

PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN DIRIGIDO A LAS FAMILIAS DE INFANTES DÉBILES VISUALES.

MSc. Yamila de las Nieves Rondón Cabrera¹, Ing. Lisette Caparrós Gou², Lic. Thahys Oropesa Moré³, MSc. Anelys Rodríguez Gou⁴.

1. *Logopeda Centro de Neurodesarrollo. Rosa Luxemburgo. Cárdenas.
Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba*

2. *Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba. Centro de Neurodesarrollo. “Rosa Luxemburgo”. Cárdenas.*

3. *Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba. Centro de Neurodesarrollo. “Rosa Luxemburgo”. Cárdenas.*

4. *Centro Universitario Municipal de Cárdenas, Matanzas, Cuba. Logopeda del Centro de Neurodesarrollo. “Rosa Luxemburgo”. Cárdenas*

Resumen

La investigación se realizó en el marco histórico-lógico y dialéctico que caracteriza al sector de la salud, de tipo mixto, porque su diseño incluyó, aspectos analíticos y de intervención. Fue implementada en infantes que fueron atendidos en el Departamento de Terapia Ocupacional del Centro de Neurodesarrollo, nacidos en el período del 1° de enero del 2013 al 1 de enero del 2017 y que cumplieron los criterios de inclusión quedando constituido el universo por 11 infantes. Se diseñó un protocolo de estimulación dirigido a familias y rehabilitadores de infantes débiles visuales. El mismo incluye un sistema de actividades empleadas para compensar el grado de afectación, y ser utilizado como sistema de recomendaciones a realizar en el hogar. La prevalencia de infantes débiles visuales resultó más frecuente en varones que en hembras.

Palabras claves: Infantes, débiles visuales, sistema de actividades, familias, seguimiento.

El sentido de la visión es trascendental para la autonomía y el desenvolvimiento de cualquier persona. Los conocimientos de que disponemos e incluso las actividades que realizamos, dependen en cierta medida de nuestra capacidad visual, de lo cual se infiere que nuestro desarrollo suele estar estrechamente interrelacionado con lo que visualmente captamos del medio circundante. La visión es el sentido que las personas usan para guiar el entendimiento del medio ambiente y las relaciones entre las personas, los objetos y los alrededores. Sirve como un integrante eficiente de información multisensorial que contribuye al desarrollo de habilidades perceptuales y formación de conceptos. La misma juega un rol importante en el desarrollo de relaciones y asociaciones entre personas y objetos. Los niños débiles visuales pueden presentar retraso del lenguaje, ellos pueden exhibir habilidades cognitivas, motoras y perceptuales retrasadas y limitada participación en el cuidado personal, juego e interacción social. Los terapeutas ocupacionales tienen que entender la complejidad e importancia de la visión y el significativo impacto de la disminución visual para desarrollar la participación en las terapias. La visión aporta al niño el explorar el medio ambiente y reconocer el espacio, aprender las propiedades de los objetos, interactuar y comunicarse con sus cuidadores y desarrollar las habilidades visuales – perceptuales necesitadas para actividades más complejas tales como: leer, escribir, jugar y tareas de cuidado personal. En resumen la visión es la mayor contribuidora de la praxis, la cual permite a un individuo organizar ideas y acciones, anticipar y monitorear, adaptar las demandas del medio ambiente. Muchas de las condiciones que afectan la visión son congénitas o tienen una etiología prenatal, un mayor sistema para procesar e interpretar información es comprometido desde el nacimiento, con un impacto substancial sobre el desarrollo subsecuente del niño en todas las áreas de ocupación.

El deterioro visual se considera tanto en sentido legal como educativo. La definición del deterioro legal es muy directa: *ceguera* (es agudeza visual de menos de 20/200 después de corrección), lo que significa la incapacidad para ver incluso a seis metros lo que una persona común ve a 60 metros, mientras que la *visión parcial* (es la agudeza visual de menos de 20/70 después de corrección), incluso si una persona no está tan dañada como para ser legalmente ciega, todavía podrían afectar seriamente su trabajo escolar. Por una razón: el criterio legal se refiere solamente a distancia de visión, mientras que la mayoría de las tareas educativas requieren de visión cercana. Además, la definición legal no considera habilidades en la percepción de color, profundidad y luz, y todo esto influye en el éxito educativo de un estudiante. Los problemas visuales más severos se identifican bastante pronto, pero a veces sucede que un deterioro pasa desapercibido. También es posible que los problemas visuales surjan gradualmente conforme los individuos se desarrollan fisiológicamente y, entonces, ocurren cambios en el aparato visual. Los padres y profesores necesitan estar atentos a las señales de problemas visuales en los niños. La irritación ocular frecuente (ojos rojos, orzuelos o infección); parpadeo continuo y contorsiones faciales cuando se lee; mantener el material de lectura inusualmente cerca de la cara; dificultad al escribir; y dolores de cabeza frecuentes, mareos o dolor en los ojos son algunos de los signos de problemas visuales.

La **ceguera** es una diversidad funcional de tipo sensorial que consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Los problemas en estas áreas de la capacidad visual pueden provocar deficiencias visuales o la pérdida de visión, la misma es la privación de la sensación visual o del sentido de la

vista, se interpreta la ceguera como la ausencia total de visión, incluida la falta de percepción visual. A partir de esta definición se concreta el concepto de ceguera legal.

Los trastornos del neurodesarrollo son difíciles de definir. Reflejan siempre alteraciones en las que se ven afectados varios áreas del desarrollo de los infantes; de ahí la importancia de la intervención temprana, pues el trastorno puede ir retrocediendo el desarrollo, agravando y comprometiendo la calidad de vida de estos niños. Se trata de que el niño viva con placer las acciones que desarrolla durante el juego libre. Esto se logra en un espacio habilitado especialmente para ello en el que el niño puede ser él mismo (experimentarse, valerse, conocerse, sentirse, mostrarse, decirse, aceptando unas mínimas normas de seguridad que ayudarán a su desarrollo cognitivo y motriz bajo un ambiente seguro para él y sus compañeros. En la práctica psicomotriz se tratan el cuerpo, las emociones, el pensamiento y los conflictos psicológicos, todo ello a través de las acciones de los niños: de sus juegos, de sus construcciones, simbolizaciones, la pintura y la forma especial de cada uno de ellos de relacionarse con los objetos y los otros. Con las terapias se pretende que el niño llegue a realizar de forma autónoma sus acciones de relación reconocimiento del esquema corporal, la orientación espacial, agarre, desarrollo de destrezas, habilidades manuales, el uso de las manos y la coordinación viso manual. Cuando estas habilidades se encuentran comprometidas o ausentes disminuye la posibilidad de recepcionar información sensorial del medio y de percibir el resultado de su acción sobre él; dado que ellas constituyen las herramientas primarias por excelencia para efectuar labores superiores inherentes al ser humano, como trabajo, juego, higiene y autocuidado y otros. Conociendo el estudio realizado en el Centro del Neurodesarrollo “Rosa Luxemburgo” de Cárdenas por los diferentes especialistas en el año 2014 donde el 4% de un cohorte de 11 niños seguidos durante 3 años, por presentar factores de riesgos pre-peri y postnatales, presentaron trastornos de la visión. Por estos motivos y teniendo en cuenta que estos trastornos constituyen formas clínicas difíciles de rehabilitar para lograr la inserción social y académica de estos pacientes y desarrollar al máximo sus potencialidades, las autoras de la presente investigación proponen un protocolo de estimulación a familias y rehabilitadores de infantes débiles visuales, ya que la atención temprana e integral de estos trastornos requieren de terapias complementarias. Con el presente sistema de recomendaciones se logrará orientar a las familias de infantes débiles visuales y los resultados que se obtengan de su eficacia, son prerequisite para la evaluación a mayor profundidad de infantes con estos trastornos visuales. Se obtendrá además la mejoría en la evolución de los niños, lo cual redundará en mejor calidad de vida de los mismos, aumento en la satisfacción de la población con los servicios de salud recibidos y de los prestadores con los brindados, incentivo del mejoramiento continuo de los servicios sanitarios, escalón primario para alcanzar la excelencia en salud. Es cierto que, durante los primeros años de la vida, los niños ciegos están en una situación de mayor dependencia respecto a las iniciativas de sus padres y/o de otros adultos próximos a ellos. Los niños videntes reciben mucha información y tienen muchas experiencias sin que hayan sido programadas de forma intencional por los adultos que conviven con ellos. Por supuesto, los niños sin visión también acceden a muchas experiencias de forma espontánea, pero en términos comparativos dependen más de un adulto intermediario. En este sentido, es importante proporcionarles oportunidades de experimentación; aproximarles elementos del entorno, que de otra forma quedarían excluidos de su campo perceptivo; y ayudarles a integrar e interpretar coherentemente los estímulos del mundo exterior.

Justificación del problema.

Debido a la elevada incidencia de infantes débiles visuales con afectaciones severas del Neurodesarrollo, que son atendidos en el Centro donde es evidente la presencia de factores peri natales y post natales que están relacionados con dicha afectación. Estos niños presentan: dificultades en cuanto a la estimulación multisensorial y propioceptiva, trastornos del sueño, marcada irritabilidad, insuficiente agarre de los objetos, uso de las manos, la coordinación viso manual, las destrezas manuales. Por ello nos dimos a la tarea de diseñar un protocolo de estimulación dirigida a las familias y rehabilitadores de infantes débiles visuales, ya que la atención temprana e integral de este trastorno requieren de terapias complementarias para compensar estas afectaciones.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

-Todos los infantes que se atendieron en el Departamento de Terapia Ocupacional del Centro de Neurodesarrollo “Rosa Luxemburgo”, nacidos en el período comprendido desde el 1° de enero de 2013 al 1 de enero de 2017.

-Todos los pacientes con los criterios anteriormente expuestos y en los que se les aplicó el conjunto de acciones dirigidas a compensar su grado de afectación a través de la guía de estimulación.

-Todos los pacientes que reunieron estos criterios y sus padres o tutores dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

-Los pacientes que por alguna causa abandonaron la Rehabilitación Integral.

-Todos los pacientes que reunieron estos criterios y sus padres o tutores no dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Métodos y técnicas científico-particulares empleados.

Métodos empíricos: Los fundamentales fueron la observación en consulta para registrar la conducta del niño durante la misma, entrevista con la finalidad de recoger anamnesis que incluyó factores de riesgos y manifestaciones clínicas, y los test de neurodesarrollo que sirvieron en el diagnóstico y evolución clínica de los infantes.

Métodos estadísticos: La estadística descriptiva que permitió organizar y clasificar los indicadores cuantitativos para el análisis de los resultados.

Métodos teóricos: Para profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades de los fenómenos estudiados se utilizaron los siguientes: Análisis-síntesis, que permitió el estudio de pacientes débiles visuales y los procedimientos para la evaluación y habilitación de los mismos. La síntesis estableció posteriormente la unión de dichas partes y las relaciones esenciales y características generales que se establecen entre ellas, procesos indispensables en el diseño de la guía

de estimulación.

Inducción-deducción, por medio de la observación de las características individuales y sin dejar de tener en cuenta los aspectos singulares de cada sujeto, se estableció una guía de estimulación, que posteriormente fue generalizado y evaluado en todos los niños.

Hipotético-deductivo, la hipótesis planteada se verificó en la realidad a través del diseño y aplicación de la guía de estimulación y se establecieron además conclusiones y nuevas predicciones en la intervención temprana de estos infantes.

Análisis histórico y el lógico, se realizó una amplia revisión bibliográfica donde se analizó la trayectoria histórica de las teorías existentes hasta la actualidad y se estudiaron las leyes generales y esenciales del funcionamiento y desarrollo del fenómeno investigado.

Enfoque sistémico, este método se empleó en la investigación para el diseño de la guía de estimulación propuesta como un sistema íntegramente relacionado con los subsistemas que lo componen.

Procedimientos y técnicas empleadas:

Todos los infantes fueron evaluados en los locales del Centro de Neurodesarrollo por un equipo interdisciplinario integrado por un médico especialista en Pediatría y adiestrado en Neuropediatría, una Licenciada en Psicología, un Licenciado en Defectología, un médico especialista en Neurofisiología y un Fisiatra. Las evaluaciones fueron realizadas en el horario de la mañana.

La primera consulta se realizó en el primer mes de vida e incluyó un interrogatorio exhaustivo profundizando los antecedentes patológicos personales, desde el inicio de la gestación, el embarazo, el parto y el postparto (Anexo 2), con el propósito de detectar los factores de riesgo neurológico capaces de determinar la aparición del diagnóstico y grado de afectación.

Se realizó un examen neurológico clásico (Anexo 3) atendiendo a la exploración del tono postural según los criterios de Amiel - Tisson y de los esposos Bobath. Se aplicó el Inventario de Desarrollo del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial.

En las siguientes consultas de seguimiento se actualizaron los resultados del examen neurológico, inventario de desarrollo, realizadas en la consulta de Atención Temprana y en el Departamento de Terapia Ocupacional.

A los pacientes que la evolución clínica lo ameritó, se les realizaron estudios neurofisiológicos tales como Electroencefalograma y Potenciales Evocados del Tallo Cerebral Auditivos o Visuales.

Se clasificaron los grados de afectación del Neurodesarrollo por grupos de rehabilitación, en terapias individuales y grupales:

Grupo I. Están incluidos los niños que presentan Síndromes de causa degenerativa.

Grupo II. Están incluidos los niños que presentan Síndromes de causa estática:

-Síndrome genético.

-Parálisis cerebral hipotónica: En la mayoría de los casos es la hipotonía la primera fase en la evolución hacia otras formas de PCI.

Grupo III. Están incluidos los niños sin LESNC, pero con afectación del tono.

Conducta terapéutica y seguimiento según clasificación por grupos:

Grupo I. Orientación familiar y Estimulación basal que incluye, técnicas de respiración, deglución, para el tono postural, masaje facial y corporal, estimulación multisensorial y socialización. Frecuencia diaria por el rehabilitador integral y la familia.

Grupo II y III. Protocolo de Estimulación dirigida a las familias y rehabilitadores de infantes débiles visuales. El mismo incluye el conjunto de actividades empleadas para compensar el grado de afectación. Se brindaron sesiones por rehabilitadores integrales del Centro, de aproximadamente 45 minutos diarios, con el objetivo de orientar a los padres sobre la importancia de utilizar este protocolo como terapia complementaria en la habilitación integral en el hogar. Se ofrecieron charlas educativas, debates, y entrevistas individuales por el equipo de Psicología del Centro, sobre la importancia de la habilitación, la sistematicidad en las mismas, el principio por el cual la familia debe ser el ejecutor principal de las acciones descritas en el protocolo de estimulación y donde es posible lograr los mejores resultados en la habilitación de los infantes. Se mantuvieron incorporados a las terapias de rehabilitación en el Departamento de Terapia Ocupacional, pero sobre todo en sus hogares.

El segundo criterio que se tomó en cuenta fueron los resultados obtenidos atendiendo al grado de afectación del neurodesarrollo antes y después de aplicado la Guía de estimulación.

Afectación severa del neurodesarrollo: Incluye el déficit visual y/o auditivo bilateral, epilepsia, signos precoces de parálisis cerebral sin posibilidades de marcha y coeficiente de desarrollo menor de 50.

Afectación moderada del neurodesarrollo: Incluye déficit sensorial auditivo, déficit sensorial visual parcial, signos precoces de parálisis cerebral con posibilidades de marcha y coeficiente de desarrollo entre 51 y 70.

Afectación leve del neurodesarrollo: Incluye trastorno o retardo leve con posibilidad de marcha, retraso aislado del lenguaje y coeficiente de desarrollo entre 71 y 85.

La base de datos se creó en el Programa MS/Excel y en su análisis se determinaron las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las variables estudiadas. Los textos se procesaron con Word XP, los gráficos se realizaron con Excel XP.

Protocolo de estimulación dirigida a las familias de infantes débiles visuales.

El diseño de este protocolo está escrito para los padres de los niños débiles visuales. Con los infantes y familiares hemos compartido experiencias que nos han enseñado a ellos y a nosotros como rehabilitadores.

El sistema de orientaciones que proponemos resultara un instrumento útil para todos los profesionales que trabajamos con los niños en las primeras etapas de su vida.

Este protocolo de estimulación para niños débiles visuales está diseñada a partir del nacimiento hasta los 3 años. En la misma hemos trazado los objetivos por áreas de desarrollo.

Para la confección de esta guía hemos consultado y seleccionado objetivos incluidos en las siguientes escalas de desarrollo:

- Inventario de desarrollo Batelle.
- Inventario de Desarrollo del Instituto Panameño de Habilitación Especial.

Actividades que pueden realizar los padres en el hogar

Estimulación multisensorial y propioceptiva.

Realizar los pleassing (juegos de manos con crema) en superficies lisas Ej. Platos, fuentes, mesas, tapas de lavadoras, espejos y otros.

Atiende a la voz de la madre, se calma cuando lo carga y le habla

Emite vocalizaciones.

Sonríe cuando escucha las voces de los padres y la de otros familiares.

Sugerimos cantar canciones infantiles de preferencia tradicional, si el niño es irritable recomendamos utilizar música instrumental Ej. Mozart.

No esperar a que el niño tenga hambre o se sienta incomodo: hablarle, acariciarlo mostrándole seguridad.

Comienza a prestar atención a las voces familiares y busca la fuente sonora, a medida que va desarrollando da señales de respuestas a diferentes estímulos.

Debemos seleccionar juguetes sonoros Ej. Marugas, Panderetas, marimbas, maracas, claves o Pomo de diferentes tamaños rellenos de frijoles, piedras, cuentas, bolas, semillas, etc.

Aconsejamos cargar al niño desnudo y la madre manteniendo la privacidad quitarse la blusa, de ahí la importancia del contacto piel a piel. Para ello las madres deben estar emocionalmente en función de las actividades que estén desarrollando en ese momento.

Al cargarlo en posición para la lactancia materna las dos manos deben de estar al frente, acariciarlos gentilmente, darle besos, ofreciéndole seguridad y bienestar en todo momento.

Pasar las manos por diferentes texturas, incluyendo su propia piel, sus ropas, el rostro de la madre, el del padre que se rasura y todas las texturas asequibles a su edad. Ej. Toallas, cobertores, pañales, esponjas, cepillos con cerdas suaves, brochas, pelotas de diferentes tipos de telas rellenas las mismas con telas, algodón, esponjas, frijoles, arenas y otros materiales según la edad del niño.

Cuando liberan cintura escapular, agarran los objetos en línea media.

Vuelve la mano para coger el objeto si el mismo es sonoro.

Mantiene las manos abiertas.

Juega con las mismas y con la de los padres y familiares. • Se llevan los objetos a la boca, succionan. Agitan los juguetes para obtener sonido. Antes de forrarles las cajas de medicamentos con diferentes texturas, colocarle al pomo cuentas de collares de nuestras abuelas, chíncharos y otros elementos para que emitan diferentes ruidos.

Agarra el objeto sobre su pecho cuando esta boca arriba.

Ponerlos en el piso y corral de Madera para que mantengan la cabeza erguida y logren la extensión de sus brazos.

Juega con sus pies, (el adulto a través del juego y canciones debe estimular el agarre de los mismos)

Favorecer el rolado de los dos lados (virarlo hacia un lado, hacia el otro, siempre con la supervisión del rehabilitador y la familia). Recordar las voces de mando, la misma constituye la herramienta clave para el desarrollo de nuestros infantes.

Mantenerse sentado con apoyo en el coche, la cuna, corral y otros lugares escogidos por los padres Ej. El balanceo del sillón, esto debe de hacerse amarrado por la cintura con un pañal,

A la hora del baño ponerlos en las piernas boca abajo y dejarles caer gotas de agua tibia en la espalda esto estimula y mejora el control cefálico. Ponerles toallas tibias y frías en las partes distales, manos y pies. Cuando agarre la taza o pomo decirles que frío esta o que caliente en dependencia del alimento que vaya a ingerir.

Acostarlos en una hamaca diseñada por la propia familia, nunca dejarlos solos, aprovechar ese momento y cantar, lograr que disfrute la actividad.

Al oler los alimentos vuelve la cabeza hacia el pomo, taza, plato y abre la boca para recibir el mismo. Decirles vas a comer puré, el mismo esta tibio, caliente, enseñarlos a soplar en ese momento, teniendo en cuenta las edades de los infantes.

Alimentarlo con cuchara cuando el pediatra autorice la introducción de nuevos alimentos.

Enseñarlos a comer en familia, darle cuchara para que golpee o frote la mesa

Conoce su plato y cuchara y para qué sirven.

Luego esta actividad va a propiciar que cuando se le dé crayolas realice sus primeros garabatos.

Si presentan trastornos Del sueño en cuanto a horarios, irlos educando en cuanto a la higiene del sueño. Calmarlos, informarles que es de noche, que no hay ruidos, recomendamos hacer o contar pequeñas historias.

Es de vital importancia cuando comience a caminar, no cambiar los muebles de lugar, ni sus objetos personales en la casa.

Dentro del hogar describirles todas las partes de la casa y que contienen cada una de ellas. Ej. Estamos en tu cuarto, en el mismo está tu cuna de madera, pasarle las manos y decirles mira que suave, la superficie es lisa, torneada, que toque las paredes, ventanas, si son de aluminio, aprovechar y decirles están frías, calientes. Así ir describiendo cada momento del día y las diferentes actividades de las cuales va a participar desde que se levantan.

Es de vital importancia relacionarlos con otros coetáneos, celebrarles sus cumpleaños e invitar a niños allegados a ellos y otros familiares. Llevarlos a excursiones y parques infantiles de las localidades. A medida que van creciendo los intereses y motivaciones serán otras.

Estimular sus logros por pequeños que sean los mimos.

Caminarlos por terrenos irregulares ayudados y guiados por ustedes los padres y rehabilitadores. Recordarles, vamos por la acera, bajamos, subimos, siempre brindando información de los lugares que va pasando y a los cuales va a visitar.

Comienza a extrañar a sus allegados. Acepta en ocasiones las actividades que proponen el rehabilitador o familiar.

Dice que no con la cabeza.

Comienza a reconocer partes de su cuerpo, aquí hacemos especial énfasis en la utilización de canciones. Ej. Pimpón.

Ya comienzan a aparecer las primeras palabras con intensidad.

Muestra especial interés por un juguete y lo retiene, no se le debe de quitar sin previo aviso, para luego ofrecer otro.

Sentado en el piso con las piernas abiertas busca el objeto que se le cae, la madre debe de estar atenta y tratar que si cae el mismo fuera de su radio de acción no dar directamente sino acercarlo a sus pies o manos para que el niño tome la iniciativa de buscar por sí solo.

Entiende él toma, coge, dame, palabras de uso frecuente que son necesarias repetir desde pequeños.

Se quita el paño que le cubre la cabeza, cerciorarse que lo haga con sus dos manos.

Baila cuando escucha música, aquí es importante que la familia lo apoye, dándole seguridad.

Aprieta los juguetes blandos y los transfiere de una mano a otra.

Toma alimentos solo, come pan, galletas. Come sentado en su silla junto a la familia. Ya se muestra más activo en las actividades de la vida diaria.

La mamá lo llama y le echa los brazos para que lo cargue.

Tira besos, dice adiós, aplaude.

Responde a preguntas sencillas. Dice dos o tres palabras. Luego va incorporando nuevas palabras y onomatopeyas de diferentes animales, hasta que comience a asociar dos palabras y así sucesivamente diga frases completas.

Hala un carro amarrado a un cordel.

Busca objetos escondidos dentro de una caja grande o debajo de un paño.

Saca las anillas del anillero, las clavijas, mete objetos en cubos y los saca.

Abre diferentes tipos de pomos, las puertas.

Gatea, camina, se desplaza sentado.

Salta con ayuda de sus padres en un colchón o cama elástica.

Colabora con sus padres en las tareas de vestirse y desvestirse.

Mantiene la atención durante períodos de tiempo cortos.

Comprende: deprisa – despacio, arriba – abajo, delante – detrás, lleno vacío.

Se sube al sillón o sofá de la casa. Sube escaleras de la mano sin alternar los pies. Hace cuclillas, lanza pelota de diferentes texturas ofrecidas por los padres.

Comienza desvestirse, se quita los zapatos y medias, la labor de la familia está en ayudar, vamos a guardar la media que te quitaste en el zapato derecho y la otra en el zapato izquierdo. Esta actividad se repite todos los días no importa la edad, los vamos preparando para que se orienten.

Señala cuando tiene el pañal sucio. El mismo se sustituye por calzoncillos o blúmer y se retiran los culeros desechables y trabajamos para ir regulando los esfínteres.

Besa y acerca la cara para que lo besen.

Habla por teléfono con familiares.

Imita e incorpora muchas palabras que escucha. Se ponen contentos antes sus logros.

Identifica objetos familiares por su uso. Ej. el peine sirve para peinarse, la cuchara para comer y otros.

Juega con plastilina, se le canta Ej. delante, delante como el elefante, detrás, detrás como el viejito Tomas, se le pintan las manos con acuarelas y van dejando sus huellas y diferentes trazos, recomendamos trabajar con arena mojada en una palangana o cajas.

Inicia tareas de amontonar y ayudar a recoger sus juguetes.

Coloca objetos pequeños en pomos de boca estrecha.

Se tira de una canal o tobogán en los parques inflables. Camina por la casa, guiándose por las paredes, baja escaleras con ayuda y orientación de los padres.

Ya se puede separar un rato de sus padres y quedarse con otras personas.

Comprende y acepta algunas Normas. En ocasiones, se resisten esto se irá logrando repitiendo día a día.

Puede elegir entre dos alternativas propuestas. Realiza diferentes acciones simbólicas de forma aislada. Domina los conceptos, dentro-fuera, formas grande – pequeño, conceptos encima – debajo. Comienza con actividades de clasificación de objetos por su forma, texturas y otros.

Domina los conceptos mucho-uno-ninguno.

Cuenta de uno a tres elementos. Encaja el círculo en un tablero excavado.

Camina con intencionalidad de ir a buscar algo que dejo, ej. en el cuarto

Monta el triciclo o bicicleta con ayuda.

Salta con los pies en el suelo con apoyo de los padres o rehabilitadores.

Puede correr de la mano de los padres y allegado.

Puede seguir un ritmo, ponerle la música preferida. Tocar piano, pianolas, guitarras, maracas, estimular la audición.

En esta etapa de la vida se quita la ropa.

Utiliza la cuchara para remover alimentos preferidos.

Abre y cierra las llaves que estén a su alcance. Ej. Vertederos. Cuando se

Lavan las manos, intentan secarse las mismas.

Debemos recordar siempre que los niños débiles visuales desde muy pequeños, van consiguiendo logros a partir de sus necesidades como seres humanos. Nuestra responsabilidad es brindarles oportunidades de aprender a conocer el mundo que los rodea y a disfrutar del mismo en familia. y esto solo será posible si colaboramos todos y nos ponemos a buscar alternativas que les permitan desarrollarse como seres útiles para la sociedad, abogando todos por la inclusión y no a la segregación. Por ello exhortamos a todos los profesionales a prepararnos para recibirlos en nuestras aulas y no en escuelas especiales.

Bibliografía

Díaz Pérez .Leonardo. Enfermedades de los ojos en la infancia y la adolescencia. Editorial Oriente. 2016.

En los zapatos de los niños ciegos. Primera edición: Madrid, 2004.

Rodríguez Fernández JP. Algoritmo para la atención temprana de infantes con factores de riesgo de afecciones del neurodesarrollo [Tesis de Maestría]. Centro Docente de Rehabilitación del Neurodesarrollo de Cárdenas (Cuba). Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas : 2008.

Fisioterapia en pediatría. Fagoada Kids can be Kids. Shelly J Lane, Anita C. Bundy

Prácticas y conceptos. pp. 43-99. Madrid: Miño y Dávila.

Bellanger, D. Conferencia de Psicomotricidad. Centro Docente de Rehabilitación del Neurodesarrollo "Rosa Luxemburgo".2016

Del Olmo Pinar, Rubio Fernández Sonia, Ballesteros Martín Andrés, Basán Pozos Carlos, Gómez Plata Ana, Laura. Edición 2010.

Revisión de Historias Clínicas del Centro de Neurodesarrollo.Rosa Luxemburgo
Cárdenas.2013-2017



CD de Monografías 2017
(c) 2017, Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos"
ISBN: XXX-XXX-XX-XXXX-X

Cuerpo de la monografía

El texto del trabajo se escribirá con letra Times New Roman, de 12 puntos, en párrafos justificados a ambos márgenes y con espaciado de 12 puntos antes y después del párrafo. La letra cursiva se utilizará para indicar palabras en idiomas extranjeros o resaltar alguna frase. Se evitará el uso de negritas y subrayados dentro del texto.

La estructura del cuerpo de la monografía es opcional, se puede declarar explícitamente las partes de la misma, introducción, desarrollo y conclusiones o desarrollarla de forma continua.

Las conclusiones se escribirán en forma de párrafo, sin enumeraciones.

Para la bibliografía se utilizará la norma ISO 690, con algunas modificaciones. En el texto, las citas se indicarán entre paréntesis, señalando los apellidos de los autores y el año (Pérez y García, 2006). Si son más de dos autores, sólo se pondrá el primero, seguido de et al. (Jiménez et al., 2005). Se colocará al final del documento una sola lista que incluya lo que se ha citado en el texto y la bibliografía consultada para realizar la investigación. En la sección Bibliografía de esta plantilla, se muestran algunos ejemplos.

La extensión de las monografías debe ser entre 5 y 30 páginas.

Nota aclaratoria:

Se recomienda al montarse en esta plantilla, ir copiando las partes del artículo original e ir sobrescribiendo éste, pegando siempre con ajuste al formato de destino, para aprovecharlo y evitarse complicaciones. No se aceptarán los párrafos separados por más de un **ENTER**, o sea, fin de párrafos en Word.

Bibliografía (Ejemplo Norma ISO)

JACK, H. *Engineer On A Disk - Manufacturing Integration and Automation* [on-line], 2003 [citado: marzo 30 de 2010], Grand Valley State University, Allendale, MI (USA) Disponible en: <http://claymore.engineer.gvsu.edu/eod/pdf/automate.pdf>.

ÖZEL, T.; NADGIR, A. Prediction of flank wear by using back propagation neural network modeling when cutting hardened H-13 steel with chamfered and honed CBN tools, *International Journal of Machine Tools & Manufacture*, 2002, 42 (3), p. 287 - 297.

TÁPANES, R. *Aplicación de la optimización multiobjetivo del proceso de torneado*, 83 h. Tesis en opción al título de Máster en Ciencias. Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”, Matanzas (Cuba). 2005.

TROTT, A.R.; WELCH, T. *Refrigeration and air-conditioning* (Third edition), Butterworth-Heinemann, Oxford, 2000.

Recuerde respetar el orden alfabético de entrada de autores.

Puede usar en el documento electrónico la palabra **descargado** o también **consultado**

Un error muy frecuente en Monografías es el uso de las comillas en los títulos de los documentos que se reflejan en la bibliografía, lo cual no está establecido en la Norma ISO.