

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO  
RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6  
AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA**

**FASCICULO II**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO  
POR:**

**ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ  
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN**

*PREVIO A OPTAR EL TITULO DE PROFESORAS DE  
EDUCACION ESPECIAL*

Guatemala, septiembre de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS M-5, M-3  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 760790-84 Y 760985-86  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Dh  
13  
T(973)

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes  
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
S E C R E T A R I O

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodríguez  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EDIFICIOS 'M-S, M-3'  
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12  
TELÉFONOS 760780-84 Y 760985-86  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.  
CIEPs.  
Archivo

REG. 2247-84

CODIPs. 453-95

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL  
DE INVESTIGACION.

Septiembre 21 de 1995

Señoritas Estudiantes  
Alberta Cristina Sosa Pérez  
Edilia Mercedes Gómez Chan  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señoritas Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y CINCO (27-95) de fecha treinta de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe final de INVESTIGACION titulado: "TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLÓGICA", de la carrera técnica de PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL, realizado por:

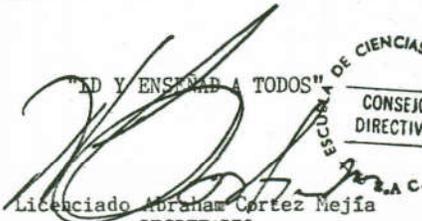
ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ  
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN

CARNET No. 16-12971  
CARNET NO. 16-13605

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Sandra Eugenia Pineda y revisado por el Licenciado Francisco Quiñonez.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

  
"ED Y ENSEÑAR A TODOS"  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CONSEJO DIRECTIVO  
A.C.  
Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO

/rmp.

1995 AÑO DE LA REFORMA UNIVERSITARIA. CON TU PARTICIPACION LA REFORMA AVANZA





ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-88  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 363-94

REG. 2247-84

INFORME FINAL

Guatemala, 18 de octubre de 1994

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EDIFICIO

ESTIMADOS SEÑORES:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado FRANCISCO ANTONIO QUIÑONEZ SANTIZO, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado: "TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LÍMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA", de la Carrera Técnica de PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL, presentado por las estudiantes:

<u>NOMBRE</u>	<u>CARNET No.</u>
ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ	16-12971
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN	16-13605

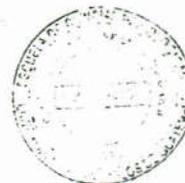
Solicito se continúe con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

  
LICENCIADO WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS  
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

WZC/edr  
c.c. archivo







ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS 760790-94 Y 760985-88  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala, 18 de octubre de 1994

LICENCIADO  
WALDENAR ZETINA CASTELLANOS  
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES  
EN PSICOLOGIA  
EDIFICIO

LICENCIADO ZETINA:

Me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado: **"TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA"**, de la Carrera Técnica de **PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL** presentado por las estudiantes:

<u>NOMBRE</u>	<u>CARNET No.</u>
ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ	16-12971
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN	16-13605

Por considerar que el mismo llena los requisitos establecidos, solicito se continúe con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO FRANCISCO ANTONIO QUIRÓN SANTIZO  
DOCENTE-REVISOR

FAQS/edr  
c.c. archivo







ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Reg. 2247.

27 de septiembre de 1994

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Edificio

Señores:

Por este medio me permito informar que he asesorado y aprobado el contenido y presentación de la monografía titulada "TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA", y por consiguiente someto a su estudio para su revisión y aprobación.

El trabajo de investigación arriba mencionados fue elaborado por las estudiantes:

ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ  
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN

Carnet No. 82 12971  
Carnet No. 82 13605

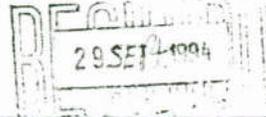
Sin otro particular me suscribo de ustedes atentamente.

  
Licda. Sandra Pineda  
ASESORA

/eadey.



Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



PROPiedad DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
biblioteca Centro



MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

Subject: [Illegible]

[Illegible text]

[Illegible text]

Approved: [Illegible] Special Agent in Charge

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 'M-5, M-3'  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS 760790-94 Y 760985-86  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

2401  
Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

CCDIPs. 34-95



Guatemala, 1 de agosto de 1995.

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

Señores Consejo:

Por este medio informo a ustedes que el Centro de Investigaciones en Psicología autoriza la renuncia de las Asesoras: Licda. Ana Odilia Alvarez y Profa. Ana Ingrid García, por la Licenciada Sandra Pineda, quien queda como actual Asesora del Informe Final de Investigación de la Carrera Técnica de Profesorado en Educación Especial titulado: "TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROPE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA", realizado por la estudiante: Alberta Cristina Sosa Pérez, Carnet No. 16-12971 y Edilia Gómez Chan Carnet No. - 16-13605.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

  
LIC. FELIPE ALBERTO R.  
COORDINADOR CIEPs.

c.c. estudiantes  
archive







**ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

EDIFICIO: "M-S.M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 76079-04 Y 760088-08.  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

REG. 2247-84

CAPs. 313-85

DE APROBACION DE PROYECTO DE  
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO  
DE ASESOR

Julio 9 de 1985

Señoritas  
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN Y  
COMPAÑERAS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señoritas

Transcribo a ustedes el Punto DECIMO QUINTO del Acta DIECIOCHO OCHENTA Y CINCO (18-85) de la Comisión Administradora de fecha treinta de mayo del año en curso, que literalmente dice:

- "DECIMO QUINTO: La Comisión Administradora tomando como base:
- La previa "Autorización para elaborar el Proyecto", consignada en el Acta diecisiete ochenta y cinco, punto décimo, de fecha veintidós de mayo en curso, de esta Comisión.
  - El cumplimiento en los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones de Psicología -CIEPs.-
  - El dictamen del asesor-docente respectivo

R E S U E L V E

- Autorizar el proyecto de Investigación titulado "EDUCACION PSICOMOTRIZ EN EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL A NIVEL LEVE Y FRONTERIZO DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA" presentado por los cuatro grupos de estudiantes de tercer grado de la Carrera Técnica de PROFESORADO EN EDUCACION ESPECIAL que se indican más adelante.
- Nombrar como asesores del mismo a los Profesionales: Miriam Ponce, Ana Odilia Alvarez y Ana Ingrid García.

Asimismo queda indicado que, considerando la forma en que fue planificado el trabajo de tipo bibliográfico-documental y por referirse a un tema sumamente extenso, la investigación será desarrollada en subtemas por los cuatro grupos de estudiantes, quienes al concluirla, presentarán el informe final de sus respectivos trabajos en forma de fascículos, el cual, además de los requisitos establecidos, deberá contener:

- Nombre del tema general y el subtítulo propio
- Prólogo, en el que se explicará que la investigación está integrada por cuatro subtemas y
- Una síntesis del contenido de cada subtema con su respectivo esquema.





**ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS**

EDIFICIO: "M-S-M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 76079-1-84 Y 760888-86.  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CAPS 313-85

DE APROBACION DE PROYECTO DE  
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO  
DE ASESOR

Julio 9 de 1985

Los informes finales por fascículos serán presentados por cada uno de los grupos estudiantiles como trabajos de graduación - profesional en la carrera técnica mencionada.

De igual manera se establece de acuerdo a lo planteado, la integración de los cuatro fascículos en un texto único para uso docente y estudiantil al momento de graduarse la totalidad de los grupos.

La distribución de los subtemas (en fascículos) y grupos estudiantiles es la siguiente:

FASCICULO I. Subtítulo "ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA EDUCACIÓN - PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DEFICIENTES MENTALES LEVES Y FRONTERIZOS DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA".

Miguel Alfonso Lemus Altan	CARNET No.82-12767
Miriam Judith Tejeda Vásquez	CARNET No.82-12420
Teresa Beatriz Flores Duque	CARNET No.82-12812
Dina Maritza Cuellar García	CARNET No.82-13252
Carin Rossana Guay Galindo	CARNET No.82-15324

Asesor: Licenciada Miriam Ponce

FASCICULO II. Subtítulo "TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL LEVE Y FRONTERIZO DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA".

Edilia Mercedes Gómez Chan	CARNET No.82-13605
Thelma Yolanda Gómez Ramírez	CARNET No.82-10346
Alberta Cristina Sosa Pérez	CARNET No.82-12971

Asesores: Licenciada Ana Odilia Alvarez  
Profesora Ana Ingrid García

FASCICULO III. Subtítulo "TEORIA, METODOS Y TECNICAS EN LA EDUCACION PSICOMOTRIZ DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL LEVE Y FRONTERIZO DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA".

Luis Arturo Estrada Carranza	CARNET No.79-10258
Héctor Velásquez Cruz	CARNET No.80-12591
Jesús Carmelina López	CARNET No.82-14717
Sandra Magaly Soto Arrecis	CARNET No.80-50135
Enna Lucrecia Osorio Grijalva	CARNET No.82-14092
Yolanda Rosario Samayoa Vielman	CARNET No.82-15222

Asesor: Licenciada Miriam Ponce.





ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS: "M-S, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 76075-04 Y 760985-86.  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CAPs. 313-85

DE APROBACION DE PROYECTO DE  
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO  
DE ASESOR

Julio 9 de 1985

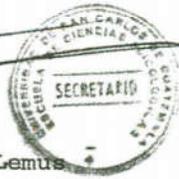
FASCICULO IV. Subtítulo "EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE  
LOS TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO  
DEFICIENTE MENTAL LEVE Y FRONTERIZO DE  
0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA".

Zaida Lorena Aragón Ayala	CARNET No.82-10308
Irma Carolina Calderón Ayala	CARNET No.82-13514
Karla Denise Castillo Steiger	CARNET No.82-10432
Sandra Verónica González Velásquez	CARNET No.82-10476
Yasmin Guadalupe Gereda Zea	CARNET No.82-10352
Natividad del Rosario Sanchez de León	CARNET No.82-12664

Asesor: Licenciada Miriam Ponce.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
  
Licenciado Víctor Hugo Lemus  
SECRETARIO GENERAL

VHL/imp.



Guatemala, 27 de Septiembre de 1994

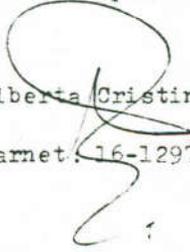
Licenciado; Waldemar Zetina Castellanos  
Director Centro de Investigaciones en Psicología  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Edificio.

Licenciado:

Atentamente, las estudiantes: Alberta Cristina Sosa Pérez, carnet - 16-12971 y Edilia Mercedes Gómez Chan, carnet: 16-13605; presentamos a usted nuestro trabajo de investigación; Monografía titulada "TRAS)---TORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE - 0 -6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA" (CORRESPONDIENTE a la carrera de Profesorado en Educación Especial).

También aprovechamos la oportunidad para proponer como revisor de dicho trabajo al Licenciado en Psicología; Francisco Antonio Quiñonez - Santizo, docente de ésta unidad académica; profesional que tiene experiencia y conocimiento en el campo del niño minusválido Mental, sensorial y físico.

Sin otro particular aprovechamos para suscribirnos muy atentamente;

  
Alberta Cristina Sosa Pérez

Carnet: 16-12971.

Edilia Mercedes Gómez Chan

Carnet: 16-13605.



ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Por darme la oportunidad de alcanzar mis metas.

A Mi Madre:

Que descanse en paz y que mi triunfo sea una  
guirnalda en su tumba.

A Mis hermanos y sobrinos:

Con amor fraternal

A Mis padrinos: con sincero aprecio y cariño.

A La Licenciada Sandra Pineda:

Con agradecimiento por su apoyo y dedicación  
constante en su asesoría.

A Mi compañera de Monografía:

Edilia Mercedes Gómez Chan  
Por su amistad y comprensión.

A La Licenciada Edith Siekavizza:

Por estimular mi capacidad.

Alberta Cristina Sosa Pérez.

1952-53

Page 4

1952-53

Page 5

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

1952-53

## RECONOCIMIENTO

- Universidad de San Carlos de Guatemala
- Escuela de Ciencias Psicológicas
- Centro de Educación Especial, Alida España de Osorio y a la población de niños que me proporcionaron el más precioso - campo de observación e inspiración para la realización de - este estudio.
- A mis catedráticas, Licenciadas: Sandra Pineda, Miriam Ponce y Eugenia Toralla; por su dedicación en mi formación profesional.
- Al Licenciado Francisco Quiñonez Santizo, por su apoyo e interés demostrado en la revisión del presente trabajo.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo.
- A usted especialmente.

Alberta Cristina Sosa Pérez.

PROLOGUE

THESE ARE THE STORIES OF THE

## PRESENTACION

La presente Monografía " TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA ". Es el fascículo II de cuatro que conforman el tema general titulado "EDUCACION PSICOMOTRIZ DEL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA".

Este presenta un panorama de la interrelación existente entre retraso mental y su repercusión en el plano motor del niño que la padece, manifestándose a la vez en dificultades en su rendimiento escolar e inadaptación social, lo cual fue fuerte motivación para procurar nuevos aportes para lograr su reeducación.

## INTEGRANTES:

ALBERTA CRISTINA SOSA PEREZ	82 12971
EDILIA MERCEDES GOMEZ CHAN	82 13605

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

## JUSTIFICACION

La interacción con niños retrasados mentales durante la práctica de Educación Especial, nos permitió observar y tomar conciencia de muchas de las limitaciones psicomotrices que presentan estos niños.

Por este motivo fué nuestra inquietud realizar el presente estudio. El cual forma parte del tema general "La Educación Psicomotriz del Niño retrasado mental leve y limitrofe de 0 a 6 años de edad cronológica", y que por razones metodológicas fué dividido en cuatro subtemas de acuerdo al proyecto presentado y elaborado en forma conjunta.

Estos temas fueron desarrollados por cuatro grupos de estudiantes, presentándose cada uno en forma de fascículo así:

- FASCICULO I " Estudios realizados sobre la Educación Psicomotriz en niños Retrasados Mentales Leves y Limitrofes de 0 a 6 años de Edad Cronológica".
- FASCICULO II " Trastornos Psicomotores en el niño Retrasado Mental Leve y Limitrofe de 0 a 6 años de Edad Cronológica".
- FASCICULO III " Teorias Metodos y técnicas en la Educación Psicomotriz del niño Retrasado Mental Leve y Limitrofe de 0 a 6 años de edad cronológica".
- FASCICULO IV " Evaluación Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Psicomotores en el Niño Retrasado Mental Leve y Limitrofe de 0 a 6 años de Edad cronológica".

## OBJETIVOS

## GENERAL:

Contribuir al enriquecimiento bibliográfico y específico sobre los Trastornos Psicomotores en los niños con retraso mental a nivel Leve y Límitrofe de 0 a 6 años de edad cronológica y su importancia en el proceso de reeducación.

## ESPECIFICOS:

Conocer e identificar a través de la investigación bibliográfica las anomalías o trastornos psicomotores que afectan al niño retrasado mental Leve y Límitrofe de 0 a 6 años de Edad Cronológica.

Transmitir los conocimientos adquiridos en el presente estudio como un aporte en pro de la reeducación del niño retrasado mental guatemalteco.

Presentar un panorama de la interrelación existente entre retrasado mental y las repercusiones en el niño que la padece, manifestada a través de un bajo rendimiento escolar e inadaptación social.

## INTRODUCCION

Toda forma de actividad del niño pequeño revela una íntima relación de dependencia a su nivel de desarrollo psico-orgánico. Es decir la acción es una forma de expresión del desarrollo. Mirar y perseguir un objeto con la mirada, alcanzarlo con las manos y manipularlo son procesos que evidencian distintos grados de madurez regidos por leyes de evolución.

Cuando el niño no logra alcanzar una adecuada madurez en todas sus estructuras, su capacidad limitada le obstaculiza la adquisición de un aprendizaje acorde a su edad y necesidades dificultándose también su adaptación social.

Los factores básicos en los que el niño falla contribuyen a producir un aprendizaje inadecuado en muchos aspectos de su desarrollo, como lo son; el comer, vestirse, caminar, etc. Los que disminuyen sus posibilidades de aprender en el nivel que espera la sociedad. Hablándose entonces del niño retrasado y luego de su educación especial para lograr recuperación mediante una metodología específica.

En el presente trabajo de investigación se desarrolla el tema; "Trastornos Psicomotores en el niño retrasado mental a nivel leve y limítrofe de 0 a 6 años de edad cronológica". Cuya corriente orientadora es la psicología del desarrollo que integra los principios teóricos de la psicogenética, biología, fisiología y psiquiatría.

La fuente bibliográfica consultada fue seleccionada de acuerdo a la funcionalidad que representaba para el desarrollo del estudio. Así, se tomó la clasificación elaborada por Dalila de Costallat, en base a ella y auxiliándonos de otros autores se desarrollaron los aspectos contenidos en el Esquema previamente estructurado.

## CAPITULO I

## RETRASO MENTAL

La definición internacionalmente aceptada sobre lo que es el retraso mental, dice que es un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio, asociado con impedimentos en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período de desarrollo. (1)

La asociación Americana de Deficiencia Mental, Gossman, 1983 dice que: " El funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio es cuando el cociente intelectual (CI) es de 70 o menos, obtenido de una medición estandarizada de inteligencia. Este límite puede extenderse hasta un CI de 75 ó más, dependiendo de la confiabilidad del test de inteligencia. (Ingalls, 1982, pag. 371).

Sin embargo solamente por un CI bajo no se puede definir como retrasado mental a un sujeto. Se tiene que medir su conducta adaptativa y manifestar también una deficiencia en esta área. Conducta adaptativa se refiere a la eficacia con que los individuos cumplen con las normas de independencia personal y de responsabilidad social que se espera en personas de su edad y de su grupo cultural. Los déficit en la conducta adaptativa se valoran según la edad de desarrollo.

Durante la infancia y niñez temprana, los déficit se evalúan en relación con las habilidades sensoriales, de comunicación y de socialización.

Durante la niñez y la adolescencia temprana, se atiende principalmente: a) la aplicación de habilidades académicas básicas en las actividades de la vida diaria, b) el razonamiento y juicio apropiado, c) habilidades sociales. (Sattler, 1988, pag. 220). Los dos aspectos deben manifestarse en el período de desarrollo o sea desde el nacimiento hasta los 18 años. Por consiguiente para que a un individuo se le considere como retrasado mental tiene que cumplirse en estos tres criterios: 1) los resultados del sujeto tienen que estar por debajo del promedio en una prueba de inteligencia, 2) su conducta adaptativa debe ser deficiente, y 3) los trastornos que manifiestan el retraso deben aparecer en el período de desarrollo. En la práctica los psicólogos se dan cuenta que hay sujetos que llenan uno o dos criterios de los anteriores, pero sin los tres no se puede catalogar como retrasado mental. Esto suele ocurrir mucho en los niños que provienen de ambientes poco estimulantes.

## Niveles de Severidad De Retraso Mental

Según Gossmann (1983, pag.213) los diversos niveles se han dividido en grados que van de acuerdo al punteo que obtuvieron en la prueba de inteligencia y niveles que son las escalas pedagógicas en las cuales se ubican dentro de un aula de educación especial; en esta investigación se estudia los niveles de retraso mental, Leve y Limitrofe.

### Retraso Mental Leve:

El retraso mental leve corresponde a la categoría pedagógica de educable (manual de Diagnóstico DSM-III-R pag.37). Este grupo reúne a una amplia capa de población afectada por este trastorno, alrededor del 85% . Los niños con este nivel de retraso mental pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el periodo preescolar (0 a 5 años de edad) y tienen un deterioro mínimo en las áreas sensoriomotrices, lo que a menudo hace difícil distinguirlos de los niños normales y obliga a establecer el diagnóstico en una edad más avanzada. Los adolescentes que sufren este tipo de trastorno pueden aprender distintas habilidades hasta el nivel del sexto curso, durante la vida adulta, pueden adquirir fácilmente habilidades de tipo social y profesional que le permitan tener una independencia mínima. No obstante pueden necesitar orientación y asistencia cuando eventualmente se encuentran sometidos a situaciones de stress social y económico. En la actualidad toda persona con retraso mental leve puede vivir perfectamente adaptada a su comunidad, vivir de forma independiente o en apartamentos supervisados, o en viviendas agrupadas , (a menos que exista algún trastorno asociado que impida estas posibilidades).

### Retraso Mental Limitrofe

Antiguamente se utilizaba la clasificación de retraso mental limitrofe o fronterizo, pero actualmente está en desuso por no considerar a estas personas retrasadas mentales; la razón de éste cambio es que: durante el tiempo que se utilizó ese término, surgió una preocupación muy honda a causa de los efectos degradantes y estigmatizantes que tiene la etiqueta de retraso mental.

La segunda razón para suspender esta categoría de retraso mental limitrofe se debe a que la investigación ( COBB, 1,972 ) ha indicado constantemente que la mayoría de la gente que se encuentra dentro de esta gama de CI, puede llevar una vida independiente y productiva. Por consiguiente en la actualidad se le llama " Inteligencia Limitrofe en lugar de retraso mental limitrofe, según lo hace ver la AAMD. (2)

## ETIOLOGIA DE RETRASO MENTAL

Se conocen más de 250 causas de retardo mental, las cuales se agrupan según en que periodo afectan al sujeto.

- 1- Factores Prenatales: como infecciones, mala nutrición de la mujer embarazada, genéticas por incompatibilidad sanguínea, trastornos endócrinos o metabólicos de la madre
- 2- Factores Perinatales: trastornos provocados al momento del nacimiento.
- 3- Factores Postnatales: por infecciones, intoxicaciones, traumatismos craneales, nutricionales.  
(se encuentra más detalladamente en el fascículo IV )

### Factores Biológicos:

Entre este factor estan los niños cuyo desarrollo temprano deficitario se relaciona con un diagnóstico médico de etiología conocida.

### Factor biológico probable:

Se encuentran los niños que presentan una historia de factores pre y neonatales que sugieren una alteración del sistema nervioso central y que aislada o condicionadamente, aumenta la probabilidad más tarde de un desarrollo deficitario.

### Factores Psicológicos:

Entre ellos se pueden mencionar los siguientes: El autismo, la psiconeurosis y la hiper-actividad que es una respuesta exagerada a los estímulos la cual se manifiesta en una forma excesiva de actividad sensorial la cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado.

### Factores Sociales:

A esta categoría corresponden las reacciones funcionales manifiestas incluyen la deficiencia debida a la privación ambiental, las deficiencias por influencia en el hogar en aspectos emocionales o trastornos severos de la personalidad ocasionadas por causas inciertas.

El niño vive en una cultura, en un ambiente al cual pertenece; sus reacciones intelectuales, emocionales, sociales y otras dependen en gran parte de si su medio está bien estimulado. Muchos factores especialmente la familia puede inferir en el crecimiento y desarrollo adecuado y la expresión de su potencial intelectual, psicomotriz y creativo. En el niño retrasado mental este proceso de desarrollo psicomotor se altera y se manifiesta de múltiples maneras.

## CAPITULO II

### PSICOMOTRICIDAD

#### DEFINICION:

La historia de la psicomotricidad es breve; el término aparece en el discurso médico de Dupré en 1905 es él quien establece la diferencia radical que existe entre motricidad y relajamiento.

A partir de esta época comienzan a aparecer los primeros trabajos que constituyen el punto de partida acerca del movimiento corporal. Ya Charcot se había interesado anteriormente por la función motriz al punto de considerarla uno de los elementos básicos de la patología psiquiátrica. Pero es en realidad Dupré quien a partir de estudios clínicos define rigurosamente la debilidad motriz, la inestabilidad y aisla perturbaciones como los tics, las sincinesias y las paratonías, estas investigaciones se sitúan en el eje puramente neurológico.

La perspectiva psicológica permite comprender un aspecto distinto de la personalidad psicomotriz, su tema es la imagen del cuerpo, es decir, su esquema corporal. El propósito de esto es definir la realidad del fenómeno de la conciencia la cual se presenta ante todo como conciencia del cuerpo propio y que permita captarse así mismo frente a los otros. Otro de los precursores de la psicomotricidad es Henry Wallon a partir de su obra pudo constituirse una nueva técnica terapéutica cuyo objetivo era la reeducación de las funciones motrices perturbadas. Otra es Jean Ajuriaguerra, quien define algunos aspectos de la obra de Wallon destacando la función de comunicación del tono (Dialogotónico), elaboró por otra parte un método de relajamiento en que los factores relacionales son el mejor elemento de la cura. Todo esto permite que la psicomotricidad entrará después de la guerra en Francia donde a partir de 1955 Duché enseñaba psicomotricidad en Salspétriere.

Psicomotricidad es el movimiento que se desarrolla con voluntad, intención y conciencia de lo que se hace, es decir que es el movimiento que une el pensamiento y la acción (según Dalila M. Costallat, psicomotricidad I pag. 10). Jean Claude Coste (Ajuriaguerra, pag. 215), la define como una técnica que contempla muchos puntos de vista y que aprovecha las adquisiciones de varias ciencias ya constituidas, la biología, la psicología, fisiología, el psicoanálisis, la sociología y la lingüística y tiene por objeto desarrollar las facultades expresivas del sujeto, además para servir de base firme para una moderna aplicación terapéutica de la reeducación.

Varios autores por razones didácticas y mayor comprensión de su importancia en el ser humano la dividen en los siguientes aspectos:

Motricidad gruesa  
 Motricidad fina  
 Orientación temporal  
 Orientación espacial  
 Esquema corporal  
 Sentido de lateralidad  
 Direccionalidad  
 Coordinación  
 Equilibrio  
 Ritmo.  
 Relajación.

Considerando que el cuerpo es el agente que establece la relación, la primera comunicación y que integra progresivamente la realidad de los otros, de los objetos, del espacio y del tiempo.

Para comprender la psicomotricidad y que sea valiosa la reeducación se debe contemplar la Educación neuromuscular con métodos progresivos al mismo tiempo que seguirlos de acuerdo a la maduración intelectual y fisiológica normal. La psicomotricidad implica tres dimensiones que pueden ser fuente de trastornos o perturbaciones:

- A) Dimensión de la función motriz. Se refiere a la evolución de la tonicidad muscular; desarrollo de las funciones de equilibrio, control y disociación del movimiento, desarrollo de eficiencia motriz.
- B) Dimensión cognitiva; control de relaciones espaciales control de relaciones temporales, esquema corporal.
- C) Dimensión afectiva; emocional considera el cuerpo como relación y destaca su importancia en la manera como se organiza el movimiento. El desarrollo motriz está ligado a la experiencia corporal. El cuerpo es en efecto la única referencia indispensable e irremplazable que permite al niño aprender verdaderamente los datos en que se sustenta la organización de su universo.

La psicomotricidad es una acción psicopedagógica pues educa las diferentes conductas motrices; sus objetivos son:

- a) facilitar la acción de las diversas técnicas educativas.
- b) mejorar la integración escolar y social.

Areas que la estimulación psicomotriz ayuda a mejorar: coordinación dinámica global y equilibrio: es la puesta en acción simultánea de grupos musculares diferentes. Necesita de una perfección, armonía en reposo y en movimiento.

Coordinación estática y dinámica: Su desarrollo es definitivo hasta los 15 años, este tipo de coordinación está regido por las vías neuromotrices cerebelosas que dominan el funcionamiento estático-equilibrio y el sinético-equilibrio

Relajación: La estimulación de ésta área tiene por objeto llevar al niño a manejar su cuerpo suprimiendo la tensión muscular de cada una de las partes del cuerpo.

## Las Funciones de la Psicomotricidad

Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Orientación Espacial, Orientación Temporal y Esquema Corporal son las más importantes; sin embargo, en el presente estudio se mencionan en forma separada, así mismo el sentido de Lateralidad, la direccionalidad, la coordinación general, el equilibrio y el ritmo; únicamente para estudiarlas pero están muy relacionadas de tal forma que no puede decirse que aquí termina una y empieza la otra, por lo que se da una breve definición de cada una de ellas.

### MOTRICIDAD GRUESA:

Se refiere a los movimientos en los cuales participan la cabeza, tronco y extremidades. Además de los movimientos se incluye el aspecto postural (postura) y la locomoción (trasladarse de un lugar a otro).

La motricidad gruesa se emplea en actividades como: caminar, correr, saltar, gatear, nadar.

El desarrollo de esta área es progresiva y siguiendo la norma céfalo caudal.

### MOTRICIDAD FINA:

Se refiere a los movimientos en los cuales intervienen los músculos más pequeños como por ejemplo los de las manos y que se utilizan para escribir, coser, usar herramientas, etc. También se incluye en la Motricidad fina la coordinación visual y la relación entre el ojo y la mano (coordinación óculo manual) que son necesarias para llevar a cabo ciertos movimientos.

### ESQUEMA CORPORAL

Es la toma de conciencia global del cuerpo que permite, simultáneamente el uso de determinadas partes de él, así como conservar su unidad en las múltiples acciones que pueda ejecutar.

A medida que el niño se desarrolla llega a ser consciente de su propio cuerpo y logra finalmente, su adecuado conocimiento, control y manejo. H. Head (1926) mencionó en sus trabajos la noción de esquema corporal. Partió de la base de que las vísceras, la sensación kinestésica, la sensibilidad táctil dolorosa y la visión darían una información de conjunto a nivel de la corteza cerebral, lo que permitiría al individuo tener una noción, un modelo, un esquema de su cuerpo.

Continuadores en el campo de la neurología, como Crichley (1953), Hecaén y Ajuriaguerra (1964), Nielsen (1946) y Schilder (1950), han relacionado la noción de percepción del propio cuerpo con funciones cerebrales, por ende con las tareas perceptivas cognoscitivas motoras.

Para M. Frostig (1966) el adecuado conocimiento del cuerpo está compuesto de tres elementos: Imagen corporal, Concepto de cuerpo y Esquema corporal.

La autora considera que si uno de estos aspectos está alterado se altera igualmente la habilidad del niño para la coordinación ojo-mano, para la posición en el espacio y para percibir las relaciones espaciales.

#### IMAGEN CORPORAL:

Significa la experiencia subjetiva de la percepción de su propio cuerpo y de sus sentimientos respecto a él. Tal imagen podría ser inferida a partir de los dibujos de personas, que hacen los niños.

La imagen corporal se deriva de las sensaciones propioceptivas e interoceptivas e incluye también la impresión que tiene una persona de sí misma como: fea, bonita, gorda o flaca, etc.

La impresión depende en parte de su tono emocional, de su experiencia con otras personas, de sus metas y de su pertenencia o exclusión a grupos sociales.

#### CONCEPTO CORPORAL:

Para Frostig es el conocimiento intelectual que una persona tiene de su propio cuerpo. También se incluye el conocimiento que el niño tiene de las funciones que realizan las diferentes partes del cuerpo.

#### ESQUEMA CORPORAL:

Difiere con los dos anteriores en que es enteramente inconsciente y cambiante de momento a momento. Regula la posición de los músculos y partes del cuerpo en relación mútua, en un momento particular y varía de acuerdo a la posición del cuerpo. El equilibrio de una persona dependerá de su esquema corporal, sin él la persona no sería capaz de caminar, sentarse o realizar cualquier movimiento que implique coordinación y equilibrio.

Para Ajuriaquerra el cuerpo en sí mismo está orientado en un espacio de actividad (el espacio donde el niño gatea, donde se mueve para alcanzar objetos), antes de tener conocimiento de los componentes de su cuerpo y de verbalizar sus nombres correspondientes.

El cuerpo aparece entonces en un primer momento como el criterio en relación al cual se va a organizar el movimiento.

En la actividad el niño aprende primero las relaciones de los objetos en relación a su cuerpo y las relaciones recíprocas de los objetos entre sí.

Para el desarrollo del esquema corporal es necesario destacar que las técnicas que a continuación se mencionan deben ir acompañadas por el descubrimiento del sujeto de su propia identidad, sólo así podrá tener un efecto positivo.

**CONOCIMIENTO CORPORAL:**

Sugerencias para el conocimiento del cuerpo;

- Inventario del cuerpo
- Completación de la figura humana
- Dibujo segmentario de la figura humana
- Collage de la figura humana
- Reproducción de la figura humana
- Rompecabezas
- Reproducción de posiciones

**ORIENTACION TEMPORAL:**

Es la forma como se percibe el tiempo. Los conceptos de tiempo se forman muy despacio en el niño, debido a que son abstractos y requieren cierto grado de comprensión.

El niño aprende primero las nociones de tiempo que tiene relación con su propia persona y a base de experiencias.

El concepto del presente es el primero que aprende el niño, luego el de futuro y finalmente lo que indica el pasado.

**ORIENTACION ESPACIAL:**

Es la adquisición de la noción de espacio, que aprenderá el niño a través de experiencias, pues hay que aprenderla.

Dentro de la orientación espacial se incluyen los conceptos de: adentro - afuera, arriba - abajo, atrás - adelante, cerca - lejos, etc.

**SENTIDO DE LATERALIDAD:**

Es la capacidad que tiene el individuo para tomar conciencia de que tiene dos lados en su cuerpo

(izquierdo - derecho). Esta relacionado tan estrechamente con la noción de espacio y conocimiento del esquema corporal que en muchas ocasiones no es tratado por separado sino como parte de ellos.

**DIRECCIONALIDAD:**

Es el resultado de la proyección del sentido de la lateralidad hacia el exterior del organismo, en otras palabras la direccionalidad depende de la lateralidad.

**EQUILIBRIO:**

Es la habilidad para mantener el cuerpo en una posición erguida estable, puede ser estático mientras se esta de pié sin movimiento de locomoción; el equilibrio es una habilidad aprendida.

## REFLEJOS

Varias funciones del sistema nervioso resultan de reflejos. Un reflejo es una respuesta motora que se produce después de un estímulo sensitivo, la respuesta tiene lugar gracias a un arco reflejo que incluye un receptor, un transmisor y un efector. Un receptor es cualquier tipo de terminación nerviosa sensitiva capaz de detectar una de las sensaciones corporales como tacto, presión, gusto, vista, etc. Una vez aceptada la señal se transmite por la neurona transmisora constituyendo una cadena en serie.

Finalmente el efector es el músculo esquelético o uno de los órganos internos como el corazón o una glándula que puede controlarse por los nervios.

Un reflejo mucho más complejo sería aquel en el cual las diversas señales sensitivas penetran en el sistema nervioso central procedentes de los oídos y ojos, y otras partes para advertir a la persona de un peligro. Después de unos pocos segundos se transmite la señal para que la persona se aleje corriendo. También incluye muchos otros elementos de integración como memorias almacenadas por aprendizajes anteriores.

"Así con cierto esfuerzo de imaginación cabe explicar casi todas las funciones del sistema nervioso, a base de reflejos progresivamente más complejos".

## CLASES DE REFLEJOS SEGUN PEAGET:

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)

ETAPA I (0 - 1 MES)

REFLEJOS

1. SUCCION
2. ACOMODACION VISUAL
3. MOVIMIENTOS DE LOS OJOS
4. ORIENTACION HACIA FUENTE DE SONIDO Y FONACION
5. PREHENSION

-Agarra cuando el objeto es colocado y presionado en la palma de la mano.

-El desarrollo es dinámico.

-Aprende por la necesidad innata de asimilar nueva experiencia.

-Repetición espontánea por estímulo interno y externo.

-Reflejos que guían a conducta voluntaria (motora).

-Maduración fisiológica.

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)

ETAPA II (1 - 4 MESES)

REFLEJOS CIRCULARES PRIMARIOS - FRACCION

(Concentración en el cuerpo del infante en vez de objetos externos).

1. Provee un patrón de organización, un esquema en el cual muchos factores se organizan de manera entrelazada.
2. Agarrando, reflejo circular que lleva a agarrar y tocar varias partes del cuerpo, mano a boca para chupar, llevando cosas a la boca, agarra mientras está en la boca, mira a las manos, combinación de esquemas visuales.

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)  
ETAPA III (4 - 8 MESES )

#### REFLEJOS CIRCULARES SECUNDARIOS

1. Los objetos llaman su atención.
2. Por medio de la actividad obtiene experiencias.
3. Incorporación de nuevos objetos en los patrones existentes (morder, saborear, sentir, mirar, etc.).
4. Inicia conceptos de permanencia de objeto, busca objetos en los lugares por donde los vió desaparecer.
5. La prehensión facilita nuevas experiencias ejemplo: "Moviendo una maraca para oír un ruido" (alcanzando, agarrando, escuchando, etc.).

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)  
ETAPA IV (8 - 12 MESES)

#### COORDINACION DE ESQUEMAS SECUNDARIOS

(Habilidad del niño para usar esquema familiar en situaciones nuevas como un medio para lograr un fin de manera intencional).

1. Elimina obstáculos para alcanzar un objeto deseado, dos actos separados.
2. Búsqueda prolongada de un objeto ausente.
3. Los objetos ahora son para ser dominados - explorados desde todo ángulo.
4. Separación de medios hacia un fin (concepto inicial).

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)  
ETAPA V (12 - 18 MESES)

#### REACCIONES CIRCULARES TERCIARIAS

1. El niño se ocupa en experimentos a fin de descubrir nuevas propiedades de objetos y eventos. Conducta repetitiva con variaciones en un tema (primer papel de científico).
2. Momentáneamente abandona medios que no están dando resultado, hasta tanto la ejecución se haga deliverada y eficiente.

FASE SENSO-MOTORA (0 - 24 MESES)  
ETAPA VI (18 - 24 MESES)

INVENCIONES DE NUEVOS MEDIOS A TRAVES DE COMBINACIONES MENTALES

1. Nuevos medios para resolver problemas a través de acción mental...no tiene que ejecutar la acción...puede visualizarlos...ejecuta ensayo y error.

Según Wallon, se denomina psicomotricidad a la intervención de la actividad que presenta formas de realización orientadas, que denotan la influencia del estado Psíquico del yo, el movimiento pone en juego las funciones de la inteligencia.

La psicomotricidad se inicia con los actos o fenómenos reflejos, entendiéndose como reflejo: la reacción motriz cuando es manifestación exterior; y actividad secretora, cuando es manifestación interna, desencadenada por el sistema nervioso central sin intervención de la voluntad.

Los reflejos aparecen en el ser humano en el periodo embrionario y tienen su base anatómica en la médula y en el tálamo. La función principal de los reflejos incondicionados es la adaptación del organismo en forma relativamente imperfecta a las condiciones de vida.

Los reflejos condicionados son formas nuevas y cambiables de reacciones que se forman en la vida, se enriquecen con la acumulación de la experiencia y se realizan en el ser humano en la corteza cerebral.

Los reflejos condicionados permiten la formación de nuevas conexiones temporales formando las estereotipas dinámicas (hábitos).

Los movimientos a los 6 meses de edad se jerarquizan; en esta época cuando la denominación general de motricidad debe dejar paso tratándose de movimientos infantiles a la específica psicomotricidad, es decir, movimientos con propiedades de actos psíquicos.

La conducta del lactante del primer trimestre está regida por reflejos arcaicos, los cuales se hacen evidentes en toda su actividad especialmente en sus actitudes posturales. Los reflejos no son movimientos desordenados, tiene franca tendencia a obedecer a los cambios tónicos asimétricos de los músculos del cuello.

Los reflejos son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Tienden a favorecer la educación del individuo a su ambiente. Proviene de un pasado biológico remoto y acompañan al ser humano durante la primera edad, algunos durante toda la vida. A medida que avanza la maduración del sistema nervioso, los estímulos se desencadenan reflejos van desencadenando o provocando respuestas menos automáticas, en las que comienzan a vislumbrarse el sello del componente cortical, a la sombra de los reflejos arcaicos, íntimamente amalgamada con ellos, utilizando los elementos que proveen sus esquemas de acción y nutriendose de la experiencia adquirida a ejercitarlos, se desarrolla la actividad psicomotriz voluntaria.

Los reflejos constituyen un todo armónico, están íntimamente ligados entre sí, interrelacionados unos con otros. Sus respuestas dependen de las necesidades fisiológicas del momento en que se los solicita, del estado emocional del niño y de las características del contexto

ambiental como señala HOUSAY " un reflejo aislado, es una abstracción teórica conveniente para el análisis de los fenómenos nerviosos, pero no existe en la realidad".

Los reflejos comparten con el resto del proceso evolutivo, las características dinámicas de la maduración infantil, parece hoy lejano el concepto mecanicista, estático, rígido con que eran abordados hasta hace pocos años enraizados en el proceso de maduración, los reflejos se desarrollan, se modifican, se adaptan a las circunstancias del momento, del medio de la salud general del niño, del aquí y ahora, proveen elementos de juicio para anticipar aspectos del futuro predecir el ritmo del desarrollo psicomotor.

Coriat, clasifica los reflejos en:

Reflejos arcaicos; reflejo del moro, reflejo tónico cervical, reflejo de Landau, reflejos de ojos de muñeca japonesa, reflejos de conexión entre las manos y la boca.

Reflejos Superficiales;

Son respuestas a estímulos externos aplicados sobre receptores de la piel o mucosas que determinan respuestas motoras generalmente en flexión o al menos que tienden siempre a retirar, a apartar la parte conectada del objeto estimulante, el cual tiene un carácter potencialmente agresor.

El lactante, particularmente en sus primeros meses, carece aún de dominio voluntario de su motilidad, no puede por lo tanto liberarse de los agentes externos alejándolos de sí o retirándose él mismo.

Los reflejos superficiales cumplen en el niño pequeño esa función defensiva. Luego al avanzar la maduración, algunos desaparecen mientras que otros perduran toda la vida por ejemplo; reflejo corneal, reflejos orales, reflejos cutáneos, abdominales, reflejos de defenza plantar.

El desarrollo infantil se cumple en base a caducidad, inhibición o superación de funciones, que al desaparecer coadyuvan a la formación de nuevas estructuras más evolucionadas.

Reflejos Profundos.

Llamados también osteotendinosos. Se manifiestan en niños prematuros y apenas se modifican a lo largo de la infancia y adultez. Ejemplo; reflejo flexor de los dedos, reflejo patelar rotuliano.

### Reflejos Condicionados:

Son reacciones adquiridas provocadas por agentes, que siendo neutros, llegan a actuar como estímulos eficaces por su coincidencia reiterada con los estímulos específicos de reflejos innatos. Voloklov ha señalado que los reflejos condicionados, uniéndose con los innatos, ajustan el proceso de adaptación del individuo al medio.

Los reflejos condicionados producto de la experiencia individual y no de la herencia de la especie, son temporáneos y desaparecen si no se refuerza su condicionamiento.

Los primeros reflejos condicionados que se establecen son los de succión, los del sistema laberíntico-vestibular que al segundo mes pueden diferenciar la excitación de distintos pares de canales semicirculares, discriminando entre movimientos de balanceo horizontal y movimientos de sube y baja, estableciendo diferentes reflejos condicionados, para unos y otros. En el segundo mes se pueden lograr reflejos condicionados auditivos, también se establecen reflejos condicionados ópticos y presentar gestos de succión o secreción de saliva ante la vista de los alimentos.

Kasatkin señala "que el orden de aparición de los reflejos condicionados en el niño, depende del grado de maduración de los analizadores y el reflejo es más fácil de obtener cuanto mayor es la edad.

En términos generales, se puede señalar los tres meses de edad como el momento en que el niño puede establecer con facilidad reflejos condicionados. Dekaban los señala como el logro más significativo de la conducta en esa etapa de la vida.

Ajuriaguerra dice " El aprendizaje y la conducta del niño pequeño están vinculados estrictamente al establecimiento de condicionamientos naturales.

El lactante en el segundo trimestre tiene una personalidad peculiar, suele mostrarse especialmente durante el tercer y cuarto mes, sereno y apacible en contraste con la movilidad incansable que caracteriza al niño del período anterior. Durante este período la maduración que el niño ha alcanzado le permite realizar otros movimientos, como sentarse apoyando ambas manos, con ayuda puede sostenerse en pie, en decúbito ventral hace los primeros intentos de lo que posteriormente será el gateo.

El lactante del tercer trimestre es inquieto y curioso esta adquiriendo conciencia de sí mismo y toda ocasión le es buena para explorar y conocer su cuerpo. Hacia los 6 meses todavía no se defiende de los extraños; pero los mira con insistencia y desconfianza y nota, en las personas que se le

aproximan, algo que los hace diferentes de los rostros familiares.

Realiza las diferentes actividades:

En decúbito dorsal, el niño es capaz de volver su cabeza libremente hacia uno u otro lado. Muestra interés por conocer otras partes del cuerpo como los pies. Normalmente le place la posición sentada. Cuando se le toma de las manos se observa que el niño se aferra a los dedos del examinador y procura erquirse. (miembro superior e inferior se flexionan) y se eleva la cabeza.

Se interesa por objetos relativamente grandes traslada los objetos de una mano a la otra y los lleva a la boca. Estira los brazos ante la amenaza de caer hacia adelante. El lactante del cuarto trimestre; gatea, se agarra de objetos para poder erquirse explora el ambiente, ensaya movimientos de pinza superior.

En torno a los 10 meses termina el lenguaje reflejo, propiamente dicho y por condicionamiento comienza el lenguaje simbólico, engarzado en las primeras sílabas labiales, ma..ma pa...pa....ba....ba...al cumplir el el año ya suele decir mamá y papá a las personas correspondientes. Algunos otros objetos comienzan a ser denominados por otros sonidos onomatopéyicos.

El lenguaje comprensivo es mucho más amplio que el expresivo e incluye frases que comprenden ideas complejas como; ¿Dónde esta papá? vamos a comer, etc.

El niño ejercita la prensión bimanual, golpea ambas manos entre sí. Se inicia el interés lúdico. (Según el folleto de Educación Especial, USAC, pag. 1-3).

## DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL

Los movimientos del niño al nacer tienen ciertas características que desaparecen o evolucionan hasta concretarse en el gesto preciso del adolescente. En esta evolución existen grandes paútas jalonadas por la sucesiva integración de los factores: precisión, rapidéz y fuerza muscular que determinan tres etapas bien diferenciadas, desde el nacimiento hasta los 7 años, desde los 7 a los 10 y de los 10 a los 14. ( Dalila costallat, psicomotricidad II, pag. 21 a 25) La primera de ellas es la que corresponde a la época del nacimiento hasta los 7 años y que más nos interesa en este estudio. Es la que constituye un lapso sumamente importante ya que en él transcurren las transformaciones más notables que ha de sufrir el organismo y su característica principal, es la de ser adquisitiva de una cualidad sobresaliente.

**Precisión de movimientos:** este periodo se caracteriza por la progresiva independencia de los grupos musculares y por la aparición del freno inhibitorio que, al desarrollarse, controla la actividad voluntaria, determinando el paso del movimiento espontáneo al movimiento consciente. La actividad del recién nacido constituye una expresión motriz difusa de carácter global y reflejo; los movimientos son asociados y no aparece ningún signo de dominio de la actividad voluntaria; las manos permanecen fuertemente cerradas lo cual no permite aún el acto prensor, la cabeza se bambolea y la mirada es vaga.

El bebé cambia de conducta notablemente a medida que el sistema nervioso se desarrolla. La maduración se efectúa en el plano axial por efectos de la maduración cortical, la conducta senspriomotriz cambia rápidamente y la aproximación al objeto se hace con movimientos cada vez más selectivos y mejor dirigidos . A los 7 meses, ese acercamiento es biunimanual, haciendo que el niño transfiera y vuelva a transferir de una mano a otra un objeto. A las 40 semanas el niño sera unidextro, preparándose ya su futura disposición diestra o zurda.

Entre los 9 meses y el año aparece la discriminación afinada del dedo índice y el pulgar. El niño a los 15 meses podrá tomar y soltar un objeto sin dificultades y recién a los 18 meses formará una torre de 2 o 3 cubos sin derribarla.

La maduración de los músculos del tronco permiten la posición sedente continúa con los miembros inferiores dando paso sucesivamente a la estación de pie (9 meses), y a la marcha (12 meses), índices de un buen desarrollo de las vias cerebelosas que se traduce en la adquisición de la estática. En esta etapa las disposiciones posturales comienza a

perfeccionarse con la marcha, la percepción visual y kinestésica que van integrando la memoria motora con las innumerables experiencias diarias, la atención y el desarrollo del lenguaje que permite una mayor y mejor integración sociofamiliar, dando por resultado la conducta armoniosa y desplegada del pequeño ser. En esta primera etapa hay unidad en el desarrollo neurológico y mental, existiendo una simbiosis que llega hasta los 3 años y que se encuentra prolongada en el débil mental, hasta invadir la etapa de maduración que finaliza con el aprendizaje escolar. Al inicio del segundo año de vida comienza la etapa del ejercicio diario, por medio del cual el niño logra la fijación y más tarde la mecanización de movimientos recientes aprendidos; la marcha y adiestramiento manual.

Aparece luego como necesidad física el salto, que efectuado con los dos pies juntos constituye un verdadero estadio madurativo correspondiente a los tres años. Brincar a los cuatro años y salto en alto con impulso de 0.20 m. a los 5 años, son consecuencias del desarrollo progresivo de la coordinación general, basada en una estática bien integrada. Ya cumplidos los dos años, el niño construye torres de 6 cubos, manifiesta su conducta manipuladora, pone en juego el necesario control de movimientos que le permiten medir acertadamente el impulso y combinarlo con el manipuleo prensor, lo que da por resultado una correcta coordinación oculomotriz. Las relaciones espaciales comienzan a establecerse mediante las experiencias de coordinación oculomotriz. Las relaciones espaciales comienzan a establecerse mediante las experiencias de coordinación motor ocular captan sucesivamente y progresivamente las relaciones topológicas correspondientes a vecindad, separación orden contorno o envolvimiento y finalmente, las relaciones elementales de continuidad y discontinuidad, esta última al rededor de los 4 años. En esta primera etapa se marca como característica principal el desplazamiento corporal, la impulsividad de los movimientos por insuficiencia de regulación del freno inhibitorio.

A los 3 años la coordinación dinámica manual ha progresado en su desarrollo tanto como para permitir al niño que garabatee sin ninguna intención como manejo primario del lápiz, imitar una cruz y dibujar rudimentariamente un monigote, acercándose ya a la prensión correcta que alcanza durante el lapso de 3 - 4 años.

A los 4 años comienza la etapa pre-escolar, es un período de maduración intelectual y motriz en el cual se afianzan las funciones de ambos tipos esbozados en los 3 primeros años. Los movimientos de ambas manos han progresado, puede lavarse y secarse la cara.

De los 4-6 años la coordinación motor-ocular progresa lo suficiente como para permitirle la iniciación de tareas que implican intenso dinamismo manual. En esta etapa puede encontrarse al débil mental que ingresa a la escuela diferencial, frecuentemente tan importantes que hacen necesario enseñar o afianzar los gestos de manipuleo precisos que aún no posee y que permiten al niño normal, de esa misma edad efectuar el aprendizaje del jardín de infantes.

El niño de 4 años normal, aprende a manejar la tijera, los lápices de colores, puede vestirse y desvestirse por sí mismo, abotonar y desabotonar son dos operaciones que en la época de 4 y 5 años resultan más fáciles que las tareas reversibles correspondientes a cada uno.

En la etapa 5-6 años en el débil mental existe una mayor persistencia de movimientos lentos, lo cual con ejercitación intensiva y muy metodizada alcanza la etapa de normalización, cuando logra la misma edad motriz.

En esta primera etapa, las diferentes características de la evolución general de movimiento, de la integración, de la precisión en sí, son en el primer año de vida como jalón básico adquisitivo de controles.

De 1-3 años como desarrollo de esos controles y adquisitivos de funciones. de 3-5 años de perfeccionamientos psicomotriz integral. De 5-6 años de etapa madurativa pre-escolar, y de 6-7 años de etapa madurativa pre-escolar, y de 6-7 años de iniciación escolar.

Según esta autora: " El desarrollo psico-motor del niño Deficiente Mental con trastornos de base orgánica que se asimila a los grandes rasgos de cada una de estas etapas, con las variaciones secundarias impuestas por la lentitud del proceso adquisitivo, o la irregularidad de las formas de comportamiento que permiten convivir modos de conducta que corresponden a edades motrices diferentes."

En lo que se refiere a rapidez de movimientos en particular, el lapso de 5 a 7 años de ejecución normal, es en realidad la etapa en la que frecuentemente permanece el débil Mental, con movimientos ya mecanizados. En la etapa de los 7-10 años, en la cual dicha rapidez se sumará a la precisión conseguida determinando así la agilidad de movimiento.

## CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSICO-MOTORES

El estudio sintomático de deficiencias y alteraciones que presenta el niño retrasado mental con inmadurez psico-motora ( 3-5 años de edad motora, Dalila Costalat. Psicomotriz II. pag. 23) permite comprobar que las anomalías de este ciclo del desarrollo se distribuye en tres campos distintos del comportamiento psicomotor:

1. En el campo de la actividad tónica.
2. En el campo de la actividad de relación.
3. En las capacidades psíquicas vinculadas estrechamente al acto motor: actividad psico-funcional.

### ACTIVIDAD MOTORA

La que depende íntimamente de la correcta regulación del tono muscular o de su equilibrio, que permite obtener la inmovilidad sobre cuyo control reposan todas las actividades.

#### ANOMALIAS EN LA ACTIVIDAD TONICA

Hipo e Hipertonía. Dificultan la toma de actividades correctas, debido al aumento o disminución del tono muscular, provocando su deformación o la incapacidad para mantenerlo.

Incapacidad para regular el tiempo de ejecución de un movimiento por ausencia o disminución del freno inhibitorio.

Lentitud de reacción frente a los estímulos sensoriales recibidos.

Alteraciones en la coordinación estática; desrodenes en el equilibrio.

Inexpresividad facial por falta de elasticidad en los músculos del rostro, que lo hacen incapaz de reflejar adecuadamente sus estados de ánimo por medio de la mímica expresiva.

La adquisición de estos movimientos tiene un valor genético, y están íntimamente ligados al desarrollo neurológico general. ( Psicomotricidad II pag. 23, DALILA COSTALAT).

Dentro de los trastornos de inexpresividad facial y corporal se encuentran los tics, los cuales son descritos por R. CRUCHET AJURIAGUERRA, pag. 225-226, como la imperiosa y absurda ejecución en intervalos irregulares pero relacionados, de movimientos sencillos, orientados o movidos que representan un acto adecuado a un objetivo concreto. Esas manifestaciones van presionadas por cierta necesidad, que al reprimirlo produce malestar, y que al dormir

desaparece.

Los tics pueden localizarse en las siguientes áreas:

**TICS FACIALES.** son los más comunes en párpados, nariz, pestañas, frente, labios, etc.

**TICS DE TRONCO Y MIEMBROS,** elevación de hombros de un solo lado o de ambos, de brazos, manos y dedos. Tics del tronco. saludo, equilibrio, tembleques, y tics abdominales.

**TICS DE CABEZA Y CUELLO.** alzarla, saludar, afirmación, negación y rotación.

**TICS RESPIRATORIOS.** Quienes tienen este tic resoplan, aspiran, roncan, soplan, bostezan, sollozan, etc.

**TICS DIGESTIVOS.** Tics de deglución con aerofagia, eructos encadenados y falsas ganas de ir al retrete.

El tic, cualquiera que sea, lo soporta muy mal la familia, que normalmente lo interpreta como hostilidad o agresividad, reprimiéndolo en el niño, lo cual lo hace sentir sentimientos de culpa.

#### ACTIVIDAD DE RELACION

Constituye el movimiento en sí.

Anomalías en la actividad de relación;  
marcha: sin elasticidad en el desplazamiento ni en el movimiento sinérgico de los brazos, corre sin agilidad, o no corre.

**SALTO:** Incapacidad para saltar aún sin existir causas orgánicas, dificultad para saltar con los pies juntos, adecuación deficiente de la marcha al ritmo impuesto.

Coordinación Dinámica Manual; Modos prensiles, sin refinar, no evidencian espontáneamente movimiento de pinzas.

Sincinescias manuales acentuadas; Imprecisión en el manipuleo y ordenación de objetos.

Dificultad para establecer la coordinación ritmada con palmas, al compás de ritmos variados.

Coordinación Viso-motriz y dinámica manual deficiente. Abotonaduras con gran imprecisión y lentitud sin lograr cumplir su intento.

#### ACTIVIDAD PSICO-FUNCIONAL;

Comprende la atención y memoria, el sentido de orientación espacial y la organización de la imagen corporal.

Anomalías en la actividad Psicofuncional; trastornos de la atención y memoria; visual, auditiva y motriz.

Deficiente sentido de orientación espacial, no reconoce direcciones del campo espacial. Organización deficiente de la imagen corporal: arriba, abajo, adelante, atrás, acostado, etc. traducción del dibujo por el esquema con su precisión de elementos básicos.

Los signos que aparecen en el cuadro de anomalías y deficiencias del comportamiento Psicomotor, provocan en el niño un estado de inmadurez que le impide tomar plena conciencia de su yo, como sujeto integrante de un mundo con el cual no puede establecer las relaciones adecuadas.

Solo mediante el estímulo se podrá corregir y lograr progresivamente una madurez psicomotriz, pero esa educación deberá hacerse en función del esquema corporal atendiendo las normas del desarrollo.

## TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL

Se sabe que el niño retrasado mental también es retrasado en el plano psicomotor (Dalila Costallat, Psicomotricidad II, pag. 21). En el niño retrasado mental el proceso de desarrollo se ve disminuido de múltiples maneras por ejemplo:

**Paratonías y Síncinesias:** (Según Ajuriaguerra y Epistemología genética 1970, pag. 116), si el niño presenta agitación, inestabilidad psicomotriz o patológica, o bien inhibición en ambos casos, los elementos comunes son: dificultad para fijar la atención y falta de disciplina motriz.

La calidad de los movimientos está vinculada a tono de base es decir, a los aspectos neurológicos y a la maduración nerviosa. La paratonía y las síncinesias están relacionadas con anomalías e insuficiencia de la inhibición motriz.

**Paratonías:** Los niños son incapaces de relajarse completamente en la posición de cubito dorsal. La relajación muscular voluntaria mejora a medida que el niño avanza en edad y se facilita más en el niño que tiene confianza.

**Síncinesias:** Son movimientos involuntarios que acompañan a un acto motor, pero que no están involucrados con su finalidad. André Rey define "Las síncinesias como movimientos involuntarios que se producen junto con otros movimientos voluntarios o pasivos. Entre las síncinesias se menciona la hipertensión muscular generalizada, en la cual el niño es incapaz de controlar la coordinación motora con la precisión debida.

### Problemas de Lateralidad:

Las perturbaciones de lateralidad, son frecuentemente, en el niño normal, entre esas perturbaciones se puede mencionar:

#### Alteraciones de la estructura espacial:

Dificultades paralelas en la lectura, escritura y dictados. Estos problemas van acompañados de reacciones de fracaso, fobia a la escuela. Además presentan reacciones caracteriales y afectivas. Sabiendo que el proceso de lateralidad tiene una base neurológica, por cuanto tendrá dominancia manual según sea un hemisferio u otro el que predomine, afectando en sentido inverso será pues, diestro el que tenga una dominancia hemisférica izquierda y viceversa. El niño normal alcanza la dominancia lateral alrededor de los cuatro años. En el caso del retrasado mental, debido a que se desarrolla es más lento y las formas de conducta se prolongan durante lapsos más o menos largos, esta dominancia

se presenta varios años más tarde. Entre los problemas encontrados por falta de dominancia lateral se mencionan los siguientes:

Dificultad para reconocer la izquierda y la derecha.  
Dificultad para la lectura y escritura.  
Dificultad para orientarse.

#### Conductas Perceptivo Motrices:

El logro en los diversos tipos de actividad están basados en la conducta precedente: Organización neurológica concreta, control del propio cuerpo y dominio de las coordinaciones motrices de base, pero así mismo requiere: La posibilidad de coordinación y adaptación del movimiento a las circunstancias y al mundo exterior: adaptación al ritmo, al esfuerzo, a la velocidad y al espacio.

La participación consciente y voluntaria del sujeto. Como resultado de un cociente intelectual disminuido el retrasado mental posee un rendimiento perceptivo motriz disminuido el cual manifiesta en actividades tales como recortado, pegado y actividades de abotonaduras afectados con imprecisión o sin lograr cumplir su intento, actividades de la vida diaria, donde tiene poco control muscular fino. Además de actividades como correr, saltar, trepar, donde tiene que realizar movimientos gruesos que muchas veces son bastante grotescas y que presentan muchas complicaciones para él.

#### Organización Espacial

Del esquema corporal a la orientación espacial, la imagen corporal, la del yo físico, "se edifica merced a las impresiones kinestésicas y sobre todo visuales, cuya correspondencia establece en todo momento el espacio que nos rodea y a los objetos que lo pueblan", J. Lhermitte. Progresivamente la representación corporal se extiende a la del cuerpo en movimiento y a la noción del espacio de las relaciones y de orientación espacial que se elabora el compás de la maduración nerviosa, son tributarias de experiencias vividas.

Las alteraciones e influencias de la orientación y de la organización espacial, son a veces considerables en los niños inadaptados, de allí la necesidad de reemplazar y reemprender la educación desde el principio. El retraso mental posee un deficiente sentido de orientación espacial, su conocimiento es limitado de las distintas direcciones del campo espacial respecto a su propio cuerpo. (Adelante, atrás, arriba, abajo, derecha, izquierda, etc.).

#### Ritmo y Actividad Motriz

La actividad rítmica en la educación psicomotriz estriba

en ayudar a la superación de las contracturas debidas a una actividad mal controlada, el ritmo permite la flexibilidad, el relajamiento, la independencia segmentaria, elemento indispensable de la soberania motriz.

El retrasado mental presenta alteración en los movimientos coordinados en general, ritmados o no debido a la inestabilidad de la atención y el comportamiento. Es incapaz de establecer la coordinación ritmada con palmas al compás de ritmos variados, puede seguir ritmos no muy complejos de uno o dos golpes, si percibe estimulación puede recibir poco a poco ritmos más complejos. Presenta dificultad para distinguir el antes y después en la realización de un ritmo dado.

#### ) Organización y Estructuración del tiempo

Puesto que el tiempo no es percibido directamente como tal siendo en parte el resultado de una operación anímica, para facilitar su reconocimiento en educación psicomotriz, la distribución del tiempo dependerá de la motivación del grupo de niños y las actividades deben ser variadas a fin de mantener la atención de ellos y evitar que se fatiguen.

#### Equilibrio Postural

Es un elemento de la educación del esquema corporal se utiliza en ejercicios de equilibración, de coordinación, etc. El retraso mental presenta mucha dificultad para mantenerse en un solo pié, caminar sobre una barra, etc. Para poder tener un dominio de su cuerpo es necesario que primero realice actividades sencillas tales como caminar, arrastrarse, gatear. Esto les permitirá automatizar los movimientos.

#### Respiración y Psiquismo

La respiración esta estrechamente ligada a la percepción del propio cuerpo: juego del torax y del abdomen, pero asi mismo, a la atención interiorizada que controla tanto la resolución muscular general como el relajamiento segmentario.

La insuficiencia respiratoria total es una de las características de los retrasados mentales profundos, pero si en los retrasados ligeros y otros inadaptados no se encuentran aquellos desbordamientos de mucosidades ni aquel continuo resumar de la nariz.

La educación respiratoria es un elemento esencial de la educación psicomotriz, lo cual debe ser llevado paralelamente a la educación de las otras partes del cuerpo.

El retrasado mental no posee un control adecuado de la inspiración, lo que hace que se fatigue con más facilidad. Como puede observarse, la psicomotricidad en el niño

retrasado mental presenta problemas particulares, que no se presentan en niños normales, por lo que es evidente la necesidad de que sean educados utilizando una metodología especial. (Según Celedonio Castañedo, Deficiencia Mental, San José, Costa Rica. 1982).

## CAPITULO III

TRATAMIENTO O METODOLOGIA TERAPEUTICA  
DE LOS TRASTORNOS PSICOMOTORES.

Según Dalila Costallat en su libro "Psicomotricidad I" paginas 97 a la 107 para lograr la maduración psicomotriz dice:

## A. Planificación del Tratamiento.

Para lograr la maduración psicomotriz es importante y necesario el estímulo y desarrollo de la capacidad intelectual del niño y la educación misma del movimiento que es controlado por ella. Para esto se hará un plan de ejercicios correctivos y de desarrollo agrupados en diversas series graduadas, según la dificultad y el fin que persigan dentro de cada uno de los tres sectores de la educación: de la función tónica, de la actividad de relación, y de la estimulación psicofuncional.

## I. EJERCICIOS DE EDUCACION PSICOFUNCIONAL:

- ejercicios de atención
- ejercicios de percepción sonora
- ejercicios de percepción visual
- ejercicios de orientación espacial
- ejercicios de memoria motora
- ejercicios de imitación de actitudes.

## II. EJERCICIOS PARA LA EDUCACION DE LA FUNCION TONICA:

- ejercicios para alteraciones de la tonicidad
- ejercicios para el desarrollo del freno inhibitorio
- ejercicios de equilibrio estático
- ejercicios de equilibrio cinético
- ejercicios de expresión facial.

## III. EJERCICIOS PARA LA EDUCACION DE LA ACTIVIDAD DE RELACION.

- ejercicios de coordinación general
- ejercicios de coordinación visomotriz y dinámica manual.

Los tres tipos de educación que se han planteado deben seguir el orden predicho en la reeducación general. Los ejercicios de educación de la función tónica deberán proceder siempre a los que impliquen educación del movimiento pero deben llevarse a cabo por medio de una ejercitación combinada que ensamble convenientemente este aspecto trifasético.

"La educación de la función tónica parte de los ejercicios de equilibrio de la tonicidad que van a sustentar la adquisición de la precisión del gesto". Su combinación con otros ejercicios buscan el estado de reposo o evitan los desplazamientos entre ellos, los de equilibrio y expresividad facial, relajación, inmovilidad y silencio, mientras que otros, como los de control de movimientos, equilibrio cinético y los juegos de inhibición, trasladan ya el control conseguido a un relativo dinamismo. Simultáneamente a éstos y en forma progresiva se ejercitarán la atención, la memoria visual, auditiva y motriz, lo cual contribuirá a facilitar la estabilidad psicomotora indispensable para sustentar todo aprendizaje posterior.

"La disritmia cerebral es una de las causas más frecuentes de la conducta inestable; la medicación adecuada modificará el comportamiento, apoyada en los ejercicios psicomotrices de relajación e inhibición de movimientos, de actividad tónica, y de la atención y memoria visual y auditiva, que ayudarán a obtener ese fin". Por medio de la educación psicofuncional, que abarca a éstos últimos, el niño desarrolla gradualmente su capacidad de reaccionar con precisión frente al estímulo sensoriomotor.

La educación progresiva de la coordinación general corresponde a la educación de la actividad de relación y debe llevarse a cabo en dos aspectos bien diferenciados:

- a.- Actividades de desplazamiento corporal, en ejercicios de marcha, carrera y salto.
- b.- Actividades de coordinación manual.

Para llevar a cabo la progresión de la enseñanza es recomendable comenzar la labor educativa preparatoria a la ejercitación del esquema corporal con los ejercicios de actividad psicofuncional como medio de regular la atención complementando con los ejercicios de actividad tónica, que a su vez estabilizarán la conducta.

#### EDUCACION PSICOFUNCIONAL:

Esta abarca la serie de ejercicios que corresponden al estímulo t desarrollo de: la atención; la acuidad de percepción sonora y la memoria auditiva; de la percepción visual y la memoria visual; la percepción táctil; la memoria motriz; la orientación espacial; la imitación de actitudes y la combinación de todos ellos con los ejercicios de educación de la actividad tónica y de relación para integrar el esquema corporal.

##### 1.- ATENCION Y MEMORIA:

La educación de la atención es esencial, y precede a toda enseñanza. El niño inmaduro es incapaz de fijar su

atención en forma permanente ya que ésta es atraída por la variedad de estímulos que lo rodean, provocando su distracción. Para despertar y mantener esa atención mínima debe llevarse a cabo una atrayente y progresiva ejercitación, la cual la transformará gradualmente en estable y duradera.

La atención por sí sola no permite el aprendizaje, necesita de la memoria para la fijación de conocimiento por lo que la educación de la atención es el factor básico sobre el que se va a apoyar la educación progresiva de la memoria en sus distintos tipos.

La educación psicofuncional debe comenzar con ejercicios de estímulos de atención, ya que ésta es el fundamento necesario para cualquier otro tipo de ejercitación posterior.

Los ejercicios de atención deben respetar ciertas condiciones al ser aplicados:

- 1.- Explicación del ejercicio: consignas breves y claras.
- 2.- Intervalo entre la explicación y la orden de partida.
- 3.- Orden de partida.
- 4.- Debe existir un intervalo de tiempo bien regulado entre un ejercicio y otro.
- 5.- La duración debe ser progresiva.
- 6.- Realizar los ejercicios de atención en los primeros momentos de la clase para evitar la fatiga previa.

Los ejercicios de atención se clasifican en:

- a.- Ejercicios manuales (coordinación visomotriz).
- b.- Ejercicios gráficos.
- c.- Ejercicios verbales.
- d.- Ejercicios rítmicos sin desplazamiento.
- e.- Ejercicios lúdicos.

**a.- EJERCICIOS DE ATENCION MANUALES:**

Son útiles en este tipo de ejercitación las loterías y juegos del tipo Decroly, y algunos de los ejercicios del método Montessori.

**b.- EJERCICIOS GRAFICOS DE ATENCION:**

Se basan específicamente en:

- 1- identificar una figura dada entre otras;
- 2- completar dibujos sobre modelo;
- 3- educar el sentido de orientación espacial en el reconocimiento de las direcciones.

**c.- EJERCICIOS VERBALES DE ATENCION:**

Son una variación de los ejercicios gráficos y los juegos de orientación los que pueden resolverse también, por respuesta oral.

**d.- EJERCICIOS DE ATENCION RITMICOS:**

Son de tipo rítmico motor y sin desplazamiento corporal

(solo con movimientos manuales). Ponen en juego especialmente la inhibición; se utilizan estímulos sonoros y el metrónomo.

e.- EJERCICIOS DE ATENCION LUDICOS:

estos se refieren a juegos de atención y estimulación auditivo, visual y táctil, realizados en grupo y con desplazamientos que utilizamos para la ejercitación de esos distintos tipos de percepciones.

2.- ORIENTACION EN EL ESPACIO

Los ejercicios de orientación espacial son esenciales, ya que tanto los desplazamientos como algunas de las ejercitaciones psicomotrices primordiales de esta etapa (6 años) necesitan de ese previo conocimiento para su desarrollo, también deben preceder a toda la enseñanza.

Las nociones de ubicación y orientación espacial, se van afirmando a medida que se integra el esquema corporal. Se iniciará con el conocimiento de nociones básicas (arriba, abajo, delante, atrás, al costado.) y el conocimiento de derecha sumándose en forma posterior los conceptos de diferenciación de derecha e izquierda en el propio ser, que más adelante (7 años) se ejercitarán en los desplazamientos con esas mismas nociones.

A ese nivel, ya el niño puede realizar ejercicios gráficos de reconocimiento de ambas direcciones y de la ubicación en el espacio limitado. (pizarrón y después en el papel).

Para la identificación de los distintos lugares del espacio se hará una ejercitación intensiva y seriada que toma como punto de referencia el propio cuerpo del niño.

EDUCACION DE LA ACTIVIDAD TONICA

Los ejercicios correctivos en la actividad tónica están dirigidos a:

- Las alteraciones de la tonicidad;
- El desarrollo del freno inhibitorio;
- La educación del equilibrio cinético;
- La educación de la expresividad facial.

1.- EJERCICIOS PARA ALTERACIONES DE LA TONICIDAD:

Con nuestros niños se utilizan ejercicios de relajación, los cuales van en busca de la inmovilidad y el silencio, para lograr un ambiente de trabajo calmado y tranquilo, que será, de por sí el mejor sedante.

En este ambiente de quietud se inducirá al niño, mediante la avocación de imágenes mentales, a la imitación de gestos o actitudes en los cuales ponga en juego la de contracción, y luego la tensión muscular.

"El ambiente sedante y tranquilo favorece la disciplina, el niño se acostumbra gradualmente a escuchar y obedecer los órdenes que recibe. Estos ejercicios pueden ser

utilizados tanto al comienzo, como en el medio o al final de una clase".

Los ejercicios de relajación se llevarán a cabo en la progresión siguiente:

- En posición sedante;
- En posición de pie;
- En posición acostados;
- Durante una marcha.

Así mismo, se hará relajación parcial de diversas partes del cuerpo, para llegar a la relajación total.

#### 2.- EJERCICIOS PARA EL DESARROLLO DEL FRENO INHIBITORIO:

Los ejercicios para el desarrollo del freno inhibitorio son de tres tipos:

- De silencio y control de movimientos;
- De inhibición en marcha;
- De inmovilidad.

Todos ellos tienen como fin conseguir la regulación del movimiento impulsivo, y provocan la reacción adecuada mediante distintos estímulos y poniendo en juego distintas reacciones.

#### 3.- EJERCICIOS PARA LA EDUCACION DEL EQUILIBRIO ESTATICO:

Estos ejercicios siguen una progresión de dificultades a partir de los dos años hasta los seis.

Cuando es evidente que el niño tiene una gran dificultad para mantenerse en equilibrio y no existe perturbación orgánica que impida su reeducación, el ejercicio debe ser facilitado al máximo. Por lo tanto, la ejercitación se iniciará con la toma de posición correcta, y el apoyo de ambas manos sobre el respaldo de una silla o el borde de una mesa.

En esa posición, el niño ejercitará sin temor a caer. Luego, paulatinamente, se le priva del sostén: del apoyo de ambas manos pasa a ejercitarse con una sola, y por último, sin ningún apoyo.

#### 4.- EJERCICIOS DE EQUILIBRIO CINETICO:

El equilibrio cinético es el que se pone en juego durante los desplazamientos. Los primeros ejercicios de este tipo son los de marchas, en los cuales hay que cumplir algunas consignas que ponen en juego el control inhibitorio en el desplazamiento. Por ejemplo, seguir el contorno cada vez más complejo de una forma dibujada en el suelo.

Estos ejercicios son progresivos, y se llevarán a cabo después de haber ejercitado convenientemente la coordinación estática, pues necesitan un nivel de 4 años, como mínimo para poder desarrollarse.

#### 5.- EJERCICIOS DE EXPRESIVIDAD FACIAL:

"Se refieren al reconocimiento e imitación de las expresiones más corrientes: seria, sonriente, de asombro, de enojo, etc., con movimientos faciales generalizados".

El ensayar y conseguir el pase de una expresión a otra, elastiza la musculatura facial, y favorece el dominio de la motricidad voluntaria a ese nivel. Constituyen valiosos ejercicios de atención, observación y discriminación visual.

#### EDUCACION DE LA ACTIVIDAD DE RELACION

"Los ejercicios para la educación del movimiento estarán dirigidos a enfocar los aspectos de la coordinación general: su fin es lograr la precisión y la elasticidad progresiva en los mismos".

En este tipo de educación se diferencian dos aspectos:

1.- El de los desplazamientos corporales, llevados a cabo por medio de la marcha, la carrera y el salto.

El orden de aplicación de los ejercicios es el siguiente:

- Primero se ejercitará el equilibrio en sus dos tipos: estático y cinético, y luego la marcha, la carrera y el salto.

2.- El de la actividad manual, que se refiere a la coordinación visomotriz y dinámica de las manos.

La ejercitación se aplicará en dos etapas sucesivas, correspondientes cada una a distintos estadios de desarrollo.

La primera de ellas es anterior a 5 años de edad motriz y está dirigida a obtener el básico control de movimientos característicos de ese ciclo, en actividades de presión y manipuleo de objetos. La segunda tratará de desarrollar el control conseguido, a nivel de lapso entre los 5 y 6 años de edad motriz, ejercitando al niño en actividades manuales progresivas en destreza y precisión.

### TRATAMIENTO DE LOS TICS

El tratamiento de los tics se divide en tratamiento médico, motor y psicoterapéutico. La mayor parte de medicaciones producen pocos cambios.

El tratamiento psicomotor tiende a reducir la inestabilidad o debilidad motora debido a que van asociadas a los tics. E. Brissaud presenta un método basado en la combinación de dos procedimientos:

1. Inmovilización del movimiento y
2. Movimiento inmovilizador. Este método ha recibido el nombre de Disciplina Psicomotora. H. Meige ha completado el método añadiendo otras técnicas, por ejemplo: gimnasia ante el espejo, o realización del mismo movimiento en el lado sano, ejercicio metódico de distensión muscular y ejercicio controlado por el espejo.

Los neobehavioristas ( A.J. Yates y H.G. Jones) (4), redescubren dichas técnicas formulando una hipótesis del condicionamiento. Su técnica consiste en repetir voluntariamente el movimiento durante media hora cada día o una hora cada tres días, a lo largo de tres semanas, descansando otras tres semanas y volviendo a empezar. Tanto ellos como D. Waltón hablan de resultados positivos.

Según J. Ajuriaguerra y otros afirman que la relajación psicoterápica también da buenos resultados.

Para S. Lebovici, el tratamiento a seguir debe adaptarse a la personalidad del paciente. Cuando es inestable, la terapia debe centrarse en la reeducación motora, que a veces deberá ser una cura de aislamiento y medicamentosa. El afirma que el tic histérico mejorará con psicoterapia corta y haciendo participar en la psicoterapia a los padres.

Los tics de neurosis obsesivas requieren una terapéutica psicomotora acompañada de un tratamiento psicoanalítico que puede durar largo tiempo.

El tic histérico desaparece por completo pero a veces aparece un nuevo tic de otro tipo.

En los obsesos ciertos tics tienden a desaparecer solos, pero la terapia versará sobre el tratamiento de la obsesión, prescindiendo de que haya desaparecido el sintoma.

## CAPITULO IV

## ILUSTRACION DE UN CASO CON RETRASO MENTAL A NIVEL LEVE

Mónica era una niña extremadamente inmadura, social y emocionalmente. Ingreso a un Jardín de Infantes a los 45 días de nacida con evidencias de desnutrición.

Mónica tenía considerables dificultades en la actividad parvularia, no podía cumplir ordenes ni comprender pequeños conceptos numéricos. Era una niña tensa y ansiosa con breves lapsos de atención y muy inquieta. En la escuela se consideraba que Mónica tenía una influencia perturbadora y desorganizada a los demás niños, yendo de un lado a otro gritando y fastidiándolos. La directora y maestra de la escuela sugirieron a la madre buscar ayuda psicológica, lo cual fue aceptado por ella, pues también tenía serios problemas de manejo con la niña. En casa peleaba continuamente con su hermana menor, era muy temerosa, melindrosa para comer, lloraba fácilmente y mojaba la cama.

Cuando fue atendida en la clínica Psicológica tenía 6 años, era muy tensa y ansiosa pero cooperaba mucho, al aplicarle la prueba del Bender se evidenció lesión cerebral lo cual fué corroborado mediante evaluación neurológica y encefalográfica.

Por la historia médica y social se supo que Mónica había tenido un nacimiento traumático y con ayuda de Forceps, de lo cual aún mostraba una leve marca en el lado izquierdo de la cabeza.

El proceso de aprender a hablar y caminar fue muy lento, generalmente era muy tranquila y retraída, pero también tenía rabietas y berrinches cuando se le negaba algo.

De las pruebas Wisc y Stanford Binet se infirió que padecía retraso mental leve. su puntuación se encontraba por debajo de lo normal lo cual dió lugar a predecir que solo podía mejorar sus serias dificultades escolares mediante un programa de Educación Especial.

## RAZON DE CITAS

- (1) De del Valle Sandra. Aplicación en el Area de Retardo Mental. pag. 3
- (2) P. Engalls Robert. Retraso Mental. Pag. 54
- (3) Muños Ninett. El Desarrollo en la Infancia Temprana. Pag. 4
- (4) Ajuriaquerra Jean. Manual de Psiquiatria Infantil. Pag. 288
- (5) De del Valle Sandra. Esquema Corporal. Pag. 3

## CONCLUSIONES

- 1 La Deficiencia Mental provoca en el niño o adolescente un funcionamiento intelectual inferior al promedio.
- 2 La Deficiencia Mental se da durante el periodo de desarrollo e involucra el deterioro de la conducta adaptativa.
- 3 Los niños Deficientes mentales no son deficientes por igual en todas las áreas, aunque estén ubicados dentro del mismo nivel o categoría de Deficiencia Mental.
- 4 Retraso escolar no es sinónimo de Retraso Mental pero deben ser estudiados tanto aisladamente como dentro de un contexto global.
- 5 El problema del nivel mental es quizá la causa que produce mayor lentitud en el aprender.
- 6 La falta de una estimulación satisfactoria, como también buena vivienda y un ambiente cultural adecuado influyen en Deficiencia Mental o en una conducta intelectual inferior.
- 7 Los resultados de C.I. no deben considerarse necesariamente como índice de carácter absoluto, sino relativo en cuanto a Deficiencia Mental.
- 8 La psicomotricidad es la base de otras conductas, ya que el niño se manifiesta a través de los movimientos antes de hablar y de entablar la comunicación social.
- 9 En la estimulación de la psicomotricidad se deben considerar 3 aspectos: La psicomotricidad gruesa, la psicomotricidad fina y el esquema corporal.
- 10 El tratamiento psicomotor debe ser temprano sobre todo cuando se trata de ayudar el desarrollo de un niño con daño cerebral.
- 11 El tratamiento psicomotor debe resolver los problemas del niño desde un punto de vista individual ajustándose a su realidad.

## RECOMENDACIONES

1. A nivel de una campaña tanto nacional como privada; **promover charlas y consejos a grupos de madres primigestas con un afán preventivo.**
2. Orientar a las madres de niños recién nacidos que han tenido problemas perinatales para darles el seguimiento necesario en el hospital respectivo.
3. Que la Dirección de Asistencia Educativa Especial difunda un programa de educación a distancia orientado sobre medidas preventivas y curativas en caso de retraso ambiental y que los apoye sobre todo en infraestructura ya que existe mucha demanda en todos los niveles de deficiencia mental y el recurso es escaso.
4. Que el Departamento de Carreras Técnicas y la Carrera de Educación Especial procure adherir una aula de educación especial en cada sector marginal de la ciudad capital y en los departamentos de la República dentro de su práctica (CENCEPS).
5. Que el Ministerio de Educación incluya dentro de su curriculum de estudios áreas o aspectos relacionados con el curriculum que ayude a niños con necesidades especiales a superar su problemática.

## BIBLIOGRAFIA

- Antoine Porot. Diccionario de Psiquiatría. Editorial Labor, S.A. 1977.
- Ajuriaguerra Jean. Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Masson. 1983. 4ta. Edición.
- Brauner Alfred. La Educación de un Niño Deficiente Mental. Edición Española. 1972.
- Cosstallat Dalila. Psicomotricidad. Tomos: I, II y III. Séptima Edición. Editorial Losada, S.A. Buenos Aires.
- Dorch Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Heder. 5ta. Edición 1985.
- De del Valle Sandra. Documento: Fundamentos Legales de la Educación Especial. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. 1984.
- De del Valle Sandra. Documento: Psicomotricidad. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. 1982.
- De del Valle Sandra. Documento: Esquema Corporal. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. 1982.
- De del Valle Sandra. Documento: Aplicación en el Area de Retardo Mental. Teorías de Peaget e Inhelder; Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. 1982.
- Finch Stuard M. Fundamentos de Psiquiatría Infantil. Argentina. Editorial Psique. 1976.
- Johnson Margaret Anne. La Educación del Niño Deficiente Mental. Manual para Padres y Educadores. Colección Aprendizaje y Reeducción.
- Mabel Conde Marin. Madurés Escolar.
- Muñoz Ninette. Documento: El Desarrollo en la Infancia Temprana. Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. 1983.

Noyes Kolb Lawrence.

Psiquiatría Clínica Moderna.  
La Prensa Médica Editorial.  
6ta. Edición.

## GLOSARIO

**AJUSTE:** Estado de armonía y adaptación del organismo (o persona) con relación a su función y/u otro agente.

**CONGENITO:** Lo que está presente al nacimiento.

**COORDINACION OCULO-MANUAL:** Movimiento de la mano controlada por el ojo.

**COCIENTE DE INTELIGENCIA:** Una fórmula temática que expresa la relación intelectual entre la edad mental y la edad cronológica de un individuo (edad mental dividida por edad cronológica).

**COORDINACION MOTRIZ FINA:** Tiene por objeto facilitar la flexibilidad de las articulaciones de los dedos y de la muñeca, necesaria para que la mano adquiriera mayor libertad y seguridad en los trazos. Se desarrolla también al mismo tiempo la capacidad de comprensión o interpretación y a veces el sentido espacial y de orientación.

**DIRECCIONALIDAD:** Es el resultado de la proyección del sentido de la lateralidad hacia el exterior del organismo. La direccionalidad depende de la lateralidad.

**DISOCIACION:** Es la habilidad para mover y trabajar una parte del cuerpo, mientras la otra permanece estática o ejecutando movimientos diferentes.

**DIAGNOSTICO:** Un procedimiento por el cual es determinada la naturaleza de una enfermedad o condición.

**DEFICIENCIA MENTAL:** Un término usado anteriormente para describir aquello cuyo C.I. está entre 50 y 75.

**EDUCACION PSICOMOTRIZ:** Acción psicológica y pedagógica que utiliza los medios de la educación física con el fin de normalizar el comportamiento del niño y se propone educar sistemáticamente las diferentes conductas motrices con el fin de facilitar la acción de las diversas técnicas educativas permitiendo así una mejor integración escolar y social.

**ETIOLOGIA:** Un término que se refiere a las causas de una enfermedad o condición.

**ESQUEMA CORPORAL:** La noción (el modelo interno) que cada uno tiene de su propio cuerpo.

**EQUILIBRIO:** Es la habilidad para mantener el cuerpo en una posición erguida estable, puede ser estático mientras se está de pie, sin movimiento de locomoción. El equilibrio es una habilidad aprendida.

**HABILIDAD:** Capacidad para realizar determinados trabajos.

**HIPERACTIVIDAD:** Actividad incontrolable y excesiva.

**INTELIGENCIA:** Capacidad para comprender, razonar y resolver hechos y problemas y adaptarse a las exigencias ambientales.

**IMAGEN DEL CUERPO:** El cuerpo es el punto cero o el punto de origen para todos los movimientos o para todas las interpretaciones de las relaciones exteriores. La imagen corporal es el concepto individual del cuerpo y sus partes, este concepto incluye:

- a. La estatura física del cuerpo y sus partes
- b. Los movimientos y funciones del cuerpo y sus partes
- c. La posición del cuerpo y sus partes en relación a otras partes y a otros objetos.

**LATERALIDAD:** Capacidad para darse cuenta de la existencia de los dos lados del cuerpo (izquierda-derecha) y de las diferencias que los distinguen. Puede ser homogénea cuando se usan todos los miembros del mismo lado y cruzada cuando se utiliza un miembro derecho y un miembro izquierdo.

**MOTRICIDAD GRUESA:** Comprende habilidades para desarrollar la habilidad física como base del desarrollo general, postura y locomoción.

**MOTRICIDAD FINA:** Comprende las habilidades de coordinación ocular, coordinación ojo-mano-brazo y coordinación manual.

**MOTOR:** Perteneciente al movimiento muscular consciente o inconsciente.

**NEONATAL:** Perteneciente al período inmediatamente siguiente al nacimiento.

**NEUROLOGICO DAÑO:** Expresión de una alteración marcada del sistema nervioso.

**ORIENTACION ESPACIAL:** Es la adaptación del niño al mundo. En el aprendizaje académico la orientación espacial es fundamental en el trabajo de las matemáticas, en el desarrollo de los conceptos, así como para generalizar y abstraer.

**PRE-NATAL:** Período entre la concepción y el nacimiento.

**PSICOGENITO:** Causado por factores emocionales más bien que fisiológicos.

**RETARDO FUNCIONAL:** Usualmente llamado así cuando una persona actúa a un nivel notablemente inferior a lo normal, pero que no es así por causa de lesiones de nacimiento, factores de tipo clínico u otros factores estructurales o fisiológicos.

**SECUELA:** El efecto subsiguiente de una enfermedad.



INDICE

TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL LEVE Y  
LIMITROFE DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD CRONOLOGICA

PRESENTACION	I
JUSTIFICACION	II
OBJETIVOS	III
INTRODUCCION	IV
CAPITULO I	
RETRASO MENTAL	
a- Definición	1
Leve	2
Limitrofe	2
b- Etiología	3
Factores Biológicos	3
Factores Psicológicos	3
Factores Socio-culturales	3
CAPITULO II	
PSICOMOTRICIDAD	
a- Definición	4
b- Funciones de la Psicomotricidad	7
- Motricidad Gruesa	7
- Motricidad Fina	7
- Esquema Corporal	7
- Imagen Corporal	8
- Concepto Corporal	8
- Conocimiento Corporal	9
- Orientación Temporal	9
- Orientación Espacial	9
- Sentido de Lateralidad	9
- Direccionalidad	9
- Equilibrio	9
REFLEJOS	
a- Definición	10
b- Clases de Reflejos según Peajet	10
c- Clasificación de los Reflejos según Coriat	14
DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS	
a- Definición	17



## CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSICO-MOTORES

a- Actividad Motora	20
b- Actividad de Relación	21
c- Actividad Psico-funcional	21

## TRASTORNOS PSICOMOTORES EN EL NIÑO RETRASADO MENTAL

a- Definición	23
b- Problemas de Lateralidad	23
c- Alteraciones de la Estructura Espacial	23
d- Conductas Perceptivo Motrices	24
e- Organización Espacial	24
f- Ritmo y Actividad Motriz	24
g- Organización y Estructuración del Tiempo	25
h- Equilibrio Postural	25
i- Respiración y Psiquismo	25

## CAPITULO III

### TRATAMIENTO O METODOLOGIA TERAPEUTICA DE LOS TRASTORNOS PSICOMOTRICES

a- Planificación del Tratamiento	27
b- Educación Psicofuncional	28
- Atención y Memoria	28
- Orientación en el Espacio	30
c- Educación de la Actividad Tónica	30
- Ejercicios para Alteraciones de la Tonicidad	30
- Ejercicios para el Desarrollo del Freno Inhibitorio	31
- Ejercicios para la Educación del Equilibrio Estático	31
- Ejercicios de Equilibrio Cinético	31
- Ejercicios de Expresividad Facial	32
d- Educación de la Actividad de Relación	32
- Desplazamientos Corporales	32
- Actividad Manual	32

### TRATAMIENTO DE LOS TICS

a- Definición	33
---------------	----

## CAPITULO IV

ILUSTRACION DE UN CASO CON RETRASO MENTAL A NIVEL LEVE	34
RAZON DE CITAS	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38
GLOSARIO	40