



PROTOCOLO PARA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Proyecto 00092776: “El modelo integral de cuidado y atención inclusivo para niños y niñas con discapacidad menor y moderada en el marco del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”

Derechos Reservados 2016

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) México

Montes Urales No. 440

Piso 2 • Col. Lomas de Chapultepec

Del. Miguel Hidalgo • C.P. 11000

Ciudad de México, México.

Gerry Eijkemans

Representante de la OPS/OMS México

Elaboración y revisión técnica

Enrique Gil Bellorin

Asesor en Enfermedades Crónicas y Salud Mental

Juan Manuel Guzmán

Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Andrea Figueroa Grajeda

Consultor Nacional OPS/OMS

Contrapartes Nacionales

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General adjunta de Estancias Infantiles

Unidad de Asistencia e Integración Social

Dirección General de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

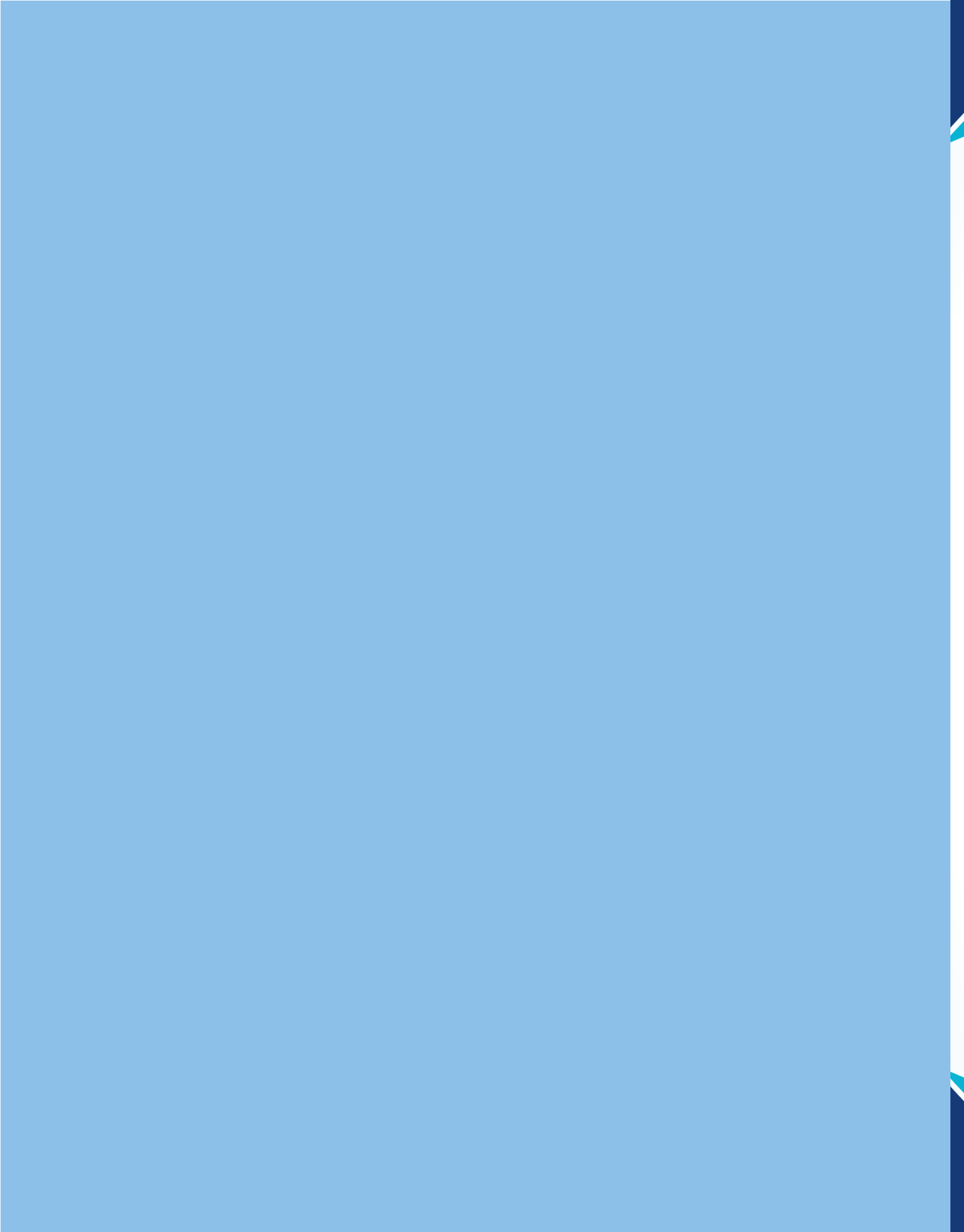
Agradecimientos

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) México en el contexto del proyecto financiado con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD), titulado, “ El modelo integral de cuidado y atención inclusivo para niños y niñas con discapacidad menor y moderada en el marco del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”.



UN Partnership on the Rights of Persons with Disabilities

ILO | OHCHR | UNDESA | UNDP | UNESCO | UNFPA | UNICEF | UN WOMEN | WHO





Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Discapacidad Motriz	9
Señales de Alarma	18
Discapacidad Visual	31
Señales de Alarma	37
Discapacidad Auditiva	49
Señales de Alarma	55
Discapacidad Intelectual	69
Señales de Alarma	75

Discapacidad Psicosocial.....	85
Señales de Alarma Epilepsia	93
Señales de Alarma Transtornos de la Conducta	97
Señales de Alarma Autismo	102
Acrónimos	105
Instructivos y Formatos	109
Formato de Referencia	120
Formato de Contra Referencia	124
Glosario	127
Bibliografías	134



Prólogo

El Protocolo de evaluación clínica para detección de cambios, limitaciones y/o alteraciones en el desarrollo infantil tiene como objetivo proponer alternativas simples y basados en evidencia, para la formación de redes de atención y servicio integradas por la comunidad, los profesionales de la salud y las personas que se encuentran en contacto directo con los niños que tienen algún tipo de discapacidad en las Estancias Infantiles.

Este protocolo incluye información acerca del desarrollo normal, las posibles alteraciones, así como las señales de alarma que orienten a la necesidad de acceder a un servicio especializado para una detección oportuna y tratamiento temprano de algún problema en el desarrollo, mediante referencia y contra referencia para recibir atención especializada, contando así, con una amplia gama de programas médicos, psicoterapéuticos y rehabilitación que reducen el costo de la atención, el tiempo en recibir atención y tratamiento, que un niño con algún tipo de discapacidad y su familia necesita.

El proceso de contra referencia para seguimiento, descrito en el Protocolo, facilita el intercambio de comunicación acerca de las indicaciones, el plan de tratamiento y las recomendaciones para maestros, familiares y/o cuidadores acerca del manejo y los cuidados que requieren los niños con algún tipo de discapacidad, con lo cual se solidifica una red de atención y servicio culturalmente apropiada y sostenible.

El fortalecimiento sectorial de atención primaria de la salud es parte de los enfoques estratégicos señalados en las prioridades descritas en la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con México 2015-2018 (ECP).

La ECP se encuentra alineada con el Plan Estratégico de la OPS (2014-2019), la primera resalta la promoción de la salud, los derechos humanos y la segunda, busca la reducción de la carga de las discapacidades y sus factores de riesgo.

El Protocolo contribuye a las estrategias de atención integral y de calidad con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la detección de las señales de alarma de los niños que acuden a las Estancias Infantiles y que pueden llegar a tener algún tipo de discapacidad, así como con la sistematización de la referencia y contra referencia se logra la articulación de redes de servicio en la comunidad entre las Estancias, las familias y los equipos de salud especializados.



Dra Gerry Eijkemans
Representante de OPS/OMS en México



Introducción

El Programa de Estancias Infantiles para el apoyo a madres trabajadoras es un programa del gobierno de México, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que inició sus operaciones a nivel nacional en 2006 y ha sido operado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Son servicios de guardería que apoyan mediante subsidios a: 1) madres trabajadoras, que buscan empleo y/o estudian, así como a padres solos sin acceso a los servicios de cuidado de niños de las instituciones de seguridad social u otros medios, además 2) favorece la creación de los servicios de cuidado y atención infantil. Los niños que asisten son de entre 1 y 3 años 11 meses, y en el caso de los niños con discapacidad en entre 1 y 5 años 11 meses.

Las Estancias Infantiles actualmente sólo son capaces de recibir a los niños con discapacidades menores, ya que el servicio es prestado por una persona de la comunidad y que a menudo se lleva a cabo en su propia casa, donde no siempre se cumplen las condiciones de accesibilidad ni con personal capacitado para asistir a los diferentes grados y tipos de discapacidad; no poseen información sobre las normas internacionales, ni los medios para cumplir con ellos. Además, las Estancias Infantiles no poseen ninguna información con respecto a cuales instituciones pueden asistir a los casos en que el grado y tipo de discapacidad puedan requerir una atención más especializada, o para orientar a las familias con niños con discapacidades que no pueden ser atendidos en las Estancias Infantiles.

Cuando los niños con discapacidad requieren de algún tipo de rehabilitación y no son detectados ni referidos oportunamente a las unidades médicas de atención que les corresponde, generalmente el pronóstico y la cronicidad de sus necesidades en materia de discapacidad empeora, sin mencionar el deterioro a su calidad de vida.

La necesidad de incrementar los conocimientos de las Responsables y Asistentes de las Estancias Infantiles y que se familiaricen con la detección de señales de alarma, sepan referir a un centro especializado y puedan dar seguimiento a los planes de tratamiento, hace la necesidad de desarrollar este protocolo.

En México, el proyecto Modelo Integral de Atención y Cuidado para niños con Discapacidad Menor y Moderada en las Estancias Infantiles de SEDESOL se ha planteado con el objetivo de implementar, lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en México. Este proyecto se implementa con la participación simultánea y coordinada de la OPS/OMS, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD).

La oficina en México de OPS/OMS ha contribuido elaborando el ***Protocolo de evaluación clínica para detección de deficiencias, limitaciones y/o alteraciones en el desarrollo infantil***, con el objetivo de ofrecer herramientas, mediante capacitación a las Responsables y Asistentes de las Estancias Infantiles para lograr la detección temprana y atención oportuna de niños asistentes de las estancias infantiles con algún tipo de discapacidad leve o moderada.

El **Protocolo** pretende reducir el tiempo en la detección de algún tipo de deficiencia y facilitar su atención en servicios especializados y de mayor calidad, garantizando la optimización de los recursos disponibles en la comunidad y el establecimiento de un mecanismo de referencia y contra referencia que garantice la elaboración e implementación de un plan de tratamiento de acorde al tipo de discapacidad y utilizando materiales locales a nivel de la comunidad.



Discapacidad Motriz (DM)

La discapacidad motriz se encuentra relacionada con una alteración en las funciones cerebrales, así como con el intercambio de comunicación entre el sistema nervioso y el cuerpo, para lograr una adecuada interpretación de las sensaciones y la correcta realización de movimientos gruesos (movimientos generales de todo el cuerpo) y finos (movimientos que requieren más detalle y cuidado).



Definición

Es una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, las funciones de desplazamiento, manipulación, respiración, y que limita al niño(a) en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay una alteración en los músculos, los huesos y/o las articulaciones, o bien, cuando hay un daño en el cerebro que afecta el área motriz, lo que le impide al niño (a) moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión.



Las vamos a clasificar siguiendo cuatro criterios:

1 Tipo

- **Espasticidad:** aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), por lo que hay movimientos exagerados y poco coordinados. Afecta al 70-80% de los pacientes.
- **Atetosis:** se pasa de hipertonía a hipotonía, por lo que hay movimientos incoordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, los pies, los brazos o las piernas y en algunos casos los músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas (es por esta razón, los niños pueden llegar a babear). Pueden tener problemas para coordinar los movimientos musculares necesarios para el habla (disartria).
- **Ataxia:** sentido defectuoso de la marcha e incoordinación motora tanto fina como gruesa. Afecta la forma de caminar, ya que hay presencia de inestabilidad, a la vista se percibe que colocan los pies muy separados uno del otro.
- **Mixto:** manifiestan diferentes características de los anteriores tipos. La combinación más frecuente es la de espasticidad y movimientos atetoides.

2 Tono

- **Isotónico:** tono normal.
- **Hipertónico:** aumento del tono.
- **Hipotónico:** tono disminuido.
- **Variable.**

3 *Parte de cuerpo afectada*



- **Hemiplejía o hemiparesia:** se encuentra afectada uno de los dos lados del cuerpo.
- **Diplejía o diparesia:** la mitad inferior está más afectada que la superior.
- **Cuadriplejía o cuadriparesia:** los cuatro miembros están paralizados.
- **Paraplejía o paraparesia:** afectación de los miembros inferiores.
- **Monoplejía o monoparesia:** se encuentra afectado un sólo miembro.
- **Triplejía o triparesia:** se encuentran afectados tres miembros.

4 *Grado de afectación*



- **Grave:** no hay autonomía (es dependiente de alguien más).
- **Moderada:** tiene autonomía (no siempre necesita alguna ayuda y/o asistencia para lograr realizar funciones básicas).
- **Leve:** tiene total autonomía (no depende de nadie, ni necesita de alguien que lo apoye).

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
<p>1 a 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza, se mira las manos y juega con ellas. • Sigue objetos con la mirada y trata de tocarlos. • Al sostenerlo en brazos, sostiene la cabeza por un ratito. • Si se le coloca boca abajo se sostiene con los brazos y levanta la cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • No sostiene la cabeza. • Su pulgar siempre se encuentra adentro de la mano. • Asimetría de la movilidad de las manos (no realiza de la misma manera las cosas del lado derecho en comparación con el izquierdo).
<p>4 a 6 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se le pone boca abajo levanta la cabeza sosteniéndose de las manos. • Se agarra los pies y descubre su cuerpo, inicia la prensión con dedo índice y anular. • Puede coger los juguetes que le dan. 	<ul style="list-style-type: none"> • No rota sobre sí mismo. • No logra sentarse, ni ha empezado a intentarlo. • No dirige sus manos hacia los objetos, ni los agarra voluntariamente.
<p>7 a 9 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede rodar y cambiar de posición (boca arriba a boca abajo y en sentido contrario). • Se lleva el pie a la boca, puede sostenerse con sus manos y rodillas, agarra objetos entre el pulgar y la parte lateral del índice, cambia los objetos de las manos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sienta de manera estable. • No se pasa objetos de una mano a otra.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
10 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Gatea hacia delante • Se ponen de pie • Inicia la marcha, puede recorrer la casa gateando o cogiéndose de los muebles. • Va adquiriendo el braceo. • Utiliza sus manos (pinza pulgar-índice de forma correcta). • Introduce objetos dentro de otros y hace tareas simples con cubos grandes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se mantiene de pie, ni con presencia de apoyo. • No tiene pinza pulgar-índice completo en sus manos.
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Camina solo. • Corre. • Sube y baja escaleras gateando. • Puede saltar desde pequeñas alturas. • Trepa y desciende lentamente. • Intenta quitarse la ropa. • Come con cuchara y tenedor. • Apila hasta 6 cubos. • Hace garabatos en un papel. 	<ul style="list-style-type: none"> • No camina solo. • No agarra objetos pequeños.

INTERVALOS DE EDAD

DESARROLLO NORMAL (DN)

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)

36 meses

- Sube y baja escaleras solo.
- Salta con los dos pies.
- Patea un balón.
- Sube y baja escaleras sin ayuda ni apoyos.
- Corre rápido.
- Se sostiene sobre un pie durante un segundo.
- Puede ir de puntillas caminando sobre las mismas.
- Comienza a abrochar y desabrochar botones.
- Manipula objetos pequeños con mayor destreza y coordinación (abrir y cerrar tapones).
- Puede comer y beber solo.
- Sostiene objetos con pinza pulgar-índice (durante largo tiempo), puede aplicar presión.
- Logra el control de esfínteres.
- Empuja palancas.
- Gira las páginas de un libro.
- Marca números del teléfono.
- Los dibujos que realiza, son garabatos.
- Coloca cubos y piezas que podrán poner una encima de otra hasta un cierto nivel.

- No corre, ni sube escaleras.

INTERVALOS DE EDAD**DESARROLLO NORMAL (DN)****ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)****48 meses**

- Salta sobre un pie.
- Perfecciona sus movimientos de coordinación, equilibrio y salto.
- Perfecciona la carrera, pero tiene dominio de los brazos (al mismo tiempo), es decir, sube las escaleras con movimientos alternos de brazos y pies.
- Hace equilibrios sobre neumáticos.
- Esquema corporal completo (identifica la dimensión de su cuerpo).
- Hacen trazos vertical, horizontal y círculos (más pequeños y precisos).
- Inician el aprendizaje de la escritura.

- No hace dibujos.
- No sube escaleras de mano.

60 meses

- Construye con materiales: caminos, puentes, etc.
- Sube escaleras de mano.
- Se sostiene sobre un pie durante 5 segundos.
- Con un pie salta hasta dos metros.
- Bota y levanta la pelota.
- Conocen mucho mejor los objetos, es capaz de compararlos y diferenciarlos por su forma, color y tamaño.
- Puede señalar el lugar que ocupan en el espacio: arriba, abajo, cerca, lejos, entre otros.
- Usa los cubiertos de mejor forma, ata los zapatos.

- No se sostiene sobre un pie durante más de 5 segundos.
- No salta sólo con un pie.
- No bota, ni “cacha” la pelota.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
<p>60 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ata los zapatos. • Controla la toma de un lápiz. • Dibuja círculos, figuras humanas o animales, aunque los trazos sean muy simples. • Usa las tijeras. • Copia formas geométricas y letras. • Usa plastilina moldeando alguna figura. • Puede abrochar botones grandes. • Ensarta cuentas en un hilo. • Dibuja un hombre con tres partes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No reconoce ni compara objetos. • No reconoce la diferencia de objetos, ni por su forma, color y tamaño.
<p>72 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lleva a cabo más rápido los conocimientos adquiridos hasta el momento, estos serán la base de los nuevos conocimientos tanto internos (personales) como socio-afectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No señala el lugar que ocupan los objetos en el espacio: arriba, abajo, cerca, lejos. • No utiliza bien los cubiertos. • No ata bien sus zapatos. • Puede dibujar círculos, figuras humanas o animales, aunque los trazos son muy simples. • No copia formas geométricas y letras. • Tiene mucha dificultad para ensartar cuentas en un hilo.



Señales de Alarma Discapacidad Motriz

Criterios de Detección (CD)

• Hay dificultades para enderezar y sostener la cabeza cuando lo cargan.



• Hay tensión y/o endurecimiento de su cuerpo cuando lo tocan.



• Hay dificultades para girarse o voltear la cabeza ante cualquier objeto, para ver a un adulto y/o niños (as).



• Hay dificultades para empujar con sus manos y/o tomar objetos con una o ambas manos.



• Hay dificultades para sentarse en el piso, requiere de un soporte en la espalda y/o el tronco, y se rueda con dificultad.



Criterios de Evaluación (CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.

REFERENCIA

CONTRA REFERENCIA



Comenzaremos explicando las tres funciones principales, que cumple el cerebro para lograr la coordinación entre las sensaciones y los movimientos:

1. Sensitiva. El cerebro es capaz de sentir determinados cambios o estímulos del interior del organismo; es decir, como el dolor de estómago; también aquellos que provienen fuera de él, es decir, una gota de lluvia que cae en la mano o el perfume de una rosa.

2. Integradora. La información sensitiva se analiza, se almacenan algunos aspectos y se toman decisiones de la conducta a seguir.

3. Motora. Es la respuesta que el cerebro organiza a partir de los estímulos; por ejemplo, contracciones musculares, movimientos o secreciones glandulares como la salivación al ver un alimento.

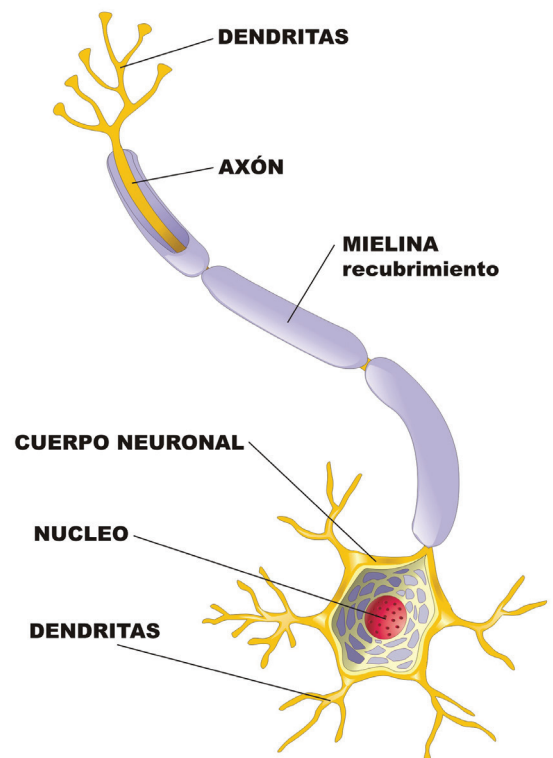
El sistema nervioso está compuesto por:

A) Neuronas. Células que forman el sistema nervioso central. Su principal tarea es recibir y enviar información, para producir y dirigir nuestras acciones y pensamientos.

B) Medula espinal. Además de neuronas, contiene terminaciones nerviosas (axones) que llevan la información de los sentidos al cerebro. Controla la postura, el movimiento y las funciones de los órganos.

C) Tallo cerebral. Aquí llegan todas las terminaciones nerviosas de la médula espinal. Interpreta las sensaciones de todas las funciones que no se controlan, como la respiración durante el sueño y el latido del corazón.

D) Cerebelo. Procesa todo tipo de sensaciones, pero en especial organiza la intensidad de los movimientos (sistema muscular y articulaciones), para que el cuerpo se mueva suavemente y con precisión.



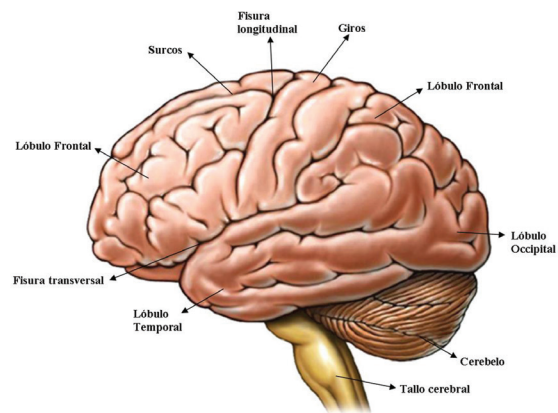
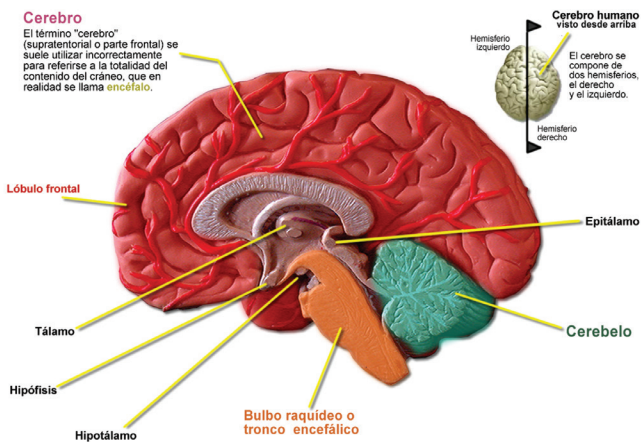
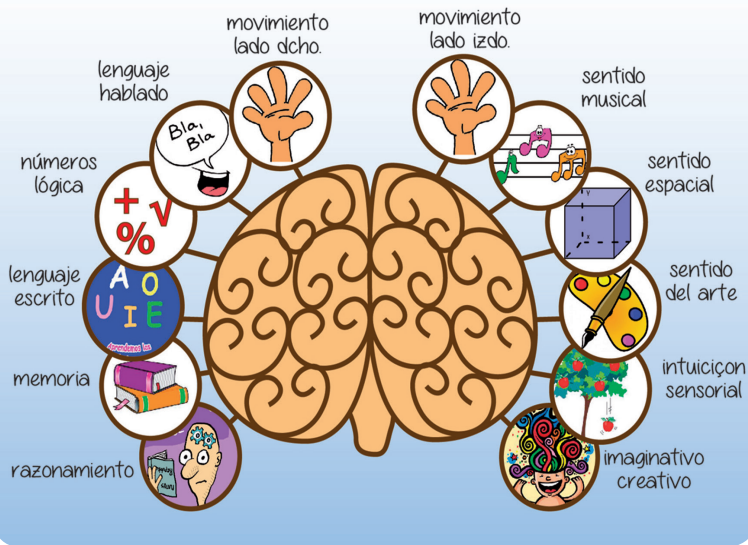
Funciones de los hemisferios cerebrales

E) Hemisferios cerebrales. Procesan la información sensorial, además, planean y desarrollan la respuesta que ofrecerá el cuerpo.

F) Corteza cerebral. Se encarga que una parte específica del cerebro mueva una parte del cuerpo. Por ejemplo, las áreas para los dedos, las manos y los músculos del habla son más grandes que las secciones para el resto del cuerpo. Para mover las manos y la boca se establecen movimientos dirigidos, precisos y complejos como escribir y hablar, respectivamente.

La corteza cerebral también recibe información de otras áreas; por ejemplo, el área de la visión toma la información

sonora, del movimiento o del tacto, para darle un significado a la imagen que percibe a través de las “áreas de asociación”.



Funcionamiento de la movilidad

Toda nuestra piel y las articulaciones actúan como receptores de sentidos que envían, a través de los nervios, la información de todas las sensaciones al cerebro. El cerebro produce conciencia, percepción y conocimiento; también origina posturas, movimientos, planeación y coordinación, emociones, pensamientos, memoria y aprendizaje.

Las sensaciones y los impulsos motores mantienen la postura, el balance y el movimiento. Todos los aprendizajes se logran aproximadamente hasta los siete años, además, a esta edad, los niños (as) son más activos y aprenden a hacer muchas más cosas con su cuerpo. De igual modo, muestran respuestas adecuadas que les permiten aumentar su capacidad de integrar sentidos para perfeccionar el uso de herramientas, así como, vestirse y escribir.

Discapacidad Motriz

Se produce una **discapacidad motriz**, cuando se presenta un cambio en la información que el cerebro envía a las extremidades o cuando hay un problema en los huesos, en los músculos y en las articulaciones. A veces todo el proceso de desarrollo se ve interrumpido, como lo explicaremos más adelante.

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta en distinto nivel del cuerpo que afecta las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos:

Desglosemos cada parte de la definición previa:

Anormalidad de la función motora.

El movimiento, la fuerza del músculo y la posición están alterados; es decir, los niños (as) que presentan dificultades para mover alguna parte de su cuerpo o todo. En ocasiones no extienden sus brazos o sus piernas, o su cuerpo parece no disponer de fuerza para realizar algún movimiento.

Defecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso central, no evolutivo.

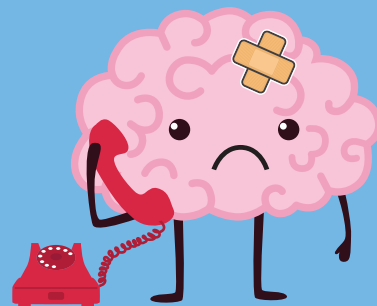
Este problema deriva de un daño durante los primeros tres años de vida, en las áreas del cerebro encargadas del movimiento (corteza motora cerebral). La lesión neurológica es definitiva y permanente; es decir, tiene tratamiento pero no se puede curar. Se relaciona con diversos trastornos de la esfera neuropsíquica. La lesión puede afectar, además de la función motora, otras funciones del cerebro como la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje y el razonamiento. Depende del tamaño de la lesión y la edad del niño (a) cuando ocurre la lesión.

Trastornos neurológicos.

Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.

Discapacidad Motriz: **Parálisis Motriz**

Una de las alteraciones del movimiento, así como el desarrollo de las funciones motrices, es la parálisis cerebral, la cual es el trastorno motor más común en los niños (as) de edad escolar. Constituye una anomalía de la función motora debida a un defecto, lesión o enfermedad no evolutiva del sistema nervioso central, ocurre durante el desarrollo neurológico temprano y con frecuencia se afecta la esfera neuropsíquica, sensorial y del lenguaje.





Origen de una Discapacidad Motriz

Las causas del daño cerebral que interfiere con la motricidad se clasifican de acuerdo con la etapa en que se presentan:

A) Prenatales o antes del nacimiento.

Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés. Ocurren cuando la sangre de la madre es diferente a la sangre del bebé; por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé, infecciones o presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, triates, etc.).

B) Perinatales o durante el nacimiento.

Ejemplos: nacimiento prematuro (antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el sistema nervioso central o hemorragia cerebral.

C) Posnatales.

Se debe principalmente a golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central.

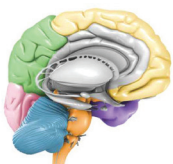
Clasificación

El diagnóstico de parálisis cerebral excluye otros problemas del movimiento que involucran anomalías de huesos y músculos de los nervios periféricos o la médula espinal. Por lo general, es difícil efectuar un diagnóstico temprano, porque la primera sospecha deriva de la observación de retrasos en el desarrollo motor del niño (a). Sin embargo, el diagnóstico suele efectuarse entre los dos y los cuatro años.



La parálisis cerebral se clasifica con base en sus características funcionales y en la ubicación de las alteraciones de la movilidad en el cuerpo. En primer lugar se describen tres tipos, con base en la funcionalidad del movimiento:

1 Espasticidad



Corteza Motora Cerebral

La lesión se ubica en la corteza motora cerebral, es decir, en las áreas del cerebro responsables del movimiento. Está asociada a la ejecución de movimientos voluntarios. El daño en esta parte del cerebro se manifiesta por la incapacidad para ejecutar movimientos voluntarios, en especial los más finos, por ejemplo, movimiento detallado con las manos. Los niños (as) espásticos se caracterizan por movimientos rígidos, bruscos y lentos. También se afectan los músculos de la alimentación y el habla, los de la boca y rostro, lo cual genera problemas en la alimentación y el habla.

La lesión se ubica en un área del cerebro que se encarga de mantener la postura estática (es decir, el estado de reposo) y de los movimientos involuntarios (por ejemplo, los reflejos para mantener el equilibrio y la postura, los movimientos respiratorios o el parpadeo, entre muchos otros). Esta área del cerebro se llama “sistema extra piramidal”, y la lesión ocasiona movimientos exagerados que van de la hiperextensión (brazos o piernas muy estirados) a la flexión total o parcial; también hay movimientos involuntarios en los músculos, necesarios para producir el habla, lo que origina gestos exagerados al hablar.

2 **Atetosis**



Cerebro



Cerebelo

3 **Ataxia**

La lesión se encuentra en el cerebelo. Los niños (as) experimentan dificultades para medir su fuerza y dirección de los movimientos (por ejemplo, alteraciones en la postura, en las reacciones de equilibrio, sin coordinación de los brazos y problemas para chupar, comer y respirar). También hay dificultades para realizar movimientos precisos y nuevos patrones de movimiento.

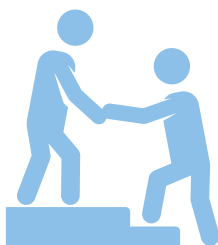
Ahora bien, los cambios en los movimientos se clasifican con base en las áreas del cuerpo afectadas:



A) Monoplejia:
Un solo miembro del cuerpo.



B) Diplejia.
Afecta las extremidades inferiores (piernas).



C) Triplejia.
Afecta un miembro superior (un brazo) y las extremidades inferiores (piernas).

D) Hemiplejia.
Afecta el lado derecho o izquierdo del cuerpo.



E) Cuadriplejia.
Afecta las cuatro extremidades del cuerpo (brazos y piernas).



Problemas Asociados a la Discapacidad Motriz

Los niños (as) con discapacidad motriz, principalmente originada por una parálisis cerebral (daño al cerebro), experimentan otros cambios o problemas asociados. No siempre ocurren estos problemas, pero es necesario conocerlos, ya que estos impiden el aprendizaje:

- **Dificultades visuales.**

Algunos niños (as) sufren problemas de agudeza visual; también dificultades para enfocar objetos (por ejemplo, en ocasiones los ven borrosos o en sus ojos hay movimientos involuntarios), para comprender las distancias (por ejemplo, ven objetos más lejos de lo que están) y así como para ubicar su cuerpo en el espacio.

- **Estrabismo.**

No mueven adecuadamente uno de los ojos o se les va hacia un lado, lo que les dificulta enfocar objetos.

- **Pie varo o valgo.**

Deformación en la articulación del tobillo, que ocasiona limitaciones en el andar.

- **Anemia.**

Algunos niños (as) con parálisis cerebral sufren problemas para la asimilación de los nutrientes y están bajos de peso.

- **Infecciones de vías respiratorias.**

Detección de niños (as) con discapacidad motriz

Algunos niños (as) pueden caminar, aunque con dificultad. Otros no mueven adecuadamente sus brazos y manos, pero pueden efectuar actividades diversas. Observar las siguientes características de movimiento de los niños (as) permite determinar sus posibilidades de participación dentro del grupo:

Posiciones estáticas

Habilidades con la pelota

Prensión y manipulación

Funciones perceptuales: visión



Posiciones estáticas

Observa las posturas del niño (a) en posiciones fijas; es decir, cómo se detiene en pie y cómo sentado. Los siguientes indicadores te permitirán describir las posturas de los niños (as). Explica con detalle cómo lo hace y qué no hace:

- **Se mantiene de pie por sí mismo.**
- **Mantiene el equilibrio.**
- **Camina solo.**
- **Camina usando un bastón.**
- **Alguien le sostiene al caminar.**
- **Camina usando andadera.**
- **Cambia de posición: de pie a sentado, de sentado al piso, del piso se pone de pie.**
- **Se mantiene sentado por sí solo.**
- **Permanece sentado solo.**



Habilidades con movimiento

- **Avienta pelotas,** desarrolla esta actividad con diferentes tamaños de pelotas y objetos.
- **Cacha pelotas,** observando el tamaño de pelotas que puede cachar.
- **Mantiene el equilibrio,** estando de pie para patear una pelota.



Prensión y manipulación

• **Prensión.** Habilidad de la mano para sostener un objeto. Es importante observar si el niño (a) toma cosas de diferente tamaño, y si las sostiene por momentos un tanto prolongados que le permitan ser funcionales (por ejemplo, sujeta un lápiz o un crayón con la prensión suficiente para colorear o escribir).

• **Tono muscular y fuerza en las manos.** En ocasiones, los niños (as) con problemas en su motricidad tienen dificultades en su fuerza muscular; a veces aprietan demasiado los lápices o bien aprietan tanto la mano que no pueden extenderla para tomar cosas. También sucede que el tono muscular sea tan bajo, que carezcan de fuerza suficiente para sostener objetos con sus manos o sólo puedan mantener su objeto por corto tiempo.

• **Control del tronco y de la cabeza.** Observa si el niño (a) mantiene su postura sentado al realizar actividades con las manos.

• **Habilidades para soltar.** Observa si el niño (a) cambia objetos de una mano a otra, y lo deja suavemente sobre un espacio.

• **Desarrollo bilateral.** Se refiere al uso de ambas manos de manera práctica; por ejemplo, al escribir se necesita sujetar el lápiz con una mano y con la otra sostener el papel. Asimismo para cortar, se requiere el movimiento coordinado de ambas manos.





Estrategias Específicas para Enfrentar la Discapacidad Motriz

La discapacidad motriz reúne una serie de características muy variadas. Por ello, es difícil generalizar algunas estrategias, las cuales dependen del nivel de funcionalidad motriz del niño (a), de sus habilidades motrices y sus posibilidades de comunicación.

Los niños (as) con alguna discapacidad motriz derivada de un problema en articulaciones, músculos y huesos por lo general experimentan menores problemas para aprender y realizar trazos, leer y escribir. Los niños (as) con parálisis cerebral sufren más dificultades en el control voluntario de sus movimientos o bien limitación de movimientos.

Por lo anterior, primero observa las posibilidades de movilidad de niños (as), en especial de la movilidad voluntaria, y después proporciona algunos apoyos:

- **Dale el tiempo que requiera**, sin presiones.
- **Divide la actividad y las indicaciones** en pasos muy pequeños, y aumenta poco a poco la dificultad.
- **Ofrécele apoyos motrices** (por ejemplo, andaderas, bastones, barras en la pared o lo que se te ocurra), para que pueda sostenerse.
- **Utiliza el medio de comunicación** que se adapte al niño (a), y dale la palabra para que relacione palabras con objetos.
- **En algunos casos, plantéale preguntas** cerradas que requieran un movimiento de cabeza.
- **Desde muy temprana edad** una respuesta clara y específica para el “sí” y otra para el “no” (por ejemplo, un sonido, un gesto, un parpadeo, un movimiento de la boca, etc.); depende del movimiento voluntario del niño (a).
- **Presenta la tarea en el plano vertical**, en particular a los niños (as) con escaso control de cabeza. Por ejemplo, si les cuesta trabajo mover la cabeza para ver el pizarrón y luego su mesa, muéstrales el material de forma vertical para que no pierda el control de su cabeza por tener que agacharse.
- **Coloca los objetos** dentro del espacio motriz del niño (a), es decir, en el espacio donde pueda agarrarlos.
- **Exponerles el material** del tamaño adecuado a las características de la visión del niño (a).
- **Observa expresiones habladas** o gestuales que indiquen el estado emocional del niño (a). De preferencia, nombra la emoción preguntándole, por ejemplo, “¿Estás enojado?”, “¿Te gusta?”, o “¿Te duele?”, para que el niño (a) identifique y nombre sentimientos y sensaciones.

Mejorar la postura y el movimiento

Para aplicar las estrategias, se necesita recurrir a la creatividad. No temas mover con respeto al niño (a) con discapacidad motriz; si es el caso, sigue las recomendaciones médicas en el apoyo que le brindes, y recuerda que él y sus padres confían en ti. Algunas actividades requieren ayuda de padres de familia para elaborar materiales relativamente baratos y con materiales desechables. Usa tu imaginación para obtener recursos didácticos que permitan mejorar la postura del niño (a) y le faciliten el aprendizaje. Por ejemplo, si el niño (a) acostumbra juntar las piernas en su silla, colócale un cojín elaborado por la mamá con retazos de tela sobrante y cambia por ratos la postura; no debes dejarlo en la misma posición mucho tiempo, porque le resultará molesto e incluso doloroso.



En caso de que el niño (a) carezca de fuerza en el tronco (de la cintura hacia arriba), fíjalo a la silla con una faja (una venda o un rebozo), que cruces por su pecho y amarres en la parte posterior de la silla; así evitaras que el cuerpo del niño (a) se vaya hacia adelante. Si se le dificulta el control del cuello y de la cabeza, colócale una bufanda o un collarín para darle un mayor soporte; también es recomendable que el respaldo de la silla sea más alto de lo habitual, para que sirva de soporte para la cabeza.

Destíname una mesa o un pupitre no plano, sino inclinado, para facilitarle el acceso a los materiales, que deben ubicarse en un lugar cercano y fijo (como una lapicera o una papelería debajo de su mesa). Coloca ahí sus libros y sus cuadernos o utiliza un atril.

Buscar el lugar más adecuado para el niño (a), por ejemplo, en medio y frente a la pared en donde se coloque el pizarrón o cartel, o desde donde observen los materiales y a sus compañeros. Si no está muy afectado de la movilidad, tal vez le sea de gran utilidad una silla de ruedas, una andadera o un par de bastones, que puedes obtener de organización de la sociedad civil que tengan el servicio de donaciones.

Estrategias para educación inicial

Los padres deben de estar entrenados en cómo realizar los ejercicios y además deben de:

- **Conocer el desarrollo psicomotor normal del niño (a).**
- **Aprender a observar las conductas del niño (a).**
- **Conocer las técnicas de higiene y alimentación.**
- **Conocer el programa de tratamiento domiciliario.**
- **Terapia física.**
- **Terapia ocupacional.**
- **Psicólogo.**
- **Maestros de educación especial**





Programa de Rehabilitación

Un adecuado plan de rehabilitación debe incluir un programa de estimulación temprana múltiple, desde el nacimiento hasta los dos años de edad y debe proporcionar al niño (a) la experiencia necesaria para desarrollar al máximo su potencial psicomotor. Se debe elaborar un programa de estimulación especializada y correctiva adecuado a su lesión. Si un niño (a) no recibe los estímulos necesarios, sufrirá graves retrasos en su desarrollo psicomotor. No debe consistir en un entrenamiento para realizar funciones específicas, sino una interrelación con todas las áreas donde se va a desenvolver el niño (a) y mejorar sus habilidades motoras y estimular la conducta adecuada a su edad, propiciando la interacción personal y social.

Los objetivos del tratamiento deben ir encaminados a:

- **Normalizar el tono muscular**, por lo que se deben realizar movimientos terapéuticos específicos y no sólo ejercicios, para lograr el control de puntos clave: cabeza, cuello, gateo, caminar, etc.
- **Inhibir los patrones de postura refleja anormal**. Facilitar las reacciones de enderezamiento y equilibrio, así como el uso de férulas y aditamentos inhibitorios.
- **Facilitar las posturas** adecuadas y los movimientos normales

Áreas a estimular

Cada área se debe estimular de manera adecuada, sin llegar al exceso, por lo que es muy importante la ayuda de los padres para poder continuar el tratamiento en su casa y/o comunidad.

• **Socialización**, aprendizaje socio-cultural de los diferentes papeles, hábitos y comportamientos necesarios para hacer frente a las responsabilidades cotidianas de la vida (comportamiento y actitudes).

• **Psicomotricidad**, habilidades psicomotoras que le permitan un desarrollo integral. Se consideran las siguientes áreas:

Motora gruesa: favorece el desarrollo motor y el equilibrio, fortaleciendo los músculos del cuello, espalda y miembros superiores. Se debe conseguir que sujete bien la cabeza, que camine solo, subir y bajar escaleras, saltar, agacharse, etc.

Motora fina: favorecer la coordinación visomotora, los movimientos de las manos se tienen que transformar en punto de atención, un objeto se debe convertir en algo para mirar, intentar cogerlo y posteriormente manipularlo. El niño (a) debe ir adquiriendo habilidades según su etapa de desarrollo.

Esquema corporal: el niño (a) debe conocer su propio cuerpo y conocer la situación de las diferentes partes.

• **Lenguaje.**





Los padres y/o la familia constituyen el pilar fundamental para la integración del niño(a) y su independencia.

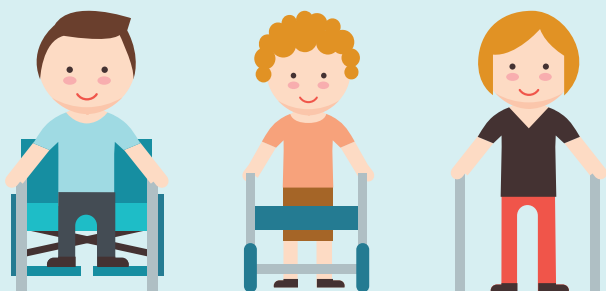
Es importante que busquen apoyo psicológico terapéutico, para que sepan comprender y guiar a sus hijos, porque desconocen qué puede hacer y cómo ayudarlos. Conviene reunirse frecuentemente con ellos, para ayudarles a descubrir las capacidades de los niños (as).

Los padres deben estar muy cercanos a sus hijos en particular durante los primeros tres años de vida cuando el infante construye su conocimiento del mundo. Deben permitir la integración plena de su hijo en las actividades del hogar, pues las actitudes de sobreprotección suelen limitar el funcionamiento en el ambiente familiar, y comunitario. **Se recomienda involucrarlos en la inclusión educativa** de su hijo, por ejemplo, realizando el material didáctico que éste va a necesitar.



Aspectos relacionados con el espacio físico

• **Preparar los espacios físicos del establecimiento y del aula**, de manera que se eliminen las barreras arquitectónicas, construyendo rampas o emparejando terrenos irregulares, ensanchando puertas, adaptando baños, poniendo barandas en las escaleras, gomas antideslizantes para facilitar la movilidad y el desplazamiento a los niños (as) que utilizan silla de ruedas, bastones, muletas u otros elementos de ayuda para la marcha.



• **Privilegiar salas en el primer piso**, donde permanezca el niño (a), si el establecimiento no cuenta con rampa o ascensor.

• **Modificar la altura de tableros**, espejos, perchas, para que puedan estar al alcance y ser utilizados por todos los estudiantes incluidos los niños (as) con discapacidad motora.

• **Adecuar puertas y mobiliario escolar** para que pueda trabajar junto con sus compañeros de grupo y utilizarlos por niños (as) que presenten dificultad en su uso.

• **En el caso de niños (as) con dificultad en la funcionalidad de las extremidades superiores (brazos y manos)**, se sugiere fijar el material a la mesa de trabajo, agrandar el formato de las actividades gráficas (dibujos), simplificar y crear material de apoyo, para facilitar la manipulación y la prensión de algunos instrumentos pedagógicos (lápices, pinceles, tijeras, plumones, etc.).

• **Probar con diferentes adaptaciones en las prendas de vestir**: reemplazar cierres, botones por velcro, utilizar botones grandes, usar ropa con elástico en vez de cierre.

• **Para el uso del baño es necesario hacer algunas adaptaciones** que brinden independencia al niño (a), como: poner barandas laterales en la taza de baño, en dónde se pueda afirmar, especialmente en las transferencias de la silla de ruedas a la taza del baño.

• **Ubicar lavamanos a diferentes alturas** (uno más bajo) y que considere el acceso, de la silla de ruedas, poner el espejo inclinado para que permita al niño (a) en silla de ruedas mirar su imagen.

• **Contar con una llave adecuada en el lavamanos** para ser manipulada con facilidad por niños (as) que usen ayudas funcionales o que tengan disminuida la fuerza muscular.





Discapacidad Visual (DV)

La discapacidad visual se refiere a las alteraciones que ocurren entre la percepción y la interpretación de imágenes visuales, es decir, el significado total o parcial que se le asigna a las formas, figuras y objetos que son detectados. Por ende se ve afectado el reconocimiento e identificación de objetos ya conocidos o aquellos que se presentan por primera vez.



Definición

La vista nos permite identificar objetos ya conocidos o aquellos que se nos presentan por primera vez. La discapacidad visual, es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial.

Para determinar esto, se utiliza la evaluación de: A) la agudeza visual (capacidad percibir con claridad y nitidez la forma y la figura de los objetos a determinada distancia) y B) el campo visual (porción del espacio que se puede ver sin mover la cabeza ni los ojos).

- La agudeza visual normal registra una visión de 20/20.
- El campo visual normal es de 150 grados en plano horizontal y 130 grados en el plano vertical.

Se habla de discapacidad visual cuando existe una disminución significativa de la agudeza visual aun con el uso de lentes, o bien, una disminución significativa del campo visual.



La función visual se subdivide en cuatro niveles:



Visión normal

Discapacidad visual moderada

Discapacidad visual grave

Ceguera



La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el nombre “baja visión”; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Ceguera es la ausencia total de visión, no hay percepción de luz.

La pérdida de la visión puede suceder de manera repentina o con el paso del tiempo debido a una afectación congénita o adquirida.

En muchos lugares se utiliza el término invidente; sin embargo, es una descripción general, es más específico valorar el tipo de deficiencia a la que nos enfrentamos, porque de eso depende el programa de rehabilitación que vamos a utilizar.

INTERVALOS DE EDAD

DESARROLLO NORMAL (DN)

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)

1 a 3 meses

- Etapa binocular (ambos ojos trabajan coordinadamente).
- Seguimiento de caras.
- Reacción pupilar a la luz.
- Parpadea ante una amenaza visual.
- Intenta sostener juguetes que suenan o se mueven, los encuentra visual y auditivamente.
- Al sostener un objeto, mira sus manos.
- Dependiendo del lado de donde se le estimule (con objetos, sonidos texturas) voltea la cabeza hacia esa dirección.

- No sigue la luz.
- No sigue objetos con la mirada.
- No sigue la cara de una persona con la mirada.
- Las pupilas se ven “nubladas” opacas o una es más grande que la otra.

4 a 6 meses

- Control manual y agarre prensil.
- Control ojo-mano en línea media del cuerpo, lo que le permite mover sus piernas.
- Equilibrio.
- Reflejo de caída (primeros cálculos).
- Ubica la extensión de su cuerpo.
- Aumenta campo periférico audio-visual (mira y escucha objetos y sonidos), seguido de la actividad óculo-manual (mira, escucha y toca objetos).
- Logra ver objetos, los sostiene e incluso lo golpea con otras cosas.

- Al hablar frente a él, gira su cabeza poniendo atención con su oído no con la mirada.
- No se desplaza en búsqueda de juguetes u otros objetos.
- Le “tiemblan” los ojos.
- Los ojos no están alineados.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Manipula objetos con las dos manos. • Aún no fusiona lo que ve. • Realiza un rastreo visual (levanta la cara para ver que puede ver). • Cuando se cae algo dentro de su campo visual lo recoge; si no, no lo busca (localización fijación). • Al moverse en el espacio se da cuenta de que hay “profundidad”. 	<ul style="list-style-type: none"> • No extiende sus brazos en búsqueda de su madre o familiares.
10 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor equilibrio. • Esquiva obstáculos, ya que aumenta su campo de percepción. • Enfoca lejos–cerca. • Cuando se cae algo fuera de su campo visual lo busca y lo recoge. • Fusiona lo que observa. • Calcula distancias, tamaños, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra temor al caminar. • Tropieza frecuentemente con los objetos que le rodean. • Al jugar, no encuentra visualmente la pelota, objetos ni juguetes.
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor equilibrio. • Esquiva obstáculos, ya que aumenta su campo de percepción. • Enfoca lejos–cerca. • Cuando se cae algo fuera de su campo visual lo busca y lo recoge. • Fusiona lo que observa. • Calcula distancias, tamaños, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se frota los ojos frecuentemente. • Se acerca demasiado al televisor “Guiña un ojo”. • Inclina la cabeza para poder fijar la vista. • Tiene dificultad para dibujar líneas.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza movimientos tan precisos como la lectura. • Organiza formas específicas de rompecabezas sencillos, por ejemplo: encuentra imágenes escondidas. • Diferencia entre igual y diferente. • Copia figuras geométricas, letras y números. • Desarrolla habilidades perceptuales como reconocimiento de una figura humana (una cabeza encima de dos piernas con un brazo que sale de cada pierna). 	<ul style="list-style-type: none"> • No da respuesta a las señas o gestos como saludo, despedida o al señalar. • No ve peldaños u otros relieves en el lugar donde se desplaza. • Se acerca demasiado a libros, láminas, material o dibujos que se le presentan.
48 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Decide que va a dibujar, dibuja y colorea. • Repite y repite, aprende a borrar y se va corrigiendo. • Lee con ayuda de un mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le cuesta mucho trabajo identificar letras, dibujos o escritura.
60 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciona los elementos de un dibujo entre sí. • Puede distinguir lo estático (no se mueve) y lo plano (sin relleno). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le cansan los ojos cuando trata de leer o escribir.
71 meses 5 años 11m.	<ul style="list-style-type: none"> • Dibuja figuras en movimiento y escenas animadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para copiar del pizarrón



Señales de Alarma Discapacidad Visual



Criterios de Detección (CD)

• Hay ojos enrojecidos, acuosos, picor, ardor y/o lagañas frecuentes.



• Hay parpados enrojecidos y/o hundidos.



• Hace bizcos, sus ojos se mueven sin coordinación y no fija la mirada hacia un objeto (específicamente si está cansado).



• Hay dolor de cabeza y/o nauseas frecuentes.



• Hay confusión de las letras, palabras, líneas y/o dibujos.



Criterios de
Evaluación
(CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.





Marco Teórico

La funcionalidad del sentido de la vista depende de órganos visuales maduros y bien coordinados para tener una buena visión. Asimismo, la coordinación entre el ojo, los músculos visuales y nervios del sistema nervioso permiten llevar información al cerebro y de experiencias visuales y así interpretar lo que están viendo.

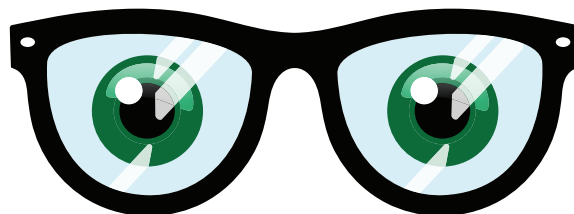
Se habla de **discapacidad visual** cuando existe una disminución significativa de la agudeza visual aun con el uso de lentes, o bien, una disminución significativa de la percepción visual que se logra identificar reconociendo el campo.

1 ➤

Agudeza visual es la capacidad de un sujeto para percibir con claridad y nitidez la forma y la figura de los objetos a determinada distancia. Las personas con agudeza visual normal registran una visión de 20/20 (el numerador se refiere a la distancia a la que se realiza la prueba, y el denominador, al tamaño del optotipo “figura o letra que utiliza el oftalmólogo para evaluar la visión”). Las personas que utilizan lentes en su mayoría experimentan afectaciones en la agudeza visual. No se les considera personas con baja visión, porque su visión borrosa se soluciona con el uso de lentes.

2 ➤

Percepción visual es la capacidad de reconocer y discriminar objetos, personas y estímulos del ambiente, así como de interpretar lo que son. Significa que un niño (a) puede ser capaz de ver un edificio por primera vez (en persona o en imagen), pero si no ha tenido una experiencia previa acerca del edificio tal vez no sabrá lo que es.



El desarrollo de la percepción visual sigue el mismo proceso en todos los seres humanos. Primero se adquiere el dominio de los músculos del ojo, lo cual posibilita fijar la mirada, seguir un objeto y enfocarlo, y mover coordinadamente los ojos. De manera paralela, el niño (a) avanza en su interpretación visual por medio de algunas funciones naturales:



Discriminación: Distingue entre la luz y la oscuridad, las formas, los colores, los objetos y las personas.

Reconocimiento e identificación: Al principio, reconoce caras de personas, objetos concretos importantes para él, y después dibujos, líneas, semejanzas y diferencias entre dibujos.

Memoria visual: Recuerda personas, objetos o lugares, aun cuando no estén presentes, y más adelante también evoca dibujos de objetos, personas y figuras abstractas.

Percepción espacial: Advierte que los objetos están en diferentes posiciones en el espacio (atrás, adelante, arriba, abajo o a un lado): al principio, respecto del propio cuerpo; después, en comparación con otros objetos y finalmente en cuanto a la distancia con las personas.

Coordinación visomotriz: Se refiere a lo que el niño (a) hace con los objetos o personas utilizando su vista: los toma y los manipula; más tarde imita movimientos hasta copiar y seguir líneas y trazos.



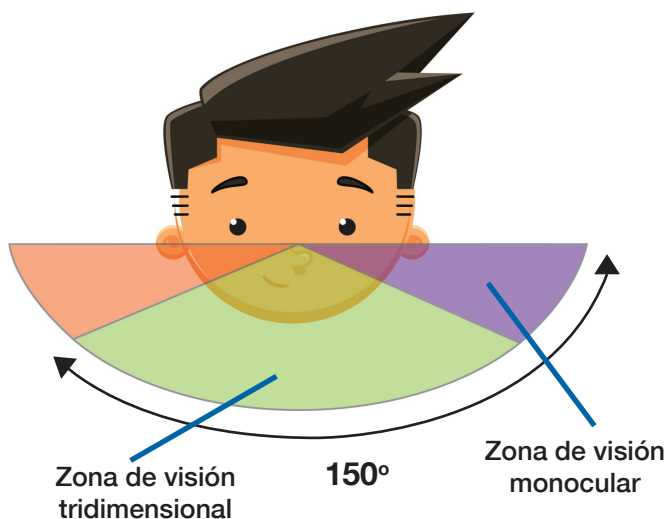
Finalmente, el niño (a) organiza la información visual de manera global mediante lo siguiente:

- **Reconocimiento de figura fondo:** Capacidad de distinguir una imagen dentro de un fondo.
- **Cierre visual:** Capacidad de completar la parte faltante de un objeto o dibujo.
- **Relación del todo con las partes y las partes con el todo:** Capacidad de construir una imagen por medio de sus partes (rompecabezas).
- **Asociación visual:** Se refiere a recordar cómo es un objeto y relacionarlo con otro, con un dibujo de éste y con su uso.

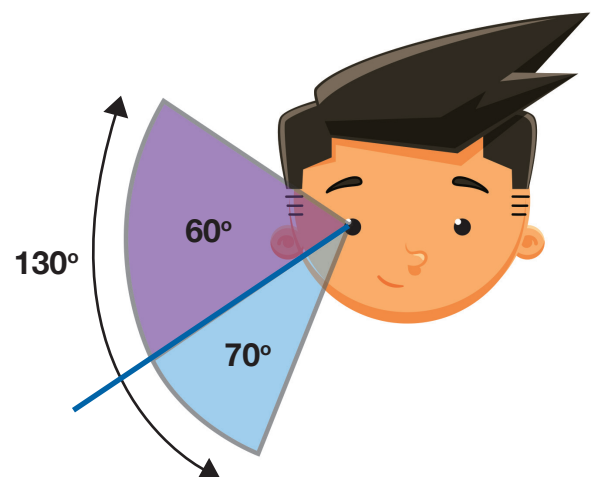


El campo visual se refiere a la porción del espacio que un individuo puede ver sin mover la cabeza ni los ojos. Una persona con visión normal tiene un campo visual de 150 grados en plano horizontal y 130 grados en el plano vertical.

CAMPO VISUAL HORIZONTAL



CAMPO VISUAL VERTICAL





Origen de una Discapacidad Visual

La discapacidad visual puede originarse por un inadecuado desarrollo de los órganos visuales o por padecimientos o accidentes que afecten los ojos, las vías visuales o el cerebro.

Ocurre en diferentes edades con evolución distinta, de acuerdo con la edad de aparición. **Un bebé que nace con una discapacidad visual debe construir su mundo por medio de imágenes fragmentadas** (si tiene una visión disminuida) y de información que reciba del resto de los sentidos. **En cambio, un adulto que pierde la vista debe adaptarse a una condición diferente de un mundo que ya construyó a partir de la visión.**



Debido a la necesidad de estimular la vista de las personas con baja visión, es importante detectar a tiempo los problemas visuales y actuar de manera oportuna para fomentar el uso de la visión aunado a los otros sentidos, en la construcción del conocimiento.





Tipos de Discapacidad Visual

La discapacidad visual adopta la forma de ceguera y baja visión. Las personas con ceguera no reciben ninguna información visual; muchas veces, los médicos las diagnostican como NPL (No Percepción de la Luz).

Las personas con baja visión, aún con lentes, ven significativamente menos que una persona con vista normal.

Tipo	Profunda	Severa	Moderada
Distancia de lectura	2 cm	Entre 5 y 8 cm	Entre 10 y 15 cm
Características educacionales	<ul style="list-style-type: none">• No realiza tareas visuales gruesas.• No realizar tareas de visión de detalle.	<ul style="list-style-type: none">• Realiza tareas visuales con inexactitud.• Requiere tiempo para ejecutar una tarea y ayuda externa como lentes, lupas, viseras, lentes oscuros y cuadernos con rayas más gruesas, plumones para escribir, entre otras cosas, incluso modificaciones del ambiente.	<ul style="list-style-type: none">• Efectúa tareas con el apoyo de lentes e iluminación similares a los sujetos con visión normal.

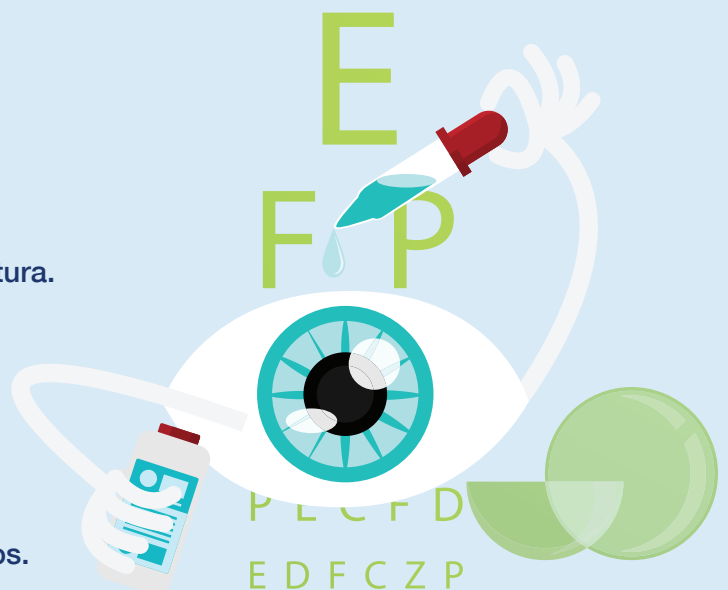




Detección de la Discapacidad Visual

Se sabe si un niño (a) tiene baja visión o ceguera por el diagnóstico de un médico oftalmólogo, pero en muchas ocasiones se carece de estos servicios. Se pueden identificar problemas visuales mediante la observación de actitudes o comportamientos de los niños (as) durante el periodo escolar. A continuación mencionaremos algunos de estos.

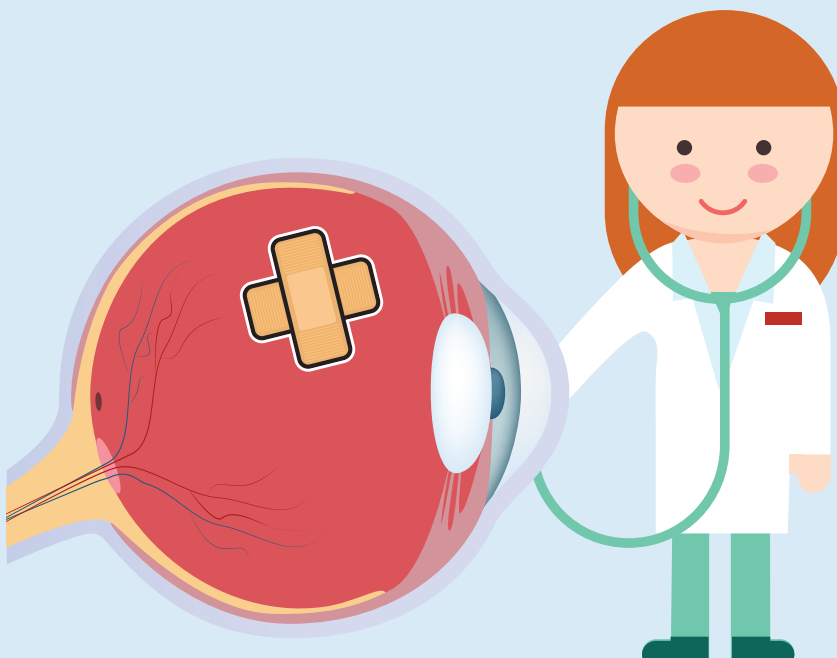
- ▶ Cuerpo rígido al leer o mirar un objeto distante.
- ▶ Echar la cabeza hacia delante o hacia atrás al mirar objetos distantes.
- ▶ Omisión de tareas de cerca.
- ▶ Corto espacio de tiempo en actitud de atención.
- ▶ Giro de cabeza para emplear un solo ojo.
- ▶ Inclinación lateral de cabeza.
- ▶ Colocación de la cabeza muy cerca del libro, pupitre al leer o escribir; tener el material muy cerca o muy lejos.
- ▶ Ceño fruncido al leer o escribir.
- ▶ Exceso de parpadeo.
- ▶ Tendencia a frotarse los ojos.
- ▶ Tapar o cerrar los ojos.
- ▶ Falta de afición o de atención por la lectura.
- ▶ Pérdida de la línea de escritura.
- ▶ Mover la cabeza en lugar de los ojos.
- ▶ Uso del dedo o lápiz como guía.
- ▶ Lectura en voz alta o moviendo los labios.



- ▶ Fatiga inusual al terminar una tarea visual o deterioro de la lectura tras periodos prolongados.
- ▶ Dificultades generales de lectura: tendencia a invertir letras y palabras, o a confundir letras y números con formas parecidas (por ejemplo, a y c, f y t, e y c, m y n, n y r); omisión frecuente de palabras o intento de adivinarlas a partir del reconocimiento rápido de una parte.
- ▶ Choque con los objetos.
- ▶ Escritura corrida sin dejar espacios o incapacidad para seguir la línea. Inversión de letras o palabras, al escribir y copiar.
- ▶ Preferencia por la lectura, en contraposición con el juego o las actividades motoras y viceversa.

Es importante mencionar que los datos resultantes de la observación pueden enviarse al médico para que complemente la información y elabore un diagnóstico más preciso. Además, se deben observar los lugares en donde el niño (a) prefiere estar, la luz que más le acomoda y las actividades que prefiere efectuar, o si se le dificulta alguna tarea específica o el lugar donde se realiza.

Otras situaciones importantes a considerar son dolores de cabeza, náuseas o mareos, picor o escozor en los ojos, visión borrosa en cualquier momento, confusión de palabras o líneas y dolores oculares.





Discapacidad Visual y problemas asociados

Muchas veces la discapacidad visual no se presenta sola. Algunos niños (as) con discapacidad visual también presentan otros problemas, por ejemplo, auditivos, intelectuales o motrices. **El aprendizaje de niños (as) con discapacidad múltiple es más lento.**





Estrategias para estimulación inicial

Los niños con discapacidad visual logran integrarse y realizar la mayoría de las actividades junto con el resto de otros niños (as) de su edad, siempre y cuando se le ofrezcan apoyos específicos.

Algunas de las intervenciones tempranas que se pueden realizar son:

- Hablarle y colocar su cara cerca de la cara de la madre, para que tenga contacto.
- En la medida de lo posible acercarle juguetes u objetos que tengan alguna textura y olor diferentes, y si es posible sonido.
- Colocar sus manos en la boca de la madre para que sienta la vibración.
- Si comienza a decir palabras que no se refieren a lo que en realidad quiere la madre, se le repetirá la palabra correcta.
- Imitar los sonidos que hace y hacer contacto físico con él.
- Anticipar lo que va a suceder, por ejemplo: si se le va a dar de comer, ponerle siempre un babero para que no se manche, y si se va a bañar, dejarlo que toque la toalla.
- Hacerle cosquillas para estimular la risa.
- Organizar una rutina de actividades fijas para horas de comida, baño, siesta y sueño. Esto es muy importante para que el niño (a) pueda darse cuenta del tiempo.
- Poner al bebé en alguna posición que le permita tener las manos libres para explorar.
- En la medida de lo posible acercarle juguetes u objetos que tengan alguna textura y olor diferentes, y si es posible sonido.
- Si comienza a decir palabras que no se refieren a lo que en realidad quiere la madre, se le repetirá la palabra correcta.
- Imitar los sonidos que hace.





Los niños (as) con discapacidad visual suelen ser más pasivos que el resto de sus compañeros, porque sienten inseguridad al caminar o desplazarse de un lugar a otro. Para disminuir la inseguridad, conviene que en la escuela y la familia se motive y anime al niño (a) a realizar las actividades y asumir responsabilidades similares a las del resto de sus compañeros; en este sentido, es importante adecuar los espacios, para que sean seguros, y hacer un trabajo previo con el niño (a) para que reconozca el área y el espacio donde se moverá.

Se recomienda ofrecerle algunas referencias táctiles que le ayuden a orientarse en los espacios, por ejemplo: colocar un listón en el respaldo de la silla, o un botón en su lugar de mesa de trabajo, orientarlo para que reconozca en qué parte del baño se encuentra el lavabo o pegar un gran círculo verde en la puerta del salón.

Prever los siguientes elementos, facilita en gran medida la integración del niño (a) tanto en la familia y/o comunidad.

- ▶ Preséntale los objetos a la altura de los ojos y de frente o bien hacia donde se sabe que mira los objetos; este aspecto se detecta con base en la evaluación funcional visual.
- ▶ Busca las mejores condiciones de iluminación. Si requiere mucha luz, enciende la luz o ubica un lugar cerca de la ventana; si requiere poca iluminación, disminúyela por medio de lentes oscuros, gorras o papeles pegados en las ventanas.
- ▶ Ofrécele objetos que contrasten, es decir, de color muy diferente al fondo, por ejemplo: negro y blanco, azul y amarillo. Por tanto, ten a la mano papeles de diferentes colores para colocar sobre la mesa en caso de necesitarse un cambio de fondo, por ejemplo: si se ponen semillas de frijol negras en una mesa café, no habrá tanto contraste, así que se recomienda colocar papel blanco en el escritorio para crear el contraste.
- ▶ Refuerza todas las respuestas del niño (a) que indiquen que está esforzándose para localizar un objeto.
- ▶ Presta atención a las respuestas del niño (a) con discapacidad visual, durante las actividades de grupo.
- ▶ Registra las respuestas del niño (a) en un cuaderno especialmente dedicado al seguimiento de sus avances.





Discapacidad Auditiva (DA)

La discapacidad auditiva implica una alteración en el sistema auditivo que afecta la forma de entender, explicar y adquirir el lenguaje. Por lo tanto, una alteración en la audición puede llegar a afectar el proceso para adquirir el lenguaje y la forma en la que se conceptualiza el medio, se obtienen los conocimientos y la información acerca de las experiencias y los eventos que nos rodean.



Definición

Alteración en la capacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente, lo que dificulta la adquisición del lenguaje.

La disminución de la capacidad de oír, afecta la forma de percepción del sonido (irregular y distorsionada), lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva.



Algunos tipos son:

Sordo: Dificultad para percibir los sonidos y estímulos del ambiente, a través del oído. (No escucha).

Dificultad para adquirir el lenguaje.

Dificultad para producir correctamente los sonidos del habla.

Emiten sonidos guturales no entendibles.

Las causa pueden ser:

- Congénita (desde el nacimiento)
- Adquirida (después del nacimiento)

INTERVALOS DE EDAD**DESARROLLO NORMAL (DN)****ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)****1 a 3 meses**

- Al mes, salta o se sobresalta en respuesta a ruidos altos.
- A los tres meses, emite balbuceos y se puede calmar al oír voces familiares.
- Emite sonidos vocales cuando está solo.
- Busca con la mirada de donde viene el sonido.

- Si después de los dos meses no muestra sobresalto ante cualquier ruido del ambiente.
- No se calma al oír la voz de su madre.
- Lloro y duerme mucho.

4 a 9 meses

- Emite sonidos vocales cuando está sólo.
- Busca con la mirada de donde viene el sonido.
- Vocaliza cuando se le habla directamente.
- Responde de manera diferente ante una voz alegre y a una voz irritada.
- Intenta copiar los sonidos de la voz que escucha.

- No voltea los ojos o la cabeza para buscar de donde provienen los sonidos.
- Se mantiene indiferente a los ruidos familiares.
- No se entretiene con juguetes que hacen ruido.
- No emite sonidos guturales para llamar la atención.
- Su llanto es agudo y ocasional.
- No emite sílabas (pa, ma).
- Cuando quiere llamar la atención golpea objetos en lugar de vocalizar.
- No presta atención cuando se le llama por su nombre.
- Es inquieto y desobediente.
- No dice adiós con la mano cuando se le dice esta palabra.
- No juega con su propio sonido, ni con sus vocalizaciones.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
<p>10 a 12 meses 1 año</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Localiza la fuente del sonido y voltea hacia donde viene la voz. • Abandona su actividad cuando oye alguno de sus padres. • Utiliza correctamente palabras sueltas. • Se ríe espontáneamente. • Los ruidos cercanos lo sobresaltan cuando duerme. • Aumentan los balbuceos en tipo y cantidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No obedece órdenes verbales. • No reconoce cuando le nombran a mamá o papá. • Usa gestos y señas para hacerse entender. • No entiende una negación, se le debe hacer una seña con la mano. • No comprende palabras familiares (abuela, tío, hermano).
<p>24 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con más de 50 palabras en su lenguaje. • Utiliza dos palabras juntas. • Responde al ritmo de la música, utiliza la voz con un objetivo. • Vocaliza de manera correcta. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se entiende lo que dice. • Usa gestos y señas para hacerse entender. • Aún cuando se le llame por su nombre no responde. • Cuando una persona nombra objetos familiares, él no los señala.
<p>36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza frases para comunicarse. • Dice su nombre. • Distingue y usa: uno, muchos, pequeño, arriba, abajo. • Usa los plurales. • Dice su edad. • Identifica dibujos de cosas conocidas, cumple órdenes sencillas. • Inicia el canto de canciones conocidas y participa en la hora del cuento de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aún no se entiende lo que dice y no ha aumentado su vocabulario. • No contesta preguntas sencillas • Aún cuando se le llame por su nombre sigue sin responder.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
48 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Le gusta jugar con palabras y los sonidos de palabras. • Mira los medios de comunicación y los discute. • Nombra sonidos ambientales. • Sostiene un tema de conversación e intercambia información. 	<ul style="list-style-type: none"> • No conversa con otros niños (as) y no manifiesta un lenguaje maduro.
60 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce cómo se relacionan los objetos. • Comprende la mayor parte de lo que se dice en el hogar y en la escuela. • Se entiende lo que dice el niño (a). • Utiliza mío y tuyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • No responde en ambiente ruidoso. Se distrae con facilidad. • Su nivel de lenguaje muy por debajo del de sus compañeros.
72 meses 5 años 11 m.	<ul style="list-style-type: none"> • Presta atención a un cuento corto y contesta preguntas simples. • Escucha y entiende la mayoría de lo que se dice en la casa y escuela. • Usa frases que contienen muchos detalles. • Relata cuentos si salirse del tema. • Se comunica fácilmente con otros niños (as) y adultos. • Usa lenguaje de adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • No puede mantener una conversación sencilla. • Dice “que” con mucha frecuencia.



Señales de Alarma Discapacidad Auditiva



Criterios de Detección (CD)

- Con dificultades muestra sobresalto o respuesta ante cualquier ruido del ambiente, sonidos familiares y/o al llamarlo por su nombre.



- Hay confusión al decir o escuchar palabras, no hay balbuceo.



- Hay infecciones, resfriados y/o quejas frecuentes acerca de dolores en el oído.



- Hay indiferencia, distracción y/o le cuesta trabajo entender cuando le hablan.



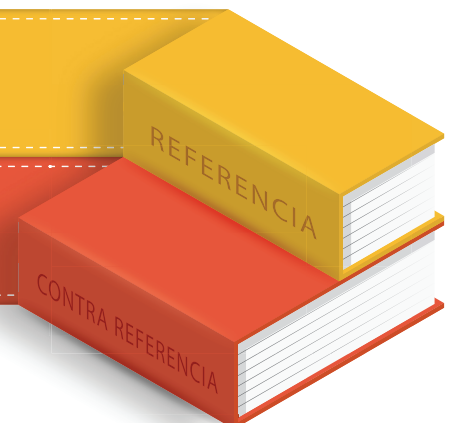
- Hay dificultades en el control e intensidad de la voz, como tensión al hablar (habla mal, no se entiende) y/o se comunica con gritos.



Criterios de Evaluación (CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.





Marco Teórico

El funcionamiento del oído y la audición nos permite comprender lo que se dice, así como escuchar los estímulos del medio. El órgano de la audición es el oído, que transforma las ondas sonoras del exterior, las amplifica y las convierte en energía bioeléctrica para que el cerebro las procese y entienda. El oído se integra por tres partes:

1 ▶

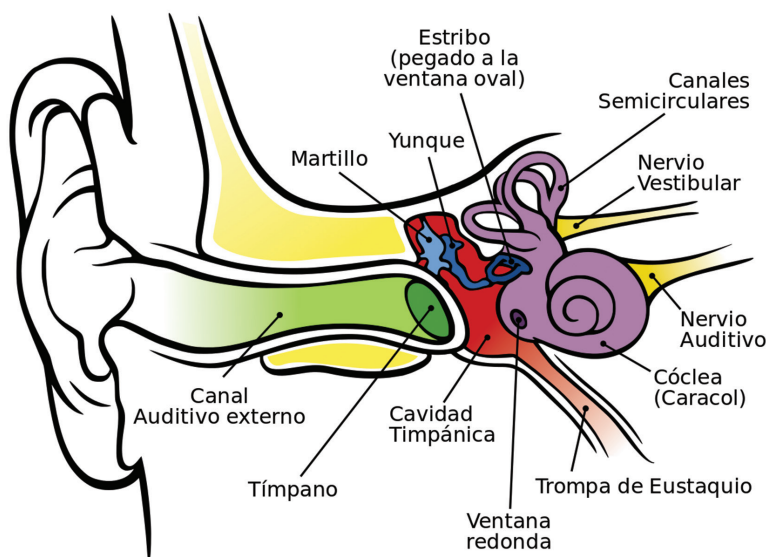
Oído externo: Está formado por la oreja y el conducto auditivo externo, el cual funciona como un embudo que conduce el sonido hacia adentro. La oreja contribuye a la localización del sonido, es decir, ayuda a identificar si un sonido proviene de arriba o de abajo, del lado derecho o del lado izquierdo.

2 ▶

Oído medio: Es una pequeña cavidad, del tamaño de un chícharo o una goma de lápiz, con tres huesecillos: el martillo, el yunque y el estribo. La función de estos huesecillos es amplificar y transmitir las vibraciones mecánicas del tímpano al oído interno.

3 ▶

Oído interno: En él se encuentra la cóclea, que tiene forma de caracol, y contiene líquidos y unas pequeñas vellosidades. El sistema coclear transforma las ondas mecánicas en energía bioeléctrica que es conducida por el nervio auditivo hasta el cerebro, donde se reconoce el sonido.



La audición es un proceso complejo: las vibraciones sonoras que se introducen por el conducto auditivo externo chocan con el tímpano y producen movimientos en la membrana timpánica, que las transfiere a los tres huesecillos del oído medio (el martillo, el yunque y, finalmente, el estribo). Cuando el estribo se mueve, los líquidos del oído interno también se mueven, y así comienza el proceso para estimular a las células sensoriales que transforman el sonido en electricidad. Luego el nervio auditivo transporta esa energía al cerebro permitiendo que escuchemos.



Características del sonido

Quando oímos, percibimos sonidos de diferentes fuentes sonoras con distintas características. El sonido de un tren en movimiento es fuerte y grave; el de un ventilador es bajo y también grave; el de una pequeña campana puede ser bajo y agudo.

Los sonidos presentan dos características fundamentales:

- **Intensidad o volúmen:** Ayuda a definir qué tan fuerte o suave es un sonido. El canto de un pájaro, una lluvia suave, una conversación entre dos personas constituyen sonidos de baja intensidad. Un tren, el claxon de un camión, motores de camiones son ejemplos de sonidos de alta intensidad.

- **Frecuencia o tono:** Medida que se refiere al tono de un sonido; por ejemplo, sonidos agudos. Audiograma de sonidos ambientales.



Implicaciones de la Discapacidad Auditiva

La pérdida auditiva es la incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona afectada no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva.

Los niños (as) que no pueden escuchar, enfrentan graves problemas para desenvolverse en la sociedad, por las dificultades para detectar la fuente sonora, identificar cualquier sonido del habla o ambiental, seguir una conversación y sobre todo comprender el lenguaje oral. Estas pérdidas repercuten en el desarrollo de las habilidades del pensamiento, del habla y del lenguaje; también en la conducta, el desarrollo social y emocional, el desempeño en la estancia y más tarde, en la escuela.

El grado de pérdida se especifica de acuerdo con el umbral de intensidad que una persona escucha. Se mide en términos de qué tan fuerte debe ser el sonido para escucharlo, y la unidad de medida el decibel. Una persona que sufre una pérdida de 60 decibeles puede oír sonidos como el ladrido cercano de un perro grande, un chiflido fuerte o el motor de un camión; pero no puede escuchar sonidos de menor volumen o intensidad, como las palabras en una conversación, el trinar de un ave o el agua de un río.





Causas y clasificación de la pérdida auditiva

1 ▶

Congénita (desde el nacimiento): Puede ser de cualquier tipo o grado, en un solo oído o en ambos (unilateral o bilateral). Se asocia a problemas renales en las madres embarazadas, afecciones del sistema nervioso, deformaciones en la cabeza o cara (craneofaciales), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o enfermedades virales contraídas por la madre durante el embarazo, como sífilis, herpes e influenza.

2 ▶

Adquirida (después del nacimiento): Puede ser ocasionada por enfermedades virales como rubéola o meningitis, uso de medicamentos muy fuertes o administrados durante mucho tiempo, manejo de desinfectantes e infecciones frecuentes de oído, en especial acompañadas de fluido por el conducto auditivo.

De acuerdo con el lugar de la lesión, las pérdidas auditivas se clasifican del siguiente modo:

Conductiva: Se caracteriza por un problema en la oreja, en el conducto auditivo o en el oído medio (martillo, yunque, estribo y membrana timpánica), lo que ocasiona que no sea posible escuchar sonidos de baja intensidad. Puede derivarse de infecciones frecuentes del oído que no se atienden correctamente.

Neurosensorial: Sucede cuando en el oído interno (sensorial) o en el nervio auditivo hay una lesión que va del oído hacia el cerebro (neural), la cual le impide realizar su función adecuadamente, es decir, traducir la información mecánica en información eléctrica. Así, no se discriminan diferentes frecuencias, de modo que no se puede diferenciar un sonido de otro y es posible confundir palabras como sopa o copa o no escuchar sonidos como una conversación suave o el canto de los pájaros. Algunos niños (as) nacen con este tipo de pérdida y otros la adquieren por la exposición continua a ruidos fuertes o bien a un sonido muy fuerte.

Mixta: Se presenta cuando están afectadas la parte conductiva y la neurosensorial; o bien, según otra clasificación, si se presenta antes o después de la adquisición del lenguaje.

Pre lingüística: Es la que sobreviene desde el nacimiento o antes de que el niño (a) desarrolle la comunicación oral o el lenguaje, por lo regular antes de los dos años. En este caso, al niño (a) se le dificulta mucho desarrollar el lenguaje oral, dado que no escucha las palabras y no sabe cómo articularlas, por lo que requerirá servicios especiales.

Pos lingüística: Se presenta después de que el niño (a) o adulto ha desarrollado la comunicación oral o el lenguaje.



Clasificación de grados de las pérdidas auditivas

De acuerdo con su severidad y conforme a la duración:

1

Temporal: Disminución de la audición de forma espontánea y durante un tiempo definido. Pueden ser causadas por un tapón de cerumen en el canal auditivo, ausencia o malformación de la aurícula y del conducto auditivo externo o infecciones en el oído.

2

Permanentes: Pérdida irreversible que permanecerá durante toda la vida.



La presencia de algunos de los siguientes factores puede colocar al niño (a) en una situación de alto riesgo para presentar una pérdida auditiva:



Antecedentes heredo-familiares. Hay miembros de la familia que también presentan discapacidad auditiva.



Infecciones adquiridas durante el embarazo de la madre (congénitas). Por ejemplo, rubéola, sífilis, herpes y toxoplasmosis.



Deformaciones en la cara o cabeza (anomalías craneofaciales). Labio y paladar hendidos (comúnmente llamado labio leporino), anomalías de la oreja o ausencia de conducto auditivo externo.



Peso al nacer menor a 1500 gramos.



Ictericia. Si el bebé nació amarillo, es decir, si presentó ictericia.



Meningitis bacteriana.



Asfixia severa o que el bebé no logra respirar por sí mismo dentro de los diez primeros minutos de nacido. Después del mes de nacido, es importante preguntar si el niño (a) ha presentado alguna de las **siguientes condiciones:**

- **Golpes o fractura craneal, o ambos.**
- **Uso prolongado de medicamentos contra las infecciones.**
- **Infecciones de oído acompañadas de escurrimiento de líquido por el oído, durante por lo menos tres meses.**

Los niños (as) comienzan a decir sus primeras palabras entre los nueve meses y un año y medio de edad, sus primeras frases cortas entre los dos años y los dos años y medio, **por lo que si un niño (a) no expresa palabras es necesario observarlo con más detenimiento.**

Características de los niños (as) con pérdida auditiva

Sucede ante una pérdida leve de audición llega a interferir de manera significativa con la recepción del lenguaje hablado y el desempeño educativo, niños con una pérdida auditiva leve reportan retrasos en sus resultados académicos similares a niños con pérdidas auditivas mayores.

Los niños con pérdida de audición leve pierden de 25 a 50% del discurso en el salón de clases. Debido a la frustración al no poder comunicarse y que los demás no los entiendan, algunos de ellos pueden presentar problemas de comportamiento manifestados en berrinches, enojos y, en algunas ocasiones, agresión.

Es importante mencionar que **los infantes con limitación auditiva que se encuentran integrados en estancias regulares frecuentemente pierden instrucciones generales debido al ruido ambiental.** Esto trae como consecuencia que su rendimiento académico se vea afectado, así como la secuencia de las actividades en el aula, lo que desfasa el trabajo del niño (a).



Los primeros años de vida son de suma importancia para que un niño (a) pueda lograr un óptimo desarrollo del lenguaje, de su capacidad de aprender, de su sistema motor; más aún cuando presenta alguno de los factores de riesgo mencionados. La identificación de una pérdida auditiva en los primeros años de vida, junto con una orientación a los padres, puede ayudar a que el niño (a) reciba la estimulación necesaria que le permita desarrollarse adecuadamente.



Enseguida se mencionan algunas conductas que tú o los padres pueden observar para saber si el niño (a) pudiera tener un problema auditivo:

- ▶ Un niño (a) pequeño que después de los dos meses no muestra sobresalto ante cualquier ruido del ambiente.
- ▶ Suele hacer mucho ruido cuando juega.
- ▶ Al año de edad no balbucea, no voltea ante sonidos familiares.
- ▶ Un niño (a) que a los dos años da la impresión de que sólo entiende órdenes sencillas si no está mirando.
- ▶ Un niño que a los tres años no es capaz de repetir frases de más de dos palabras.
- ▶ Un niño (a) que, cumplidos los cuatro años, no sabe platicar espontáneamente lo que pasa.
- ▶ Cualquier niño (a) que hable mal y que no se le entienda lo que dice a partir de los cuatro años.
- ▶ Cualquier niño (a) que tenga frecuentes infecciones en el oído.
- ▶ Dice mucho “¿Qué?”.
- ▶ Al llamarle no responde siempre.
- ▶ Le cuesta seguir las explicaciones en clase.
- ▶ Está distraído.
- ▶ Está pendiente de lo que hacen sus compañeros e imita lo que hacen los demás.
- ▶ Habla poco y mal y con frases sencillas.
- ▶ Confunde palabras similares.
- ▶ Se resfría a menudo.
- ▶ Se queja de dolores de oídos.
- ▶ Respira con la boca abierta.
- ▶ Oye pitidos y ruidos.
- ▶ No hace caso a sonidos ambientales (lluvia, el trinar de los pájaros).
- ▶ Se pone tenso cuando habla.
- ▶ No controla la intensidad de la voz.
- ▶ Cuando trabaja en silencio, hace ruidos con su propio cuerpo.





Todas las acciones de estimulación que se realizan con el niño (a) desde que nace hasta que cumple los cuatro años de edad, esto se conoce como intervención temprana, y es responsabilidad de los padres, para promover su desarrollo, y notar con claridad todos los adelantos que son producto la estimulación temprana, por ejemplo:

1 ▶

A partir de los nueve meses o, en ocasiones, al año de edad, los niños (as) ya pueden comenzar a expresar sus primeras palabras, por lo que la estimulación debe continuar.

2 ▶

Durante los primeros doce meses la estimulación del lenguaje está centrada en la comprensión, es decir, en ir ayudando al niño (a) a que comprenda que los objetos tienen nombre y que cada palabra tiene un referente en un objeto, por lo que es muy importante buscar diferentes colores, animales a través de juguetes con los que el niño (a) se relacione.

3 ▶

Después de los primeros cuatro años de vida se sigue dando el desarrollo neurológico, pero de una forma más compleja y basado principalmente en el lenguaje que ya ha adquirido; por eso es muy importante brindar una estimulación durante estos primeros años.

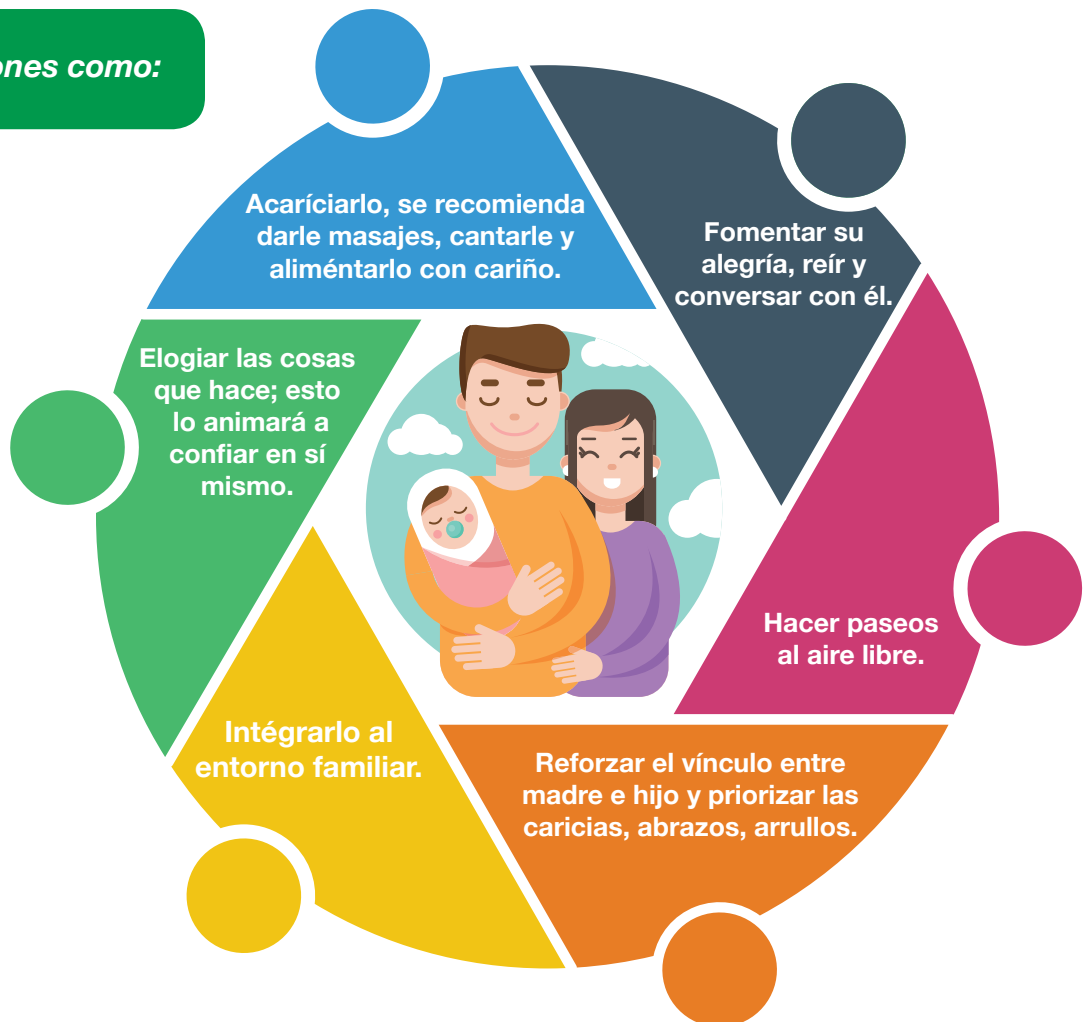
Es importante considerar la rehabilitación integral de los niños (as) con este tipo de discapacidad, incluyendo los otros sentidos involucrados, así como el aspecto biopsicosocial que afecta al niño (a) y a su familia, por ende llevar a cabo las siguientes intervenciones favorecerá la funcionalidad del niño (a):

- ▶ Puede iniciar dándole algunas señas de uso común, como “dame” (expresarlo con las manos), “no” (indicarlo con las manos, dedos y cara), entre otras.
- ▶ Ofrecerle objetos para que explore de qué están hechos o qué contienen en su interior, esto estimulará su espíritu investigativo.
- ▶ Darle botes o bolsas con fichas o monedas en su interior, que hagan ruido y otros vacíos, para que perciba la diferencia entre lo que se escucha fuerte y lo que se escucha bajo.

- ▶ Motivarlo a que exprese palabras de objetos cotidianos, como pan, agua, cama (siempre acompañarlo con una orden con gestos).
- ▶ Utilizar señas para expresar “grande” y “chiquito”, y gestos para expresar cuando “sí se escucha” y cuando “no se escucha”. Si se observa que el niño (a) imita algunas señas, continuar usándolas cuando se refiera a determinados objetos o acciones por ejemplo: llevarse la mano a la boca, indicando que van a comer.
- ▶ Hacer que el niño (a) lleve el ritmo de una música, golpeando las manos o un tambor (acercarlo para que sienta la vibración).

La relación entre la madre, el padre, el cuidador y en muchas ocasiones el personal de las estancias o guarderías infantiles, es lo que garantiza el desarrollo afectivo del niño (a), sin importar la presencia o no de alguna discapacidad.

Realizar acciones como:





Todos los niños (a) necesitan potenciar sus capacidades e integrarse en el ámbito social. Los niños (as) con discapacidad auditiva también tienen la necesidad de jugar; pero tienen poca iniciativa, por lo que imitan el juego de otro niño(a).

Existen estrategias basadas en **el juego simbólico**, la manera en que el niño (a) juega con objetos imaginarios y les da un significado real, por ejemplo: donde una caja simula un coche; **la imitación**, que le permite copiar acciones y actitudes de los adultos, por ejemplo: la forma de caminar del adulto y **la imagen mental**, la representación del objeto que el niño (a) tiene en su mente y que le facilita recordarlo, por ejemplo: la forma de una pelota.

La participación intensiva de los padres en intervenciones o programas de educación que se dirigen o incluyen lingüísticamente a los miembros de la familia demuestra altos niveles de mejora en el aprendizaje entre padres e hijo, así como actividades de aprendizaje en beneficio de los niños (as).

Para ello, se debe conocer los avances del pensamiento correspondientes a esta etapa, por ejemplo:

- 1 ➤ El desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo de la comunicación, desarrollo social o emocional y desarrollo de adaptación de la familia.
- 2 ➤ Los recursos, prioridades y preocupaciones relativas a la mejora del desarrollo del niño (a) con discapacidad.
- 3 ➤ Los principales resultados que deben alcanzarse para el niño (a) y la familia, como son: los criterios, procedimientos y plazos que se utilizan para determinar el progreso, las modificaciones o revisiones de los resultados o los servicios que están siendo utilizados.
- 4 ➤ Las necesidades específicas del niño (a) y de la familia y el entorno que rodea al niño (a) con discapacidad auditiva.



Importancia de la participación del sistema familiar

El sistema familiar configura el entorno de influencia del niño (a) con discapacidad y a su vez motiva la intervención. Se encuentra compuesto por las personas que participan en el desarrollo, puede incluir a la familia extensa y a personas allegadas que participan en el contacto directo frecuente, así como en las decisiones familiares.

Todos los componentes del sistema pueden ofrecer recursos importantes para el cambio, manejo y recuperación de algunas de las habilidades y capacidades de estos niños (as); del mismo modo pueden bloquear el proceso de intervención impidiendo el cambio y desarrollo del niño (a), así como de la familia.

Hay que recordar que el sistema familiar tiene **fortalezas** (la capacidad de trabajo, la lealtad y compromiso de ayudarse, el respeto), **debilidades** (dificultades en las relaciones), **estructura, organización y funcionamiento específico** que se encuentra marcado por la historia, la cultura de origen, los mitos, etc.

Los padres de familia de los niños (as) con discapacidad auditiva son el pilar fundamental para el logro de su integración como niños (as) y de su independencia. Ellos experimentan diferentes emociones, debido a que desconocen qué deben hacer y cómo ayudarlos.

Es importante los padres sean comprendidos y guiándolos en el apoyo a su hijo. Los niños (as) con discapacidad auditiva requieren apoyos constantes, sobre todo en el desarrollo del lenguaje y para la ampliación del vocabulario; si se ha optado por la lengua de señas, los padres tendrán que practicarla continuamente para lograr ser eficientes en su comunicación y así su hijo pueda desarrollarla y aprenderla de manera fluida.



Si se ha decidido por la estimulación auditiva y el niño (as) utiliza auxiliares auditivos, tendrán que estimularlo continuamente, pero también hablarle con frases completas y cortas, y al inicio utilizar los objetos o dibujos para que el niño (as) haga la relación entre la palabra y el objeto.

Cuando se detecta a un bebé o niño (a) pequeño con estas características, es conveniente reunirse con los padres frecuentemente para ayudarles a descubrir lo que él es capaz de hacer.

Durante la etapa educativa será conveniente que estés atento a que los padres permitan la inclusión plena de su hijo tanto en la escuela como en las actividades del hogar, pues las actitudes de sobreprotección suelen limitar el funcionamiento del niño (a) con discapacidad dentro de su ambiente familiar, escolar y comunitario.

Es necesario comprometer a los padres en la inclusión educativa de su hijo y la forma en que los padres pueden participar en el programa es realizando el material didáctico que su hijo va a necesita para su entrenamiento.

Los padres pueden ser capaces de intervenir en el fortalecimiento de la expresión oral, la cual es una estrategia para la comunicación con actividades que aumenten su intención de comunicar; por ejemplo, utilizar un micrófono hecho con cartoncillo y juega a entrevistarlos, ya que a los niños (as) les gusta hablar por un micrófono. **Si el lenguaje del niño (a) no es muy claro, efectúa actividades que lo motiven a usarlo con más frecuencia (por ejemplo, cantar, repetir y memorizar frases cortas).** Proporciona los modelos adecuados en cuanto a la pronunciación de las letras y coherencia de las ideas.





Discapacidad Intelectual (DI)

La discapacidad intelectual es una condición de vida que se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual, sensorial y motriz que afectan el desarrollo: psicomotor, cognoscitivo y socio afectivo, por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de los números, los conceptos de espacio y tiempo, el juicio, etc.



Definición

Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual de razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprender ideas complejas, aprender con rapidez, aprender de la experiencia, como también, en el aprendizaje del conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

Se ve afectada la conducta adaptativa y las funciones cognitivas como son: la memoria, la atención, el pensamiento y la comunicación.

Ocurre un retraso en el cumplimiento de las secuencias esperadas de desarrollo para sus iguales en edad y contexto sociocultural.



Trastorno del desarrollo: problemas severos y de larga duración que afectan la vida cotidiana.

Algunas de las causas de las capacidades de desarrollo, incluyen:

- **Anormalidades cromosómicas genéticas.**
- **Exposición durante el embarazo a ciertas sustancias (alcohol y/o drogas).**
- **Ciertas infecciones durante el embarazo como el parto prematuro.**



En general, no existe una cura pero los tratamientos pueden ayudar con los síntomas. La terapia física, del habla y ocupacional pueden ser algunas opciones. Las clases de educación especial y el asesoramiento psicológico también pueden ayudar.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
1 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce a los familiares. • Explora nuevos objetos al introducirlos en la boca. • Hace asociaciones simples, si llora es porque pide comida. • Reconoce a su mamá entre un grupo de personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es indiferente a estímulos. • No reconoce a sus familiares. • No juega con las partes de su cuerpo.
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Explora tocando moviendo y chupando objetos. • Explora su propio cuerpo con las manos y la boca. • Descubre que los objetos existen incluso cuando están fuera de la vista, ejemplo: relojes. • Tira de cuerdas para conseguir el objeto fuera de su alcance. • Explora causa y efecto golpeando haciendo vibrar y soltando objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferente al medio. • No es cómodo el contacto físico de las personas y rechaza las caricias. • No se desplaza en búsqueda de juguetes u otros objetos.
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercita la memoria, pueda anticipar un objeto entero, después de ver sólo un pedazo. • Observa los movimientos de las demás personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El bebé no le sonríe a su madre. • No tiene muestras de cariño a sus familiares.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
<p>10 a 12 meses 1 año</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene tres juguetes al mismo tiempo. • Encuentra un juguete escondido. • Imita acciones. • Sostiene un juguete y explora con la otra mano. • Relaciona los significados a los gestos. • Identifica cuando alguien sale de una habitación y va a regresar. • Desarrolla el pensamiento simbólico, como los juegos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No interacciona ni se involucra en juegos. • Ignora objetos o personas en su habitación.
<p>24 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza rompecabezas sencillos. • Identifica partes del cuerpo. • Sabe qué hacer con los objetos comunes (martillo, sonaja, etc.) • Utiliza sillas para alcanzar objetos. • Juega a cocinar, lavar platos o ropa. • Nombra imágenes de objetos familiares. • Apila cajas o vasos. • Muestra sentido básico del tiempo (ahora, más tarde). 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción limitada con familiares y extraños. • Poca participación en juegos. • Puede tener pérdida de peso por la dificultad para la alimentación y la deglución.

INTERVALOS DE EDAD	DESARROLLO NORMAL (DN)	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO (AD)
48 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Dibuja una persona. • Construye con bloques en todas las direcciones. • Entiende adentro, afuera, abajo, sobre. 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño (a) se angustia excesivamente cuando se separa de sus padres. • El niño (a) es hostil con sus padres cuando se separan de él. • Difícilmente permanece tranquilo por más de 5 a 10 minutos.
48 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aprende a clasificar objetos por su forma, color y tamaño; similitudes y diferencias. • Sabe su edad. • Sabe al menos cuatro colores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habla lento. • Tiene dificultades para pronunciar las palabras. • Vocabulario limitado. • Dificultad para aprender colores, formas, días de la semana, números y alfabetos.
60 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Dibuja una figura humana con todas las partes del cuerpo. • Conoce las estaciones del año. • Traza números y letras mayúsculas. • Memoriza las cosas. • Recuenta cosas. • Utiliza razonamiento sencillo. • Empieza a entender las relaciones de causa y efecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es extremadamente lento y se distrae con facilidad. • Tiene dificultad para seguir direcciones o rutinas.
72 meses 5 años 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende la movilidad de los objetos, identifica imágenes en el televisor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para interrelacionar con sus compañeros.



Señales de Alarma Discapacidad Intelectual



Criterios de Detección (CD)

• Hay distracción, lentitud y/o dificultades en la atención y/o concentración de tareas específicas.



• Hay dificultades en la comunicación e interacción social con los adultos y/o niños(as) de su misma edad.



• Se toma más tiempo en lograr las actividades de la vida diaria como higiene personal, control de esfínteres, movilidad, vestido, alimentación, etc.



• Hay falta de destreza en la actividades escolares y/o en las habilidades de juego.



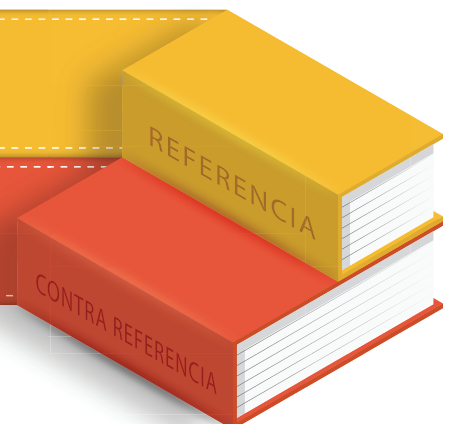
• Tiene una actitud pasiva e indiferente y presenta berrinches frecuentes.



Criterios de
Evaluación
(CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.





Marco Teórico

La discapacidad intelectual se encuentra relacionada con la inteligencia, la cual es un proceso amplio que abarca una enorme cantidad de funciones de la mente humana, para lograr adaptarse a diversas situaciones.

La inteligencia entendida como la capacidad de una persona para adaptarse con éxito a situaciones determinadas, analizar, hacer uso de la generalización, la síntesis, la anticipación, la planificación, la identificación de problemas, la manera de resolverlos y el pensamiento abstracto es un constructo variable.

Es importante tomar en cuenta, que no todos pueden reconocer la existencia de problemas, hacer inferencias, seleccionar la nueva información, discriminar y aplicar esa información haciendo cosas parecidas.

La inteligencia de los niños (as) con alguna discapacidad presenta diferencias significativas en esos componentes.

Es importante entender que la inteligencia tiene que ver con la capacidad de resolver problemas y dar respuestas adecuadas, que aseguren su adaptación exitosa a una nueva situación o a una nueva experiencia de aprendizaje; por ello en este tipo de discapacidad, **la conducta adaptativa se manifiesta con limitaciones significativas para funcionar en las actividades de la vida diaria.**

Por lo tanto, **hay una alteración en la conducta adaptativa** que es entendida como el conjunto de habilidades conceptuales y sociales, y las prácticas que aprenden las personas para funcionar en familia, escuela y comunidad, es decir, en la vida.



Características del pensamiento y sus implicaciones en la vida y en la escuela

El pensamiento es un proceso cognoscitivo que se relaciona con la adquisición de conocimientos y la formación de conceptos en la mente. La percepción, la memoria y la atención son parte de él. Los niños (as) con discapacidad intelectual manifiestan limitaciones en el proceso cognoscitivo: se distraen con facilidad y experimentan periodos de atención breves, ya que la atención requiere concentración y retención.

La memoria tiene como funciones, el registro de experiencias, y la evocación; aquí también se observan limitaciones para recordar la información registrada.

Tres características distinguen el pensamiento del niño (a) con discapacidad intelectual:

1 ➤

Egocentrismo. *Es propio del pensamiento infantil.* Hace que el niño (a) centre las acciones en sí mismo; sienta que los objetos y el mundo de los demás giran en torno a él, y parezca egoísta porque se apropia de los materiales y de los juguetes y no los comparte. Pero el niño (a) empieza a centrarse menos en su propia actividad cuando ingresa a la educación preescolar, ya que juega, socializa, participa, pregunta y entonces abandona poco a poco el egocentrismo para conquistar la objetividad. **El egocentrismo se prolonga en el niño (a) con discapacidad intelectual llegando a veces a mantenerse en la adolescencia,** lo que le representa un obstáculo para que se interese en aprender las letras, los números y otros conceptos, ya que al centrar las acciones en sí mismo difícilmente modifica su punto de vista para utilizar otro criterio que le permita resolver un problema; esto hace que el niño (a) parezca testarudo.

2 ➤

Perseverancia. *Se relaciona con el egocentrismo.* Resulta de la insistencia obsesiva por repetir comportamientos y lleva al niño (a) a una actividad mecánica y repetitiva, es decir, no pensada; por ejemplo, pegar bolitas de papel, confeti, sopas o semillas en un dibujo o sobre letras o figuras, trazar garabatos, pseudografías con el mismo modelo en toda la hoja. Los trabajos mecánicos y repetitivos refuerzan las estructuras egocéntricas. Las características de pensamiento del niño (a) con discapacidad intelectual representan una desventaja para acceder a los aprendizajes escolares. Sin embargo, **un trabajo colaborativo con un enfoque integrador entre la promotora educativa, el instructor, la familia y la comunidad podrá reducir las desventajas y evitar que se conviertan en barreras para su inclusión.**

3 ➤

Impermeabilidad. Deriva del egocentrismo y define las formas en que el niño (a) con discapacidad intelectual se enfrenta al aprendizaje. Asimismo, revela su dificultad de incorporar información nueva sobre el objeto de conocimiento y tener movilidad en su pensamiento.



Tipos Comunes de Discapacidad Intelectual

Puede presentarse en el ser humano antes del nacimiento, durante el parto o durante los cinco primeros años de vida, como resultado de altas temperaturas se producen meningitis y convulsiones, es decir, contracciones violentas e involuntarias que afectan el funcionamiento del cerebro; también por un traumatismo derivado de un golpe fuerte en el cerebro, que ocasiona diferentes formas y características de la discapacidad intelectual.

Las discapacidades de tipo intelectual más comunes son:

Síndrome de Down

Se trata de una alteración genética ocasionada por la presencia de un cromosoma extra en el par 21, y se produce durante la división celular en el momento de la gestación, sin que alguno de los padres sea responsable de que esto suceda. Los niños (as) con síndrome de Down presentan rasgos físicos similares, de modo que se parecen mucho entre sí, y enfrentan una condición de vida diferente, no una enfermedad. Tres características distinguen a los niños (as): bajo tono muscular, discapacidad intelectual y retardo en el lenguaje. Otros síndromes, los de Roid y West, aunque poco comunes, también conllevan discapacidad intelectual.

**Hidrocefalia
(cráneo
demasiado
grande) o
microcefalia
(cráneo
pequeño)**

Son más visibles y también provocan discapacidad intelectual; sin embargo, es poco el porcentaje en que se presentan. Hay niños (as) que en su apariencia física no parecen sufrir problemas, pero manifiestan una discapacidad intelectual severa, moderada o leve en su aprendizaje, lenguaje, forma de relacionarse, atención, comprensión y retención, lo que se traduce en necesidades educativas especiales que requieren satisfactores adecuados al nivel de esas necesidades. La escuela brinda atención educativa a través de programas que promueven el desarrollo integral del niño (a) y que se enfocan a la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y destrezas, formación de hábitos de convivencia, de trabajo y de higiene, aprovechando la información que aportan los contextos social, cultural.

**Parálisis
Cerebral**

Trastorno que afecta las funciones del cerebro y del sistema nervioso, el movimiento, el aprendizaje, la audición, la visión y el pensamiento. Algunos tipos diferentes de parálisis cerebral, entre ellas: espástica, discinética, atáxica, hipotónica y mixta. Esta puede ser resultado de diversas afecciones como: sangrado en el cerebro, infecciones cerebrales (encefalitis, meningitis, infecciones por herpes simple), trauma craneal (golpee en la cabeza) e infecciones en la madre durante el embarazo (a causa de rubéola o ictericia grave).



La familia y la estancia intervienen en la atención educativa del niño (a) mediante experiencias de aprendizaje mediado. La mamá, el papá y los hermanos, en la casa, así como la promotora o el instructor comunitario, en la escuela, son mediadores del aprendizaje de los niños (as); su función es hacer accesible la información, los contenidos y los estímulos, de manera que tengan un significado para lograr su adaptación exitosa en los contextos de la estancia y la familia.

Para atender a los niños (as) con discapacidad intelectual, toma en cuenta las siguientes recomendaciones:

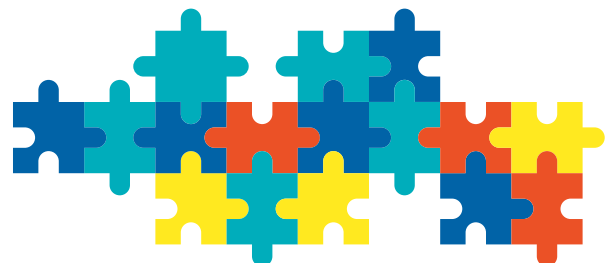
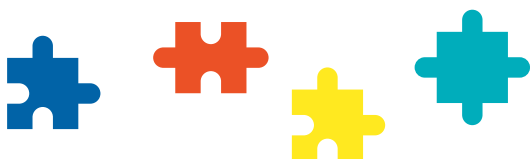
➤ Crea un ambiente estimulante para que el niño (a) participe, asuma responsabilidades, tome decisiones y sea capaz de elegir.

➤ Planea actividades individuales y alternalas con la actividad en pequeños grupos o de la clase completa para favorecer la búsqueda, la comunicación y el respeto a los demás.

➤ Utiliza material concreto y variado que despierte el interés y la participación activa de los niños (as).

➤ Estimula, guía y alienta al niño (a) en sus expresiones, y evita reprimirlo.

➤ Cuenta con una guía de actividades que conduzcan al niño (a) a descubrirse, a manifestar su pensamiento y sus sentimientos; el adulto debe estimularlo a comunicarse con los demás y ayudarlo para hacerse comprender, la eficiente atención educativa debe ofrecer al niño con discapacidad intelectual los satisfactores especiales para eliminar las barreras de acceso al aprendizaje, lo que implica una relación de asesoramiento con el personal del programa.





Desde el nacimiento, el niño (a) se ve sometido a un bombardeo continuo de estímulos, algunos internos, que le indican las condiciones de su estado físico (hambre, cólicos, etcétera), y otros que capta del mundo exterior (sonidos, olores, sabores, movimientos propios, etcétera). ***Empieza a conocer su mundo interior y exterior y a diferenciar cada uno de los estímulos que le provocan respuestas precisas.***

La calidad y variedad de estos estímulos le permiten enriquecer sus capacidades de adaptación. La familia cercana, en especial los padres, le proporcionan este primer e invaluable contacto con el mundo.

La estimulación temprana es todavía más importante pero de manera metódica, programada, sistematizada y diseñada por especialistas en la materia. Este tipo de atención se denomina intervención temprana, cuya parte operativa sigue recayendo en los padres y familiares cercanos al niño (a), la cual requiere una continua supervisión.

La intervención en el desarrollo del niño (a) permite estimular todo su potencial a partir de la detección de necesidades especiales y específicas, con la finalidad de favorecer el desarrollo infantil utilizando los propios recursos del niño (a).

El mejor momento para efectuar la intervención se ubica desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad, etapa de vida que se caracteriza por un activo desarrollo neurológico en el que inician los procesos de percepción, asimilación e integración provenientes de los estímulos internos y externos, que van a ayudar al niño (a) a elaborar respuestas complejas en su adaptación.

En esta etapa de la vida es posible notar con claridad todos los adelantos derivados de las experiencias infantiles, y los niños (a) no dejan de sorprendernos con palabras nuevas, gestos, movimientos corporales, juegos y travesuras que resultan del intenso aprendizaje y la maduración. Después de los primeros cuatro años de vida, se sigue dando el desarrollo neurológico, pero de una forma más compleja y menos notoria en sus acciones motrices e intelectuales.

Los padres enfrentan una difícil situación emocional generada por un sentimiento de culpa, así como, por un desequilibrio familiar. La situación se agrava por la deficiente información que a veces se recibe sobre el presente y el futuro de su hijo.

Sin embargo, es posible hacer proyectos futuros. Los padres deben superar los prejuicios e ideas que paralicen y frenen su crecimiento individual, de pareja, de la familia y de su hijo. Sentir confianza y seguridad al tocarlo, moverlo y jugar con él, con la misma libertad como lo han hecho con el resto de sus hijos o los hijos de otros, con el mismo respeto que han dado a los demás, con la precaución debida para evitar dañarlo, sobreprotegerlo o ignorarlo.

Como a cualquier otro niño (a), necesitan darle un trato justo a sus necesidades e intereses. En las estancias se tiene que fomentar esta actitud y aplicar un programa de intervención temprana dentro del ambiente familiar.

Algunas intervenciones tempranas para favorecer el desarrollo integral del niño (a) y estimular las diversas áreas de desarrollo, como la coordinación motriz gruesa y fina, el lenguaje, la socialización, la función cognoscitiva y la independencia personal. Estas pueden ser elaboradas con un poco de imaginación y creatividad:

➤ **Rodillo:** Favorece el control de la cabeza, el apoyo en antebrazos, el movimiento de rodar, sentarse, gatear, pararse y caminar. Los diferentes colores y texturas con que se les forre estimulan la sensopercepción visual y táctil, el rodillo con cascabeles también estimula la audición.

➤ **Cuña:** Favorece el contacto visual con otras personas, el control de la cabeza boca abajo y boca arriba, el apoyo en antebrazos boca abajo, una posición cómoda acostado de lado, una buena postura sentado, el rodar, el arrastre, el gateo y la marcha. El tamaño depende del uso que se le vaya a dar. El forrarla con diferentes colores y texturas favorece la sensopercepción visual y táctil.

➤ **Sonaja:** Estimula la atención y el seguimiento visual, la localización de la fuente sonora y el seguimiento auditivo, el olfato y el gusto; también la prensión de objetos con la palma de la mano y la coordinación ojo-mano, dependiendo del tamaño, color, forma y sonido de la sonaja.



Cascabeles con resorte: Favorecen el descubrimiento de las manos y los pies, ya que verse los pies exige un mayor esfuerzo abdominal y una gran movilidad corporal; también la localización del sonido, el seguimiento auditivo, la atención y seguimiento visual.



Texturas hechas en casa: Materiales como los frijoles, la gelatina, la masa ayudan a la percepción global del cuerpo del niño (a).



Silla pequeña: Propicia el contacto visual con otras personas; el niño (a) puede observar de frente el rostro de la mamá cuando le habla o le canta y colocar sus manitas sobre los labios de la madre para sentir sus movimientos.



Pelota grande: Favorece el control de la cabeza boca abajo y boca arriba cuando el niño (a) se acuesta sobre ella abrazándola, el apoyo de antebrazos boca abajo, una buena postura sentado, el rodar, el arrastre, el gateo y la marcha, así como la coordinación ojo-mano. El tamaño varía de acuerdo con el uso que se requiera; los papás pueden elaborarla con material reciclado o papel periódico, telas y trapos envueltos.



Hamaca y rebozo: Favorecen una postura alineada y adecuada de todo el cuerpo, estimulan el equilibrio corporal y ayudan a la relajación. El rebozo puede utilizarse para cargar al niño (a) y así propiciar el contacto corporal con la madre, que le transmite su propio ritmo al caminar.





Estrategias para educación preescolar

Realizar actividades que incrementen la atención, la memoria, el control conductual y el procesamiento de la información, en todas sus fases: entrada, proceso y salida.

➤ **Actividades para la comunicación**, que incluyan la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (lenguaje hablado, lenguaje escrito, lenguaje de signos) o comportamientos no simbólicos (movimiento corporal, expresión facial, tocar, gestos).

➤ **Actividades para autocuidado**, como el aseo, la alimentación, vestido, higiene y apariencia física.

➤ **Actividades de la vida en el hogar**, aquellas que implican al funcionamiento dentro del hogar (cuidado de ropa, cuidado del hogar, preparación de comidas) o el comportamiento en el hogar, en la comunidad, comunicación de preferencias, interacción social.

➤ **Actividades sociales**, como intercambios sociales con otras personas, incluyendo el iniciar, mantener y finalizar una interacción, reconocer sentimientos, regular el comportamiento de uno mismo, ayudar, adecuar la conducta a las normas) o el comportamiento en el hogar, en la comunidad, comunicación de preferencias, interacción social.

➤ **Actividades para la formación de la autodeterminación**, como serían aprender a seguir un horario, buscar ayuda en casos necesarios, resolver problemas en distintas situaciones y habilidades de autodefensa.

➤ **Actividades relacionadas con aprendizajes escolares**, como aquellas que tienen una aplicación directa en la vida (escribir, leer, conceptos básicos matemáticos, orientación espacio-temporal).

➤ **Actividades de ocio y tiempo libre** que reflejen sus preferencias y elecciones personales.

➤ **Se recomiendan actividades de juegos sociales** para lograr: respetar el turno, ampliar la duración de la participación y aumentar el repertorio de intereses y habilidades.

➤ **Atender a la participación e interacciones** en situaciones de la vida real.



Discapacidad Psicosocial

**Debido a una enfermedad o trastorno mental.
Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos de la conducta
(Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y
Autismo) (DPSC)**

La discapacidad psicosocial debido a una enfermedad o trastorno mental frecuentemente se presenta debido al desconocimiento y la falta de información acerca del diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental, otras deficiencias intelectuales, y otras enfermedades como la Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos del desarrollo, Trastornos de la conducta y Autismo. En esta, los miembros de la sociedad y/o la comunidad llevan a cabo barreras sociales, actitudes o conductas discriminatorias como el prejuicio.



Definición

Restricciones de la participación causadas por el entorno social y centrada en las deficiencias temporales o permanentes que se generan debido al diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental.



Se define como las restricciones de la participación causadas por el entorno social y centrada en las deficiencias temporales o permanentes que se generan debido al diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental, así como otras deficiencias intelectuales, algunas de las más frecuentes son:

1

Epilepsia/crisis epilépticas

2

Trastornos de la conducta

3

Autismo

Estas deficiencias alteran ciertas funciones y habilidades debido a la sintomatología psiquiátrica ocasionada por las enfermedades o trastornos y se manifiesta en áreas como las funciones cognoscitivas (pensamiento, juicio, etc.), afectivas o emocionales (estado de ánimo y humor) y las funciones psicológicas y sociales (habilidades de interacción individual, social y comunitaria, así como la formación de vínculos).



Algunos niños (as) con discapacidad intelectual también presentan algunas de estas enfermedades: Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos de la conducta como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Autismo, por lo que resulta fundamental un tratamiento integral que ofrezca cobertura a todas y que evite dar únicamente atención y tratamiento farmacológico, es relevante el apoyo psicológico y terapéutico tanto para el niño como para el resto de la familia.

Es importante considerar que muchos de estos niños llegan a vivir acoso escolar o descuido por parte de los padres y maestros, ya que resultan niños con enfermedades poco conocidas. **La poca sensibilización de estas enfermedades, muchas veces es la causa de la falta de atención y detección oportuna.**



En el caso de la Epilepsia/crisis epilépticas, los Trastornos del desarrollo, los Trastornos de la conducta y el Autismo, la familia requiere de psicoeducación acerca del manejo específico de cada una de estas.



La información y educación tanto de las manifestaciones de estas enfermedades es un elemento indispensable para el tratamiento. Del mismo modo, facilita:

- **La búsqueda de mejores tratamientos de estos niños**, evitando que no sean integrados en la familia, la sociedad y/o la comunidad, en las Estancias Infantiles o en las escuelas.
- **La familia como red de apoyo frente al cuidado**, atención y tratamiento de estos niños, evita el desgaste físico y emocional del cuidador.
- **Un mejor manejo en aquellos momentos** de crisis de la enfermedad.
- **La comprensión de la esfera biopsicosocial de estas enfermedades**, permite que la familia logre:
 1. **Desculpabilizarse** (o “no vivir con culpa”) acerca de las razones por las que aparece la enfermedad, es decir, se entiende las causas multifactoriales de la enfermedad
 2. **Aceptar** progresivamente la enfermedad.
 3. **Ofrecer** un tratamiento integral tanto, médico como psicológico y social.

Es importante mencionar que la discapacidad psicosocial debido a estas enfermedades o trastornos es mantenida por *el desconocimiento, la falta de información, el estigma, la discriminación y la exclusión asociado a estas*, por lo que el conocimiento y la comprensión de las enfermedades promueven la desinformación al respecto.



Epilepsia

Es una enfermedad crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes no provocadas.

Tiene varias causas:

- Genética
- Puede presentarse en personas que tienen una historia pasada de trauma al nacer, infecciones cerebrales o lesiones de la cabeza.

En algunos casos no se puede identificar una causa específica. Las crisis son causadas por descargas anormales (parecido a un corto circuito en las células que componen al cerebro) en el cerebro y pueden ser de diferentes formas; las personas con epilepsia pueden tener más de un tipo de crisis.

Las dos formas principales de crisis son:

1 ▶

Las convulsivas (tiene características tales como alteraciones de la conciencia, de la conducta, de las emociones o de los sentidos, (por ejemplo, del gusto, olfato, visión o audición), de modo similar a los trastornos de salud mental de manera que se pueden confundir con ellos).

2 ▶

Las no convulsivas (se caracteriza por la contracción muscular repentina que provoca que la persona se caiga y permanezca rígida, seguida de episodios en los que se alterna la relajación y rigidez muscular, con o sin pérdida de control intestinal o urinario). **Este tipo de epilepsia está asociado con mayor estigma y mayor morbilidad y mortalidad.** Este módulo sólo cubre la epilepsia convulsiva.



Qué pueden hacer y qué no pueden hacer estos niños

Los niños con epilepsia/crisis epilépticas no tienen ninguna limitación en sus actividades diarias, pueden llevar una vida normal. Pueden casarse, pueden involucrarse en actividades normales de la vida diaria. Del mismo modo pueden tener hijos en un futuro. Así pues, pueden asistir a la escuela de forma normal, así pues, pueden jugar y socializar con otros niños de su edad.

Sin embargo, no pueden estar involucrados en actividades con equipo pesado o cerca de ellos. Deben evitar estar en contacto con fogatas y/o nadar solos. Deben dormir mucho menos que lo usual o ir a lugares donde hay luces muy brillantes.

Para la Detección y manejo es importante conocer lo siguiente:

Existe una crisis epiléptica cuando:

- Pérdida o alteración de la conciencia.
- Rigidez que se prolonga más de 1 - 2 minutos.
- Movimientos convulsivos que se prolongan más de 1 - 2 minutos.
- Mordedura de lengua o lesiones autoinfligidas.
- Incontinencia urinaria y / o intestinal.
- Después del movimiento anormal: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza o dolores musculares.

Posibles causas de las crisis:

- Fiebre, dolor de cabeza, signos de irritación meníngea, por ejemplo: cuello rígido.
- Si empezaron inmediatamente después de una lesión de la cabeza.
- Anormalidad metabólica (hipoglucemia, hiponatremia).
- Uso o abstinencia de sustancia.

La gravedad puede detectarse si se pregunta:

- ¿Con cuánta frecuencia ocurren?
- ¿Cuántas tuvo en el último año?
- ¿Cuándo fue el último episodio?

Posibles causas anteriores (historia de asfixia o trauma al nacer, lesión de la cabeza, infección del cerebro, historia familiar de crisis convulsivas)

Qué se debe hacer durante la crisis:

- Acueste al niño sobre su costado (de lado), con su cabeza girada hacia el costado (el lado donde se encuentra inclinada) con el objetivo de ayudarla con la respiración y evitar que aspire secreciones y vomite.
- Asegúrese que el niño está respirando adecuadamente.
- No trate de restringir a la persona ni de colocarle nada en la boca.
- Permanezca con el niño hasta que la convulsión termine y se despierte.
- Algunas veces los niños (sobre todo los adolescentes) con epilepsia saben o sienten que les viene la crisis. En ese caso, deben acostarse en algún lugar seguro para protegerse contra las caídas.
- Recuerde que la epilepsia no es contagiosa, de manera que nadie va a tener una convulsión por haber ayudado.

Apoyos fundamentales:

- Los maestros y padres deben encontrarse informados acerca de la forma en la que deben reaccionar ante la presencia de alguna crisis epiléptica, así como las indicaciones médicas y el plan de tratamiento farmacológico.
- El niño requiere de valoración y tratamiento médico tratamiento farmacológico, esto únicamente estar indicado en los casos donde se haya realizado una previa consulta médica en donde se expongan todas los antecedentes heredofamiliares, físicos y sociales del niño.

Las personas que rodean al niño deben asistir a pláticas informativas, de información científica y educación que expliquen qué es una convulsión / epilepsia, por ejemplo:

- a. Una crisis o ataque convulsivo es un problema relacionado con el cerebro. La epilepsia es una enfermedad que involucra crisis recurrentes. La epilepsia no es una enfermedad contagiosa y no es causada por brujería ni por espíritus.
- b. La naturaleza de la convulsión de la persona y su posible causa.
- c. Que la epilepsia es una condición crónica, pero que las crisis se pueden controlar completamente en el 75 % de las personas, después de lo cual pueden vivir sin medicación por el resto de sus vidas.
- d. Diferentes opciones de tratamiento.
- e. Razones para ser referidos (cuando aplica)

Con ayuda de esto la red de apoyo, la familia y las personas cercanas a estos niños evitaban las conductas de estigmatización, el rechazo o el miedo.





Señales de Alarma Epilepsia



Criterios de Detección (CD)

Hay movimientos involuntarios y/o repentinos /crisis convulsivas.



Durante la convulsión se puede presentar:

- Pérdida o alteración de la conciencia.
- Rigidez, entumecimiento.
- Mordedura de la lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal.



Después de la convulsión se presenta:

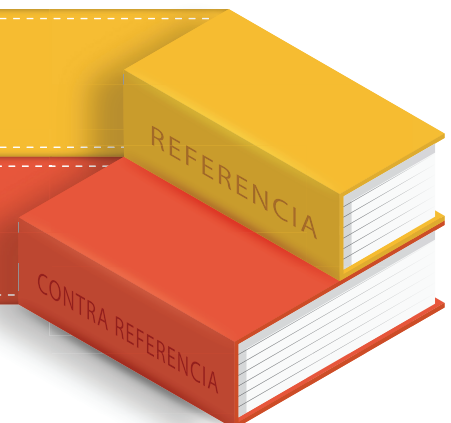
- Fatiga.
- Adormecimiento, somnolencia.
- Confusión.
- Conducta anormal.
- Dolor de cabeza, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo.



Criterios de Evaluación (CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.





Trastornos de la conducta

Representan un término amplio que incluye trastornos más específicos, tales como el trastorno de hiperactividad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otros trastornos conductuales.

Los síntomas conductuales presentan diferentes niveles de gravedad y son muy comunes en la población. Solamente los niños y adolescentes que tienen un grado de moderado a grave de dificultades psicológicas, sociales, educativas u ocupacionales en múltiples entornos deben recibir el diagnóstico de trastornos de la conducta. **En algunos niños con trastornos de la conducta, el problema persiste hasta la edad adulta.**

Trastorno de hiperactividad / trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Las características principales son:

- **Problemas de atención** (se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminarlas y una dificultad para concluir cualquier actividad).
- **Actividad excesiva** (implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lado a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido, o inquietud e intranquilidad excesiva).
- **Problemas conductuales** característicos deben haberse iniciado a temprana edad (antes de los 6 años) y ser de larga duración (> 6 meses) y no estar limitados a un solo entorno.

En la adolescencia el niño o adolescente cambia con frecuencia de una actividad a otra. Este déficit en persistencia y atención se debe diagnosticar como un trastorno solamente si es excesivo para la edad e inteligencia del niño o adolescente y si afecta su funcionamiento y aprendizaje normal.

Pueden presentarse rabietas graves e inusualmente frecuentes así como desobediencia grave y persistente. Los trastornos de conducta pueden caracterizarse por un patrón repetitivo y persistente de comportamientos disociales, agresivos o desafiantes.

Cuando este tipo de conducta está en su grado más extremo, ella debe ser mucho más grave que una simple travesura infantil o una rebeldía de adolescente.

Algunos ejemplos de conductas pueden incluir: grados excesivos de peleas o acoso escolar; crueldad hacia otras personas o animales; provocar incendios; destrucción grave de la propiedad; robar, mentir reiteradamente y fugarse de la escuela o de la casa. Los criterios concernientes a la presencia de otros trastornos de la conducta deben tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño o adolescente y la duración de las conductas inadecuadas (por lo menos 6 meses).

Qué pueden hacer y qué no pueden hacer estos niños

El niño cambiara conductas si se enfoca en algunas conductas perceptibles que piensa que el niño es capaz de hacer.

Mejorará su comportamiento, si recibe instrucciones claras, sencillas y cortas que pongan énfasis en lo que el niño debe hacer en lugar de en lo que no debe hacer.

Si el niño recibe castigos rígidos y autoritarios, los problemas en la atención y actividad excesiva continuaran presentes y no lograran disminuir.

Se debe dar una instrucción con moderación y con poca frecuencia en comparación con el elogio. Por ejemplo, no darle premios (regalos o actividades divertidas) después de que un no se ha comportado adecuadamente.

Si además del trastorno, el niño vive algún tipo de abuso físico o emocionalmente, las características principales del trastorno se pueden incrementar:

1 ▶

Problemas de atención (se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminarlas y una dificultad para concluir cualquier actividad).

2 ▶

Actividad excesiva (implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lado a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido, o inquietud e intranquilidad excesiva).

El niño continuara con los problemas en la atención y actividad excesiva y podría desarrollar otras problemáticas como conductas desafiantes (en donde miden el peligro, ni hacen conscientes las reglas) o conductas de riesgo (consumo de alcohol y drogas, conductas de promiscuidad, robos, etc.) si se en la escuela lo estigmatizan o segregan y por ende no logra un atención oportuna especializada.

Muchos casos mejoran si se reemplaza el castigo, utilizando la técnica del “tiempo fuera de reforzamiento” o “TIMEOUT” (tiempo fuera) por periodos cortos y definidos después de que el niño muestra una conducta inadecuada. La técnica “tiempo fuera de reforzamiento” o “TIMEOUT” (tiempo fuera) consiste en separar temporalmente al niño de un ambiente gratificante, como parte de un programa planeado y registrado para modificar la conducta. Informe a los padres sobre cómo aplicar esta técnica cuando se requiera.

Los padres únicamente deben elogiar o premiar al niño después de observar que ha mostrado buena conducta y reaccione solamente a las conductas inadecuadas más importantes; busque las maneras de evitar confrontaciones graves o situaciones difíciles predecibles.

Tenga paciencia y dedíquele más tiempo al niño en caso de que esté realice un berrinche (y que progresivamente vaya en aumento hasta llegar al llanto incontrolado), en este sentido aplase las discusiones con el niño hasta que usted esté calmado.

Apoyos fundamentales:

- Los padres deben aceptar y atender al niño que presenta un trastorno de conducta. Esto se facilita con el apoyo psicológico individual, de pareja, familiar, grupal, relacionados a diversos temas. Así pues los padres resultan un pilar de la atención, cuidado y tratamiento por lo que deben mantenerse atento e informados del niño, sus diagnóstico y la evolución del mismo.
- Los padres deben asistir a platicas informativas y otros cursos (como taller de padres, manejo de emociones o estrategias de comunicación) para que logren reconocer y transmitirle al niño lo que debe o no debe hacer (esto se conoce como límites del patrón de conducta). Se debe de promover un estilo o patrón de crianza que sea firme, claro (sin dobles mensajes) y amoroso (que resalte la disciplina como una enseñanza más de los padres y no como un castigo).

Un aspecto de esto, es que la información y la creación de redes de apoyo permiten que los padres elaboren el duelo por las expectativas anteriores que se tenían depositadas en el niño.

- Tratamiento farmacológico indicado únicamente por un especialista en paidopsiquiatria o neurólogo pediatra.
- La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario especializado.



Señales de Alarma Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad



• Hay falta de atención y/o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades.



• Muestra actividad excesiva, anda de un lado a otro, tiene dificultad extrema para permanecer sentado, habla en exceso y puede estar inquieto(a).



• Muestra impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin cuidado o cautela.



• Muestra conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo: berrinches generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave como: robo, mentiras, etc.)



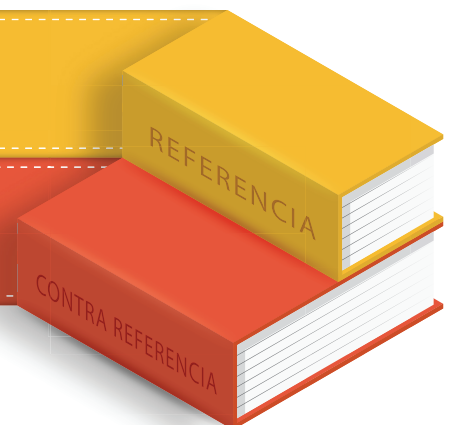
• Muestra cambios repentinos de conducta o en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento y enojo constate.



Criterios de Evaluación (CE)

Ir al formato de referencia anexo.

Ir al formato de contra referencia anexo.





Autismo

Comprende una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo caracterizados por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y patrones de conducta repetitivos, restringidos y estereotípicos, sin que se presenten estas características o patrones en todos los casos.

El trastorno del espectro autista varía ampliamente en gravedad y síntomas, incluso puede pasar sin ser reconocido, especialmente en los niños levemente afectados o cuando se enmascara por problemas físicos más debilitantes.

Es importante mencionar que en edades tan tempranas resulta difícil detectar y diagnosticar de forma precisa la amplia gama de este trastorno.

Qué pueden hacer y qué no pueden hacer estos niños

El niño logra interactuar y socializar si se diseña en espacios exteriores una diferenciación de zonas en función de distintos tipos de actividades, con independencia del sexo de los niños y niñas.

Se debe considerar diferentes materiales y recursos en función de la edad de los niños, también independientemente del sexo de cada uno.

El niño no disminuirá las alteraciones en la socialización, la comunicación social y los patrones de comportamiento, intereses y actividades (que evita, actividades que repite y las conductas estereotipadas), si la familia le propone un esquema rígido de sus actividades diarias, por ejemplo: que los niños no tengan el permiso de jugar indistintamente cualquier juego, mirar cualquier programa o caricatura en la televisión o de llevar a cabo cualquier actividad como juego reposado, saltar a la cuerda, jugar con pelotas.

Es decir se debe evitar el castigo cuando los niños realicen conductas que no sean exclusivas en función de su género (que los niños jueguen únicamente con carros, trenes o aviones y que las niñas jueguen a vestir a las muñecas).

Se debe promover y fomentar que los niños y niñas en la vida diaria (en casa o con la familia) que comprendan y visualicen la posibilidad de poder jugar cualquier juego, de llevar a cabo diferentes actividades con el objetivo de que no consideren espacios restringidos y que vayan incorporando diversos tipos de juegos (juegos estructurados como: aquellos en donde existan personajes establecidos, juegos con reglas, juegos con turnos, etc.). Esto se verá reforzados con las intervenciones dirigidas a niños de manera terapéutica y permanente (en estas se trabajan objetivos específicos semanales). Esto incrementara su autonomía.

Apoyos fundamentales:

Intervenciones dirigidas a niños que se requiera un apoyo permanente (superior a 8 horas al día) y a largo plazo, con evaluaciones periódicas de progreso, por ejemplo: dividir los días de la semana por cada una de las áreas que se pretende trabajar socialización (con énfasis en las habilidades que fomenten la autonomía), las alteraciones en el lenguaje y la comunicación social y los patrones de comportamiento, intereses y actividades (particularmente aquellas que el niño evita realizar, aquellas que repite y aquellas otras que se encuentran estereotipadas (estas se manifiestan en los juegos libres, donde el niño manifiesta modelos aprendidos de conductas como podrían ser los modelos de género, en este sentido el niño lleva a cabo de manera espontánea estas conductas sin ningún tipo de influencia externa).

De forma asociada se incluye también lo relacionado a las alteraciones del juego simbólico e imaginativo.

Es importante resaltar que muchas de estas actividades que se evitan, se repiten o resultan estereotipadas son producto de aquello que ha sido interiorizando a través de una interacción con el entorno.

➤ **Se recomienda que las actividades terapéuticas no superen las 8 horas diarias,** y que promuevan la participación en el entorno, que no solo se brinden en ambientes especiales (consultorio). Realizar intervención a través de un tratamiento conductual, el cual se debe comunicar al grupo familiar, con el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.

➤ **Se debe recordar que en todo momento los objetivos que debe seguir la terapia con estos niños son: mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.**



Manejo del niño por parte de un grupo interdisciplinario que desarrolle un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño, enmarcados:

- 1 ▶ **Diagnóstico**
- 2 ▶ **El nivel y tipo de comunicación con el que cuenta**
- 3 ▶ **La interacción social**
- 4 ▶ **La flexibilidad (en el pensamiento, con el objetivo de disminuir progresivamente las actividades que evita, que repite o que resultan estereotipadas). Promoviendo siempre la imaginación.**

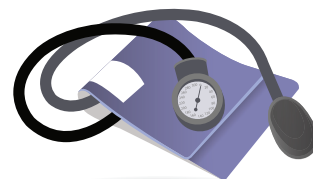
Este plan debe basarse en la creación del plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo (individualización de la condición).

El tratamiento interdisciplinario, requiere de colaboración y vinculación de los profesionales que realicen la atención como: pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social. Estos deben estar siempre en comunicación con la familia y los maestros.

▶ **Tratamiento farmacológico indicado únicamente por un especialista, ya sea un paidos psiquiatría o un neurólogo pediatra.**

▶ **La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario especializado.**

▶ **Intervenciones individualizadas, dirigidas al grupo familiar.**



El apoyo psicológico a la madre, el padre, la familia o el cuidador puede realizarse de forma individual, familiar o grupal (como taller de padres o pláticas informativas) debe tener como objetivo:

A ▶

Por un lado fungir como una red de apoyo para familiares que reconozcan otras familias con esta problemática en común, información específica acerca del manejo específico del diagnóstico del niño, con el objetivo de disminuir la ansiedad en el manejo y comprender las acciones particulares que resultan benéficas en cada uno de los casos.

B ▶

Por otro la de facilitar la permanencia del niño en sus ambientes familiar y escolar, por ejemplo mediante el empoderamiento de las familias y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado del niño con tiempos de intervención definidos y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

Se sugiere a los padres que colaboren con los niños por igual en actividades domésticas, tales como: vestirse y desvestirse, ayudar en la cocina, poner la mesa, realizar pequeños encargos, etc.

Invitar a los padres a que vengan y participen en la dinámica de clase: ayudándonos a preparar una receta de cocina, enseñándonos a lo que se dedican (oficios).





Señales de Alarma Autismo



- Hay retraso en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, por ejemplo: parece no prestar atención cuando le hablan.
- Repite palabras o frases una y otra vez
- No habla ni emite sonidos con intención comunicativa



- Tiene problemas de socialización, por ejemplo: tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas y/o para expresar sus propios sentimientos.
- Le irritan los cambios, presenta berrinches inexplicables sin causa aparente.
- Cuando se le quiere mirar a los ojos, rehúye la mirada.
- Parece interesarse más por los objetos, los juguetes, los accesorios de las personas, ciertos sonidos y aromas que por las personas.



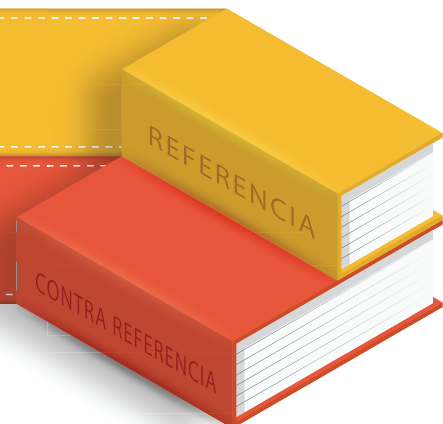
- Hay conductas e intereses inusuales, por ejemplo: intereses obsesivos por objetos o juguetes
- Se balancea, mueve y/o agita las manos, da vueltas sobre sí mismo, corre de un lado a otro, sube y/o baja escaleras durante largos períodos de tiempo
- Reacciona de forma extraña a la forma en que huelen los olores; a lo que sabe la comida; a como se ven los colores y las formas de los objetos; como se sienten las texturas; y como suenan los juguetes, el ambiente, los sonidos, etc.



Ir al formato de referencia anexo.

**Criterios de
Evaluación
(CE)**

Ir al formato de contra referencia anexo.





Acrónimos





Acrónimos Formato de Referencia

(FR)	Formato de referencia
(DEI)	Datos de la Estancia Infantil
(DUR)	Datos de la unidad, centro o institución de referencia
(DFTN)	Datos del familiar y/o tutor del niño (a)
(DCM)	Datos clínicos de la madre
(DN)	Datos del niño (a)
(DSAN)	Detección de Señales de Alarma del Niño (a)



Acrónimos Formato de Contra Referencia

(FCR)	Formato de contra referencia
(DUR)	Datos de la unidad, centro o institución de referencia
(DNR)	Datos del Niño (a) Referido
(ECI)	Evaluación clínica Infantil
(R)	Recomendaciones
(PS)	Plan de Seguimiento



Instructivos y Formatos





FASE 1: Sospecha inicial y/o confirmación de diagnóstico de algún tipo de discapacidad.

DETECCIÓN DE ALTERACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Una vez que el niño se encuentra asistiendo a la Estancia Infantil, las Responsables y/o Asistentes podrán detectar con base a la observación diaria a aquellos niños que requieren de una atención especializada.

El Formato de Referencia (FR) consiste en una evaluación breve que deberá ser completada por las Responsables y/o Asistentes de las Estancias Infantiles, para DERIVAR al niño(a) en compañía de la madre, el padre, familiar y/o tutor al servicio de atención especializada más cercano a la Estancia.

Las modalidades del uso del Formato de Referencia (FR) son:

A) Cuando la Responsable y/o Asistente observe que el niño comienza a presentar algún retraso o rezago en su desarrollo y/o que pueda llegar a tener algún tipo de discapacidad.

B) Cuando la Responsable y/o Asistente reciba a un niño que cuente con algún diagnóstico médico de alguna alteración o discapacidad impreciso, difuso o poco claro.

Consta de seis secciones, que deben ser completadas con letra legible y bolígrafo:

1. **(DEI)** Datos de la Estancia Infantil.
2. **(DFTN)** Datos del familiar y/o tutor del niño(a).
3. **(DUR)** Datos de la unidad, centro o institución de referencia a la cual será referido el niño. Esta información se completa con ayuda del Directorio de servicios y unidades de rehabilitación (ANEXO) o con la información propia de la institución elegida para recibir la atención externa.
4. **(DCM)** Datos clínicos de la madre. En caso de que no se cuente con la información de la madre, programe una entrevista con la madre (no obligar a la madre o tutor a contestar en caso de rechazo).
5. **(DN)** Datos del niño(a).
6. **(DSAN)** Detección de Señales de Alarma del niño(a). Esta sección debe ser marcada con una cruz en las columnas de "Si/No" (que se encuentran a la derecha del FR).



Instructivo de llenado Formato de Referencia

ABREVIATURA	QUE DEBE LLENAR
FR1.	Fecha en la que está realizando el llenado del Formato de referencia para envió del niño(a) a un servicio de atención especializada
DEI1.	Nombre de la Estancia Infantil
DEI2.	Domicilio de la Estancia (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono)
DEI3.	Nombre y firma de la Responsable de la Estancia Infantil
DUR1.	Nombre de la Unidad, centro o institución a la que se refiere al niño(a)
DUR2.	Domicilio de la Unidad, centro o institución (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono)
DUR3.	Al llegar a la Unidad, centro o institución, colocarán en este espacio un sello para verificar su ingreso
DFTN1.	Nombre del familiar y/o tutor del niño(a)
DFTN2.	Domicilio del familiar y/o tutor (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono)
DFTN3.	Parentesco con el niño (a)
DCM1. a la DCM16.	Usted debe marcar con una cruz, los siguientes datos que conozca, con relación a la madre, durante el embarazo
DN1.	Nombre del niño(a)



Instructivo de llenado Formato de Referencia

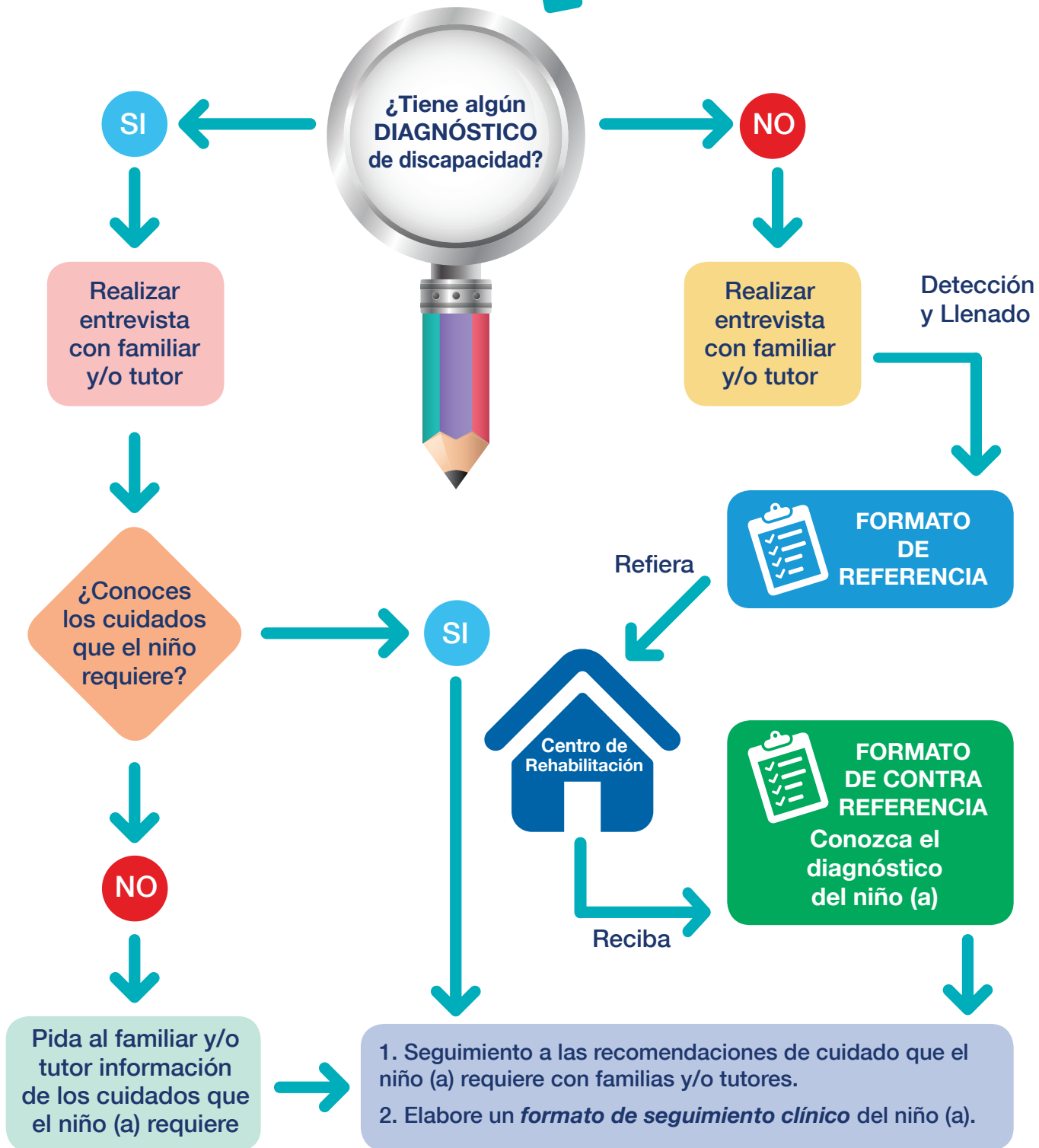
ABREVIATURA	QUE DEBE LLENAR
DN2.	Edad del niño (a).
DN3.	Fecha de nacimiento del niño (a), escribir el día/mes/año.
DN4.	Sexo del niño (a), escribir si corresponde M (masculino) o F (femenino).
DN5.	CURP del niño (a).
DN6. a la DN8.	Usted debe marcar con una cruz los siguientes datos que conozca, con relación al niño (a).
DN9.	Fecha de ingreso del niño(a) a la Estancia Infantil.
DN10.	Anotar el diagnóstico y tratamiento del niño (a), si se cuenta con éste.
DN11.	Describir las problemática(s) que usted haya observado en el niño(a).
DN12.	Describir si el niño (a) requiere ajustes y/ o apoyos individuales, como: lentes, aparato auditivo, apoyo externo para la alimentación, la movilidad, el aseo, la higiene y el cuidado personal.
DN13.	Anotar si tiene alguna otra observación y/o sugerencia identificada para la atención y manejo del niño(a).
FR2 a la FR45.	Usted debe marcar con una cruz las manifestaciones que identifique en el niño(a). En caso de una respuesta positiva (“Si”) a las siguientes señales de alarma, se podría presentar una Alteración en el Desarrollo (AD). NOTA: cualquier AD en el desarrollo o algún otro diagnóstico médico del niño(a), únicamente podrá ser confirmado por un médico especialista.




Proceso Interno en la Estancia Infantil

Diagrama 1: Uso del Formato de Referencia

Niño (a) entre 1 y 5 años 11 meses con algún tipo de DISCAPACIDAD que acude a Estancia Infantil



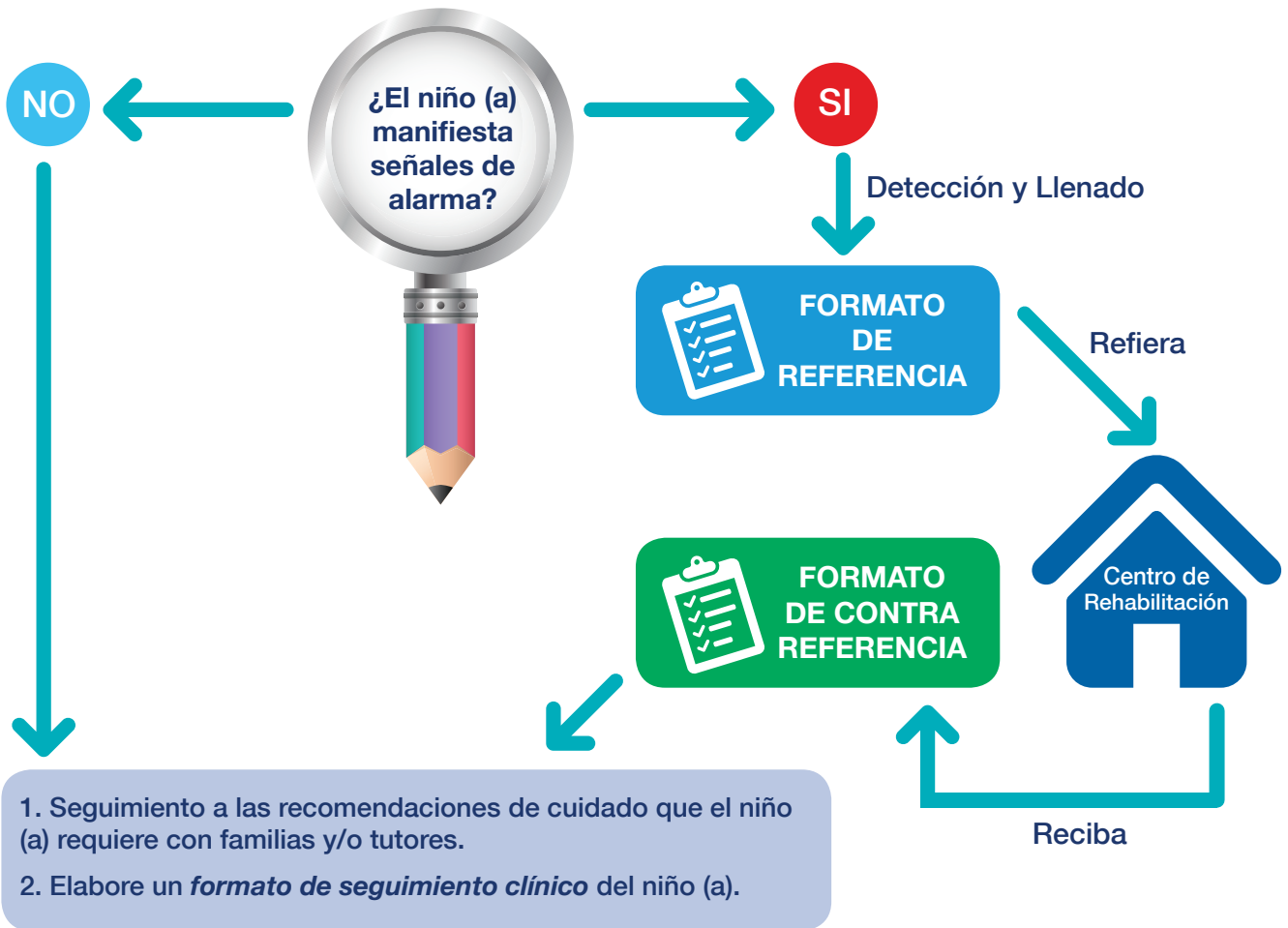
Niño (a) entre 1 y 3 años 11 meses con SOSPECHA de ALTERACIÓN que acude a Estancia Infantil

 **Proceso Interno en la Estancia Infantil**
Diagrama 2: Uso del Formato de Referencia

Observación en la Estancia Infantil

- Uso de Tablas de desarrollo esperado.
- Uso de Tablas de Alteración del desarrollo infantil.

Realizar entrevista con familiar y/o tutor





Instructivo del Uso de Formato de Contra Referencia

FASE 2: Recepción del Formato de contra referencia (FCR).

RECEPCIÓN DE FORMATO DE CONTRA REFERENCIA

El FCR es llenado por el médico especialista de la unidad, centro o institución al que fue enviado el niño para **RECIBIR** atención especializada o de rehabilitación.

Después de la visita médica, con el Formato de contra referencia (FCR), las Responsables y/o Asistentes conocerán el seguimiento a la atención medica que el niño(a) requiere. Al recibir en la Estancia Infantil al niño, en compañía de la madre, el padre, familiar y/o tutor, las Responsables y/o Asistentes tendrán que leer y entender la información contenida en el **Formato de contra referencia (FCR)** completado.

Utilidad del FCR:

- Con base a un resumen de la evaluación clínica del niño(a) realizado por el médico especialista, así como la confirmación del diagnóstico de algún tipo de discapacidad, se obtiene información clara y exacta del estado de salud y de desarrollo del niño(a).
- Permite contar con las indicaciones principales de cuidado, manejo, atención y seguimiento del niño(a), para el uso y las adecuaciones que deberán realizar los familiares, tutores, las Responsables y/o Asistentes. A través del FCR, se mejorará la atención y cuidado que el niño recibe en la Estancia Infantil y en casa. El FCR es un medio de comunicación entre el personal especializado (para el seguimiento médico y de rehabilitación del niño) y el resto de la comunidad dedicada al cuidado y la atención al niño(a).

El Formato de contra referencia, posee cinco secciones, que deben ser completadas con letra legible y bolígrafo por médico especialista:

1. **(DUR)** Datos de la unidad, centro o institución de referencia.
2. **(DNR)** Datos del Niño Referido.
3. **(ECI)** Evaluación Clínica Infantil que abarca el motivo de referenciación del niño(a), sus antecedentes clínicos anteriores y actuales, la evolución del estado del niño(a), así como el diagnóstico inicial y el final.

4. **(R)** Recomendaciones. Abarca indicaciones relativas a la alimentación, la movilidad, el aseo y el cuidado. Son dirigidas tanto para los familiares y/o tutores, como para las Responsables y/o Asistentes de estancias.

5. **(PS)** Plan de Seguimiento. Describe brevemente el seguimiento o revaloración médica que se le dará al niño(a), el plan de rehabilitación diseñado para su manejo, así como las indicaciones que se deben seguir en caso de requerir un tratamiento farmacológico y/o terapéutico –como la periodicidad y duración de sesiones de terapia física, ocupacional, o de lenguaje, sesiones de estimulación múltiple temprana-, sugerencias con relación al manejo y cuidado por parte de la familia.



Instructivo de llenado Formato de Contra Referencia

ABREVIATURA	QUE DEBE LLENAR
FCR1	Fecha en la que se realiza la evaluación del niño(a) referido.
DUR1	Nombre de la Unidad, Centro o Institución en la que se recibe al niño(a) referido.
DUR2	Domicilio de la Unidad, Centro o Institución (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono).
DUR3	Nombre del médico y/o especialista que realiza la evaluación.
DUR4	Firma y No. de cédula del médico y/o especialista que realiza la evaluación.
DUR5	Sello de la Unidad, centro o institución que recibe al niño(a) referido.
DNR1	Nombre del niño(a) referido.
DNR2	Edad del niño(a) referido.
DNR3	Fecha de nacimiento del niño(a) referido, escribir el día/mes/año.
DNR4	Sexo del niño(a) referido, escribir si corresponde M (masculino) o F (femenino).



Instructivo de llenado Formato de Contra Referencia

ABREVIATURA	QUE DEBE LLENAR
DNR5	CURP del niño(a) referido.
ECI1	Cuál fue el motivo por el que fue referido el niño(a).
ECI2	Cuál fue el proceso que llevo al niño(a) referido a presentar algún cambio, limitación y/o alteración.
ECI3	Cuáles fueron los avances o cambios que el niño(a) presentó una vez que fueron detectados estos cambios, limitaciones y/o alteraciones.
ECI4	Indicar el diagnóstico final, si se cuenta con este. NOTA: cualquier diagnóstico será determinado únicamente determinado por un médico y/o especialista, una vez que se llevó a cabo la evaluación del niño(a) referido.
R1	Indicaciones relacionadas con la alimentación, la movilidad, el aseo y el cuidado para la madre, el padre y/o tutor del niño(a) referido.
R2	Indicaciones relacionadas con la alimentación, la movilidad, el aseo y el cuidado para las Responsables y/o Asistentes de la Estancia Infantil, donde asiste el niño(a) referido.
PS1	Indicar si el niño(a) requiere que cita de seguimiento o revaloración médica, en este caso debe señalar la fecha de la siguiente cita de seguimiento o de revaloración.
PS2	Describir las indicaciones médicas con relación al tratamiento farmacológico y/o terapéutico, en caso de ser necesario, mencionar si el niño(a) debe continuar con algún tratamiento o cuidado especial.
PS3.	Describir las sugerencias para la mejora del niño(a)referido en la conducta e interacción con otros niños(as), padres y familiares.



Proceso Interno en Centro de Rehabilitación

Diagrama de Uso de Formato de Contra Referencia

Niño (a) entre 1 y 5 años 11 meses con algún tipo de DISCAPACIDAD

Niño (a) entre 1 y 3 años 11 meses con SOSPECHA de ALTERACIÓN que acude a Estancia Infantil



Acude al Centro de Rehabilitación

TUTOR



FORMATO DE REFERENCIA



Médico especialista realiza:



Evaluación Clínica del niño



Recomendaciones con relación a:

La alimentación, la movilidad, el aseo y el cuidado



Plan de seguimiento:

- Cita de seguimiento o revaloración médica
- Tratamiento farmacológico y/o terapéutico



FAMILIARES Y/O TUTORES

Seguimiento a las recomendaciones de cuidado que el niño (a) requiera.

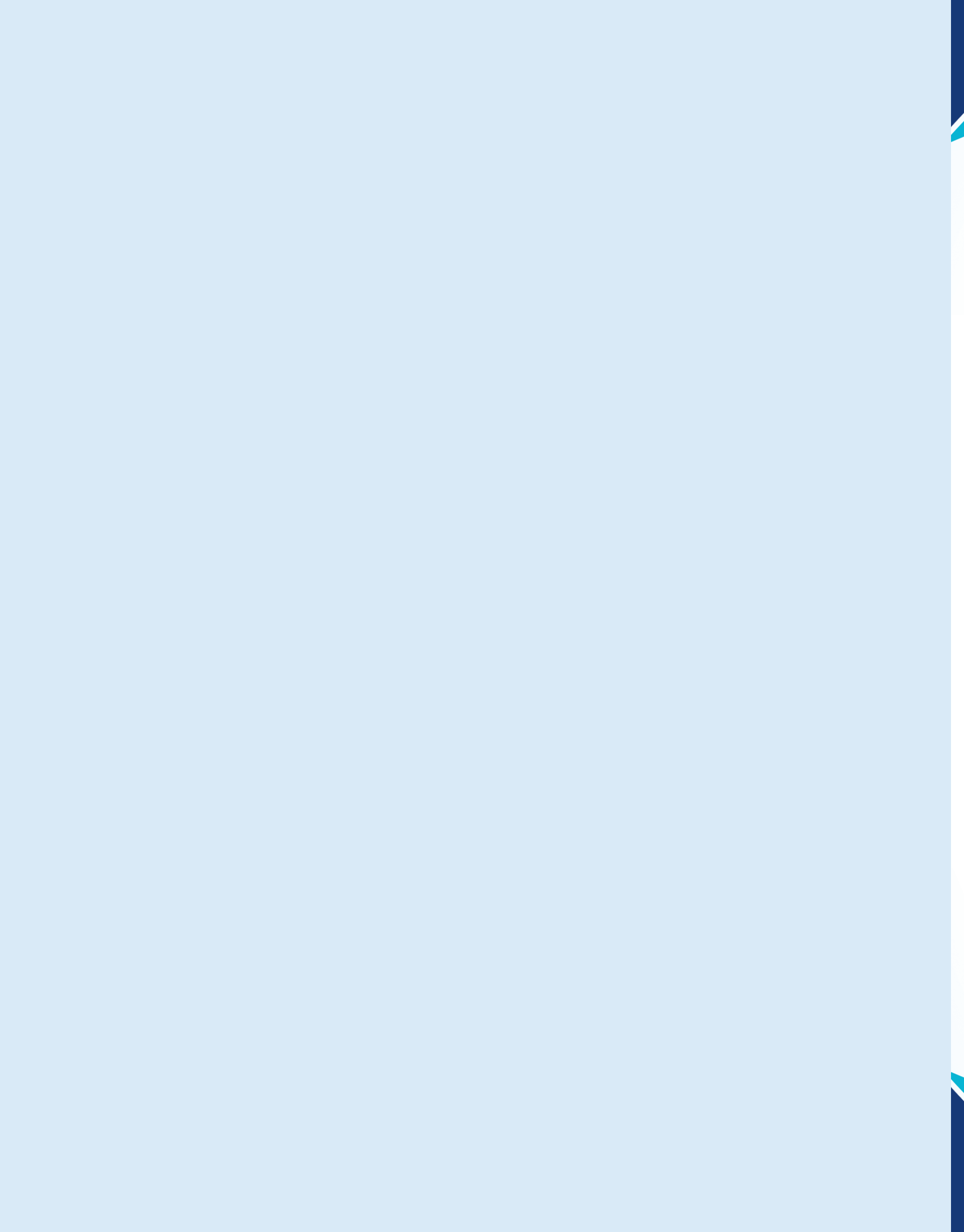
ESTANCIA INFANTIL

Elabore un formato de seguimiento clínica del niño (a).

Confirma Alteración de Diagnóstico

FORMATO DE CONTRA REFERENCIA







Formatos

FORMATO DE REFERENCIA - (FR)					
FR1. Fecha del envío:					
DATOS DE LA ESTANCIA INFANTIL - (DEI)			DATOS DE LA UNIDAD, CENTRO O INSTITUCIÓN DE REFERENCIA - (DUR)		
DEI1. Nombre de la Estancia Infantil:			DUR1. Nombre de la Unidad, Centro o Institución:		
DEI2. Domicilio de la Estancia (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono):			DUR2. Domicilio de la Unidad, centro o institución (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono):		
DEI3. Nombre y firma de la Responsable y/o Asistente de la Estancia:			DUR3. Sello de la Unidad, centro o institución para verificar su ingreso.		
DATOS DEL FAMILIAR Y/O TUTOR DEL NIÑO (A) – (DFTN)					
DFTN1. Nombre del familiar y/o tutor del niño(a):					
DFTN2. Domicilio del familiar y/o tutor (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono):					
DFTN3. Parentesco con el niño (a):					
DATOS CLÍNICOS DE LA MADRE – (DCM)					
Marque con una cruz (x), los siguientes datos que conozca, con relación a la madre, durante el embarazo:					
DCM1. Madre de 16 años o menos al momento del parto.	Si	No	DCM2. La madre contó con algún tipo de apoyo (para el cuidado durante el embarazo) por parte de algún familiar, pareja y/o amigo	Si	No
DCM3. Madre con una edad de más de 34 años.	Si	No	DCM4. La madre asistió a dos o menos consultas prenatales durante el embarazo.	Si	No
DCM5. Embarazo deseado y/o planeado.	Si	No	DCM6. La madre presentó algún sangrado vaginal y/o infección urinaria durante el embarazo.	Si	No
DCM7. Durante el embarazo, la madre obtuvo algún diagnóstico médico de anemia o desnutrición. *En caso de respuesta afirmativa, obtuvo algún tratamiento	Si	No	DCM8. Durante su embarazo, la madre obtuvo algún diagnóstico médico de epilepsia/crisis epilépticas.	Si	No
DCM9. Durante su embarazo la madre, consumió alcohol.	Si	No	DCM10. Durante su embarazo la madre, consumió algunas sustancias psicoactivas/drogas.	Si	No
DCM11. Durante el embarazo, la madre fumó.	Si	No	DCM12. Durante su embarazo presentó algún accidente, como golpes, caídas u otras.	Si	No
DCM13. Durante el embarazo, la madre obtuvo algún diagnóstico médico de diabetes.	Si	No	DCM14. La madre ha sido diagnosticada con presión alta.	Si	No
DCM15. La gestación fue menor a 34 semanas.	Si	No	DCM16. Lactancia materna exclusiva después del parto.	Si	No

DATOS DEL NIÑO (A) - (DN)					
DN1. Nombre del niño(a):					
DN2. Edad:	DN3. Fecha de nacimiento (día/mes/año)	DN4. Sexo: (M) (F)		DN5. CURP:	
DN6. Peso del niño(a) al nacer de 1500 gr o menos.	Si	No	DN7. Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.	Si	No
DN8. Hospitalización del niño (a) en la unidad cuidados intensivos neonatales (UCIN) o antes del primer mes de vida con duración mayor a cuatro días.				Si	No
DN9. Fecha de ingreso en la Estancia Infantil:					
DN10. Diagnóstico y tratamiento del niño (a) (si se cuenta con éste):					
DN11. Problemática(s) observada(s) en el niño(a):					
DN12. El niño (a) requiere ajustes y/ o apoyos individuales:	<input type="checkbox"/> si** <input type="checkbox"/> no **En caso de respuesta afirmativa, mencionar cuáles: _____				
DN13. Observaciones y/o sugerencias para su atención y manejo:					
FORMATO DE REFERENCIA – (FR)					
DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALARMA DEL NIÑO (A) – (DSAN): Marque con una cruz las manifestaciones que identifique en el niño (a). En caso de una respuesta positiva (“Si”) a las siguientes señales de alarma, se podría presentar una Alteración en el Desarrollo (AD).					
Manifestación				Si	No
FR2. Hay dificultades para enderezar-sostener la cabeza cuando lo cargan.					
FR3. Hay tensión y/o endurecimiento de su cuerpo cuando lo tocan.					
FR4. Hay dificultades para girarse o voltear la cabeza ante cualquier objeto, para ver a un adulto y/o niños (as).					
FR5. Hay dificultades para empujar con sus manos y/o tomar objetos con una o ambas manos.					
FR6. Hay dificultades para sentarse en el piso, requiere de un soporte en la espalda y/o el tronco, y se rueda con dificultad.					
Manifestación				Si	No
FR7. Hay ojos enrojecidos, acuosos, picor, ardor y/o lagañas frecuentes					
FR8. Hay parpados enrojecidos y/o hundidos					
FR9. Hace bizcos, sus ojos se mueven sin coordinación y no fija la mirada hacia un objeto (específicamente si está cansado).					
FR10. Hay dolor de cabeza y/o náuseas frecuentes					
FR11. Hay confusión de las letras, palabras, líneas y/o dibujos					

FORMATO DE REFERENCIA – (FR)

DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALARMA DEL NIÑO (A) – (DSAN): Marque con una cruz las manifestaciones que identifique en el niño (a). En caso de una respuesta positiva (“Si”) a las siguientes señales de alarma, se podría presentar una Alteración en el Desarrollo (AD).

Manifestación	Si	No
FR12. Con dificultades muestra sobresalto o respuesta ante cualquier ruido del ambiente, sonidos familiares y/o al llamarlo por su nombre.		
FR13. Hay confusión al decir o escuchar palabras, no hay balbuceo.		
FR14. Hay infecciones, resfriados y/o quejas frecuentes acerca de dolores en el oído.		
FR15. Hay indiferencia, distracción y/o le cuesta trabajo entender cuando le hablan.		
FR16. Hay dificultades en el control e intensidad de la voz, como tensión al hablar (habla mal, no se entiende) y/o se comunica con gritos.		
Manifestación	Si	No
FR17. Hay distracción, lentitud y/o dificultades en la atención y/o concentración de tareas específicas.		
FR18. Hay dificultades en la comunicación e interacción social con los adultos y/o niños(as) de su misma edad.		
FR19. Se toma más tiempo en lograr las actividades de la vida diaria como higiene personal, control de esfínteres, movilidad, vestido, alimentación, etc.		
FR20. Hay falta de destreza en las actividades escolares y/o en las habilidades de juego.		
FR21. Tiene una actitud pasiva e indiferente y presenta berrinches frecuentes.		
Manifestación	Si	No
FR22. Presenta múltiples manifestaciones de cada una de las áreas del presente formato, además usted puede identificar que el niño(a) tiene la necesidad de apoyos externos casi permanentes, para poder llevar a cabo actividades para su autonomía, para la vida diaria.		
Manifestación	Si	No
FR23. Hay movimientos involuntarios y/o repentinos /crisis convulsivas.		
FR24. Durante la convulsión se puede presentar: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida o alteración de la conciencia. • Rigidez, entumecimiento. • Mordedura de la lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal. 		
FR25. Después de la convulsión se presenta: <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga. • Adormecimiento, somnolencia. • Confusión. • Conducta anormal. • Dolor de cabeza, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo. 		

FORMATO DE REFERENCIA – (FR)		
DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALARMA DEL NIÑO (A) – (DSAN): Marque con una cruz las manifestaciones que identifique en el niño (a). En caso de una respuesta positiva (“Si”) a las siguientes señales de alarma, se podría presentar una Alteración en el Desarrollo (AD).		
Manifestación	Si	No
FR26. Hay falta de atención y/o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades.		
FR27. Muestra actividad excesiva, anda de un lado a otro, tiene dificultad extrema para permanecer sentado, habla en exceso y puede estar inquieto(a).		
FR28. Muestra impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin cuidado o cautela.		
FR29. Muestra conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo: berrinches generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave como: robo, mentiras, etc.)		
FR30. Muestra cambios repentinos de conducta o en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento y enojo constante.		
Manifestación	Si	No
FR31. Se le dificultad pronunciar, articula únicamente sílabas y/o secuencias de sonidos repetidamente.		
FR32. No escucha sus propias vocalizaciones y las de los demás, no intenta imitarlos, con frecuencia únicamente emplea las sílabas “ba”, “da”.		
FR33. Se le dificulta escuchar, interesarse por el significado de las palabras y por los sonidos del medio ambiente.		
FR34. Se le dificulta comenzar a emplear oraciones complejas.		
FR35. Se le dificulta producir muchos y diversos sonidos.		
Manifestación	Si	No
FR36. Hay retraso en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, por ejemplo: parece no prestar atención cuando le hablan.		
FR37. Repite palabras o frases una y otra vez.		
FR38. No habla ni emite sonidos con intención comunicativa.		
FR39. Tiene problemas de socialización, por ejemplo: tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas y/o para expresar sus propios sentimientos.		
FR40. Le irritan los cambios, presenta berrinches inexplicables sin causa aparente.		
FR41. Cuando se le quiere mirar a los ojos, rehúye la mirada.		
FR42. Parece interesarse más por los objetos, los juguetes, los accesorios de las personas, ciertos sonidos y aromas que por las personas. FR43. Hay conductas e intereses inusuales, por ejemplo: intereses obsesivos por objetos o juguetes.		
FR44. Se balancea, mueve y/o agita las manos, da vueltas sobre sí mismo, corre de un lado a otro, sube y/o baja escaleras durante largos períodos de tiempo.		
FR45. Reacciona de forma extraña a la forma en que huelen los olores; a lo que sabe la comida; a como se ven los colores y las formas de los objetos; como se sienten las texturas; y como suenan los juguetes, el ambiente, los sonidos, etc.		

FORMATO DE CONTRA REFERENCIA - (FCR)

FCR1. Fecha de recepción:

DATOS DE LA UNIDAD, CENTRO O INSTITUCIÓN DE REFERENCIA – (DUR)

DUR1. Nombre de la Unidad, Centro o Institución:

DUR2. Domicilio (Calle, Núm. Ext., Núm. Int., Colonia, Delegación o municipio, Estado, Código postal, Teléfono):

DUR3. Nombre del médico y/o especialista que realiza la evaluación:

DUR4. Firma y No. de cédula:

DUR5.: Sello de la Unidad, centro o institución que recibe al niño(a) referido:

DATOS DEL NIÑO (A) REFERIDO - (DNR)

DNR1. Nombre del niño(a):

DNR2. Edad:

DNR3. Fecha de nacimiento (día/mes/año)

DNR4. Sexo: (M) (F)

DNR5. CURP:

EVALUACIÓN CLÍNICA INFANTIL – (ECI)

ECI1. Motivo por el que fue referido:

ECI2. Padecimiento actual:

ECI3. Evolución:

ECI4. Diagnóstico final:

RECOMENDACIONES – (R)

Indicaciones relacionadas con la alimentación, la movilidad, el aseo y el cuidado:

R1. Para la madre, el padre y/o tutor:

R2. Para las Responsables y/o Asistentes de la Estancia Infantil:

PLAN DE SEGUIMIENTO – (PS)

PS1. El niño requiere cita de seguimiento o revaloración médica:

() Si

() No

**En caso afirmativo, indicar la fecha de la cita de seguimiento o revaloración:

PS2. Indicaciones médicas con relación al tratamiento farmacológico y/o terapéutico, en caso de ser necesario:

PS3. Sugerencias para la mejora en la conducta e interacción con otros niños(as), padres y familiares:



Glosario y Bibliografías





Glosario

Accesibilidad. Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con un uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, en mobiliario y equipo.

Actividad. Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Adiestramiento. Acción destinada a desarrollar y perfeccionar las habilidades y destrezas del trabajador, con el propósito de incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo; contempla aspectos de actividades y coordinaciones psicomotrices.

Agudeza visual. Capacidad de percibir la figura y forma de los objetos.

Calidad de vida. El principio está relacionado con las óptimas condiciones de vida como resultado de la satisfacción de las necesidades de las personas.

Campo visual. Porción del espacio que un individuo puede ver sin mover la cabeza y los ojos.

Capacitación. 1. Proceso de acciones planeadas para identificar, asegurar y desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes que los trabajadores requieren para desempeñar las funciones de su trabajo actual, así como futuras responsabilidades. **2.** Comportamientos para realizar una función productiva, que combinada con la experiencia, se aplican al desempeño de una actividad laboral.

Ceguera. Falta o pérdida del sentido de la vista. La ceguera, por lo general es una condición permanente. No afecta el rendimiento intelectual de la persona.

Comunicación efectiva. Forma de comunicación que a través de buenas destrezas logra el propósito de lo que se quiere transmitir o recibir. Dentro de la comunicación efectiva, el transmisor y el receptor comprenden de manera exitosa el mensaje que se intercambia, es decir, ambos entienden el mensaje transmitido.

Decibeles. Medida subjetiva de la intensidad con la que un sonido es percibido por el oído humano. Es decir, la sonoridad es el atributo que nos permite ordenar sonidos en una escala del más fuerte al más débil. La unidad que mide la sonoridad es el decibelio.

Decúbito prono. Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca abajo; cuello en posición neutra; miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo; y extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos pulgares hacia abajo.

Decúbito supino. Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca arriba; cuello en posición neutra, con mirada dirigida al céntit; miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba; y extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba.

Deficiencias. Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Deformaciones de la aurícula. Malformación de la oreja, cuando ésta crece más de lo que debería o, por lo contrario, no se desarrolla al tamaño que debería. Es un problema que se presenta durante el embarazo. Puede estar acompañado de otras malformaciones de la cara; en ocasiones también se encuentran defectos en el conducto auditivo externo.

Discapacidad. Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Discapacidad Auditiva. Es la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.

Discapacidad Intelectual. Cuando la función intelectual se encuentra significativamente por debajo del promedio y coexiste con limitaciones de las áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad. Estas limitaciones se manifiestan en dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación; por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de número, los conceptos de espacio y tiempo, las operaciones de sumar, restar, multiplicar y dividir.

Discapacidad Mental. Es el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de un trastorno mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicho trastorno.

Discapacidad Motriz. Es una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, las funciones de desplazamiento, manipulación y que limita al niño en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide al niño moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. Tiene repercusiones en las áreas sensorial, perceptiva y psicológica. No es progresiva, lo que significa que no se agravan a lo largo del tiempo.

Discapacidad Múltiple. Presencia de dos o más discapacidades física, sensorial e intelectual (por ejemplo: alumnos sordo-ciegos, alumnos que presentan a la vez discapacidad intelectual y discapacidad motriz, o bien, con hipoacusia y discapacidad motriz, etcétera). La persona requiere, por tanto, apoyos en diferentes áreas de las habilidades adaptativas y en la mayoría de las áreas del desarrollo.

Discapacidad Sensorial. Incluye la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidad relacionados con la disminución de la función de otros sentidos (olfato, gusto y tacto).

Discapacidad Visual. Es la deficiencia del órgano de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual y que una vez corregida en el mejor de los ojos es igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20 grados. La discapacidad visual, afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. La vista es un sentido global que nos permite identificar a distancia y a un mismo tiempo objetos ya conocidos o que se nos presentan por primera vez.

Diseño Universal. Diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado, no excluye las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Educación Especial. Conjunto de servicios, programas, orientación y recursos educativos especializados, puestos a disposición de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, que favorezcan su desarrollo integral, y faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que les capaciten para lograr los fines de la educación.

Equilibrio. Capacidad de orientar correctamente el cuerpo en el espacio; se consigue a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. El equilibrio permite mantener una actividad o un gesto, quedarse inmóvil o lanzar su cuerpo en el espacio.

Ergonomía. Actividad de carácter multidisciplinario que se encarga del estudio de la conducta y las actividades de las personas, con la finalidad de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios, buscando optimizar su eficacia, seguridad y confort.

Estrategia. Conjunto de actividades que se planean para alcanzar una meta o un objetivo.

Estructuras Corporales. Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Factores Ambientales. Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Fijación. Capacidad de dirigir o enfocar el ojo hacia un objeto.

Hipoacusia. Es la disminución de la percepción auditiva, en uno o ambos oídos.

Hipoxia Neonatal. Término que se utiliza cuando al bebé recién nacido le falta oxígeno o no ha respirado correctamente; por un parto prolongado que ocasiona sufrimiento fetal o bien por fallas en el funcionamiento de los pulmones del bebé al momento de su nacimiento.

Ictericia. Coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina que se acumula en los tejidos. La bilirrubina es un pigmento biliar de color amarillo anaranjado que resulta de la degradación de la hemoglobina, componente de la sangre.

Inclusión educativa. Proceso que inicia en la familia y en la institución, con el propósito de hacer valer el derecho a la educación de los niños con discapacidad, y en el que participa el profesor de educación inicial, preescolar y escolar, profesores de apoyo del programa para la integración educativa y directivos.

Integración. Proceso que unifica las oportunidades que tienen las personas para pertenecer a un grupo: familia, escuela, comunidad, etcétera.

Integración educativa. Proceso que implica la eliminación de las barreras para el aprendizaje y la participación, permitiendo que los niños y jóvenes con alguna discapacidad, con aptitudes sobresalientes o con otras características, participen en todas las actividades, aprendan de acuerdo con su propio ritmo, estilo e intereses y desarrollen habilidades y competencias que los dejen resolver problemas en su vida cotidiana.

Integración sensorial. Organización de las sensaciones para producir conductas adaptativas y aprendizajes. Permite el adecuado funcionamiento del cerebro y del cuerpo.

Intervención (Estimulación) Temprana. Atención brindada a niños y niñas de entre 0 y 6 años para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración.

Lectura labio-facial. Técnica que permite la adquisición del conocimiento mediante la vista. Esto implica el entrenamiento a la persona para que intente “leer” o discriminar e interpretar los movimientos de labios y otros órganos articuladores cuando el interlocutor pronuncia palabras aisladas u oraciones.

Lenguaje. Se entiende tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal.

Limitaciones en la Actividad. Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de actividades.

Localidades Marginadas. Es un fenómeno estructural de rezago de un territorio determinado que, de manera general, refleja la falta de acceso de la población a bienes y servicios básicos. El Consejo Nacional de Población establece una medida -resumen de marginación denominada Índice de marginación, con base en nueve variables de rezago y con la cual se clasifican a las entidades federativas, municipios, localidades, áreas geo estadísticas básicas, de acuerdo a su grado de marginación: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo.

Malformaciones congénitas. Defectos congénitos que afectan la formación del embrión o feto. Los morfológicos afectan la forma física del bebé; los funcionales inciden en el funcionamiento de distintos órganos del cuerpo, y los estructurales se deben a alteraciones de los genes o de las células.

Martillo, yunque y estribo. Cadena de huesecillos situada en la cavidad timpánica del oído medio y movida por ligamentos y músculos especiales. Estos huesecillos participan en el proceso de audición humana y su principal función es transmitir el movimiento del tímpano al oído interno. El tímpano protege estos pequeños huesos. Por ejemplo, sin la membrana timpánica no sería posible sumergirse en el agua, pues la presión de ésta rompería dicha cadena e impediría la escucha (provocaría sordera).

Motilidad ocular. Movimiento de los ojos.

Meningitis. Enfermedad caracterizada por inflamación de las delgadas membranas que rodean el cerebro y la médula espinal: las meninges. La causa más frecuente de este tipo de inflamación son los virus, es decir, cuando a las meninges y al líquido cefalorraquídeo llegan estos microorganismos por medio de la nariz o la boca. Las meningitis causadas por bacterias, hongos, medicamentos y otras enfermedades son poco frecuentes, pero potencialmente letales. La meningitis progresa con rapidez, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz es importante para prevenir secuelas severas y la muerte.

Necesidades educativas especiales. Las que presentan los alumnos con discapacidad intelectual para aprender en la escuela, adquirir hábitos y desarrollar destrezas; por lo que se requiere adecuaciones en el currículo escolar, los materiales, libros, contenidos, objetivos, evaluación, actividades y metodología, y así dar respuesta a lo que cada alumno requiere para aprender.

Percepción visual. Capacidad de reconocer y discriminar objetos, personas y estímulos del ambiente y de interpretar lo que son por medio de la vista.

Pérdida auditiva. Incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva dependiendo del tipo y grado de pérdida auditiva. La pérdida de audición puede variar desde una leve, pero importante disminución de la sensibilidad auditiva, hasta una pérdida total.

Personas con Discapacidad. Son las personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Población Económicamente Activa (PEA). Se refiere a la población integrada por personas de 12 años y más de edad que están vinculadas a algún tipo de actividad económica, o bien buscando trabajo.

Postura. Relación de las posiciones de todas las articulaciones en el cuerpo y las extremidades (brazos y piernas) con respecto al tronco y viceversa. Posición del cuerpo en relación con el espacio que le rodea, influenciada por factores culturales, hereditarios, profesionales, conductuales, psicológicos, etcétera.

Prevención. La prevención designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades, o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. Acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y de los padecimientos potencialmente discapacitantes.

Problemas de Comunicación. Condición que afecta el intercambio de información e ideas, que puede comprometer la codificación, transmisión y decodificación de los mensajes. Se puede manifestar en la dificultad para mantener una conversación, la dificultad en la expresión y comprensión de mensajes verbales, así como en la expresión de ideas simples con una estructura repetitiva, correcta y clara, y un vocabulario muy limitado.

Programas Sociales. Conjunto de programas responsabilidad de las Secretarías de: Desarrollo Social; Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; IMSS, DIF-Nacional, y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, entre otros.

Rehabilitación. Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Redes Sociales De Protección. Conjunto de herramientas y programas que le permiten a la población enfrentar las contingencias y los riesgos que surgen a lo largo de la vida y ante cambios drásticos en su entorno. Asimismo, se incluyen las acciones para atender a grupos de población que enfrentan condiciones específicas de vulnerabilidad que dificultan su pleno desarrollo.

Referencias táctiles. Objetos fijos que al tocarlos sirven a una persona con discapacidad visual para ubicarse.

Respuesta adaptativa. Respuesta hacia una experiencia sensorial, dirigida a cumplir un objetivo. La formación de una respuesta adaptativa ayuda al cerebro a desarrollarse y organizarse y por consiguiente genera aprendizaje. La respuesta del niño se juzga eficiente, creativa y satisfactoria cuando la capacidad para asimilar y comprender los estímulos le permite resolver las demandas del ambiente.

Restricciones en la Participación. Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Sinergia. Es la integración de dos o más elementos que da como resultado algo que aprovecha y maximiza las cualidades de cada uno de los elementos.

Sistema de Escritura Braille. Sistema para la comunicación representado mediante signos en relieve, leídos en forma táctil, por los ciegos.

Sociedad Civil. Conjunto de las organizaciones e instituciones cívicas voluntarias y sociales que forman la base de una sociedad activa, que actúa en paralelo a las estructuras del Estado y de las empresas. Esta definición incluye una diversidad de espacios, actores, y formas institucionales, las cuales varían según sus propios niveles de formalidad, autonomía y poder.

Sordera. Es la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (anacusia), ya sea unilateral o bilateral. Las personas sordas utilizan preferentemente el canal visual para comunicarse, y es necesario enseñarles un sistema de comunicación efectivo (Lengua de Señas Mexicana, lenguaje oral u otro). Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona.

Tecnologías de apoyo. Son recursos para superar las barreras de acceso a las tecnologías digitales que producen un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Vulnerabilidad Social. Se entiende como la condición de riesgo que padece un individuo, una familia o una comunidad, resultado de la acumulación de desventajas sociales e individuales, de tal manera que esta situación no puede ser superada en forma autónoma y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.



Bibliografías

- ▶ Buchanan, Allen E., Brock, Dan. W. Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada. México, Fondo de Cultura Económica y Universidad Nacional Autónoma. 2009.
- ▶ Caraveo A, Medina-Mora M, Villatoro J, López-Lugo Ek, Martínez Va. Detección de problemas de salud mental en la infancia. Salud Pública. Mexico. 1995.
- ▶ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2011.
- ▶ Comité de los Derechos del Niño. Observación General No 5: Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño). Ginebra: Naciones Unidas, 2003, <http://www1.umn.edu/humanrts/crc/spanish/Sgeneralcomment5.html>
- ▶ Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- ▶ Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea general de las Naciones Unidas.
- ▶ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de México, 27 de octubre de 2014, http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/G1419180.pdf
- ▶ Convención sobre los Derechos del Niño, Comité de los Derechos del Niño Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, 8 de junio de 2015, http://www.unicef.org/mexico/spanish/CRC_C_MEX_CO_4-5.pdf

- ▶ Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975. Resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975.
- ▶ Declaración de los Derechos del Retardado Mental de 1971, proclamada por la Asamblea general en su resolución 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971.
- ▶ Declaración sobre los Derechos de las Personas Sordociegas, 1979.
- ▶ Declaración Sundberg de 1981. Resolución 36/77, Asamblea general de las Naciones Unidas.
- ▶ Diccionario latinoamericano de bioética/Dir. Juan Carlos Tealdi, Bogotá: UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.
- ▶ Durkin MS, Davidson LL, Desai P, Hasan ZM, Khan N, Shrout PE, et al. Validity of the Ten Questions Screen for Childhood Disability: Results from Population-Based Studies in Bangladesh, Jamaica, and Pakistan. *Epidemiol* 1994;5(3):283-289, (fecha de consulta 14 de Diciembre del 2015). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060134/pdf/jepicomh00191-0101.pdf>
- ▶ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 2012, (fecha de consulta 14 de Diciembre del 2015). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- ▶ Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012, <http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/>
- ▶ Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con México 2015-2018. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=936:-mexico-firmo-estrategia-de-cooperacion-con-la-ops-y-la-oms&Itemid=499

- ▶ Filipa de Castro, Ps Clin, PhD, Betania Allen-Leigh, D en Antrop, PhD, Gregorio Katz, MC, Luis Salvador-Carulla, MC, PhD, Eduardo Lazcano-Ponce MC, M en C, D en C. Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(sup 2):267-275, (fecha de consulta 14 de Diciembre del 2015). Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/23agenda.pdf
- ▶ Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial 2011. (fecha de consulta 3 de Noviembre del 2015). Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- ▶ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estructura y función de los mecanismos nacionales de aplicación y vigilancia del cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (fecha de consulta 12 de Octubre del 2015). Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A-HRC-13-29_sp.pdf
- ▶ Organización de Naciones Unidas, ONU, Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993 (Editorial Centro Bibliográfico y Cultural La Coruña, Organización Nacional de Ciegos Españoles, ONCE, Madrid, 1994)
- ▶ Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Ginebra, 2013.
- ▶ Organización Mundial de la Salud. La carga global de la enfermedad: actualización de 2004. Ginebra, 2008
- ▶ Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el primer nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, 2010.
- ▶ Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBH. Ginebra, 2012.

- ▶ Organización Panamericana de la Salud, Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, OPS (CD52/2013), Washington D.C., EUA, 1 de septiembre del 2013, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165204/1/OD345-s.pdf>

- ▶ Gottlieb CA, Maenner MJ, Cappa C, Durkin MS. Child disability screening, nutrition, and early learning in 18 countries with low and middle incomes: data from the third round of UNICEF’s Multiple Indicator Cluster Survey (2005-06). *Lancet* 2009; 374 (9704):1831-1839

- ▶ Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.

- ▶ Resolución 42/58, Asamblea general de Naciones Unidas sobre la Ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos y Decenio de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad, Anuario de las Naciones Unidas (1987).

- ▶ Testing a disability question for the census. Canberra, Family and Community Statistics Section, Australian Bureau of Statistics, 2003.

- ▶ UNICEF. Monitoring Child Disability in Developing Countries Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. Nueva York: United Nations Children’s Fund Division of Policy and Practice, 2008, http://www.childinfo.org/files/Monitoring_Child_Disability_in_Developing_Countries.pdf

- ▶ Vegas E, Santibáñez L. The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C./Bogotá: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank/Banco Mundial/ Mayol Ediciones, 2010, (fecha de consulta 14 de Diciembre del 2015). Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079922573/ECD_LAC.pdf





