitirá que el niño adquiera un creciente dominio de su cuerpo en distintas situaciones.

- La motricidad fina:

El niño obtendrá ciertos dominios de sus manos en la medida en que se estimule adecuadamente su motricidad fina.

- La coordinación perceptiva motriz:

Este aspecto posibilitará integrar los registros sensoriales con el movimiento. Ello incrementará la capacidad de que el niño dé respuestas a diferentes tipos de situaciones.

d) Área de lenguaje

Está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos:

- La capacidad comprensiva, la capacidad expresiva y la capacidad gestual.
- La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento, ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos con la realidad percibida y dándoles un significado para luego imitarlos.

5.6 Áreas de Trabajo en la Estimulación Temprana

La estimulación temprana une la adaptabilidad del cerebro a la capacidad de aprendizaje, y consigue que los bebés sanos maduren y sean capaces de adaptarse mucho mejor a su entorno y a las diferentes situaciones. No se trata de una terapia ni de un método de enseñanza formal. Es una forma de orientación del potencial y de las capacidades de los más pequeños. Cuando se estimula a un bebé, le estaremos abriendo un abanico de oportunidades y de experiencias que le harán explorar, adquirir destrezas y habilidades de una forma más natural, y entender lo que ocurre a su alrededor.

Los tipos de la estimulación temprana que se trabajan son:

Lenguaje

- Con actividades de tipo visual, auditivas y manipulativas

- Formación de conceptos: Como clasificar objetos, conceptos de posición, conceptos de la vida diaria.
- Comprensión el significado de los objetos, personas, acciones
- Comprensión verbal.
- Lenguaje expresivo.

Multisensorial

- Aprovechamiento y uso de los medios auditivos y visuales.
- Sistemas de comunicación.
- Estimulación auditiva y táctil.
- Estimulación de todos los sentidos, mediante experiencias de juego y exploraciones.
- Coordinación de la movilidad y desplazamiento.
- Analizar información.
- Se trabajan habilidades que requieren las tareas diarias.

Control del movimiento corporal

- Se trabaja todo el cuerpo, pero se hace hincapié si tienen algún miembro afectado.
- Estimular todas las vías de percepción
- Fisioterapia
- Relajación.

Identidad y autonomía

- Se realizan tareas que potencien la autonomía: en la alimentación, en el baño, en vestirse, etc.
- Practicar el control de esfínteres

Social

- Comunicarse con el medio que le rodea: personas, objetos.
- Tomar conciencia de su entorno y fijar su interés en él.
- De esta forma se va a lograr optimizar un mejor resultado en cuanto a la estimulación temprana si se logran fortalecer las distintas áreas de la estimulación temprana a partir de la aplicación de los tipos de estimulación temprana. (Física, 2007)

La estimulación temprana es como tal un conjunto de ejercicios, técnicas ya establecidos previamente para favorecer las distintas áreas de trabajo de la misma que van a ayudar al niño a tener una mejor movilidad y tono muscular, así mismo mejorar su desarrollo cognitivo, afectivo, intelectual, emocional de su vida adulta.

Los beneficios que trae el recibir estimulación temprana comienzan a notarse durante los primeros años de vida escolares del niño ya que mientras para algunos niños resulta sencillo amarrarse las agujetas o insertar una cuenta en un agujeta, para otros les puede causar un conflicto, esto la mayoría de las veces se relaciona con un niño no estimulado adecuadamente pues puede que de alguna manera no haya desarrollado esa psicomotricidad previa, o bien que los ejercicios que lo estimularon no fueran lo suficientemente bien ejecutados por lo cual al niño se le complicaba el hecho de como atarse los cordones de los zapatos o en otro caso como insertar una cuenta pequeña en un hilo o bien en una agujeta.

Este tipo de estimulación lo reciben regularmente en el jardín de niños en donde los maestros o docentes piden a los padres cierto material para poder trabajarlo con los niños e incluso en algunas escuelas realizan ejercicios con ayuda de los padres para favorecer a un apego mayor de padres a hijos y esto también mejora hasta la propia convivencia familiar.

CAPITULO VI: DISCAPACIDAD

6.1 Antecedentes de la discapacidad

Otro punto es hablar sobre la discapacidad, ya que es parte la muestra en donde queremos identificar los beneficios de la estimulación temprana, antes que nada, comenzaremos mencionando un poco de los antecedentes mundiales de la discapacidad y enseguida mencionaremos los antecedentes de México.

Desde la prehistoria, las concepciones y tratamientos de que son objeto las personas con discapacidad oscilan entre dos perspectivas opuestas: un enfoque o actitud activa, que considera la deficiencia o problema en las funciones o estructuras corporales como una enfermedad que puede subsanarse, lo cual se traduce en prevención, tratamientos e integración, y otro enfoque o actitud pasiva, que señala que la deficiencia es fruto del castigo de dioses, del pecado o del demonio, lo que se traduce en rechazo y segregación (Aguado, 1993). Así, en cada etapa de la historia han coexistido las actitudes de apoyo y de rechazo hacia las personas con discapacidad (Pereda, de Prada, Actis, 2003).

Como ejemplo de las primeras, existen indicios de que nuestros antepasados practicaban la trepanación, como una forma de curación de lesiones craneales, y ciertas formas de tratamiento de las dificultades funcionales del aparato locomotor, de reducción de fracturas y de cirugía de los huesos. La perspectiva opuesta se manifiesta en el infanticidio y en la eliminación o el abandono de los sujetos que no podían realizar las actividades necesarias para la subsistencia (Aguado, 1993; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2004; Juárez et. al., 2006; Fernández, 2008; Iañez, 2009).

Durante la antigüedad, las actitudes negativas se presentaron en diversas culturas. En la India, los niños que nacían con cualquier deformidad eran arrojados al Ganges. En Mesopotamia y Persia, la discapacidad era considerada un castigo de dioses o posesión de los espíritus del mal, mientras que en Asiria y Babilonia se estimaba que era un castigo de los dioses por un pecado de quien la padece. Sin

embargo, en algunas de esas culturas también se hay señales de la actitud contraria; por ejemplo, en la India, Buda defiende los principios de compasión, caridad y generosidad, mientras que en Mesopotamia se practicaba la cirugía y otros tratamientos para diversas dolencias, lo que sugiere que no se excluía a las personas con enfermedades crónicas (Juárez et al., 2006).

En el continente americano, los indios Salvas de Suramérica daban muerte a los individuos con alteraciones físicas, mientras que en otras tribus era norma general, cuando las circunstancias obligaban a una emigración masiva, el abandono de quienes no eran capaces de valerse por sí mismos. Una excepción, la constituyó la tribu de indios Pies Negros de Norteamérica, que cuidaba de las personas con discapacidad, aunque ello representase un sacrificio para los intereses comunes (Hernández, 2001). En una posición similar, donde predomina la actitud activa, se ubican las civilizaciones de China y Egipto. En la antigua China, algunos individuos con discapacidad tenían la posibilidad de incorporarse activamente a la sociedad, y existen descripciones de cinesiterapia (tratamiento de enfermedades y lesiones mediante la utilización del movimiento).

Por su parte, los egipcios legaron las primeras manifestaciones de aparatos ortésicos y protésicos; además, se han encontrado inscripciones en relieves de personas con discapacidad con cierta relevancia social (Aguado, 1993; Juárez et al., 2006). En la antigua Grecia, tanto en Esparta como en Atenas, "el Estado tenía la facultad de evitar que sus ciudadanos fuesen deformes o contrahechos, ya que en esos casos no serían provechosos a las necesidades de la comunidad" (Palacios, 2008: 40). Así, se practicó el infanticidio motivado por la eugenesia, acto que era respaldado por filósofos como Sócrates, Platón y Aristóteles. No obstante, con las reformas de Pericles, importante político ateniense, se comenzó a atender a enfermos y desvalidos en casas de convalecientes (Fernández, 2008). Atenas es la única comunidad antigua que se tiene constancia de financiamiento con provisiones para los pobres, entre los que se incluían a las personas con discapacidad; además, los soldados que adquirirían una discapacidad como

consecuencia de su participación en la guerra, llegaron a recibir pensiones (Palacios, 2008). Hipócrates, considerado el padre de la medicina, es el primero en atribuirle causas biológicas a los trastornos mentales (Aguado, 1993).

En Roma, el trato hacia las personas con discapacidad se inclinó un poco en la perspectiva negativa. El infanticidio fue una práctica corriente y, durante el imperio, se extiende la costumbre de mutilar a niños y jóvenes para mendigar; a esto se agrega la venta de niños como esclavos y la compra de personas con discapacidad para diversión (Aguado, 1993). A pesar de ello, en ciertas prácticas y en algunos gobernantes es posible distinguir rasgos de la actitud contraria. Por ejemplo, los soldados romanos con una discapacidad producto de la guerra compartían el reparto de artículos como comida, dinero y territorios (Palacios, 2008).

Entre los gobernantes, Augusto fomenta la ayuda estatal a los necesitados, mientras que Vespasiano abre escuelas de medicina y promueve el desarrollo de los hospitales. Finalmente, en los últimos años del imperio romano y bajo la influencia del cristianismo, fue fundado en Cesárea de Capadocia el primer hospital del que se tiene noticias, por el obispo San Basilio hacia el año 370 (Aguado, 1993; INEGI, 2004; Juárez et al., 2006).

El cristianismo primitivo influyó positivamente en las actitudes hacia las personas con discapacidad. La bondad de Cristo se volcó hacia ellos y los incorporó a la comunidad de la que habían sido desechados (Aguado, 1993).

Durante la Edad Media, se crean asilos, hospitales u orfanatos, y otras entidades como Gremios, Cofradías, Hermandades o Montepíos como sistemas de previsión social, encargándose de auxiliar en caso de enfermedad, invalidez, vejez y muerte (Fernández, 2008). Sin embargo, también es la época cuando las personas con discapacidad, incluidas dentro del grupo de pobres y mendigos, eran objeto de diversión y de ridículo; muchas ejercían el oficio de bufones, divirtiendo a los habitantes de los castillos. Las niñas y los niños con discapacidad fueron utilizados para mendigar, ya que motivaban la caridad en mayor medida que cualquier otro

mendigo (Palacios, 2008). Así, las personas con discapacidad tuvieron un doble tratamiento. Por un lado, el humanitario y misericordioso y por otro, el cruel y marginador, en ambos casos el resultado era la exclusión (Palacios, 2008).

En el siglo XII, el nacimiento de la Inquisición produjo un cambio sustancial que supuso la culminación de la llamada tradición demonológica, cuyo auge se sitúa hacia fines del Medievo y principios del Renacimiento (Palacios, 2008). Su inicio se ubica en los albores de la Edad Media, cuando los preceptos cristianos fueron traducidos por la iglesia, dando lugar a la consideración de la discapacidad como consecuencia de posesión diabólica (INEGI, 2004). Pronto nace la idea de atribuirles actos de hechicería y brujería por pactos hechos con Satanás, creencia que les consigue el odio y la animadversión (Hernández, 2001).

En los siglos XII y XIII aumentó el número de personas enfermas y con discapacidad, como consecuencia de las frecuentes guerras y las grandes epidemias, fue entonces cuando las legiones de mendigos llegaron a constituir una amenaza social (Palacios, 2008). No obstante, durante la época medieval, el naturalismo griego es conservado y promovido por los árabes, quienes contaban con sanatorios mentales y hospitales dirigidos por médicos, con tratamientos humanitarios a base de música, danza, espectáculos, lecturas de relatos, prácticas de masajes y baños para múltiples enfermedades (Aguado, 1993).

Más adelante, el mismo naturalismo, reintroducido desde el Imperio bizantino, constituye la base sobre la cual aparece el humanismo en Europa durante el siglo XIV. Con ello inicia el tránsito de la concepción demonológica a otra de corte naturalista, de la idea de pecado a la de enfermedad, aunque persisten la mayoría de las ideas y prácticas medievales (Aguado, 1993); es cuando se desarrolla la medicina y las prótesis, disminuye la influencia de la iglesia, se reconoce la responsabilidad del Estado para ocuparse de las personas con discapacidad y comienzan las intervenciones estatales marcadas por un enfoque asistencial e institucional (Fernández, 2008; Iañez, 2009).

En el siglo XV, la tradición de la caridad cristiana era el único medio de supervivencia para quienes carecían de recursos, entre ellos, las personas con discapacidad. Pero al iniciarse el siglo XVI, se genera una asimilación entre pobre y criminal y se desplaza la santificación de la pobreza ante las nuevas exigencias burguesas de orden y utilidad; a partir de estos siglos, las personas con discapacidad se consideran sujetos de asistencia (Verdugo, 1995). En el siglo XV fray Gilabert Jofre funda en Valencia la primera institución (asilo u orfanato) para atender a enfermos psíquicos y deficientes mentales (Ortiz, 1995). Mientras que, en el siglo XVI, el filósofo español Juan Luis Vives humaniza el tratamiento para los desvalidos, defiende la educación y el trabajo como elemento de rehabilitación social de las personas con discapacidad (Hernández, 2001).

Por su parte, el monje benedictino Pedro Ponce de León inicia los primeros ensayos para la educación de personas con problemas de audición en el monasterio de San Salvador de Oña, en la provincia de Burgos, España (Ortiz, 1995). En Inglaterra, a partir de 1531 se generan disposiciones normativas a favor del reconocimiento de la responsabilidad pública respecto de los marginados, incluidas las personas con discapacidad, que culminan con las "leyes de pobres" de 1601; de ese modo, la caridad privada de los monasterios medievales fue dejando paso a un nuevo concepto de solidaridad: la asistencia pública (Palacios, 2008).

Por otro lado, en el siglo XVII, por toda Europa se fueron extendiendo dos aspectos médicos fundamentales para el beneficio de las personas con discapacidad, la cirugía ortopédica, impulsada por el francés Ambrosio Paré, y la confección de prótesis y aparatos ortopédicos, desarrollada en Alemania (Hernández, 2001). En la siguiente centuria, como antecedente de la llamada educación especial, Jacobo Rodrigo Pereira crea en Francia un alfabeto de signos, que fue mejorado y sistematizado por el abad de l'Épée, quien funda la primera escuela pública en Francia para la educación de las personas con problemas de comunicación y de audición. También en la misma época, Valentín Haüy crea en París el primer Instituto de Jóvenes Ciegos, donde posteriormente acudiría Louis Braille, creador

del actual sistema de lectoescritura sobre la base de los puntos en relieve (Ortiz, 1995). Durante el siglo XIX, las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad experimentan cambios importantes, se extiende la idea de que necesitan ayuda, es decir, trabajo e instrucción profesional y no limosnas (Hernández, 2001); florece la educación especial con la participación de médicos, educadores y psicólogos; se fundan numerosas instituciones privadas para proteger, estudiar y tratar a las personas con discapacidad; mientras que la ortopédica y los intentos de corrección quirúrgica favorecen la aparición de una nueva conciencia que procuraba una vida digna para este colectivo (Juárez et. al., 2006); sin embargo, persiste la idea de que la discapacidad es fruto del pecado, por lo que la alternativa que se ofrece para las personas con esa condición es el aislamiento y la reclusión (Iañez, 2009).

El siglo XX trajo avances sociales que se manifiestan en medidas legales e institucionales en favor de las personas con discapacidad, pero también grandes retrocesos como lo que se les hizo durante las guerras mundiales: desde las cámaras de gas hasta su participación activa en la contienda y su vuelta a la reclusión en tiempos de paz (Aguado, 1993). Entre fines del siglo XIX y la II Guerra Mundial se avanza en la identificación y explicación de muchos trastornos, que se relacionan tanto con factores físicos (bioquímicos, traumáticos o perinatales) como psíquicos (formas de aprendizaje o de socialización infantil). Además, los gobiernos se involucran más activamente en favor de la atención educativa y asistencial de las personas con discapacidades, pero prevalece el etiquetamiento y una política más bien paternalista que refuerza nuevas formas de discriminación social (Pereda et. al., 2003).

Después de la Primera Guerra Mundial se establecen los principios de la rehabilitación médica, aunque sus actividades empezaron a desarrollarse tal como las conocemos hasta fines de la Segunda Guerra (Amate, 2006a). En 1919, el médico francés Gabriel Bidou comienza a utilizar el término recuperación funcional para designar al método de rehabilitación cuyos principales objetivos eran obtener

una mayor autonomía personal y devolver al paciente el máximo de posibilidades profesionales y sociales (Wirotius, 1999). En el mismo año, en el marco del Tratado de Versalles, se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entidad que ha tenido un papel decisivo en la promulgación de leyes y normas gubernamentales que buscan proteger los derechos de las personas con discapacidad, así como en la promoción y desarrollo de programas de rehabilitación profesional (Di Nasso, 2011).

Unos años después, durante la XVI Conferencia Internacional del Trabajo promovida por dicha organización en 1932, se plantea la necesidad de establecer un seguro por invalidez, vejez y defunción, derivado de un derecho adquirido como contrapartida del esfuerzo pedido al trabajador durante su jornada laboral (INEGI, 2004). Con ello, inicia la modificación del enfoque asistencialista y se avanza hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad.

La Segunda Guerra Mundial supone un punto de inflexión que, entre otras cosas, trajo consigo el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación, la preocupación por los programas de contenido social, la extensión de la seguridad social y la ampliación de los servicios sociales (Bofill, 2008). En la segunda mitad del siglo XX se producen transformaciones que ponen el acento, sobre todo, en el origen social de las discapacidades y, como correlato, en la prevención, la rehabilitación y la inserción comunitaria. Frente a la intervención individualizada tradicional y el internamiento en los casos más graves (psiquiátricos), ahora se favorecen los centros de salud y los servicios comunitarios; y de cara a los "centros especiales" de educación o trabajo, se defiende la inclusión y normalización escolar y laboral con los apoyos necesarios (Pereda et. al., 2003).

Al finalizar el conflicto bélico en 1945, se funda la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un año después se incorpora la Organización Internacional del Trabajo (OIT), especializada en el fomento de la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos, y en 1948 se crea la

Organización Mundial de la Salud (OMS), enfocada en la gestión de políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial (Blanco y Sánchez, 2006). Ese mismo año, la Asamblea General de la ONU proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, origen inmediato de las normas jurídicas que asumen la protección y los derechos de las personas con discapacidad. (De Lorenzo, 2003).

Durante su primera década de trabajo en el ámbito de la discapacidad, las Naciones Unidas se esforzaron por proporcionar a ese sector de la población una perspectiva de bienestar. En 1950, junto con otras organizaciones, enfatiza la necesidad de establecer normas internacionales para la educación, el tratamiento, la capacitación y la colocación de las personas discapacitadas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], s.f.). Sin embargo, a mediados del siglo XX aún se creía que las personas con discapacidad se desarrollaban mejor en ambientes creados especialmente para ellos y sus necesidades. Así, se hicieron escuelas especiales, centros de trabajo y de recreación, y aunque se obtuvieron algunos resultados positivos, pronto se cuestionó que las personas con discapacidad estuvieran aisladas, sobre todo porque no se lograba satisfacer su necesidad más importante; es decir, fomentar su participación en la sociedad (Priante, 2003). En este contexto, durante el decenio de 1960, la Organización de las Naciones Unidas impulsa la participación de las personas con discapacidad en una sociedad integrada, para lo cual, lanza una campaña de información pública mediante la distribución periódica de publicaciones en el reciente campo de las políticas en materia de discapacidad; al concluir ese decenio, tuvo lugar un cambio hacia un nuevo modelo social para tratar la discapacidad (ONU, s.f.).

Las organizaciones internacionales adoptaron los principios de normalización e integración, con los que se pretendía proporcionar los recursos que cada persona requiere en función de sus limitaciones, para que pueda desarrollarse lo más posible en los ambientes normales en que se desenvuelve (Priante, 2003). En el ocaso de esa década, personas con discapacidad que vivían en instituciones

residenciales en los Estados Unidos y en el Reino Unido, toman la iniciativa e impulsan sus propios cambios políticos.

Estos "activistas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unen para condenar su estatus como 'ciudadanos de segunda clase'. Reorientan la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que —según alegaban— discapacitaban a las personas con discapacidad. De este modo, la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abre un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria" (Palacios, 2008: 107).

Por otra parte, en un informe del comité de expertos en rehabilitación de la Organización Mundial de la Salud se señala que la rehabilitación aplicada a estas personas consiste en la utilización combinada y coordinada de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales para entrenar o reentrenar al individuo hasta conseguir el nivel más alto posible de capacidad funcional (Bofill, 2008).

El decenio de 1970 significa el comienzo de un nuevo acercamiento a la discapacidad. Los derechos humanos empiezan a gozar de una mayor aceptación internacional. Por ejemplo, en el marco del naciente movimiento de Vida Independiente, en 1972 se inauguró en los Estados Unidos el primer Centro de Vida Independiente, dirigido por personas con discapacidad, donde se abordan sus problemas como cuestiones sociales, trabajan con una amplia gama de deficiencias en las funciones o estructuras corporales y apuntan a la integración en la comunidad como su principal objetivo (Palacios, 2008).

Esta experiencia se multiplica en los Estados Unidos y Europa, convirtiéndose en uno de los pilares de la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad. En el Reino Unido, como un epílogo del trabajo de activistas y académicos con discapacidad, la Unión de Personas con Discapacidad Físicas

contra la Segregación, (UPIAS, por sus siglas en inglés) propone en 1976 un conjunto de ideas a las que denominó "Principios Fundamentales de la Discapacidad", las cuales más tarde fueron presentadas como el modelo social de la discapacidad (Palacios, 2008). Mientras que, en Suecia y Canadá, conducido fundamentalmente por padres de personas con discapacidad intelectual, aflora el principio de desinstitucionalización, con el que se busca mudar a las personas con discapacidad de las instituciones a la comunidad, dicho principio se basa en otro, el de normalización, el cual afirma que las personas con discapacidad deben vivir en el entorno más normal posible; esto es, adaptado a las necesidades de todos (Palacios, 2008).

En esta época, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta dos de sus principales declaraciones en materia de discapacidad: la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1975. La primera proporciona un marco para la protección de los derechos mediante la adopción de medidas a nivel nacional e internacional; mientras que la segunda, reafirma los derechos de las personas a la educación, a la atención sanitaria y a servicios de colocación (ONU, s.f.).

Con ello, este organismo da sus primeros pasos hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad (Blanco y Sánchez, 2006). Por su parte, como alternativa al modelo tradicional de organización de los servicios de rehabilitación, al final del decenio de 1970, la OMS impulsó la estrategia de Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), con un enfoque basado en un alto grado de participación de las comunidades (Amate, 2006c).

El objetivo de dicha estrategia es asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes, y alcancen la plena inserción social en el seno de su comunidad y de la sociedad (Organización Internacional del Trabajo [OIT], Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia

y la Cultura [UNESCO] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). En 1980, con la publicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la OMS aporta una perspectiva de lo social en el concepto de discapacidad que ayuda en la inclusión del entorno en la valoración de las consecuencias de la discapacidad.

Por su parte, la OIT aprueba en 1983 el Convenio 159 y la Recomendación 168, que establecen medidas positivas, a nivel nacional, para el desarrollo de servicios de readaptación profesional y empleo para personas con discapacidad (Blanco y Sánchez, 2006). En 1981 la ONU celebra el Año Internacional de los Impedidos y un año después aprueba el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, que reestructura la política en materia de discapacidad en torno a tres esferas: prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades; también ese año se proclama al periodo que va de 1983 a 1992 como el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos. Comienza así una nueva era que trata de definir la discapacidad en términos de la relación entre las personas con discapacidad y su entorno y, con ello eliminar los obstáculos impuestos por la sociedad a la plena participación de las personas con discapacidad (ONU, s.f.).

Por otro lado, la presencia del tema de la discapacidad en el discurso público, también estimula la demanda de estadísticas sobre el mismo, evidenciando la importancia de ampliar su cobertura hacia aspectos sociodemográficos y económicos, del entorno, el acceso y la adaptabilidad de las personas con discapacidad. Dicha exigencia de información no sólo emana de su necesidad como insumo para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas, sino también del imperativo ético de asegurar el ejercicio de los derechos de este grupo de población (Stang, 2011). Entre 1988 y 1996, la Comunidad Europea pone en práctica dos programas para personas con discapacidad, Helio I y Helios, con el objeto de promover la integración económica y social, así como la vida independiente; éstos permitieron a muchas organizaciones que operaban a nivel local, nacional y comunal compartir experiencias y discutir conjuntamente sobre la

discapacidad en Europa; algunas de ellas se constituyeron en el Foro Europeo de la Discapacidad (European Disability Forum), cuyas actividades son esenciales para el movimiento europeo de las personas con discapacidad (Zolkowska, Kasior-Szerszen, Blaszkiewicz, 2003).

En 1990 fue aprobada la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), que lucha contra la discriminación de las personas con discapacidad desde una perspectiva integral y explícita. Mientras que en el Reino Unido se aprueba en 1995 la Ley de Discriminación por Discapacidad (DDA), para acabar con la discriminación que enfrentan (Technosite, 2009).

Por otro lado, al concluir el Decenio de los Impedidos en 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas declara el 3 de diciembre de cada año Día Internacional de las Personas con Discapacidad, y hace hincapié en la importancia de la integración plena de este colectivo en la sociedad. Un año después aprueba las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, que resumen el mensaje del Programa de Acción Mundial y establecen las condiciones previas para la igualdad de oportunidades y de participación en diversas esferas (ONU, s.f.).

Las Normas, que instituyen la obligatoriedad de ofrecer a las personas con discapacidad las mismas oportunidades disponibles que al resto de la sociedad, además son el instrumento base para la formulación de políticas y para el desarrollo de acciones de cooperación técnica y económica (Blanco y Sánchez, 2006). Por su parte, el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos promulga en 1999, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, cuyos objetivos son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación y propiciar su plena integración en la sociedad (Organización de Estados Americanos [OEA], 1999). La Convención da un paso adelante al definir discapacidad, en su artículo I,

como una condición que se agrava de acuerdo con el entorno económico y social (Astorga, 2004).

No obstante, en diversas regiones del mundo no disminuye la presencia de actitudes negativas hacia la discapacidad. Por ejemplo, en el informe de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad sobre el análisis al Decenio de las Naciones Unidas para personas con discapacidad en Latinoamérica realizado en 1993, se señala que gran parte de las personas con discapacidad nunca accedieron a la habilitación o rehabilitación acorde a sus necesidades mínimas, los sistemas de seguridad social son más que insuficientes y todavía se niega el derecho a la integración plena (Toledano, 2007). Aunado a ello, la no obligatoriedad de su cumplimiento debilita a las normas uniformes, lo que da origen, al inicio del siglo XXI, a una nueva iniciativa, la cual demanda que las Naciones Unidas adopte una Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.

En 2001, la OMS concluye el proceso de revisión de la CIDDM con el lanzamiento de una nueva clasificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que usa un enfoque biopsicosocial de la discapacidad y busca eliminar el elemento de estigmatización y discriminación que toda clasificación tiende a producir (UIPC e IMSERSO, 2003). En el otoño de ese año, México propone a la Asamblea General de la ONU crear un Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Cinco años después, en diciembre de 2006, la Asamblea General aprueba la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, y en marzo de 2007 la abre para su firma, junto con su Protocolo Facultativo, entrando en vigor en mayo de 2008, después de recibir su 20ª ratificación (ONU, s.f.).

La Convención, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el disfrute pleno e igualitario de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente, dota al

Derecho internacional de un instrumento jurídicamente vinculante para que los gobiernos introduzcan gradualmente cambios en sus legislaciones, referentes a mejorar y promover el acceso a la educación y al empleo de las personas con discapacidad. Asimismo, prevé acceso a la información y a sistemas de salud adecuados; garantías para la movilidad, sin obstáculos físicos ni sociales, así como proteger y garantizar la igualdad plena con las demás personas. La Convención no sólo implica la elaboración de leyes y medidas para asegurar los derechos de las personas con discapacidad, sino que además representa un cambio de paradigma hacia las personas con discapacidad, en tanto que acuerda eliminar legislaciones, prácticas y costumbres que las discriminen (Blanco y Sánchez, 2006).

Así, el mundo contemporáneo asume la plena integración de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos y no como un privilegio otorgado. La discapacidad, entendida en su contexto social, es mucho más que una mera condición: es una experiencia de diferencia, frecuentemente una experiencia de exclusión y de opresión. Por ello, lograr que alcancen el máximo de desarrollo, que sean mirados en sus potencialidades y no se les encasille en sus déficits, sobre todo, un cambio cultural (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2005) citado por INEGI (2010, 3-13).

6.1.1 La discapacidad en México

En México, al igual que en el resto del mundo, las condiciones actuales de exclusión y trato diferencial hacia las personas con discapacidad tienen profundos vínculos con los modos de representar la discapacidad en otras épocas (Soto, 2011). En nuestro país, también es posible encontrar elementos de las actitudes activas o de apoyo, así como de las pasivas o de rechazo, en las formas históricas más representativas de intervención social sobre la discapacidad y en las actitudes sociales que las acompañan.

En las culturas mesoamericanas predominó la actitud activa hacia la discapacidad. Entre los mayas, las personas con discapacidad eran respetadas y queridas en sus

comunidades, incluso algunos eran considerados semidivinos o seres intermedios entre dioses y hombres (Hernández, 2001). En la cultura náhuatl, son vastos los testimonios de un pensamiento generosamente humano en torno a la existencia de la discapacidad; entre ellos, había un gran número de denominaciones para referirse a las alteraciones del estado de ánimo o a los trastornos mentales, reconocían un número considerable de enfermedades mentales, que eran tratadas, entre otras formas, por medio de una rica herbolaria (Elferink, Flores y Rodríguez, 1997). También se usaron recursos psicológicos para aliviar las angustias y tratar los trastornos mentales (Villaseñor, Rojas, Berganza, 2002). Por ejemplo, para el tratamiento de la melancolía, el médico indígena Martín de la Cruz recomienda, en el Códice Badiano, dedicarse a cosas alegres como el canto y la música (Viesca y De la Peña, 1976). En el año de 1325, los aztecas poseían numerosas instalaciones para la salud pública y cuando padecían enfermedades crónicas, a los afectados se les cuidaba y se les cambiaba de clima y de aguas como medida terapéutica tanto corporal como psíquica (Juárez et al., 2006).

Del lado de las actitudes negativas, aunque son escasas las referencias sobre prácticas eugenésicas relacionadas con la discapacidad en el México prehispánico, algunos datos, como el significado del cuerpo en el mundo nahua del posclásico o la reiterada presencia de los llamados marginados o marginales (vagos, prófugos de la justicia y alcohólicos), invitan a pensar en que también habían elementos de la actitud negativa los cuales podían manifestarse en la exclusión o en la posibilidad de contención comunitaria de lo "no normal", acto que todavía en la actualidad puede observarse en algunas comunidades rurales e indígenas de nuestro país (Soto, 2011).

Con la llegada de los españoles, se modifica la actitud hacia las personas con discapacidad, se extienden los principios caritativos apegados a la doctrina católica. Las instituciones de beneficencia durante la Colonia, conformadas principalmente por religiosos, se encargan de brindar protección y asistencia a enfermos y necesitados; se fundan establecimientos dedicados al cuidado de las personas con

enfermedades mentales como el Hospital de San Hipólito en la Ciudad de México (en 1566), que es el primero de este tipo en el continente (INEGI, 2004). Pero también se extendieron las actitudes negativas emanadas tanto de la tradición demonológica promovida por la Inquisición, como de los preceptos medievales que identificaban a los mendigos, entre los que están las personas con discapacidad, como una amenaza social. En la Nueva España, la intervención social sobre la discapacidad, así como sus significaciones, estuvo influenciada por lo que acontecía en la metrópoli. Entre los siglos XVI y XVIII, ideas como la necesidad de promover la intervención del Estado y la eliminación del monopolio eclesiástico sobre la beneficencia, así como la visión del humanismo renacentista y consideraciones económicas y utilitarias (Martin, 1985), fueron recuperadas de la metrópoli y guían el pensamiento novohispano acerca de la asistencia social, única posibilidad de supervivencia para las personas con discapacidad, aunque ello significaba su segregación y aislamiento.

En el siglo XIX, con base en conceptos arraigados en el utilitarismo, surgen en México diversos preceptos relativos con lo moral cuya principal misión era controlar y neutralizar la diferencia. La discapacidad no sólo es vista como una situación de peligro en sí misma, sino como una condición que permite anticipar conductas amenazantes para el orden social, lo que justifica el aislamiento y la reclusión (Soto, 2011).

En el otro extremo, el de las actitudes activas, se dan los primeros pasos hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad. Desde sus inicios como Estado independiente, en México se aboga por la ayuda jurídica y social a las clases menos favorecidas, y durante el Congreso Constituyente de los años 1856-1857 se crea la idea del derecho social, término acuñado por Ignacio Ramírez para designar a los medios jurídicos que deben proteger a los menos favorecidos. A pesar de que esta idea no se plasmó en el texto Constitucional de 1857, fue un precedente importante para su posterior incorporación en la Constitución de 1917 (Granja, 2006; Sánchez, 2010). También en esa época

destaca el impulso a la educación, con la fundación de una escuela de sordomudos en la capital de la República en 1866, la creación de la Escuela Normal para Maestros Especializados, donde se enseñaba a niños sordos, en 1868 y la inauguración de una escuela para ciegos en un pequeño local del Antiguo Colegio de San Gregorio en 1870 (Gobierno Federal, 2009; INEGI, 2004).

En la época de la Reforma, los bienes eclesiásticos pasan a manos del Estado, se incluyen las instituciones de beneficencia, así como la responsabilidad de procurar ayuda a la población; los ayuntamientos administraron las instituciones hasta 1881, cuando pasan a formar parte de la Dirección de Beneficencia Pública a cargo de la Secretaría de Gobernación; durante el Porfiriato, proliferan organizaciones privadas, algunas unidas al sector eclesiástico, que dirigieron esfuerzos a la atención de la población necesitada, entre las que se ubican las personas con discapacidad (INEGI, 2004).

Durante el siglo XX, hay en el país importantes avances en el camino hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad. Como resultado del pensamiento social de la Revolución, la Constitución de 1917 aporta un nuevo concepto sobre los derechos del individuo, da origen a una idea distinta de los derechos humanos y establece una legitimación del individuo que hasta entonces no existía (García, 2002). La incorporación de los derechos sociales en la Constitución de 1917 sienta las bases de una nueva teoría constitucional (Álvarez, 1982). El derecho social, que incluye entre otros, el derecho a la educación, al trabajo, a la salud, a la seguridad social, a la asistencia social y a la cultura, puede entenderse como el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo (Álvarez, 1982; Granja, 2006; Trápaga, 2000).

Aunque su promulgación constituye un avance en el reconocimiento jurídico de los derechos de la población socialmente vulnerable, no se traduce en cambios significativos en las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad. En el lenguaje posrevolucionario de la reconstrucción de la nación, la idea de alcanzar la homogeneización racial y la regeneración física y moral de la población, impulsa un proyecto eugénico que plantea mejorar la calidad genética de la población. Dicho proyecto se basa en la idea de que la sociedad tiene derecho a protegerse de individuos peligrosos e inclinados a atentar contra ella.

Por su parte, uno de los postulados de la psicopedagogía de esa época establece que los defectos físicos o la disminución de las facultades intelectuales llevan al menoscabo de las facultades morales; es decir, 'el niño anormal' (de entre los que están el llamado débil mental o físico, los lisiados, los niños con tuberculosis o desnutridos) presentan una marcada tendencia antisocial expresada en la vagancia, holgazanería, delincuencia o promiscuidad, el alcoholismo, etcétera (Soto, 2011).

En el lado opuesto, en 1905 se funda en el Hospital General de México un Departamento que incluye servicios de hidroterapia, mecanoterapia y electroterapia, y veinte años después se inauguran los Servicios de Radiología y Medicina Física en el Hospital Juárez de la ciudad de México. El Hospital Infantil de México desde su fundación en 1943 tiene un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y ese mismo año, en el Hospital Colonia se inaugura el Servicio de Rehabilitación (Guzmán, s.f.). En el terreno educativo, en 1935 inicia la institucionalización de la atención a la infancia con discapacidad en el país, cuando abre sus puertas el Instituto Médico Pedagógico (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2010).

En 1925, a raíz de la expedición de la Ley de Pensiones Civiles (Cruz Torrero, 2000), empieza a funcionar la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, que proporciona a los empleados públicos prestaciones como: la jubilación,

protección durante la vejez y pensiones por inhabilitación, entre otras; con el transcurso del tiempo, se incorporan un mayor número de trabajadores públicos, así como los veteranos de la Revolución Mexicana (Senado de la República, 2004). No obstante, estos esfuerzos no logran mejorar las condiciones en las que vivían las personas con discapacidad, y prevalecen las actitudes de abandono y reclusión.

En esa época se conforma una identidad nacional que no admite la multiculturalidad y la diversidad, y se materializan en expresiones culturales en las que la imagen de las personas con discapacidad se construye a partir de una serie estereotipos negativos. Por ejemplo, se asume que el deterioro mental es una consecuencia natural, inexorable del avance de una enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono (Secretaría de Salud [SSA], 2001). Aún impera la era filantrópica y de la asistencia social, donde estaba muy arraigado el criterio de que la pérdida de función es sinónimo de indigencia; en consecuencia, la solución del problema eran los subsidios sociales y la marginación en los hogares (Amate, 2006b).

En la década de 1930, durante el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas, el Estado mexicano sustituye el concepto de beneficencia por el de asistencia. La salud, la asistencia y la educación fueron declaradas, mediante leyes, materia de interés público. Para dar apoyo estructural, dimensión y estabilidad a la acción social, se crean instituciones como las Secretarías de Asistencia Pública, del Trabajo y Previsión Social, el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, antecesora del Servicio Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF (Senado de la República, 2004). Sin embargo, al inicio de la siguiente década, la asistencia social adquiere una orientación clientelar y se sumerge en un proceso de privatización, con lo que se pierde la importancia y el interés que tuvo, convirtiéndose en una protección paternalista para los sectores económicamente débiles (Huerta, 2006).

En 1943, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) marca el inicio de la seguridad social en México, la cual al principio incluye entre otras prestaciones: el aseguramiento por riesgos de trabajo, enfermedad, invalidez y vejez (Brachet, 2010). Con ello, se dan las condiciones para que la seguridad social sustituyera al esquema de la asistencia social en la protección de los grupos sociales marginados.

Durante la década de 1950, la medicina de rehabilitación registró un gran impulso a partir de la necesidad de atender a los niños afectados por las epidemias de poliomielitis. En 1951, el Hospital Infantil de México inicia la formación de terapeutas físicos y médicos, un año después se funda el Centro de Rehabilitación número 5, que se transforma en el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético y después, en 1976, en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. Por su parte, la entonces Dirección General de Rehabilitación de la SSA crea en 1950 el Centro Nacional de Rehabilitación "Francisco de P. Miranda", dedicado inicialmente a la atención de pacientes con poliomielitis en etapas de convalecencia o afectaciones crónicas, que se transforma en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred y, también en 1976, cambia su nombre a Instituto Nacional de Ortopedia, dedicado a la atención de afecciones del sistema neuro-músculo-esquelético (INEGI, 2004). En el lado de las actitudes negativas, a mediados de esa década comenzó a difundirse en la televisión mexicana una imagen estereotipada sobre las personas con discapacidad, como villanos o merecedores de lástima o compasión, que tendría una gran influencia en las subsecuentes actitudes sociales hacia este colectivo.

La década de 1960 se caracteriza por el surgimiento de diversos movimientos sociales que exigen una mayor participación en vida democrática y política del país. En ese contexto puede ubicarse la inclusión de un apartado en el artículo 123 constitucional para elevar a rango constitucional los derechos laborales de los trabajadores al servicio del Estado y la promulgación de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mediante la cual se

crea el organismo público descentralizado del mismo nombre en 1959 (Cruz, 2000). Con ello se da un fuerte impulso a la seguridad social en el país.

Por otro lado, en 1961 se crea el Instituto Nacional para la Protección a la Infancia (INPI) y en 1968 se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), que se reestructura en 1974, ampliando sus objetivos y atribuciones, dando lugar al Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia, así como a la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (INEGI, 2004).

En el país durante los años setentas surgieron distintos tipos de organizaciones de personas con discapacidad, como la Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (APAC, I.A.P.) en 1970, el Centro de Integración Psicológica y Aprendizaje, A. C. (CIPAAC) en 1976 y la Confederación Mexicana de Organizaciones en Favor de Persona con Discapacidad Intelectual, A.C. (CONFE) en 1978; todas enfatizan la necesidad de una rehabilitación más integral.

Por su parte, la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en 1977 constituye el primer esfuerzo nacional para la atención de personas con discapacidad, ya que su objetivo era brindar asistencia social, como obligación del Estado, en beneficio de la población marginada, entre las que se cuentan las personas con discapacidad o las personas en desventaja social (Gobierno Federal, 2009). En las dos últimas décadas del siglo XX se dan grandes avances en el marco jurídico normativo en materia de atención y reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en México, que incluyeron modificaciones a diversas leyes federales (INEGI, 2004).

A partir de los años ochenta, desde instancias gubernamentales, civiles, empresariales, académicas o religiosas se desarrollan múltiples proyectos y programas en favor de este grupo de población, se crea un marco legal, se diseñan políticas públicas y se destinan presupuestos específicos (Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal [CDHDF], 2008). El Plan Nacional de

Desarrollo 1983-1988 incluye el compromiso de realizar acciones encaminadas a impulsar la protección social a los menores en edad escolar, a las personas con discapacidad y a la familia en general, lo cual da origen en 1987 al Programa de Rehabilitación, con servicios de atención al sistema neuro-músculo-esquelético, a la comunicación humana, la ceguera o debilidad visual, así como a trastornos que afecten la salud mental. Así inicia oficialmente las políticas públicas de tipo asistencialista dirigidas a este gremio (Gobierno Federal, 2009). Por su parte, el DIF desarrolla un Programa de Asistencia a Minusválidos de 1988 a 1994, el cual proporciona servicios de rehabilitación no hospitalaria a personas con discapacidad que son sujetos de asistencia social, con el propósito de facilitar su integración a la familia y a la sociedad (INEGI, 2004).

En los años noventa se inicia un diálogo entre el gobierno y la sociedad civil para romper las barreras arquitectónicas que siempre han sido las más difíciles de eliminar, pero las más visibles en el entorno (Antúnez y Balcázar, 2007). Por su parte, el Programa de Acción Mundial y el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos activa un importante movimiento social a partir de 1991, generado por personas y organismos sociales, que propició reformas legislativas, la promulgación de leyes estatales y la generación de políticas públicas (Gómez, 2006b). En esa década, se constituye el Consejo Nacional Ciudadano de Personas con Discapacidad, A.C., el cual promueve la defensa de los derechos de las personas con discapacidad, así como el desarrollo de acciones institucionales, leyes y reformas a nivel federal y estatal (Gobierno Federal, 2009).

La incorporación de una política de Estado en el Plan Nacional de Desarrollo, 1994-2000, de acuerdo con estándares internacionales, motiva la elaboración del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE) en 1995. Este programa se orienta a generar políticas transversales e interinstitucionales en diversos campos para transformar el modelo asistencial que había prevalecido hasta entonces en un modelo de desarrollo social, con la activa participación de organizaciones de y para

personas con discapacidad, y con base en los lineamientos de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas (Gobierno Federal, 2009). "El establecimiento de estos programas orientados al fortalecimiento de un modelo de desarrollo social, promovió la reproducción de acciones similares a escala estatal, siendo complementados o armonizados conforme la legislación estatal vigente en el periodo 1994-2000" (Gómez, 2006b: 213).

En los últimos dos años de la década de 1990 se dan pasos importantes para la armonización del marco jurídico mexicano con los principales tratados internacionales de derechos humanos. En 1998 se reconoce la competencia en México de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, lo que marca el inicio de una serie de reconocimientos de la competencia de un número importante de comités para recibir quejas y peticiones individuales para el caso de que una persona considere que sus derechos fueron violados (Gómez, 2006a), y en 1999, la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece una tesis con la que ubica a los tratados internacionales por encima de las leyes federales y sólo por debajo de la Constitución federal (Trejo, Arámbula y Álvarez, 2006).

Sin embargo, al finalizar el siglo XX, las actitudes negativas hacia la discapacidad tenían una fuerte presencia en diversos sectores de la sociedad mexicana. Un ejemplo es el señalamiento de la organización internacional Mental Disability Rights Internacional que denuncia las adversas condiciones de las personas recluidas en instituciones psiquiátricas en el país (MDRI, 2000). Durante esa época, a pesar de los esfuerzos, no se modifica sustancialmente la situación de las personas con discapacidad, ni existe un entramado que permita garantizar el pleno ejercicio de sus derechos (CDHDF, 2008). Durante la Administración 2000-2006 se replantea la política del Estado y se crean la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS) y el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), como las principales responsables de las políticas referidas a los derechos de este grupo de población (Antúnez y Balcázar, 2007).

En coordinación con la ORPIS se desarrollan programas de acción con diversas Secretarías de Estado (Rosas, 2009). "Este replanteamiento observa diversos factores que modificaron el modelo de desarrollo social logrado en la última década, ocurriendo un retroceso que ha influido sin excepción en las instituciones públicas federales, estados o municipios, tendientes a definir programas basados en un modelo de asistencia social" (Gómez, 2006b: 213).

Por otro lado, producto de la presión de organizaciones de la sociedad civil, entre ellas las de y para las personas con discapacidad, en 2001 se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) un decreto por el que se adiciona un tercer párrafo al artículo 1º Constitucional, donde se prohíbe toda discriminación motivada, entre otras cosas, por 'capacidades diferentes' (DOF, 2001), eufemismo usado por el gobierno federal para designar a las personas con discapacidad. Este término, dada las controversias que provocó, fue sustituido por el de 'las discapacidades' en el decreto publicado en el DOF en diciembre de 2006 (DOF, 2006).

En 2003 se decreta la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y se crea el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, CONAPRED, institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social, avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad (Secretaría de Gobernación [SEGOB, s.f.]).

En el siguiente año se publica la Ley de Asistencia Social, que busca sentar las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia (Huerta, 2006).

En el 2005, la Ley General de las Personas con Discapacidad desaparece a la ORPIS y al CODIS, otorga la rectoría del tema a la Secretaría de Salud y crea el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONADIS), presidido por la Secretaría de Salud, con la dirección técnica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF (Antúnez y Balcázar, 2007). Con ello se

retoma la preeminencia del enfoque médico en el tratamiento del fenómeno de la discapacidad. De hecho, en las leyes para las personas con discapacidad de las entidades federativas del país persiste la conceptualización de la discapacidad del modelo médico, además de que no enfocan a este colectivo desde el ángulo de la protección de los derechos humanos y no contemplan acciones fundamentales para su inclusión social (Gamio, 2006).

En ese marco, con la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2007, México adquiere el compromiso de elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en ese instrumento jurídicamente vinculante, así como de abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación (Tagle, 2006).

En las conclusiones del Seminario Internacional Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Por una cultura de la implementación, celebrado en la ciudad de México en octubre de 2006, se señala que el principal reto en el ámbito de políticas públicas es sensibilizar sobre las personas con discapacidad para lograr una sociedad incluyente, y se proponen acciones como la creación de reconocimientos públicos a las instalaciones amigables hacia las personas con discapacidad, el reconocimiento individual y a las comunidades que se esmeren en la accesibilidad universal, la adaptación de espacios, la investigación y el empleo para este grupo de la población (Carmona, Gutiérrez, Rueda, Espinosa, 2006).

En el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012 (PRONADDIS), que atiende las recomendaciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se reconocen los avances obtenidos en el país en esta materia y se reorientan las estrategias para transitar del modelo asistencialista hacia un modelo social centrado en el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad. Para ello se incluyen estrategias dirigidas a la población general del país con el fin de sensibilizar y lograr un cambio

de cultura hacia la inclusión social de las personas con discapacidad, así como para avanzar en la accesibilidad y el diseño universal (Gobierno Federal, 2009).

Destacan entre las estrategias propuestas para propiciar el cambio cultural, la de impulsar la armonización del marco jurídico, fomentar la participación de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas y la de promover el desarrollo de un Sistema de Información sobre Discapacidad para apoyar la evaluación y seguimiento del programa (Gobierno Federal, 2009).

En este marco, desde fines de 2007, se ha emprendido en México un proceso de consulta para la modificación y armonización de la Ley General para las Personas con Discapacidad y de muchas leyes federales con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, proceso que cuenta con la participación activa de las organizaciones de y para persona con discapacidad y de legisladores (Rosas, 2009). Un año después, se publica un decreto que modifica la Ley General de las Personas con Discapacidad, para enfatizar la igualdad de oportunidades y el derecho a la información, e incluir entre los principios que deberán observar las políticas públicas en la materia, "el respeto a la dignidad y a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas con discapacidad" (DOF, 2008: 19).

En el 2011, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el CONADIS instala el Comité Técnico Especializado en Información sobre Discapacidad, que tiene entre sus objetivos: integrar el Sistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS) y asegurar su vinculación con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica; diseñar la metodología, instrumentos técnicos y marco conceptual para el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RENADIS), así como el uso de conceptos, clasificaciones y estándares homogéneos que permitan armonizar la información sobre discapacidad, con base en las recomendaciones internacionales en la materia; y colaborar en la integración de un Catálogo Nacional de Indicadores con perspectiva

de discapacidad (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [CONADIS, 2011]). En ese año se dan avances sustanciales en el camino hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas con discapacidad y en la armonización del marco jurídico nacional con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con la reforma al artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que eleva al plano constitucional la obligatoriedad del cumplimiento de los derechos humanos (DOF, 2011b), y la publicación de la Ley General para la Inclusión al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, cuyo principal objeto es establecer las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades (DOF, 2011a).

Con la nueva ley, el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) se convierte en el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y con autonomía técnica y de gestión para formular políticas, acciones, estrategias y programas, encargado de promover, fomentar y evaluar la participación del sector público y privado en las acciones, estrategias, políticas públicas y programas derivados de la Ley y demás ordenamientos. También se crea la Asamblea Consultiva, órgano de asesoría y consulta del CONADIS, de participación ciudadana, plural y con carácter honorífico, cuyo objetivo es analizar y proponer programas y acciones que incidan en el cumplimiento del Programa Nacional para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad, elaborado y coordinado por el CONADIS. Por otra parte, para la coordinación y seguimiento de los programas, acciones y mecanismos interinstitucionales públicos y privados, que permitan la ejecución de las políticas públicas para el desarrollo y la inclusión de este grupo de población, se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con

Discapacidad y se plantea el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Discapacidad para proporcionar datos de servicios públicos, privados o sociales, así como todo tipo de información relacionada con la población con discapacidad (INEGI, 2011b).

Notablemente podemos encontrar que hay grandes diferencias entre los antecedentes históricos de México y el mundo, aunque al principio en México las personas con discapacidad eran considerados semidioses, debido a la conquista española el pensamiento y creencias que tenían los indígenas los cambiaron radicalmente. Aunque al principio podríamos mencionar que el cambio fue radical y tajante, a evolucionado al grado de comenzar nuevamente su inclusión tanto a la educación como en la sociedad.

Aun que paso mucho tiempo para que esto sucediera, en los últimos años las personas con discapacidad se han incorporado nuevamente a la sociedad gracias a los diversos programas sociales y la nuevas leyes inclusivas, y a pesar de que ha sido un arduo trabajo por parte de autoridades educativas y gubernamentales aun nos falta fomentar aun más la cultura de la inclusión no por leyes o porque si no lo haces van a multarte si no porque en verdad consideremos y la sociedad caiga en cuenta que las personas con discapacidad son verdaderamente funcionales aunque probablemente con una limitante que no les va a impedir desarrollarse como profesionales o bien como personas, puesto que algunas personas no nacieron con esa discapacidad en ocasiones por accidentes en su mayoría o por enfermedad llegan a serlo y enfrentarse a las fuertes criticas aunado a su condición las llevan a sentirse inútiles e inservibles es por ello que hay que hacer una verdadera inclusión, no solo decirla si no practicarla, para una regeneración social.

6.2 Definición de Discapacidad

A través del tiempo el concepto de discapacidad ha ido evolucionando, por lo que para los antiguos lo que era considerado un poder o un semi Dios hoy sabemos

que es una discapacidad que tiene un porque desde el momento que sabemos que se presenta.

A continuación, voy a colocar algunas definiciones actuales sobre discapacidad.

Discapacidad (disability) se define como: la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio. (Padilla-Muñoz, 2010)

Para la OMS la discapacidad es: un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2018)

La CDPD establece la siguiente definición: las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Barajas, 2010)

Otra definición es la propuesta por INEGI “una persona con discapacidad es aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa, en la escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, etcétera. Además, el Instituto clasifica a la discapacidad en cinco tipos de acuerdo a la deficiencia correspondiente: motriz, sensorial y mental, múltiples y asociadas a síndromes u enfermedades.

6.3 Tipos de Discapacidad

En la actualidad han dividido de diversas maneras los tipos de discapacidad, sin embargo, mencionare solo las que podrías llamar más conocidas, ya que de estas se van a desglosar las que entran en ese subtipo.

6.4.1 Discapacidad Motriz

De los tipos de discapacidad que existen esta se caracteriza por la disminución parcial o total de la movilidad de uno o más miembros de tu cuerpo, lo que se traduce en una dificultad o impedimento a la hora de realizar diversas tareas motoras, en especial las de la motricidad fina.

Esto producto de que esta clase de discapacidad puede llegar a generar en la persona movimientos incontrolados, temblores, dificultad de coordinación, fuerza reducida, entre otros.

La movilidad limitada es la que presenta una persona a causa de una secuela, manifiesta alteraciones generales o específicas, dificulta el desplazamiento de las personas, haciéndolo lento y difícil, algunas veces no es visible y en otras se requiere de apoyos especiales tales como: aparatos ortopédicos, bastón, muletas, andadera o silla de ruedas, ortesis o prótesis. Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza

reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa, mala accesibilidad al medio físico. (Robles, s.f.)

6.4.1.1 Causas de la Discapacidad Motriz

Causas Prenatales:

Aquellas que se adquieren antes del nacimiento o durante el embarazo. Existen varias causas:

- Enfermedades infecciosas o metabólicas que puede tener la madre durante el embarazo.
- Deficiente desarrollo de las células cerebrales.
- Trastornos patológicos en la madre (convulsiones, enfermedades de riñones, incompatibilidad de factor RH, rubeola, desnutrición, fumar, alcohol y droga).

Causas Perinatales:

Aquellas que aparecen en el mismo momento de nacer. Hay varias causas como:

- Falta de oxígeno prolongado o la obstrucción de las vías respiratorias.
- Dificultad del parto (mayor duración, “anoxia”).
- Daños en el cerebro en el momento del parto (por ejemplo: daño con fórceps).
- Parto prematuro.

Causas Posnatales:

Aquellas que aparecen una vez que el bebé ya ha nacido. Estas pueden ser de índole diferente como:

- Infecciones de la infancia, acompañadas de temperaturas altas (meningitis).
- Falta de oxigenación (ahogamiento).
- Traumatismo craneoencefálico (accidentes).
- Golpes (niño maltratado).
- Envenenamiento (plomo).

6.4.1.2 Detección de la discapacidad motora

- El diagnóstico del niño con discapacidad motora es muy difícil en lactantes menores de 4 meses e inclusive en los de 6 meses si el problema es leve.
- Los signos consisten principalmente en retardo del desarrollo motor y persistencia de reacciones primitivas.
- En los casos más leves a veces el diagnóstico se hace a los 18 meses cuando el niño debería caminar.
- A medida que el niño se torna más activo, van instalándose posturas y movimientos anormales, que cambian según las adapte a sus actividades funcionales.
- Estos cambios se operan de acuerdo con líneas previsibles, pero difieren entre los diversos tipos de parálisis cerebral: cuadriplejías y diplejías espásticas o hemiplejías y atetosis.

6.4.1.3 Tipos de Parálisis Cerebral

- Existen diferentes tipos de parálisis cerebral que se clasifican de acuerdo a tres factores: tono postural, tipo de alteración de la intervención recíproca y distribución de la discapacidad.

Cuadriplejía:

- Se encuentra afectado todo su cuerpo, presentando movimientos involuntarios (asimetría), alteraciones de postura, movimiento; cuando es espástico se presenta rigidez y tensión muscular. Habitualmente los niños

presentan dificultad en la alimentación y ciertos compromisos de lenguaje y de articulación de la palabra.

Hemiplejía:

- Es el compromiso de un solo lado.

Diplejía:

- Es también, el compromiso de la totalidad del cuerpo, pero la mitad inferior se encuentra más afectada que la superior. El control de la cabeza, de los brazos y de las manos esta por lo general poco afectado y la palabra hablada puede ser normal, no obstante, no es excepcional la presencia de estrabismo. En ocasiones la parte superior se encuentra tan levemente comprometida que se diagnostica paraplejía cerebral.

6.4.2 Discapacidad Auditiva

Es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído.

Las personas con esta discapacidad se distinguen entre:

***Sordas:** poseen una deficiencia total o profunda.

***Hipoacúsicas:** poseen una deficiencia parcial, es decir, que cuentan con un resto auditivo el cual puede mejorar con el uso de audífonos (aparato electrónico que amplifica los sonidos). (Incluyeme.com, 2015)

La discapacidad auditiva aparece como invisible, ya que no presenta características físicas evidentes. Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacido sordas o han adquirido la pérdida auditiva a muy temprana edad, por el modo de hablar.

En la actualidad se entiende por discapacidad auditiva lo que tradicionalmente se ha considerado como sordera, término usado generalmente para describir todos los

tipos y grados de pérdida auditiva y frecuentemente utilizado como sinónimo de deficiencia auditiva e hipoacusia; de manera que el uso del término sordera puede hacer referencia tanto a una pérdida auditiva leve como profunda.

6.4.2.1 Clasificación

Desde una perspectiva educativa las personas con discapacidad auditiva se suelen clasificar en dos grandes grupos:

Hipoacúsicos

Hay disminución de la sensibilidad auditiva, pero resulta funcional para la vida diaria, aunque necesitan el uso de prótesis. Puede adquirir el lenguaje oral por vía auditiva.

Cofóticos

Su audición no es funcional para la vida diaria y no les posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva. La visión se convierte en el principal lazo con el mundo y en el principal canal de comunicación.

Criterio de intensidad (cantidad de pérdida)

Hipoacusia leve: 20-40 dB

La persona puede oír el teléfono, así como hablar con otro mientras no haya ruidos. Puede o no llevar prótesis.

Hipoacusia media: 40-70 dB

Se puede adquirir la oralidad por vía auditiva, si se cuenta con una buena prótesis, estimulación auditiva y apoyo logopédico.

En el proceso de adquisición del lenguaje será imprescindible la intervención logopédica para lograr un habla inteligible y un lenguaje estructurado y rico en vocabulario.

Necesitan la ayuda de códigos de comunicación alternativa o susceptibles de realizarles un implante coclear.

Criterio según el momento de adquisición

Sordera Prelocutiva

- Acaecida antes de que el niño haya adquirido el habla.

Sordera Postlocutiva

- Posterior a la adquisición del habla.

Según su etiología:

Sordera Hereditaria

- Sordera genética o congénita. Causada por la alteración de un gen.

Sordera Adquirida

- *De origen prenatal por:* infecciones (rubeola), fetopatías (hemorragias).
- *De origen perinatal:* prematuridad, anoxia, trauma obstétrico (en el momento del parto).
- *De origen postnatal:* infecciones (meningitis, otitis), tóxicos exógenos (antibióticos), afecciones metabólicas: (hipotiroidismo, diabetes y ciertas alteraciones proteicas).

6.4.2.2 Clasificación según la localización de la lesión

- Pérdida Auditiva Conductiva o de Transmisión (oído externo o medio)
- Pérdida Auditiva Neurosensorial (oído interno: carencia de células sensoriales)
- Pérdida Auditiva Mixta (oído externo, medio e interno)
- Pérdida Auditiva Retrococlear

Un problema que tenga como consecuencia la ausencia o el deterioro del nervio acústico puede ocasionar una pérdida auditiva retrococlear.

La pérdida auditiva retrococlear es una hipoacusia profunda y es permanente.

Los audífonos y los implantes cocleares no son efectivos, ya que el nervio no puede transmitir la información de sonido necesaria al cerebro. En algunos casos puede ser útil el implante de tronco cerebral.

6.4.2.3 Desarrollo del niño sordo

Al niño sordo, solo le llegan restos del lenguaje oral. Debe aprender al mismo tiempo lo que se dice, cómo se dice, y porqué y cuando decirlo.

En consecuencia, la comprensión y producción del léxico es lenta, reducida e inestable. Los tiempos verbales, los artículos, las preposiciones, junto con la estructura sintáctica, constituyen el mayor impedimento para desarrollar el lenguaje oral.

Fuera del contacto directo, las posibilidades de comunicación y comprensión de los deficientes auditivos se reducen a la mirada. No hay previsibilidad por el ruido de unos pasos que se acercan. Los sucesos le llegan de forma abrupta, a menudo por el contacto con su cuerpo.

Cuando no tienen otras deficiencias asociadas, las personas con deficiencia auditiva tienen una capacidad intelectual similar a la que poseen los oyentes, aunque su desarrollo cognitivo puede verse limitado, en algunos casos, por sus dificultades lingüísticas, la regulación del comportamiento, los sentimientos de inseguridad y las dificultades en sus relaciones sociales, ocasionadas por el desconocimiento de las normas sociales, que son también una consecuencia de las limitaciones en el lenguaje.

Consecuencias socioafectivas

La falta de sonido genera una cierta inestabilidad emocional que más adelante, podrá expresarse de forma más hostil.

El sordo, en situaciones de comunicación con oyentes, percibe frecuentemente que no le entienden y que él, no entiende a los demás, por lo que se producen situaciones de incomodidad y aislamiento, que van a repercutir negativamente en futuras relaciones de tipo social con el mundo oyente.

6.4.2.4 Tipos de comunicación a disposición del niño sordo

Sistema verbo tonal

- Aprovechamiento de restos auditivos.

Lectura labio-facial

- Reconocer el lenguaje a partir de signos y movimientos de la cara, particularmente de la boca.

Palabra complementaria

- Reduce problemas comunicativos y apoya al lenguaje oral.

Lenguaje de signos

- Sistema de símbolos producidos con las manos.

Dactilología

- Hacer cada letra con un signo diferente. Es lento pero efectivo.

Comunicación bimodal

- Se usa el lenguaje de signos a la vez que se habla.

Comunicación total

- Es la utilización de uno o más métodos para hacer efectiva la comunicación.

Bilingüismo

- Lengua de signos complementada con el lenguaje oral., es parecido a la comunicación total.

6.4.3 Discapacidad Visual

De acuerdo al grado de limitación de la visión, se suele distinguir entre personas ciegas, que no obtienen información a través del canal visual; y personas con disminución visual, quienes en cambio sí la adquieren mediante dicho canal.

A su vez, dentro del grupo de personas con disminución visual hay diversas manifestaciones, las cuales se rigen de acuerdo al tipo de limitación, ya sea por agudeza o por campo visual. Esta clasificación no es exhaustiva, pero sirve a grandes rasgos para trazar una distinción entre los tipos de discapacidad visual más frecuentes.

Este tipo de discapacidad se muestra por una disminución total o parcial de la vista. Se debe tener en cuenta el campo visual (espacio visible con la mirada fija en un punto) y la agudeza visual (capacidad del ojo para percibir objetos). (Robles, s.f.)

6.4.3.1 Tipos de Ceguera

Ceguera Parcial (Débiles Visuales)

Es cuando la persona ve con baja visión o no tiene la suficiente capacidad de tener una buena visión y se ven obligados a utilizar anteojos para mejorar su visión.

Ceguera total o completa

Es cuando la persona no ve ni siente absolutamente nada, ni siquiera luz, ni su reflejo.

6.4.3.2 Tipos de daños a causa de la ceguera

La ceguera se clasifica dependiendo de dónde se ha producido el daño que impide la visión. Éste puede ser en:

- Las estructuras transparentes del ojo, como las cataratas.
- La retina, como la retinosis pigmentaria.
- El nervio óptico, como el glaucoma o la neuropatía óptica
- Ceguera Cortical

6.4.3.3 Causas más frecuentes de la discapacidad visual

- Retinopatía de la prematuridad: causada por la inmadurez de la retina, en consecuencia, de parto prematuro o de exceso de oxígeno en la incubadora.
- Catarata congénita: consecuencia de rubéola o de otras infecciones durante la gestación.
- Glaucoma: puede ser hereditario o causado por infecciones.

- Traumatismo: accidentes.

6.4.3.4 Principales dificultades que suelen presentar en los niños

- Autoimagen alterada.
- Distorsión en la percepción de la realidad con integración pobre y confusa.
- Imposibilidad de evitar comportamientos estereotipados como gestos.
- Problemas en el control del mundo que lo rodea.
- El ritmo es más lento de maduración y desarrollo, particularmente en el motor.
- Trastorno en la atención.

6.4.4 Discapacidad intelectual

La persona que tiene discapacidad intelectual, su capacidad para aprender y adaptarse a la vida social es reducida.

Esta condición ha sido designada con una amplia variedad de términos; actualmente nos referimos a ella como deficiencia o discapacidad mental.

Ya sea que le conozcas como retraso mental, oligofrenia o discapacidad intelectual, todas remiten a un único concepto, y es aquel en el que englobamos a todas aquellas personas cuyos recursos cognitivos suelen ser menores a lo esperable en su edad cronológica. De ahí, que existan diferentes tipos de discapacidad intelectual.

Pero, queremos detenerte un poco, si estás pensando que al hablar de estos diferentes tipos de discapacidad nos estamos refiriendo a Síndrome de Down o autismo estás tan equivocado como acertado. (Incluyeme.com, 2015)

6.4.4.1 Clasificaciones

Leve

Si bien su desarrollo es lento y sus posibilidades son limitadas en lo referente a la educación académica.

Moderada

Estas personas aprenden a cuidar de sí mismas y a satisfacer sus necesidades personales.

Severa

Presenta retraso en el desarrollo del movimiento y lenguaje.

Profunda

Requiere de cuidados y atención constante para sobrevivir.

Por lo general la discapacidad intelectual se manifiesta en la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando se hace evidente cierta lentitud en el desarrollo.

6.4.4.2 Características

- Dificultad en la atención, percepción y memoria.
- Su aprendizaje se realiza a ritmo lento.
- No puede realizar las actividades solo.
- No se organiza para aprender de los acontecimientos de la vida diaria.
- Cuando se le pide que realice muchas tareas en corto tiempo, se confunde y rechaza la situación.
- No se le ocurre inventar o buscar situaciones nuevas.

- Tiene dificultad en solucionar problemas nuevos, aunque sean parecidos a otros vividos anteriormente.
- Puede aprender mejor cuando a obtenido éxito en las actividades anteriores.
- Edad mental siempre inferior a la edad cronológica.
- Dificultad en habilidades del lenguaje y comportamiento social.
- Limitación en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, habilidades de la vida en el hogar, etc.

6.4.4.3 Causas

Factores Prenatales

- Desde la concepción y durante todo el embarazo.
- Edad de los padres: Menores de 20 o mayores de 40 años.
- Irregularidades genéticas: alteraciones en el número de cromosomas (Síndrome de Down)
- Enfermedades virales en la madre; como rubiola
- Alcoholismo o drogadicción, radiaciones (rayos x), medicamentos, traumatismo (accidentes o provocados)

Factores Perinatales

- Desde el momento del parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento y por causas directamente relacionadas con él.
- Cualquier circunstancia que reduzca la provisión de oxígeno
- En el niño durante el parto; hemorragia cerebral, infecciones del sistema nervioso central, entre otros.

Factores Posnatales

- Después del primer mes de vida.
- Infecciones: Meningitis, encefalitis, etc.

- Traumatismos
- Administración de medicamentos inadecuados
- Carencia grave de estímulos ambientales, como juegos, caricias y diálogo.

6.4.4.4 Diagnóstico

- El diagnóstico debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario: médico, psicológico, pedagógico y social.
- Este tipo de estudio, que permite identificar las limitaciones y capacidades del niño en todas las áreas, deja atrás el antiguo método de detección, que consistía en realizar evaluaciones de cociente intelectual únicamente.
- Un estudio psicológico completo debe comprender una entrevista con los padres, historia clínica del niño, la observación de su interacción en su entorno familiar y social, y la aplicación de una batería de evaluaciones.
- Una vez que se obtenga el diagnóstico es importante no etiquetar al niño, pues éste no es el límite al que el niño puede llegar, es decir, debemos darle un trato normal respetando su capacidad, su nivel y ritmo de aprendizaje.

De acuerdo a la información revisada anteriormente, los tipos de discapacidad se clasifican en cuatro grupos, de esos cuatro grupos se desglosan subgrupos, pues no se puede generalizar ninguna discapacidad solamente dentro de un grupo ya que, aunque presenten unas características comunes, la detección y adquisición son completamente distintas, por lo que es necesario diferenciarlas una de otra.

CAPITULO VII: DISCAPACIDAD MOTRIZ

7.1 Definición de Discapacidad Motriz

A pesar de que ya colocamos anteriormente la definición de discapacidad, es importante colocar específicamente la definición de discapacidad motriz, pues si bien la discapacidad, son limitantes en general debemos explicar la discapacidad motriz como tal para contextualizar un poco y no obstante es el termino con el cual trabajaremos.

La discapacidad motora se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras* presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Las barreras, son de distinto tipo, por ejemplo, si la dificultad de un niño o niña se refiere a la movilidad de sus extremidades inferiores, no podrá acceder autónomamente, a las dependencias de edificios o viviendas que no tengan rampas o ascensores adecuados, no podrá usar los servicios higiénicos que no estén habilitados, no podrá acceder a los medios de transporte público, difícilmente podrá practicar deportes si no están adaptados, o simplemente, trasladarse cómodamente por las calles de la ciudad las que están llenas de obstáculos.

Así, más allá de sus limitaciones o dificultades físicas efectivas, las barreras de un entorno hecho por y para personas sin discapacidad, condicionarán en el niño o niña, una percepción alterada de sus posibilidades reales, y una dependencia absoluta de los otros u otras. Como se puede apreciar en la definición, la discapacidad motora no depende entonces únicamente de las características físicas o biológicas del niño o niña, sino que se trata más bien de una condición que

emerge producto de la interacción de esta dificultad personal con un contexto ambiental desfavorable. (MINEDUC, 2016)

La discapacidad motora es la alteración en la funcionalidad de las extremidades superiores y/o inferiores. Dicha alteración se produce por una lesión en el sistema nervioso central (SNC) a nivel de médula o del encéfalo. Si la lesión acontece en esta parte del sistema nervioso, su consecuencia es la parálisis cerebral. "Un niño o joven con discapacidad motora es aquel que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración de su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema nervioso, muscular y/o óseo-articular, o en varios de ellos relacionados, que en grados variables limita alguna de las actividades que puede realizar el resto de las personas de su edad". Los niños en esta situación presentan encefalopatías no progresivas, que pueden tener su comienzo antes del parto o durante él, o en la infancia temprana, y que obstaculiza o impide el desarrollo motor normal. La discapacidad motora engloba trastornos muy diversos que tienen en común las alteraciones o pérdidas del control motor. Estas perturbaciones varían desde grados leves hasta graves (imposibilidad de todo movimiento voluntario), desde personas con inteligencia normal superior hasta personas con retardo mental severo y otros con o sin trastornos sensoriales. (García Armenta, 2008)

Ambas definiciones son similares y deben serlo pues no hay rango de error en cuanto a definir la discapacidad motriz puesto que bien mencionaban es la dificultad o ausencia de movimientos de alguna extremidad o bien de todas sus extremidades esto dependiendo del tipo de discapacidad motriz que presente la persona por ello a continuación va a mencionarse más a cerca de la discapacidad motriz.

7.2 Características de la Discapacidad Motriz

Ahora bien, es importante mencionar las características de los niños con discapacidad motriz, para complementar la definición y así mismo comprendamos sus características.

Un niño con discapacidad motora presenta las siguientes características:

- *Hiperactividad*: Incapacidad para mantener la atención por periodos prolongados; distraibilidad visual y auditiva, y perturbaciones en la percepción.
- *Distraibilidad*: Incapacidad para centrar en forma adecuada la atención sobre estímulos que le interesan e inhibir voluntariamente los innecesarios.
- *Disociación*: Incapacidad para ver las cosas como un todo, captando antes las partes.
- *Perturbación de Figura-Fondo*: Tendencia a confundir la figura y el fondo, invertir fondo y figura o incapacidad de diferenciar la figura del fondo.
- *Perseverancia*: Tendencia a continuar una actividad sin que se complete.
- *Alteración en imagen corporal y concepto de sí mismo*: Al no elaborar una buena imagen corporal, su propio autoconcepto se verá deteriorado y los aprendizajes se verán perturbados.
- *Inestabilidad en el rendimiento*: Inconsistencia en las respuestas de aprendizaje, fluctuando su rendimiento de un día para otro aparentando haber perdido conocimientos adquiridos el día anterior, "olvidos" originados por fallas en la comprensión e interiorización.
- *Discordancia en los rendimientos*: Diferencias notorias entre las habilidades motoras finas y gruesas.
- *Deficiencias en las áreas funcionales*: Recibir consistentemente la información del medio ambiente; déficit en el procesamiento de la información y deficiente cierre rápido, apropiado y correcto para dar una respuesta esperada. (García Armenta, 2008)

7.3 Causas de la Discapacidad Motriz

Posteriormente de haber definido la discapacidad motriz y revisado las características que los niños o personas que la padecen, ahora pasaremos a definir las posibles causas que podrían hacer que un niño o persona tenga discapacidad motriz. Si bien las personas con discapacidad motriz nacen, también hay otras

personas que adquieren esta discapacidad a lo largo de su vida, por diferentes causas, por lo que a continuación mencionaremos las más nombradas, pues seguramente con los avances tanto médicos como tecnológicos pueden encontrar nuevas causas, así como también probables tratamientos.

Causas Prenatales:

Aquellas que se adquieren antes del nacimiento o durante el embarazo. Existen varias causas:

- Enfermedades infecciosas o metabólicas que puede tener la madre durante el embarazo.
- Deficiente desarrollo de las células cerebrales.
- Trastornos patológicos en la madre (convulsiones, enfermedades de riñones, incompatibilidad de factor RH, rubeola, desnutrición, fumar, alcohol y droga).

Causas Perinatales:

Aquellas que aparecen en el mismo momento de nacer. Hay varias causas como:

- Falta de oxígeno prolongado o la obstrucción de las vías respiratorias.
- Dificultad del parto (mayor duración, "anoxia").
- Daños en el cerebro en el momento del parto (por ejemplo: daño con fórceps).
- Parto prematuro.

Causas Posnatales:

Aquellas que aparecen una vez que el bebé ya ha nacido. Estas pueden ser de índole diferente como:

- Infecciones de la infancia, acompañadas de temperaturas altas (meningitis).
- Falta de oxigenación (ahogamiento).
- Traumatismo craneoencefálico (accidentes).
- Golpes (niño maltratado).
- Envenenamiento (plomo).

Como podemos observar las causas que pueden generar la discapacidad motriz son variadas, por lo cual no hay una sola linealidad para determinar si un niño o neonato tendrá discapacidad motriz, pues como bien ya leímos puede ser adquirida posterior al nacimiento.

7.4 Tipos de Discapacidad Motriz

Según la etiología:

1. Congénita o hereditaria: alteraciones cromosómicas y abarcan en general el ámbito de los síndromes.
2. Prenatales no congénita: causadas por enfermedad o traumatismo de la madre, prematuridad en el nacimiento.
3. Perinatales: problemas que se producen generalmente en el momento del parto.
4. Postnatales: causadas por enfermedades del bebé o por traumatismos.

Según el origen de la lesión:

1. A nivel cerebral: parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales.

2. A nivel espinal: poliomielitis, espina bífida, enfermedades modulares, degenerativas (esclerosis y ataxias).
3. A nivel muscular: miopatías, distrofias musculares.
4. A nivel osteo-articular: parálisis bronquial, amputaciones, lesiones de la columna (escoliosis y sifosis).

La clasificación clínica según la localización de la lesión se hace sobre la base del signo clínico más evidente (espasticidad, atetosis, ataxia y mixta), a su distribución topográfica (Monoplejía, paraplejia, hemiplejia, Triplejía, diplejía y tetraplejia), o a su intensidad (leve, moderada o grave).

Clasificación según los Signos Clínicos

I. Parálisis cerebral espástica

Las principales características que sufren este tipo de parálisis cerebral son:

1. **Hipertonía:** Si se estiran los músculos espásticos a una velocidad determinada, estos responden exageradamente; cuando se contraen, bloquean el movimiento. Posturas anormales: por lo general se asocian a los extensores de los miembros inferiores y a los flexores de los miembros superiores.
2. **Movimientos voluntarios:** el movimiento voluntario está presente y puede elaborarse.

De manera general los estudiantes con parálisis cerebral espástica pueden presentar:

1. Problemas de percepción principalmente en las relaciones espaciales.
2. Pérdida sensorial presente ocasionalmente en jóvenes con parálisis cerebral hemipléjicos, pudiendo existir una pérdida del campo visual.
3. Alteraciones en la caja torácica, con respiración pobre.

4. Epilepsia, es mucho más común que en otros tipos de parálisis cerebral.
5. Variación de la inteligencia, con una marcada tendencia a ser menor en ese tipo de parálisis cerebral.

II. Parálisis cerebral atetoides

Sus principales características son:

1. Movimientos involuntarios: que se ven incrementados con la excitación, la inseguridad, el esfuerzo de realizar un movimiento voluntario o incluso al abordar un problema mental, y disminuyen con la fatiga, la somnolencia, la fiebre, la posición decúbito prono o el mantenimiento de la atención de manera prolongada.

2. Hipertonía o hipotonía: pueden presentarse fluctuaciones en el tono, acompañadas a veces de variaciones en el estado de ánimo o en las emociones. Pueden ocasionarse espasmos repentinos en flexión y en extensión y sacudidas de la cabeza del tronco o de las extremidades.

3. Parálisis de los movimientos de la mirada: Se tienen dificultades para mirar hacia arriba y a veces para cerrar los ojos voluntariamente.

De manera general, los jóvenes con parálisis cerebral atetoides pueden presentar:

1. Pérdida auditiva, especialmente con determinados estímulos específicos de frecuencia alta.
2. Personalidad extrovertida, con más posibilidades de la labilidad emocional que en otros casos de parálisis cerebral.
3. Dificultad en el habla y problemas respiratorios.
4. Inteligencia buena e incluso en algunos casos excelente, aunque también puede presentarse retraso mental.

III. Parálisis cerebral atáxica

Las principales características motoras de la parálisis cerebral atáxica son:

1. Alteraciones del equilibrio: Existe pobre fijación de la cabeza, el tronco, los hombros y la cintura pélvica, por lo que algunos atáxicos/as compensan la inestabilidad mediante reacciones excesivas con los miembros superiores, para mantener el equilibrio.

2. Movimiento voluntario: está presente, aunque carecen de coordinación. además, los movimientos finos de la mano son pobres.

3. Hipotonía: muy frecuente en este tipo de parálisis cerebral.

IV. Parálisis cerebral mixta

Se caracteriza por la confidencia de algunas de las descrita, y afecta aproximadamente a un 10% de los casos.

Clasificación según la distribución topográfica

1. Monoplejía: afecta a un único miembro, superior o inferior.

2. Hemiplejía: la afectación es de un hemicuerpo, con predominio del miembro superior.

3. Paraplejía: la afectación es de las extremidades inferiores.

4. Triplejía: están afectadas tres extremidades.

5. Diplejía: la afectación es de los cuatro miembros, con predominio de los inferiores.

6. Tetraplejía: están afectadas las cuatro extremidades.

Clasificación según la intensidad de la lesión

I. PC Leve:

1. Movimientos torpes.

2. Capacidad para la marcha.

3. Suficiente autonomía.
4. Capacidad para la expresión oral

II. PC Moderada:

1. La afectación es mayor.
2. Ausencia de marcha autónoma o ayudada por apoyos.
3. Dificultades en la expresión oral.
4. Presión gruesa de objetos.

III. PC Severa:

1. Incapacidad para andar.
2. Lenguaje muy afectado.
3. La persona afectada necesita toda la ayuda de las demás para atender sus necesidades más vitales. (Dunn Naima, 2014)

CAPITULO VIII: METODOLOGÍA

8.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz de 3 a 6 años de edad?

8.2 HIPÓTESIS

Hi= A mayor estimulación temprana mayores beneficios en el desarrollo de niños con discapacidad

Ha= A menor estimulación temprana menores beneficios en el desarrollo de niños con discapacidad

Ho= A mayor estimulación temprana no hay beneficios en el desarrollo de niños con discapacidad

8.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz de 3 a 6 años de edad en el Centro de Atención Múltiple número 47

8.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz de 3 a 6 años de edad en el Centro de Atención Múltiple número 47.
- Describir los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz de 3 a 6 años de edad en el Centro de Atención Múltiple número 47.
- Identificar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz de 3 a 6 años de edad en el Centro de Atención Múltiple número 47.

8.4 TEORÍA

Cognoscitiva y del desarrollo: La psicología cognitiva se preocupa del estudio de procesos tales como lenguaje, percepción, memoria, razonamiento y resolución de problema. Ella concibe al sujeto como un procesador activo de los estímulos. Es este procesamiento, y no los estímulos en forma directa, lo que determina nuestro comportamiento. Sus principales representantes: Piaget, Bruner Ausubel Vygotsky, entre otros.

8.5 MÉTODO

Deductivo: es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios. Según el método deductivo, la conclusión se halla dentro de las propias premisas referidas o, dicho de otro modo, la conclusión es consecuencia de estas.

8.6 TÉCNICA

Observación Indirecta: es una técnica de recolección de datos cualitativo. Esto quiere decir que los datos obtenidos son características y propiedades del fenómeno observado. Cuando se emplea la observación indirecta, el investigador debe recurrir a declaraciones y registros recopilados por otros estudiosos del área. Es por esto que se llama indirecta, ya que quien investiga no estudia el fenómeno por sí mismo, sino que se conforma con las impresiones derivadas de fuentes secundarias. La observación indirecta no invade la privacidad del objeto, por lo que se favorece su empleo cuando el fenómeno es tímido, susceptible, hostil o peligroso.

8.7 INSTRUMENTO

Hoja de cotejo: Es un instrumento estructurado que registra la ausencia o presencia de un determinado rasgo, conducta o secuencia de acciones. La lista de cotejo se caracteriza por ser dicotómica, es decir, que acepta solo dos alternativas: si, no; lo logra, o no lo logra, presente o ausente; entre otros. Es conveniente para la

construcción de este instrumento y una vez conocido su propósito, realizar un análisis secuencial de tareas, según el orden en que debe aparecer el comportamiento. Debe contener aquellos conocimientos, procedimientos y actitudes que el estudiante debe desarrollar.

Cuestionario: Sirve como método de recolección de información, con un listado de preguntas de forma ordenada y coherente, en la cual se responden las preguntas de forma abierta evalúa comportamientos psicológicos o académicos de cualquier persona.

8.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: No hay manipulación de variables, estas se observan y se describen tal como se presentan en su ambiente natural. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos.

8.9 TIPOS DE ESTUDIO

Observacional. Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

8.10 UNIVERSO

200 alumnos del CAM no. 47 de Lerma

8.11 MUESTRA

22 alumnos de inicial y preescolar

8.12 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños con discapacidad Motriz

8.13 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

El resto de los niños que no presentan discapacidad motriz.

CAPITULO IX: CONCLUSIONES

9.1 CONCLUSIONES

El objetivo general de este proyecto de investigación era identificar los beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de niños con discapacidad motriz, a partir de la investigación previamente realizada.

También se investigó acerca de la psicomotricidad temática ligada a la estimulación temprana de la cual se investigaron los beneficios de la estimulación temprana, sus objetivos, importancia y las áreas que favorecen, así como las que se trabajan, para determinar dado la información obtenida si se cumplen las hipótesis planteadas al principio de la investigación.

Así pues, la principal aportación que se busca hacer con este proyecto de investigación es dar a conocer los beneficios que trae para un niño con discapacidad motriz el recibir rápidamente la estimulación temprana posterior a su diagnóstico o bien a su adquisición teniendo en cuenta que la discapacidad motriz puede ser causada antes del nacimiento por alguna infección durante el embarazo, o en el momento del parto por algún inconveniente o por un parto complicado, después del parto por infecciones, maltrato, accidentes, entre otras causas antes mencionadas, luego de la valoración se debe realizar la estimulación temprana en el niño estimulándolo como a todos los niños poniendo atención especialmente en las extremidades afectadas que se desea obtenga cierta movilidad.

De acuerdo con las teorías revisadas, la niñez es una etapa vital en el ser humano, ya que en ella se determina gran parte del desarrollo intelectual, físico, social, emocional, conductual; gracias a que el niño es moldeable y aprende de todo aquello que le rodea, como bien mencionan algunos autores el entorno en el que el niño va creciendo es el reflejo de lo que será en su futura vida adolescente y adulta,

en efecto si el estimularlo adecuadamente siendo un niño sano favorece a su desarrollo psicomotriz como en las diversas áreas de su vida, ¿Cuándo tiene discapacidad motriz también es favorable?

En definitiva, el estimular a los niños con discapacidad motriz, sea la causa que fuere, es favorable en la mayoría de las ocasiones recibiendo a tiempo y adecuadamente la estimulación temprana.

En muchas ocasiones el desconocimiento de la estimulación temprana y de sus beneficios lleva a que los padres no los estimulen, si no que por el contrario por tener una discapacidad no los mueven, ni estimulan, aunado al desconocimiento de la estimulación temprana también se agrega el desconocimiento del cómo tratar una discapacidad. Luego entonces la gran mayoría de los niños con discapacidad motriz no reciben la estimulación adecuada, ni a tiempo y de igual manera reciben atenciones inapropiadas en ciertas ocasiones y circunstancias que no son propias para su discapacidad.

El que los niños reciban estimulación temprana teniendo discapacidad va a beneficiar a diversas áreas de su vida. Para los niños con discapacidad también es importante explorar su entorno que en ocasiones se ve limitado debido a su condición o bien al cuidado excesivo que la madre le tiene al menor, ambas cosas son perjudiciales para su desarrollo.

A pesar de las condiciones del niño con discapacidad es posible estimularlo con simples juegos. Ya que la estimulación temprana ayuda a que su cerebro aprenda cosas nuevas mediante la repetición de las actividades que ve constantemente incluso en su entorno.

Para ser efectiva la estimulación temprana debe ser precisa, pero no exagerar ni forzar al niño a que realice ciertas actividades siempre hacer ejercicios de acuerdo a su capacidad. También se debe reforzar la actividad aprendida apoyando al niño para que no sea olvidada pero también reforzarla de manera emocional reconociendo sus logros. Para tener un mejor desempeño en los ejercicios es

importante tener ropa cómoda tanto el niño como los padres o quienes vallan a realizar los ejercicios con él niño. Es recomendable no desesperarse en alguna actividad la cual el niño no pueda realizar o presente dificultades, por el contrario, motivarlo para que se anime a realizarlo o bien ayudarlo si es que no puede hacer el movimiento en su totalidad, recordando que tiene una discapacidad es comprensible que cierto tipo de ejercicios le resulten complicados de realizar y algunos otros imposibles.

En efecto, las hipótesis planteadas son ciertas pues a mayor estimulación temprana en el niño con discapacidad motriz mayores serán los logros y capacidades que el niño pueda desempeñar.

A pesar de que el niño no sea totalmente independiente, va a poder realizar muchas actividades por si solo o bien aprender a valerse por si mismo ya sea en la escuela, o hasta en casa, debido a que la estimulación temprana que se realiza con el probablemente no fortalezca las extremidades afectadas, pero si otras de las que el puede apoyarse para realizar ciertas actividades.

Por ejemplo, un niño parapléjico (son aquellos que tienen una afectación es de las extremidades inferiores) aunque no mueva sus piernas puede ayudarse con sus brazos y manos, en la estimulación temprana va a trabajarse tanto piernas como brazos y manos haciendo énfasis en los brazos ya que son las herramientas con las que él cuenta para moverse y desplazarse. Para ello es necesario recibir la atención y la estimulación temprana adecuada para que, trabajando conjuntamente con la madre, él niño y el profesor o especialista, se logren avances significativos en el desarrollo psicomotor del niño, aunque también favorecerá a sus demás áreas como lo es la parte social, el lenguaje, la conducta, lo afectivo, la motivación, su creatividad, entre otras.

Es importante mencionar que, aunque suene complicado y cansado realizar ejercicios una y otra vez con el niño con discapacidad motriz, los resultados que

este esfuerzo en conjunto de él niño, la madre y quien les guie para realizar los ejercicios se vera reflejado en el desarrollo del niño.

Hay que considerar llevar a un centro especial para que no solo les ayuden y les digan cómo hacer la estimulación temprana, si no que también el niño conviva con otros niños, aunque no tengan la misma discapacidad o el mismo problema se relacione, conviva y conozca su entorno fuera de casa. De esta manera estaremos ayudando al niño a su futura inclusión social. Pues pese a su discapacidad hoy día las instituciones educativas trabajan para hacer una realidad el que niños con discapacidad y niños regulares convivan en un ambiente inclusivo y no discriminatorio.

Cabe mencionar que hay escuelas especiales que incluyen esta área de estimulación temprana para niños con discapacidad, las cuales cuentan también apoyan a los padres con orientaciones psicológicas, esto debido a que ningún padre ninguna madre saben como ser padres o madres; si bien resulta difícil la crianza de los hijos regulares lo es aun más la de un niño especial.

Hoy día que un niño con discapacidad motriz reciba atención médica, asista a la escuela y se relacione es relativamente sencillo, pues hay escuelas tanto para niños con posibilidades económicas como para las que no los tienen, ya que pueden asistir a un colegio especializado en discapacidad o bien a un CAM pertenecientes a la SEP ya sea federal o estatal; o también a URIS que es una instancia perteneciente a DIF de los municipios. El ingreso a estas escuelas o estancias requiere tanto de documentos como principalmente del compromiso y disposición de los padres para colaborar en el aprendizaje y desarrollo de su hijo o hija, ya que el apoyo, afecto y aceptación de los padres y la familia es de suma importancia en el proceso de desarrollo del niño.

En conclusión, los niños con discapacidad pueden llegar a tener una vida normal, si se les da una atención especializada a tiempo y con el debido apoyo principalmente de la familia así mismo de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andalucía, F. d. (2011). La estimulación temprana y su importancia. *Temas para la educación*, 6.
- Ariès, Ph. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid: Taurus, 1987.
- Aristoteles. (libro VII, capítulo 15). *Política*. Grecia.
- Atagua Marlyn, Donatti Danny, Ferrer Jesús, et al. (2010) Metodología. Sección 02. Blogger. Disponible en: <http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>
- Barajas, D. G. (2010). Concepto de Discapacidad. En D. G. alumnos, *Análisis y evaluación de las políticas laborales y sociales en apoyo de los discapacitados en México* (pág. 15). CDMX: Academia Mexicana de Ciencias.
- Comunidad, P. (2006). *Psicopsi*. Obtenido de <http://psicopsi.com/Teorias-desarrollo-infancia-media-Piaget-Wallon-Erikson>
- Delval, J. y Gómez, J.C. (1988). Dietrich Tiedemann: La psicología del niño hace doscientos años. *Infancia y Aprendizaje*, 41, 9-30
- DeMause, LL. (1974) Historia de la infancia. Madrid: Alianza, 1982
- Dunn Naima, S. I. (2014). Módulo 1. Generalidades de la discapacidad motora . En N. D. Sarmiento, *GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA DOCENTES QUE ATIENDEN ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTORA* (págs. 12-17). Panamá: EUPAN.
- EcuRed. (Octubre de 2010). *enciclopedia de pedagogía y psicología*. Obtenido de <https://www.ecured.cu/Ni%C3%B1ez>
- Enesco I. (2008) Psicoevo. La infancia en la historia. Recuperado de: http://webs.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/La_infancia_en_la_historia.pdf
- Física, T. (Abril de 2007). *TerapiaFisica.com*. Obtenido de <http://www.terapiafisica.com/estimulacion-temprana.html>
- García Armenta, R. M. (Septiembre de 2008). *Blogspot*. Obtenido de <http://dmotora.blogspot.com/>
- Guillen, J. C. (19 de Marzo de 2014). *Human*. Obtenido de <https://prezi.com/fal-9ov-zw9x/segun-piaget-como-se-formarian-los-conceptos-de-un-nino-qu/?webgl=0>

- Humano, D. (28 de Mayo de 2012). *Desarrollo Humano*. Obtenido de <http://desarrollohumanoufpso.wikifoundry.com/page/1.4.3+ARNOLD+GESELL>
- Incluyeme.com*. (11 de Junio de 2015). Obtenido de <https://www.incluyeme.com/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-discapacidad-auditiva/>
- Instituto Pedagógico Nacional de Monterrico. Diplomado en Psicomotricidad Infantil. Conceptos básicos de psicomotricidad. Ediciones COREFO. 9-10
Recuperado de: http://www.micentroeducativo.pe/docente/fileproject/file_docentes/54bi_90a20e.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, p. 1-36
- Izquierdo Orozco M. A. (2012). La estimulación temprana como factor fundamental en el desarrollo de habilidades sociales en los niños de edad escolar. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas). Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9896/1/011TESIS%20ANGEL A%20IZQUIERDO.pdf>
- Linares, A. R. (2007-2008). *Master en Paidos Psiquiatría Modulo I*. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- “Método deductivo” (S. f.). En [significados.com](http://www.significados.com). Recuperado de: <https://www.significados.com/metodo-deductivo/>
- MINEDUC. (31 de Agosto de 2016). *Guia Motora*. Obtenido de <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaMotora.pdf>
- MinEducacion. (1 de Mayo de 2016). *Minterio de Educacion Nacional*. Obtenido de <http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/article-178053.html>
- “Observación indirecta” (2016) En [Lifeder.com](http://www.lifeder.com). Recuperado de: <https://www.lifeder.com/observacion-indirecta/>
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos 16
International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional, 381-314.

- Pavón León Patricia, Gogearcochea Trejo María del Carmen. (2010). Maestría en prevención integral de consumo de drogas. Metodología de la investigación II. Universidad Veracruzana de Ciencias de la Salud.
- Quiñones Valencia María Angelica. (2015). Definiciones hoja de cotejo, cuestionario y entrevista. Recuperado de: <http://definicioneshojadecotejo.blogspot.com/>
- Robles, I. (s.f.). *Educación Especial*. Obtenido de <https://sites.google.com/a/cetys.net/educacion-especial/discapacidad-motora>
- Sánchez Barajas Genaro et.al., 2010, Análisis y evaluación de las políticas laborales y sociales en apoyo de los discapacitados en México. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/828/CONCEPTO%20DE%20DISCAPACIDAD.htm>
- Terapia-Física. (Abril de 2007). *Terapia-Física.com*. Obtenido de <http://www.terapia-fisica.com/estimulacion-temprana.html>
- UNICEF. (15 de Mayo de 2005). *UNICEF*. Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

ANEXOS

Currículo Carolina para preescolares con necesidades especiales

SEGUNDA EDICIÓN

Registro de evaluación y Gráfico de la evolución del desarrollo

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento del niño:

Apellido y dirección:

Nombre(s) de la(s) persona(s) que completan el formulario:

INSTRUCCIONES:

Registro de evaluación: Indique la fecha de su evaluación en la parte superior de la columna e indique con un signo + en la casilla cada materia dominada, un signo +/- para una habilidad desigual o emergente, y un signo

– para una habilidad que el niño no es capaz de realizar. Cuando se trabaje con un niño con impedimentos motrices graves, conviene añadir una **A** junto a los signos + o +/- para indicar que el niño realizó la tarea con ayuda física.

Gráfico de la evolución del desarrollo: Cada materia del registro de evaluación queda representada por una casilla en el gráfico de la evolución del desarrollo. Utilizando un rotulador o cualquier otro instrumento de escritura de color, rellene las casillas asociadas con las materias marcadas con un signo +. Trace una línea diagonal sobre las casillas asociadas con materias marcadas con signo +/- y coloréelas de forma intermitente. Se deben dejar en blanco las marcadas con un signo –. Complete el gráfico rellenando las casillas precedentes el tramo de edad en el que se aprobaron todas las materias. Cuando se trabaje con un niño con impedimentos motrices graves, conviene añadir una **A** en la casilla para indicar que el niño realizó la tarea con ayuda física

ÍNDICE

REGISTRO DE EVALUACIÓN.....	1
Personal–Social	
1. Autorregulación y responsabilidad	1
2. Habilidades interpersonales.....	1
3. Autoconcepto.....	2
4-I. Autoayuda: Comer.....	3
4-II. Autoayuda: Vestir	3
4-III. Autoayuda: Aseo personal.....	4
4-IV. Autoayuda: Uso del sanitario.....	4
Proceso de conocimiento	
5. Atención y memoria: Visual/Espacial.....	4
6-I. Percepción visual: Bloques y rompecabezas.....	5
6-II. Percepción visual: Emparejamientos y clasificación.....	6
7. Uso funcional de objetos y juego simbólico.....	6
8. Resolución de problemas/Razonamiento	7
9. Conceptos numéricos	8
Proceso de conocimiento/comunicación	
10. Conceptos/vocabulario: Receptivo.....	9
11. Conceptos/vocabulario: Expresivo.....	10
12. Atención y memoria: Auditiva.....	11
Comunicación	
13. Comprensión verbal.....	12
14. Habilidades conversacionales.....	12
15. Estructura gramatical.....	13
16. Imitación: Vocal.....	14
Motricidad fina	
17. Imitación: Motricidad.....	14
18. Prensión y manipulación.....	15

19. Coordinación bilateral.....	15
20. Uso de herramientas.....	16
21. Habilidades motricidad visual.....	16
Motricidad gruesa	
22-I. En posición vertical: Postura y locomoción.....	17
22-II. En posición vertical: Equilibrio.....	18
22-III. En posición vertical: Juego de pelota.....	19
22-IV. En posición vertical: Juego al aire libre.....	20
GRÁFICO DE LA EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO.....	22

REGISTRO DE EVALUACIÓN

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
		_____	_____	_____	_____	
Personal–Social						
1. Autorregulación y responsabilidad						
24–30	a. Evita peligros comunes					
	b. Juega cómodamente en un grupo pequeño de niños					
30–36	c. Sabe lo que los juguetes pueden y no pueden hacer y los utiliza convenientemente					
36–42	d. Guarda los juguetes en su sitio cuando se le pide (puede que haya que recordárselo)					
	e. Sigue las normas dadas por los adultos para nuevas actividades o juegos simples					
	f. Se adapta fácilmente a los cambios en la rutina					
42–48	g. Responde a preguntas relacionadas con la seguridad					
	h. Trata con cuidado a animales pequeños u objetos que se podrían romper					
48–54	i. Realiza tareas diarias simples (puede que haya que recordárselo o ser supervisado)					
	j. Responde a las instrucciones dadas en un grupo pequeño de manera adecuada					
54–60	k. Compra objetos sencillos en una tienda sin ayuda (por ejemplo, coge el objeto o le pide el objeto al dependiente, da el dinero y espera el cambio)					
	l. Responde al teléfono de forma adecuada y llama a la persona al teléfono					
2. Habilidades interpersonales						
24–30	a. Negocia con juguetes con compañeros (puede intercambiar)					
	b. Muestra conocimiento de las normas sociales (por ejemplo, quiere cambiarse la ropa cuando se ensucia, trae los juguetes rotos para arreglarlos)					
30–36	c. Trabaja conjuntamente con compañeros para conseguir un objetivo					
	d. Expresa afecto y/o preferencia por algunos compañeros					
	e. Expresa arrepentimiento cuando otro niño se ha					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Observaciones:
	dañado o experimenta desavenencias					
36–42	f. Solicita permiso					
	g. Conversa con compañeros					
	h. Respeta los turnos la mayoría de las veces si se le recuerda					
	i. Responde de forma adecuada al contacto social realizado por adultos conocidos					
	j. Se separa con facilidad de los padres o cuidadores en entornos familiares					
	k. Prefiere relacionarse con compañeros a estar con adultos					
42–48	l. Cooperación con compañeros para desarrollar un tema para una obra imaginativa					
	m. Nota sentimientos de compañeros y responde a ellos					
	n. Participa en juegos de grupo con otros niños sin la supervisión constante por parte de un adulto					
	o. Juega a juegos de mesa o de cartas sencillos con otros niños con la supervisión por parte de un adulto					
	p. Negocia conflictos verbalmente					
	q. Escucha a los compañeros y comenta ideas u observaciones					
48–54	r. Demuestra que entiende que personas diferentes tienen sentimientos, actitudes o creencias diferentes a través de la escenificación en juegos de fingimiento					
	s. Pide permiso para utilizar las pertenencias de otras personas					
	t. Muestra conocimiento de los sentimientos de otras personas					
	u. Utiliza expresiones tales como "gracias", "por favor" y "de nada" de forma adecuada					
	v. Reconoce la necesidad de ayuda del otro y presta su auxilio					
	w. Juega de forma cooperativa con compañeros durante amplios períodos de tiempo sin requerir la					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	intervención de un adulto					
	x. Participa en juegos que le son familiares con compañeros y sigue las normas sin la intervención de un adulto					
54–60	y. Identifica amigos especiales					
	z. De forma espontánea respeta los turnos y comparte					
	aa. Se impone de modo socialmente aceptable					
	bb. Planifica/crea juegos que tienen normas con compañeros					
	cc. Demuestra interés en gente de fuera de la familia y del círculo cercano de amigos					
3. Autoconcepto						
24–30	a. Se enorgullece de sus logros					
	b. Realiza afirmaciones positivas sobre sí mismo					
	c. Sabe su edad (la dice o la indica con los dedos)					
30–36	d. Dice su nombre					
	e. Responde correctamente cuando se le pregunta si es niño o niña					
	f. Es selectivo en cuanto a las tareas que intentará o que no intentará (reconoce limitaciones)					
	g. Demuestra culpa o vergüenza cuando tiene accidentes o comportamiento prohibido					
36–42	h. Describe sus propios sentimientos					
	i. Indica para qué sirven los ojos, oídos y nariz					
42–48	j. Habla sobre sus propios sentimientos en relación con los acontecimientos					
	k. Muestra interés en su propio cuerpo (hace preguntas sobre sus funciones)					
48–54	l. Muestra interés en su propio vestuario y aspecto					
54–60	m. Busca actividades que retan habilidades					
	n. Identifica sus propias fuerzas y capacidades					
4-I. Habilidades de autoayuda: Comer						
24–30	a. Empieza a utilizar el tenedor					
	b. Bebe de un vaso pequeño que sujeta con una mano					
	c. Consigue la bebida sin ayuda (abre y cierra el grifo)					
30–36	d. Pasa líquido de un recipiente a otro					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
36–42	e. Tragala comida de la boca antes de tomar otro bocado					
42–48	f. Sujeta independientemente cereal con leche					
	g. Sujeta el tenedor con los dedos					
48–54	h. Bebe de la fuente por sí mismo					
54–60	i. Sujeta el sándwich por sí mismo					
4-II. Habilidades de autoayuda: Vestir						
24–30	a. Se quita los zapatos					
	b. Se quita el abrigo					
	c. Se pone ropa simple (por ejemplo, pantalones, zapatos, calcetines)					
30–36	d. Se pone toda la ropa sin ayuda, excepto los cierres					
	e. Deshace cierres (por ejemplo, botones grandes, broches de presión, cordones de zapatos)					
36–42	f. Se pone el abrigo por su cuenta					
42–48	g. Abrocha la ropa					
48–54	h. Se viste y desviste con poca ayuda					
54–60	i. Cierra la cremallera de la ropa que se abre por delante					
4-III. Habilidades de autoayuda: Aseo personal						
24–30	a. Se seca las manos					
30–36	b. Se lava los dientes con ayuda					
	c. Se lava con manopla					
36–42	d. Se lava y se seca manos y cara sin ayuda					
	e. Utiliza la servilleta sin recordarle que se limpie la cara sucia cuando come					
42–48	f. Se lava los dientes por sí mismo					
48–54	g. Se cepilla el pelo o se peina					
	h. Coge un pañuelo para limpiarse la nariz sin tener que recordárselo					
54–60	i. Se suena la nariz por sí mismo cuando se le pide					
4-IV. Habilidades de autoayuda: Uso del sanitario						
24–30	a. Orina cuando se le coloca en el inodoro					
	b. Hace de vientre cuando se le coloca en el inodoro					
30–36	c. Normalmente indica la necesidad de ir al inodoro					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	(casi nunca se hace encima)					
	d. Utiliza el inodoro solo, excepto para limpiarse después de hacer de vientre					
36–42	e. Muy pocas veces se hace encima sus necesidades (puede necesitar ayuda con ropa difícil de poner o quitar)					
42–48	f. Se hace cargo de sí mismo en el inodoro (puede necesitar ayuda para limpiarse después de hacer de vientre)					
48–54	g. Rasga el papel higiénico y tira de la cadena después de su uso					
54–60	h. Se lava después de hacer de vientre					
Proceso de conocimiento						
5. Atención y memoria: Visual/Espacial						
24–30	a. Señala la mano que esconde un juguete (tanto cuando el juguete sigue en esa mano como cuando se cambia el juguete a la otra mano, fuera de la vista)					
	b. Reconoce las tapas de diversos libros y los nombra					
	c. Reconoce rótulos familiares					
	d. Identifica (señala) objetos o dibujos que se le muestran brevemente y se le muestran de nuevo en una serie de tres					
30–36	e. Identifica (señala) objetos o dibujos que se le muestran brevemente y se le muestran de nuevo en una serie de cuatro					
	f. Dice el nombre de un objeto o dibujo mostrado brevemente en un grupo de dos y después escondido					
	g. Recuerda información circunstancial					
36–42	h. Nombra uno de varios (cuatro o más) objetos o dibujos mostrados (u objetos sentidos), nombrados, y después escondidos					
	i. Después de observar tres objetos que se colocan tapados separadamente, identifica la cobertura bajo la cual el objeto correspondiente se esconde					
42–48	j. Recuerda y nombra cuál de					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	tres objetos ha sido escondido					
	k. Describe mediante memoria visual características de objetos familiares					
	l. Empareja tanto color como forma de un objeto o dibujo visto solamente brevemente					
48–54	m. Identifica dos dibujos vistos brevemente en una serie de cuatro a seis					
	n. Empareja tanto color como forma de dos objetos o dibujos vistos solamente brevemente					
	o. Describe acontecimientos que sucedieron en el pasado					
54–60	p. Encuentra tres dibujos vistos solamente brevemente en una serie de 10–12					
	q. Recuerda el lugar en una serie donde un dibujo ha sido visto sólo brevemente					
	r. Encuentra dibujos ocultos					
	s. Puede recordar los nombres de 8–10 dibujos cuando se le muestran en una serie de 18–20					
6-I. Percepción visual: Bloques y rompecabezas						
24–30	a. Coloca formas redondas, cuadradas y triangulares en tablero con forma inversa					
	b. Imita tren de bloques					
30–36	c. Monta rompecabezas de dos piezas					
	d. Imita edificios de bloques					
	e. Imita puentes de bloques					
	f. Monta rompecabezas de cuatro o cinco piezas interconectadas					
36–42	g. Imita modelos de bloques horizontales (planos sobre la mesa) de dos y tres bloques (dos colores)					
42–48	h. Imita modelos de bloques horizontales de cuatro a seis bloques (dos colores)					
	i. Completa rompecabezas interconectadas de 8 a 12 piezas					
48–54	j. Imita la construcción de un modelo visual simple utilizando bloques tipo parquet					
	k. Construye con bloques figurativamente					
54–60	l. Completa rompecabezas interconectadas de 15 a 25 piezas					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	m. Reproduce diseños de bloques simples de memoria					
	6-II. Percepción visual: Emparejamiento y clasificación					
24–30	a. Clasifica por tamaño (grande y pequeño)					
	b. Empareja colores primarios					
	c. Clasifica por forma					
30–36	d. Clasifica por dos características					
36–42	e. Empareja diseños geométricos (orientación irrelevante)					
	f. Empareja letras mayúsculas					
	g. Empareja dibujos basados en relaciones					
42–48	h. Empareja al menos ocho figuras geométricas					
	i. Selecciona dibujos para agruparlos con otros dibujos basados en relaciones funcionales					
	j. Empareja números 0–9 (puede confundir 6 y 9)					
48–54	k. Selecciona dibujos para completar similitudes simples de dibujos					
	l. Empareja letras minúsculas					
54–60	m. Identifica el objeto o dibujo que no pertenece en un grupo de objetos (por clase), y selecciona el objeto que sí pertenece					
	n. Empareja nombre y palabras cortas					
	7. Uso funcional de objetos y juego simbólico					
24–30	a. Habla a muñecas o animales y/o hace que interactúen unos con otros					
30–36	b. Asume papeles diferentes en juegos de fantasía					
	c. Representa acontecimientos complejos en juegos					
	d. Utiliza voces diferentes para personajes diferentes en el juego					
36–42	e. El juego de fingimiento incluye una secuencia lógica (con tres o cuatro partes) que evoluciona según la avanza del juego					
	f. Utiliza materiales para construir otros objetos					
42–48	g. Utiliza muñecas, animales de peluche o marionetas como participantes en el juego (les da diálogo)					
	h. Describe sus propias actividades durante el juego					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
48–54	i. Construye grandes estructuras con bloques o sillas y centra el juego alrededor de ellos					
	j. Coopera con otros en juegos de fingimiento (debate personajes)					
54–60	k. Utiliza animales de juguete o muñecas para representar “¿Qué sucedería si . . . ?”					
	l. Entabla juegos complejos de escenificación de adultos					
8. Resolución de problemas/Razonamiento						
24–30	a. Experimenta con causa y efecto cuando juega					
	b. Independientemente coloca cuatro recipientes uno dentro de otro, o apila aros o bloques de tamaños escalonados					
	c. Comenta que algo no funciona cuando no se producen los efectos esperados					
30–36	d. Independientemente explora objetos para determinar sus funciones y/o muestra a otras personas como funcionan					
	e. Responde a al menos una pregunta “porqué” correctamente					
36–42	f. Identifica dibujos o acontecimientos ridículos o equivocados					
	g. Encuentra artículos que van juntos cuando se le pregunta: “¿Cuál va con éste?”					
	h. Completa secuencias de colores y formas					
	i. Dice cómo se utiliza un objeto cuando se le pregunta: “¿Qué haces con esto?”					
	j. Responde a dos o más preguntas “qué haces cuando”					
42–48	k. Responde a preguntas (o señala dibujos) para indicar de dónde proceden las cosas o de qué están hechos					
	l. Describe disparates simples vistos en dibujos o en la vida real					
	m. Responde adecuadamente a preguntas “dime cómo” o “cómo haces”					
	n. Completa dos analogías (es decir, frases que implican comparaciones, tales como “Hermano es un chico, hermana es una chica”)					
48–54	o. Identifica partes que faltan en dibujos					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	p. Imagina y describe lo que sucederá después en historias o dibujos desconocidos					
	q. Razona sobre experiencias y hace preguntas y responde a preguntas					
	r. Describe nuevos usos para objetos familiares					
54–60	s. Describe semejanzas entre dos objetos diferentes					
	t. Razona sobre acontecimientos futuros					
9. Conceptos numéricos						
24–30	a. Selecciona “solamente uno”					
	b. Señala y enumera al menos tres números en secuencia correcta cuando se le pide que cuente objetos					
30–36	c. Responde correctamente a “cuántos” para uno y dos objetos					
	d. Da/Selecciona dos y tres objetos					
	e. Sigue instrucciones que incluyen “todos”, “nadie” y “ninguno”					
36–42	f. Cuando se le pide que cuente objetos, empieza por “uno, dos, tres”					
	g. Da “uno más”					
	h. Compara dos cantidades e indica cuáles la mayor					
	i. Empareja dos objetos (o un dibujo con dos objetos) con un dibujo con la misma cantidad de objetos en una serie que incluye dibujos de dos, tres, cuatro y cinco objetos					
	j. Empareja dibujos que contienen configuraciones de objetos diferentes hasta seis					
42–48	k. Cuenta hasta seis objetos en una fila (correspondencia uno a uno)					
	l. Cuenta 10 objetos en una fila (correspondencia uno a uno)					
	m. No vuelve a contar cuando se le pregunta cuántos (cantidades mayores de cuatro)					
	n. Cuenta para decir cuántos y negará que haya cualquier otro número cuando se le pregunte					
	o. Utiliza términos de cantidades de forma natural					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
48–54	p. Comprende "mismo número" y puede clasificar un grupo en mitades					
	q. Identifica las monedas de centavo, cinco centavos y diez centavos cuando se nombran					
	r. Cuenta correctamente hasta 20					
	s. Empareja secuencias de tres partes de dibujos representando cantidades (o dados)					
54–60	t. Dice el número correcto de objetos cuando se le pregunta (todos los números desde 4 hasta 10)					
	u. Dice la edad actual, la del año anterior, y la edad del año siguiente					
	v. Responde a preguntas de sumas que implique sumar dos (hasta 10)					
	w. Identifica números desde 0 hasta 9					
	x. Empareja números con dibujos de cantidades hasta cuatro (o forma grupos de objetos para coincidir con el número; el adulto no nombra el número al niño)					
Proceso de conocimiento/comunicación						
10. Comprensión verbal						
24–30	a. Selecciona dibujos de acciones (por ejemplo, comer)					
	b. Sigue instrucciones que incluyen "dentro", "fuera", "en marcha" y "apagado"					
	c. Selecciona un objeto/dibujos similar cuando se le enseña una muestra y se le pide que encuentre "otro"					
	d. Selecciona objetos/dibujos que son "el mismo" o "como éste"					
	e. Selecciona "el más grande" y "el más pequeño" (o "el más bajito") de un grupo de tres objetos/dibujos					
30–36	f. Selecciona objetos/dibujos para indicar comprensión de al menos dos conceptos afines o comparaciones					
	g. Señala cinco o más colores cuando se le pide					
	h. Selecciona objetos y dibujos para indicar cuáles son cuadrados y cuáles son redondos					
	i. Selecciona objetos por su uso					
	j. Entiende relaciones parte-todo (por ejemplo,					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	señala la cola del perro)					
36–42	k. Entiende "arriba", "abajo", "parte superior" y "parte inferior"					
	l. Entiende "debajo", "sobre", "junto a" y "al lado de"					
	m. Sigue instrucciones o señala dibujos para indicar la comprensión de los pronombres "él", "ella", "a él", "a ella", "ellos", "suyo/de ellos", "a ellos"					
	n. Entiende "rápido" frente a "lento"					
	o. Entiende "vacío" frente a "lleno"					
42–48	p. Selecciona el que es "diferente" (o "no es igual")					
	q. Entiende "alrededor", "enfrente de", "en la parte trasera de", "entre", "volumen alto" y "volumen bajo"					
	r. Selecciona objetos/dibujos para indicar comprensión de al menos cuatro conceptos comparativos o comparaciones					
	s. Selecciona cuadrado, triángulo y círculo					
48–54	t. Selecciona integrantes de una clase					
	u. Reconoce al menos 10 letras mayúsculas					
	v. Entiende "hacia atrás" y "hacia delante"					
	w. Selecciona objetos/dibujos para indicar comprensión de al menos ocho conceptos comparativos o comparaciones					
	x. Reconoce la mayoría de los colores (incluyendo rosa, gris, marrón)					
54–60	y. Distingue entre letras y números					
	z. Entiende "excepto"					
	aa. Responde a preguntas o señala dibujos para mostrar que ha comprendido que actividades diferentes suceden durante el día y durante la noche					
	bb. Entiende los conceptos de tiempo					
	cc. Entiende los conceptos cualitativos					
11. Conceptos/vocabulario: Expresivo						
24–30	a. Nombra seis o más dibujos de objetos comunes					
	b. Utiliza al menos 50 palabras diferentes					
	c. Nombra ocho o más dibujos al trazo de objetos					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	comunes					
	d. Utiliza "otro" o "cualquier otro" para referirse a objetos adicionales o similares					
30–36	e. Nombra la mayoría de imágenes y dibujos al trazo de objetos familiares					
	f. Escucha atentamente a nuevas palabras (puede pedir repetición)					
	g. Repite palabras nuevas a sí mismo					
36–42	h. Nombra dibujos de objetos que no se encuentran en su entorno diario					
	i. Utiliza una gran variedad de adjetivos					
	j. Define dos o más palabras simples utilizando al menos un descriptor					
42–48	k. Define cinco o más palabras simples utilizando al menos un descriptor					
	l. Nombra objetos por funciones					
	m. Nombra ejemplos en clases					
	n. Completa dos analogías					
48–54	o. Pregunta el significado de palabras o de otro modo indica conocer que las palabras tienen significados					
	p. Hace rimas con palabras simples					
	q. Utiliza palabras nuevas en conversaciones justo después de escuchar la palabra o de que se le haya dicho el significado de la palabra					
	r. Nombra los colores: rojo, verde, azul, anaranjado, morado, amarillo, negro, marrón, rosa y gris					
54–60	s. Define 10 palabras o más					
	t. Nombra la mayoría de las letras mayúsculas					
	u. Completa cinco analogías					
	v. Nombra una clase de objetos a partir de sus componentes					
12. Atención y memoria: Auditiva						
24–30	a. Participa en cantar canciones infantiles (repite partes de las mismas)					
	b. Dice o canta al menos dos canciones infantiles					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	o canciones en grupo con un adulto					
30–36	c. Independientemente dice o representa partes de rimas o canciones					
	d. Nota y reacciona a cambios en rimas, canciones o historias familiares					
36–42	e. Completa versos de rimas o canciones familiares					
	f. Canta canciones infantiles completas o recita rimas completas de cuatro a seis versos					
42–48	g. Canta canciones y dice rimas de 10–15 versos (algunos versos pueden estar repetidos)					
	h. Recuerda uno o dos elementos de una historia desconocida que se le acaba de leer (sin indicaciones)					
48–54	i. Recuerda tres o cuatro elementos de una historia desconocida que se le acaba de leer (sin indicaciones)					
	j. Identifica la melodía de una canción familiar (nombra la melodía)					
54–60	k. Recuerda la mayoría de los elementos esenciales en una historia desconocida que se le acaba de leer					
	l. Cuenta dos historias familiares sin dibujos de ayuda (incluye todas las partes importantes)					
Comunicación						
13. Comprensión verbal						
24–30	a. Sigue instrucciones relacionadas en dos partes en contextos nuevos					
30–36	b. Sigue instrucciones de tres partes (tres objetos y una acción, tres acciones y un objeto, o tres objetos relacionados por actividad)					
36–42	c. Responde a preguntas sí/no con las palabras o gestos adecuados					
	d. Entiende las negativas					
	e. Clasifica por color con una instrucción verbal (sin muestra)					
42–48	f. Sigue instrucciones de dos pasos que implican secuencia					
	g. Clasifica por categorías nombradas					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
48–54	h. Sigue instrucciones de tres pasos en secuencia que implican dos o tres objetos diferentes i. Responde adecuadamente a afirmaciones o preguntas que implican plurales regulares j. Señala dibujos o selecciona objetos de un grupo basado en clase de objeto y dos características					
54–60	k. Con instrucción verbal (sin muestra), clasifica objetos en base de dos características l. Sigue instrucciones que incluyen “antes” y “después” m. Sigue instrucciones que incluyen cuatro elementos					
14. Habilidades conversacionales						
24–30	a. Realiza preguntas simples con vocalización o gesto b. Realiza preguntas sí/no con la inflexión adecuada c. Solicita ayuda d. Utiliza combinaciones de signos o palabras para describir acontecimientos aislados					
30–36	e. Comenta en la aparición o desaparición de objetos o personas f. Mantiene conversación durante varios turnos g. Lee libros a otros realizando expresiones de palabras múltiples h. Responde adecuadamente a preguntas “dónde” y “porqué”					
36–42	i. Cambia el lenguaje dependiendo del oyente j. Habla por teléfono y espera su turno para responder k. Utiliza palabras para describir cualidades de juguetes, comidas u otros objetos l. Describe acontecimientos que suceden en el entorno m. Responde a preguntas “qué es”, “de quién”, “quién” y “cuántos” adecuadamente (si no correctamente)					
42–48	n. Nombra tres o más elementos o describe lo que está sucediendo cuando se le pida que hable sobre un dibujo o un libro de cuentos o. Responde adecuadamente a preguntas del tipo “qué haces” y “porqué hacemos nosotros”					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	p. Lee una historia en voz alta a sí mismo o a otra persona mientras mira los dibujos en un libro					
	q. Describe funciones de objetos					
48–54	r. Comunica relaciones causa-efecto					
	s. Realiza preguntas en relación con la afirmación de otra persona para mantener una conversación					
	t. Crea interés en un oyente mediante referencias indirectas					
	u. Comunica conocimientos sobre el mundo a compañeros y adultos					
54–60	v. Explica convenciones sociales o normas a compañeros					
	w. Pregunta y responde adecuadamente a preguntas "a qué distancia"					
15. Construcción de frases						
24–30	a. Utiliza expresiones de dos palabras para indicar la inexistencia y repetitividad					
	b. Utiliza expresiones de dos palabras para indicar especificidad y características					
	c. Utiliza "-s" en los finales de algunas palabras para formar plurales					
	d. Utiliza verbos auxiliares, normalmente abreviados (por ejemplo, en inglés "gonna" (ir), "wanna" (querer), "hafta" (tener que))					
30–36	e. Utiliza "-ando" y "-iendo" en los verbos					
	f. Utiliza términos negativos					
	g. Utiliza pronombres personales					
	h. Utiliza frases preposicionales					
	i. Utiliza frases de tres palabras para especificar, indicar rechazo y/o describir					
36–42	j. Utiliza frases completas de tres a cuatro palabras que incluyen sujeto-verbo-complemento					
	k. Realiza preguntas "porqué", "qué", "dónde", "quién", "cuándo"					
	l. Utiliza "yo" en lugar de su nombre					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	m. Utiliza “de él” o “de ella” después de palabras para indicar posesión					
42–48	n. Utiliza frases subordinadas en oraciones					
	o. Utiliza correctamente la mayoría de las formas verbales irregulares de tiempo pasado					
48–54	p. Utiliza formas verbales correctas, tanto regulares como irregulares, para acciones pasadas, presentes y futuras					
	q. Utiliza “y”, “o”, “pero” o “porque” para conectar dos oraciones					
	r. Utiliza nombres verbales y/o adjetivos verbales					
54–60	s. Utiliza oraciones completas con el orden de palabras correcto en preguntas “quién”, “qué”, “dónde”, “cuándo”					
	t. Utiliza diversos adjetivos para describir lo que ha sido visto, oído o se ha experimentado					
	u. Utiliza finales en verbos o nombres para indicar la actividad de una persona o cosa					
	v. Utiliza comparativos					
16. Imitación: Vocal						
24–30	a. Repite nuevas secuencias de dos palabras o de dos números					
30–36	b. Repite oraciones de tres palabras					
36–42	c. Repite una secuencia de tres números o tres palabras no relacionadas entre sí					
42–48	d. Repite oraciones de cuatro palabras incluyendo adjetivos					
48–54	e. Repite oraciones de cinco a seis palabras manteniendo la estructura gramatical					
54–60	f. Repite secuencias nuevas de cuatro números o de cuatro palabras no relacionadas entre sí					
17. Comprensión verbal						
24–30	a. Imita posturas o acciones que no implican apoyos					
30–36	b. Imita secuencia de dos acciones motrices no relacionadas entre sí					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
36–42	c. Repite una secuencia de tres actividades motrices no relacionadas entre sí después de haber pasado por estas actividades, una a una					
42–48	d. Imita juegos de dedos simples (ambas manos realizando acciones similares)					
48–54	e. Imita juegos de dedos (cada mano realiza acciones diferentes)					
54–60	f. Imita actividades motrices complejas en canciones y juegos					
18. Prensión y manipulación						
24–30	a. Gira el pomo con rotación del antebrazo					
	b. Coloca objetos pequeños a través de un pequeño agujero en un recipiente					
30–36	c. Construye una torre de 8–10 bloques					
36–42	d. Realiza formas simples con plastilina					
	e. Coloca clavijas de 1/4 pulgada (0,6 centímetros) en un tablero de clavijas					
	f. Gira la llave de dar cuerda 90 grados de una vez					
42–48	g. Sujeta el instrumento de escritura con los dedos en posición trípode					
	h. Introduce 10 bolitas en una botella en 30 segundos					
48–54	i. Sujeta un objeto pequeño en la palma de la mano y entonces lo adelanta para agarrarlo tipo pinza sin ayuda de la otra mano					
54–60	j. Coloca sujetapapeles en hojas de papel					
19. Coordinación bilateral						
24–30	a. Demuestra preferencia por una mano (por regla general para comer)					
30–36	b. Desabrocha botones grandes					
	c. Engarza bolas pequeñas					
	d. Rosca tapas					
36–42	e. Ata una tarjeta con agujeros grandes					
	f. Demuestra preferencia por una mano cuando recoge la mayoría de los materiales con una mano (cruzar la línea central del cuerpo)					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
42–48	g. Ata nudos simples					
	h. Anuda dos agujeros en los zapatos					
48–54	i. Realiza cosido simple					
	j. Sujeta la baraja de cartas y las clasifica					
	k. Abrocha botones de 1/2 pulgada					
54–60	l. Dobla papel por la mitad (sin demostración)					
	m. De forma regular utiliza la misma mano para las actividades que requieren habilidad					
20. Uso de herramientas						
24–30	a. Sujeta un tazón y agita					
	b. Utiliza el martillo para clavar las clavijas en el banco de trabajo					
30–36	c. Traslada material con cuchara					
	d. Esparce con un cuchillo					
	e. Corta con el canto del tenedor					
36–42	f. Utiliza rodillo para aplanar la plastilina					
42–48	g. Utiliza pinzas para trasladar materiales					
48–54	h. Utiliza martillo para clavar clavos					
54–60	i. Utiliza pinzas de la ropa para trasladar objetos pequeños					
	j. Utiliza tenedor y cuchillo para cortar materiales blandos					
21. Habilidades motricidad visual						
24–30	a. Imita el trazo horizontal					
	b. Finge escribir					
30–36	c. Copia un círculo con un garabato circular					
	d. Recorta con tijeras					
	e. Realiza cortes continuos a lo largo del papel					
36–42	f. Copia un círculo					
	g. Copia una cruz					
	h. Dibuja una persona con cabeza y al menos un rasgo					
	i. Corta en línea recta, situada dentro de 1/2 pulgada de la línea					
42–48	j. Dibuja una persona con cabeza y cuatro rasgos					
	k. Corta un cuadrado de 4 pulgadas					
48–54	l. Copia un cuadrado					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	m. Realiza dibujos representativos simples					
	n. Corta un círculo de 4 pulgadas					
54–60	o. Traza el contorno de plantillas simples					
	p. Dibuja una persona con una cabeza y ocho rasgos					
	q. Recorta dibujos siguiendo la forma general					
Motricidad gruesa						
22-I. Conceptos/vocabulario: Receptivo						
24–30	a. Camina hacia atrás 10 pies					
	b. Camina sobre todos los tipos de superficies sin caerse					
	c. Utiliza el modelo talón-punta (brazos libres para llevar objetos)					
	d. Realiza tres o cuatro pasos de puntillas					
	e. Corre al menos 10 pies sin caerse					
	f. Salta desde una altura de 8 pulgadas (un pie adelantado)					
	g. Sube tres escalones, modelo alterno, con barandilla					
30–36	h. Anda al menos 20 pies de puntillas					
	i. Evita obstáculos cuando corre					
	j. Sube tres escalones, modelo alterno, sin barandilla					
	k. Baja tres escalones, colocación del pie en el mismo escalón, sin barandilla					
	l. Salta sobre un obstáculo de 2 pulgadas					
	m. Salta desde una altura de 16 pulgadas a 18 pulgadas (un pie adelantado)					
	n. Salta en ancho de 4 pulgadas a 14 pulgadas					
36–42	o. Camina 10 pies de puntillas sobre una línea de pulgada					
	p. Galopa cinco ciclos					
	q. Corre con algunos períodos de vuelo (sin tocar el suelo con ambos pies)					
	r. Brinca una vez en el mismo sitio					
	s. Sube hasta 10 escalones, modelo mismo escalón, sin barandilla					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	t. Baja hasta 10 escalones, modelo mismo escalón, sin barandilla u. Salta sobre un obstáculo de 8 pulgadas v. Salta desde una altura de 18 pulgadas a 24 pulgadas (pies juntos en lanzamiento y aterrizaje) w. Salta en ancho de 14 pulgadas a 24 pulgadas					
42–48	x. Salta a la cuerda cinco ciclos, pausando entre los saltos y. Brinca dos o tres veces sobre el pie preferido z. Salta desde una altura de 24 pulgadas a 30 pulgadas (pies juntos en lanzamiento y aterrizaje) aa. Baja tres escalones, modelo alterno, con barandilla bb. Salta sobre varios obstáculos de 8 pulgadas en sucesión cc. Salta en ancho de 24 pulgadas a 36 pulgadas					
48–54	dd. Baja 10 escalones, modelo alterno, con barandilla ee. Brinca cinco veces sobre el pie preferido, tres veces sobre el pie no preferido ff. Salta a la cuerda 5-10 ciclos, coordinando paso-brinco gg. Corre al menos 50 pies en 10 segundos hh. Salta 3 pulgadas más allá del alcance de los brazos ii. Salta desde una altura de 32 pulgadas (puede aterrizar sobre un pie) jj. Salta a lo ancho al menos 36 pulgadas					
54–60	kk. Salta a la cuerda al menos 15 ciclos con traslado de peso rítmico (aterrizando sobre las puntas) ll. Corre, cambiando la dirección 180 grados con cuatro a ocho pasos mm. Brinca adelante 16 pulgadas sobre el pie preferido, 12 pulgadas sobre el pie no preferido nn. Baja 10 escalones, modelo alternado, sin barandilla oo. Salta en el suelo, completando un giro de 180					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	grados de un solo salto					
22-II. En posición vertical: Equilibrio						
24–30	a. Se mantiene de pie de lado con ambos pies en barra de equilibrios con postura estable					
	b. Camina 5 pies sobre la barra de equilibrios con un pie en la barra de equilibrios y el otro sobre el suelo					
	c. Camina a lo largo de una línea de 10 pies, siguiendo la dirección general de la línea					
30–36	d. Se mantiene de pie con postura estable sobre una pierna con las manos en las caderas y la otra rodilla doblada (1–2 segundos)					
	e. Camina tres pasos sobre la barra de equilibrios y mantiene el equilibrio					
	f. Camina a lo largo de una línea de 10 pies, manteniendo los pies sobre la línea y manteniendo el equilibrio					
36–42	g. Se mantiene en equilibrio con postura estable sobre la pierna preferida con las manos en las caderas y la otra rodilla doblada (5 segundos)					
42–48	h. Se mantiene de pie sobre las puntas con las manos por encima de la cabeza durante 2 segundos, manteniendo una postura estable					
	i. Se mantiene de pie sobre cualquier pierna, manteniendo una postura estable con las manos en la cadera y la rodilla contraria doblada (8 segundos)					
48–54	j. Da de tres a cinco pasos sobre la barra de equilibrios, manteniendo el equilibrio					
	k. Se mantiene de pie sobre las puntas con las manos por encima de la cabeza durante 8 segundos, manteniendo una postura estable					
	l. Da un voltereta, manteniendo el cuerpo moviéndose hacia adelante					
	m. Recorre caminando toda la longitud de la barra de					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____	Observaciones
54-60	<p>equilibrios manteniendo el equilibrio</p> <p>n. Se mantiene de pie sobre cualquier pierna, manteniendo una postura estable con las manos en la cadera y la rodilla contraria doblada (10 segundos)</p> <p>o. Realiza dos volteretas en fila, manteniendo la progresión hacia adelante</p> <p>p. Recorre caminando toda la longitud de la barra de equilibrios con las manos en la cadera, manteniendo el equilibrio</p>					
22-III. En posición vertical: Juego de pelota						
24-30	<p>a. Lanza una pelota de 3 pulgadas a un adulto que se encuentra a 7 pies de distancia</p> <p>b. Lanza una pelota de 3 pulgadas a un adulto que se encuentra a 9 pies de distancia</p>					
30-36	<p>c. Atrapa una pelota de 8 pulgadas con los brazos delante del cuerpo procedente de un adulto que se encuentra a 5 pies de distancia</p> <p>d. Chuta una pelota a 4-6 pies</p>					
36-42	<p>e. Lanza una pelota de 8 pulgadas a un adulto que se encuentra a 9 pies de distancia</p> <p>f. Atrapa una pelota de 8 pulgadas con los codos doblados procedente de un adulto que se encuentra a 5 pies de distancia</p>					
42-48	<p>g. Lanza una pelota de 3 pulgadas a un adulto que se encuentra a 10 pies de distancia</p> <p>h. Atrapa una pelota de 3 pulgadas con los codos doblados procedente de un adulto que se encuentra a 5 pies de distancia</p> <p>i. Chuta una pelota a 12-15 pies</p>					

Edad (meses)	Secuencias del currículo	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Observaciones:
	doblados y los brazos a los lados de un adulto que se encuentra a 7 pies de distancia					
22-IV. En posición vertical: Juego al aire libre						
24–30	a. Corre en el patio de recreo, haciendo una pausa en los cambios de superficie					
	b. Escala en las estructuras bajas de barras para juegos infantiles y se deja caer desde varias pulgadas al suelo					
	c. Escala escaleras verticales					
30–36	d. Camina sobre superficies que se mueven utilizando algún tipo de apoyo para las manos					
36–42	e. Pedalea sobre un triciclo al menos 10 pies					
	f. Se mueve de forma activa en las zonas de juegos					
42–48	g. Disfruta sobre superficies inestables e intenta que se muevan					
	h. Corre enérgicamente en zonas de juegos					
48–54	i. Mueve el columpio					
	j. Inventa juegos de cooperación que implican el equipamiento					
54–60	k. Monta en bicicleta de dos ruedas					

GRÁFICO DE LA EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO

FECHAS	NIÑO	
	INTERVENCIONISTA	

Secuencia del Currículo		24–30 Meses				30–36 Meses				36–42 Meses														
PERSONAL-SOCIAL	1. Autorregulación y responsabilidad	a		b						d	e	f												
	2. Habilidades interpersonales	a		b		c	d	e	f	g	h	i	j	k	l									
	3. Autoconcepto	a	b	c		d	e	f	g	h		i												
	4-I. Autoayuda: Comer	a	b	c																				
	4-II. Autoayuda: Vestir	a	b	c		d		e																
	4-III. Autoayuda: Aseo personal					b		c		d		e												
PROCESO DE CONOCIMIENTO	4-IV. Autoayuda: Uso del sanitario	a		b		c		d																
	5. Atención y memoria: Visual/espacial	a	b	c	d	e	f	g		h		i												
	6-I. Percepción visual: Bloques y rompecabezas	a		b		c	d	e	f															
	6-II. Percepción visual: Emparejamiento y clasificación	a	b	c						e	f	g												
	7. Uso funcional de objetos y juego simbólico					b		c		d		e		f										
	8. Resolución de problemas/razonamiento	a	b	c		d		e		f	g	h	i	j										
COG/COM	9. Conceptos numéricos	a		b		c	d	e																
	10. Conceptos/vocabulario: Receptivo	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o								
	11. Conceptos/vocabulario: Expresivo	a	b	c	d	e	f	g		h		i		j										
	12. Atención y memoria: Auditiva	a		b		c		d		e		f												
	13. Comprensión verbal									c		d		e										
	14. Habilidades conversacionales	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m										
MOTRICIDAD FINA	15. Estructura gramatical	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m										
	16. Imitación: Vocal																							
	17. Imitación: Motricidad																							
	18. Prensi3n y manipulaci3n	a	b						d	e	f													
	19. Coordinaci3n bilateral					b		c		d		e		f										
	20. Uso de herramientas	a		b		c		d		e														
MOTRICIDAD	21. Habilidades motricidad visual	a		b		c		d		e		f	g	h	i									
	22-I. En posici3n vertical: Postura y locomoci3n	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w
	22-II. En posici3n vertical: Equilibrio	a	b		c		d		e		f													
	22-III. En posici3n vertical: Juego de pelota	a		b		c		d		e		f												
22-IV. En posici3n vertical: Juego al aire libre	a	b	c						e		f													

Secuencia del Currículo		42-48 Meses					48-54 Meses					54-60 Meses						
PERSONAL-SOCIAL	1. Autorregulación	g		h			i		j			k		l				
	2. Habilidades interpersonales	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	aa	bb	cc
	3. Autoconcepto	j			k					l					m		n	
	4-I. Autoayuda: Comer	f		g			h					i						
	4-II. Autoayuda: Vestir	g					h					i						
	4-III. Autoayuda: Aseo personal	f					g		h			i						
4-IV. Autoayuda: Uso del sanitario	f					g					h							
PROCESO DE CONOCIMIENTO	5. Atención y memoria: Visual/Espacial	j	k	l			m	n	o			p	q	r	s			
	6-I. Percepción visual: Bloques y rompecabezas	h		i			j		k			l		m				
	6-II. Percepción visual: Emparejamiento y clasificación	h	i	j		k		l			m		n					
	7. Uso funcional de objetos y juego simbólico	g			h			i		j			k		l			
	8. Resolución de problemas/Razonamiento	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	s		t				
9. Conceptos numéricos	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x				
COG/COM	10. CConceptos/vocabulario: Receptivo	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	aa	bb	cc			
	11. Conceptos/vocabulario: Expresivo	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v					
COMUNICACIÓN	12. Atención y memoria: Auditiva	g		h			i		j			k		l				
	13. Comprensión verbal	f		g			h		i		j		k	l	m			
	14. Habilidades conversacionales	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w							
	15. Estructura gramatical	n			o		p		q		r		s	t	u	v		
	16. Imitación: Vocal	d					e					f						
	17. Imitación: Motricidad	d					e					f						
MOTRICIDAD FINA	18. Presión y manipulación	g		h			i					j						
	19. Coordinación bilateral	g		h			i	j	k		l		m					
	20. Uso de herramientas	g					h					i		j				
	21. Habilidades motricidad visual	j		k			l		m		n		o	p	q			
	22-I. En posición vertical: Postura y locomoción	x	y	z	aa	bb	cc	dd	ee	ff	gg	hh	ii	jj	kk	ll	mm	nn
22-II. En posición vertical: Equilibrio	h			i			j		k		l		m		n	o	p	
22-III. En posición vertical: Juego de pelota	g		h		i		j			k			l					
22-IV. En posición vertical: Juego al aire libre	g		h			i		j			k							

· P A U L · H ·
BROOKES
 PUBLISHING CO.[®]
 Post Office Box 10624
 Baltimore, MD 21285-0624
 www.brookespublishing.com

ISBN 1-55766-793-4

Printed in the U.S.A.

i<(sl