



*Ejercicios prácticos de lenguaje en niños con síndrome de Down*  
*Practical exercises of language in children with down syndrome*  
*Exercícios práticos da língua em crianças com síndrome de baixo*

Yesica Yadira Pazmiño-Mera <sup>I</sup>  
[jessicapaz1980@hotmail.com](mailto:jessicapaz1980@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-9660-6394>

Delia Narcisa Crespo-Antepara <sup>II</sup>  
[delia.crespoa@ug.edu.ec](mailto:delia.crespoa@ug.edu.ec)  
<https://orcid.org/0000-0002-5287-5074>

**Correspondencia:** [jessicapaz1980@hotmail.com](mailto:jessicapaz1980@hotmail.com)

Ciencias de la educación  
Artículo de investigación

\***Recibido:** 20 de agosto de 2020 \***Aceptado:** 27 de septiembre de 2020 \* **Publicado:** 16 de Octubre de 2020

1. Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, Obstetriz.
2. Diplomado en Docencia Superior, Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, Obstetriz.

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar el conocimiento de los docentes y padres y representantes de niños con Síndrome de Down como base para el diseño de una propuesta de ejercicios prácticos de lenguaje. El tipo de investigación fue descriptivo y la modalidad proyecto factible. La población estuvo conformada por 10 padres y representantes y 10 niños con Síndrome de Down con edades comprendidas entre 6-8 años, 3 docentes, 2 terapeutas de lenguaje. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento cuestionario, para lo cual se diseñaron dos versiones, una destinada a los docentes y otra a los padres, ambos instrumentos con opciones de respuesta cerrada tipo Likert. Los resultados arrojaron que la mayoría de los docentes (80%) consideraron que la combinación de actividades lingüísticas favorece la pronunciación silábica en los niños con Síndrome de Down, además señalaron (60%) consideraron que el realizar ejercicios respiratorios mejoraría en calidad de emisión de las palabras. Los padres estuvieron muy de acuerdo en que las actividades prácticas favorecen el aprendizaje de los hijos y están dispuestos (100%) en continuar participando en propuestas de intervención. En base a estos resultados se diseñó una guía con actividades prácticas coordinación manual, ejercicios de comprensión verbal y ejercicios de ortofonía.

**Palabras claves:** Pronunciación; terapia de lenguaje; niños.

## Abstract

The objective of this research was to determine the knowledge of teachers and parents and representatives of children with Down Syndrome as a basis for the design of a proposal of practical language exercises. The type of research was descriptive and the project modality was feasible. The population consisted of 10 parents and representatives and 10 children with Down Syndrome aged 6-8 years, 3 teachers, 2 speech therapists. The data collection technique was the survey and the questionnaire instrument, for which two versions were designed, one for teachers and the other for parents, both instruments with Likert-type closed response options. The results showed that the majority of teachers (80%) considered that the combination of linguistic activities favors syllabic pronunciation in children with Down Syndrome, and they also indicated (60%) considered that performing breathing exercises would improve the quality of emission of words. Parents strongly agreed that practical activities favor their children's learning and are willing (100%) to continue participating in intervention proposals. Based on these results, a guide

was designed with practical manual coordination activities, verbal comprehension exercises, and speech exercises.

**Keywords:** Pronunciation; language therapy; children.

## Resumo

O objetivo desta pesquisa foi determinar o conhecimento de professores e pais e representantes de crianças com Síndrome de Down como base para o desenho de uma proposta de exercícios práticos de linguagem. O tipo de pesquisa foi descritivo e a modalidade de projeto viável. A população foi composta por 10 pais e representantes e 10 crianças com Síndrome de Down de 6 a 8 anos, 3 professores, 2 fonoaudiólogos. A técnica de coleta de dados foi a survey e o instrumento questionário, para o qual foram elaboradas duas versões, uma para professores e outra para pais, ambos instrumentos com opções de respostas fechadas do tipo Likert. Os resultados mostraram que a maioria dos professores (80%) considerou que a combinação de atividades linguísticas favorece a pronúncia silábica em crianças com Síndrome de Down, e também indicaram (60%) considerou que a realização de exercícios respiratórios melhoraria a qualidade da emissão de as palavras. Os pais concordaram fortemente que as atividades práticas favorecem a aprendizagem dos filhos e estão dispostos (100%) a continuar participando das propostas de intervenção. Com base nesses resultados, foi elaborado um guia com atividades práticas de coordenação manual, exercícios de compreensão verbal e exercícios de fala.

**Palavras-chave:** Pronúncia; terapia da linguagem; crianças.

## Introducción

El síndrome de Down es un trastorno cromosómico que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de discapacidad intelectual, facciones características y, con frecuencia, defectos cardíacos y otros problemas de salud. Para Garrido (2009) “El síndrome de Down es una anomalía en la que un exceso del material genético provoca alteraciones en el aspecto y desarrollo del niño” (p. 22).

Es importante saber que normalmente, en el momento de la concepción, un bebé hereda información genética de sus padres en forma de 46 cromosomas: 23 de la madre y 23 del padre. Sin embargo, en la mayoría de casos de síndrome de Down el niño hereda un cromosoma de más,

por lo tanto, tiene un total de 47 cromosomas en vez de 46. Es ese material genético adicional el que provoca las deficiencias físicas y cognitivas asociadas al síndrome de Down.

A pesar de que no se sabe con seguridad por qué ocurre el síndrome de Down y no hay ninguna forma de prevenir el error cromosómico que lo provoca, los científicos saben que las mujeres de 35 años en adelante tienen un riesgo significativamente más alto de tener un niño con esta anomalía. Por ejemplo, a los 30 años, una mujer tiene una probabilidad de concebir un hijo con síndrome de Down inferior a 1 entre 1.000. La probabilidad aumenta a 1 entre 400 a los 35 años, y a los 42 asciende aproximadamente a 1 entre 60.

Tradicionalmente los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño, del par 1 al 22 (de mayor a menor), más el par de cromosomas sexuales antes mencionado. El cromosoma 21 es el más pequeño, en realidad, por lo que debería ocupar el lugar 22, pero un error en la convención de Denver del año 1960, que asignó el síndrome de Down al par 21 ha perdurado manteniéndose por razones prácticas esta nomenclatura. El cromosoma 21 contiene aproximadamente el 1% de la información genética de un individuo en algo más de 400 genes, aunque hoy en día sólo se conoce con precisión la función de unos pocos.

Según el estudio desarrollado por la “Misión Manuela Espejo”, en Ecuador, existen 7.457 personas con Síndrome de Down, la incidencia es elevada comparada con el resto del universo. “La incidencia del Síndrome de Down demuestran que está presente en 1 por cada 550 nacidos vivos”. Conforme registros del CONADIS de las 7457 personas con síndrome de Down, 3597 (48.24%) son mujeres y 3860 (51.76%) hombres. La tasa de prevalencia en el país es de 0.06 por 100 habitantes, las provincias de Manabí, Sucumbíos y Santo Domingo tienen la mayor prevalencia 0.09 por 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03%.

El mayor porcentaje de personas con Síndrome de Down se encuentran en edades por debajo de los 25 años, del total de las personas con Síndrome de Down el 43% no ha recibido atención psicopedagógica. Según datos de la Misión Manuela Espejo, el 99.06% no tiene vínculo laboral.

Ahora bien, en el caso de este estudio se tiene que la Fundación Asistencial Armada Nacional FASAN, en el área de noción 3 atiende niños de ocho a doce años con síndrome de Down y dificultades en el lenguaje que incluye dislalia, dislexia, digrafía, así como problemas en la escritura y la lectura, a causa de esto confunden los fonemas por lo que poseen debilidades en la escritura, la pronunciación es incorrecta o inadecuada.

Del mismo modo, según la información de sus docentes, muchos de ellos son nerviosos e inquietos, incapaces de mantener durante mucho tiempo la atención, son impulsivos y con cambios de humor frecuentes e intensos, lo cuales impide atender a lo que el docente está diciendo y por lo cual no retienen la información y no avanzan en su aprendizaje. Balán, (2008). define este tipo de conducta como propia de la hiperactividad señalando que “Los niños afectos de hiperactividad desarrollan una intensa actividad motriz, la cual se manifiesta en una necesidad irrefrenable de tener que estar moviéndose constantemente”. pág. 38. Comienzan tareas, que abandonan rápidamente para comenzar otra, que, a su vez, vuelven a dejar inacabada. El niño hiperactivo es, pues, aquel que, por naturaleza propia, despliega una actividad muy superior a la de los niños de su edad.

Es importante considerar que la literatura consultada señala la necesidad de implementar un tratamiento no farmacológico como forma de atender las características conductuales, tomando en cuenta que los medicamentos tomados a edades tempranas podrían influir muy negativamente en la salud del niño hiperactivo. Esta atención psicológica tendría como objetivo prepararlos para que desarrollen un control corporal más efectivo, a través de medidas de refuerzo positivo, para lo cual el apoyo de los padres es de vital importancia.

Partiendo de lo anterior se tiene que el objetivo de la investigación es proponer ejercicios prácticos de lenguaje en niños con hiperactividad que asisten a la Fundación Asistencial Armada Nacional FASAN”

## **Desarrollo**

El síndrome de Down se produce por la aparición de un cromosoma más en el par 21 original (tres cromosomas: “trisomía” del par 21) en las células del organismo. Investigadores como Lira, (2007) señala que “La nomenclatura científica para ese exceso cromosómico es 47, XX, +21 o 47, XY, +21; según se trate de una mujer o de un varón, respectivamente” (p. 32). Considera que la mayor parte de las personas con este síndrome (95%), deben el exceso cromosómico a un error durante la primera división meiótica (aquella por la que los gametos, óvulos o espermatozoides, pierden la mitad de sus cromosomas) llamándose a esta variante, “trisomía libre” o regular.

El error se debe en este caso a una disyunción incompleta del material genético de uno de los progenitores. En la formación habitual de los gametos el par de cromosomas se separa, de modo

que cada progenitor sólo transmite la información de uno de los cromosomas de cada par. Cuando no se produce la disyunción se transmiten ambos cromosomas. No se conocen con exactitud las causas que originan la disyunción errónea. Como en otros procesos similares se han propuesto hipótesis multifactoriales (exposición ambiental, envejecimiento celular, entre otras, sin que se haya conseguido establecer ninguna relación directa entre ningún agente causante y la aparición de la trisomía. El único factor que presenta una asociación estadística estable con el síndrome es la edad materna, lo que parece apoyar las teorías que hacen hincapié en el deterioro del material genético con el paso del tiempo.

Después de la trisomía libre, la causa más frecuente de aparición del exceso de material genético es la translocación. En esta variante el cromosoma 21 extra (o un fragmento del mismo) se encuentra “pegado” a otro cromosoma (frecuentemente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo cual el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula. Calderón (2008) señala que “En este caso no existe un problema con la disyunción cromosómica, pero uno de ellos porta un fragmento “extra” con los genes del cromosoma translocado” (p 35). A efectos de información genética sigue tratándose de una trisomía 21 ya que se duplica la dotación genética de ese cromosoma.

La frecuencia de esta variante es aproximadamente de un 35% de todos los Síndrome de Down y su importancia estriba en la necesidad de hacer un estudio genético a los progenitores para comprobar si uno de ellos era portador sin saberlo de la translocación, o si ésta se produjo por primera vez en el embrión. (Existen portadores “sanos” de translocaciones, en los que se recuentan 45 cromosomas, estando uno de ellos translocado, o pegado, a otro).

La forma menos frecuente de trisomía 21 es la denominada “mosaico” (en torno al 26% de los casos). Esta mutación se produce tras la concepción, por lo que la trisomía no está presente en todas las células del individuo con síndrome de Down, sino sólo en aquellas cuya estirpe procede de la primera célula mutada. El porcentaje de células afectadas puede abarcar desde unas pocas a casi todas, según el momento en que se haya producido la segregación anómala de los cromosomas homólogos.

Es importante señalar que hay dos tipos de pruebas prenatales para detectar el síndrome de Down en un feto: las pruebas de cribado y las pruebas diagnósticas. Las pruebas de cribado estiman el riesgo de que un feto tenga síndrome de Down; las pruebas diagnósticas permiten afirmar o negar si el feto padece efectivamente esa anomalía.

Por este motivo, generalmente solo se recomiendan a mujeres de 35 años en adelante, a las parejas con antecedentes familiares de defectos genéticos o cuando se ha obtenido un resultado anómalo en las pruebas de cribado. Si no está segura de qué prueba, en caso de que deba hacerse alguna, es la más adecuada para usted, el médico que lleve su embarazo o un asesor genético podrá ayudarle explicándole las ventajas y los inconvenientes de cada una.

Como características de los niños con síndrome de Down se tiene: Cabeza y cara son redondas y pequeñas, los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, tipo oriental, con un pliegue en el ángulo interno, su nariz es pequeña y chata; el tabique nasal es ancho y ligeramente reprimido, las orejas son pequeñas y su contorno (hélix) aparece doblado, su tono muscular está disminuido, en estado de reposo (hipotonía); esto hace que la lengua tienda a salirse, la piel tendrá diferentes tonalidades, por lo que se dice que tiene aspecto a mármol, presentan un excedente de piel en la nuca (piel redundante), sus extremidades son cortas, con manos y pies anchos y dedos cortos y gruesos. Las manos son pequeñas y regordetas con un pliegue transversal muy marcado en la palma de la mano; el dedo meñique es corto e incurvado, su estatura es menor y su peso es mayor que el correspondiente a su edad.

Algunos bebés nacen con afectaciones cardíacas que podrían requerir de una intervención quirúrgica, es frecuente que se presente estrabismo, mal posición dental, caries e infertilidad en los hombres.

Ahora bien, otro trastorno frecuente en los niños que acuden a la Fundación Asistencial Armada Nacional FASAN, en el área de nocional 3 es la hiperactividad, definida por Garrido (2009) “La hiperactividad es una complicación neurológica, más típica en los niños que en las niñas, que comienza a los 3 ó 4 años y se agrava en la edad escolar”, (p.21).

A la imposibilidad de estarse quietos un momento, lo que se conoce como hiperkinesia, el autor añade otras características, como, por ejemplo:

La incapacidad de controlar los impulsos. Realizan actos sin reflexionar demasiado o nada" sobre sus posibles consecuencias y se ven involucrados en accidentes domésticos y peleas con mayor frecuencia que el resto de niños. Las dificultades para mantener la atención y la concentración, que es el síntoma más característico, a menudo se traducen en fracaso escolar. Y eso es, casi siempre, lo que lleva finalmente a los padres a la consulta de un especialista. El componente genético tiene un peso limitado en la aparición del trastorno, en el que también intervienen factores ambientales como unas relaciones familiares conflictivas o la influencia de otros niños problemáticos.

Las investigaciones realizadas en los últimos años han demostrado, asimismo, la incidencia en el trastorno de alteraciones metabólicas en neurotransmisores del cerebro, como la dopamina y la noradrenalina. Partos complicados, infecciones intrauterinas y traumatismos ocurridos durante los primeros años de vida también influyen en la posterior aparición de la hiperactividad.

Autores como Ordoñez (2008) ha realizado una clasificación de síntomas por edad de los niños con hiperactividad:

- De 0 a 2 años: Descargas clónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad'
- De 2 a 3 años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- De 4 a 5 años; Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.
- A partir de 6 años: impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

## Metodología

El presente proyecto de investigación fue descriptivo, bajo la modalidad proyecto factible. Como población se tomaron un total de 15 personas discriminadas de la siguiente forma

**Tabla 1** Distribución de la población objeto de estudio

<b>Participantes</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Docente</b>	<b>3</b>
<b>Padre</b>	<b>10</b>
<b>Niños</b>	10
<b>Terapeuta de lenguaje</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos aplicado a los docentes

La selección de esta población obedeció a criterios muestrales establecidos por el investigador:

- Criterios de inclusión para ambos grupos: se estableció la pertenencia a FASAN y que participaran en la nocional 3

- Criterios de inclusión para los padres: que sean representantes de niños Síndrome de Down y que participen en la nomenclatura 3
- Como criterios de exclusión se establecieron el no pertenecer a FASAN.

La muestra quedó constituida por 15 participantes 10 padres y 5 docentes.

Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta tipo cuestionario dirigida a los docentes y terapeuta del lenguaje, estando conformado el instrumento por un total de 10 preguntas cerradas con opciones de respuesta tipo Likert, validado a través del juicio de expertos.

Así como también se desarrolló un instrumento destinado a los padres, conformada por 10 preguntas cerradas con opciones de respuesta bajo la escala tipo likert validado a través del juicio de expertos.

## Resultados y Discusión

- Cuestionario destinado a los docentes

**Tabla 2** Distribución de la población docente según el conocimiento sobre la combinación de actividades lingüísticas para favorecer los movimientos faciales en la pronunciación silábica y de palabras

La combinación de actividades lingüísticas (deglución y masticación) facilita los movimientos faciales en la pronunciación silábica y de palabras	Fr.	%
5 muy satisfactorio	4	80
4 satisfactorio	1	20
3 poco satisfactorio	0	0
2 medianamente satisfactorio	0	0
1 nada satisfactorio	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos aplicado a los docentes nomenclatura 3. FASAN

La deglución es una función muscular compleja en la que actúan los músculos de la respiración, en la masticación participa los dientes, lengua, labios lo cual todos los órganos que participan en la

deglución y la masticación se complementan para una mejor pronunciación. Desde el punto de vista teórico, se considera que el realizar la combinación de actividades lingüísticas (deglución y masticación) permitirá que el niño tenga un mejor control de sus órganos buco articulario.

Al analizar los resultados se puede apreciar que la tendencia es muy satisfactoria en un 80% de los docentes; es decir un porcentaje considerable señala que, si facilita los movimientos faciales en la pronunciación, frente a un 32% que dice solo es satisfactorio.

**Tabla 3** Distribución de la población según la consideración sobre el valor de los ejercicios físicos de respiración para diferenciar los fonemas

Los ejercicios para contener la respiración permiten diferenciar fonema por modo y punto de articulación (m-p; d-t).	Fr.	%
5. Muy satisfactorio	2	40
4. Satisfactorio	3	60
3. Poco satisfactorio	0	0
2. Medianamente satisfactorio	0	0
1. Nada satisfactorio	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos aplicado a los docentes. Nocial 3 FASAN

Se puede apreciar que 60% de los docentes entrevistados considera que este tipo de ejercicios es satisfactorio lo que permite afirmar que la inclusión de este tipo de prácticas facilitaría la pronunciación y reconocimiento sobre el modo y punto de articulación de los distintos fonemas como la p, m, d,t .

- Cuestionario realizado los padres

**Tabla 4** Distribución de la población según consideración de la efectividad de las actividades prácticas

Considera Ud. que la realización de actividades prácticas contribuiría con el aprendizaje de su hijo	Fr.	%
5. Muy de acuerdo	8	80
4. De acuerdo	2	20

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0
2. Desacuerdo	0	0
1. Totalmente desacuerdo	0	0
<b>TOTAL</b>	10	100

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos aplicado a los padres de niños con Síndrome de Down Nocial 3. FASAN

El apoyo de los padres en la atención de los niños con Síndrome de Down es un recurso valioso para la mejora de las condiciones de aprendizaje de los niños que participan en esta fundación, puesto que son ellos los que pudiesen continuar con las actividades desarrolladas por los docentes, de tal forma de garantizar un reforzamiento en el hogar.

Los análisis de los resultados señalaron que el 80% de los padres están muy de acuerdo en que las actividades prácticas contribuirían con el aprendizaje de su hijo.

Como parte de los resultados del diagnóstico se elaboró una propuesta de intervención pedagógica comenzando con ejercicios de coordinación manual, con el objeto lograr habilidad y destreza en las manos, independencia derecha izquierda, adaptación al esfuerzo muscular, la precisión ligada al equilibrio general y a la independencia muscular, y la adaptación sensoriomotriz (acción conjunta de sentidos y músculos para regular la coordinación del movimiento).

El segundo grupo se corresponde con ejercicios de comprensión verbal, específicamente ejercicios de discriminación; así como ejercicios de ortofonía: para realizar adecuadamente la respiración, ejercicios de labios.

## Referencias

1. Balán, E. (2008). Estrategias de Lenguaje para niños. Editorial Trillas. México- México.
2. Calderón, V. (2008). Guía para el Desarrollo Integral del Niño. Editorial Euroamericana Edición tercera. Barcelona-España.
3. Corredera, T. (2008). Defectos en la Dicción Infantil. Editorial Kapelusa. Argentina.
4. East, V. y Evans, L. (2010). Guía práctica de necesidades educativas especiales. Tercera edición. Editorial MORATA. Madrid-España.

5. Garrido, J. (2009). Programación de actividades para educación especial. Decimosegunda edición. Editorial CEPE. España
6. Lira, I. (2007). Manual de estimulación. Editorial Galdoc. Edición Cuarta. Santiago-Chile.
7. Narvarte, M. (2005). Trastornos Escolares. Editorial Lexus. Colombia
8. Ordóñez, M. (2008). Estimulación Temprana Inteligencia Emocional y Cognitiva. Editorial Cultural, S.A España.
9. Pikier, E (2008). Desarrollo de la Motricidad Global. Editorial Narcea S.A Chile.
10. Puig C. y –Balés C. (2005). Infancia y desarrollo especial. Primera edición. Editorial EAC. Barcelona-España. Pág. 33.

### References

1. Balán, E. (2008). Language strategies for children. Editorial Trillas. Mexico- Mexico.
2. Calderón, V. (2008). Guide for the Integral Development of the Child. Editorial Euroamericana Third Edition. Barcelona, Spain.
3. Corredera, T. (2008). Defects in Children's Diction. Editorial Kapelusa. Argentina.
4. East, V. and Evans, L. (2010). Practical guide to special educational needs. Third edition. Editorial MORATA. Madrid Spain.
5. Garrido, J. (2009). Scheduling of activities for special education. Twelfth edition. Editorial CEPE. Spain
6. Lira, I. (2007). Stimulation manual. Editorial Galdoc. Fourth Edition. Santiago, Chile.
7. Narvarte, M. (2005). School Disorders. Lexus Publisher. Colombia
8. Ordóñez, M. (2008). Early Emotional and Cognitive Intelligence Stimulation. Editorial Cultural, S.A Spain.
9. Pikier, E (2008). Global Motor Development. Editorial Narcea S.A Chile.
10. Puig C. and –Balés C. (2005). Childhood and special development. First edition. Editorial EAC. Barcelona, Spain. P. 33.

### Referências

1. Balán, E. (2008). Estratégias de linguagem para crianças. Editorial Trillas. México- México.

2. Calderón, V. (2008). Guia para o Desenvolvimento Integral da Criança. Editorial Euroamericana Terceira Edição. Barcelona Espanha.
3. Corredera, T. (2008). Defeitos no Diccão Infantil. Editorial Kapelusa. Argentina.
4. East, V. e Evans, L. (2010). Guia prático para necessidades educacionais especiais. Terceira edição. Editorial MORATA. Madrid Espanha.
5. Garrido, J. (2009). Agendamento de atividades para educação especial. Décima segunda edição. Editorial CEPE. Espanha
6. Lira, I. (2007). Manual de estimulação. Editorial Galdoc. Quarta edição. Santiago, Chile.
7. Narvarte, M. (2005). Distúrbios escolares. Lexus Publisher. Colômbia
8. Ordóñez, M. (2008). Estimulação da Inteligência Emocional e Cognitiva Precoce. Editorial Cultural, S.A Espanha.
9. Pikier, E (2008). Desenvolvimento motor global. Editorial Narcea S.A Chile.
10. Puig C. e –Balés C. (2005). Infância e desenvolvimento especial. Primeira edição. Editorial EAC. Barcelona Espanha. P. 33.

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).