



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898478*

RFC: ATII20618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

**Año: VII    Número: 2    Artículo no.:41    Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2020.**

**TÍTULO:** Desarrollo del niño en la infancia temprana y sus manifestaciones en el primer año de vida.

**AUTORES:**

1. Máster. Luis Enrique Labrada Estrada.
2. Máster. Olemma Elvira Diéguez Corría.
3. Dra. Yusleidys Rodríguez Aguilar.
4. Máster. Flor Virtudes Palomino Arceo.

**RESUMEN:** El trabajo aborda las características fundamentales del desarrollo del niño durante el primer año de vida, fundamentalmente en cuanto a su actividad refleja primaria como principal reveladora del modo en que se da el desarrollo. Se especifican los principales tipos de reflejos innatos, las etapas del desarrollo prenatal y los signos fundamentales que denotan un comportamiento atípico en los pequeños, que contribuya a efectuar un diagnóstico temprano y un efectivo proceso de estimulación temprana. El material deviene en instrumento de consulta para el personal de educación, familiares y entes que de algún modo tienen que ver con el desarrollo de los pequeños, ya que comprende una etapa en que el recién nacido no está directamente vinculado a las instituciones preescolares.

**PALABRAS CLAVES:** infancia temprana, desarrollo, actividad refleja.

**TITLE:** The development of the early infancy child and his behaviour in the first year of life.

**AUTHORS:**

1. Master. Luis Enrique Labrada Estrada.
2. Master. Olemma Elvira Diéguez Corría.
3. Dra. Yusleidys Rodríguez Aguilar.
4. Master. Flor Virtudes Palomino Arceo.

**ABSTRACT:** The work deals with the main features of the child's development during the first year of life, mainly about his first early reflex activity seen as the principal manifestation of the development. The main innate reflex types are named, as well as their pre-natal development stages and the principal characteristics that show an atypical child behaviour that contribute to do a forehanded diagnose, and above all, an effective early stimulation process. The work is a very outstanding consulting material for educational workers, families and other agents that have to do with the child's development because it deals with a stage in which the just born kid is not directly linked to pre-school institutions.

**KEY WORDS:** early infancy, development, reflex activity.

**INTRODUCCIÓN.**

El primer año de vida es el período en el cual los cambios del niño(a) son los más acelerados de toda la vida, lo que hace prácticamente imposible una caracterización del año, por lo que se considera indispensable hacerlo en períodos más cortos que permitan conocer qué le está sucediendo en cada momento.

El desarrollo infantil tiene lugar a partir de una especial combinación entre lo social y lo individual, hecho que exige de una continua interacción entre estos factores para, a partir de ahí, suministrar los recursos necesarios que permitan la armonía y proporcionalidad de su avance. Tal desarrollo no puede interpretarse como un acto de transmisión cultural, unidireccional, pues implica una interacción dialéctica entre lo social y lo individual, que desdibuja las fronteras en las manifestaciones externas de ambos factores.

Es así que el proceso de desarrollo individual de cada niño(a) tiene lugar en el transcurso de varias etapas caracterizadas por diferentes manifestaciones a partir de la conversión de lo intersíquico en intrapsíquico, para su expresión nuevamente en lo intersíquico, con la asegurada unipersonalidad en las adquisiciones, las que van de lo social a lo individual.

El criterio de Pérez, L. (2003), es que en esa combinación, las adquisiciones del niño(a) se van dando aparentemente en dos direcciones: como crecimiento, cuando se refiere a los cambios que pueden ser evaluados por parámetros como el peso, la talla...; como desarrollo, en relación con aspectos funcionales y habilidades que no pueden ser cuantificadas.

Según opinión de los autores, la dimensión del desarrollo es contentiva del crecimiento, pues en este se va dando su dinámica sin especificidad determinada de cuándo se está ante la presencia del crecimiento, toda vez que para que este ocurra es preciso que se combinen, lo biológico, como premisa del desarrollo y lo social como fuente del desarrollo. En esta reflexión se fundamenta que el desarrollo “es un proceso de maduración física, psíquica y social y abarca todos los cambios cuantitativos y cualitativos de las propiedades congénitas y adquiridas” Yadesco, V. y Sojin, F. (1990).

En su carácter dialéctico no consiste en la recepción pasiva de influencias del medio externo o la simple asimilación de conocimientos, sino “el cambio cualitativo de la actividad psíquica del hombre” Labarrere, G. y Baldivia, G. (1988).

Para que se produzca el cambio cualitativo es indispensable que se dé la interacción entre las premisas obtenidas como ser humano y el medio social en que deviene cada sujeto, solo a partir de cuya combinación tiene lugar el desarrollo ontogenético, que en el caso del recién nacido tiene sus peculiaridades, dado el predominio de las manifestaciones de los factores biológicos en la etapa.

## **DESARROLLO.**

El nacimiento del niño marca la manifestación de la actividad refleja primaria, la que paulatinamente se va transformando en actividad motora voluntaria rudimentaria, aproximadamente pasado el primer trimestre de vida.

Entre las primeras manifestaciones del recién nacido se halla el influjo de su actividad refleja primaria, la que deviene en importante predictor del desarrollo, máxime cuando el agente que interviene en el desarrollo del niño(a), tiene conocimiento de lo que puede considerarse atípico en cada momento. Es significativo, al respecto, la plena consideración de las manifestaciones individuales del pequeño.

Los primeros tres meses de vida del niño(a), devienen en el primer contacto adaptativo del menor con el medio que le rodea. Este hecho significa el paso de la actividad refleja primaria a la motilidad voluntaria, en la que se produce la primera aproximación a la socialización, al reconocimiento del mundo externo.

Se hace indispensable, por tanto, que las personas que tienen que ver con el desarrollo del niño(a), posean dominio de las especificidades que se dan durante los primeros meses, en tanto constituyen el primer momento social del pequeño, hecho que marca la transformación de la vida biológica del feto en la vida social del niño(a), dado el predominio del intercambio y la comunicación afectiva.

El mayor número de afecciones severamente discapacitantes se expresan de forma clínica en esta etapa, lo cual no significa que se puedan sacar conclusiones definitivas, pero sí permite el inicio de una estimulación temprana dirigida a modificar favorablemente el pronóstico, si se ofrecen recursos

al niño para la adquisición de los aprendizajes. La existencia de afectaciones en los menores generalmente está signada por elementos reveladores que exigen de una profunda y continua vigilancia por el adulto, tal es el caso de su actividad refleja.

Es importante que los padres conozcan no solamente el comportamiento del niño(a) una vez nacido, sino incluso de su desarrollo prenatal para que se acentúe el carácter preventivo de las acciones y se actúe a favor de una estimulación consciente y efectiva. Entre otros aspectos es importante el conocimiento sobre las etapas de desarrollo prenatal.

Desde la propia concepción cada individuo recibe la influencia de factores hereditarios y ambientales, los cuales inciden de forma más o menos directa durante el período prenatal. Este período se da a partir de instrucciones genéticas comprendidas desde la célula hasta organismos de mayor complejidad.

El cerebro como órgano más especial y complicado del ser humano, está constituido fundamentalmente por millones de células llamadas neuronas, cada una de estas células consta de un cuerpo celular o soma, un axón o cilindro (eje transmisor) y un conjunto de ramificaciones llamadas dendritas cuya función es receptora.

Las células nerviosas tienen incontables posibilidades de relación entre unas y otras a través de comunicaciones llamadas sinapsis. Mientras más estímulos recibe el recién nacido, mayor número de sinapsis se establecen y se aumentan los canales sensoriales, lo que asegura un efectivo desarrollo del menor.

### **Etapas del desarrollo prenatal.**

- Etapa germinal: Desde la fecundación hasta la segunda semana se distinguen dos capas de células idénticas; el ectodermo (formará uñas, pelo, dientes, órganos sensoriales, la parte exterior de la piel, el sistema nervioso central (SNC) y la espina dorsal); el endodermo (formará el

sistema digestivo, hígado, páncreas, glándulas salivales y el sistema respiratorio); el mesodermo (formará la parte interna de la piel, el esqueleto y los sistemas circulatorio y excretor).

- Etapa embrionaria: Desde la segunda a octava semana de embarazo, en ella tienen lugar los principales sistemas de órganos y órganos del cuerpo humano. Se forman las primeras células óseas. Dentro de ella, aproximadamente a los 17 días, se han podido detectar sinapsis entre células nerviosas, al nivel de las cuales actúan neurotransmisores eléctricos y químicos.
- Etapa fetal: Desde la octava semana hasta el nacimiento. La presencia de células óseas y otros elementos denotan la transformación del embrión en feto. El cuerpo crece alrededor de veinte veces su longitud, el feto es activo, responde a sonidos y vibraciones.

Al quinto mes la cantidad definitiva de neuronas del cerebro está determinada. Continuará el crecimiento del órgano solo por el aumento del tamaño del soma de las células y sus conexiones (que aumentan proporcionalmente según la estimulación que reciben).

El axón crece en longitud y las dendritas se multiplican formando una intrincada red de interconexiones, susceptibles de aumentar según aumentan los mensajes sensoriales. La estimulación sensorial influye en el crecimiento de las células cerebrales. Alrededor de los ocho meses de embarazo el cerebro duplica su peso y al término del mismo alcanza el 25% del peso del cerebro del adulto.

A los seis meses de nacido su cerebro pesa el 50% del peso del adulto, el 70% al año de vida y a los tres años de vida el 90% del peso de su tamaño definitivo. El mayor crecimiento del cerebro se realiza durante el primer año de vida, lo que implica que la estimulación aplicada durante este período tiene mayor impacto en el crecimiento cerebral que en cualquier otra etapa de vida del bebé.

De ahí que se ha podido comprobar en investigaciones científicas realizadas por Barreras, J. y Guerra, A. (s.a), que el Sistema Nervioso Central (SNC) puede lograr la recuperación total o parcial de ciertas funciones en presencia de daño estructural si la oferta de estímulos es organizada y planificada.

Otras investigaciones encuentran asociación significativa entre los grupos de edades extremas o adolescentes de las madres y la presencia de prematuros, grado de escolaridad que aporta el nivel cultural materno y los nacimientos prematuros, que no en su totalidad aseguran un desarrollo normal. Las investigaciones afirman que las lesiones del SNC se ponen de manifiesto desde los primeros meses de vida.

Muchos de los movimientos y actividades del recién nacido son reflejos o movimientos involuntarios: el bebé no hace estos movimientos a propósito. A medida que el Sistema Nervioso empieza a madurar, estos reflejos dan paso a comportamientos que tienen un propósito determinado. Los reflejos son permanentes cuando son duraderos a lo largo de la vida. Los del neonato son temporales y la mayoría desaparecen entre el 3<sup>ro</sup> y 5<sup>to</sup> mes de vida, dentro de ellos se encuentran:

### **Adaptativos.**

- **Succión:** Se produce rozando los labios con el seno, tetina o biberón y el bebé empieza a succionar. Este reflejo comienza alrededor de la semana 32 de embarazo hasta la 36. Es fundamental que esté sincronizado con el de deglución.
- **Deglución:** Tragar automáticamente. Unido al anterior aseguran la supervivencia.
- **Búsqueda:** Se obtiene al estimular con el dedo o biberón cerca de la comisura labial, lo que provoca el acercamiento de los labios al lugar estimulado.

### **Ligados a la motricidad.**

- **Prensión:** Al acariciar la palma de la mano del bebé provoca que este cierre los dedos en un apretón. Dura aproximadamente hasta los dos meses y es más frecuente en bebés prematuros.
- **Natación:** A partir de dos respuestas del niño.
  - Simular nadar cuando se introduce en el agua (externo).
  - Otro interno que permite que no se le encharquen los pulmones bajo el agua (a través de la actuación de la glotis).
- **Reptación:** Se coloca boca abajo y con los pies apoyados en algo, el niño simula reptar, sin desplazamiento.
- **De marcha autónoma:** Sujeto por las axilas, el niño toca el suelo y simula caminar alternando los pies.
- **De ascensión:** Sujeto por las axilas, se coloca un obstáculo que toque la punta de los dedos de los pies y el niño simula subir el escalón.
- **Tónico asimétrico del cuello o tónico cervical:** Se debe a un desbalance entre los hemisferios cerebrales que hace que en forma alterna predomine uno sobre otro.

Con el niño decúbito supino, al girar la cabeza hacia un lado, extiende el brazo y la pierna para donde mira, mientras el brazo y la pierna opuesta se flexionan en posición de esgrima. Se considera que este reflejo persiste hasta los 3 ó 4 meses de vida.

- **El de enderezamiento de la cabeza:** Se obtiene al incorporar al recién nacido por ambos brazos, estando decúbito supino, la cabeza queda hacia atrás, pero enseguida la yergue para caer hacia delante.
- **El espinal:** Se da por la fricción paravertebral desde el coxis al cuello y en posición decúbito prono (sentado), pero estando el niño tranquilo, hace que incurva el tronco hacia el lado friccionado. Puede haber llanto y agitación.



### **Autoprotectores.**

- El de Moro (del abrazo o del sobresalto): Se obtiene dando una palmada fuerte o una sacudida brusca a la cuna, a lo que responde con llanto, grito, moviendo los brazos en extensión primero y después flexión, abriendo las manos, así como flexión de los miembros inferiores con fuerza. Si en este acto se aprecia asimetría, puede ser un importante indicador de parálisis, fractura, luxación, desprendimiento epifisiario. Desaparece alrededor de los 5 meses. Su persistencia indica daño cerebral.
- De paracaidista: Al sostenerlo boca abajo y simular caída, el niño extiende los brazos.

### **Otros reflejos.**

- El de Babinsky o cutáneo plantar: Se obtiene frotando el pie de atrás hacia delante con un objeto romo (goma del lápiz, por ejemplo), el niño responde con el despliegue en abanico de los dedos del pie, excepto el gordo que reacciona con extensión dorsal (se dobla hacia la parte superior). Este reflejo es normal hasta aproximadamente los dos años de edad.
- Cutáneo abdominal: En los reflejos osteotendinosos (como el rotuliano), la respuesta del recién nacido puede ser una hiper o hiporreflexia, pero deben encontrarse proporcionalmente. Su asimetría indica trastorno.

La presencia de signos anormales y en especial entre estos reflejos es de significativa importancia, no solo para el especialista que interactúa con el niño, sino sobre todo para que la familia sea la principal observadora del pequeño.

De esta forma se pueden considerar valiosos los criterios que aporta Pérez, L. (2003), al referir algunos signos de alarma durante el primer año de vida. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

**Signos de alarma durante el primer trimestre.**

- Alteraciones del reflejo de succión, chupa con poca fuerza, se atraganta con frecuencia, tose mientras se alimenta, se alimenta con lentitud.
- No parpadea ante la luz brillante.
- Llanto anormal, ya sea de frecuencia exagerada o de tono anormal, muy irritable, llora con facilidad, sobre todo de noche.
- Convulsiones de cualquier tipo.
- No fija la vista en objetos ni los sigue cuando se mueven de un lado a otro.
- Durante el trimestre se mantiene muy rígido con predominio del tono flexor y la postura fetal.
- Poca movilidad de los brazos y las piernas, siempre está muy tranquilo, casi no se mueve.
- Los brazos y las piernas muy blanditos, flácidos e hipotónicos.
- No reacciona ante ruidos fuertes, no responde a la voz de la mamá, no le llama la atención el sonido de la maruga.
- Anormal persistencia de la actividad refleja primaria, que se puede exacerbar como: manos constantemente empuñadas, hiper-extensión de la cabeza ante un estímulo, reflejo del moro anormalmente exaltado, reflejo tónico asimétrico del cuello fácilmente demostrable al lateralizar el cuello.
- Al final del trimestre hay falta del control del cuello, la cabeza cae y no puede sostenerla cuando lo mantienen en la posición de sentado, con frecuencia ni siquiera intenta levantarla.
- Presencia de asimetrías funcionales de los brazos y piernas en el caso de Parálisis Braquial Obstétrica, evidente desde el momento del nacimiento al desencadenar el reflejo del moro.
- Al final del trimestre no se sonríe ni responde al contacto con la mamá.
- Aparecen movimientos anormales de los ojos como el nistagmo.
- Pobre respuesta a los estímulos táctiles.

- Presencia de movimientos anormales de las extremidades, o de una postura anormal en el decúbito, generalmente relacionada con una alteración del tono.

### **Signos de alarma durante el segundo trimestre.**

- La alteración del tono muscular, tanto si se incrementa dando la impresión de un niño rígido con poca movilidad, o si por el contrario, se produce una severa hipotonía que determina un niño muy blandito con hiperlaxitud articular.
- La falta de control del cuello o de adquisición de habilidades motoras propias de la etapa como sentarse, darse vuelta en la cama.
- Pobre desarrollo de la función manual, no hace por coger objetos con la mano, ni se lleva las cosas a la boca, o bien existe asimetría funcional, solo coge con una mano y la otra casi no la usa.
- No sigue objetos con la vista, no responde al ver a la mamá u otra persona conocida, no se sonríe.
- No reacciona ante los ruidos, no emite sonidos ni balbucea.
- Se mantiene como si estuviera ausente, no responde a las modificaciones en el medio que le rodea, a la llegada de personas, a las palabras de cariño.
- Persisten o están exaltados los reflejos que debían haber desaparecido.

### **Signos de alarma durante el tercer trimestre.**

- Pobre desarrollo motor, caracterizado generalmente por poco control, no asume la posición de sentado ni con ayuda, movimientos voluntarios torpes, mal coordinados, con la presencia en ocasiones de movimientos asociados anormales.
- Actividad refleja anormal.
- Aumento del tono muscular.

- Pobre socialización, no se interesa en el medio que le rodea, las cosas no le llaman la atención, no se interesa por los juguetes.
- No responde a los sonidos.
- Pobre respuesta a estímulos visuales.
- Con ayuda no sostiene el peso de su cuerpo sobre sus pies.
- Asimetría funcional de un hemicuerpo: una mano más torpe que la otra, menos movilidad de un movimiento con relación al otro.
- No emite sonidos.

### **Signos de alarma durante el cuarto trimestre.**

- Alteraciones del tono, la reflectividad, o la adquisición de habilidades motoras correspondientes a la etapa o etapas anteriores. Debe ser objeto de preocupación si el niño no se sienta solo, no se arrastra, no se para.
- Si no responde de forma diferente ante la presencia de extraños en su entorno familiar.
- Si no emite sonidos o palabras.
- Si no responde a ruidos o a la voz de la mamá.

La presencia inicial de un desarrollo sano no implica su inexorable continuidad, ya que el crecimiento cerebral puede divergir, alterarse y manifestar atipicidades. Esto exige la exploración y vigilancia continua de la maduración del niño, evaluando su adaptación a las exigencias del medio externo y evaluar que su desarrollo psicológico tenga proximidad al curso esperado según la etapa del desarrollo que transita.

Neutralizar cualquier influencia nociva, encauzar un comportamiento atípico oportunamente, no solo es tarea permanente desde la atención primaria de salud, sino que es meta pendiente por los servicios de educación desde la infancia temprana y tarea obligada de la familia como primera agencia socializadora de los pequeños.

La eficacia de la prevención depende del momento en que se inician las labores preventivas, no solo dirigidas al niño, sino desde la preparación de la familia en función de neutralizar los daños que puedan ser ocasionados al menor.

### **CONCLUSIONES.**

Constituye una necesidad el hecho de que la familia se prepare en función de la actuación preventiva en relación con su descendencia, a partir de su rol protagónico como previsor de la evolución del desarrollo del niño(a) y responsable de su tratamiento oportuno.

Es vital que la familia obtenga los recursos y mecanismos de previsión, diagnóstico y evaluación del desarrollo normal o atípico del recién nacido; a partir de ahí, se impone un cambio sustancial en la concepción de la educación familiar mediante la atención educativa desde la infancia temprana, en aras de la objetividad de las acciones preventivas.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Barreras, J. y Guerra, A. (s.a). Programa de intervención temprana para la prevención de la minusvalía neurológica en niños de alto riesgo en la provincia Camagüey. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n3/539.htm> Consultado agosto 10, 2016.
2. Labarrere, G. y Baldivia, G. (1988). Pedagogía. 1<sup>ra</sup> ed. La Habana: Pueblo y Educación.
3. Pérez, L. (2003). El curso del desarrollo en el primer año de vida. Disponible en: [http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto\\_esperanza%5Carticulos/cursodesarrollo\\_primer\\_ano\\_vida.htm](http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza%5Carticulos/cursodesarrollo_primer_ano_vida.htm) Consultado septiembre 7, 2014.
4. Yadesco, V. y Sojin, F. (1990). Pedagogía Preescolar. 1ra reimp. La Habana: Pueblo y Educación.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Acosta, R., Brito, L., Meliáns, R., y Moreno, O. (2003). Método piel a piel. Repercusión sobre el desarrollo físico intelectual en la edad preescolar. Revista cubana de pediatría v.75 n.3, jul-sept. Ciudad de la Habana. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000300003&script=sci_arttext) Consultado agosto 20, 2015.
2. Arco reflejo. (s.a). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/arco-reflejo> Consultado julio 18, 2014.
3. Bell, R. y López, R. (2002). Convocados por la diversidad. 1ra. ed. La Habana: Pueblo y Educación.
4. Ceballos, E. (2006). Dimensiones del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. Revista electrónica de investigación educativa, v.12, n.1. Disponible en: <http://www.v12n1/RELIEVEv12n14htm> Consultado abril 20, 2014.
5. Cruz, M. (1983). Tratado de pediatría, 5ta ed. Barcelona: Expaxs .S.A.
6. Díaz, F. (2006). Psicofisiología de los procesos psicológicos. Material de apoyo a la docencia, CELAEE, La Habana.
7. Dueñas, E., Mesa, L., Domínguez, F. y Moreno, O. (2005). Pediatría. Neonatología. 1ra ed. La Habana: Pueblo y Educación.
8. Fernández, G. y Huepp, F. (2013). Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje. Texto para estudiantes de las carreras licenciatura en Logopedia y Educación Especial. (En soporte electrónico).
9. Fernández, G. y Rodríguez, X. (2012). Logopedia. Primera parte. La Habana: Pueblo y Educación.
10. Leonard, I. (2013). El perfeccionamiento de la atención educativa integral a la primera infancia cubana. Curso 12. En congreso de Pedagogía 2013. La Habana.

11. Love, J. y Webb, G. (2006). Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. La Habana: Ciencias Médicas.
12. Núñez, O. y Gómez, A. (2003). Carácter preventivo de la atención a los niños con dificultades en el aprendizaje. Consultado agosto 1, 2016. Disponible en: <http://www.astrolabio.net/educacion/articulos/105708365583171.html>

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

- 1. Luis Enrique Labrada Estrada.** Máster en Educación Especial y Licenciado en Educación Especial, especialización en Logopedia. Profesor Auxiliar e investigador del departamento de Educación Especial de la Universidad de Granma. República de Cuba. Correo electrónico: [llabradae@udg.co.cu](mailto:llabradae@udg.co.cu)
- 2. Olemma Elvira Diéguez Corría.** Máster en Investigación Educativa y Licenciada en Logopedia. Profesora Auxiliar e investigadora del departamento de Educación Especial de la Universidad de Granma. República de Cuba. Correo electrónico: [odieguezc@udg.co.cu](mailto:odieguezc@udg.co.cu)
- 3. Yusleidys Rodríguez Aguilar.** Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Especial y Licenciada en Educación Especial. Profesora Auxiliar e investigadora del departamento de Educación Especial de la Universidad de Granma. República de Cuba. Correo electrónico: [yrodriguez@udg.co.cu](mailto:yrodriguez@udg.co.cu)
- 4. Flor Virtudes Palomino Arceo.** Máster en Ciencias de la Educación y Licenciada en Educación Especial. Profesora Auxiliar. República de Cuba.

**RECIBIDO:** 2 de diciembre del 2019.

**APROBADO:** 14 de diciembre del 2019.