

El niño con discapacidad: elementos orientadores para su inclusión social

Child with disability: orienting elements for the social inclusion

Eliana Isabel Parra Esquivel¹, Olga Luz Peñas Felizzola²

Resumen

Objetivos: proporcionar orientaciones conceptuales y prácticas a cuidadores, maestros, profesionales que trabajen con población infantil y comunidad en general respecto a estrategias inclusivas acertadas para el niño con discapacidad (cero a doce años). Para ello se mencionan algunas herramientas prácticas (procedimientos, instrumentos, estrategias, adecuaciones), cuya utilización ayuda a comprender la situación y a mejorar la participación del niño en contextos de desempeño ocupacional cotidiano: hogar, escuela, actividades de juego y de tiempo libre. En últimas, se espera favorecer una participación más efectiva del niño en sus ambientes y roles ocupacionales, al reconocer las demandas de estos, así como el manejo más acertado, desde la perspectiva profesional de Terapia Ocupacional.

Materiales: metodológicamente, este estudio rastreó fuentes especializadas nacionales e internacionales de Terapia Ocupacional desde el año 2000 sobre tres conceptos clave: niños con discapacidad, desempeño ocupacional y estrategias inclusivas. En cada fuente se identificaron las estrategias de inclusión propuestas para favorecer la participación del niño en ocupaciones cotidianas.

Conclusiones: se avanzó en plantear reflexiones sobre las implicaciones ocupacionales de la discapacidad en niños, en pro de favorecer dinámicas incluyentes. Los referentes conceptuales que explican la participación del niño en los ambientes y roles que le son cotidianos (hogar, escuela y disfrute de actividades lúdicas y de tiempo libre) insisten en que las acciones con esta población deben partir de reconocer las particularidades en cada caso. Al sensibilizar sobre la complejidad de la discapacidad se asume una mirada multidimensional y transdisciplinaria en la comprensión, atención y valoración de las necesidades de los niños con discapacidad.

Palabras clave (DeCS): niños con discapacidad, evaluación de la discapacidad, integración a la comunidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

¹ Candidata a Ph.D. Profesora catedrática y directora del Programa Curricular de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora catedrática asociada Grupo de investigación Ocupación e inclusión social.

² Candidata a Ph.D. Profesora asociada y directora del Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación Ocupación e inclusión social.

Correspondencia: Olga Luz Peñas Felizzola. olpenasf@unal.edu.co.

Abstract

The purpose of this article is to provide conceptual and practical guidance to caregivers, professionals and the general community, about most successful forms of interaction with the disabled child (zero to fourteen years). There are some practical tools available (procedures, tools, strategies, adaptations), whose use helps to understand the situation of children with disabilities and improve their participation in everyday occupational performance contexts: home, school, play activities and free time. Ultimately, it is expected to promote more effective participation of the child in their environments and roles, to recognize these demands and to execute a more careful and efficient management from the Occupational Therapy perspective.

Methodology: *Methodologically, the work was developed from the screening of documentary sources related to issues such as disability, occupational performance and inclusive strategies in children facing disabling processes.*

Conclusions: *Among the most important contributions of the work are: to demonstrate the importance of increasing public awareness about disability (specifically in children), in favor of promoting inclusive dynamic. The most advanced concepts related to prioritizing the child's participation in everyday contexts and roles like home, school and enjoying fun activities and free time, which leads to considering particular cases when implementing actions with this population. To recognize the complexity of disability, a multidimensional look in understanding, caring and assessment of the needs of children with disabilities must be assumed.*

Keywords (DeCS): disabled children; disability evaluation; community integration; International Classification of Functioning, Disability, and Health.

ANTECEDENTES

Referentes conceptuales sobre discapacidad

Tal como señalan múltiples autores (1-9), definir “discapacidad” tiene implicaciones que trascienden a nivel práctico y político, por cuanto condiciona su medición, sustenta sistemas de información, ‘focaliza’ individuos para otorgarles beneficios sociales, clasifica personas y grupos, determina el tipo de atención o servicios que deben proporcionarse, condiciona la asignación de recursos públicos e influye en los enfoques y alcances de la política pública.

Sobre este concepto pueden identificarse diversas posiciones conceptuales: a) el modelo tradicional, caracterizado por la compasión, beneficencia y asistencialismo; b) el modelo médico, centrado en la ausencia, alteración o trauma corporal, derivados de enfermedades

o condiciones de salud, cuyo manejo es biológico, individual y rehabilitativo (3, 5, 10); c) el modelo social, que se distancia del modelo médico, pues define la discapacidad como resultado de la opresión y exclusión social (11-13) y culpa a la sociedad por no disponer los mecanismos –económicos, físicos, sociales, tecnológicos– que garanticen la completa participación de todos los individuos (3, 6).

Una perspectiva más integradora que las anteriores está contenida en el modelo relacional. Este busca una conciliación con los modelos social y médico, al ubicar la discapacidad en un punto intermedio entre ambos, pues plantea que aquella resulta de la conjugación de la condición de salud del individuo y las características del contexto (14). El modelo relacional también es adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), particularmente en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la

Salud (CIF) (15), que explica la discapacidad en función de la interacción de la persona con el ambiente, en la cual median factores de transición (por ejemplo, el ambiente físico, las actitudes, los estilos de vida o las políticas públicas) que pueden derivar en condiciones capacitantes o discapacitantes para participar en las actividades cotidianas (6). En este sentido, la respuesta a la discapacidad debe darse sobre ambos componentes, persona-ambiente, potenciando los recursos de la persona y garantizando un contexto inclusivo.

Las cifras de la discapacidad

El reciente Reporte Mundial de Discapacidad de la OMS (1) hace un llamado respecto a la creciente prevalencia de este fenómeno en el mundo, con mayor tendencia en los países de menores ingresos: en los años setenta equivalía al 10 % de la población, pero finalizando los noventa ya se estimaba en el 12 %, con una pérdida anual cercana a los 500 millones de años de vida por discapacidades asociadas a problemas de salud (1,16).

El Reporte calculó la prevalencia de la discapacidad en 15 %, correspondiente a más de mil millones de personas. La población con discapacidad moderada o severa, de cero a catorce años de edad, fue estimada en 93 millones de personas.

Estas cifras, por sí mismas preocupantes, se disparan en los países que enfrentan conflictos internos (como el caso de Colombia), donde dicha problemática se proyecta en 20 % de la población nacional (1,15). Contrariamente, el Censo 2005 estableció la prevalencia nacional en solo 6,4 % (17); subregistro que podría explicarse por las variaciones en la definición adoptada de discapacidad.

El Reporte Mundial también explica que

la discapacidad afecta desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables. Hay una mayor prevalencia de discapacidad en los países de bajos ingresos (...). Los datos de los países seleccionados muestran que los niños de los hogares más pobres y quienes son de grupos étnicos minoritarios tienen riesgo significativamente mayor de discapacidad que otros niños. (1)

Algunos autores plantean que

la funcionalidad de un niño no debe ser vista de forma aislada, sino en el contexto del ambiente familiar y social. Los niños menores de cinco años en los países en desarrollo están expuestos a múltiples riesgos, incluyendo la pobreza, malnutrición, salud precaria y hogares con ambientes deprivados, lo cual puede afectar el desarrollo cognitivo, motor y social-emocional. (1)

Con otras palabras, la presencia de condiciones de salud afectará las posibilidades de la población infantil para participar en aquellas actividades y roles que les han sido tradicionalmente atribuidos, como son las actividades de la vida diaria, el juego, el aprovechamiento del tiempo libre y la vinculación en las dinámicas de la escuela.

Este trabajo tiene la intención de ofrecer una guía que compile las orientaciones más relevantes para favorecer la inclusión integral del niño con discapacidad en sus ocupaciones cotidianas. Tales orientaciones se formulan desde la perspectiva del Terapeuta Ocupacional (énfasis en el “hacer”, en las ocupaciones) y van dirigidas a cuidadores, maestros y profesionales que trabajen con este grupo poblacional. Las orientaciones proporcionadas se explican desde los ambientes donde el niño vive (hogar), estudia (escuela) y juega (espacios de lúdica).

OBJETIVOS

Aportar orientaciones conceptuales y prácticas a cuidadores, profesionales, maestros y comunidad en general para favorecer la participación del niño con discapacidad en las distintas ocupaciones y roles; reconocer los ambientes de la cotidianidad en los cuales se desenvuelve el niño, así como las particularidades que acompañan los casos de menores con discapacidad; identificar herramientas prácticas (procedimientos, instrumentos, estrategias, adecuaciones) que ayuden a comprender la situación particular del niño con discapacidad y a mejorar su participación en el hogar, en la escuela, en actividades de juego y de tiempo libre.

METODOLOGÍA

Se rastrearon fuentes documentales de Terapia Ocupacional desde el año 2000 relacionadas con tres conceptos clave: niños con discapacidad, desempeño ocupacional y estrategias inclusivas. Se consultaron publicaciones especializadas digitales y en físico, nacionales e internacionales, que trataran sobre esos tres tópicos. En cada fuente se identificaron las estrategias de inclusión propuestas para favorecer la participación del niño en ocupaciones cotidianas (actividades de la vida diaria, estudiar, jugar).

RESULTADOS

Un marco conceptual para la inclusión del niño con discapacidad

Desde la mirada relacional se han propuesto marcos orientadores para la inclusión social de niños con discapacidad. Entre los múltiples referentes integrales se encuentra el denominado Modelo Persona-Ambiente-Ocupación,

que reconoce la interrelación entre dichos elementos y les atribuye una naturaleza cambiante, enfatizando en la transformación del comportamiento de las personas y los ambientes en los cuales se llevan a cabo esos ajustes comportamentales (18). Debido a su mirada relacional, este modelo tiene referentes conceptuales comparables con los planteamientos de la CIF (15), especialmente sobre bienestar y la salud, como resultado de la interacción de factores personales y contextuales. Cada una de las categorías que integran la tríada estructural del modelo son definidas en el cuadro 1.

Este modelo proporciona lineamientos para el abordaje del desempeño ocupacional infantil, con especial énfasis en el entorno. Para ello se sigue una secuencia de intervenciones: a) identificar las ocupaciones que el niño desempeña o necesita desempeñar; b) reconocer y priorizar el área de desempeño sobre el cual se necesita indagar, según lo reportado por el niño, cuidadores o maestros; c) determinar a través de la evaluación las características del niño, el/los entornos en los que se desenvuelve y la ocupación, para reconocer los elementos que fomentan o limitan el desempeño ocupacional; d) elegir evaluaciones específicas para el entorno particular que se va a evaluar o intervenir; e) evaluar los diferentes aspectos del entorno (físico-social-cultural-temporal); y f) plantear acciones para superar posibles barreras o potenciar los facilitadores del desempeño ocupacional del niño (18, 19).

La valoración de la discapacidad en niños con discapacidad: instrumentos evaluativos

La valoración de la situación de discapacidad en niños cuenta, entre muchos otros, con dos instrumentos evaluativos, interdisciplinarios,

multidimensionales y específicos para este grupo de edad, que arrojan información útil sobre elementos que pueden estar determinando situaciones de funcionamiento o de discapacidad. Tales herramientas son la CIF

versión niños y jóvenes (15, 21) (ver cuadro 2) y el Baremo de valoración de dependencia (BVD), con su respectiva Escala de valoración específica para menores de tres años (EVE) (20) (ver cuadro 3).

Cuadro1. Conceptos básicos del modelo persona-ambiente-ocupación

Categoría del modelo	Definición de la categoría	Características en niños
Persona	Se define en función de la multiplicidad de roles (simultáneos y cambiantes) que asume, así como por el conjunto de habilidades que hacen de cada individuo un ser particular.	En la infancia tradicionalmente se asumen roles con la familia (mediante la participación en actividades de la vida diaria y de autocuidado), con pares (en el juego y actividades de ocio) y en el ámbito productivo (con actividades escolares y en otros casos mediante trabajo infantil). Se tienen en cuenta las habilidades del niño, sus percepciones e ideas sobre los entornos y las ocupaciones. También se consideran los componentes físico, social, cultural y afectivo.
Ambiente	Es el escenario en el cual se lleva a cabo el desempeño ocupacional de la persona, caracterizado por elementos que condicionan las pautas para dicho desempeño, así como posibles barreras o limitantes para este.	Los entornos que enmarcan el desempeño ocupacional de los niños son: hogar, escuela, espacios para el desarrollo de actividades lúdicas y de ocio; en algunos casos, contextos de trabajo. Cada ambiente tiene componentes físicos, sociales, culturales, temporales e institucionales/organizativos que los hacen únicos para cada caso, e imponen o no limitaciones a la actividad y barreras o facilitadores a la participación infantil.
Ocupación	Es cambiante a lo largo del ciclo vital y otorga significado al actuar cotidiano de la persona. Abarca todas aquellas actividades realizadas por el ser humano.	Actividades básicas cotidianas, dirigidas al propio cuidado del niño, de ocio, tiempo libre, académicas y productivas. Para cada una de ellas se consideran como niveles de análisis las actividades (unidad básica, por ejemplo, organizar cuadernos), las tareas (conjunto de actividades, por ejemplo, hacer labores escolares) y ocupación (conjunto de tareas, por ejemplo, estudiar).

Fuente: cuadro de elaboración propia (basado en 18 y 19).

Cuadro 2. La CIF, versión niños y jóvenes

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, versión niños y jóvenes-CIF NJ	
Descripción	Esta herramienta de uso interdisciplinario fue diseñada a partir de la CIF para valorar funciones y estructuras corporales, limitaciones en las actividades, restricciones en la participación y características del contexto para la población infantil y joven. Es aplicable a personas con discapacidad y sin esta. Reconoce que la discapacidad y la salud en esta población tienen un impacto diferente (naturaleza, intensidad, injerencia del proceso de desarrollo) en comparación con los adultos, es decir, "no son adultos pequeños". Al igual que la CIF, su objetivo no es clasificar personas, sino describir su situación en función de los factores personales y ambientales.
Usos y aplicaciones	En el componente de actividades y participación, la CIF-NJ reconoce nueve dominios: aprendizaje y aplicación del conocimiento (por ejemplo: mirar, escuchar, copiar, repetir, adquisición del lenguaje, aprender a leer); tareas y demandas generales (llevar a cabo una única tarea); comunicación (conversar, producción de mensajes no verbales); movilidad (uso fino de la mano, levantar y llevar objetos, utilizar medios de transporte); autocuidado (lavarse, vestirse, comer, beber, cuidado de partes del cuerpo); vida doméstica (realizar los deberes de la casa, ayudar a los demás); interacciones y relaciones interpersonales (interacciones interpersonales generales y básicas); áreas principales de la vida (educación no reglada, educación preescolar, participar en juegos); vida comunitaria, social y cívica (religión y espiritualidad, derechos humanos, vida política y ciudadanía). Para cada uno de dichos dominios la CIF-NJ propone una escala de calificación con las siguientes opciones: no hay dificultad; dificultad ligera; dificultad moderada; dificultad profunda; no existe la habilidad; información insuficiente; no aplica. Tal escala tiene posibilidades de interpretación cualitativa, dependiendo de los resultados arrojados en la valoración.

Fuente: cuadro de elaboración propia (basado en 15 y 21).

Cuadro 3. El BVD y la EVE

Baremo de valoración de dependencia (BVD) y la Escala de valoración específica para menores de tres años (EVE)	
Descripción	<p>Ambas herramientas evaluativas están dirigidas a personas con discapacidad, pues su intención es identificar el grado y nivel de dependencia que tiene un individuo (necesidad de cuidado y apoyos) al compararlo con lo esperado para esa etapa de desarrollo.</p> <p>El EVE es aplicable de cero a tres años; el BVD está dirigido a mayores de tres años de edad. También derivados de la CIF, ambos instrumentos consideran tanto las condiciones de salud como las características del entorno de la persona.</p>
Usos y aplicaciones	<p>Particularmente, el EVE exige una aplicación por lo menos cada seis meses (a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses de edad), con el objetivo de dar cuenta de los cambios en el desarrollo del menor.</p> <p>Ambos instrumentos miden el grado de dependencia, identificando si corresponde a dependencia moderada (necesidad de apoyo en ciertas tareas), dependencia grave o severa (no requiere un cuidador, aunque sí necesita apoyo varias veces, en varias actividades diarias) y gran dependencia (necesidad de apoyo continuo para el desempeño de las actividades básicas).</p> <p>El grado en el cual se estima el apoyo o cuidado que requiere la persona con discapacidad tiene en cuenta cuatro opciones: supervisión o preparación (en la organización o disposición de los elementos-instrumentos necesarios para la actividad que se va a desarrollar); asistencia física parcial (se requiere colaboración de otro en la ejecución de la tarea); asistencia física máxima (otra persona debe sustituir a la persona con discapacidad en la ejecución de la respectiva actividad, debido a que aquella no puede realizarla); y asistencia especial (es la que se presta en casos de alteraciones del comportamiento, problemas perceptivo-cognitivos).</p> <p>Para los menores de tres años mide: actividad motriz (ajusta el tono muscular; mantiene posición simétrica, pasa de acostado a sentado); actividad adaptativa (succiona, sostiene un juguete, abre cajones, imita trazos con un lápiz); valoración de necesidades de apoyo en salud (peso al nacer; medidas de soporte para funciones vitales en alimentación, respiración, función renal y urinaria, función antálgica, función inmunológica; medidas para la movilidad como fijación vertebral externa, vendaje corporal).</p> <p>Para los mayores de tres años evalúa diez categorías, con sus respectivas tareas: comer y beber, regulación de la micción/defecación; lavarse; otros cuidados corporales; vestirse; mantenimiento de la salud; transferencias corporales; desplazarse fuera del hogar; desplazarse dentro del hogar; y realizar tareas domésticas.</p>

Fuente: cuadro de elaboración propia (basado en 20).

Los instrumentos antes mencionados tienen entre sus ventajas la amplitud de categorías de evaluación consideradas, las cuales abarcan toda una gama de actividades del hogar, la escuela y lúdicas, como escenarios 'naturales' de los niños, en las cuales se hacen visibles las situaciones discapacitantes. Además, son de fácil aplicación y arrojan información cuantitativa y cualitativa para cada caso.

Entre las consideraciones especiales para su uso están: pueden tener una alta demanda de tiempo en su aplicación y análisis; la utilización de ambas herramientas generalmente implica la observación de las ejecuciones del niño en el contexto real, lo cual lleva a la realización de visitas domiciliarias que pueden demandar mayor tiempo; y el EVE requiere el apoyo informático en su sistematización, debido a la escala de ponderaciones que maneja.

El niño con discapacidad en el hogar

El primer y uno de los más importantes entornos del ser humano es el hogar, y es aquí donde la persona, y en particular el niño con discapacidad, generalmente pasan gran parte de su tiempo y llevan a cabo múltiples actividades significativas.

En la intervención sobre las actividades de la vida diaria de los niños con discapacidad es importante partir de reconocer cuatro criterios orientadores de la acción profesional dirigida a mejorar su participación en tales tareas: el significado, la independencia, la seguridad y la adecuación de la actividad (22).

El significado de una actividad o rol es el grado de motivación para llevar a cabo o para reentrenarse en su ejecución luego de un evento discapacitante.

La identificación y práctica de ocupaciones significativas dentro del hogar, al tiempo que mejora la funcionalidad del niño, también aumenta el interés de este por el proceso de rehabilitación y por avanzar en procesos incluyentes. Por tanto, un primer paso es reconocer las actividades que le despiertan mayor interés.

La independencia en la iniciación, realización y finalización de las actividades tiene que ver con la posibilidad de contar con las habilidades y capacidades para ello, así como con el menor requerimiento de apoyo de terceros o de dispositivos de asistencia.

Esto puede lograrse de múltiples maneras; por ejemplo, cambiando los elementos utilizados (una camisa de botones por otra de velcro); adaptando la actividad (vestir primero la parte del cuerpo afectada, o usar un banco para sentarse mientras se ducha); o empleando dispositivos de asistencia (cubiertos de mango grueso para facilitar agarres y ganar independencia al comer).

Desde esta mirada, el objetivo es disminuir hasta donde sea posible la asistencia proporcionada por otra persona. Particularmente, en este aspecto cobra relevancia la figura del cuidador, pues debe estar involucrado activamente en las acciones que permitan avanzar en mayores niveles de independencia para el menor con discapacidad (23).

La seguridad en el desempeño de tareas es un aspecto de suma relevancia, hasta el punto que se plantea la posibilidad de sacrificar una parte de la independencia en las actividades en pro de garantizar mayores niveles de seguridad en su ejecución.

Es necesario educar al menor con discapacidad sobre aquellas conductas que, debido a

su condición podrían resultar riesgosas aun cuando hayan sido practicadas antes de la situación discapacitante.

La intervención profesional principalmente apunta a la adecuación de los espacios y las actividades, de forma que se minimicen los factores de inseguridad (a diferencia del componente de independencia que, en buena parte, se mejora con el paso del tiempo) (22, 24).

La adecuación de la ejecución se relaciona con evitar o disminuir dolor, dificultad, fatiga y gasto energético, especialmente. Respecto al dolor, se deberá consultar sobre los mecanismos más apropiados para su manejo (actividad física, tratamiento farmacológico, técnicas de relajación), de manera que esto impacte en la menor medida sobre la participación del niño en sus actividades cotidianas.

El grado de dificultad que impone la actividad al menor debe ser valorada en función de la frecuencia con la cual este debe llevarla a cabo, dando prioridad a disponer mecanismos que faciliten aquellas más habituales.

Para el manejo de la fatiga en las actividades se recomienda adaptar su ejecución procurando el mayor ahorro energético, según sea el caso.

En general, la adecuación de las actividades deberá hacerse en correspondencia con el tipo de diagnóstico del menor, el pronóstico que se tenga y las precauciones derivadas de la condición específica, para evitar exacerbar la sintomatología; también para asegurar el mayor aprovechamiento de las actividades, en pro de lograr ganancias en la recuperación funcional del niño.

El niño con discapacidad en la escuela

Para visualizar este tema es necesario retomar el concepto de **educación inclusiva**, la cual tiene la función de modificar, cuando es necesario, los sistemas educativos de manera que se le pueda dar respuesta a la diversidad de niños que se acercan a la escuela. En este sentido, se requiere compromiso, voluntad y proyección por parte de los actores educativos (maestros y administradores escolares), quienes son los encargados de asumir este rol desde la planeación, ejecución y valoración. En esta medida se integran fuertemente los conceptos de calidad y realidad, pues para que esto sea posible se requiere sumar varios factores: la formación docente actualizada, la promoción de métodos pedagógicos centrados en el educando –superando modelos tradicionalistas–, visión diferente en los propósitos de la educación, el desarrollo o adquisición de materiales que favorezcan el aprendizaje, acciones pedagógicas activas o métodos de evaluación no solamente basados en la heteroevaluación sino que incorporen estrategias autoevaluativas. En fin, una serie de modificaciones que buscan hacer que los niños y jóvenes se acerquen al conocimiento en búsqueda de aprendizajes más significativos (25).

La Unesco propone el índice de inclusión como una forma para apoyar a las instituciones escolares en la inclusión educativa y, además, como un medio para favorecer la mejora escolar (26). Este índice puede ser aplicado a directivos, docentes, personal de apoyo y administrativo, así como a padres y estudiantes en las áreas de gestión directiva, académica, administrativa y de la comunidad (27). De esta manera, con su aplicación se tiene una apreciación general de la institución para que se puedan tomar decisiones más adecuadas.

En este instrumento se tienen en cuenta conceptos como: accesibilidad, barreras para el aprendizaje y la participación, diversidad, equidad, inclusión, entre otros.

La experiencia en varios países que reportan altos índices de inclusión educativa, como Chipre, Islandia, Italia, Grecia, Noruega y Portugal, muestra que se requieren esfuerzos y desarrollos en varios frentes si se esperan resultados significativos (29).

El primero es la concepción de las necesidades educativas específicas (NEE), que abarca claridad en las políticas de inclusión social y educativa, pasando de un enfoque médico y clínico a otro de tipo pedagógico e interactivo. Otro es la identificación del déficit, para lo cual se debe contar con equipos interdisciplinarios cualificados y suficientes.

También se señala el porcentaje de alumnado en centros de educación especial. En relación con las funciones de tales centros, en general se tiende a que desaparezcan (29). La recomendación es hacer la conversión de dichos centros especiales en centros de recursos, con funciones como

prestar a los centros ordinarios de la zona apoyos educativos y rehabilitadores; orientar y formar a los profesionales; encargarse de los diagnósticos y orientaciones didácticas; facilitar el uso de materiales, métodos y tecnología adaptada; prestar los servicios de atención temprana; atender la educación a niños hospitalizados; facilitar la inserción laboral y atención a las personas adultas que no puedan recibirlos dentro del sistema ordinario (educativo, de salud o de servicios sociales) y orientar y ayudar a las familias. (29)

Otro elemento destacado entre los países con alto índice de inclusión educativa es el marco normativo con que cuentan. Este muestra

avances hacia la ampliación de experiencias de escuela inclusiva, la responsabilidad de la escolarización y la prestación de servicios, y en el diseño y capacidad para la implementación de políticas.

El modelo y las modalidades de escolarización se mencionan como elementos que también potencian el índice de inclusión, privilegiando el “modelo a una banda”; es decir, la escolarización en el sistema regular (29). A lo anterior se agregan transiciones de un modelo mixto a un modelo inclusivo, pues las modalidades de escolarización abren paso a las aulas tradicionales y aulas específicas en instituciones regulares, en detrimento de los centros especializados por tipo de discapacidad.

Finalmente, también tiene amplia relevancia el currículum de la inclusión, el cual debe estar basado en principios de integración, participación y descentralización. A partir de ellos se relacionan las necesidades individuales de los alumnos con las adaptaciones curriculares; pero cuando esto no es suficiente se plantea la idea de currículos alternativos. En este punto es fundamental la colaboración de los padres y la familia (28, 29).

De otro lado, en este aparte sobre el niño en la escuela también es necesario mencionar la compleja experiencia educativa para los menores enfrentados a estancias hospitalarias. En este tema se han reconocido tres objetivos fundamentales: promover el derecho del niño a recibir educación en el hospital y en su domicilio; promocionar la figura y cualificación del profesor hospitalario; y potenciar investigaciones en el ámbito de la pedagogía hospitalaria (30).

Los niños en situación de discapacidad se benefician en sus procesos educativos de mediaciones como el trabajo en grupo, el uso de tec-

nologías de la información y la comunicación, y de actividades con didácticas específicas, lo cual redundaría en que sus demandas escolares no se pierdan a pesar de que su condición de salud se encuentre afectada.

El niño con discapacidad en las actividades de juego y tiempo libre

El *juego* es “cualquier actividad espontánea u organizada que brinda disfrute, entretenimiento y diversión”. Además, se indica que

es “una actitud o modo de experiencia que involucra la motivación intrínseca, enfatiza en el proceso más que en el producto, teniendo un control interno más que externo” (31).

En este punto es importante retomar dos ideas en relación con el juego planteadas por Knox: la primera indica que el juego es un aspecto crítico del desarrollo humano; la segunda se relaciona con el arte del juego, en el cual el niño experimenta alegría, placer y libertad (31).

Cuadro 4. Características de la discapacidad en relación al juego

Discapacidad	Características de la discapacidad	Juego
Física	Limitaciones en su movilidad y fuerza, y dolor cuando desempeña actividades de la vida diaria. Los contactos sociales con la familia y otros niños se pueden ver interrumpidos por la hospitalización.	Temor ante el movimiento, disminución del juego activo y preferencia por actividades sedentarias. Problemas con la manipulación de juguetes y muestra disminución en la exploración. El juego social disminuye debido a la hospitalización o al poco desarrollo de rutinas que permitan la interacción social.
Cognitiva	Las destrezas de los niños se encuentran en un nivel menor en comparación de otros niños, tienen dificultades en estructurar su comportamiento y pérdida de la atención sostenida.	Prefieren materiales estructurados para el juego, tipos de juego muy organizados y poco flexibles; disminución de la curiosidad; uso inadecuado y hasta destructivo de los objetos empleados para el juego; disminución de la imaginación, juego simbólico, interacción social y del lenguaje; e incremento de la observación en el juego. Se recomienda dar estructura y orientación externa para desarrollar sus destrezas de juego.
Sensorial (deterioro visual y auditivo)	Muestran diferencias en el desarrollo en relación con la percepción integrada del mundo originada por la pérdida de visión y dificultades en la exploración motriz de ambientes y objetos.	Tienen dificultades en el juego de construcción, en el desarrollo de juegos que incluyan rutinas especialmente con otros pares y disminución del juego imitativo y de roles.
Deterioro auditivo	Presentan disminución en el lenguaje interno, las interacciones sociales y en la comprensión de conceptos abstractos.	La imaginación tiende a restringirse con la edad e incrementa el tiempo de juego de construcción no interactivo. Disminución en el juego simbólico e incrementa el juego solitario.

Fuente: recopilado de Knox (34).

Por otro lado, el *tiempo libre* es aquel en el cual no se tienen responsabilidades familiares, sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Se caracteriza por un sentimiento de libertad y autodesarrollo (32).

El tiempo libre tiene dos características: la exploración (identifica intereses, habilidades, oportunidades y actividades apropiadas) y la preparación para el ocio (planificación y participación, mantenimiento del equilibrio del tiempo libre en relación con otras ocupaciones, uso y cuidado del equipo apropiado) (33).

Características que se deben tener en cuenta para jugar

Cuando los niños son hospitalizados por alguna necesidad real generalmente experimentan “estrés de separación, miedo o enfermedad... son forzados a estar confinados y se alteran sus rutinas” (34; traducción libre de las autoras). Estos elementos tienen efectos claros en su juego: regresión en el desarrollo; disminución del movimiento; afectación de la capacidad de atención, iniciativa y curiosidad; se alteran la inventiva y creatividad; disminuyen la calidad juguetona y el afecto; e incrementan la ansiedad (34).

Tales condiciones se pueden presentar cuando los niños son hospitalizados; sin embargo, es necesario indicar que el niño con alguna discapacidad es un ser individual y particular, por tanto, puede reaccionar y actuar de distintas formas. Por eso es necesario conocer sus particularidades como persona, el ambiente en el cual se desenvuelve y el tipo de juego que efectúa o puede desarrollar. Una vez comprendida esta aclaración, en el cuadro 4 se enuncian algunas situaciones que pueden presentar niños con diferentes tipos de discapacidad.

Orientación a familia y cuidadores

Es fundamental que los padres, familia y cuidadores reconozcan el papel que tiene el juego en el desarrollo de los niños y las consideraciones especiales que conlleva para aquellos con algún tipo de discapacidad. Una vez entendido esto es necesario conocer que existen obstáculos que pueden impedir la realización del juego, por lo cual es indispensable conocerlos, de manera que puedan ser abordados para convertirlos en posibilidades de acción.

Los obstáculos pueden agruparse en: limitaciones dadas por los cuidadores, limitaciones físicas y personales del niño, barreras ambientales y barreras sociales (35).

En el cuadro 5 se muestran algunas técnicas que pueden ser útiles en la interacción padres-cuidadores e hijo.

Consideraciones en relación con el ambiente

A continuación se presentan algunas características generales que se deben considerar en los ambientes de juego (36; otros trabajos orientadores sobre el impacto del ambiente son 41, 42). Estas son indicaciones amplias, por tanto deben ser aplicadas teniendo en cuenta las particularidades de los niños, ambientes y tipo de juego.

1. Los ambientes deben ser considerados de la manera más cuidadosa, teniendo en cuenta las capacidades de los niños, de forma que no se subestimen ni se sobre-estimulen. Los ambientes cerrados y abiertos se deben ajustar a las capacidades físicas y mentales, de modo que permitan una relación adecuada entre las habilidades, intereses y expectativas del menor.

2. Ambientes como hospitales, hogares, colegios y zonas de juego deben brindar un enriquecimiento social y cultural que estimule la curiosidad y la investigación, de manera que los niños reúnan las competencias para vivir en el mundo (43, 44).

3. Los ambientes deben incluir actividades y materiales para el juego, de forma que se satisfagan los requerimientos de los niños a nivel cognitivo, motor, sensorial y social y se fomente el crecimiento y el aprendizaje.

Cuadro 5. Técnicas para la interacción con el niño con discapacidad

Técnica	Instrucciones
Toma de turnos durante la interacción con el niño	<p>Al iniciar la interacción se deben esperar 5 a 10 segundos para la respuesta del niño. En caso de que no haya respuesta (el niño no observa o no da indicios de prestar atención):</p> <p>(1) se debe hacer una señal no verbal al niño (por ejemplo, asintiendo con la cabeza o señalándolo) y esperar 5 a 10 segundos. Si no responde,</p> <p>(2) brindar señales físicas y verbales, o ambas. Por ejemplo, tocarlo y emplear una frase sencilla: si está jugando con un dado, “¿cuántos puntos tengo?” Se debe intentar que el niño tome su turno o participe dependiendo del contexto y de la situación: tipo de actividad–escolaridad, juego o tiempo libre–, y lugar donde se desarrolla–hospital, hogar, escuela–.</p> <p>Y (3) si el niño no responde se deberá iniciar una nueva interacción (se deben hacer ajustes a la actividad teniendo en cuenta motivación, significado y objetivos trazados).</p>
Imitación del comportamiento del niño por parte del cuidador o padres	<p>Tomar turnos pequeños: esta consideración implica que se debe dar una respuesta ágil para que la gratificación para el niño sea inmediata.</p> <p>Imitar todas las acciones verbales y no verbales del niño, siempre y cuando esta acción no genere incomodidad o frustración al menor.</p>
Interacción frente a frente	<p>Es necesario adoptar una posición con equipo adaptativo y sin este que favorezca la interacción frente a frente. En este sentido, se puede buscar adaptar espacios y actividades que permitan contener al niño para que la interacción sea un resultado esperado, o en un nivel posterior acomodar equipos (de piso o suspendido) de manera que la relación uno a uno no sea forzada.</p>
Uso de equipo adaptado y posiciones adaptadas que permitan interacción frente a frente	<p>Adoptar posiciones adecuadas, junto con el empleo de equipo que facilite la interacción frente a frente con el niño, o de uno a uno. En este punto se pueden adaptar posiciones y equipo (decúbito prono o sedente en piso o en equipo suspendido), de manera que en el desarrollo de la tarea sea indispensable mirar y mantener la mirada.</p>
Las interacciones verbales deben ser utilizadas no solo durante la interacción	<p>Hacer comentarios o exclamaciones, resaltando e imitando al niño es una forma de comunicación. Sin embargo, debe ser adecuada, es decir, breve, en el momento adecuado y con el señalamiento preciso.</p> <p>Tratar de no utilizar indicaciones verbales todo el tiempo. Por ejemplo, si el niño está mirando una pelota, decir: “la pelota es roja” y esperar la respuesta del niño. Hacer el siguiente comentario después de que el niño responde o después de que ha esperado 10 segundos a que el niño responda.</p> <p>Si no se logra respuesta, se puede volver a repetir la técnica. Si no hay respuesta, es importante emplear otra técnica hasta encontrar respuesta.</p>

Continúa...

Técnica	Instrucciones
Evitar los señalamientos físicos	<p>Cuando esté jugando con los juguetes y con el niño dele la oportunidad de responder física e independientemente a estos juguetes antes de que usted le ayude a manipularlos. Por ejemplo, cuando se le vaya a dar un juguete al niño, se debe procurar que este haya adoptado una posición que le favorezca la manipulación o uso del elemento y el máximo control. Debe existir el binomio estabilidad-movilidad, de manera que el niño esté confortable para lograr éxito en el juego. Luego permítale al niño jugar con el muñeco. Si el niño no responde en 10 segundos o más, demuéstrele cómo funciona el juguete; en este punto es necesario que el niño lo observe con claridad o sienta el tipo de movimientos que usted realiza para activar el juguete. Si el niño muestra una respuesta, se le deberá hacer una demostración y esperar una respuesta. Si el niño no responde, se le deberá apoyar físicamente para jugar con el juguete.</p>
Utilizar las preguntas que incentiven la continuidad de la conversación; por ejemplo: quién, dónde y qué	<p>Es importante favorecer la reciprocidad verbal durante los momentos de interacción. Para ello se recomienda utilizar preguntas que estén dirigidas hacia comportamientos cotidianos del niño; por ejemplo: ¿dónde está durmiendo el osito?, ¿qué está haciendo la muñeca? Se deben motivar respuestas lingüísticas específicas, formulando preguntas que le planteen al niño demostrar avanzadas destrezas lingüísticas. Lo anterior con la precaución de no desalentar al niño hacia la interacción recíproca. Por ejemplo: ¿qué están haciendo los muñecos sobre el sofá?, ¿hacia dónde van los muñecos?, ¿por qué no van a otro lugar?</p>
Recomendaciones para el encuentro interactivo	<p>Las interacciones deben ser estimuladas para mantener el ritmo del niño. Las interacciones deben ser ocasionalmente cambiadas para ampliar las habilidades del niño; en este sentido se pueden agregar otros juguetes, otros personajes que exploren distintos materiales –un pez en el agua– o distintos materiales que generen otras sensaciones –pintura, arena, greda– (teniendo en cuenta condiciones de seguridad y que no afecten tratamientos médicos). Principalmente los comentarios y preguntas deben referirse a la actividad de juego y se deben corresponder con el nivel actual de funcionamiento. Siempre debe existir un reto justo en las actividades teniendo en cuenta que los ambientes y los materiales sean los adecuados para que el niño sienta que está avanzando en el juego.</p>

Fuente: recopilado de Okimoto, Bundy y Hanzlik (40).

Posibilidades de adaptar el juego

Para que el juego pueda ser adaptado debe reconocerse al niño como un ser particular, con sus potencialidades y necesidades, así como a los miembros de la familia y cuidadores, el ambiente donde se va a desarrollar el juego y los objetos que se van a emplear.

Los niños deben tener la posibilidad de controlar el espacio de juego y tener la facilidad de movimiento en el mismo; no sobra indicar que tienen que procurarse unas condiciones de seguridad apropiadas. Los ambientes deben ofrecer variedad de experiencias y permitir la creatividad, ilusión y cambio (34, 45, 46).

Para el desarrollo de ambientes de juego es necesaria una adecuada planeación y posibilidades de modificación en distintos espacios, como parques, patios de recreo o salones de juego (47). Por ejemplo, el análisis y ajuste de la cubierta del suelo es fundamental para los niños que utilizan elementos de apoyo para los desplazamientos, tales como muletas, prótesis o bastones.

Otras modificaciones pueden consistir en realizar rampas de acceso a los parques infantiles o dejar espacios libres en las mesas para acomodar adecuadamente las sillas de ruedas.

En el caso de los niños invidentes se pueden hacer algunas modificaciones, como ubicar

plantas aromáticas, elementos que producen sonidos (campanas, corrientes de agua o ringletes) o disponer diversidad de texturas con arena y agua.

En cuanto a los objetos, se pueden incluir equipos que ofrezcan variedad de estímulos y propósitos, entre ellos columpios, rodaderos y tiouvivos. Estos se pueden adaptar para los niños que requieren silla de ruedas o para niños que no tienen un adecuado control de cabeza o tronco (37).

Existen otro tipo de adaptaciones que se relacionan con el uso de la tecnología y prácticas pedagógicas para favorecer el aprendizaje. En este sentido es necesario darle una mirada al uso de los computadores, celulares, tabletas y demás equipos que están favoreciendo el aprendizaje multimodal, desde el cual pueden mejorarse otros tipos de conductas de juego.

Los niños pueden emplear cámaras digitales para practicar diferentes tipos de exploraciones en el juego; crear textos multimodales para representar sus ideas; o con las fotografías hacer historias digitales o crear diversos tipos de narraciones (38, 48, 49; algunas experiencias de este tipo pueden consultarse en 50).

CONCLUSIONES

Los referentes conceptuales más avanzados sobre discapacidad priorizan la participación del niño en los contextos y roles que le son cotidianos. Por tanto, la evaluación e intervención de cada caso deberán considerar tales particularidades.

El campo de estudios en discapacidad ha avanzado en la construcción de herramientas evaluativas integrales, las cuales permiten

valorar las ejecuciones, participación, autonomía y requerimientos de los niños con discapacidad desde una mirada multidimensional, coherente con los modelos conceptuales de mayor alcance explicativo.

Las acciones que dispongan los cuidadores, profesionales y maestros para potenciar el desempeño ocupacional de los niños con discapacidad deben reconocer la importancia que juegan tres factores: el significado, la independencia y la seguridad de las ejecuciones. Lo anterior con miras a garantizar procesos que efectivamente redunden en bienestar e inclusión para tal población.

La educación inclusiva proporciona múltiples opciones que facilitan el reconocimiento de la diversidad de los niños (entre ellos especialmente quienes enfrentan situaciones de discapacidad) para asumir procesos de aprendizaje más enriquecedores.

Las actividades de juego y tiempo libre se convierten en medios y fines para favorecer el bienestar y la salud de los niños con discapacidad; por tanto, es necesario que los distintos profesionales que aborden esta población estudien, diseñen y ejecuten estrategias que involucren en su cotidianidad dichas actividades para brindar experiencias significativas y de cambio positivo en los niños.

Es fundamental que se integren distintos elementos en la atención a los niños con discapacidad (entre los que se tienen a las personas, los ambientes y las ocupaciones), de manera que se impacte realmente en sus condiciones de vida.

Conflicto de interés: ninguno.

Financiación: Universidad Nacional de Colombia.

Links de interés

Esta lista de fuentes electrónicas ofrece a los interesados en el tema opciones para acceder a instrumentos y estrategias útiles de valoración y manejo aplicables al niño con discapacidad. Son fuentes complementarias a las referenciadas en este reporte:

Listas de chequeo para verificación de condiciones de seguridad en el hogar:http://agin-gresearch.buffalo.edu/hssat/hssat_v3.pdf

<http://www.healthyhomestraining.org/nurse/PEHA.htm>

Guía para cuidadoras de personas con discapacidad severa:<http://www.bdigital.unal.edu.co/2055/1/guiaparalacuidadoradepersonas.pdf>

Compendio de instrumentos de valoración de pacientes crónicos y en situaciones de discapacidad en distintos entornos (hogar, comunidad) y actividades (ejercicio, actividades cotidianas):

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

American Academic of Pediatrics, promotora del juego en los niños:www.aap.org

Association for Childhood Education Internacional, promotora del juego en los niños:www.acei.org

American Association for the Child's Right to Play:www.ipausa.org.

American Journal of Occupational Therapy, declaración sobre el juego como ocupación indispensable para los niños:www.ajot.org

Niños con discapacidad:<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/>

[strengthening-education-systems/inclusive-education/children-with-disabilities/](http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/children-with-disabilities/)

Entender y atender las necesidades especiales en la escuela integrada:<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001243/124394sb.pdf>

Laptop, andamiaje para la educación especial:<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002120/212091s.pdf>

Aceptación de la diversidad: Kit de herramientas para crear ambientes inclusivos y amigables: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001375/137522e.pdf>

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World Report on Disability. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.
2. Altman B. Disability definitions, models, classifications schemes and applications. Chapter 3. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 97-122.
3. Moreno M. Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar. Bogotá, D. C.: National Graphics; 2007.
4. Schriener K. A disability studies perspective on employment issues and policies for disabled people: An international view. Chapter 28. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 642-662.
5. Bernell S. Theoretical and applied issues in defining disability in labor market research. J Disabil Policy Stud 2003; 14 (1): 36-45.
6. Gómez C, Cuervo C. (2007). Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia. Bogotá, D. C.: Editorial Unibiblos; 2007.
7. Jongbloed L. Disability policy in Canada: An overview. J Disabil Policy Stud 2003; 13 (4): 203-209.

8. Mitra S. The capability approach an disability. *J Disabil Policy Stud* 2006; 6 (4): 236-247.
9. Williams G. Theorizing disability. Chapter 4. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 123-144.
10. Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Santa Fe de Bogotá. La discapacidad en el contexto del Sistema general de seguridad social en salud: lineamientos, epidemiología e impacto económico. Disponible en: <http://www.saldarriagaconcha.org/News-Detail/470/1/PublicacionesPropias>.
11. Braddock D, Parish S. An Institutional History of Disability. Chapter 1. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 11-68.
12. Fougeyrollas P, Beaugregard L. An interactive person-environment social creation. Chapter 6. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 171-194.
13. Massala A, Pettreto D. Models of Disability. In: Stone JH, Blouin M, eds. *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2012. Disponible en: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/135/>.
14. Turner B. Disability and the Sociology of the body. Chapter 9. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p.252-266.
15. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid: Editorial Grafo; 2001.
16. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev Salud Pública* 2005, 7 (002): pp. 130-144. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42270202>
17. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Informe de resultados del Censo poblacional 2005. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin1.pdf>.
18. Stewart D, Letts L, Law M, Cooper B, Strong S, Rigby P. Modelo persona-ambiente-ocupación. Sección V. En: Crepeu E, Cohn H, Schell B, eds. *Terapia ocupacional*. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 227-235.
19. Brown C. Modelos ecológicos en Terapia ocupacional. En *Terapia ocupacional*. 11ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 435-445.
20. IMSERSO. Baremo de valoración de la situación de dependencia, 2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-baremo-dependencia-01.pdf>
21. Bernal C. Aplicación de la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, versión niños y jóvenes, en contextos educativos: facilitación de los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual en la secundaria. Tesis para optar al título de Magister en Discapacidad e inclusión social, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2514/1/597826.2009.pdf>
22. Holm M, Rogers J, James A. Intervenciones para las actividades de la vida diaria. En: Crepeu E, Cohn H, Schell, B, eds. *Terapia ocupacional*. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 491-534.
23. Escobar M. Cartilla del cuidador(a) de persona con discapacidad severa. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2055/1/guiaparalacuidadoradepersonas.pdf>
24. University at Buffalo. Home safety self assessment tool (HSSAT) v3. Occupational Therapy Geriatric Group. Disponible en: http://agingresearch.buffalo.edu/hssat/hssat_v3.pdf

25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco]; 2012. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/>
26. Plancarte P. El índice de inclusión como herramienta para la mejora escolar. *Revista Iberoamericana de Educación* 2010; 54:145-166.
27. Ministerio de Educación Nacional. Índice de inclusión, Bogotá, D. C.: Ministerio de Educación Nacional; 2009.
28. Álvarez L. *Terapia Ocupacional en Educación. Un enfoque sensorial en la escuela.* Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
29. López M. La inclusión educativa de alumnos con discapacidades graves y permanentes en la Unión Europea. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa* 2009; 15 (1): 1-20.
30. Lizasoáin O. Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre educación*, 2005; 9: 189-201.
31. Parham L, Fazio L. *Play in Occupational Therapy with Children.* 2nd ed. St. Louis: Elsevier; 2008.
32. Crepeu E. *Terapia ocupacional.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
33. Grupo de trabajo de Terapia Ocupacional en Geriatría para el desarrollo de la Terapia Ocupacional Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso. *Am J OccupTher* 2008; 62: 625-683.
34. Case- Smith J, O'Brien J. *Occupational Therapy for Children.* 6a ed. Maryland Heights, Missouri: Elsevier: 2010.
35. Missiuna C, Pollock N. Play Deprivation in Children With Physical Disabilities: The Role of the Occupational Therapist in Preventing Secondary Disability. *Am J OccupTher* 1991; 45 (10), 882-888.
36. Tobias y Goldkopf. More than child's play. *OT Practice* 1998; 3 (2): 1-15.
37. Stout J. Planning Playgrounds for Children with Disabilities. *Am J OccupTher* 1988; 42 (10), 653-657.
38. Yelland N, Reconceptualising play and learning in the lives of young children. *Australasian Journal of Early Childhood* 2011; 36 (2), 4-13.
39. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es
40. Okimoto A, Bundy A, Hanzlik J. Playfulness in Children With and Without Disability: Measurement and Intervention. *Am J OccupThe r*2000; 54 (1), 73-82.
41. Hurtado M, Aguilar J, Mora A, Sandoval C, Peña C, León A. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud Uninorte (Barranquilla, Colombia)* 2012; mayo-agosto; 28 (2): 227-237.
42. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano.* Barcelona: Paidós; 2002.
43. Hernández M. La función del juego en el ambiente hospitalario. *Acta PediátrMex* 2014; 35: 93-95.
44. Hernández M. El juego como herramienta y apoyo psicológico en la adherencia terapéutica. México: UNAM; 2012.
45. Vásquez J. Deporte adaptado, necesidad de desarrollo. *Revista de Educación* 2004; 335: 81-93.
46. Gaytán R, Carabaña J, Redondo J. *¿Jugamos? Manual de adaptación de juguetes para niños con discapacidad.* Madrid: IM-SERSO.
47. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño, 1959.
48. Gastón E. La discapacidad visual y las TIC en la etapa escolar. Gobierno de España, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Disponible en: <http://recursostic.educa->

cion.es/observatorio/web/ca/cajon-de-sastre/38-cajon-de-sastre/322-la-discapacidad-visual-y-las-tic-en-la-etapa-escolar

49. Ferreyra J, Méndez A, Rodrigo M. El uso de las TIC en Educación especial: descripción de un sistema informático para niños discapacitados visuales en etapa preescolar. *Revista iberoamericana de tecnología en educación y educación en tecnología* 2009; 3: 55-62.
50. Banco interamericano de desarrollo (BID). TIC para la inclusión: tecnología para incluir niños con discapacidad en la escuela. Disponible en: <http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=EC-T1194>