

**MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA DE
NIÑOS CON RETARDO MENTAL DEL PROYECTO DE
ESTIMULACIÓN ADECUADA: C.S.P.**

Nancy Edilma Rúa Giraldo
Dirley Yilena Arango Barrera.

**Proyecto de Investigación Presentado a la Profesora:
Doris Adriana Ramírez
Como Requisito Académico de la Práctica Docente para
Optar al Título de Educadora Especial**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad de Educación
MEDELLÍN
1997**

DEDICATORIA

A nuestros padres: Beatriz Barrera, William Rúa y Helena Giraldo, que día a día nos apoyaron en esta lucha incesante y que con su confianza en nosotras permitieron que hoy culmináramos una meta, que solo marca el comienzo de una nueva etapa de nuestras vidas.

A los niños del C.S.P. que son el motor fundamental de nuestro trabajo.

A mi hija Andrea Betancur por su paciencia, entendimiento y amor

AGRADECIMIENTOS

A Nuestra asesora Doris Adriana Ramírez que con su idoneidad y valiosos aportes a nivel pedagógico y humano nos guió continuamente, ofreciéndonos las bases fundamentales para abordar este proyecto y culminar este proceso que hoy llega a feliz término.

A la fonoaudióloga del C.S.P. Claudia Pérez por sus valiosos aportes.

A nuestros Familiares y compañeras que de una u otra manera contribuyeron en ésta ardua y feliz tarea.

®ÍE<N~JüV°EWt'V'RJiNZM <J>EL NIÑO 'ES&ECIM.

Bienaventurados los que comprenden
mi extraño paso al caminar
y mis manos torpes.

Bienaventurados los que saben
que mis oídos tienen que esforzarse
para comprender lo que oyen.

Bienaventurados los que comprenden
que aunque mis ojos brillan,
mi mente es lenta.

Bienaventurados los que miran
y no ven la comida
que dejo caer fuera del plato.

Bienaventurados los que con una
sonrisa en los labios me estimulan
a tratar una vez más.

Bienaventurados los que nunca me
recuerdan que hice hoy dos veces
la misma pregunta.

Bienaventurados los que comprenden
que me es difícil convertir
en palabras mis pensamientos.

Bienaventurados los que me escuchan
pues yo también tengo algo que decir.

Bienaventurados los que saben
lo que siente mi corazón
aunque no pueda expresarlo.

Bienaventurados los que me respetan
y aman como soy, tan sólo como soy;
y no como ellos quisieran que fuera.

Bienaventurados los que me ayudan
en mi peregrinar
hacia la casa del Padre Celestial
Amén.

VON OKIOWE

CONTENIDO

| | Pag. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | i |
| 1. JUSTIFICACIÓN | 1 |
| 2 OBJETIVOS | 3 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL | 3 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 3 |
| 3. CONSIDERACIONES GENERALES | 4 |
| 4. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL MÓDULO | 6 |
| 5. PAUTAS GENERALES PARA ESTRUCTURAR LA CAPACITACIÓN DE PADRES | 7 |
| LECTURA DE SENSIBILIZACIÓN "NIÑO ESPECIAL" | 9 |
| 6. UNIDAD N° 1 EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 10 |
| 6.1 DEFINICIÓN DEL RETARDO MENTAL | 10 |
| 6.2 ETIOLOGÍA | 12 |
| 6.3 DIAGNOSTICO | 12 |
| 6.4 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS | 14 |
| 6.5 TRATAMIENTO | 15 |
| 6.5.1 Tratamiento Médico | 15 |
| 6.5.2 Tratamiento Educativo | 16 |

| | |
|--|----|
| 6.5.3 Formación Laboral | 17 |
| 6.5.4 Socialización | 17 |
| GLOSARIO | 19 |
| BIBLIOGRAFÍA | 20 |
| 7. UNIDAD N° 2 PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SERVICIOS ASOCIADAS A RETARDO MENTA | 22 |
| 7.1 SÍNDROME DE DOWN | 22 |
| 7.1.1 Definición | 22 |
| 7.1.2 Caracterización Física | 22 |
| 7.1.3 Características Generales del Desarrollo | 24 |
| 7.1.4 Áreas del Desarrollo | 24 |
| 7.1.4.1 Desarrollo de la Motricidad | 24 |
| 7.1.4.2 Desarrollo Cognitivo | 25 |
| 7.1.4.3 Desarrollo del Lenguaje | 26 |
| 7.1.4.4 Desarrollo Socio Afectivo | 27 |
| 7.1.5 Pronostico y Tratamiento | 28 |
| 7.2 MICROCEFALIA | 29 |
| 7.2.1 Definición | 29 |
| 7.2.2 Diagnostico | 30 |
| 7.2.3 Características Generales del Desarrollo | 31 |
| 7.3 HIDROCEFALIA | 31 |
| 7.3.1 Síntomas y Signos | 31 |
| 7.3.2 Tratamiento y Evolución | 32 |
| 7.4 AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO | 33 |
| 7.5 ESPINA BÍFIDA | 33 |

| | |
|---|----|
| GLOSARIO | 35 |
| BIBLIOGRAFÍA | 37 |
| LECTURA | 38 |
| 8. UNIDAD N° 3 DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD GRUESA DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 39 |
| 8.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO MOTOR GRUESO | 39 |
| 8.2 PSICOMOTRICIDAD DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 42 |
| 8.3 APRENDE A EXPLORAR MIS REFLEJOS | 45 |
| 8.3.1 Reflejo de Moro: Llamado También de Sobresalto | 46 |
| 8.3.2 Reflejo de Presión Palmar o Darwiniano | 47 |
| 8.3.3 Reflejo de Babinsky | 47 |
| 8.3.4 Reflejo Tónico Cervical Asimétrico o Esgrimista | 48 |
| 8.3.5 Reflejo de la Nuca Simétrica | 49 |
| 8.3.6 Reflejo de Rotación | 49 |
| 8.3.7 Reflejo de Succión | 50 |
| 8.3.8 Reflejo de Landow | 50 |
| 8.3.9 Reflejo del Paracaidista (Defensa con cabeza) | 51 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 52 |
| GLOSARIO | 55 |
| BIBLIOGRAFÍA | 56 |
| 9. UNIDAD No 4 DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 57 |
| 9.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO MOTRIZ FINO | 57 |

| | |
|--|----|
| 9.2 MOTRICIDAD FINA DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 59 |
| 9.3 IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA PARA LA ADQUISICIÓN DE LA ESCRITURA | 60 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA | 65 |
| 10. UNIDAD N° 5 DESARROLLO COGNITIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 67 |
| 10.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO CONGESTIVO | 67 |
| 10.2 DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN JEAN PIAGET | 70 |
| 10.3 PROCESO COGNITIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 77 |
| 10.4 REPERTORIOS BÁSICOS DEL APRENDIZAJE | 78 |
| 10.4.1 Atención | 78 |
| 10.4.2 Memoria | 78 |
| 10.4.2.1 Memoria Sensorial | 79 |
| 10.4.2.2 Memoria a Corto Plazo | 79 |
| 10.4.2.3 Memoria a Largo Plazo | 79 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 82 |
| GLOSARIO | 85 |
| BIBLIOGRAFÍA | 87 |
| LECTURA "UNA HORA DE TIEMPO" | 88 |
| 11. UNIDAD N° 6 EL LENGUAJE EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 89 |

| | |
|--|-----|
| 11.1 ASPECTOS GENERALES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE | 89 |
| 11.2 DEFINICIÓN DE LENGUAJE | 90 |
| 11.3 SUBTEMAS DEL LENGUAJE | 90 |
| 11.3.1 Contenido | 90 |
| 11.3.2 Forma | 90 |
| 11.3.3 Uso | 91 |
| 11.4 TRASTORNOS DEL LENGUAJE | 91 |
| 11.5 RETARDO O RETRASO EN EL LENGUAJE DEL NIÑO | 93 |
| 11.5.1 Etapa de Comunicación Lingüística a Nivel Prelingüístico | 93 |
| 11.5.2 Etapa de Comunicación Lingüística (dos a siete años) | 94 |
| 11.6 CONOCIMIENTOS Y REFERENTES EN EL LENGUAJE | 95 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 96 |
| GLOSARIO | 99 |
| BIBLIOGRAFÍA | 101 |
| LECTURA | 103 |
| 12. UNIDAD N° 7 EL DESARROLLO SOCIO - AFECTIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 104 |
| 12.1 DESARROLLO SOCIO - AFECTIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 104 |
| 12.2 EL AFECTO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO | 106 |
| 12.3 LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ESTIPULACIÓN | 108 |

| | |
|--|-----|
| 12.3.1 Proceso Aceptación del Niño con Necesidades Educativa Especiales | 108 |
| 12.3.2 Estrategias para los Padres | 111 |
| 12.4 INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL | 113 |
| 12.4.1 Alimentación y vestido | 114 |
| 12.4.2 Control de Esfínteres | 115 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 117 |
| GLOSARIO | 119 |
| BIBLIOGRAFÍA | 120 |
| LECTURA: "VIVE" | 121 |
| 13. UNIDAD N° 8 SALUD Y NUTRICIÓN | 123 |
| 13.1 SALUD EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 123 |
| 13.2 LA VACUNACIÓN | 125 |
| 13.3 CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL | 129 |
| 13.4 ASPECTOS GENERALES DE LA NUTRICIÓN | 131 |
| TALLER DE EVALUACIÓN | 136 |
| GLOSARIO | 138 |
| BIBLIOGRAFÍA | 141 |
| CONCLUSIONES | 142 |
| BIBLIOGRAFÍA GENERAL | 144 |

INTRODUCCIÓN

Desde hace 10 años existe el Centro de Servicios Pedagógico que a través de diferentes proyectos brinda atención a niños con necesidades educativas especiales, uno de los proyectos es el de estimulación adecuada que básicamente atiende a población con retardo en el desarrollo. Dicho proyecto a seguido un modelo pedagógico específico donde se han agrupado a los niños según la edad de desarrollo y donde la intervención ha sido abordada partiendo de las necesidades individuales de cada niño.

Desde el inicio siempre se ha dado participación a los padres de familia en el proceso de estimulación de sus hijos, dándoles algunos elementos básicos para el manejo de la discapacidad, la cual ha sido identificada como una fortaleza del programa, pero luego de una evaluación realizada por medio de encuestas a estudiantes y padres de familia se encontró al interior del programa una serie de fortalezas que permiten darle continuidad al proceso y unas debilidades que dificultan el logro de los objetivos propuestos, siendo una de estas dificultades la necesidad de cuestionar y reestructurar la modalidad de formación y capacitación a los padres con respecto al manejo de la discapacidad de los niños.

Teniendo en cuenta la importancia del papel que desempeña la familia en la estimulación, se hace necesario que las practicantes tengan claridad en el

proceso de desarrollo del niño con retardo mental, para que de esta manera puedan diseñar un programa de orientación a padres y ofrecerles una capacitación adecuada que cualifique el programa de estimulación del Centro de Servicios Pedagógicos, brindando un trabajo coordinado entre practicantes y padres de familia para mejorar el proceso educativo del niño con retardo mental, por lo tanto como educadoras especiales vemos la necesidad de diseñar un programa coherente, completo y que brinde pautas adecuadas para el manejo del niño con retardo mental en su proceso de estimulación.

1. JUSTIFICACIÓN

El proceso de formación como estudiantes en práctica en el proyecto de estimulación adecuada, nos ha permitido retomar elementos para sustentar nuestra acción pedagógica, además para plantear modificaciones al programa mismo, desde la perspectiva de la cualificación del proceso, es por esto que resaltando la importancia de la familia, en la educación de sus hijos elaboramos el presente módulo que servirá de guía a las personas directamente relacionadas con el programa de estimulación adecuada, seleccionando temas que interese a los padres de los niños con retardo mental en las edades de 0 a 6 años de edad cronológica.

Con la clasificación de los temas se pretende que las charlas ofrecidas a los padres de familia en el proceso de capacitación tengan un orden lógico y coherente, partiendo de las necesidades de los niños según su edad de desarrollo, que permitan a los padres de familia satisfacer sus expectativas y adquirir elementos para una adecuada participación en la intervención del niño, no solo en el aula, si no también en el hogar.

Si educamos a los padres, estamos garantizando que la acción pedagógica realizada en el aula, puede ser dinamizada en el hogar a través de la orientación y participación de todo el núcleo familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Construir un modelo de capacitación que permita a los practicantes de educación especial orientar a los padres de familia en la identificación y manejo del niño que ha sido diagnosticado con retardo en el desarrollo en edades tempranas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estructurar un programa de capacitación que pueda ser utilizado por los estudiantes en práctica del programa de estimulación adecuada, para orientar el proceso de acompañamiento y asesoría a los padres de familia en cada uno de los diferentes niveles.
- Dinamizar la participación de los padres de familia en el proyecto de estimulación adecuada de los niños con retardo en el desarrollo a través de la implementación del programa de capacitación y orientación para cada uno de los niveles.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Es fundamental el papel que desempeña la familia en el proceso de estimulación de sus hijos; ya que es a partir de éste núcleo, donde el niño recibe los primeros estímulos y aprende durante los primeros años de vida.

Para lograr que la participación de la familia sea óptima en beneficio del desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales, se hace necesario que los padres acepten a sus hijos y conozcan tanto sus capacidades como discapacidades y la forma adecuada de desarrollar sus potencialidades y todos los aspectos relacionados con la patología que presentan, esto contribuye a una mejor intervención en la constante tarea que debe ser la estimulación.

La familia constituye el entorno más significativo para el niño, es de vital importancia que las personas que conforman el entorno familiar del niño, sean conscientes que su actitud de amor, comprensión y ayuda son determinantes en el proceso de rehabilitación de los niños discapacitados, ya que poco valen la diferentes técnicas y métodos prácticos si su utilización no es apoyada por una actitud comprensiva y siempre cargada de mucho afecto.

Es claro que la familia es una pieza fundamental y como tal debe moverse siempre un contacto permanente entre ella y las personas o entidades que velan por el desarrollo íntegro de los niños con necesidades educativas especiales.

El trabajo cooperado entre educadores especiales y la familia es el que asegura el éxito en la intervención con nuestros niños, por lo tanto entre mayor sea la calidad de capacitación ofrecida a los padres de familia, mejor va a ser su participación en el proceso de rehabilitación y así mismo mayores serán los resultados obtenidos.

Por esto, se debe proponer programas de orientación y capacitación sustentados en los principios conceptuales que dinamizan la estimulación adecuada, para que padres y educadores desarrollen intervenciones pedagógicas que potencien el desarrollo integral de los niños con necesidades educativas especiales desde edades tempranas.

4. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL MODULO

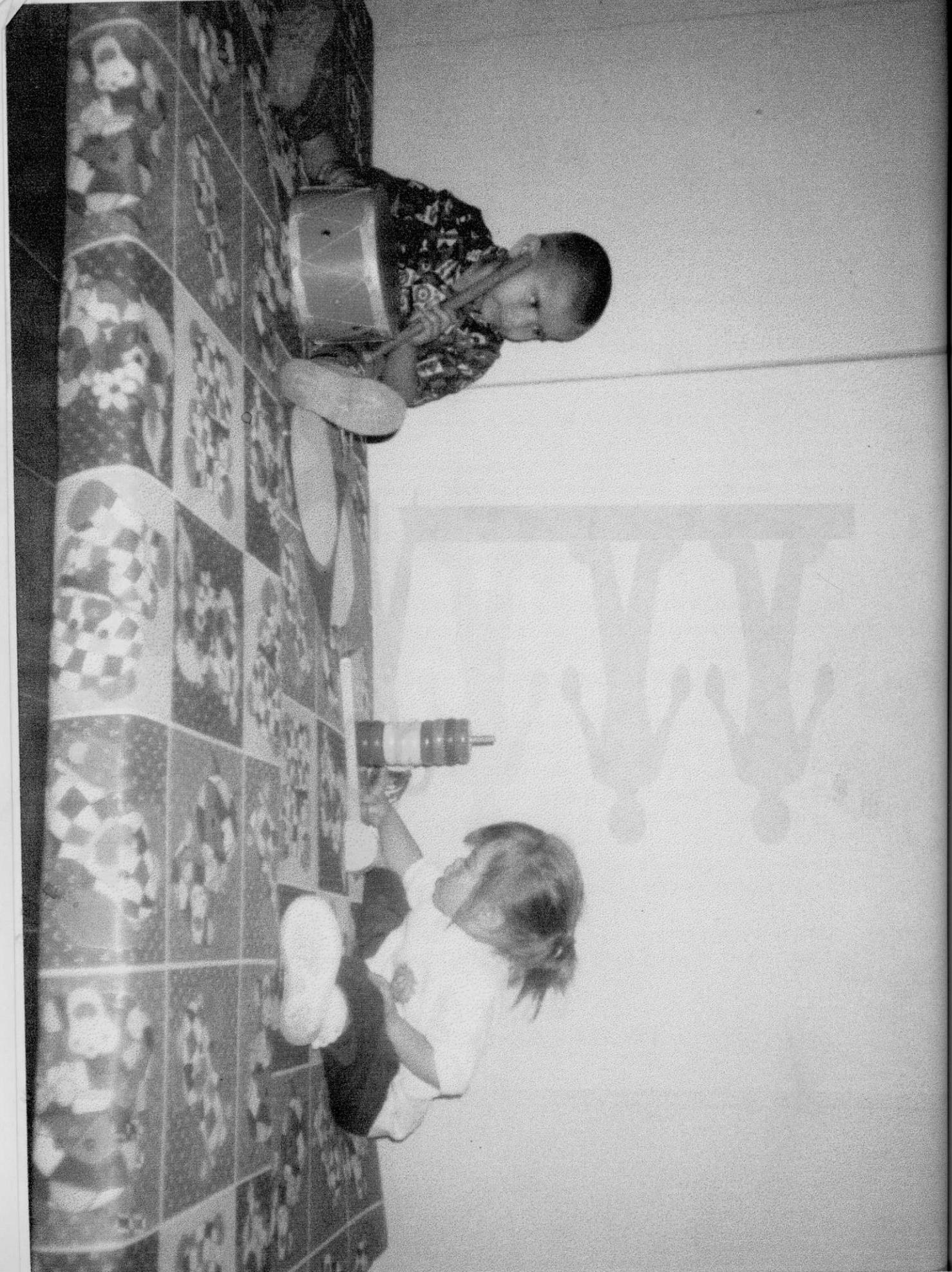
En el siguiente módulo se desarrollan una serie de temas que se consideraron los más importante para implementar el programa de capacitación a padres de niños con retardo mental, en el proyecto de estimulación adecuada del Centro de Servicios Pedagógicos.

Inicialmente se retoman las patologías más frecuentes asociadas a retardo mental y se reúnen varios conceptos y consideraciones generales del desarrollo evolutivo de cada patología para que los padres tengan mayor conocimiento de ellas y en esta medida cualificar su intervención en el proceso de estimulación de sus hijos.

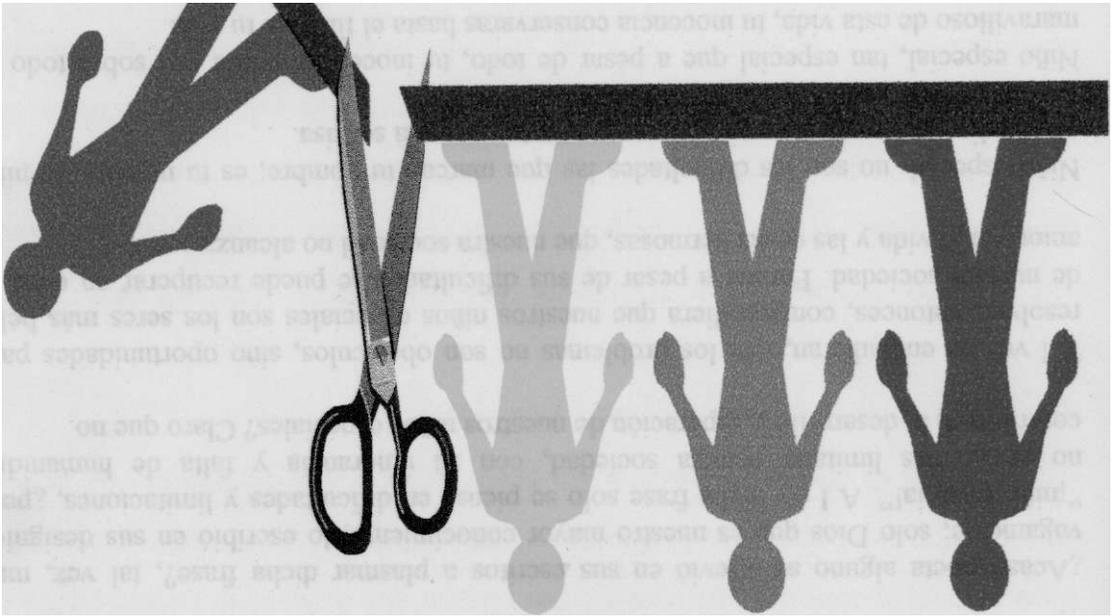
El modulo contiene la evolución del niño en las diferentes áreas del desarrollo; los aspectos más importantes en cada una de ellas, y que las practicantes deben abordar con los padres de familia. Al final se consigna un taller evaluativo para ser aplicado después de haber desarrollado cada unidad con el fin de comprobar los conceptos aprendidos.

5. PAUTAS GENERALES PARA ESTRUCTURAR LA CAPACITACIÓN DE PADRES

1. Busque algo de homogeneidad en el funcionamiento y tipos de problemas de los niños.
2. Programe oportunidades para que los padres se hagan consultas unos a otros.
3. Planifique un plan organizado de trabajos, para las secciones de formación.
4. Presente con claridad y desde el principio, los objetivos de la capacitación.
5. Establezca desde el principio y con claridad los parámetros de la capacitación.
6. Posibilite que los padres ayuden a evaluar a sus hijos.
7. Proporcione el máximo de formación por medio de manuales escritos.
8. Fomente en los padres de familia tomar registros de las charlas de capacitación.
9. Proporcione estímulos para incrementar la asistencia y la participación de los padres en todas las alternativas de capacitación programadas por el centro.



LOCUTION (CODI)
CON LE BABY E' DEBAYKOTO DE TV INAZLI



LECTURA DE SENSIBILIZACIÓN NIÑO ESPECIAL

¿podría alguien definir la frase, niño especial? ¿Podría alguien comprender el significado inmenso de dicha frase?.

Se dice especial a un día de cumpleaños, a un aniversario, a cualquier fecha importante, a una persona que haya sido vital en nuestra vidas; entonces todo es especial.

¿Acaso poeta alguno se atrevió en sus escritos a plasmar dicha frase?, tal vez, muy vagamente; solo Dios que es nuestro mayor conocimiento, lo escribió en sus designios "¡niño especial!". Al oír dicha frase solo se piensa en dificultades y limitaciones, ¿pero no es la más limitada nuestra sociedad, con su ignorancia y falta de humanidad contribuyen al desarrollo y superación de nuestros niños especiales? Claro que no.

Tal vez, si entendieran, que los problemas no son obstáculos, sino oportunidades para resolver, entonces, comprendiera que nuestros niños especiales son los seres más bello de nuestra sociedad. Porque a pesar de sus dificultades se puede recuperar en ellos el amor por la vida y las cosas hermosas, que nuestra sociedad no alcanza a ver.

Niño especial, no son las dificultades las que marcan tu nombre; es tu nombre de niño que lo dice todo, con una mirada, con un gesto, con una sonrisa.

Niño especial, tan especial que a pesar de todo, tu inocencia estará por sobre todo lo maravilloso de esta vida, tu inocencia conservarás hasta el final de tu vida.

Serás la única flor que nunca marchitara, tu cuerpo crecerá, serás un adulto si tienes el apoyo de tu familia y nuestra sociedad. No serás un niño especial de la calle, porque en las calles hay muchos hombres que para mí siguen especiales, a los cuales la sociedad rechaza, margina y corrompe.

Para mí siguen siendo niños especiales, no por su desnudez o su miseria, sino porque en sus cuerpos de hombres siempre habrá alma de niños

Rosangela Restrepo M.

Madre de Familia de Fundación integrar

6. UNIDAD N° 1 EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

6.1 DEFINICIÓN DEL RETARDO MENTAL

Bajo la concepción del "cambio de paradigma"(la A A. M R.) 1992 se da un nuevo enfoque al concepto de retraso mental, en el cual no se tiene en cuenta el CI; sino que se clasifica la población según el tipo o la intensidad de apoyos que requieran en el proceso de rehabilitación.

"El retardo mental hace referencia a limitaciones substanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, utilización de la comunidad, habilidades sociales, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retardo mental ha de manifestarse antes del los 18 años".

Esta nueva definición esta basada en un enfoque multidimensional que pretende ampliar el concepto de retardo mental y evitar la confianza absoluta que se ha tenido en el (CI) como criterio para clasificar los niveles de discapacidad y en su defecto establecer una relación entre las necesidades

individuales del sujeto y los niveles de apoyo necesario. Hay tres elementos básicos que deben mencionarse en la definición de retardo mental; capacidades, entornos y funcionamiento.

Las capacidades: Se refieren a la habilidad de manejarse como persona independiente y de realizar actividades de la vida diaria, actividades de autocuidado (aseo, comida, bebida), actividades de protección o seguridad (prevenir o evitar peligros o accidentes) y actividades sociales (comportares en forma adecuada en las distintas situaciones sociales).

El entorno: Lo conforman los espacios donde la persona interactúa, vive, trabaja, juega, aprende y se socializa.

El funcionamiento: Se refiere al comportamiento del individuo, entendiéndose que una persona con retardo mental presenta limitaciones a nivel de la inteligencia práctica, conceptual y social definidas así:

Inteligencia práctica Capacidad para afrontar los desafíos que se presentan diariamente en su vida en comunidad.

Inteligencia conceptual. Es la que tiene que ver con el aprendizaje.

Inteligencia social: Es la base de la habilidades adaptativas.

6.2 ETIOLOGÍA

La disfunción cerebral es la base del retardo mental. Debe tenerse en cuenta que el retardo mental no es un diagnóstico sino un síntoma complejo.

A pesar de los grandes avances a nivel de métodos diagnósticos, un grupo considerable de pacientes con retardo mental son considerados como de etiología desconocida, los principales factores asociados al diagnóstico de retardo mental son:

- Encefalopatías prenatales y natales
- Prematurez al momento del nacimiento
- Infecciones intrauterinas y postnatales
- Malformaciones congénitas del sistema nervioso central
- Síndromes genéticos: cromosómico y no cromosómicos con compromiso cerebral.
- Agentes tóxicos
- Traumas craneoencefálicos
- Lesiones tumorales
- Errores innatos del metabolismo
- Causa desconocida (del 15 al 20%)

6.3 DIAGNOSTICO

Un diagnóstico válido de retardo mental debe basarse en tres aspectos:

- **Nivel de funcionamiento intelectual:** El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o inferior
- **Nivel de habilidad adaptativa:** Existe discapacidades significativa en dos o más áreas de habilidades adaptativas
- **Edad cronológica de aparición:** La edad de comienzo es inferior a los 18 años:

Se debe tener en cuenta para ello:

- **Historia familiar:** es muy importante para el diagnóstico y la consejería que muchas de las causas de retardo mental son genéticamente determinadas. El nivel socio - cultural de la familia y la incidencia de prematuridad, infecciones prenatales y de privación afectiva marcan una influencia importante en la ocurrencia de retardo mental.
- **Historia prenatal:** Se tienen en cuenta factores como: edad de la madre; uno de cada cuatrocientos bebés de madres mayores de 35 padecen Síndrome de Down, la duración del embarazo, infecciones prenatales, entre otros.

- **Historia perinatal:** Se deben conocer aspectos como: cantidad y calidad del líquido amniótico, peso y perímetro cefálico del niño al nacer, presencia de hipoxia, hipoglicemia o crisis neonatales.
- **Historia postnatal:** Es necesaria describir el proceso del desarrollo psicomotor, en lo posible determinar la época en que ocurre un deterioro en el desarrollo.

6.4 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Existen algunos aspectos que permiten el reconocimiento de un niño con retardo mental así:

- **Anormalidades en la piel:** Manchas de color café con leche, manchas despigmentadas, eczemas, manchas blancas (escleris tuberosal), entre otros
- **Anormalidades en el cabello:** Canas prematuras (ataxia telangiectasia), pérdida del cabello (acidosis láctica familiar), cabello friable y ensortijado (enfermedad de menxes).
- **Anormalidades en la audición:** Sordera de conducción (mucopolisacaridosis), gangliosidosis y enfermedad krabbe.

6.5 TRATAMIENTO

6.5.1 Tratamiento Médico. En términos generales puede hablarse de dos tipos de terapia: las quirúrgica y las químicas. Las terapias de tipo quirúrgico han intentado alterar la condición intelectual de los deficientes mentales, mediante utilización de técnicas de cirugía para modificar la fisiología de las personas. Algunos de los métodos utilizados han pretendido modificar su sangre y circulación o intervenir directamente sobre el cerebro. Actualmente se carece de métodos quirúrgicos reconocidos que restablezca la normalidad de los individuos.

En la década de los ochenta se utilizó la cirugía para contrarrestar los rasgos físicos más evidentes de las personas con síndrome de Down (ojos hinchados, macroglosia). Para justificar este tipo de intervención se alude a los efectos positivos al mejorar la aceptación social de esas personas. A pesar todo, dicho argumento resulta dudoso, teniendo en cuenta que la aceptación social no depende estrictamente de la apariencia física.

Las investigaciones realizadas sobre eficacia de los fármacos realizadas en las últimas décadas, han concluido retiradamente que no existe ningún fármaco de uso específico con personas con retardo mental (Freemar, 1970, Esprager y Werry, 1971) y que ningún fármaco sirve para aumentar el nivel intelectual o el ajuste adaptativo de estos individuos (González Maj, 1978). Únicamente en condiciones muy concretas cuando la patología mental es consecuencia directa una alteración metabólica, dicha patología puede ser corregida con adición o sustitución de un sustrato metabólico específico. Podría concluirse por el

momento que toda mejoría en la esfera cognitiva de la deficiencia mental se deriva de la acción educativa y psicosocial .

6. 5.2 Tratamiento Educativo. En primer lugar se alude a educación temprana donde se trata de brindar al niño de primera infancia discapacitado con riesgo en su evolución, una educación especial que debe considerar la siguientes pautas:

- Instalarse tempranamente
- Ser planificada
- Tomar en cuenta el daño existente y amenazante

El objetivo fundamental de la estimulación consiste en evitar que a partir de la causa de la discapacidad se produzcan otras desviaciones que afecten el desarrollo del individuo.

Posteriormente en la etapa escolar y partiendo de que los programas de intervención temprana fomentan el desarrollo del niño con retardo mental, debe tenerse en cuenta que los preescolares y guarderías pueden también desempeñar un papel importante en la vida de estos niños. Se da continuidad en este proceso con la asistencia a la escuela donde las experiencias adquirida le posibilitan adquirir un desarrollo personal, social y afectivo acorde con su edad. Además la escuela se convierte en un eje fundamental para la investigación social de las personas discapacitadas

6.5.3 Formación Laboral. Es importante preparar a las personas discapacitadas para que ocupen un lugar de trabajo, lo cual se hace con base en las habilidades que presentan cada individuo.

En dicha labor se hace énfasis en dos áreas:

- **Socio - afectiva:** Por medio de pre - talleres se trabaja con las personas el reglamento laboral, su deberes y derechos, el horario y las normas de seguridad industrial.
- **Motriz:** La persona rota por diferentes puestos, teniendo en cuenta la calidad más que la rapidez.

A medida que el individuo avanza en su desempeño > se le da más independencia y se aumenta el grado de responsabilidad.

6.5.4 Socialización. A las personas con retardo mental se les debe proporcionar atención especial en cuanto su habilitación para el logro de un estilo de vida normal. Para tal efecto se deben desarrollar programas estructurados, con objetivos precisos y planeación detallada. La formación de los profesionales y su participación es esencial para esta tarea. No es suficiente con ubicar en la comunidad a los individuos, sea hace necesario organizar servicios guiados por objetivos claros, que faciliten una integración social

normalizada. La intervención a nivel social en la población con retardo mental debe considerar los siguientes aspectos:

- Permitir experiencias de vida acorde con la edad, el nivel de funcionamiento y las necesidades de aprendizaje del individuo.
- Proporcionar acceso a programas de apoyo habilitadores y rehabilitadores .
- Crear los medios necesarios para que estas personas puedan acceder a una vida integrada en la comunidad

GLOSARIO

Deficiencia: Limitación (orgánica) innata o adquirida. Pérdida o anomalía de una función motora, psicológica o anatómica.

Discapacidad: Restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad determinada, dentro de los márgenes que se consideran normales. La mayoría de estos sobrevienen a causa de una deficiencia.

Eczema: Enfermedad de la piel caracterizada por la presencia de placas rojas que causan gran picor, recubiertas por pequeñas vesículas que al romperse espontáneamente dejan un resto de escamas y costras.

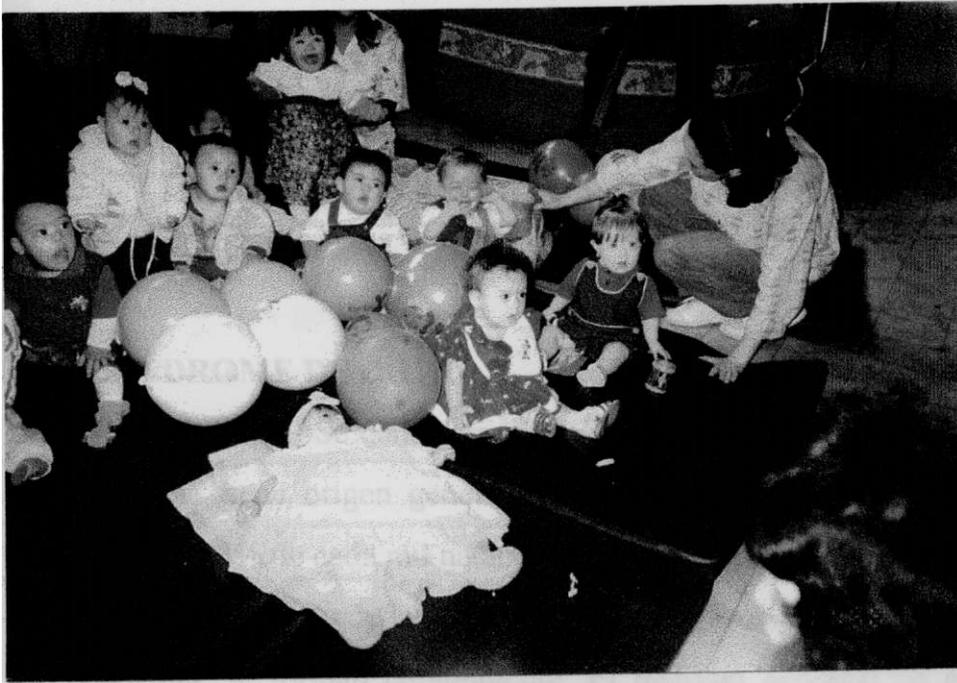
Hiperacusia: Aumento del nivel de audición.

Malabsorción : Defecto de la absorción intestinal de los principios alimenticios básicos, que se han formado tras la degradación digestiva de los alimentos. Es la falta de paso a la circulación sanguínea de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, originan enfermedades como hipovitaminosis, celíaca, etc., que tienen en común la capacidad de dar lugar a una desnutrición progresiva.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, Isabel, Yilena Arango, Anastasia Rivera, Rosa Robledo e Isabel Velez. Proyecto Pedagógico Una Conceptualización para la Nueva Propuesta de Intervención Pedagógica en el Proyecto de Estimulación Adecuada. Centro de Servicios Pedagógico, 1996. pag. 57-58-59-60

VERDUGO ALONSO, Miguel A.. Personas con Discapacidad - Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras. Siglo XXI Editores S.A. México - España. Primera edición, Febrero de 1995. pag. 515



**Maestra, tu que has de plasmar mi
alma
y modelar mi corazón,
compadécete de mi fragilidad**

**No me mires con ceño adusto:
sino te comprendo, ten paciencia**

**No te moleste mi bulliciosa alegría;
compártela!**

**Enséñame lo útil,
lo verdadero, lo bello**

7. UNIDAD N° 2 PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SERVICIOS ASOCIADAS A RETARDO MENTAL

7.1 SÍNDROME DE DOWN

7.1.1 Definición. Se considera que es la causa más común de retardo mental, de las que tiene origen genético. Es una anomalía en los cromosomas que ocurre en 1.3% de cada mil nacimiento. Por motivos que aún se desconocen, un error en el desarrollo de la célula lleva a que se formen 47 cromosomas en lugar de 46, que se forman comúnmente. El material genético en exceso cambia levemente el desarrollo regular del cuerpo y el cerebro, lo que implica retraso en el aprendizaje y en la apropiación de los estímulos del medio.

7.1.2 Caracterización Física. En los niños con síndrome de Down se observa que sus ojos son oblicuos, con pliegue en el ángulo interno, boca pequeña, que hace que la lengua parezca más grande; a ello contribuye también la hipotonía propia del mongolismo que hace que la saque. A veces puede ser más grande y estriada.

Dientes mal implantados, pequeños y con frecuentes caries, cuello corto, cabeza pequeña, puente nasal achatado, manos pequeñas y anchas, el dedo

meñique un poco más corto y con clinodactilia, presenta un pliegue palmario en vez de dos.

Suelen también de estatura pequeña; su desarrollo sexual aparece bastante tarde y puede quedar incompleto en lo que se refiere a los órganos reproductores. Los varones tienen menor secreción hormonal, genitales pequeños y está generalmente admitidos que son estériles. En las mujeres la menstruación suele ser normal y se dan casos de las madres, cuyos hijos son normales en un 50% de los casos conocidos.

Su piel tiende a secarse y agrietarse. Son muy sensibles a infecciones, localizadas preferentemente en oídos, ojos y vías respiratorias.

Aparecen cardiopatías congénitas en un 40% aproximadamente, problemas del tracto digestivo en 3 o 4% y con cierta frecuencia **tienen deficiencias auditivas, miopía, cataratas congénitas, o precozmente contraída.**

El desarrollo neurológico está caracterizado por una muy importante hipotonía generalizada que es causa de muchos de los problemas de **adaptación** social e incluso de **aprendizaje** que aparecen posteriormente.

El fenotipo generalmente es muy característico, pero en el momento del nacimiento se pueden diagnosticar con mayor o menor frecuencia de lo real.

Está indicado efectuar un diagnóstico prenatal en las madres de edad superior a los 35 años, en aquellas que han tenido otro hijo afecto de trisomía 21, o en aquellas de quienes se sabe son portadoras de una traslocación equilibrada.

7.1.3 Características Generales del Desarrollo. La evaluación del desarrollo de los niños con SD se realiza mediante escala de desarrollo basadas en criterios maduracionistas. Los niños con SD tienen un desarrollo lineal, es decir, que un aumento regular en la edad cronológica va acompañado de un aumento regular en la edad de desarrollo, sin embargo comparado con los niños llamados "normales", puede afirmarse que existe un desfase en todas las áreas de desarrollo.

7.1.4 Áreas de Desarrollo.

7.1.4.1 Desarrollo de la Motricidad. en este aspecto del desarrollo sugieren los autores que la adquisición atrasada de las conductas motoras puede también estar relacionada con la menor motivación para explorar y manipular el ambiente, mientras que para otros, el desarrollo anormal es una consecuencia de la afección neuromotora, caracterizada por la hipotonía muscular y por una anomalía en el momento de la aparición y desaparición de los reflejos. Los reflejos son débiles e incompletos y en bastantes casos ausentes.

Se considera razonable pensar que el retraso motor se debe tanto a factores biológicos, como a factores psicológicos, educativos y ambientales.

Son típico los problemas de equilibrio en estos niños, así como sus especiales dificultades para el control del propio cuerpo y la coordinación dinámica general.

Respecto a la motricidad FINA, los niños con Síndrome de Down se muestran deficientes al planificar estrategias para ejecutar las tareas eficazmente.

En lo referente a la percepción y a las habilidades perceptivomotoras, no parece haber diferencias claras entre los niños con y sin Síndrome de Down.

7.1.4.2 Desarrollo Cognitivo. La evaluación durante los primeros meses de vida de los niños con Síndrome de Down nos revelan un menor nivel de actividad.

El contacto ocular refleja en los primeros meses, retrasos madurativos y déficit perceptivocognitivos, empieza tarde y sus miradas son más cortas. Este déficit en el contacto ocular provoca alteraciones en la interacción madre - hijo, en la comunicación y en el conocimiento del medio ambiente que le rodea, así como problemas de atención. Los procesos de atención y exploración se ven afectados por la dificultada de movimientos oculares.

Estos niños miran más los juguetes sin apenas explorar el medio y los tiran.

Muestran un déficit de memoria a corto plazo, su mayor dificultad está en recordar la información presentada en forma auditiva y muestran mejores resultados en los test visuales porque aprenden mejor visual que auditivamente.

7.1.4.3 Desarrollo del Lenguaje. Esta área ha sido descrita generalmente como la que presenta un mayor retraso en los niños con síndrome de Down especialmente en el aspecto expresivo.

Se observa que durante los tres primeros meses de vida emiten menos vocalizaciones.

El desarrollo fonológico y el de vocabulario es muy lento y difícil. La palabra con sentido referencial suele aparecer alrededor de los 20 - 24 meses. El lenguaje comprensivo siempre evoluciona mejor. Las primeras frases compuestas de dos o tres palabras no empiezan a surgir hasta aproximadamente, los 4 años. Sin embargo resulta interesante destacar su habilidad en el uso pragmático del lenguaje: saber realizar la forma de turnos en una conversación, mantener y compartir adecuadamente la atención, ligando una conversación con otra.

El desarrollo del lenguaje presenta una serie de limitaciones debido a varios factores:

- Problemas de audición

- Dificultades en el procesamiento de la información auditiva
- Problemas de memoria, sobre todo a nivel auditivo, estos niños tienen problemas especiales con el almacenamiento a corto plazo y la recuperación de la información léxica, y también tienen limitaciones específicas en el acceso a la memoria a largo plazo para el material léxico.
- Hipotonía de los músculos implicados en la articulación y retraso en la maduración neuromotora.

7.1.4.4 Desarrollo Socio - afectivo. Los niños con síndrome de Down desarrollan sus habilidades sociales en sus tres primeros años de vida a un ritmo muy lento.

Este retraso se evidencia en las reacciones de afecto negativo, examinando la respuesta del niño ante una persona o situación extraña. En la aparición de la sonrisa social se da entre las siete primeras semanas.

Por lo que respecta a la conducta del juego, el juego pretendido sigue el mismo patrón evolutivo pero más lento.

Le cuesta mucho pasar de juegos pretendidos de un solo esquema a juegos pretendidos encadenados, aunque la conducta del juego es restringida, mostrando actividades estereotipadas y repetitivas.

Tradicionalmente, se habla de los niños SD como sociables, afectuosos, sin especiales problemas de adaptación creándose un estereotipo que no se corresponde con la realidad, ya que son niños muy distintos en cuanto a su personalidad y temperamento.

El trato diario con estos niños permiten ver algunas dificultades adaptativas y problemas de conducta, tales como negativismo, escasa participación en tareas y actividades de grupo.

7.1.5 Pronostico y tratamiento. La mayoría de personas con síndrome de Down de menos de tres años tienen un cociente intelectual de 50 - 59%, pero al aumentar la edad disminuye a 25 - 49%. Su desarrollo social es muy favorable, la estatura y a menudo el peso esta muy disminuido (promedio de talla de los hombres adulto 1,55 cm. y de la mujeres es de 1,45 cm.).

Hoy se puede asegurar que ningún medicamento ha probado su eficacia para mejorar los problemas que llevan consigo el síndrome de Down.

No hay ninguna medicina milagrosa, el único milagro que cabe esperar es su adecuada educación.

Los principales objetivos de la educación deben ser:

- La coordinación motorica, de movimientos gruesos y finos

- La comunicación interpersonal
- El lenguaje
- Los hábitos de autonomía personal y competencia social, evitando la adquisición de conductas inadecuadas
- Los aprendizajes escolares
- La preparación para el trabajo
- El desarrollo de su personalidad, en el sentido más amplio y elevado de su condición humana

La educación debe comenzar desde el momento mismo de su nacimiento, ya que muchas de las conductas inadecuadas del niño y del adulto con síndrome de Down, se deben a la falta de intervención temprana.

7.2 MICROCEFALIA

7.2.1 Definición. La microcefalia es un signo del retardo mental, raras veces se considera una afección. Puede presentarse por casos debido a un gen único, a alteraciones cromosómicas graves y factores ambientales, así como de etiología desconocida.

Características Físicas:

- El perímetro cefálico es menor de la medida normal para la edad y el sexo.
En casos extremos puede observarse.
- * Frente hundida, fontanelas pequeñas o cerradas, cabello frontal con tendencia a elevarse

- El crecimiento corporal suele estar retrasado
- En algunos casos puede haber estrabismos, convulsiones espasticidad
- A medida que el niño crece se va haciendo más aparente el pequeño tamaño del cráneo, el cabello se vuelve grueso y áspero
- La nariz y las orejas aparecen más grandes

7.2.2 Diagnóstico. La microcefalia tiene una etiología heterogénea y se diagnostica por medición, pero no siempre una cabeza deforma anormal es signo de microcefalia.

La fontanela anterior se cierra precozmente (normal, 7 - 19 meses). Se debe indagar los antecedentes familiares, realizar un cariotipo, y hacer una exploración metabólica, para excluir factores etiológicos. Se ha encontrado una lesión cerebral prenatal en el 90% de los casos.

La ecografía prenatal puede ser de gran utilidad en diagnóstico de esta afección.

Algunos factores ambientales que pueden dar origen la microcefalia son:

- Enfermedades prenatales como rubéola, toxosplasmosis y posiblemente sífilis
- Irradiaciones prenatales antes de las 17 semanas de gestación

La microcefalia puede ser un componente de trisomias cromosómicas, trisomias parciales y de síndrome de etiología conocida y desconocida.

7.2.3 Características Generales del Desarrollo. La marcha, el lenguaje y el desarrollo mental presenta diversos grado de retraso. Debe tenerse en cuenta que una cabeza de tamaño pequeño no se asocia siempre con retardo mental.

La personalidad de estos niños es muy variable y vacilante: alegre, colérico, excitable y agresivo.

7.3 HIDROCEFALIA

Es un término utilizado ampliamente para describir el aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo en cavidad craneal.

La hidrocefalia puede desarrollarse en niños adultos como consecuencia de la oclusión de las vías del líquido cefalorraquídeo por tumores en el tercer ventrículo, el tronco cerebral o la fosa posterior.

7.3.1 Síntomas y Signos. Existe un aumento progresivo del tamaño de la cabeza en los primeros meses de vida. Los huesos craneales son delgados, las suturas están separadas y las fontanelas abombadas. La esclerótica es visible por debajo del párpado superior.

Pueden desarrollarse varios signos neurológicos como consecuencia de la hidrocefalia, los más frecuentes son: atrofia óptica, sordera, debilidad espástica de las piernas o brazos y ataxia cerebelosa.

El desarrollo mental generalmente está retrasado, pero en ocasiones puede producirse un desarrollo mental normal en presencia de un grado grave de hidrocefalia en adolescentes y niños, cuando la hidrocefalia es adquirida, los signos y síntomas de aumento de la presión intracraneana más comunes son: cefalea, vómito y papilidema.

7.3.2 Tratamiento y evolución. En un 30% de los niños con hidrocefalia el proceso se detiene espontáneamente. Cuando sucede esto, se supone que se llega a un equilibrio o compensación de los factores desencadenantes, hablándose entonces de hidrocefalia compensada. Pero cabe agregar que estos niños fácilmente pueden reactivar el proceso, por ejemplo por traumas craneanos de moderada intensidad.

La mayoría de pediatras y neurocirujanos están a favor del tratamiento quirúrgico, siendo el más acertado la derivación unidireccional por medio de una válvula cuya función es desviar el líquido cefalorraquídeo del sitio del bloque.

El tipo de operación debe ser evaluado individualmente en cada caso y debe tenerse en cuenta que obviadas las dificultades de técnicas y la infección, quedan algunas complicaciones a largo plazo.

El niño con hidrocefalia puede desarrollarse hasta la vida adulta sin otros signos más que el aumento del tamaño de la cabeza, o puede haber cierta debilidad espástica de las extremidades o retraso mental.

7.4 AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO

Puede presentarse en personas normales o sea una de las varias malformaciones coexistentes, tales como hidrocefalia, microcefalia y otros defectos de la parte anterior del cerebro. A veces pueden coincidir con trastornos síquicos, epilepsia y apraxia.

Es causa de hidrocefalia y puede hacerse evidente en los primeros años de vida.

7.5 ESPINA BÍFIDA

Es un defecto de cierre de láminas vertebrales, cubiertas por la piel. Los síntomas pueden aparecer tardíamente, pueden producirse lesiones motoras sensitivas o esfinterianas.

Puede acompañarse con frecuencia de lipomas, angiomas, pelos y depresión en la piel.

La radiografía confirma el defecto óseo. La escanografía del canal vertebral puede mostrar su alteración estructural, y la presencia de masas lipomatosas, intraespinal.

Cuando el compromiso neurológico es progresivo debe considerarse el tratamiento quirúrgico

GLOSARIO

Ataxia cerebelosa: Incoordinación de los movimientos, sin debilidad o afectación muscular, que denota normalmente una afectación del sistema nervioso central.

Cardiopatía: Denominación que comprenden todas las afecciones cardíacas, sean congénitas o adquiridas.

Cefalea: Dolor de cabeza referido al cráneo o una parte localizada del mismo. Este termino suele usarse para hacer referencia a una crisis migrañosa.

Convulsión: Contracción de carácter involuntario de la musculatura, duradera, con sacudidas periódicas y que deja paso luego a una fase de relajación muscular.

Epilepsia: Enfermedad crónica del sistema nervioso, que se caracteriza por crisis en las que hay pérdida brusca del conocimiento, convulsiones de las extremidades, emisión de orinas y heces por relajación de los esfínteres y salida de gran cantidad de salivación por la boca.

Fenotipo: Conjunto de caracteres externos, que se pueden conocer mediante la observación de un individuo, y que son debidas principalmente a la modificación de los rasgos hereditarios por la influencia del medio ambiente

Lipomas: Tumoración originada a partir del aumento de las células propias del tejido graso, de naturaleza benigna, suele aparecer en la nuca, espalda, pared torácica, etc., y puede alcanzar tamaños considerables. Su tratamiento será siempre quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

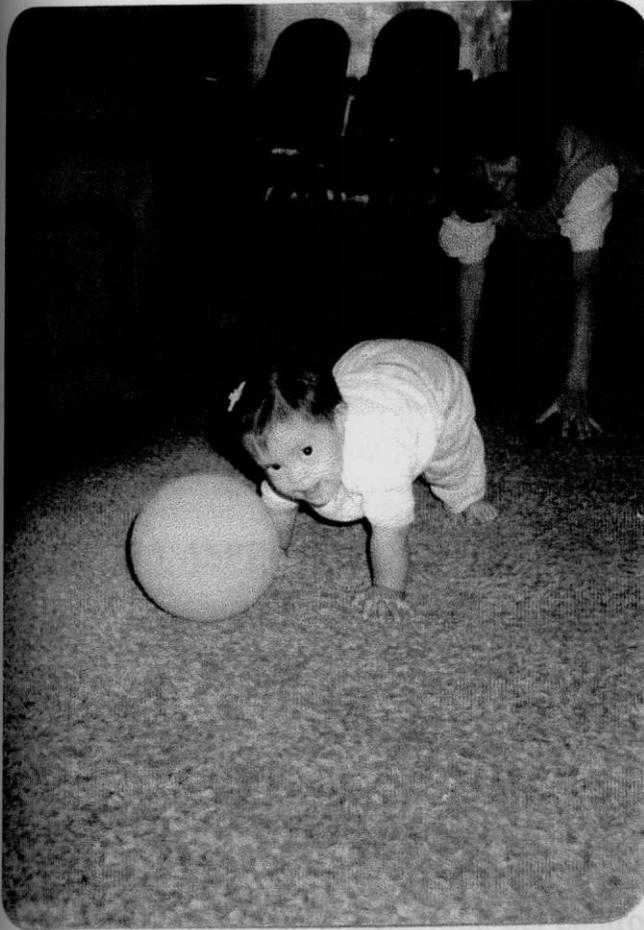
BETANCUR M., Sigifredo. Fundamentos de Medicina. Tercera Edición, 1983. pag 537a 541

CANDEL GIL, Isidoro. Programa de Atención Temprana, Intervención en Niños con Síndrome de Down y Otros Problemas de Desarrollo. Impresos y Revista S.A.. España., 1993

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Volumen II. Editorial Santillana. México, 1987. pag 706 a 709

H. HOUSTON, Merritt. Tratado de Neurología. Editorial Salvat Editores S.A.. pag 330 a 333

Raymond D. Adans y M. D. Maurice Víctor. Principios de Neurología. Editorial Revente S.A., 1981. pag 934-935



cabeza, continua a través del dorso caudal), y parte del control del tronco afuera, a través de los brazos y piernas

- El comportamiento del bebé en los reflejos, el niño realiza movimientos control muy rudimentario e incierto el tercer mes, éste control está más

- En el segundo trimestre (3 a 6 meses) mantiene la cabeza erguida en posición

"Se fuerte de espíritu, para hacer frente a todas las arremetidas y dificultades de camino.

¡Y nada de ilusiones, porque también los caminos del bien los surcan muchos obstáculos y contratiempos!

(...)Marcha con la cabeza en alto, decididamente, triunfarás sobre los obstáculos del camino.

Y si llegas herido, recuerda que las cicatrices serán el resplandor de tu triunfo"

Boletín Huellas

8. UNIDAD N° 3 DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD GRUESA EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL

8.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO MOTOR GRUESO

La motricidad gruesa abarca aquellos movimientos en los cuales intervienen grandes masas musculares, por ejemplo: controlar cabeza, sentarse, gatear, caminar, correr, trepar, lanzar, entre otras.

El desarrollo sigue una dirección céfalo caudal y próximo distal, lo que significa que el desarrollo del control del cuerpo se inicia con el control de la cabeza, continua a través del dorso (tronco) a las piernas y brazos (céfalo caudal), y parte del control del tronco en el centro del cuerpo, continua hacia afuera, a través de los brazos y piernas (próximo distal).

- El comportamiento del bebé en los tres primeros meses está regido por los reflejos, el niño realiza movimientos involuntarios en el primer mes posee un control muy rudimentario e incierto sobre la cabeza y el cuello y finalizando el tercer mes, éste control está más definido.
- En el segundo trimestre (3 a 6 meses); entre los cuatro y cinco meses mantiene la cabeza erguida en posición supina (boca abajo) y cuando se

levanta en prona (boca arriba) entre los cinco y siete meses el bebé puede rodar solo.

En el tercer trimestre (6 a 9 meses): el niño puede permanecer solo en posición sentada, con algún apoyo, luego utilizando sus manos para apoyarse y finalizando el noveno mes este apoyo manual para mantenerse sentado ya es ocasional. Además entre los ocho y nueve meses el niño ha aprendido una técnica que le sirve para desplazarse de un lugar a otro: puede sentarse o avanzar a sacudidas ayudándose de talones, o deslizarse sobre una cadera, sirviéndose de ambas manos y del pie opuesto para impulsarse. Aunque no es frecuente que el niño al final del tercer trimestre haya logrado desarrollar plenamente alguna forma de desplazamiento, pero si es este periodo en el cual va desarrollando las habilidades equilibratorias que le ofrece la capacidad para abordar el espacio circundante.

También en esta edad logra mantenerse de pie con ayuda y posteriormente aferrándose con sus manos a personas o muebles sin necesidad de ser sostenido.

En el cuarto trimestre (de 9 a 12 meses) se arrastra sobre el abdomen o sobre las rodillas, explorando mejor el medio. A los diez meses gatea eficazmente sobre las rodillas y finalizando los doce meses intenta desplazarse usando la "marcha del oso" a gatas sobre las manos y los pies.

Finalizando este periodo más o menos a los diez meses el niño pasa de cubito ventral a posición de rodillas y de esta a la erecta (ponerse de pie), y con apoyo en esta forma da pasos laterales. A los once meses camina con apoyo y generalmente da sus primeros pasos sin ayuda, un poco antes o un poco después de su primer año.

A medida que el caminar se hace más firme y seguro, se va manifestando el interés por otras destrezas motrices como mantener el equilibrio sobre un solo pie, saltar, brincar y trepar.

Entre los 18 y 24 meses el niño sube y baja escaleras adelantado solo un pie, primero cogido de la mano y después solo apoyándose por si mismo. Corre pero se cae al cambiar bruscamente de dirección; a los dos años es capaz de patear una pelota, lanzarla sin perder el equilibrio y retroceder varios pasos.

A los tres años el niño puede pararse en solo pie durante algunos segundos, salta en dos pies, inicia el correr y camina en las puntas de los pies. Adquiere la habilidad para caminar por una línea recta y es capaz de montar en triciclo.

A los cuatro años adquiere más equilibrio y coordinación para correr, caminar libremente por diferentes espacios, saltar en uno y dos pies, patear la pelota con mayor precisión.

A los seis años el niño alcanza un dominio adecuado sobre su cuerpo y realiza los movimientos con mayor seguridad y coordinación.

8.2 PSICOMOTRICIDAD DEL NIÑO CON RETARDO MENTAL

El desarrollo motor deficiente, determinado por medio del control de la cabeza en posición ventral y posición prona, es generalmente signo de anormalidad de un niño con retardo mental. Se presentan considerables variaciones normales en cuanto la edad de sentarse, andar y otras manifestaciones del desarrollo motor.

Muchos retrasados mentales aprenden a sentarse tardíamente, pero no todos.

Los niños con síndrome de Down pueden aprender a andar más tardíamente que otros deficientes mentales de un nivel de inteligencia similar, debido a la hipotonía.

Puede decirse que un niño con CI de menos 20 puede aprender a andar, siempre y cuando no sufra parálisis cerebral.

En el desarrollo motor se pueden encontrar variaciones en el orden de adquisición de algunas conductas motrices, como por ejemplo que gateen y anden, antes de sentarse, o caminen antes de gatear.

El principal factor asociado al retraso motor son los trastornos del tono muscular, muy frecuentes en los niños con retardo mental; puede haber un tono muscular excesivo, como el caso en la parálisis cerebral, lo cual retrasa el

andar o un tono muscular débil (hipotonía) como en la mayoría de los niños con síndrome de Down.

Algunos aspectos generales en la psicomotricidad del niño con retardo mental son:

- En muchos aspectos guarda poca diferencia en relación con la psicomotricidad del niño discapacitado.
- La hipotonía abdominal es frecuente.
- La insuficiencia respiratoria es casi general, pero no tan aparente como en los casos en que el retardo es mayor.
- La equilibración es de una forma habitual, y relacionada sin duda con las perturbaciones posturales, generalmente frecuentes.
- Las perturbaciones de lateridad no son ni menos frecuentes que en los niños "normales" pero cuando existe son muchos más difíciles de superar.

En las pruebas de orientación espacial y de estructuración espacio temporal son en todos los casos inferiores a lo normal.

En términos generales puede decirse que la diferencia fundamental en el desarrollo motor de los niños con retardo mental radica en el tiempo en que van

logrando cada conducta que específicamente es más lento. Por decirse algo mientras que un niño normal puede gatear a los seis meses aproximadamente, un niño con retardo mental, puede comenzar el gasteo a los ocho o nueve meses.

En este margen de generalidades también pude decirse que cuando el niño alcanza los cinco años de edad, y si ha tenido buena estimulación puede haber desarrollado una coordinación y equilibrio adecuados, posibilitando la capacidad de mover su cuerpo libre y eficaz mente en relación con las cosas que se encuentran a su alrededor.

Durante los dos primeros años la inteligencia está ligada a la motriz, ya que es a través de los movimientos y del control y conocimiento de su cuerpo como el niño empieza a explorar el mundo y adquiere sus primeros aprendizajes.

A partir de los dos años la inteligencia comienza a separarse de lo motriz y solo reaparece en los casos de retardo mental.

El control del cuerpo y la capacidad para aprender del entorno van a depender del medio que le proporcionen y de la estimulación, por lo tanto es fundamental que el niño se sienta libre para aprender a manejar su cuerpo y que tenga oportunidades para practicar sus habilidades motrices.

8.3 APRENDE A EXPLORAR MIS REFLEJOS

Los reflejos son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores y favorecen la adecuación del individuo al ambiente.

El desarrollo del niño es con proceso gradual y progresivo, el cual está mediado por la continua interacción entre la maduración biológica, la interacción social y las experiencias específicas de aprendizaje. A medida que avanza la maduración del sistema nervioso, los estímulos que desencadenan reflejos van provocando respuestas menos automáticas por lo tanto las conductas son cada vez más estructuradas.

En tal proceso de maduración los reflejos se desarrollan, se modifican, se adaptan a las circunstancias del momento, del medio, de la edad y la salud general del niño y permiten predecir el ritmo del desarrollo psicomotor.

Al hablar de niños con retardo en su desarrollo, como niños con síndrome de Down, retardo mental y retardo en el desarrollo psicomotor hay que considerar una serie de conductas que anteceden la maduración neurológica, como son; el adecuado tono muscular y la coordinación motriz de la cabeza, tronco y extremidades.

Es fundamental realizar la exploración refleja con el propósito de determinar como va evolucionando el desarrollo motriz del niño con retardo en su desarrollo.

Hay cuatro tipos de reflejo que están presentes en el momento del nacimiento.

8.3.1 Reflejo de Moro : Llamado también de Sobre Salto.

Edad, de tres a cuatro meses

Posición: Acostado en supina (boca arriba)

Acción: Se produce un golpe fuerte con las manos al lado del cuerpo

Reacción: Estira los brazos separándolos y luego los junta como si tratara de abrazar a alguien, estira piernas y puede llorar.

otra manera de provocar este reflejo consiste en colocar al bebé de espaldas y, cuando este tranquilo, golpear simultáneamente los lados de la almohada y del colchón a ambos lados de la cabeza del niño.

El niño normalmente mostrara la reacción descrita aún cambio repentino en la posición de la cabeza y ante cualquier acontecimiento que le pueda sorprender.

Este reflejo es importante para el desarrollo ya que, en los niños normales, comienza a desaparecer a los tres o cuatro meses de nacidos, y a los seis meses es difícil de provocar. Cuando un niño de diez meses presenta el reflejo de hora ante un cambio en la posición de la cabeza, puede indicar una deficiencia o una lesión en el sistema central. Es fundamental la estimulación ya que está comprobado que el reflejo demora más en desaparecerse cuando la ejercitación postural es escasa.

8.3.2 Reflejo de Prensión Palmar o Darwiniano.

Edad: de uno a cuatro meses

Posición: Boca arriba acostado

Acción: Se le coloca un objeto a él dado sobre sus manos

Reacción: Agarra

La mano se cierra firmemente al estimular la palma. Este reflejo a disminuido considerablemente al final del primer mes, lo cual constituye un signo de maduración. En la mayoría de los niños ha desaparecido a los cuatro meses justo en el momento en que empieza a aprender las habilidades de la mano, el niño cierra las manos en forma consciente para retener un objeto.

8.3.3 Reflejo de Babinsky.

Edad: Desde tres meses hasta los dos años

Posición: supina (boca arriba)

Acción: Pasar el dedo por el lado externo de la planta del pie, de talón a meñique

Reacción: El niño habrá los dedos en forma de abanico.

Consiste en una extensión de los dedos de los pies al estimular la planta. El reflejo de Babinsky da lugar al reflejo cutáneo plantal (contracción de los dedos de los pies al estimular la planta) el cual aparece al madurar los centros

nerviosos, más o menos al cuarto mes en algunos niños y esta presente en casi todos a los diez y ocho meses.

8.3.4 El Reflejo Tónico Cervical Asimétrico: o Esgrimista

Edad: Desde los tres meses hasta los cuatro meses

Posición: Supina

Acción : se rota la cabeza al lado derecho

Reacción: Extiende el brazo derecho y el izquierdo queda flexionado.

Si se rota la cabeza para el lado izquierdo la reacción será contraria. Es un reflejo de postura, desencadenado por cambios de posición de la cabeza en relación con el tronco, y de gran importancia para el desarrollo del conocimiento del cuerpo, especialmente de las manos y de su ubicación en el espacio.

Este reflejo ésta presente solo durante los primeros meses de vida. Cuando esta actitud denominada "de esgrimista", rígida y estereotipada, sugiere patología, generalmente lesión cerebral; su ausencia total, se aprecia en alteraciones congénitas del sistema nervioso, como en la mayoría de los niños con síndrome de Down.

No siempre se observa este reflejo completo. Frecuentemente, solo quedará rotada la cabeza mientras los miembros se mantienen simétricamente en

flexión, pero aún en estos casos, se ve que el miembro superior del lado de la cara tiende a la extensión.

No todos los autores están de acuerdo en la significación de este reflejo como pauta fisiológica en la primera edad. Mientras que unos lo consideran como un movimiento más de los muchos que realiza el niño en los primeros meses de vida, otros los valoran como bases para posteriores pautas de conductas.

Otros reflejos importantes que posibilitan al niño el logro de conductas motrices cada vez más estructuradas son:

8.3.5 Reflejo de la Nuca Simétrico.

Edad: Desde los tres meses hasta los cuatro meses

Posición: Cargado el niño boca abajo y sostenido por un brazo del tronco

Acción: Con la otra mano se le flexiona la cabeza

Reacción: El niño flexiona miembros superiores

Acción: Flexionar cabeza adelante y atrás

Reacción: El niño extiende los brazos

8.3.6 Reflejo de Rotación del Cuello.

Edad: Desde los tres hasta los cuatro meses

Posición: Supina (boca arriba)

Acción: Se le voltea la cabeza levantándolo un poco

Reacción: Al girarla el niño rota todo el cuerpo

8.3.7 Reflejo de Succión:

Edad: Desde cero a tres meses

Posición: Boca arriba

Acción: Ponerle el pecho de la madre o un dedo

Reacción: El niño succiona.

Por medio de los reflejos de succión y deglución, el bebé en los primeros días mama y pasa líquido cuando se estimulan los labios o la piel cercana a estos. Más tarde aparece los reflejos de morder y salivación, con los que el niño muerde y empieza a babear, constituyendo este una señal para la introducción del alimento en forma de puré.

8.3.8 Reflejo de Landow.

Edad: Desde los seis hasta los nueve meses

Posición: Prona

Acción: Se toma por el tronco

Reacción: El niño sube las piernas y las tensa venciendo la fuerza de gravedad (gateo).

8.3.9 Reflejo de Paracaidista (defensa con cabeza).

Edad: De nueve a doce meses

Posición: Boca abajo

Acción: Se toma al niño por el tronco, se voltea con movimiento brusco y cabeza abajo

Reacción: El niño extiende los brazos hacia adelante para defender la cabeza.

5. Algunos aspectos generales en la psicomotricidad del niño con retardo mental son:

- a
- b
- c
- d
- e

6. La diferencia en el desarrollo motriz del niño con retardo mental, radica en que _____ en el cual adquiere las diferentes conductas motrices es

Escoja la respuesta correcta

7. Cual es la relación existente entre la inteligencia y la motricidad en los dos primeros años.

- a) el niño es más inteligente entre más movimientos sea capaz de realizar
- b) A través del control del cuerpo y de los primeros movimientos el niño explora el mundo y adquiere sus primeras experiencias de aprendizaje
- c) Primero se desarrolla la inteligencia y luego la motricidad

8. El reflejo de rotación de cuello es positivo cuando al voltear la cabeza de lado, el niño:

- a) Gira el cuerpo al lado contrario
- b) Estiras los brazos y las piernas
- c) Gira el cuerpo hacia donde fue volteada su cabeza

9. El reflejo de Babinsky permanece normal hasta:
- a) Los seis meses
 - b) Reaparece a los diez meses
 - c) Hasta los dos años
10. En el reflejo de Moro el niño:
- a) Separa los brazos y luego los junta en forma de abrazo, y estira las piernas
 - b) Estira los pies y abre las manos
 - c) Junta las manos.
11. A que edad comienza a separarse el desarrollo motor de la inteligencia y en que caso podría reaparecer su unión
- a) No se separa
 - b) A los seis años y no vuelve a unirse
 - c) a los dos años y podría reaparecer en caso de retardo mental
12. El primer signo motor que indica retraso mental es:
- a) falta de control de los movimientos
 - b) Control deficiente de la cabeza en suspensión ventral y en posición prona
13. uno de los principales factores asociados al retraso mental en la motricidad es:
- a) Trastornos del tono muscular
 - b) Control cefálico
 - c) Poco movimiento

GLOSARIO

Hipotonía: Disminución del tono muscular, o de la tonacidad de un órgano, propio de ciertas constituciones o de los estados de extrema fatiga física

Posición Prona: Boca abajo

Posición Supina: Boca arriba

BIBLIOGRAFÍA

CORPORACIÓN SÍNDROME DE DOWN. Pequeños Pasos. Bogotá, 1989

SARMIENTO DÍAZ, María Inés. Estimulación Temprana. Ediciones Paulinas. Bogotá, 1984

RAMÍREZ, Doris Adriana. Exploración Refleja en el Niño con Retardo Mental, Proyecto de Estimulación Adecuada. Centro de Servicios Pedagógico, 1996



**"Lo que no pueda hacer con mis
manos, enséñamelo con tu corazón"**

9 UNIDAD N° 4 DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

9.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO MOTRIZ FINO

La motricidad fina es la habilidad para realizar movimiento con ambas manos, una sola o los dedos, realizados con mucha precisión.

Durante el primer trimestre predomina el reflejo de prensión palmar, el niño retiene todo objetos con que se estimula la palma de la mano. En el segundo trimestre el centro del movimiento del niño esta en los hombros y todavía no hay movimiento aislados de los codos . Hacia el cuarto y quinto mes de nacimiento, ya acceden a una prensión voluntaria; tomando objetos que estén a su alcance y en un comienzo lo hacen de forma bimanual y a los seis meses inician un proceso de unilateralización, pasando un objeto de una mano a otra, prensión que está precedida de una coordinación oculomanual, o sea lo que se ve y lo que se coge.

Entre los cuatros y cinco meses explora sus rodillas y juegan con sus manos.

Durante el tercer trimestre el niño realiza movimiento de barrido (similar el movimiento que realiza una escoba cuando se barre) con sus manos para

agarrar objetos, entre los ocho y nueve meses utiliza el pulgar y la yemas de los dedos en oposición para asir el objeto (prensión en forma de tierra), y lo pasa de una mano a otra , llevándola a la boca con el fin de conocer más el objeto. En el cuarto trimestre las funciones de la mano se perfeccionan y del uso de los dedos en forma de tijeras pasan a la prensión en forma de pinza; utilización los dedos índice y pulgar en oposición, usando ambos dedos con mayor precisión alrededor de los once meses, para asir objetos pequeños. En esta etapa aprende arrojar objetos voluntariamente ya que ha aprendido el control sobre los musculos y pueden y retener y soltar objetos ya que tiene la capacidad neurológica para hacerlo. A los doce meses su habilidad para manipular objetos le permite tomar la cuchara durante el tiempo de la comida iniciando el proceso de alimentación independiente.

Entre el año y el año y medio, el niño golpea dos objetos, una contra otra; mete y saca objetos de una caja, lanza una pelota con sus manos y coloca dos y tres cubos uno sobre otros.

A los diez y ocho meses están plenamente desarrollado los movimientos de aferrar, apretar y soltar.

Entre los diez y ocho y veinticuatro meses, pueden construir torres de seis cubos, voltear las paginas de un libro una por una, ensartar cuentas, insertar objetos circulares y cuadrangulares. A los veinticuatro meses, se pueden quitar por si mismo los zapatos, pantalones y camisas; lo que quiere decir que sus movimientos manuales son cada vez más precisos y perfectos.

Al tres años el niño está en capacidad de tomar una crayola para rayar y realizar un garabateo descontrolado.

A los cuatro años puede realizar trazos circulares, verticales y horizontales más definidos y se aproxima a imitar el trazos de las figuras geométricas. También en esta edad amarra y desamarra cordones y es capaz de abotonar y desabotonar.

Puede decirse que el niño entre los cinco y seis años adquiere mayor destreza en todas sus habilidades motrices, sus dedos se tornan cada vez más hábiles y los podrá controlar en mayor medida.

Podrá abotonar y desabotonar, abrir y cerrar cremalleras y amarra sus zapatos. Usará con mayor facilidad pinceles y crayolas y puede ser capaz de ensartar cuentas y es probable que tome en taza sin derramar y que pueda manipular cubiertos.

El niño puede lanzar la pelota con mayor precisión y para cogerla usara más las manos que los brazos.

9.2 MOTRICIDAD FINA EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

Hay una clara relación entre las dificultades motrices fina en los niños con retardo mental. En términos generales éstos niños no poseen una manipulación normal en relación con su edad.

Son evidentes en los niños de más de un año, las dificultades para formar torres con cubos de maderas y realizar construcciones espontáneas.

Generalmente, los niños con retardo mental pueden encontrar problemas para pasar objetos de una mano a otra, tomar objetos sin ayuda, realizar la pinza fina y tener una buena coordinación óculomanual.

El desarrollo de la manipulación depende no solamente de la inteligencia, sino de las aptitudes del niño, algunos muestran mayor habilidad que otros del mismo nivel de inteligencia.

9.3 IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD FINA PARA LA ADQUISICIÓN DE LA ESCRITURA

Para poder escribir es necesario poseer tres habilidades básicas:

- Un nivel determinado de motricidad
- Una coordinación fina de los movimientos de la mano
- Una actividad de ellos en todas las direcciones del espacio.

El desarrollo de la escritura comienza cuando el niño tiene la capacidad gráfica de trazar su primeros garabatos y va evolucionando hasta que es capaz de escribir letras, sílabas y formar palabras claras. La evolución de este proceso

tiene sus cimientos en el desarrollo psicomotor del niño, cuya base es la maduración del sistema nervioso.

Se habla de dos niveles de desarrollo:

- El primero es el desarrollo general de los primeros movimientos aislados y luego se da el de los movimientos coordinados.
- El segundo es el desarrollo de las actividades digitales finas particularmente importante para la escritura. En la etapa preescolar todos los ejercicios de pre - aprendizaje van dirigidos al desarrollo de esa motricidad fina de la mano, esencial para el trazado de la escritura. Por lo tanto el desarrollo psicomotor es, la base fundamental para el desarrollo de la escritura.

En los niños con retardo mental debido a que presentan importantes déficit en su desarrollo, se hace necesario hacer un estudio de su nivel gráfico y de sus deficiencia en cuanto a la escritura para determinar los objetivos a conseguir y diseñar un programa especial de enseñanza que parta del garabato más o menos intencionado hasta alcanzar el dominio gráfico de los signos del alfabeto.

TALLER DE EVALUACIÓN

Completar las oraciones con las palabras correctas.

1. El reflejo mediante el cual el niño cierra las manos y aprieta todo objeto con el que es estimulado se llama _____.
2. La motricidad fina es la _____ para realizar movimiento con _____, una sola, o con _____; realizado con mucha _____.
3. Hacia el cuarto y el quinto mes los niños acceden a una prensión voluntaria que inicialmente es en forma _____ hasta que logran tomar un objeto con cada mano y pasarlo de una mano a otra.
4. Las tres habilidades básicas para acceder a la escritura son
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

5. La base fundamental para el desarrollo de la escritura es
6. La enseñanza de la escritura de los niños con RM debe partir del _____ hasta alcanzar un _____ de los signos del alfabeto

Escoja la respuesta correcta

7. La prensión en forma de pinza consiste en:
- a) Utilizar los dedos en forma de tijera
 - b) Realizar movimientos de barrido
 - c) utilizar los dedos índice y pulgar en oposición
8. Cual es la principal característica del garabateo del niño a los tres años
- a) Toma el lápiz con pinza fina
 - b) Es descontrolado
 - c) Es claro hace línea
9. Que conducta motrices finas puede realizar el niño a los cuatro años de edad:
- a) Realizar trazos circulares, verticales y horizontales
 - * iniciar el trazo de figuras geométricas
 - * Puede abotonar y desabotonar
 - b) Usar pinceles con precisión
 - * Recortar sobre una línea recta

* Utilizar la mano sin la ayuda de los antebrazos para retener una pelota

10. La motricidad fina en los niños con retardo mental básicamente caracteriza por :

- a) Es similar a la del niño normal
- b) Los movimientos son incoordinados
- c) No poseen una manipulación normal en relación con la edad

BIBLIOGRAFÍA

PÉREZ MARINA, José. La lectura y Escritura en la educación especial.

Editorial General Pardifla, Madrid, 1995. pag. 21 a 26

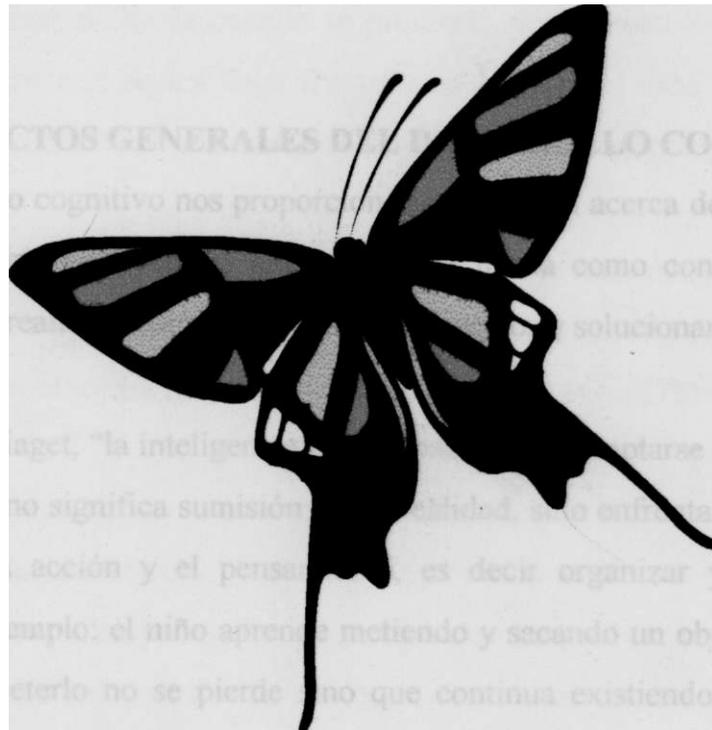
RONALD S., Illingworth. El desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas

Normal y Patológico. Editorial Medica y Técnica S.A., Barcelona, 1983.

pag 206-289



INDICAZIONE CODICE
CON LE BAVOLE DESYNDROTO DE TV MASZ



"Una vez, al observar un hombre cómo la mariposa lucha por salir de su capullo, con demasiada lentitud para su gusto, trato' de ayudarla soplando delicadamente y en efecto, el calor de su aliento sirvió para acelerar el proceso, pero lo que salió del capullo no fue una mariposa, sino una criatura con las alas destrozadas".

10. UNIDAD N° 5 DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL

10.1 ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO COGNITIVO

El desarrollo cognitivo nos proporciona información acerca de la evolución de la inteligencia del niño, es decir, sobre la forma como conoce el mundo u organiza la realidad, como va formando conceptos y solucionando problemas.

Para Jean Piaget, "la inteligencia es la capacidad de adaptarse al ambiente, esta adaptación no significa sumisión a una realidad, sino enfrentarlo y modificarlo mediante la acción y el pensamiento, es decir organizar y reorganizar la realidad. Ejemplo: el niño aprende metiendo y sacando un objeto de una caja, el que al meterlo no se pierde sino que continua existiendo (constancia del objeto), para esto también debe anticipar (pensar) la existencia del objeto, lo cual lo induce a meter la mano dentro de la caja, sabiendo de antemano que allí va a encontrar el objeto"¹.

Esta adaptación supone una interacción entre los procesos de asimilación y acomodación.

¹SARMIENTO DIAZ, Mana Inés. Estimulación temprana. Ediciones Paulinas pag 392

"La asimilación: se refiere al hecho del que el niño relaciona lo que percibe con los conocimientos y la comprensión que ya tiene, actúa sobre el medio como ya actuó en una situación anterior, siempre y cuando le dé, a lo que está conociendo.

La acomodación: se da cuando se presentan variaciones en el ambiente, las cuales exigen que se les haga frente; esto lo hace el niño modificando sus esquemas existentes (o a maneras de estructurar u organizar el mundo)" .

La inteligencia no es una cualidad que el niño trae completamente formada al nacer; es una habilidad que se desarrolla lentamente, siendo el comienzo de este proceso, el mismo momento del nacimiento y continuando durante varios años.

De Los 0 a los 3 Meses:

"El niño pasa la mayor parte del tiempo durmiendo; cuando esta' despierto, puede seguir el movimiento de un objeto con sus ojos; mira una cara y sonrío en respuesta.

Refina y adapta sus reflejos primarios, tales como el asir, sostener involuntariamente un objeto colocando sus manos"^o .

[^]SARMIENTO DIAZ, Mana Inés. Estimulación temprana. Ediciones Paulinas pag 393

"SARMIENTO DIAZ, Mana Inés. Estimulación temprana. Ediciones Paulinas pag 395

De los 3 a 6 Meses:

Comienza a sostener voluntariamente un objeto en sus manos y lo lleva a la boca; ésta última constituye una vía importante para conocer las cosas; trata de ampliar su campo visual, por ejemplo: levantando la cabeza cuando esta boca abajo.

De los 6 a los 9 Meses:

Puede arrastrarse hacia un objeto o persona; pasa las cosas de una mano a otra y se divierte tirándolas; reconoce la cara de los miembros de la familia y puede sentarse miedoso frente a rostros extraños.

De los 9 a los 12 Meses:

Imita un ruido, por ejemplo golpeando dos objetos; uno contra otro, repite un sonido que ha escuchado, muestra gran interés en explorar el mundo mirando todas las cosas, tocándolas, llevándoselas a la boca, etc.,.

De los 12 a los 18 Meses:

Coloca dos o tres cubos uno sobre otro, llena un receptáculo con objetos pequeños y explora su casa y alrededores caminando por si solo.

De los 18 a 24 Meses:

Indica sus ojos y nariz, imita una línea en un papel o arena, muestra gran interés en las acciones de los adultos y trata de imitar sus movimientos.

10.2 DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN JEAN PIAJET

"El desarrollo de la capacidad de la inteligencia pasa por una serie de etapas de maduración, a saber:

- Etapa sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente)
- Etapa preoperacional, la cual está dividida en dos periodos: el del pensamiento preconceptual (2-4 años) y el del pensamiento intuitivo (4-7 años)"⁴

En la etapa sensoriomotora, las adaptaciones del niño no envuelven un uso amplio de símbolo o lenguaje; es una etapa de acciones preverbales y se caracteriza por un prolongado ejercicio de esta. Durante esta etapa el niño manipula objetos y a través de esta manipulación va construyendo su inteligencia (denominada inteligencia práctica) y va construyendo las categorías de objeto, espacio, tiempo y causalidad. Ninguna de éstas está instalada en el momento de nacer, se va formando gracias a la acción y coordinación de las percepciones y acciones entre los 0 a 24 meses; es decir, la construcción del mundo se efectúa apoyándose en percepciones y movimientos.

⁴⁴SARMIENTO DIAZ, Mana Inés. Estimulación temprana. Ediciones Paulinas pag 400-411

Categoría Objeto:

El universo inicial del niño es un mundo sin objetos, donde todo cuanto acontece está centrado en él mismo; poco a poco va descubriendo la diferencia entre él y los demás, se da cuenta que mamá es una persona diferente a él y que él es un objeto más entre los otros. Los movimientos propios del cuerpo y su actividad sobre las cosas le permiten descubrir que tiene forma y tamaño.

Categoría Espacio:

Siendo el espacio el marco del universo donde se realizan los movimientos, el desarrollo de éste comienza con la construcción de una multiplicidad de espacios heterogéneos sensoriales (bucal, táctil, visual, etc.).

Cada uno de los sentidos está centrada en el cuerpo. La acción crea el espacio, pero el niño se sitúa en él.

Categoría Tiempo:

El tiempo se refiere a la duración de un suceso, el cual ocurre en un espacio. Tiempo y espacio son estructuras implicadas en la motricidad. el tiempo está ligado a la propia actividad y la duración depende de cuanto dura la acción; es decir depende de la llamada "duración psicológica", poco a poco, la temporalidad se va independizando de él y es así como aprende que las cosas duran fuera de él; ejemplo: el tiempo que dura en caer lluvia (la cual esta fuera de él) es independiente de las actividades que realice el niño.

Categoría Causalidad:

Consiste en la relación entre un resultado empírico y una acción cualquiera que lo ha producido. Al principio esta causalidad es "mágica", esta ligada a la acción del niño, el niño tira el cordón que pende del techo de su cuna y suena un sonajero. El resultado (emisión y quizás prolongación de un sonido) es producido por su acción (tirar el cordón), inmediatamente por asimilación, hala el cordón para hacer durar un silbido que escucha a lo lejos, o para mantener un sonido que escucha en otra habitación.

La etapa sensoriomotora se divide en seis estadios que son:

Estadio 1.(0-1 Mes): Estadio de los Reflejos:

Se caracteriza por el uso de los reflejos tales como succión, deglución, etc., y su adaptación a la realidad exterior. Los reflejos se consolidan y afinan en virtud de su propio funcionamiento y el niño manifiesta una creciente necesidad de repetición de los reflejos: el lactante no solo succiona cuando la mamá lo pega, sino que lo hace en el vacío, o en sus dedos cuando los encuentra etc.,.

Estadio II. (1-4 Meses): De las Reacciones Circulares Primarias:

Se caracteriza por la aparición de las primeras adaptaciones adquiridas (éstas se dan cuando los procesos reflejos se integran progresivamente en las actividades corticales, lo cual implica cierto grado de maduración neural) la acción innata (refleja) la repite el niño constituyéndose en hábito sensoriomotor; la asimilación y acomodación que en el primer estadio se mantenía indiferenciadas comienzan a disociarse, y el niño reproduce y generaliza un

acto que en un principio fue reflejo, siendo esta conducta el principio de asimilación de este estadio. Aquí intervienen la audición, y el llanto pertenece a un circuito reflejo, no es algo voluntario del niño.

Estadio III (4-8 Meses): De las Reacciones Circulares Secundarias)

Se caracteriza por la aparición de las reacciones circulares y de los procesos para hacer perdurar las percepciones interesantes. En esta etapa se da una verdadera transición entre la repetición pura (características del segundo estadio) y la invención, ya que las reacciones circulares secundarias tienden a la reproducción. La finalidad del acto no está planteada previamente sino solo en el momento de su repetición, aún no hay una separación entre medios y fines. Ejemplo si el niño toma un cordón del que cuelga sonajeros, si al halar el cordón suena estos, el niño entonces repite la acción de halar.

Estadio IV (8-12 Meses): De la Coordinación De las Reacciones Circulares Secundarias

Un esquema es una secuencia ordenada de acción Ejemplo, un reflejo es un esquema, ya que es una actividad con el mismo orden de acción, estímulo centro - respuesta. En este estadio, el niño coordina diferentes esquemas que ya posee para alcanzar un fin al que no puede llegar directamente por medio de un solo esquema.

El niño en este estadio imita movimientos que ejecuta otra persona pero compartes de su cuerpo invisibles para él.

Estadio V (12-18 Meses): De las Reacciones Circulares Terciarias

Se caracteriza por la aparición de las reacciones circulares terciarias y por el descubrimientos de nuevos medios por experimentación activa. El niño busca, nuevos esquemas coordinando los que posee; antes utilizaba los esquemas conocidos para aplicarlos a circunstancias nuevas, ahora coordina los esquemas que posee para hallar nuevos esquemas a nuevos medios.

Existen tres conductas en este estadio: La conducta del soporte, la del cordel y la del bastón. La primera se observa cuando un objeto se encuentra encima de una manta y es inalcanzable para el niño, toma la punta de la manta y hala para así obtener el objeto.

La segunda cuando el niño quiere alcanzar un objeto lejano al cual están atados un cordel, al fracasar comienza a tantear hasta que comprende para que le sirve el cordel, y tirando de el, acerca el objeto.

La tercera. Quiere alcanzar un objeto que se le rodó debajo de la cama y él no cabe por debajo de ésta, va en busca de una escoba.

Estadio VI (18-24 Meses): De la Invención de Medios Nuevos Mediante combinaciones Mentales:

En este momento el niño no tantea, actúa por invención súbita: prevé los resultados antes de actuar, en este estadio hay una imitación representativa o

diferida: el modelo no necesita estar presente; el niño imita a papá a afeitarse aunque papá no esté en la casa.

Ejemplo: un niño quiere alcanzar algo de una mesa y no hay ningún palo para cogerlo; coge una silla y se monta para conseguir lo que quiere.

Periodo preoperacional (18-24 Meses a 7 Años):

"Esta fase, es una época en la cual muchos "trocitos" jerárquicos del conocimiento son construidos y organizados en estructuras cada vez más complejas". Los niños expanden todas las técnicas que han establecido durante el periodo sensoriomotor y cuentan con ellas. Con la mayor utilidad del proceso simbólico, la actividad mental ha aumentado y ahora son capaces de aprender a efectuar operaciones mentales. Se formulan patrones constructivos a medida que el niño comienza a construir operaciones cognitivas como poner en secuencia (orden), coordinación (unir elementos iguales), encaja (insertar un elemento en otro) intersección (punto de encuentro de dos elementos) y correspondencia (relación de un elemento con otro). Por el medio del juego, adquieren experiencia con la fantasía, imitación inmediata e imitación retardada. En este periodo desarrollan el lenguaje, esquemas lógico - matemáticos y estilos socio - emocionales. Aunque el pensamiento lógico puede estar obstaculizado por su egocentrismo (incapacidad para ver cualquier punto de vista excepto el propio) y su centración (incapacidad para separar lo propio del medio ambiente), por su dificultad con la transformación (una operación que cambian las propiedades de algo) y la reversibilidad (una acción

hacerse, puede deshacerse), los niños pueden comenzar a aprender, razonar en una forma ordenada.

De acuerdo Piaget, los niños aprenden en tres formas:

A partir de las experiencias físicas, de la manipulación concreta y de la interacción con otros.

Aquello que aprenden por interacción con objetos en el mundo está destinado a convertirse en conocimiento físico.

Aquello que contribuye a partir de su actividad mental puede convertirse en conocimiento lógico - matemático, y aquello que aprende de la interacción con otras personas puede convertirse en conocimientos socio - emocional.

Durante el periodo preoperacional, el niño construye otras operaciones en una dirección, estos son acciones que pueden hacerse pero no deshacerse. En este punto están preparados para comprender la conservación, la idea de que una cantidad de materia permanece igual con independencia de los cambios de forma (Wadsworth, 1995). Cuando el niño puede usar la descentración (es decir, puede separarse del medio ambiente), la reversibilidad y la transformación, puede llevar a cabo interacciones mentales entre las dimensiones, por ejemplo altura y diámetro de un vaso.

10.3 PROCESOS COGNITIVOS EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

La influencia, a lo largo de los años setenta de los modelos cognitivos del procesamiento de la información, así como una concepción evolutiva, no estructurada, han llevado a investigaciones cuyo énfasis está en el estudio de estructuras o funciones cognitivas tales como: la atención, memoria, memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo.

La mayoría de las deficiencias observadas en los retrasados mentales tienen que ver con la eficiencia general de su sistema cognitivo, aunque hay algunas diferencias relacionadas más con aspectos estructurales, sobre todo en aquellas personas que sufren graves retrasos en el desarrollo, debido probablemente a la presencia de alteraciones biológicas.

Fundamentalmente, hay dos teorías acerca de los procesos cognitivos en la deficiencia mental: la teoría del desarrollo y la del defecto.

La teoría del desarrollo sostiene que los deficientes mentales pasan por las mismas etapas de desarrollo cognitivo que los normales, aunque con evidente retrasos.

En cambio en la teoría del defecto dice que las personas retrasadas se caracterizan por algún o algunos defectos específicos en uno o varios de los procesos mentales, lo cual implica que el deficiente mental como consecuencia

de tales defectos específicos; procesa la información de manera diferente que el sujeto normal.

10.4 REPERTORIOS BÁSICOS DE APRENDIZAJES

10.4.1 Atención. Es un constructo teórico que se infiere por la observación directa.

Estos autores, Zeaman y House (1979), estudiaron los niños con retardo y encuentran que hay dificultad para que un niño pase de un estímulo a otro. Dan una mayor importancia a la función de la retención en la atención, ya que consideran que la atención está mediatizada por los procesos de retención, entendiendo que los cambios de dirección de la atención resultan de los cambios en el contenido de la memoria.

10.4.2 Memoria. Es la habilidad de almacenar y recuperar, las informaciones y experiencias, las experiencias muy significativa en el niño con retardo porque son las que recuerdan específicamente como las alegrías.

La memoria se considera como un sistema compuesto de una serie de almacenes situados en distintas partes del sistema de memoria y que se distinguen entre sí según la cantidad de tiempo que pueden mantener la información sin que se pierdan los datos.

La memoria se clasifican en tres clases:

10.4.2.1 Memoria Sensorial. Es básicamente la representación específica de los eventos estimulares, dispone de un mecanismo de mantenimiento breve de la información asociado al sistema, y sus propiedades están determinadas por las características fisiológicas del propio sistema.

10.4.2.2 Memoria a Corto Plazo. Incluyen dos almacenes de memoria:

- **Memoria Primaria:** que es la que tiene capacidad limitada porque retiene poca información durante unos pocos segundos. Esta información se olvida sino se repite, y es reemplazada por otra.
- **La memoria Secundaria:** Puede durar desde unos minutos hasta algunos días, y el olvido se produce, probablemente, por interferencia con las informaciones que acceden al sistema.

10.4.2.3 Memoria a Largo Plazo. Es la capacidad relativamente ilimitada y la información se puede mantener durante largo tiempo. Se han señalado dos causas porque la información puede perderse; son la interferencia con información nueva y la inaccesibilidad por dificultades de recuperación.

Para trabajar la parte de memoria con el niño con retardo mental, se debe tener en cuenta:

El examen biológico del niño, origen del retardo y es importante determinar las secuelas a nivel cerebral.

Las experiencias deben ser muy significativa para él, y que sean repetitivas.

Determinar las estrategias memotécnicas (ayudas que se utilizan para poder recordar)

Dar nombre a las cosas, pero no la funcionalidad.

Asociación verbal. Ejemplo: la mesa de Lina, darle al niño una relación y empezar para que. Ejemplo la mesa para escribir.

Encadenar las experiencias proceso gradual de relación. Ejemplo se empieza con una lamina de la vaca y se va llevando por pasos con el niño en funcionalidad del objeto, hasta llegar a una finca.

Tener en cuenta el canal de mayor receptividad del niño .

Partir de una actividad para lograr objetivos. Ejemplo jugar con agua y enseñarle el reconocimiento de lo que es líquido.

Para asegurar la comprensión, y dados los problemas de generalización comunes en los niños con retardo mental, es importante que las situaciones sean lo más natural posible, ya que así será más fácil asegurar que el material seleccionado sea significativo y relevante para que el sujeto aprenda la tarea y sepa aplicar con éxito lo que aprendido.

TALLER DE EVALUACIÓN

Complete las oraciones con las palabras correctas

1. _____, nos proporciona información acerca de la inteligencia del niño
2. Para _____ la inteligencia, es la capacidad de adaptarse al ambiente, esta adaptación no significa sumisión a una realidad, sino enfrentarlo y modificarlo mediante la acción y el pensamiento.
3. La _____ se refiere al hecho de que el niño relaciona lo que percibe con los conocimientos y la comprensión que ya tiene.
4. La _____ se da cuando se presentan variaciones en el ambiente, las cuales exigen que se les haga frente; esto lo hace el niño modificando sus esquemas existentes a manera de estructurar u organizar el mundo.

5. La _____ no es una cualidad que el niño trae completamente formada al nacer; es una habilidad que se desarrolla lentamente.
6. De los _____ el niño pasa la mayor parte del tiempo durmiendo; cuando está despierto, puede seguir el movimiento de un objeto con sus ojos, mirar una cara y sonreír en respuesta.

Escoja la respuesta correcta.

7. El desarrollo de la capacidad de la inteligencia pasa por una serie de etapas de maduración al saber:
- a) Etapa sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente), etapa preoperacional (18-24 meses a 7 años)
 - b) Categoría del objeto
 - c) Estadio II
8. La etapa sensoriomotora se divide en varios estadios cuales son:
- a) Categoría del Espacio
 - b) Estadio de los reflejos, de las reacciones circulares primarias; de las reacciones circulares secundarias, de la coordinación de las reacciones circulares secundarias; de las reacciones circulares terciarias; de invención de medios nuevos mediante combinaciones mentales
 - c) Coordinación y percepción
9. En el estadio V según Piaget, se cumplen tres conductas a saber:

- a) La invención de medios nuevos mediante combinaciones mentales
- b) Imitación representativa o diferida
- c) Conducta del soporte, cordel y bastón

10.El periodo preoperacional comprende desde:

- a) De lo 0 a 3 meses
- b) De 18-24 meses a los 7 años
- c) De los 6-9 meses

11.En los procesos cognitivos en los niños con RM existen estructura o funciones tales como :

- a) La atención, memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo
- b) Graves retrasos en el desarrollo
- c) Recepción, almacenamiento y procesamiento de la información de manera diferente

12.Se define como la representación específica de los eventos estimulares, que dispone de un mecanismo de mantenimiento breve de la información asociado al sistema, y sus propiedades están determinadas por las características fisiológicas del propio sistema, a que memoria pertenece:

- a) Memoria a corto plazo
- b) Memoria primaria
- c) Memoria sensorial

GLOSARIO

Adaptación: Facultad del organismo para acomodarse desde un punto de vista físico, fisiológico o social.

Empírico: Conocimiento humano, debido a la experiencia o realidad y que por lo tanto, niega toda idea que no tenga su origen en los sentidos.

Inteligencia: Coeficiente de relación entre la edad mental y la cronológica.

Interacción: Influencia recíproca.

Memoria: Habilidad de almacenar y recuperar las informaciones y experiencias.

Preoperacional: Periodo del desarrollo (según Piaget) 2-7 años. Se caracteriza por la función simbólica, reconocimiento y apropiación del medio, alterado desarrollo del lenguaje, la imitación, el pensamiento egocéntrico y la centración reversible.

Reflejos: Respuesta inmediata e involuntaria de las estructuras vivas que resulta del estímulo de un receptor sensible.

Sensoriomotor: Periodo que se da en el niño 0-3 años aproximadamente etapa de acciones preverbales, manipulación de objetos, va construyendo la inteligencia (demanda inteligencia práctica)

BIBLIOGRAFÍA

Enciclopedia Temática Educación Especial. Tomo II.. Madrid 1988. pag 105

SARMIENTO DÍAZ, María Inés. Estimulación Temprana. Ediciones Paulinas. 1984. pag. 391-411

"Una Hora de Tiempo"

- * Papá ¿cuanto ganas por horas?
- * El padre dirigió un gesto muy severo al niño y repuso:
- * No molestes que estoy cansado.
- * Pero, ¿papá, insistía el niño, dime por favor cuanto ganas por horas?
- * La reacción del padre fue menos severa, sólo contesto:

ochocientos pesos por hora.

- * Papi, me podrías prestar\$ 400,00?

Pregunto el niño

- * El padre lleno de mal genio le dijo:
- * Vete a dormir no me molestes.

Había caído la noche. El padre después de meditar lo sucedido se sintió culpable y queriendo descargar su conciencia dolida, se asomo al cuarto de su hijo y con voz baja pregunto al pequeño:

- * Duermes hijo?
- * Dime papi, contesto el niño entre sueño.
- * Aquí tienes el dinero que me pedistes. Respondió el padre.

El niño le dio gracias y metiendo su mano debajo de la almohada saco otros billetes y le dijo:

- * *Ahora ya complete el dinero, tengo ochocientos pesos... me podrías vender una hora de tu tiempo? . Para que podamos conversar*

(Autor Anónimo)

11. UNIDAD N° 6 EL LENGUAJE EN EL NIÑO CON RETRASO MENTAL

11.1 ASPECTOS GENERALES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

"Durante los cuatro o cinco primeros años del desarrollo de los niños, el lenguaje surge y crece para ser una herramienta flexible, funcional e interpersonal.

Inicialmente, los pequeños están atados cognoscitivamente y perceptualmente aquí y ahora, y el contenido de su lenguaje está vinculado correspondientemente a una visión egocéntrica del mundo³.

En estos años del aprendizaje de la comunicación, los niños progresan a través de una serie de desarrollos jerárquicos, hasta llegar a unos niveles de comunicación más cualificados.

³JOHSTON, Johnston. Desarrollo del Lenguaje. Editorial Medica Panamericana, pag 49

11.2 DEFINICIÓN DEL LENGUAJE

Es la función neurolingüística que permite al hombre comunicarse con sus semejantes. Dicha función se preocupa de todo lo concerniente a la organización del lenguaje desde su nacimiento, su progresión y mecanismo.

El lenguaje se produce en el hombre como un proceso de comunicación simbólica.

11.3 SUBTEMAS DEL LENGUAJE

11.3.1 Contenido. Es el aprendizaje de los referentes específicos de objetos, acciones y eventos. El medio ambiente favorece el conocimiento funcional y perceptual que utiliza sistemas sensoriales (gusto, vista, audición, tacto, etc.).

La adquisición **semántica** favorece la adquisición del vocabulario y luego el significado asociado entre palabras y lo que ello representan.

11.3.2 Forma. Es la estructuración del lenguaje con sus características, permite la codificación y decodificación de las palabras que se representan individualmente.

Contiene la sintaxis, morfología, fonética y fonología.

11.3.3 Uso. Es la acción del cual se derivan las palabras, contiene la pragmática donde se dan las reglas que gobiernan el lenguaje en el contexto.

11.4 TRASTORNOS DEL LENGUAJE

- Son problemas que ocurren cuando el lenguaje de un niño no se desarrolla con la velocidad de otro, de igual edad. No se identifica la naturaleza del trastorno y su motivo, solo señala el hecho de que el desarrollo del lenguaje no ha sido adecuado para la edad cronológica.
- Es el empleo que hacen los niños de estructuras, pronunciaciones, palabras etc., que están fuera de los patrones normales de desarrollo infantil y que están también fuera del campo normal de posibilidades que el adulto tiene para el dialecto.

Los trastornos pueden ser generales o específicos:

Generales: Más de una alteración en relaciones semánticas.

Específicas: Alteraciones a nivel temporo - espacial.

Los primeros trastornos que se pueden presentar son:

- **Percepción auditiva:** Es la dificultad en la articulación con las relaciones semánticas. De objeto - acción; agente - acción, etc.

- **Respuesta fuera del contexto:** cuando el niño no llena las expectativas del adulto en sus respuesta.
- **Errores sintácticos:** Causan dificultad en la organización de estructuras gramaticales, por lo tanto dificultad en la expresión de las ideas.
- **Errores semánticos:** Dificultad en las relaciones semánticas, percepciones y funciones que tienen los objetos, eventos y acciones, confusión en las palabras que le imposibilitan la adecuada competencia lingüística; pues no puede encontrar las palabras correctas para un contexto. Alteración del espacio, tiempo, dimensión, cuantificadores y forma de objetos.
- **Anomias:** No es capaz de nombrar los objetos.
- **Neologismos:** Luckas los divide en:
 - 0 **Estructurales:** (inversiones), dificultad del niño en relaciones semánticas de los fonemas. Ejemplo chocolate, cocholate; estomago, estogamo; murciélagos, murciegalo
 - 0 **Semánticos:** Se afecta la relación de la palabra con los objetos, (el objeto que se presenta no corresponde al nombre correspondiente, pero están dentro del mismo campo semántico), ejemplo: silla por cama, cuchillo por cuchara.
 - 0 **Fonológicas:** (Sustituciones - omisiones). Alteración en los fonemas dentro de una palabra. Ejemplo, carro por calo, cocacola por tota - cola.

- **Problemas de identificación del tema:** Cuando hay dificultad en reconocer el referente del que se habla.
- **Ecolalias:** Repeticiones de palabras, oraciones, frases.
- **Dificultad para cerrar el tema:** Alteración en los tópicos (temas que inicia el niño y no termina).
- **Perseveraciones verbales:** Cuando persiste en el mantenimiento de un tópico o palabra determinada.

11.5 RETARDO O RETRASO EN EL LENGUAJE DEL NIÑO

El lenguaje se desarrolla siguiendo el orden normal, pero comienza muy lentamente o mucho más tarde.

Dependiendo de la combinación que existe va afectar en mayor o menor grado las patologías afasia - alalia que se comprende en dos etapas:

11.5.1 La etapa de comunicación lingüística a nivel prelingüístico.

- Juego vocal; no presenta mayor dificultad, lo que hace que el retardo en el desarrollo del lenguaje no sea percibido.

- Juego vocal propioceptivo - auditivo; presenta dificultad por lo que a veces son tratados como problemas auditivos.

Es importante que al nacer, a éstos niños se les debe hacer una BERA y una REACTOMETRIA (prueba audiológica que se evalúa al niño de alto riesgo; se realiza con un reactómetro. La respuestas del niño serán: reflejo de moro, llanto o se calma. Se debe hacer con el niño desnudo y cuando haya acabado de comer, se utiliza frecuencia de 3.000 - 2.000 - 1.500 - 500.

11.5.2 Etapa de Comunicación Lingüística: (2 a 7 años)

- Monosílabos intencional alterado
- Falta de enriquecimiento de estereotipos fonemáticos que lo llevan a la sustentación de ésta *lál* /x//+;/ /pxb;/ /txl/
- Alteraciones de estereotipos motores verbales
- Comprensión adecuada en algunos casos
- A nivel de juegos se le dificulta el monologo
- Comunicación verbal (expresión) presenta dificultad en cuanto la forma sintáctica y gramatical
- A nivel de pensamiento hay alteraciones en semejanzas y diferentes categorización de campos semánticos

En ocasiones presentan dislalias y alteraciones de praxias (linguales, faciales, bucales).

11.6 CONOCIMIENTO Y REFERENTES EN EL LENGUAJE

En los niños que se desarrollan normalmente, la comprensión y expresión del lenguaje en general están juntas, mientras que "muchos niños con trastornos o demora del lenguaje muestran un menor nivel de complejidad en la producción, en comparación con la comprensión"⁶, (Luckas 1980 pag 3).

Existe entonces, una estrecha relación entre inteligencia y lenguaje y está comprobado que subnormalidad mental tiene una gran influencia sobre el desarrollo del lenguaje, ya que éste suele estar más retrasado que otras áreas del desarrollo.

El niño con retardo, presta menos atención a lo que le dicen, tiene poca concentración, le cuesta imitar y está atrasado en cuanto la expresión y ala comprensión de las palabras.

⁶Thomas H. Powell y Peggy y Ahrenholdogle. El Niño Especial. Editorial Norma, pag 232

TALLER DE EVALUACIÓN

Complete las oraciones con las palabras correctas

1. Inicialmente, los pequeños están atados_____y perceptualmente al aquí y al ahora y el contenido de su lenguaje está vinculado correspondientemente a una visión egocéntrica del mundo
2. En estos años de aprendizaje de la_____, los niños progresan a través de una serie de_____, hasta llegar a unos niveles de comunicación más cualificados
3. _____ es la función neurolingüística que permite al hombre comunicarse con su semejante. Dicha función se preocupa de todo lo concerniente a la organización del lenguaje
4. El lenguaje se produce en el hombre como un proceso de comunicación
5. Los subtemas del lenguaje son

Escoja la respuesta correcta

6. En cual de los subtemas del lenguaje se dice; que la estructuración del lenguaje permite la codificación y decodificación de las palabras, que se presenta individualmente:
 - a) Forma
 - b) En el uso
 - c) En el contenido

7. Los trastornos del lenguaje pueden ser:
 - a) generales y específicos
 - b) Etapas de comunicación lingüística
 - c) Cuando el niño emplea pronunciaciones temporo - espacial

8. El lenguaje se desarrolla siguiendo el orden normal, pero comienza muy lentamente o mucho más tarde y dependiendo de la combinación que existe va afectar en mayor o menor grado las:
 - a) Problemas de identificación del tema
 - b) Perseveraciones verbales
 - c) Patogenias afasia - alálica

9. La etapa de comunicación lingüística a nivel prelinguístico comprende:
 - a) Monosílabo intencional alterado
 - b) Juego vocal y juego vocal propioceptivo - auditivo
 - c) Comunicación verbal

10. Los conocimientos y referentes que se desarrollan normalmente en el lenguaje son:

- a) La expresión y comprensión
- b) Forma sintáctica y gramatical
- c) Alteraciones de praxia

GLOSARIO

Afasia: Trastorno de la facultad de expresión, hablada, escrita o mímica por lesión de los centros cerebrales.

Codificación: Fase del proceso comunicativo a la cual se selecciona y ordena adecuadamente los signos que constituirán el mensaje lingüístico para ser transmitido.

Comunicación: Se refiere a la forma de interrelación entre dos personas, la cual implica una conducta de finalidad: hacer saber al otro lo que uno desea que el otro comprenda.

Decodificación: Fase del proceso de la comunicación en la que el receptor identifica e interpreta los signos que constituyen el mensaje comunicado.

Ecolalia: Disfunción del lenguaje, repetición de algo que se escucha sin signos visibles de comprensión o procesamiento.

Fonología: Ciencia que estudia los fonemas.

Lenguaje: Función neurolingüística que permite al hombre comunicarse con su semejantes.

Percepción: Apreciación de la realidad a través de los sentidos y experiencias previas.

Pragmático: Capacidad en crecimiento de los niños para usar el lenguaje.

Semántica: Relacionado con el significado de las expresiones.

Trastornos: Se refiere a los problemas que ocurren cuando el lenguaje de un niño no se desarrolla con la velocidad y nivel de otros niños.

BIBLIOGRAFÍA

AZCOAGA, Juan Enrique. Trastornos del Lenguaje. Segunda Edición.
México Ateneo, 1981. pag 205

CANDEL GIL, Isidoro. Programa de Atención Temprana Intervención en
Niños con Síndrome de Down y otros Problemas de Desarrollo. Impresos
y Revistas S.A. España, 1993

LUCKAS. Documento El Lenguaje y sus Subsistemas,. 1981. pag 33-39

FLOREZ, Jesús, María Victoria Troncoso. Síndrome de Down. Editorial
Masso S.A., 1993. pag 372

JOHNSTON. JOHNSTON. Desarrollo del Lenguaje. Editorial Médica
Panamericana. 1988. pag 49-50

Los Cinco Primeros Años. Por los Editores de Consumer Guide. Grupo
Editorial Norma. Santafé de Bogotá, 1992

PERERA MEZQUIDA, Juan. Programa de Acción Educativa Síndrome de Down. Edición Tercera. Editorial Cepe General, S.L. Pardiña. Madrid, 1993

SARMIENTO DÍAZ, María Inés. Estimulación Temprana. Ediciones Paulina. Bogotá, 1984. pag472



REFLEXIÓN



Un abrazo de un
niño especial
Es un encuentro con una
realidad vivida
Es una coalición de
nubes
Es el silencio de un
rayo
Es el nacimiento de
la luz
Es el espíritu libre aunque
su cuerpo este limitado
En fin el abrazo es otra alternativa
para vivir y dar vida

Sandra Francisca Gómez

12. UNIDAD N° 7 EL DESARROLLO SOCIO - AFECTIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

12.1 DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

La interacción social es considerada parte fundamental del desarrollo general del niño, con discapacidad, la interacción social es el contexto dentro del cual los niños viven experiencias vitales de aprendizaje. Autores como (Strain, Cooke & Apolinne, 1976; Var Hosselt, Hersen, white Hill & Beilock, 1979) han hecho referencia a la relación existente entre el nivel de interacción social de un niño y las experiencias de aprendizaje que determinan en forma sustancial una adaptación social duradera.

Haciendo referencia al concepto de Strain y sus colaboradores (1976), se alude que los niños que en edad preescolar no vivencian experiencias sociales positivas con sus padres pueden tener problemas de desarrollo. También sostiene este autor que los niños retardados tienen dificultad para adquirir el lenguaje, valores morales, desempeño motriz y para desarrollar las formas socialmente aceptadas para expresar la ira y los sentimientos sexuales.

El intercambio y las relaciones sociales se convierten para el niño con retardo mental, en la oportunidad de desarrollarse íntegramente dentro de sus capacidades, y ser reconocido dentro de una sociedad a la cual pertenece y en la cual tienen derecho a desenvolverse como seres individuales y autónomos.

El niño con retardo mental debe ser visto más como un niño que como un discapacitado.

En torno a la interacción y al juego los aspectos más relevantes en cuanto a su desarrollo son:

- **Del nacimiento a los 3 años:** Durante el primer año de vida el desarrollo social del niño se limita a la relación con la madre. Ella llena su mundo, en la medida que satisface todas sus necesidades.

Entre los cero y los tres años la mayoría de las actividades de juego del niño son de tipo sensoriomotor, y sus acciones de interacción van dirigidas por lo general a sus padres o adultos que le rodean.

El juego en esta etapa es primordialmente de tipo "paralelo" ya que juegan uno al lado del otro sin que haya una verdadera interacción. El juego paralelo representa una etapa de transición entre el juego aislado y la cooperación.

- **De tres a seis años:** Las acciones que implican interacción social aumentan en este periodo correspondiente a la edad preescolar. El niño aprende a ser menos egoísta y se da cuenta que el juego es más divertido en la medida en que interaccione con otros niños. En este lapso de tiempo los niños aprenden a compartir, a organizar juegos imaginarios y a ayudarse mutuamente. De la misma manera comienzan a adquirir habilidades para el lenguaje y la comunicación fundamentales para facilitar y mantener la interacción social. En esta etapa el juego sigue caracterizándose por ser simple; pero se hace imprescindible la instalación de algunas reglas y acuerdos para mantener la interacción. El juego de cooperación se caracteriza por ser durante periodos cortos de tiempo.

12.2 EL AFECTO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO

Una relación íntima, permanente y afectuosa es importante para que el niño se desarrolle y crezca sano. La forma como se exprese el afecto influye en el desarrollo psicológico y emocional.

El desarrollo del ser humano empieza desde el embarazo; a partir de entonces puede percibir y sentir emociones. El niño aprende a dar afecto e interactuar con otras personas y con el mundo que lo rodea, a través de la relación afectuosa con quien lo cuida.

Todos los niños necesitan amor y afecto, en el caso de los niños con retardo mental el afecto se convierte en un elemento primordial para la estimulación y

para asegurar un desarrollo integral del niño con necesidades educativas especiales.

0 Condiciones que Favorecen el Desarrollo del Niño.

- El niño para crecer y desarrollarse requiere afecto, aceptación, seguridad y cuidados de quienes lo rodean. Hay que aceptar al niño tal como es y valorar cada logro que obtenga por mínimo que sea. Hay que tener cuidado con compararlo ya que podemos generar una baja autoestima en el niño.
- Posibilitar la realización de actividades de acuerdo con su edad y necesidades, que le ayuden a desarrollarse física y mentalmente.
- Permitirle que ayude en la realización de tareas sencillas y que participe en las actividades de la vida familiar y de la comunidad ya que así se favorece el autoestima de los niños.
- Reconocer sus esfuerzos y felicitarlos por las cosas que hacen bien o corregirlos con afecto cuando hacen algo mal.

Hay que mirar al niño como niño, más que como discapacitado y como tal necesita sentirse seguro, protegido, respetado y sobre todo amado.

12. 3 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE ESTIMULACIÓN

La familia se constituye como la unidad fundamental para el proceso de estimulación, es ella quien ofrece las primeras experiencias de aprendizaje al niño con retardo mental y quien desempeña el papel más importante durante todo el proceso.

Siendo la familia el eje fundamental se hace imprescindible que la capacitación ofrezca a ella la posibilidad de conocer las etapas por las cuales atraviesa, desde el momento en que nace un niño con necesidades educativas especiales, reconocer sus diferentes reacciones y convertirlas en elementos positivos para la intervención del niño con retardo mental.

12.3.1 Proceso de Aceptación del Niño con Necesidades Educativas Especiales. El nacimiento de un niño discapacitado genera en la familia un estado de crisis donde las decepciones y oportunidades surgen ante la situación presentada, los diferentes sentimientos de tristeza, dolor y esperanza en todos los miembros son diferentes.

La sola presencia de un niño con NEE en la familia y en ocasiones en la comunidad, afecta de manera radical el funcionamiento rutinario de los miembros ya que se producen cambios que deben ser manejados adecuadamente por el bien de todos y en especial del niño discapacitado.

Las diferentes fases que afrontan las familias son diversas y encierran un mundo de reacciones que son normales. Los autores las denominan de diversas formas, a continuación y según Adre Rey y Menz Bach se hace referencia a las siguientes

- **fase Inicial o de shock:** Ante el conocimiento del diagnóstico la familia se sumerge en un tumultuoso mundo donde la ilusión del niño deseado pasa a ser un momento traumático y doloroso. Es aquí donde el profesional debe proporcionar una información clara y concreta a cerca de la deficiencia que presenta el niño, de esta manera la familia canalizaría de mejor forma su dolor o sentimiento de culpabilidad generado por la llegada del nuevo ser, se convierte entonces del anuncio del diagnóstico en una condición básica para aminorar todas esas reacciones surgidas ante la situación del niño; las personas que asumen el anuncio del diagnóstico deben ser capacitadas para que la familia encuentre en ellos un verdadero soporte de confianza en los profesionales. A partir de esta situación muchos padres comienzan a hacer todo lo posible con el fin de proporcionarle a su hijo una alternativa de vida.
- **Fase de reacción:** Dentro de esta fase vienen inmensas reacciones acompañadas de diversos sentimientos donde el dolor y la desesperanza llevan un papel importante. Entre ellas están:
 - 0 **Negación:** No se acepta totalmente el diagnóstico, lo que conlleva a una incesante búsqueda que permita revivir las ilusiones antes recibidas. Enfrentar la realidad de que su hijo no será "normal" es una idea que no

cabe dentro de la forma de vida y en ocasiones en el medio socio - cultural convirtiéndose en una obsesión. Encontrar algo o alguien que coincida con su ilusión es la mayor esperanza. Sin embargo con el tiempo esta situación cambia y se transforma en un hecho que les permite reaccionar y actuar de manera diferente.

- 0 **Agresividad:** Es transferida generalmente hacia el personal encargado de anunciar el diagnóstico, por eso es importante que este anuncio sea acompañado de profesionales competentes los cuales informan el diagnóstico dando alternativas para mejorar la condición de vida del niño

- 0 **Temor a no poder querer a su hijo y deseos inconscientes de muerte:** Se genera aquí los sentimientos más fuertes ante ese nuevo individuo, al cual temen, quieren y odian a la vez, es decir se da una confusión donde sólo el desarrollo y pequeños logros de sus hijos les hará entender cual dispersos estaban.

- **La fase de reintegración:** Los padres comienzan a buscar y aprovechar los recursos que beneficien a su hijo discapacitado emprendiendo un camino donde la estimulación adecuada y en especial los profesionales que están en torno a los niños con NEE se conviertan en un nuevo elemento de apoyo, para aquellas familias que aún se encuentran de cierta manera desequilibradas, que esperan lo mejor y en ocasiones grandes transformaciones en sus hijos por el hecho de participar y efectuar las

indicaciones dadas en el programa de estimulación adecuada formando un concepto errado de sanación.

- **Fase de adaptación:** Las fases hasta aquí afrontadas por las familias permiten entender que el proceso de aceptación del hijo discapacitado no ha sido fácil pero que el reto de afrontarlo le ha permitido vivenciar experiencias en ocasiones amargas y en otras maravillosas, la lucha incesante por continuar hallando apoyos adecuados para el niño y toda la familia son estímulos significativos.

Es básico entonces que los padres sean sinceros ante sus emociones y sentimientos, el cuidado, preocupación a aceptación del nuevo miembro de manera consciente va a permitirles aceptar las limitaciones del niño permitiéndole dar al sujeto con necesidades educativas especiales una vida familiar a la cual tienen derecho.

12.3.2 Estrategia para los Padres. Thomas H Powell & Peggy Ahrenhold Ogle en su libro el niño especial hace una recopilación de 25 estrategias para los padres, de las cuales mencionaremos las que consideramos de mayor valor para la participación de la familia en la estimulación.

- Valorar a cada hijo como individuo. Comparar a los hijos es una tendencia natural, especialmente en lo que se refiere a sus características física, sus cualidades y sus defectos.

Limitar las responsabilidades de los hijos. Es posible lograr el necesario equilibrio repartiendo las responsabilidades, así el niño con discapacidad se siente útil y valioso.

El niño discapacitado se le debe tratar de la forma más normal posible. Si los padres se ponen siempre al lado del niño discapacitado se pueden presentar conflictos al interior de la familia.

Si los padres no aceptan la limitación de los hijos, es poco probable que los demás miembros de la familia lo hagan. Una vez que los padres aceptan la limitación, la familia puede comenzar a formular los planes necesarios para enfrentar de una manera justa y constructiva, todos los problemas relacionados con la limitación.

Aceptar la presencia de amigos y otros niños en la casa. Compartir con extraños la intimidad familiar es una forma de manifestar que se aceptan las limitaciones del discapacitado y de reafirmar la voluntad de la familia de participar plenamente en la vida de la comunidad.

Las decisiones que atañen al niño discapacitado deben ser consideradas por todos los miembros de la familia.

Tratar de que el niño discapacitado llegue a ser lo más independiente posible.

- Reconocer los momentos de tensión que pueden presentarse en la familia y tratar de minimizar los efectos negativos.
- Buscar ayuda profesional. En ocasiones los hermanos del niño especial afrontan una serie de crisis y necesitan ayuda profesional, la cual es preciso buscar sin demora.

Los mismos padres pueden necesitar este apoyo en algunas circunstancias

- Brindarle la oportunidad para que la vida y las actividades de la familia sean normales.

12.4 INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA EN LOS NIÑOS CON RETARDO MENTAL

Innegablemente hay un desfase en la adquisición de estas habilidades con respecto a los niños no deficientes. Se habla de que su adaptación es escasa. Su adaptabilidad es lenta y se dificulta aún después de contactos repetidos. A los niños con retardo mental les da dificultad seguir normas, los nuevos lugares, nuevas actitudes y caras extrañas pueden provocar una reacción inicial de protesta y llanto.

La frustración a menudo da como resultado una "pataleta", cuando finalmente termina por adaptarse funcionan fácil y conscientemente.

El retardo mental implica como mínimo un retraso y disfunción en el desarrollo de la personalidad.

Las peculiaridades personales que a veces se asocian a los diferentes déficits, dependen no tanto de la discapacidad en sí, sino de una historia individual llena o no de experiencias y de interacción con otras persona.

Se han descrito problemas en las habilidades de autonomía con respecto a la alimentación: dificultad de masticación que les lleva a preferir la comida triturada y alteraciones en los movimientos de la lengua durante la comida.

12.4.1 Alimentación y Vestido. La edad a la que los niños aprenden a alimentarse y vestirse por si solos depende no solamente de su inteligencia y habilidad manipulativa, sino de las oportunidades para aprender. La edad a la que aprenden, dependen también de su personalidad y deseos de independizarse.

Cuando una madre continua alimentando y vistiendo a su hijo después de que ya puede hacerlo por si solo, retrasa su desarrollo en estos aspectos.

12.4.2 Control de Esfínteres. Es difícil decir cual es la edad a la que se adquiere el control de esfínteres, por que no es fácil distinguir entre lo que es condicionamiento temprano y lo que es control voluntario.

Se denomina enuresis primaria cuando se observa a un niño que nunca ha tenido una noche seca y que por un tiempo sobrepasa la edad normal; siendo la causa principal de ésta una maduración retrasada del sistema nervioso.

Los niños con retardo mental suelen ser retrasados en cuanto a la adquisición del control, probablemente debido al retraso en la maduración, aunque la pereza, puede ser otro factor.

Normalmente cuando un niño ha estado seco durante las noches y comienza a mojarse se da la enuresis secundaria; debido a causas como la inseguridad, la separación de los padres, los celos u otros traumas emocionales.

La adquisición del control de esfínteres puede retrasarse por una insistencia demasiado entusiasta en el "aprendizaje" obligando al niño por ejemplo a sentarse en el orinal cuando no quiera hacerlo y a castigarlo al no hacer lo que se espera de él, puede asociar el orinal con algo desagradable y condicionarse en contra, debido a esto también se le puede provocar la incontinencia.

Esta incontinencia (gota a gota) en un niño sugiere una obstrucción de la uretra, y en una niña un uréter ectópico que penetra en la vagina o en la uretra.

En ambos sexos, la incontinencia puede estar provocada por un meningomicrocele, aunque la espina bífida oculta no suele tener importancia.

Al respecto la incontinencia de la orina está en relación con muchos factores; entre ellos: el condicionamiento, la constitución, la calidad, el ritmo de los métodos de aprendizaje, el periodo sensitivo o crítico, la personalidad de la madre, el desconocimiento de la madre del proceso de desarrollo normal y de sus variaciones, la capacidad de la vejiga y las enfermedades orgánicas.

Escoja la respuesta correcta

6. La fase inicial de shock por la que pasa la familia en el proceso de aceptación del niño con necesidades educativas especiales consiste en:
 - a) No se acepta totalmente el diagnóstico
 - b) Se viven sentimientos de dolor y desesperanza
 - c) La familia se sumerge en un tormentoso mundo donde la ilusión del niño deseado pasa a ser un momento traumático y doloroso.

7. Hay inmensas reacciones acompañadas de diversos sentimientos, que puede asumir la familia antes de aceptar que tienen un hijo con necesidades educativas especiales estas reacciones pueden ser :
 - a) Trauma y dolor - indiferencia
 - b) decepción - resignación
 - c) Negación - agresividad - temor no poder querer a su hijo y deseos inconscientes de muerte

GLOSARIO

Ectopico: Dicese de un órgano en situación anómala

Enuresis: Es la incontinencia de orina después de los cuatro años

Esfínteres: Musculo o grupo de musculos que encierra un orificio natural. Son importantes el anal, el de la uretra y el del iris

Incontinencia: Enfermedad que consiste en no poder retener la orina por rebosamiento, parálisis del esfínter o por inflamación de la mucosa (cistitis)

Uréter: Cada uno de los conductos por donde desciende la orina desde los riñones hasta la vejiga

Uretra: Conjunto membranoso de las vías urinarias que se extiende desde la vejiga hasta el exterior

BIBLIOGRAFÍA

Enciclopedia Temática de la Educación Especial. Tomo I. Madrid, 1996. pag 383

H POWELL, Thomas y Ogle Ahrenhold Peggy. El Niño Especial - El Papel de los Hermanos en su Educación. Editorial Norma S.A., 1991. pag 136 a 145

ILLINGWORTH, Ronalds. El Desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas Normal y Patológica. Editorial Medica y Técnica S.A.. Barcelona, España, 1983. pag 210-211

Pedagogía Moderna y Conducta Estudiantil - El Desarrollo del Niño. Editorial Océano. España. 1987. pag 62



no cruzadas tus sentimientos,
 no vendas nunca las lagrimas,
 fíjate si tienes ganas,
 ríe si quieres hacerlo
 sueña si quieres soñar,
 grita si es tu deseo.
 Vive la vida a cada segundo,
 escucha siempre a tu corazón,
 muéstrate siempre como tu eres,
 y cada día serás mejor.
 Disfruta cada paso,
 no pierdas la ilusión,
 no calles lo quieras decir tus labios,
 no calles lo quieras gritar tu voz.

**Para que su hijo crezca sano y feliz
 vacúnelo**

las fuerzas del amor
ALEJANDRO CARRANZA

VIVE

Vive la vida a cada instante,
no desperdicies un solo minuto,
no bajes los brazos ante nada ni
ante nadie.

no escondas tus sentimientos,
no ocultes nunca las lagrimas,
llora si tiene ganas,
ríe si quieres hacerlo
sueña si quieres soñar,
grita si es tu deseo.

Vive la vida a cada segundo,
escucha siempre a tu corazón,
muéstrate siempre como tu eres,
y cada día serás mejor

Disfruta cada paso,
no pierdas la ilusión,
no calles lo quieran decir tus labios,
no calles lo quiera gritar tu voz,
sigue adelante con fuerzas,
con las fuerzas del amor

ALEJANDRO CARRANZA

13. UNIDAD N° 8 SALUD Y NUTRICIÓN EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

13.1 SALUD EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

Los problemas de salud de las personas con retardo mental no son en si mismos distintos a los que pueden presentar las personas sin retraso.

El diagnóstico del estado de salud de toda persona, independientemente de que tenga o no retraso mental, requiere de la colaboración del paciente. En personas discapacitadas puede haber problemas debido a:

- **La dificultad de reconocer los síntomas:** Las personas con retardo mental pueden tener dificultad para reconocer que determinados síntomas son inusuales y que constituyen indicios de problemas de salud.
- **Dificultades para describir los síntomas:** Una persona con retardo mental puede tener problemas para describir sus síntomas correctamente, dificultando el diagnóstico.

- **Falta de cooperación en el examen físico:** Cuando las personas no han sido entrenadas adecuadamente y son incapaces de responder ante sugerencias del médico como: "respirar profundamente"
- **Personas de problemas múltiples de salud:** Puede haber dificultad al interpretar los síntomas por la presencia de múltiples problemas de salud. Por lo cual para diagnosticar con claridad la causa de un síntoma, se deben conocer los efectos e interacciones de todos los problemas de salud que puedan haber asociados al retardo mental, así mismos de los tratamientos que se estén proporcionando.
- **Influencia de alteraciones previas:** Personas con retardo mental pueden presentar alteraciones previas que no tienen ninguna relación con los síntomas que se están evaluando. Por lo que se hace indispensable hacer una distinción cuidadosa entre los efectos de alteraciones previas y los problemas de salud actuales.

Aunque anteriormente se dice que los problemas de salud como tal, no son en sí mismos distintos a los que presentan las personas sin retardo, puede presentarse deficiencias en la salud propias de cada patología y que requiere de un control médico periódico para evitar minusvalías o complicaciones en el desarrollo general del niño. Algunos de estos problemas son:

- Cardiopatías
- Problemas de metabolismo

- Problemas de tiroides, entre otros.

13.2 LA VACUNACIÓN

Que son las vacunas? son bacterias o materiales de origen bacteriano, que actúan como antígeno con el fin de inducir la producción de anticuerpos. Asegurándose de que el niño reciba todas las vacunas necesarias se le previene de sufrir muchas enfermedades peligrosas como: **la difteria, el tétano, la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión** entre otras.

Algunas inmunizaciones son permanentes, mientras que otras requieren dosis de refuerzos de vez en cuando, con el propósito de mantener la protección.

La administración de las vacunas se hace mediante inyecciones, excepto la de la poliomielitis, que debe ser ingerida por vía oral.

La vacuna del sarampión, la rubéola y la parotiditis suelen suministrarse en una sola dosis (triple vírica). Las vacunas trivalentes como la del tétano, tos ferina y difteria (D.T.P.) suelen darse en tres dosis espaciadas. La vacuna de la poliomielitis se suministra aproximadamente en el mismo tiempo de la trivalente.

Es importante aplicar las vacunas al tiempo exacto de su requerimiento, ya que muchas de estas enfermedades infecciosas son más graves mientras más pequeños son los niños.

En el siguiente cuadro encontrará el esquema general de vacunación para afianzar más los conocimientos sobre el tema.

»

LAS VACUNACIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

| Vacuna | Edad y Método | Precauciones | Reacciones | Contraindicaciones |
|--|--|--|--|---|
| Antipolio Trivalente : | Se efectúa tres suministros de vacuna SABIN por vía oral, se inicia habitualmente en el tercer mes de vida, continuando las dos restantes con un mes o dos de distancia | Dos horas de ayuno antes y después de ingerirla | Ninguna | 1. Enfermedades febriles aguda 2. Diarrea 3. Vacunaciones reciente antivariolicas o antituberculosas o enfermedades contagiosas; esperar que haya pasado por lo menos cuatro semanas 4. Reciente intervención quirúrgica a la garganta o a la nariz 5. Durante el tratamiento a base de cortisona |
| Trivalente Contra La tosferina La difteria y el tétano | Inoculación única con triple inmunización contemporánea, suministro por vía endomuscular; tres inyecciones a distancia de treinta días aproximadamente la una de la otra transcurrido un año de la tercera, es practicada otra inyección llamada de refuerzo | Ninguna (aconsejada la vacunación precoz para proteger a los neonatos de la tosferina para los cuales, en los primeros meses de vida, puede darse de manera bastante peligrosa | Dolores en la zona de la inyección algunas líneas de fiebre durante las 48 horas siguientes a la vacunación | En el curso de enfermedades febriles agudas y si el niño han presentado cuadros de convulsiones |
| Antituberculosa | Practicadas a los neonatos si son hijos de tuberculosos o están expuestos a contagio. Inyección intradérmica en la región deltoidea del brazo izquierdo | Se practica después de la reacción de tuberculina y sólo en sujetos negativos | Enrojecimiento local, incluso por largo tiempo. Es posible que se produzca un ligero ascenso de la temperatura | Enfermedades febriles agudas |

REACCIONES Y CONTRAINDICACIONES A LAS VACUNACIONES

Además de las reacciones normales (fiebre, cansancio) que puede provocar algún tipo de vacunación aunque muy raramente, es posible que surjan graves complicaciones relacionadas con la intolerancia a los componentes de la vacuna a la mala respuesta inmunitaria del niño.

La insuficiencia del sistema inmunitario resulta particularmente grave en el caso que se haya efectuado una vacunación con agente vivo: antituberculosa, antipoliomielítica, antirrubeólica, antisarampionosa, etc. En este caso si la respuesta del organismo está alterada, el agente vivo aunque no virulento puede extenderse por el organismo provocando graves reacciones. Existe por lo tanto contraindicaciones comunes a todas las vacunaciones, absolutas para las vacunas con agentes vivos: enfermedades febriles agudas, neoplasias, tratamiento con fármacos inmuno - depresivos y cortisonas, carencia de gammaglobulina; otras contraindicaciones son: el embarazo y las enfermedades cerebrales. Existen algunas contraindicaciones particulares para las diversas vacunas:

- La vacuna anti - tos ferina no se puede efectuar en niños que han tenido cuadros de convulsiones, en niños cerebropáticos y que hayan cumplido los cinco años.
- La antipolio está contraindicada para los niños afectados de diarrea.

- La antigripal no se puede efectuar en niños de edad inferior a los tres años o alérgicos a la albúmina.

13.3 CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO CON RETARDO MENTAL

Cada niño es un ser individual crece y se desarrolla de una manera determinada. Dos niños de la misma edad e incluso dentro de la misma familia pueden desarrollarse de diferente forma, mientras que uno puede caminar a los nueve meses, el otro puede dar sus primeros pasos solo hasta que cumpla un año. Entre los 0 y 18 meses el niño crece y se desarrolla en forma rápida.

Hay que tener en cuenta que el niño debe tener el sistema nervioso preparado para realizar todo tipo de tareas. Cuando se fuerza al niño a realizar una tarea que esta por encima de su capacidad mental y física, puede sentirse fracasado tanto él, como sus padres. Por ello es importante respetar el ritmo en que cada niño crece y se desarrolla según sus habilidades. Cuando por si mismo emprende una actividad nueva quiere decir que sus músculos y nervios están preparados para hacerlo.

La herencia determina en gran medida la capacidad del niño para realizar una tarea a una edad determinada. Pero en algunas situaciones, dicha capacidad se ve afectada por factores externos como un ambiente favorable, la nutrición, enfermedad, una lesión nerviosa o cerebral. Aunque todos los niños no son iguales, puede predecirse de una manera general sus principales logros. Un

niño "normal" de 18 meses generalmente come solo, toma en taza, usa cuchara, pronuncia correctamente cuatro o cinco palabras, camina, puede hacer construcciones sencillas con cubos de madera e intenta participar en la realización de tareas caseras. A los dos años corre, arroja pelotas, garabatea, combina algunas palabras, escucha con cierta atención la narración de cuentos y sabe su nombre. Muchas veces a esta edad ya no usa pañales. A los cinco años puede subir escaleras alternando los pies, saltar, copiar círculos y cruces. Sabe su edad y nombre completo.

En cuanto a los niños con necesidades educativas especiales hay que tener claridad en que su proceso de crecimiento y desarrollo se diferencia de los otros niños en término de tiempo; puede adquirir las mismas conductas solo que el tiempo en que lo logra es más lento.

El cuerpo de un niño de 18 meses a 3 años ya no crece tan rápido como el de un recién nacido.

Por regla general una niña de 18 meses y un niño de 2 años miden la mitad de lo que será su estatura definitiva. La longitud del cuerpo aumenta de 7 a 10 centímetros durante el segundo año y de 5 a 7 durante el tercero.

En este periodo de tiempo (de 18 meses a 3 años) es normal que ocurra una disminución en el apetito del niño, debido a que su interés primordial es descubrir y explorar el mundo que lo rodea y la comida pasa a un segundo plano, ya que su apreciación parece algo menos importante.

En términos generales puede decirse que peso y la talla en los niños con retraso mental, es inferior a la medida normal para la edad cronológica y su proceso de desarrollo es lento

13.4 ASPECTOS GENERALES DE LA NUTRICIÓN

No hay unos requerimientos específicos en cuanto a la nutrición del niño con retardo mental, ya que todos los niños como tal necesitan una buena alimentación para tener un buen desarrollo óptimo y unas buenas condiciones de salud.

Durante los primeros años de vida, los cambios en el crecimiento, desarrollo y consumo de alimentos del bebé son mayores que en cualquier otro periodo de su vida. La buena nutrición es importante durante esta etapa.

Cuando el bebé nace, el mejor alimento es la leche materna, ya que ésta proporciona mejores sustancias nutritivas y defensas contra algunas enfermedades e infecciones.

Después de los cuatro meses se recomienda socializar al bebé con diferentes sabores.

ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

- Empezar con frutas en forma de jugo, como manzana, guayaba, granadilla y papaya. Deben darse inicialmente diluidas con agua hervida en proporciones iguales. El jugo puede suministrarse en las horas de la mañana y de preferencia con cucharita. La fruta ayuda a reducir el estreñimiento que se puede presentar en el bebé por cambio en la alimentación.
- Se puede introducir compotas cereales refinados, y verduras, para que así se establezca un patrón duradero de buena nutrición.
- La alimentación del niño entre los 2 y 5 años influye en los cambios ocurridos en las áreas de crecimiento y desarrollo. La tasa de crecimiento empieza a hacerse más lenta.

La reducción gradual en la ingestión de alimentos puede ir acompañada por el relativo o total rechazo a los que eran consumidos, quizás en días anteriores, con gusto y delicia. El no estar consciente de que se disminuyen las necesidades calóricas, conduce a forzar la alimentación. El niño tiende a rebelarse y es allí donde comienza los problemas alimentarios. Durante este periodo, el niño también desarrolla el gusto y el olfato, lo que le permite discriminar con claridad los sabores y olores, quedando en capacidad de seleccionar los alimentos.

Se podrían dar unos objetivos generales en esta etapa:

- Ofrecer una ingestión adecuada de todos los nutrientes para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo.
- Lograr establecer adecuados hábitos alimentarios.
- Tratar de que los hábitos alimentarios ayuden positivamente en la formación de la personalidad del niño.

Es clave en la alimentación del niño en esta edad, que los momentos de la comida sean agradables y placenteros y no conlleven una carga de tensión y mal humor.

Con el siguiente cuando se explican los principales nutrientes y los alimentos donde pueden encontrarse.

| Vitaminas | Función | Alimentos donde se encuentran |
|---------------------------------|---|--|
| A | Ayuda al desarrollo de los dientes y conserva la piel, los tejidos de revestimiento de las cavidades del cuerpo y las glandular que producen jugos digestivos; contribuyen a la visión nocturna | Leche, nata, mantequilla, yema de huevo, hígado, riñon, grasas, aceite de hígado de bacalao, verduras, melocotones, albaricoques |
| B, (Tiamina) | Proporciona energía al cuerpo, ayuda a conservar el apetito, la actitud mental sana y el funcionamiento normal de los musculos | Carne magra de cerdo, judías secas, visceras, guisantes, nueces, huevos, leche, pan, cereal integral y enriquecido |
| B ₂ (Riboflavina) | Permite que los hidratos de carbón suministren calor y energía al cuerpo | Hígado, corazón, riñones, cereales enriquecidos, leche, queso, huevos, hortalizas verdes |
| B ₆ | Ayuda al cuerpo a metabolizar algunos aminoácidos y sintetizar proteínas | Pescado, queso, huevos, carne, harina integral, espinacas, zanahoria, patatas, leche de vaca |
| BI2 | Necesaria para el desarrollo normal de los glóbulos rojos y para prevenir la anemia perniciosa | Hígado de buey, riñones, leche, huevos, queso, arenques |
| c (Ácido ascorbico) | Aumenta la resistencia a la infección. Facilita la formación de dientes y huesos. Necesaria para mantener sana las encías y los tejidos | Cítricos, tomates, melones, fresas, pimientos, piña, col, brécol, espárragos, verduras de todas clases |
| D | Facilita la absorción del calcio y fósforo para el desarrollo de los huesos | Pescado de mar, leche enriquecida con vitamina D, aceite de hígado de bacalao |
| E | Protege la vitamina A de la destrucción por oxidación. Interviene en los procesos de la fecundación | Aceites de semillas, leche, huevos, lechuga |
| K | Actúa en la síntesis de la protrombina y otros factores de la coagulación | Verduras fresca, harina de pescado, huevos |
| Niacina | Facilita la conservación sana de la piel y demás tejidos del cuerpo | Carne, aves, pescado, trigo enriquecido e integral |

El contenido de los compuestos vitamínicos es obtenidos mediante procedimientos varios de fabricación. Los alimentos naturales contienen elementos nutritivos desconocidos pero esenciales.

Para proporcionar al niño las vitaminas necesarias es mejor confiar en una dieta equilibrada, excepto cuando el medico receta un suplemento de ellas.

Una vitamina que el niño no siempre toma en cantidad suficiente es la vitamina D, la cual contribuye a que el organismo absorba el calcio y fósforo que necesita, especialmente durante el desarrollo de los huesos y dientes. Los médicos y especialistas en dietéticas recomiendan una dosis diaria de vitamina D durante el periodo de crecimiento, hasta los 20 años. Hoy en día la mayor parte de las marcas de leche son enriquecidas con vitamina D. Un litro de leche contiene la cantidad diaria requerida. La exposición a la luz del sol también proporciona vitamina D. Los rayos ultravioleta del sol o de las lámparas de cuarzo actúan sobre una sustancia contenida en la piel y produce vitamina D.

TALLER DE EVALUACIÓN

1. Enuncie las dificultades relacionadas con la salud del niño con retardo mental
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)

2. Las enfermedades principales contra las que hay que vacunar son
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)

3. Algunas inmunizaciones son de tipo _____ y otras requieren _____ para mantener la protección.

4. La única vacuna administrada por vía oral es

5. No se vacunan los niños cuando presentan
Elija la respuesta correcta
6. Las vacunas de acción permanente (una sola dosis) son;
 - a) Sarampión, rubéola, y parotiditis
 - b) Tétanos, tos ferina, difteria y poliomielitis
7. Los niños con retardo mental, tienen dificultad para reconocer los síntomas de enfermedades, lo cual consiste en:
 - a) Reconocer que determinados síntomas son inusuales y que constituyen indicios de problemas de salud
 - b) Describir los síntomas correctamente
 - c) Cooperar para determinación del diagnóstico
8. Los controles médicos en los niños con retardo mental pretenden:
 - a) Disminuir el grado de retardo mental
 - b) Complicaciones que puedan afectar el desarrollo general del niño
 - c) Controlar el peso y la talla

GLOSARIO

Albúmina: Proteína de bajo peso molecular, soluble en agua y soluciones diluida de sales, coagulan por el calor

Cortisona: Hormona que actúa como elemento regulador de la cantidad de iones salinos en las células y procesos metabólicos

Difteria: Enfermedad grave, contagiosa, producida por una bacteria y consiste en la formación de una membrana en la garganta o en la cavidad nasal, que dificulta la respiración y a veces provoca asfixia e incluso la muerte.

Estertor: Ruido a que da origen el paso del aire por las vías respiratorias obstruidas por mucosidades

Gammaglobulina: Fracción de la globulina que se encuentra en el plasma y son responsables de las reacciones de aglutinación antígeno - anticuerpo

Hipotiroidismo: Disminución anormal de la actividad secretora de la glándula tiroides. En los niños se manifiesta internamente por un retraso en el desarrollo corporal y mental: talla inferior, obesidad, poco apetito, cabellos escasos, etc. .

El desarrollo sexual es deficiente. En los adultos suele conducir a un envejecimiento precoz.

Inmunización: Proceso que consiste en conferir a un sujeto la inmunidad o resistencia respecto a un determinado agente infeccioso.

Neoplasia: Tumor de tejido nuevo que se forma en una parte cualquiera del cuerpo y cuyos elementos sustituyen a los tejidos normales; tiene vida independiente de estos y no realiza ninguna función orgánica. Puede ser benignos o malignos.

Parotiditis: Enfermedad infecto - contagiosa de origen virico que afecta especialmente a las glándulas salivares. Puede provocar complicaciones en órganos genitales, pancrea, riñon, etc..

Poliomielitis (Parálisis infantil) : Enfermedad grave producida por un virus que se caracteriza por la inflamación del cerebro y la medula espinal. Los síntomas iniciales se parecen a los de un resfriado corriente: fiebre, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, trastornos intestinales graves, espalda rígida, espasmos musculares en el cuello y muslos o dolores y rigidez en las piernas, espalda y cuello.

Rubéola: Llamada también sarampión alemán o de los tres días, enfermedad contagiosa causada por un virus. La rubéola se da en niños entre los 5 y 15 años. Los primeros síntomas son: fiebre moderada, dolor de garganta, dolor de

cabeza, endurecimiento e hinchazón de los ganglios del cuello y de detrás de las orejas y posible erupción de color rosado, comenzado a aparecer entre los 14 y 21 días después del contagio.

Sarampión: Enfermedad muy contagiosa, causada por un virus. Los primeros síntomas son similares a los del resfriado común el niño tiene una tos seca, los ojos rojos y llorosos y a veces le sube rápidamente fiebre, aparece unos diez días después de contraer la enfermedad.

Inicialmente aparece unas manchitas blancas en la parte interior de las mejillas, y dos días más tarde se presenta una erupción de color rojo en la piel que se expande en todo el cuerpo en forma descendente hasta llegar a los pies.

Tétano: Enfermedad infecciosa caracterizada por la rigidez y contracción convulsiva de los músculos voluntarios.

Tos ferina: Es una enfermedad contagiosa originada por una bacteria. Empieza como un resfriado corriente: mucosidades, poca fiebre y tos seca. Posteriormente el niño sufre ataques de tos, que empeoran por la noche y que terminan con un estertor (como si retuviera el aliento), pudiendo causarles vómitos.

BIBLIOGRAFÍA

Enciclopedia el Mundo de los Niños. Guía de los Padres. Editorial Salvat Editores. S.A., 1988. pag 118-126

Enciclopedia Práctica de la Madre. Revista N° 3 El Niño Hasta los Seis Años, El Colombiano. Ediciones Nueva Gente, 1989. pag 398 - 403

Enciclopedia Práctica de la Madre. Revista N° 3 El Niño Hasta los Seis Años, Publicaciones de Periódicos Asociados, 1989. pag 397 - 402

Manual de Nutrición Básica para la Familia. Línea Nutricional, Laboratorios Procaps, 1987. pag 15-20

CONCLUSIONES

La elaboración del módulo de capacitación a padres de niños con retardo mental, del Centro de Servicios Pedagógicos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- Es importante de que la capacitación se desarrolle siguiendo unos parámetros de organización y coherencia, ya que ofrece mayor eficacia al programa de estimulación, y por consiguiente mayores beneficios para la población, con discapacidad.
- La bibliografía consultada reafirma la necesidad de rescatar el papel de la familia y de cualificar su participación dentro de los programas de educación especial en beneficio del desarrollo integral del niño con N.E.E..
- Los padres como miembros principales en el proceso de intervención deben tener claridad sobre el desarrollo de sus hijos para intervenir adecuadamente en el proceso, este aprendizaje debe ser orientado por el educador especial.
- La capacitación debe ser sistematizada y continuada permanentemente, complementada con diferentes alternativas didácticas; donde se ofrezca a los

padres la oportunidad de afianzar sus conocimientos y cualificar día su intervención en el proceso.

Se conoce a fondo como es el desarrollo del niño dentro de un margen de normalidad.. Se podrá determinar con exactitud cuando hay una anormalidad en dicho desarrollo y como intervenir adecuadamente.

El papel del educador especial es fundamental, ya que actúa como mediador entre el conocimiento científico y la experiencia práctica y orienta en el aprendizaje de procesos de atención, educación y rehabilitación del niño N.E.E. .

El módulo se considera como una guía teórico - práctica de apoyo a la acción de las practicantes del Proyecto de Estimulación Adecuada, que permanentemente puede complementarse y cualificarse a través de las diferentes experiencias pedagógicas.

La unidad familia - escuela es la que dinamiza el proceso de intervención pedagógica del niño con N.E.E y debe fortalecerse a través de procesos investigativos y de confrontación en forma permanente.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, Isabel, Yilena Arango, Anastasia Rivera, Rosa Robledo e Isabel Velez. Proyecto Pedagógico Una Conceptualización para la Nueva Propuesta de Intervención Pedagógica en el Proyecto de Estimulación Adecuada. Centro de Servicios Pedagógico, 1996

AZCOAGA, Juan Enrique. Trastornos del Lenguaje. Segunda Edición. México Ateneo, 1981. pag 205

BETANCUR M., Sigifredo. Fundamentos de Medicina. Tercera Edición, Editorial C.I.B.: Corporación Pro Investigación Biológica, 1983. pags 650

CANDEL GIL, Isidoro. Programa de Atención Temprana, Intervención en Niños con Síndrome de Down y Otros Problemas de Desarrollo. España Impresos y Revista S.A., 1993

Corporación Síndrome de Down. Pequeños Pasos. Bogotá, 1989. pags 384

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Volumen II. Editorial Santillana. México, 1987.

Enciclopedia el Mundo de los Niftos. Guía de los Padres. Editorial Salvat Editores. S.A., 1988. pags 159

Enciclopedia Práctica de la Madre. Revista N° 3 El Niño Hasta los Seis Años, El Colombiano. Ediciones Nueva Gente, 1989. pags 403

Enciclopedia Temática de la Educación Especial. Tomo I. Madrid, 1996. pags 638

Enciclopedia Temática Educación Especial. Tomo II. Editorial. Madrid 1988. pag 1956

FLOREZ, Jesús, María Victoria Troncoso. Síndrome de Down. Editorial MassoS.A., 1993. pag 372

H. HOUSTON, Merritt. Tratado de Neurología. Editorial Salvat Editores S.A.. pags 1977

H POWELL, Thomas y Ogle Ahrenhhold Peggy. El Niño Especial - El Papel de los Hermanos en su Educación. Editorial Norma S.A., 1991. pags 251

ILLINGWORTH, Ronalds. El Desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas Normal y Patológica. Editorial Medica y Técnica S.A.. Barcelona, España, 1983. pags 387

JOHNSTON. JOHNSTON. Desarrollo del Lenguaje. Editorial Médica Panamericana. 1988. pags 272

Los Cinco Primeros Años. Por los Editores de Consumer Guide. Grupo Editorial Norma. Santafé de Bogotá, 1992. pags 288

LUCKAS. Documento El Lenguaje y sus Subsistemas, 1981.

Manual de Nutrición Básica para la Familia. Línea Nutricional, Laboratorios Procaps, pags 46

Pedagogía Moderna y Conducta Estudiantil - El Desarrollo del Niño. Editorial Océano. España. 1987. pags 261

PERERA MEZQUIDA, Juan. Programa de Acción Educativa Síndrome de Down. Edición Tercera. Editorial Cepe General, S.L. Pardiña. Madrid, 1993. PAGES 435.

PÉREZ MARINA, José. La lectura y Escritura en la educación especial. Editorial General Pardiña, Madrid, 1995. pags. 172

RAMÍREZ, Doris Adriana. Exploración Refleja en el Niño con Retardo Mental, Proyecto de Estimulación Adecuada. Centro de Servicios Pedagógico, 1996

Raymond D. Adans y M. D. Maurice Víctor. Principios de Neurología.
Editorial Revente S.A., 1981. pags 1141

RONALD S., Illingworth. El desarrollo Infantil en sus Primeras Etapas
Normal y Patológico. Editorial Medica y Técnica S.A., Barcelona, 1983.
pag 206-289

SARMIENTO DÍAZ, María Inés. Estimulación Temprana. Ediciones
Paulina. 1984. pag 472

VERDUGO ALONSO, Miguel A.. Personas con Discapacidad - Perspectivas
Psicopedagogicas y Rehabilitadoras. Siglo XXI Editores S.A. México -
España. Primera edición, Febrero de 1995. pags 719